

TI_GERICHTE 36.2017.110 vom 30. Januar 2018

TI Tribunale d'appello, 2018-01-30, IT

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/ti_gerichte_36.2017.110

FR: TI_GERICHTE 36.2017.110 du 30 janvier 2018

IT: TI_GERICHTE 36.2017.110 del 30 gennaio 2018

Erwägungen

E. 30

giugno 2017 il dr. med. _____, FMH medicina interna, reumatologia, ha allestito un referto peritale per l'assicuratore malattie, rilevando una completa inabilità lavorativa fino a determinazione della capacità dal punto di vista psichiatrico ed addominale (pag. 6, doc. 26: “ [...] il paziente dal punto di vista solo ed unicamente reumatologico come muratore potrebbe provare a riprendere nell'ordine del 50% a partire da metà luglio, magari con un primo periodo di prova al 25% per favorire la reintegrazione. Questa capacità lavorativa però si basa unicamente sul lato reumatologico, sull'assenza di gravi alterazioni degenerative e di una discreta muscolatura. Il tutto però è chiaramente sovrastato dall'importante problematica psichiatrica che va ancora valutata [...] Da questo punto di vista il paziente necessita assolutamente di una valutazione psichiatrica peritale, mentre andrebbe anche chiesta a livello dei chirurghi che lo hanno operato il paziente se è pensabile alla luce della situazione addominale che egli possa riprendere una attività così pesante in qualità di muratore. Alla luce di tale mancanza ritengo che il paziente sia ancora inabile al 100% fino al totale chiarimento di questi 2 aspetti ”). Il 18 luglio 2017 il medico fiduciario della convenuta, dr. med. _____, FMH in medicina interna, dopo aver letto gli atti, ha rilevato che “ la valutazione psichiatrica presso la Dr.ssa _____ consigliata dalla _____ non è mai avvenuta ” ed ha ritenuto una “ capacità lavorativa dal punto di vista reumatologico 50% a partire da metà luglio 2017, durante un periodo iniziale 25% per favorire la reintegrazione. Oltre alla valutazione psichiatrica, si propone valutazione chirurgica riguardo all'esigibilità dell'attività professionale di muratore. L'inabilità lavorativa rimane 100% fino al chiarimento di questi aspetti ” (doc. 28). Interpellato il 19 luglio 2017 da _____ circa la patologia addominale, il dr. med. _____, attivo presso l'Ospedale _____ di _____ dove l'insorgente era stato operato, ha indicato che l'interessato è da subito abile al 50% per un mese e poi al 100% nella sua abituale attività di muratore (doc. 29). Da rilevare tuttavia che questo certificato non è stato firmato (doc. 29). Il 10 luglio 2017 il medico curante, dr. med. _____, ha attestato un'inabilità fino al 31 agosto 2017 (allegato doc. 30 cfr. anche doc. 34). Il 16 agosto 2017 l'assicuratore ha informato il datore di lavoro dell'insorgente che avrebbe versato indennità al 50% dal 21 agosto 2017 ed allo 0% dal 18 settembre 2017 (doc. 32). Il 24 agosto 2017 il dr. med. _____, preso atto di un nuovo attestato del 21 agosto 2017 del dr. med. _____, ha confermato la presa di posizione dell'assicuratore (doc. 35). Il dr. med. _____, il 30 agosto 2017, ha confermato l'inabilità lavorativa fino al 30 settembre 2017 (doc. 37). L'8 settembre 2017 il dr. med. _____, “ medico di fiducia indennità giornaliera ”, dopo aver letto gli scritti prodotti dal ricorrente con i documenti peritali del 30 giugno 2017 e del 19 luglio 2017 ha affermato di non rilevare per quanto concerne le patologie di competenza reumatologica e psichiatrica nuovi elementi oggettivi in grado di modificare la valutazione della capacità funzionale e di carico residua (doc. 39). Agli atti vi

sono inoltre un referto del 15 settembre 2017 del dr. med. _____, specialista in neurochirurgia, chirurgia vertebrale del Centro Ortopedico di _____ (_____), Italia, nonché una perizia medica particolareggiata E213 delle dr.sse med. _____ e _____ (doc. 41). Queste ultime hanno rilevato un miglioramento dello stato di salute, la possibilità di svolgere lavori semipesanti, la possibilità di svolgere l'ultimo lavoro, di poter svolgere a tempo pieno un lavoro adeguato alle condizioni di salute dell'assicurato ed hanno precisato che l'invalidità nel suo Paese di residenza (Italia) è del 60% (doc. 41). Il 18 settembre 2017 l'interessato ha ripreso a lavorare (lavori di segnalazione stradale) al 50% e poi al 100% (doc. 42). Il 23 settembre 2017 il dr. med. _____, medico assistente presso l'Ospedale _____ di _____, ha certificato una totale incapacità lavorativa dal 23 settembre 2017 al 1° ottobre 2017 (doc. 45) a causa di una addominalgia di NDD (doc. 46), mentre il 29 settembre 2017 il dr. med. _____ ha attestato una malattia dal 2 ottobre 2017 al 15 ottobre 2017 (doc. 49). Il 3 ottobre 2017 l'insorgente è stato visitato presso la Clinica _____, dove gli è stato consigliata una presa a carico da parte di un centro del dolore (doc. 50). Chiamato a valutare la documentazione medica, l'11 ottobre 2017 il dr. med. _____, specialista FMH medicina interna e malattie reumatiche, medicina manuale, ha affermato che “ in sostanza per quanto concerne il lato reumatologico, non vedo ” cambiamenti. “In assenza di nuove patologie, o referti e non vedendo contraddizioni tra la mia valutazione e l'unica altra specialistica, quella del Dr. _____, confermo pertanto quanto già attestato. Resto dunque della mia opinione, quindi ripresa della capacità lavorativa al 50% da metà luglio, con poi eventualmente, a seconda dell'evoluzione, ulteriore aumento, questo a dipendenza di come il paziente reagisce alle sollecitazioni lavorative. Non vedo al momento indicazioni per una nuova visita. La mia valutazione chiaramente non tiene conto del problema addominale, che apparentemente è già stato valutato dai Colleghi della _____, così come del problema psichiatrico già oggetto di perizia” (doc. 52). Il 13 ottobre 2017 ed il 3 novembre 2017 il dr. med. _____ ha nuovamente attestato la presenza di una malattia (doc. 53 e 56). Il 27 ottobre 2017 il medico fiduciario, dr. med. _____, ha confermato la precedente conclusione (doc. 55). Da rilevare che con progetto di decisione dell'11 ottobre 2017 l'UAI ha stabilito un grado d'invalidità dell'11%, rilevando che “ la documentazione medica acquisita all'incanto oggettiva dal 06.07.2016 la totale incapacità lavorativa in qualsiasi attività professionale. La stessa è da ritenersi definitiva per quanto concerne l'attività abituale di muratore svolta fino all'insorgenza del danno alla salute, mentre attività rispecchianti le indicazioni mediche sono esigibili dal 15.06.2017 in misura del 50% e da inizio settembre 2017 in misura completa ” (doc. Z6). In seguito alle censure sollevate dall'insorgente, l'UAI, il 27 dicembre 2017, ha disposto l'allestimento di una perizia pluridisciplinare (internistica, reumatologica, chirurgica e psichiatrica; doc. IX/1). 7. Per costante giurisprudenza (cfr. sentenza 9C_13/2007 del 31 marzo 2008), al fine di poter graduare l'invalidità, all'amministrazione (o al giudice in caso di ricorso) è necessario disporre di documenti che devono essere rassegnati dal medico o eventualmente da altri specialisti, il compito del medico consistendo nel porre un giudizio sullo stato di salute, nell'indicare in quale misura e in quali attività l'assicurato è incapace al lavoro come pure nel fornire un importante elemento di giudizio per determinare quali lavori siano ancora ragionevolmente esigibili dall'assicurato (DTF 125 V 256 consid. 4 pag. 261; 115 V 133 consid. 2 pag. 134; 114 V 310 consid. 3c pag. 314; 105 V 156 consid. 1 pag. 158). Quanto alla valenza probante di un rapporto medico, determinante è che i punti litigiosi importanti siano stati oggetto di uno studio approfondito, che il rapporto si fondi su esami completi,

che consideri parimenti le censure espresse dal paziente, che sia stato approntato in piena conoscenza dell'incarto (anamnesi), che la descrizione del contesto medico sia chiara e che le conclusioni del perito siano ben motivate. Determinante quindi per stabilire se un rapporto medico ha valore di prova non è né l'origine del mezzo di prova, né la denominazione, ad esempio quale perizia o rapporto (STF 8C_828/2007 del 23 aprile 2008; STFA I 462/05 del 25 aprile 2007; STFA U 329/01 e U 330/01 del 25 febbraio 2003; DTF 125 V 352 consid. 3a; DTF 122 V 160 consid. 1c), bensì il suo contenuto (DTF 122 V 160 in fine con rinvii). A proposito delle perizie mediche eseguite nell'ambito della procedura amministrativa, il TF ha stabilito che, nell'ipotesi in cui sono state eseguite da medici specializzati riconosciuti, hanno forza probatoria piena se giungono a conclusioni logiche e sono state realizzate sulla base di accertamenti approfonditi, fintanto che indizi concreti non inducono a ritenerle inaffidabili (DTF 123 V 176; DTF 122 V 161, DTF 104 V 212; SVR 1998 IV Nr. 1 pag. 2; SZS 1988 pagg. 329 e 332; ZAK 1986 pag. 189). In una sentenza pubblicata nella Pratique VSI 2001 pag. 106 segg., l'allora TFA (dal 1° gennaio 2007: TF) ha però ritenuto conforme al principio del libero apprezzamento delle prove definire delle direttive per la valutazione di determinate forme di rapporti e perizie. In particolare per quanto concerne le perizie giudiziarie, la giurisprudenza ha statuito che il giudice non si scosta senza motivi imperativi dalla valutazione degli esperti, il cui compito è quello di mettere a disposizione del tribunale le loro conoscenze specifiche e di valutare da un punto di vista medico una certa fattispecie. Ragioni che possono indurre a non fondarsi su un tale referto sono ad esempio la presenza di affermazioni contraddittorie, il contenuto di una superperizia, altri rapporti contenenti validi motivi per farlo (Pratique VSI 2001 pag. 108 consid. 3b)aa e riferimenti citati; STFA I 462/05 del 25 aprile 2007; STFA U 329/01 ed U 330/01 del 25 febbraio 2003). Nella DTF 125 V 351 (= SVR 2000 UV Nr. 10 pag. 33 segg.), la Corte federale ha ribadito che ai rapporti allestiti da medici alle dipendenze di un'assicurazione deve essere riconosciuto pieno valore probante, a condizione che essi si rivelino essere concludenti, compiutamente motivati, di per sé scevri di contraddizioni e, infine, non devono sussistere degli indizi che facciano dubitare della loro attendibilità. Il solo fatto che il medico consultato si trovi in un rapporto di dipendenza con l'assicuratore non permette già di metterne in dubbio l'oggettività e l'imparzialità. Devono piuttosto esistere delle particolari circo-stanze che permettano di ritenere come oggettivamente fondati i sospetti circa la parzialità dell'apprezzamento. Lo stesso vale per le perizie fatte esperire da medici esterni (DTF 104 V 31; RAMI 1993 pag. 95). Le perizie affidate dagli organi dell'AI o dagli assicuratori privati, in sede di istruttoria amministrativa, a medici esterni o a servizi specializzati indipendenti, i quali fondano le proprie conclusioni su indagini approfondite e giungono a risultati concludenti, dispongono di forza probatoria piena, a meno che non sussistano indizi concreti a mettere in causa la loro credibilità (Pratique VSI 2001 pag. 109 consid. 3b)bb; STF 8C_535/2007 del 25 aprile 2008; STFA I 462/05 del 25 aprile 2007). Per quel che riguarda i rapporti del medico curante, secondo la generale esperienza della vita, il giudice deve tenere conto del fatto che, alla luce del rapporto di fiducia esistente con il paziente, il medico curante attesterà, in caso di dubbio, in favore del suo paziente (STF 8C_828/2007 del 23 aprile 2008; DTF 125 V 353 consid. 3a)cc); Pratique VSI 2001 pag. 109 consid. 3a)cc). Infine, va ricordato che se vi sono dei rapporti medici contraddittori, il giudice non può evadere la procedura senza valutare l'intero materiale ed indicare i motivi per cui egli si fonda su un rapporto piuttosto che su un altro (STF 8C_535/2007 del 25 aprile 2008, STFA I 462/05 del 25 aprile 2007). 8. Alla luce della documentazione agli atti e descritta al consid. 6, questo Tribunale non può

confermare la decisione su opposizione impugnata di ridurre al 50% il versamento delle indennità litigiose dal 21 agosto 2017 e di sopprimere definitivamente ogni prestazione dal 18 settembre 2017. Gli atti medici prodotti dalle parti non permettono, per i motivi che seguono, né di confermare la cessazione del diritto a qualsiasi indennità a far tempo dal 18 settembre 2017 né di ripristinarne il versamento. Per quanto concerne in primo luogo la patologia psichica, la dr.ssa med. _____, FMH psichiatria e psicoterapia, nel suo referto all'indirizzo della _____ del 10 maggio 2017, non ha escluso la presenza di una patologia con conseguenze sulla capacità lavorativa dell'interessato, ma ha sostenuto che, a suo parere, il nesso causale di un eventuale ancora presente disturbo psichiatrico può essere considerato estinto (doc. Z6). Il dr. med. _____, anch'egli specialista in psichiatria e psicoterapia FMH, dopo aver visitato l'insorgente il 16 giugno 2017, posta la diagnosi psichiatrica di " reazione ansioso depressiva su disadattamento (ICD 10 – F43.22) " oltre ad accertare, in quel momento, un'incapacità lavorativa del 50%, ha affermato che " è prevedibile che l'A. possa recuperare una piena capacità lavorativa dal lato strettamente psichiatrico nel giro di due mesi " (doc. 24). Tuttavia, l'assicuratore non ha più ritenuto necessario sottoporre l'interessato ad un'ulteriore visita psichiatrica, malgrado le considerazioni del dr. med. _____ fossero di natura prospettica (" è prevedibile " [...] " possa " e " nel giro di due mesi ") e il medico curante, dr. med. _____, ancora in data 30 agosto 2017, ossia oltre i due mesi ritenuti necessari dal dr. med. _____ per una ripresa dell'attività, avesse ancora diagnosticato la presenza di una sindrome ansioso-depressiva con somatizzazioni multiple e ideazione paranoide e la presenza di attacchi di panico ricorrenti, sindrome distimica reattiva con insonnia e stati di agitazione psicomotoria (doc. 37). In questo caso s'imponeva una nuova valutazione di decorso ad opera di uno specialista in psichiatria. In tal senso l'apprezzamento medico del dr. med. _____ dell'8 settembre 2017 (doc. 39), non psichiatra e psicoterapeuta e che non ha visitato l'insorgente, non è sufficiente. Sarebbe stato necessario sottoporre nuovamente la fattispecie al dr. med. _____. Per quanto concerne la patologia reumatologica, l'assicuratore ha interpellato, per una nuova valutazione, il dr. med. _____, specialista FMH medicina interna e malattie reumatiche, che si era già espresso, anch'egli in maniera prospettica, il 30 giugno 2017 (doc. 26: " [...] il paziente dal punto di vista solo ed unicamente reumatologico come muratore potrebbe provare a riprendere nell'ordine del 50% a partire da metà luglio, magari con un primo periodo di prova al 25% per favorire la reintegrazione"). Il medico, l'11 ottobre 2017, tuttavia, rispetto alla sua precedente conclusione e pur non ritenendo necessaria una nuova visita, è stato meno perentorio, affermando in sostanza che la ripresa dell'attività precedentemente svolta ad una percentuale superiore al 50% sarebbe dipesa da un esame concreto della situazione lavorativa (" [...] In assenza di nuove patologie, o referti e non vedendo contraddizioni tra la mia valutazione e l'unica altra specialistica, quella del Dr. _____, confermo pertanto quanto già attestato. Resto dunque della mia opinione, quindi ripresa della capacità lavorativa al 50% da metà luglio, con poi eventualmente, a seconda dell'evoluzione, ulteriore aumento, questo a dipendenza di come il paziente reagisce alle sollecitazioni lavorative. Non vedo al momento indicazioni per una nuova visita. La mia valutazione chiaramente non tiene conto del problema addominale, che apparentemente è già stato valutato dai Colleghi della _____, così come del problema psichiatrico già oggetto di perizia" ; doc. 52, sottolineatura del redattore). L'assicuratore ha invece ritenuto l'insorgente abile al lavoro al 100%, nella precedente attività di muratore, dal 18 settembre 2017, senza tuttavia tener conto dell'evoluzione e soprattutto della reazione del ricorrente

alle sollecitazioni lavorative. A questo proposito, come emerge dal referto del 23 settembre 2017 del dr. med. _____ dell'Ospedale _____ di _____, l'interessato ha dovuto interrompere, perlomeno temporaneamente (dal 23 settembre 2017 al 1° ottobre 2017), l'attività lavorativa (doc. 45 e 46). Certo, l'interruzione sembra essere dovuta alla patologia addominale e non a quella reumatologica. Tuttavia, proprio alla luce della circostanza che l'interessato non è stato in grado di continuare la propria attività lavorativa appena ripresa, il caso non poteva essere chiuso senza prima effettuare ulteriori accertamenti. Ciò vale a maggior ragione se si tien conto del fatto che con progetto di decisione dell'11 ottobre 2017 l'UAI, pur respingendo la richiesta di prestazioni poiché il grado d'invalidità è stato calcolato nell'11%, ha stabilito che " la documentazione medica acquisita all'incarto oggettiva dal 06.07.2016 la totale incapacità lavorativa in qualsiasi attività professionale. La stessa è da ritenersi definitiva per quanto concerne l'attività abituale di muratore svolta fino all'insorgenza del danno alla salute, mentre attività rispecchianti le indicazioni mediche sono esigibili dal 15.06.2017 in misura del 50% e da inizio settembre 2017 in misura completa " (doc. Z6, sottolineature del redattore). La circostanza che l'interessato sia completamente inabile al lavoro nella sua attività abituale è in contrasto con quanto stabilito nella decisione impugnata. Ciò a ulteriore comprova della necessità di dover eseguire nuovi accertamenti medici. Tanto più che il 9 gennaio 2018 il ricorrente ha reso edotto il Tribunale che, con scritto del 27 dicembre 2017, trasmesso in copia anche alla convenuta, l'UAI ha deciso di sottoporre l'insorgente ad una perizia medica pluridisciplinare (internistica, reumatologica, chirurgica e psichiatrica) atta a valutare la sua capacità lavorativa (doc. V/1). La circostanza che l'interessato abbia ritenuto di dover ricominciare a lavorare in data 15 gennaio 2018 non modifica la necessità di procedere con una perizia pluridisciplinare. Da una parte è comunque necessario rivalutare la fattispecie fino a tale data. D'altra parte non può essere escluso che, come accaduto nel mese di settembre 2017, l'interessato debba interrompere nuovamente il lavoro precedentemente svolto o debba cambiare la propria attività. In queste condizioni s'impone pertanto di annullare la decisione impugnata e di rinviare l'incarto all'assicuratore malattie affinché, sulla base della perizia pluridisciplinare disposta dall'UAI, si pronunci nuovamente sull'eventuale diritto ad indennità giornaliera del ricorrente. A questo proposito, visto il coinvolgimento di tre distinti assicuratori sociali (_____, AI ed assicuratore malattie), la convenuta dovrà sollecitare in particolare l'AI a procedere celermente.

9. La richiesta dell'insorgente di condannare CO 1 al versamento di prestazioni anticipate in attesa di conoscere l'esito della perizia pluridisciplinare non può essere soddisfatta. Certo, per l'art. 70 cpv. 1 LPGA l'avente diritto può chiedere di riscuotere una prestazione anticipata se un evento assicurato fonda il diritto a prestazioni delle assicurazioni sociali ma sussiste un dubbio quanto al debitore delle suddette prestazioni. Inoltre l'art. 70 cpv. 2 lett. a LPGA prevede che sono tenute a versare prestazioni anticipate per le prestazioni in natura e le indennità giornaliera la cui assunzione da parte dell'assicurazione contro le malattie, dell'assicurazione contro gli infortuni, dell'assicurazione militare o dell'assicurazione per l'invalidità è contestata, l'assicurazione contro le malattie. Tuttavia ciò vale nella misura in cui il diritto a prestazioni è pacifico ed occorre stabilire quale assicuratore sociale è competente, e non, come in concreto, quando un presupposto per il pagamento della prestazione (ad esempio la presenza o meno di un'incapacità lavorativa) è contestato (Kieser, ATSG Kommentar, 3a edizione 2015, n. 6 ad art. 70, pag. 958: "[...] eine so begründete Vorleistung kann aber dann nicht umgehend durchgesetzt werden, wenn ein für die vorleistende Sozialversicherung massgebendes

Element – etwa das Bestehen einer Arbeitsunfähigkeit – umstritten ist ”). In concreto, dagli atti medici prodotti dalle parti, in attesa della perizia pluridisciplinare dell’AI, non è ancora possibile concludere, neppure secondo il principio della verosimiglianza preponderante, che l’interessato abbia diritto ad ulteriori prestazioni. Vi sono infatti atti medici e decisioni contrastanti (l’assicuratore convenuto ritiene che l’interessato può riprendere la precedente attività [ciò che non permette, allo stato attuale della procedura, di riconoscere un periodo di 3-5 mesi per cambiare professione {cfr. a questo proposito: sentenza K 64/05 del 29 giugno 2006, consid. 4.1; DTF 114 V 289 consid. 5b, 111 V 239 consid. 2a con riferimenti; RAMI 2000 no. KV 112 pag. 123 consid. 3a; sentenza 36.2015.7 del 16 marzo 2015}], mentre nel progetto di decisione dell’AI figura che ciò non sarebbe possibile). Infine, la domanda di esecuzione di una riqualifica professionale o della presa a carico di un ulteriore accompagnamento psichiatrico, esula dalla presenta vertenza. Da una parte l’assicuratore non si è espresso in merito a questi aspetti, per cui il TCA non può pronunciarsi. Infatti, per costante giurisprudenza federale, la decisione impugnata costituisce il presupposto ed il contenuto della contestazione sottoposta all’esame giudiziale (cfr. SVR 2005 AHV Nr. 19; DTF 130 V 388; DTF 122 V 36 consid. 2a, DTF 110 V 51 consid. 3b e giurisprudenza ivi citata; SVR 1997 UV 81, p. 294). Se non è stata emessa nessuna decisione, la contestazione non ha oggetto e non può dunque essere pronunciata una sentenza nel merito (cfr. STF C 22/06 del 5 gennaio 2007; DTF 131 V 164 consid. 2.1; DTF 125 V 414 consid. 1A; DTF 119 Ib 36 consid. 1b). D’altra parte, in ogni caso, queste prestazioni non sono previste dall’assicurazione in esame, gli art. 13 e seguenti delle CGA prevedendo unicamente l’eventuale versamento d’indennità giornaliera (cfr. i capitoli: “ Prestazioni ” e “ durata delle prestazioni ”). 10. Alla luce dell’esito del ricorso, le altre censure sollevate dall’insorgente, tra cui l’asserita violazione del suo diritto di essere sentito, diventano prive di oggetto, così come la richiesta di acquisire l’intero incarto della _____, dell’AI e della polizia cantonale e, implicitamente, di allestire una perizia medica giudiziaria. Va qui rammentato che, conformemente alla costante giurisprudenza, qualora l’istruttoria da eseguire 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). All’assicurato, rappresentato da un avvocato, vanno assegnate le ripetibili (art. 61 LPG).

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