

## **TI\_GERICHTE 36.2009.182 vom 10. Juni 2010**

TI Tribunale d'appello, 2010-06-10, IT

Quelle: [https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/ti\\_gerichte\\_36.2009.182](https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/ti_gerichte_36.2009.182)

FR: TI\_GERICHTE 36.2009.182 du 10 juin 2010

IT: TI\_GERICHTE 36.2009.182 del 10 giugno 2010

### **Regeste**

Richiesta di esonero dall'obbligo di assicurarsi contro le malattie poiché l'assicurazione estera prevede prestazioni equivalenti a quelle della LAMal. Ricorso accolto e rinvio all'autorità cantonale per ulteriori accertamenti

### **Erwägungen**

#### **E. 49**

cpv. 2 della Legge sull'organizzazione giudiziaria (cfr. STF 9C\_792/2007 del 7 novembre 2008; STF H 180/06 e H 183/06 del 21 dicembre 2007; STFA I 707/00 del 21 luglio 2003; STFA H 335/00 del 18 febbraio 2002; STFA H 212/00 del 4 febbraio 2002; STFA H 220/00 del 29 gennaio 2002; STFA U 347/98 del 10 ottobre 2001, pubblicata in RDAT I-2002 pag. 190 seg.; STFA H 304/99 del 22 dicembre 2000; STFA I 623/98 del 26 ottobre 1999). 2. In concreto gli insorgenti si lamentano del fatto che l'UAM ha emesso la propria decisione su reclamo senza neppure vagliare la possibilità di emettere una decisione formale che contemplasse anche l'esame del diritto all'esonero ai sensi dell'art. 6 OAMal. Essi ritengono inoltre che l'UAM sia incorso in un accertamento dei fatti lacunoso, incompleto e in contraddizione con la documentazione prodotta. Inoltre nella decisione impugnata non sarebbero stati esposti gli elementi ed i criteri utilizzati dall'autorità cantonale per raffrontare l'estensione delle due coperture assicurative, ciò che impedirebbe ai ricorrenti una contestazione di ogni singola posizione. Ai sensi dell'art. 29 cpv. 2 Cost. le parti hanno diritto d'essere sentite. Per costante giurisprudenza, dal diritto di essere sentito deve in particolare essere dedotto il diritto per l'interessato di esprimersi prima della resa di una decisione sfavorevole nei suoi confronti, quello di fornire prove circa i fatti suscettibili di influire sul provvedimento, quello di poter prendere visione dell'incarto, quello di partecipare all'assunzione delle prove, di prenderne conoscenza e di determinarsi al riguardo (sentenza del 29 giugno 2006, H 97/04; DTF 129 II 504 consid. 2.2, 127 I 56 consid. 2b, 127 III 578 consid. 2c, 126 V 131 consid. 2b; cfr. riguardo al previgente art. 4 cpv. 1 vCost., la cui giurisprudenza si applica anche alla nuova norma, DTF 126 I 16 consid. 2a/aa, 124 V 181 consid. 1a, 375 consid. 3b e sentenze ivi citate). Il diritto di essere sentito comprende l'obbligo per l'autorità di motivare le proprie decisioni. Tale obbligo ha lo scopo, da un lato, di porre la persona interessata nelle condizioni di afferrare le ragioni poste a fondamento della decisione e di poterla impugnare con cognizione di causa, e dall'altro, di permettere all'autorità di ricorso di esaminare la fondatezza della decisione medesima. Ciò non significa che l'autorità sia tenuta a pronunciarsi in modo esplicito ed esaustivo su tutte le argomentazioni addotte; essa può occuparsi delle sole circostanze rilevanti per il giudizio, atte ad influire sulla decisione (sentenza del 24 gennaio 2007, U 397/05, con riferimenti; DTF 129 I 232 consid. 3.2). In concreto, sebbene l'UAM non abbia esaminato nel dettaglio ogni singola censura, i motivi che hanno inciso sulla reiezione del

reclamo sono chiari. L'amministrazione ha infatti precisato che l'assicuratore estero copre solo in parte determinate spese giudicate importanti (casa di cura, medicinali, spese d'urgenza, ecc.), per cui l'autorità cantonale non ha ritenuto adempite le condizioni di esonero previste dagli art. 2 cpv. 8 OAMal e 6 cpv. 3 OAMal. Contrariamente a quanto ritengono i ricorrenti l'UAM ha inoltre indicato, seppure brevemente, per quale motivo quest'ultimo disposto non è loro d'aiuto. Quanto alla questione circa la necessità di emettere una decisione formale in luogo di quella su reclamo, poiché la motivazione iniziale è diversa rispetto a quella contenuta nella decisione su reclamo, per economicità di procedura, visto l'esito del ricorso, può rimanere aperta. Ritenuto che in sede di ricorso gli insorgenti hanno ancora potuto far valere le loro ragioni innanzi un'autorità giudiziaria che gode del pieno potere cognitivo, come l'istanza precedente, ed hanno potuto produrre nuova documentazione, il TCA entra nel merito dell'impugnativa. Nel merito 3. A norma dell'art. 3 cpv. 1 LAMal ogni persona domiciliata in Svizzera deve assicurarsi o farsi assicurare dal proprio rappresentante legale per le cure medico-sanitarie entro tre mesi dall'acquisizione del domicilio o dalla nascita in Svizzera. Per l'art. 3 cpv. 2 LAMal il Consiglio federale può prevedere eccezioni all'obbligo d'assicurazione, segnatamente per le persone beneficiarie di privilegi, immunità e facilitazioni di cui all'articolo 2 capoverso 2 della legge del 22 giugno 2007 sullo Stato ospite. L'art. 3 cpv. 3 LAMal prevede che può estendere l'obbligo d'assicurazione a persone non aventi il domicilio in Svizzera, in particolare a quelle che esercitano un'attività in Svizzera o vi hanno la propria dimora abituale (art. 13 cpv. 2 LPGA, lett. a), lavorano all'estero per conto di un datore di lavoro con sede in Svizzera (lett. b). L'art. 1 cpv. 1 OAMal prevede che le persone domiciliate in Svizzera ai sensi degli articoli 23 a 26 del Codice civile svizzero (CC) sono tenute ad assicurarsi conformemente all'articolo 3 della legge. Per l'art. 1 cpv. 2 OAMal sono inoltre tenuti ad assicurarsi: " a. gli stranieri con permesso di soggiorno di breve durata o di dimora ai sensi degli articoli 32 e 33 della legge federale del 16 dicembre 2005 sugli stranieri (LStr), valevole almeno tre mesi; b. gli stranieri esercitanti un'attività lucrativa dipendente con permesso di soggiorno di breve durata valevole meno di tre mesi, se non beneficiano di una copertura assicurativa equivalente per le cure in Svizzera; c. le persone che hanno presentato una domanda d'asilo in Svizzera conformemente all'articolo 18 della legge del 26 giugno 1998 sull'asilo (LAsi), le persone cui è stata concessa la protezione provvisoria secondo l'articolo 66 LAsi nonché le persone, per le quali è stata decisa l'ammissione provvisoria conformemente all'articolo 83 LStr; d. le persone che risiedono in uno Stato membro della Comunità europea e sono soggette all'assicurazione svizzera ai sensi dell'Accordo del 21 giugno 1999 tra la Confederazione Svizzera, da una parte, e la Comunità europea ed i suoi Stati membri, dall'altra, sulla libera circolazione delle persone (Accordo sulla libera circolazione delle persone) e del relativo allegato II, menzionati nell'articolo 95 a lettera a della legge; e. le persone che risiedono in Islanda o in Norvegia e sono soggette all'assicurazione svizzera ai sensi dell'Accordo del 21 giugno 2001 di emendamento della Convenzione istitutiva dell'Associazione europea di libero scambio (Accordo AELS), del relativo allegato K e dell'appendice 2 dell'allegato K, menzionati nell'articolo 95 a lettera b della legge; f. le persone con permesso di dimora di breve durata o permesso di dimora ai sensi dell'Accordo sulla libera circolazione delle persone o dell'Accordo AELS, valevole almeno tre mesi; g. le persone che esercitano un'attività lucrativa in Svizzera per un periodo inferiore ai tre mesi e che conformemente all'Accordo sulla libera circolazione delle persone o all'Accordo AELS non necessitano di un permesso di dimora, sempre che per i trattamenti in Svizzera non dispongano di una copertura

assicurativa equivalente.” L’art. 2 cpv. 1 OAMal prevede che non sono soggetti all’obbligo d’assicurazione: " a. gli agenti della Confederazione, in attività o in pensione, sottoposti all’assicurazione militare ai sensi dell’articolo 1 a capoverso 1 lettera b numeri 1 a 7 e dell’articolo 2 della legge federale del 19 giugno 1992 sull’assicurazione militare (LAM); b. le persone che soggiornano in Svizzera al solo scopo di seguire un trattamento medico o una cura; c. le persone che, in virtù dell’Accordo sulla libera circolazione delle persone e del relativo allegato II, dell’Accordo AELS e del relativo allegato K e dell’appendice 2 dell’allegato K o di una convenzione di sicurezza sociale, sottostanno alla normativa di un altro Stato a causa della loro attività lucrativa in tale Stato; d. le persone che, in virtù dell’Accordo sulla libera circolazione delle persone e del relativo allegato II o dell’Accordo AELS, del relativo allegato K e dell’appendice 2 dell’allegato K, sottostanno alla normativa di un altro Stato poiché percepiscono una prestazione di un’assicurazione estera contro la disoccupazione; e. le persone che non hanno diritto a una rendita svizzera ma hanno diritto a una rendita di uno Stato membro della Comunità europea in virtù dell’Accordo sulla libera circolazione delle persone e del relativo allegato II o a una rendita islandese o norvegese in virtù dell’Accordo AELS, del relativo allegato K e dell’appendice 2 dell’allegato K; f. le persone che sono incluse nell’assicurazione malattie estera di una delle persone di cui alle lettere c, d o e e quali suoi familiari e hanno diritto all’assistenza reciproca in materia di prestazioni o beneficiano di una copertura equivalente per le cure in Svizzera; g. le persone che sono incluse nell’assicurazione malattie estera di una persona quali suoi familiari e hanno diritto all’assistenza reciproca in materia di prestazioni.” L’art. 2 cpv. 2 e seguenti OAMal elenca le possibilità di esenzione: " A domanda, sono esentate dall’obbligo d’assicurazione le persone obbligatoriamente assicurate contro le malattie in virtù del diritto di uno Stato con il quale non sussiste alcuna normativa concernente la delimitazione dell’obbligo di assicurazione, se l’assoggettamento all’assicurazione svizzera costituirebbe un doppio onere e se esse beneficiano di una copertura assicurativa equivalente per le cure in Svizzera. Alla domanda va accluso un attestato scritto dell’organo estero competente che dia tutte le informazioni necessarie. (...) 4 A domanda, sono esentate dall’obbligo di assicurazione le persone che soggiornano in Svizzera nell’ambito di una formazione o di un perfezionamento, quali studenti, allievi, praticanti e stagisti, come pure i familiari ai sensi dell’articolo 3 capoverso 2 che li accompagnano, purché durante l’intera durata di validità dell’esenzione beneficiano di una copertura assicurativa equivalente per le cure in Svizzera. La domanda dev’essere corredata di un attestato scritto dell’organo estero competente che dia tutte le informazioni necessarie. L’autorità cantonale competente può esonerare queste persone dall’obbligo di assicurarsi per al massimo tre anni. A domanda, l’esenzione può essere prolungata di altri tre anni al massimo. L’interessato non può revocare l’esenzione o la rinuncia all’esenzione senza un motivo particolare. 4bis A domanda, sono esentati dall’obbligo di assicurazione i docenti e i ricercatori che soggiornano in Svizzera nell’ambito di un incarico di insegnamento o di una ricerca, come pure i familiari ai sensi dell’articolo 3 capoverso 2 che li accompagnano, purché durante l’intera durata di validità dell’esenzione beneficiano di una copertura assicurativa equivalente per le cure in Svizzera. La richiesta dev’essere corredata di un attestato scritto dell’organo estero competente che dia tutte le informazioni necessarie. L’autorità cantonale competente può esentare queste persone dall’obbligo di assicurarsi per tre anni al massimo. A domanda, l’esenzione può essere prolungata di altri tre anni al massimo. L’interessato non può revocare l’esenzione o la rinuncia all’esenzione senza un motivo particolare. 5 Su domanda, sono esentati dall’obbligo d’assicurazione i lavoratori distaccati in Svizzera non tenuti a pagare i

contributi dell'assicurazione per la vecchiaia, i superstiti e l'invalidità (AVS/AI) in virtù di una convenzione internazionale di sicurezza sociale come pure i loro familiari ai sensi dell'articolo 3 capoverso 2, se il datore di lavoro provvede affinché durante l'intera durata di validità dell'esenzione siano almeno coperte le prestazioni secondo la LAMal per le cure in Svizzera. Questa norma si applica per analogia ad altre persone non tenute a pagare contributi dell'AVS/AI in caso di soggiorno temporaneo in Svizzera in virtù di un'autorizzazione prevista da una convenzione internazionale. L'interessato e il suo datore di lavoro non può revocare l'esenzione o la rinuncia all'esenzione. 6 A domanda, sono esentate dall'obbligo d'assicurazione le persone residenti in uno Stato membro della Comunità europea, purché possano esservi esentate conformemente all'Accordo sulla libera circolazione delle persone e al relativo allegato II e dimostrino di essere coperte in caso di malattia sia nello Stato di residenza e che durante un soggiorno in un altro Stato membro della Comunità europea o in Svizzera. 7 A domanda, sono esentate dall'obbligo d'assicurazione le persone che dispongono di un permesso di dimora per persone senza attività lucrativa secondo l'Accordo sulla libera circolazione delle persone o l'Accordo AELS, purché durante l'intera validità dell'esenzione beneficino di una copertura assicurativa equivalente per le cure in Svizzera. La domanda dev'essere corredata di un attestato scritto dell'organo estero competente che dia tutte le informazioni necessarie. L'interessato non può revocare l'esenzione o la rinuncia all'esenzione senza un motivo particolare. 8 A domanda, sono esentate dall'obbligo d'assicurazione le persone a cui l'assoggettamento all'assicurazione svizzera provoca un netto peggioramento della protezione assicurativa o della copertura dei costi e che a causa della loro età e/o del loro stato di salute non possono stipulare un'assicurazione complementare equiparabile o lo possono fare solo a condizioni difficilmente sostenibili. La domanda dev'essere corredata di un attestato scritto dell'organo estero competente che dia tutte le informazioni necessarie. L'interessato non può revocare l'esenzione o la rinuncia all'esenzione senza un motivo particolare.” Infine, per l'art. 6 OAMal: " 1 Le persone beneficiarie di privilegi, immunità e facilitazioni di cui all'articolo 2 capoverso 2 lettere a e c della legge del 22 giugno 2007 sullo Stato ospite, ad eccezione dei domestici privati, non sono soggetti all'obbligo d'assicurazione. Essi sono soggetti all'assicurazione svizzera se ne fanno espressa domanda. 2 I domestici privati delle persone beneficiarie menzionate nel capoverso 1 sono soggetti all'assicurazione obbligatoria se non sono assicurati nello Stato del datore di lavoro o in uno Stato terzo. Il DFAE regola le modalità di applicazione di questa disposizione. 3 Le persone beneficiarie di privilegi, immunità e facilitazioni che hanno cessato le loro funzioni presso un'organizzazione intergovernativa, un'istituzione internazionale, un segretariato o altro organo istituito da un trattato internazionale, una commissione indipendente, un tribunale internazionale, un tribunale arbitrale o presso un altro organismo internazionale ai sensi dell'articolo 2 capoverso 1 della legge del 22 giugno 2007 sullo Stato ospite sono, a domanda, esentati dall'obbligo d'assicurazione se beneficiano, per le cure in Svizzera, di una copertura assicurativa equivalente presso l'assicurazione malattie della loro primitiva organizzazione. Alla domanda va accluso un attestato scritto dell'organo competente dell'organizzazione internazionale che dia tutte le informazioni necessarie.” 4. Ritenuta l'esistenza di un domicilio in Svizzera, ammessa dai ricorrenti (doc. I, pag. 2), e pertanto l'obbligo, di massima, di assicurarsi nel nostro Paese, va esaminato se l'UAM ha agito correttamente. Con la decisione impugnata l'UAM ha respinto la richiesta di esenzione affermando che non vi sarebbe equivalenza tra le prestazioni derivanti dall'assicurazione LAMal con quelle dell'assicurazione di cui beneficiano gli insorgenti

poiché vi sarebbe un rimborso spese per la maggior parte dei trattamenti pari all'80% delle tariffe svizzere. Ciò varrebbe in particolare per i medicinali (copertura all'80% dei costi), per la casa di cura (80% con limitazione di giorni sull'arco di un anno), per le cure dentarie (massimo 3200 dollari all'anno, cure speciali dall'80% al 90% di rimborso), per il pronto soccorso (90% in caso di emergenza e 80% negli altri casi), per le prestazioni di laboratorio e radiologia (copertura all'80% dei costi), per le cure ambulatoriali e stazionarie (copertura al 90% dei costi). Con sentenza K 109/06 del 5 dicembre 2007 pubblicata in DTF 134 V 34, al consid. 5.6 l'Alta Corte ha evidenziato come il presupposto di "equivalenza" richiesto dall'art. 6 cpv. 3 OAMal nel tenore in vigore fino al 31 dicembre 2007 non differisce in maniera sostanzialmente significativa da quello formulato dall'art. 2 cpv. 2 OAMal. Sebbene le versioni francese e, quantomeno parzialmente (dato che l'aggettivo "entsprechend" può significare sia "corrispondente" o "equivalente" come anche solo "adeguato" o "analogo"), tedesca dell'art. 6 cpv. 3 OAMal nel precedente tenore possano fornire l'appiglio per un'interpretazione meno rigorosa - rispetto a quella imposta dall'art. 2 cpv. 2 OAMal - per quanto concerne il livello di copertura richiesto dall'assicurazione malattia dell'organizzazione internazionale per concedere l'esenzione dall'obbligo assicurativo, né l'interpretazione letterale né tantomeno un'interpretazione teleologica del disposto consentono comunque di distanziarsi significativamente dai parametri fissati in relazione all'art. 2 cpv. 2 OAMal. La vicinanza semantica tra i due termini - che per la versione italiana corrisponde a un'identità - e la ratio legis non giustificano valutazioni sensibilmente divergenti. La nostra Massima Istanza ha rammentato che questa valutazione non è di ostacolo all'esercizio, indipendente e in piena libertà, delle proprie funzioni da parte di un funzionario (ormai in pensione) di un'organizzazione internazionale. In DTF 134 V 39 l'Alta Corte ha ricordato che per la dottrina sviluppata a proposito dell'art. 2 cpv. 2 OAMal - a partire dalla quale, per quanto appena detto, può effettuarsi, mutatis mutandis, anche l'analisi dell'art. 6 cpv. 3 OAMal nel precedente tenore -, l'equivalenza è data se l'assicurazione estera copre sostanzialmente le spese integrali di trattamento ambulatoriale, ospedaliero e semiospedaliero in caso di malattia, infortunio e maternità come pure quelle legate alla degenza ospedaliera nel reparto comune di un ospedale pubblico o di una struttura semiospedaliera in Svizzera. Va tenuto presente in quest'ambito che, al di fuori del coordinamento internazionale delle prestazioni, le persone assicurate contro le malattie all'estero non godono della protezione tariffaria in Svizzera. La copertura dev'essere di conseguenza di principio illimitata. In presenza di differenze corrispondenti all'importo della partecipazione ai costi prevista per legge, l'equivalenza è comunque considerata salvaguardata (Gebhard Eugster, Die obligatorische Krankenpflegeversicherung, in: Ulrich Meyer, [editore], Schweizerisches Bundesverwaltungsrecht, Band XIV, Soziale Sicherheit [SBVR], 2a ed., no. 34 pag. 411). Giova ricordare che nella sentenza K 167/00 del 4 ottobre 2002 (cfr. DTF 134 V 36 e pag. 39) il TF aveva negato la qualifica di equivalente ad un'assicurazione estera che copriva unicamente l'80% delle spese di malattia. Va ancora evidenziato che con sentenza 9C\_182/2009 del 2 marzo 2010 il TF ha affermato: " (...) 4.3 Il nuovo tenore dell'art. 6 cpv. 3 OAMal non ha apportato modifiche sostanziali (cfr. pure il Messaggio del Consiglio federale, secondo cui la modifica dell'art. 3 cpv. 2 LAMal ha lo scopo di adeguare la terminologia alla LSO, FF 2006 7421). In precedenza erano gli ex funzionari di organizzazioni internazionali ad essere interessati dalla norma, ora sono le persone beneficiarie di privilegi, immunità e facilitazioni, che hanno cessato le loro funzioni. Per le organizzazioni intergovernative, quale è X.\_\_\_\_\_ (FF 2006 7373), l'elenco delle persone beneficiarie è riportato all'art. 11 Ordinanza relativa alla LSO

(OSOsp; RS 192.121). Tra queste rientrano in particolare tutti "gli altri funzionari" (art. 11 cpv. 1 lett. c OSOsp). Ora, conformemente agli statuti dell'assicuratore malattia solo i funzionari - anche quelli in pensione - di X.\_\_\_\_\_ possono essere assicurati. Dal momento che il ricorrente è assicurato presso l'assicuratore di X.\_\_\_\_\_, ciò significa necessariamente - e incontestatamente - che egli è anche suo (ex) funzionario. Così come ricadeva nel campo applicativo personale del vecchio art. 6 cpv. 3 OAMal, l'insorgente rientra anche in quello della nuova norma. (...) 7.4 Nel caso di specie, l'amministrazione aveva sostanzialmente motivato il proprio rifiuto di esentare il ricorrente (e i figli) dall'obbligo assicurativo LAMal con il fatto che una copertura dei costi al 100% sarebbe intervenuta solo una volta esaurita la franchigia di fr. 2'800.- per persona o di fr. 4'500.- per famiglia. Da parte sua, il Tribunale cantonale delle assicurazioni, dopo avere chiesto precisazioni sulle modalità di funzionamento e di pagamento del piano complementare, ha raccolto, tramite l'assicurato, la dichiarazione dell'assicuratore di X.\_\_\_\_\_. Quest'ultimo ha spiegato che il raggiungimento del limite massimo di spesa di fr. 35'000.-, previsto dall'art. VIII § 7 per le prestazioni complementari (vale a dire per i costi eccedenti la copertura di base), acquista valenza pratica per quegli assicurati con episodi di malattia molto gravi e ha precisato che il credito di fr. 35'000.- viene sempre rinnovato dal Comitato esecutivo previo avviso del medico di fiducia. A mente dell'assicuratore di X.\_\_\_\_\_, la copertura offerta sarebbe dunque illimitata e il sistema di credito per le prestazioni complementari avrebbe essenzialmente lo scopo di informare i responsabili dell'assicurazione in merito a una situazione particolare. 7.5 Ora, preso atto di queste precisazioni, la Corte cantonale avrebbe dovuto seriamente dubitare della possibilità di negare, senza ulteriori accertamenti, l'equivalenza della copertura assicurativa di X.\_\_\_\_\_. Ciò a maggior ragione dopo che, in sede amministrativa, l'assicuratore di X.\_\_\_\_\_ aveva già segnalato l'(incontestata, seppur non vincolante: DTF 134 V 34 consid. 9 pag. 44) esenzione dall'obbligo assicurativo LAMal dei suoi ex funzionari nei Cantoni A.\_\_\_\_\_, B.\_\_\_\_\_ e C.\_\_\_\_\_. Prima di statuire in questo senso, l'autorità giudiziaria cantonale avrebbe in ogni caso dovuto meglio contestualizzare l'esclusione - per regolamento - di alcune prestazioni dal piano complementare e valutarne l'incidenza per rapporto alla copertura complessiva. 7.6 Da una semplice lettura delle statistiche - edite dall'Ufficio federale di statistica - relative ai costi e al finanziamento del sistema sanitario avrebbe così, ad esempio, potuto apprendere che le spese di psicoterapia rappresentavano nel 2006 (ultimo rilevamento statistico disponibile) unicamente lo 0.3% della spesa sanitaria complessiva in Svizzera (v. Coût et financement du système de santé en 2006, Neuchâtel 2008, pag. 31 e 39). Similmente avrebbe potuto accorgersi che pur rappresentando, nello stesso anno, le spese di dentista il 6.4% della spesa sanitaria complessiva, dei fr. 3.398 miliardi spesi a questo titolo solo una minima parte era a carico della LAMal (49.3 milioni, pari all'1.4% dei costi dentari), rispettivamente della LAINF (41.4 milioni, pari all'1.22% dei costi dentari). 7.7 E comunque, tenuto anche conto della delicatezza e della complessità della materia, anziché dichiarare direttamente inequivalente la copertura offerta dall'assicuratore di X.\_\_\_\_\_ per il fatto che il piano complementare non interverrebbe per alcuni tipi di prestazioni (segnatamente per il rimborso dei farmaci), i giudici cantonali avrebbero quantomeno dovuto dare la possibilità al ricorrente (se non addirittura anche all'assicuratore coinvolto) di esprimersi e di confrontarsi su questi aspetti particolari, che fin lì non erano stati oggetto né di discussione né tanto meno di disamina. Considerati l'estensione di un sistema di assicurazione contro le malattie e il tenore degli accertamenti compiuti fino a quel momento dalla Corte cantonale, che aveva piuttosto

incentrato il proprio esame sulla questione della limitazione massima (regolamentare) a fr. 35'000.- del credito per le prestazioni complementari, il ricorrente non poteva ragionevolmente prevedere l'argomentazione, fin lì nemmeno specificatamente evocata dall'amministrazione, sulla quale l'autorità giudiziaria di primo grado avrebbe poi fondato il proprio giudizio. Né egli poteva o doveva, in tali circostanze, preventivamente informarsi sull'eventuale esistenza - da lui apparentemente appresa solo a seguito della pronuncia impugnata - di una prassi dell'assicuratore di X. \_\_\_\_\_ in merito all'applicazione del piano complementare anche per il rimborso di alcuni farmaci. Agendo come ha fatto, la Corte cantonale non ha garantito nelle debite forme all'interessato il diritto di esprimersi che lo avrebbe dovuto tutelare dalla ricezione di una decisione che può, alla luce delle particolari circostanze del caso, definirsi imprevedibile (sulla funzione ammonitrice ["Warnfunktion"] del diritto di esprimersi cfr. Michele Albertini, *Der verfassungsmässige Anspruch auf rechtliches Gehör im Verwaltungsverfahren des modernen Staates*, 2000, pag. 259; cfr. pure sentenza 1A.119/2004 del 6 luglio 2004 consid. 3.3 in fine).

7.8 Visto quanto precede e contrariamente a quanto (implicitamente) ritenuto dall'autorità giudiziaria cantonale e dall'amministrazione, non è dunque possibile - allo stadio attuale e sulla base degli elementi agli atti - statuire con la necessaria attendibilità (cfr. sentenza citata 8C\_364/2007 consid. 5.1) sulla equivalenza, con la LAMal, della copertura dell'assicuratore di X. \_\_\_\_\_ per le cure in Svizzera. A tale scopo la causa va pertanto rinviata all'istanza precedente - che ha determinato il vizio procedurale - affinché, dopo concessione alle parti del pieno diritto di esprimersi, completi l'istruttoria su quegli aspetti da lei fin qui ritenuti decisivi per rifiutare l'esenzione dall'obbligo assicurativo.

7.9 La Corte cantonale dovrà quindi, al termine del complemento istruttorio, determinarsi nuovamente sull'equivalenza (complessiva) del sistema assicurativo di X. \_\_\_\_\_ tenendo conto dei principi sviluppati dalla giurisprudenza in materia (v. DTF 134 V 34 segg. con riferimenti). La decisione dovrà ponderare in maniera equilibrata gli interessi in gioco. Dovrà in particolare domandarsi se un'eventuale esenzione dall'obbligo assicurativo nel caso concreto (tenuto conto della situazione personale del ricorrente) rischi veramente - come contesta invece quest'ultimo - di mettere a repentaglio lo scopo perseguito dal principio di obbligatorietà della LAMal - che non è solo quello di evitare una presa a carico da parte della collettività dei costi di una copertura assicurativa insufficiente, ma è anche quello di garantire la solidarietà tra persone sane e malate (v. DTF 132 V 310 consid. 8.5.6 pag. 318) - oppure se essa non risponda piuttosto all'interesse di tutte le parti in causa. Ma la nuova pronuncia dovrà pure interpretare il nuovo art. 6 cpv. 3 OAMal alla luce dello scopo perseguito dalla LSO, e più in particolare dal suo art. 3 cpv. 1 lett. h, che estende i privilegi e le immunità dei beneficiari definiti all'art. 2 all'esenzione dal regime di sicurezza sociale svizzero poiché intende assicurare la medesima copertura sociale a tutti i collaboratori, non vuole dipendere dalla legislazione dello Stato ospite nello stabilire i diritti sociali dei loro funzionari e intende garantire ai beneficiari istituzionali una certa massa critica sotto il profilo del numero degli assicurati per rendere possibile la creazione (e quindi anche il mantenimento) di un sistema specifico all'organizzazione (cfr. FF 2006 7389).” Per quanto concerne infine l’art. 2 cpv. 8 OAMal, il TCA ha posto le seguenti condizioni per poter beneficiare dell’esonero dall’obbligo d’assicurazione (sentenza 36.2003.14 del 4 febbraio 2004): " (...) A proposito dell'interpretazione del citato disposto, dalla sentenza dell'Alta Corte emerge innanzitutto che, prima di accordare un eventuale esonero dall'assicurazione obbligatoria e dunque prima di esaminare se i presupposti dell'art. 2 cpv. 8 OAMal sono dati (netto peggioramento della protezione assicurativa o della copertura dei costi, impossibilità di stipulare

un'assicurazione complementare equiparabile a causa dello stato di salute e/o età oppure possibilità ma solo a condizioni difficilmente sostenibili), occorre innanzitutto accertare se l'assicurato può mantenere le coperture assicurative estere non assicurabili in Svizzera e, nel contempo, assicurarsi nel nostro Paese per le cure di base. Se vi è una possibilità in tal senso, un esonero è escluso. Infatti, l'art. 2 cpv. 8 OAMal, che prevede un'eccezione all'obbligo assicurativo, e va dunque interpretato restrittivamente, va inteso nel senso che un esonero assicurativo è possibile se, oltre alle condizioni enumerate nella norma, l'assicurato non può mantenere l'assicurazione estera più estesa per le prestazioni non coperte dall'assicurazione obbligatoria Svizzera.” A proposito delle altre condizioni, il TCA ha poi affermato: “ (...) Innanzitutto l'esonero dall'assicurazione obbligatoria può essere concesso unicamente se all'estero i rischi assicurati sono coperti qualitativamente e quantitativamente meglio che non in Svizzera. Occorre in altre parole effettuare una valutazione complessiva e globale della situazione e, solo se l'assicurazione estera permette una copertura nettamente più estesa rispetto a quella prevista dalla LAMal, l'amministrazione potrà ritenere adempiuta la prima condizione (“ l'assoggettamento in Svizzera provoca un netto peggioramento della protezione assicurativa o della copertura dei costi ”). Infine, se anche questo requisito sarà adempiuto, l'amministrazione dovrà esaminare l'ultima condizione, ossia stabilire se a causa dell'età e/o dello stato di salute dell'interessato non è possibile stipulare un'assicurazione complementare equiparabile a quella estera o è possibile solo a condizioni estremamente difficili. Solo se tutte le sopra citate condizioni sono adempiute l'assicurato può beneficiare dell'esonero. La possibilità di ottenere l'esenzione dall'assicurazione obbligatoria appare di conseguenza assai limitata.”

5. Al fine di approfondire la fattispecie e garantire alle parti il loro diritto di essere sentite (cfr. da ultimo la sentenza 9C\_182/2009 del 2 marzo 2010), il TCA ha interpellato i ricorrenti, ponendo loro alcune domande e chiedendo loro di prendere posizione sulle risposte che avrebbe fornito il proprio assicuratore estero, nonché sulle sentenze K 167/02 del 4 ottobre 2002, sulla DTF 134 V 36 e sulla circostanza che per l'art. 103 cpv. 2 OAMal l'importo annuo massimo dell'aliquota percentuale secondo l'articolo 64 capoverso 2 lettera b della legge ammonta a 700 franchi per gli assicurati adulti e a 350 franchi per gli assicurati che non hanno ancora compiuto 18 anni così come sul fatto che l'assicurazione estera non sembrerebbe disporre di una norma analoga (doc. IX). Dalla presa di posizione del 20 maggio 2010 dei ricorrenti (doc. XII) e dalle risposte del 12 maggio 2010 dell'assicuratore estero (doc. N2) emerge che, contrariamente a quanto ritenuto a torto dall'autorità cantonale, nel preciso caso di specie non vi è un rimborso limitato all'80% o al 90% dei costi delle prestazioni usufruite. Infatti, dalle risposte fornite da \_\_\_\_\_, \_\_\_\_\_, \_\_\_\_\_, \_\_\_\_\_, della \_\_\_\_\_ (doc. N2) e dall'allegato C al ricorso “ \_\_\_\_\_ ” emerge che se è vero che vi sono diverse prestazioni rimborsate unicamente all'80% o al 90% dei costi (medicamenti, casa di cura, cure d'emergenza, prestazioni di laboratorio, radiologia, ecc.), e questo dopo il pagamento di un importo annuo di USD 400 per persona o USD 800 per famiglia (doc. N1 e N2), d'altra parte tuttavia “ dopo il superamento della franchigia di 4'500.00 USD annuali per persona, tutte le spese sono rimborsate al 100% ” (cfr. doc. N2, domanda e risposta 3: “ In which medical cases the insurance plan foresees a 100% reimbursement? ” [doc. N1]; “ We would like to refer to the \_\_\_\_\_ booklet pages 101 e 102 [ndr: recte 111 e 112 del doc. 17 per il 2007 e doc. C per il 2009]. (Also, please note that after the out of pocket maximum of 4,500 USD per person per calendar year, all expenses are reimbursed at 100%) ” [doc. N2], sottolineatura del redattore). Questa circostanza emerge anche dal “ \_\_\_\_\_ ” (doc. 17),

ossia le condizioni generali dell'assicuratore, secondo le quali: " 02.01 Introduction This section describes the \_\_\_\_\_, its coverage levels, deductibles and limits, and pre-certification of medical services. 02.02 Benefit Summaries The Benefit Summaries in Section 21 highlight the \_\_\_\_\_ coverage and the corresponding coinsurance or co-payment amounts that apply to each benefit. There are separate charts for Domestic Administrator (\_\_\_\_\_) and International (\_\_\_\_\_) for Active Staff and Retiree plans. Benefits, as summarized in these charts, are subject to review and may change based on \_\_\_\_\_ experience and industry changes. 02.02.1 Deductibles and Limits For most out-of-network care, and certain types of in-network care, you and our dependents must meet an annual deductible before the \_\_\_\_\_ starts to pay benefits . There are two types of deductibles: individual and family. The individual deductible applies to each covered family member with two exceptions. Once Covered expenses of two or more family members reaches the family deductible, no other deductible will be required from any other family member for the rest of the calendar year. For certain in-network services, a co-payment is required (a fixed dollar amount) rather than a deductibles. The Benefit Summary charts show individual and family deductible amounts and those services that require a copayment rather than a deductible. If you or your dependent are confined in a hospital for an uninterrupted period which continues from one calendar year to another, the deductible, if any, will be considered satisfied with respect to Covered expenses which are incurred by you or your dependent during such period of confinement provided that: - the hospital makes a room and board charge, and - the period of confinement began in a calendar year in which the hospitalized family member had satisfied the deductible. The deductible requirement for any calendar year after the year in which such confinement began must be met from Covered expenses incurred after the end of such uninterrupted period of confinement. 02.02.2 Medical Out-of-Pocket Maximum The \_\_\_\_\_ includes a limit on the amount of covered expenses you must pay out of your own pocket each year . This is known as the "out-of-pocket maximum" or "stop-loss limit," and it protects you against the cost of very high medical expenses by shifting all covered costs to the \_\_\_\_\_ after you have paid a certain amount in a given year. The out-of-pocket maximums for each option are shown in the Benefit Summary chart for the \_\_\_\_\_ coverage in which you are enrolled. There are two types of out-of-pocket maximums: individual and family. Individual: When an individual's share of Covered expenses (in-network and out-of-network combined) reaches the individual out-of-pocket maximum, the \_\_\_\_\_ pays 100% of his or her Covered expenses for the rest of that year. Individual out-of-pocket maximum expenses also contribute to the family out-of-pocket maximum. Family: when the Covered expenses (in-network and out-of-network combined) of two or more family members reach the family out-of-pocket maximum, the \_\_\_\_\_ pays 100% of the family's Covered expenses for the rest of that year. The out-of pocket maximum includes the annual deductibles, but does not include: - charges that are not Covered expenses, such as charges listed as an exclusion from coverage and charges in excess of the Usual and Customary Charges. - Charges that are Covered expenses but for which no benefit is payable because of dollar or usage limit on that has been exceeded (e.g., the annual chiropractic visit limit). - Coinsurance for office visits (e.g, 15,20) - Coinsurance for office visits for treatment of mental health and substance. - All dental expenses - Co-payments for in-network prescription drug expenses. 02.02.3 Prescription Drug Out-of-Pocket Maximum and Brand-Name Deductible 02.02.3.1 \_\_\_\_\_ The \_\_\_\_\_'s prescription drug benefits have separate brand-name deductible and

out-of-pocket maximum for annual prescription drug purchases at PharmaCare pharmacies. If you purchase prescription drugs outside the PharmaCare network, you may file these expenses as a medical claim, but it will be subject to your medical benefit only. 02.02.3.2 \_\_\_\_\_ participants do not have a separate prescription drug out-of-pocket maximum. However, non-network prescription drug claims are filed as medical claims, and are subject to the medical out-of-pocket maximum. \_\_\_\_\_ participants have access to the \_\_\_\_\_ network for prescription drug purchases in the U.S. No claims are filed for such purchases, since the \_\_\_\_\_ benefit is applied at the point of purchase. After the end of each calendar year, \_\_\_\_\_ and \_\_\_\_\_ coordinate and reconcile to assure that \_\_\_\_\_ participants do not exceed annual \_\_\_\_\_ medical out-of-pocket limits.” (doc. 17, sottolineature del redattore) Da quanto sopra emerge che la maggior parte delle prestazioni viene pagata nella misura dell’80% o 90%, dopo il pagamento di una partecipazione annua di USD 400 per persona (USD 800 per famiglia). Tuttavia, una volta raggiunto l’importo, attualmente di USD 4’500 all’anno, per persona, l’assicuratore rimborsa l’intera somma (cfr. doc. N1 e N2: domanda 2: “ \_\_\_\_\_ foresees that several medical cares are covered to the 80% or 90% of the effective expenses. Can you please confirm that these medical cares are refunded only to extent of these percentage? Which part has to be paid by the insured person?” risposta 2: “ Patient’s responsibility is 20% or 10% + the deductible if applicable [medical deductible per person per calendar year: 400 USD, dental deductible per person per calendar year: 250 USD] ”, nonché domanda e risposta 3: “ In which medical cases the insurance plan foresees a 100% reimbursement? ”; risposta 3: “ We would like to refer to the \_\_\_\_\_ booklet pages 101 e 102. [Also, please note that after the out of pocket maximum of 4,500 USD per person per calendar year, all expenses are reimbursed at 100%] ”). Ciò viene pure confermato nel “ \_\_\_\_\_”, doc. 17, a pag. 125 dove figura che: " Out-of-Pocket Maximum. Also called a “medical stop-loss”, the maximum amount a participant must pay toward out-of-network expenses in a calendar year. Once you reach your out-of-pocket maximum, the \_\_\_\_\_ pays 100% of Covered expenses for the remainder of the calendar year. Certain expenses do not apply toward the out-of-pocket maximum: Expenses that exceed the Usual and Customary Charge limits; Charges for services that are not covered by the \_\_\_\_\_; Penalties for failure to obtain the necessary pre-certification for covered hospitalizations if they were to apply in the \_\_\_\_\_; Co-payments for physician’s office visits; Co-payments and coinsurance amounts paid for dental and in network prescription drug purchases.” (doc. 17, pag. 125, sottolineatura del redattore) L’assicuratore estero prevede di conseguenza un sistema simile a quello svizzero, ossia dapprima una franchigia (USD 400 per persona) e poi una partecipazione ai costi del 10% o del 20% sino ad un ammontare complessivo massimo di USD 4’500. Il TF ha già stabilito che la sola circostanza che il sistema assicurativo estero prevede delle differenze rispetto a quello svizzero per quanto concerne l’ammontare della franchigia o della partecipazione ai costi non è ancora un motivo per escludere, di principio, l’esenzione dall’obbligo assicurativo (cfr., da ultimo, la sentenza 28 febbraio 2008, inc. 36.2007.152). L’Alta Corte, nella sentenza K 109/06 del 5 dicembre 2007, pubblicata in DTF 134 V 34, ha infatti evidenziato come “ in presenza di differenze corrispondenti all’importo della partecipazione ai costi prevista per legge, l’equivalenza è comunque considerata salvaguardata (Gebhard Eugster, Die obligatorische Krankenpflegeversicherung, in: Ulrich Meyer, [editore], Schweizerisches Bundesverwaltungsrecht, Band XIV, Soziale Sicherheit [SBVR], 2a ed., no. 34 pag. 411)". Non può infatti essere preteso che gli assicuratori esteri conoscano il

medesimo importo della LAMal circa la partecipazione ai costi e le franchigie. Delle differenze minime sono intrinseche al sistema stesso. Nel preciso caso di specie l'importo massimo annuo a carico del ricorrente ammonta a USD 4'900 (USD 400 + USD 4'500), ossia un importo non tanto diverso da quello di Euro 2'975.55 che questo TCA ha già giudicato non poter mettere in dubbio l'equivalenza delle prestazioni di un assicuratore estero (sentenza del 5 marzo 2010, inc. 36.2009.138) e che corrisponde, nella forma, alla franchigia e alla partecipazione ai costi di cui agli art. 64 cpv. 2 LAMal e 103 cpv. 2 OAMal. Va qui evidenziato infatti che le risposte da 4 a 12 dell'assicuratore di cui al doc. N2, laddove afferma che la copertura dei costi non è al 100% e rileva che in alcuni casi è “ solo ” del 90% o del 80% si riferisce all'importo che viene versato prima che sia raggiunta la somma complessiva annua di USD 4'900 (4'500 + 400). Una volta superato questo importo, il rimborso è completo (cfr. risposta 3, doc. N2, nonché doc. 17, pag. 9 e 125). Ne segue che l'allora UAM non può essere seguito laddove ritiene che non vi sia equivalenza poiché diverse prestazioni sarebbero rimborsate solo nella misura dell'80% oppure del 90%. Certo, dagli atti emerge che per le cure dentarie è previsto un plafonamento annuo a USD 3'200 all'anno e per le cure ortodontiche a USD 2'400 per assicurato (non tuttavia per le “ periodontal-surgical expenses ”; inoltre vengono rimborsate le spese per due esami annui di routine, nonché altre prestazioni). Tuttavia, il TF, con sentenza 9C\_182/2009 del 2 marzo 2010 ha già avuto modo di affermare, al consid. 7.6, che la Corte cantonale “ da una semplice lettura delle statistiche - edite dall'Ufficio federale di statistica - relative ai costi e al finanziamento del sistema sanitario avrebbe così, ad esempio, potuto apprendere che le spese di psicoterapia rappresentavano nel 2006 (ultimo rilevamento statistico disponibile) unicamente lo 0.3% della spesa sanitaria complessiva in Svizzera (v. Coût et financement du système de santé en 2006, Neuchâtel 2008, pag. 31 e 39). Similmente avrebbe potuto accorgersi che pur rappresentando, nello stesso anno, le spese di dentista il 6.4% della spesa sanitaria complessiva, dei fr. 3.398 miliardi spesi a questo titolo solo una minima parte era a carico della LAMal (49.3 milioni, pari all'1.4% dei costi dentari), rispettivamente della LAINF (41.4 milioni, pari all'1.22% dei costi dentari).” , relativizzando di conseguenza l'importanza delle spese dentarie nell'ambito della valutazione complessiva dell'equivalenza. Quanto all'asserita limitazione di giorni sull'arco di un anno in caso di ricovero in casa di cura (cfr. decisione impugnata; mentre con la presa di posizione del 4 giugno 2010 [doc. XIV] si fa valere una limitazione di giorni sull'arco di un anno per la riabilitazione), va ribadito che occorre procedere con una valutazione complessiva della copertura assicurativa estera. In queste condizioni, tutto ben considerato ed alla luce della recente giurisprudenza federale (cfr. sentenza 9C\_182/2009 del 2 marzo 2010), questo Tribunale deve concludere che l'assicuratore estero prevede, complessivamente e con delle differenze intrinseche ai diversi sistemi sanitari, un rimborso delle prestazioni perlomeno equivalente a quello della LAMal e che la conclusione contraria dell'UAM non trova riscontro nel caso di specie (cfr. anche allegato al doc. 6, formulario TI 12, in particolare risposte alle domande da 1 a 5). Ne segue che il ricorso deve essere accolto ai sensi dei considerandi e l'incarto rinviato alla Cassa di compensazione affinché esamini se l'equivalenza precedentemente negata, tra le due assicurazioni, è limitata al metodo del calcolo del rimborso o se è estesa anche al tipo di prestazioni offerte, se in queste condizioni al caso di specie può essere applicato il nuovo art. 6 cpv. 3 OAMal invocato dai ricorrenti (cfr. anche la citata sentenza 9C\_182/2009 del 2 marzo 2010, consid. 7.8) o, nel caso di una risposta negativa, se, conformemente all'art. 2 cpv. 8 OAMal, l'assoggettamento all'assicurazione svizzera provoca un netto peggioramento della protezione assicurativa o

della copertura dei costi e a causa della loro età e/o del loro stato di salute i ricorrenti non possono stipulare un'assicurazione complementare equiparabile o lo possono fare solo a condizioni difficilmente sostenibili. Il rinvio si giustifica a maggior ragione alla luce della recente sentenza federale 9C\_182/2009 del 2 marzo 2010 consid. 7.7, così da garantire alle parti il più ampio diritto di essere sentite e di determinarsi su tutte le condizioni previste dalle norme di legge, garantendo il doppio grado di giudizio. 6. Alla luce di quanto sopra esposto la richiesta di assumere ulteriori prove e di essere sentiti nel corso di un'udienza ai sensi dell'art. 17 Lptca va respinta. Il TCA rileva innanzitutto che l'audizione richiesta può essere rifiutata senza per questo ledere il diritto d'essere sentito, sancito dall'art. 29 cpv. 2 Cost. e dall'art. 6 n. 1 CEDU. Infatti, secondo la giurisprudenza federale, l'obbligo di organizzare un dibattito pubblico ai sensi dell'art. 6 n. 1 CEDU presuppone una richiesta chiara e inequivocabile di una parte; semplici domande di assunzione di prove, come ad esempio istanze di audizione personale o di interrogatorio di parti o di testimoni, oppure richieste di sopralluogo, non bastano per creare un simile obbligo (cfr. sentenza del 21 agosto 2007, I 472/06, consid. 2 che ha confermato questo principio, nonché DTF 122 V 47; cfr. pure DTF 124 V 90, consid. 6, pag. 94 e il rinvio alla DTF prima citata). In concreto, non essendo stata presentata una "domanda espressa di procedere ad un'udienza pubblica" (gli insorgenti hanno chiesto unicamente un'udienza ai sensi dell'art. 17 Lptca), questo TCA rinuncia ad una loro audizione poiché superflua ai fini dell'esito della vertenza (cfr. sentenza del 21 agosto 2007, I 472/06, consid. 2; cfr. sentenza 9C\_578/2008 del 29 maggio 2009 dove la generica richiesta di "vegliare alla parità delle armi [...] e all'applicazione dell'art. 6 CEDU" non è stata giudicata sufficiente per far sorgere l'obbligo di organizzare un dibattito pubblico). Conformemente alla costante giurisprudenza, qualora l'istruttoria da effettuare d'ufficio conduca l'amministrazione o il giudice, in base ad un apprezzamento coscienzioso delle prove, alla convinzione che la probabilità di determinati fatti deve essere considerata predominante e che altri provvedimenti probatori non potrebbero modificare il risultato, si rinuncerà ad assumere altre prove (apprezzamento anticipato delle prove; Kieser, *Das Verwaltungsverfahren in der Sozialversicherung*, pag. 212 no. 450, Kölz/Häner, *Verwaltungsverfahren und Verwaltungsrechtspflege des Bundes*, 2a ed., pag. 39 no. 111 e pag. 117 no. 320; Gygi, *Bundesverwaltungsrechtspflege*, 2a ed., pag. 274; cfr. anche STFA dell'11 gennaio 2002 nella causa C., H 103/01; DTF 122 II 469 consid. 4a, 122 III 223 consid. 3c, 120 Ib 229 consid. 2b, 119 V 344 consid. 3c e riferimenti). Tale modo di procedere non costituisce una violazione del diritto di essere sentito desumibile dall'art. 29 cpv. 2 Cost. (e in precedenza dall'art. 4 vCost.; DTF 124 V 94 consid. 4b, 122 V 162 consid. 1d, 119 V 344 consid. 3c e riferimenti). Ai ricorrenti, rappresentati da un avvocato, vanno assegnate le ripetibili.

Export aus OpenCaseLaw (CC0). Verbindlich ist allein der vom erlassenden Gericht veröffentlichte Originaltext. Quellen-URL siehe oben.