

# **TI\_GERICHTE 36.2021.12 vom 19. April 2021**

TI Tribunale d'appello, 2021-04-19, IT

Quelle: [https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/ti\\_gerichte\\_36.2021.12](https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/ti_gerichte_36.2021.12)

FR: TI\_GERICHTE 36.2021.12 du 19 avril 2021

IT: TI\_GERICHTE 36.2021.12 del 19 aprile 2021

## **Regeste**

Ricorso per denegata giustizia. Assenza di sostanziali richiami alla Cassa. Invio di certificati a valere quale sollecito. Mancata prova dell'invio di un sollecito. Ritardo oggettivo

## **Erwägungen**

### **E. 2**

della Legge sull'organizzazione giudiziaria (cfr. STF 9C\_699/2014 del 31 agosto 2015, in particolare consid. 5.2, 5.3 e 6.1; STF 8C\_452/2011 del 12 marzo 2012; STF 8C\_855/2010 dell'11 luglio 2011; STF 9C\_211/2010 del 18 febbraio 2011, consid. 2.1; 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 R DAT I-2002 pag. 190 seg.; STFA H 304/99 del 22 dicembre 2000; STFA I 623/98 del 26 ottobre 1999. Vedi pure: STF 9C\_807/2014 del 9 settembre 2015; STF 9C\_585/2014 dell'8 settembre 2015 = SVR 2015, EL Nr. 13, pag. 37 e seguenti). Su questi temi si veda Ivano Ranzanici : La possibilità concessa dall'art. 49 cpv. 2 LOG alla Sezione di diritto pubblico del Tribunale di Appello di emanare giudizi monocratici alla luce della recente giurisprudenza federale, in RtiD I – 2016, pagg. 307 e segg., in particolare ad 4.3.3 pag. 328 e segg., con cui è criticata la STF 9C\_699/2014 del 31 agosto 2015, invero modestamente argomentata, resa in una fattispecie del tutto simile, per complessità istruttoria, per la natura delle prove acquisite e per l'importanza del caso rispettivamente per i precedenti esistenti, a quella che ha condotto alla sentenza 9C\_211/2010 del 18 febbraio 2011 ma con esito opposto. Va segnalato che in giudizi successivi, in particolare nella STF 1C\_569/2015 dell'11 novembre 2015, l'Alta Corte è ritornata ed ha confermato la sua prassi antecedente il 31 agosto 2015, senza quindi riprendere il giudizio criticato in Ticino per i suoi effetti negativi ( Ranzanici , op. cit., n. 4.3.3 pag. 328 seg.). Non va dimenticato infatti che l'art. 30 cpv. 1 Cost. fed. prevede che nelle cause giudiziarie ognuno ha diritto d'essere giudicato da un tribunale fondato sulla legge, competente nel merito, indipendente e imparziale. Nell'organizzazione dei Tribunali i cantoni gioiscono di competenza, e quando un Cantone consideri composizioni alternative per la medesima materia, a dipendenza di specifici criteri prestabiliti e oggettivi, ovvero razionali, volti a evadere la vertenza in modo appropriato e in un termine ragionevole (DTF 144 I 37 consid. 2), come il Ticino ha fatto (ritenendo la difficoltà probatoria, la complessità giuridica o l'entità dei valori in gioco), l'intervento di controllo dell'autorità giudiziaria superiore deve avvenire con doverosa cautela. Nel caso in esame il tema sottoposto all'esame e al giudizio di questa Corte (sussistenza di un ritardo nell'emanazione di una decisione e sua conseguenze) non è nuovo ed è stato oggetto di esame a più riprese da parte di questo Tribunale cantonale delle assicurazioni, basti qui il

generico rinvio alle STCA reperibili sul sito: [sentenze.ti.ch](http://sentenze.ti.ch), per tutte si vedano la STCA 36.2020.3 del 27 aprile 2020; la STCA 36.2019.59 del 9 settembre 2019 rispettivamente la STCA 36.2021.3 in re M del 12 febbraio 2021. L'aspetto della denegata rispettivamente della ritardata giustizia è tema giuridico ampiamente noto e oggetto di vasta giurisprudenza federale e approfonditamente analizzato anche dalla più importante dottrina (per tutti si veda L. Meyer, *Das Rechtsverzögerungsverbot nach Art. 4 BV*, Tesi Berna 1985). Il presente giudizio può quindi essere emanato monocraticamente. L'esame della documentazione prodotta, la rilevanza del sollecito 28 ottobre 2020 (doc. A1) e l'accertamento sulla sua corretta trasmissione all'assicuratore, come pure la rilevanza dell'invio di certificati medici attestanti il perdurare di una IL, la lettura delle mail e degli scritti costituiscono compiti che, manifestamente, possono essere assolti anche da un giudice unico. nel merito 2. Alle parti è noto che, in base all'art. 49 cpv. 1 LPGA, nei casi di ragguardevole entità o quando vi è disaccordo con l'interessato, l'assicuratore deve emanare per scritto le decisioni in materia di prestazioni, crediti e ingiunzioni. Una domanda relativa a una decisione d'accertamento deve essere soddisfatta se il richiedente fa valere un interesse degno di protezione (art. 49 cpv. 2 LPGA). Per l'art. 49 cpv. 3 LPGA le decisioni sono accompagnate da un avvertimento relativo ai rimedi giuridici. Devono essere motivate se non corrispondono interamente alle richieste delle parti. La notificazione irregolare di una decisione non deve provocare pregiudizi per l'interessato. A norma dell'art. 51 cpv. 1 LPGA le prestazioni, i crediti e le ingiunzioni che non sono contemplati nell'articolo 49 cpv. 1 possono essere sbrigati con una procedura semplificata. L'art. 51 cpv. 2 LPGA prevede che l'interessato può esigere che sia emanata una decisione. A questo proposito secondo l'art. 127 OAMal l'assicuratore è tenuto ad emanare entro 30 giorni le decisioni richieste secondo l'articolo 51 cpv. 2 LPGA. Per l'art. 52 cpv. 1 LPGA le decisioni possono essere impugnate entro trenta giorni facendo opposizione presso il servizio che le ha notificate; fanno eccezione le decisioni processuali e pregiudiziali. In base all'art. 52 cpv. 2 LPGA le decisioni su opposizione devono essere pronunciate entro un termine adeguato, in maniera motivata, e con l'avvertimento relativo ai rimedi giuridici. Per l'art. 56 cpv. 1 LPGA le decisioni su opposizione e quelle contro cui un'opposizione è esclusa possono essere impugnate mediante ricorso. Secondo l'art. 56 cpv. 2 LPGA il ricorso può essere interposto anche se l'assicuratore, nonostante la domanda dell'assicurato, non emana una decisione o una decisione su opposizione. La norma comprende sia i ricorsi per ritardata giustizia che per denegata giustizia. 3. Per riprendere considerazioni già esposte in precedenti giudizi (in specie nella STCA 36.2019.59 del 9 settembre 2019 e 36.2021.3 del 12 febbraio 2021), a conferma di quanto sub. 1., va ricordato come, per l'Alta Corte, vi è diniego di giustizia qualora un'autorità giudiziaria o amministrativa non si occupi di una domanda, per la cui risoluzione essa è competente (cfr. DTF 114 V 147 c. 3a e riferimenti ivi menzionati). Il ritardo ingiustificato a statuire è una forma particolare di diniego di giustizia vietato dall'art. 29 cpv. 1 Cost. e dall'art. 6 § 1 CEDU. Si è in presenza di un ritardo ingiustificato a statuire quando l'autorità amministrativa o giudiziaria competente non emana la decisione che le compete entro il termine previsto dalla legge oppure entro un termine che la natura dell'affare nonché l'insieme delle altre circostanze fanno apparire come ragionevole (DTF 131 V 407 c. 1.1 p. 409 e riferimenti ivi menzionati). Sono determinanti, segnatamente, il grado di complessità dell'affare, la posta in gioco per l'interessato, come pure il comportamento di quest'ultimo e delle autorità competenti (DTF 130 I 312 c. 5.2; 125 V 188 consid. 2a). In particolare l'Alta Corte, nella DTF 125 V 188 resa in ambito di assicurazione malattia (e riferita alla Cost. fed.

precedentemente in vigore), ha precisato come: " Il reste que la procédure d'opposition est soumise aux garanties de procédure de l'art.

#### **E. 4**

mesi dal momento in cui l'assicurato ha interposto opposizione, non aveva ancora proceduto ad emanare la decisione di sua competenza. Nel giudizio pubblicato in RAMI 1997 U 286, p. 339s., la Corte federale ha riconosciuto una ritardata giustizia a carico di un tribunale cantonale che era rimasto completamente inattivo nei riguardi di una causa pendente da 42 mesi e suscettibile di essere giudicata da 27 mesi (ossia a partire dall'evasione di un atto di ricusa). In quella stessa pronuncia, il TF ha illustrato alcuni precedenti in cui era stato chiamato a decidere circa l'esistenza di una ritardata giustizia: " Das Eidgenössische Versicherungsgericht hat in ähnlichen Fällen, bei denen keine besonderen Umstände vorgelegen hatten, Verfahrensdauern von 20 Monaten (unveröffentlichtes Urteil P. vom 4. Juli 1994, C 101/94) oder 22 Monaten (unveröffentlichtes Urteil G. vom 4. September 1990, I 421/89) als Grenzfälle betrachtet. Im Urteil Z. vom 12. Oktober 1995 erachtete es eine Erledigungszeit von 39 Monate als zu lange, verneinte jedoch eine unrechtmässige Verzögerung, weil besondere Umstände hinzukamen. Andererseits hiess es eine Rechtsverzögerungsbeschwerde bei einer Verfahrensdauer von 40 Monate gut (unveröffentlichtes Urteil P. vom 10. März 1993, M 1/92)." (RAMI succitata) L'Alta Corte ha riconosciuto l'esistenza di un ritardo inammissibile trattandosi di un tribunale cantonale che aveva lasciato trascorrere 25 mesi tra la fine dello scambio degli allegati e l'inoltro del ricorso per denegata giustizia dinanzi al Tribunale federale, rispettivamente più di tre anni dall'inoltro del ricorso cantonale, in una causa senza difficoltà eccessive in materia di assicurazione contro gli infortuni (STF 8C\_176/2011 del 20 aprile 2011) oppure quando è trascorso un termine di 24 mesi tra la fine dello scambio degli allegati e l'inoltro del ricorso per denegata giustizia dinanzi al Tribunale federale, in una causa il cui oggetto era unicamente il grado d'invalidità del ricorrente e in cui quest'ultimo aveva circoscritto le sue censure a due aspetti che non presentavano difficoltà particolari (STF 8C\_613/2009 del 22 febbraio 2010). Per contro, un periodo di 18 mesi trascorso tra la fine dello scambio degli allegati davanti alla giurisdizione cantonale e il ricorso per denegata giustizia inoltrato al Tribunale federale, non è stato qualificato quale ritardo ingiustificato, tenuto conto della necessità di procedere a un minuzioso apprezzamento di numerosi rapporti medici o perizie (STF 8C\_615/2009 del 28 settembre 2009). 5. Nel caso all'esame va evidenziato come RI 1 abbia notificato all'assicuratore malattie la sua inabilità lavorativa dall'8 maggio 2020, la sua incapacità lavorativa è iniziata oltre 11 mesi fa. Le prestazioni sono state rifiutate dall'assicuratore, da ultimo con decisione formale del 25 giugno 2020, ossia di quasi 10 mesi fa. Agli atti, dopo l'emanazione della decisione formale è contenuta l'opposizione del 17 luglio 2020 cui ha fatto seguito l'invio di ulteriore documentazione medica a CO 1 e, secondo l'esponente, lo scritto del 28 ottobre 2020. Ora la prova dell'invio di tale lettera non è stata portata, e la stessa incombeva al ricorrente che non può essere seguito laddove ritiene che altri servizi dell'assicuratore l'abbiano ricevuta in luogo e vece di quello preposto alla materia. L'onere probatorio, in caso di contestazione della ricevuta di uno scritto quale quello in oggetto, è dell'assicurato che reclama la denegata rispettivamente ritardata giustizia. Il fatto di produrre una copia dello scritto 28 ottobre 2020 agli atti non è sufficiente per dimostrare l'invio e la ricevuta dello stesso da parte di CO 1. 6. L'opposizione, contrariamente a quanto ritiene l'assicuratore, non è però l'ultimo atto compiuto dall'assicurato dopo l'emanazione della decisione formale. CO 1 erra laddove ritiene che l'assicurato non avrebbe sollecitato l'assicuratore a dare seguito alle proprie

incombenze. A prescindere dal fatto che è inammissibile partire dal presupposto che l'assenza di un sollecito giustifichi la completa dimenticanza della pratica, e consenta all'assicuratore di omettere completamente qualsiasi intervento e di condurre a fine la procedura. Ciò significherebbe condizionare la sussistenza degli estremi di una denegata o ritardata giustizia all'inoltro di un sollecito, o peggio ancora che una procedura, quale quella in discussione, debba essere condotta e proseguita solo se un assicurato lo richiede e sollecita, in difetto di che può giacere silente. La "Mitwirkungspflicht" cui fa riferimento l'assicuratore ha certamente un risvolto: se a fronte di numerosi e ripetuti solleciti l'assicuratore rimane silente e non reagisce (cfr. STCA 36.2021.3 del 12 febbraio 2021), ovviamente sarà più rigoroso l'esame della giustificazione del ritardo. Se non sono consegnati agli atti solleciti, se l'assicurato è rimasto passivo, siccome non patrocinato o non adeguatamente patrocinato, ciò non significa che non possa essere ritenuta una ritardata giustizia. Il ricorso stesso è atto che tende alla sollecita emanazione della decisione attesa, e qui l'assicuratore è rimasto, incomprensibilmente, silente. L'invio di documentazione medica dopo l'opposizione costituisce inoltre, implicitamente, un sollecito a emanare una decisione. Qui quella documentazione è rimasta passivamente nel dossier senza che l'assicuratore l'abbia in qualche modo analizzata, approfondita, verificata e posta alla base di quella decisione che l'assicurato attende. Opporre all'assicurato la sua passività per giustificare la totale inerzia e passività dell'assicuratore è inammissibile. Questo particolarmente nelle procedure assicurativo sociali, dove l'assicurato è spesso non assistito giuridicamente (o, come in casu, assistito da un'associazione per cui è attiva persona che non ha una formazione giuridica) e provvede mediante atti propri. Gli atti dell'assicurato vanno letti per ciò che rappresentano oltre che per il loro precipuo contenuto. In casu, lo si ribadisce, l'assicurato ha trasmesso all'assicuratore, dopo l'opposizione, delle certificazioni mediche, una dettagliata allestita dallo psichiatra curante e l'altra più sintetica stesa dal suo medico curante, a valere quale manifesta conferma dello stato di patologia giustificante l'erogazione di prestazioni a suo favore, e a valere, quindi, quale implicito sollecito a evadere l'opposizione inoltrata. Formalizzarsi, come fa l'assicuratore, sull'assenza di un sollecito indicante una precisa data per l'emanazione del provvedimento amministrativo atteso dall'assicurato, significa (lo si ribadisce) nell'ambito delle assicurazioni sociali, rovesciare sostanzialmente i ruoli delle parti, dove attore deve essere l'assicuratore all'assicurato bastando formulare una pretesa giustificandola. In altri termini l'assicuratore sociale deve agire d'ufficio, accertare d'ufficio, provvedere d'ufficio quando una procedura sia incoata, e non esegue i suoi compiti solo se sollecitato "ad istanza di parte". Ricordiamo che l'art. 27 LPGA impone all'assicuratore sociale un ruolo proattivo e attivo, quello di informare, mediante un'informazione generale, l'assicurato dei suoi diritti e doveri (cpv. 1) nonché alla consulenza in merito ai propri diritti con competenza degli assicuratori nei confronti dei quali gli interessati devono far valere i loro diritti o adempiere i loro obblighi. L'assicuratore sociale, cui incombono particolari obblighi (sconosciuti in altri settori del diritto pubblico siccome non imposti all'amministrazione), non può omettere di procedere all'istruzione di una procedura e emanare la sua decisione, assumendo un atteggiamento passivo, attendendo semplicemente i solleciti quell'assicurato. L'obbligo di agire d'ufficio nell'accertamento dei fatti e nell'applicazione del diritto, impone sollecita evasione delle procedure all'amministrazione. Un'omissione può certamente costituire una denegata o ritardata giustizia anche in assenza di formali e strutturate richieste di evasione e di solleciti, soprattutto, come in concreto, dove l'assicuratore ha valutato la situazione al momento dell'emanazione della decisione formale, ha ricevuto delle certificazioni mediche

ulteriori che potevano essere facilmente e senza formalità particolari, essere sottoposte al servizio medico fiduciario per una valutazione. L'importanza delle IG per un lavoratore, indennità sostitutive del salario e rilevanti ai fini del sostentamento del beneficiario dell'assicurazione, è circostanza che all'assicuratore sociale non può sfuggire. Va ribadito che, in concreto, dopo la decisione e ancora prima della formale opposizione l'assicurato si è rivolto all'assicuratore implicitamente contestando il provvedimento e cercando di comprovare la sua IL e il suo buon diritto alle prestazioni. L'opposizione (eccessivamente prolissa) permetteva di comprendere bene l'importanza delle IG per il ricorrente. Ma vi è di più: il ricorso del 24 febbraio 2021 non ha sortito quella reazione che ci si poteva e doveva attendere dall'assicuratore. Scusarsi per la dimenticanza e per avere omesso la trattazione del caso in sede di risposta non basta. Il 1° marzo 2021 l'assicuratore aveva nelle mani il gravame. Il 22 marzo 2021 (tre settimane dopo), ha redatto la sua risposta di causa. In questo lasso di tempo non risulta che CO 1 abbia eseguito alcunché. Non ha prodotto nessuna richiesta a un medico di fiducia di procedere a una verifica della certificazione dello psichiatra curante, non ha interpellato il curante per delle precisazioni, non ha proceduto ad alcuna richiesta neppure al dott. \_\_\_\_\_, non risulta avere eseguito accertamenti presso lo stipulante la polizza o interpellato l'assicurato medesimo. Limitarsi, con la risposta di causa, a domandare l'acquisizione della prova dell'avvenuta trasmissione del sollecito 28 ottobre 2020 è troppo poco. Infatti un atto positivo d'accertamento doveva intervenire nelle more della procedura, dopo le scuse formulate con la risposta di causa, e dopo 9 mesi di assoluta inattività. Neppure dopo la presentazione della risposta di causa (doc. III del 22 marzo 2021) risulta che l'assicuratore si sia in qualche modo attivato per evadere l'opposizione. CO 1 è rimasta ancora silente e passiva ciò di cui ci si deve rammaricare. 7. Alla luce di quanto precede, il ricorso va quindi accolto e all'assicuratore CO 1 è fatto obbligo di emanare nei tempi più contenuti la decisione su opposizione che l'assicurato attende ormai da troppi mesi. Un termine di 20 giorni appare congruo alla luce anche del gravame e dei tempi che lo stesso ha comportato. L'assicuratore emanerà quindi il provvedimento di sua competenza nel termine indicato di 20 giorni dalla ricevuta della presente, fatta salva la concessione dell'eventuale effetto sospensivo ad un possibile ricorso al Tribunale federale contro questa decisione. 8. L'assicurato è rappresentato da una associazione senza scopo di lucro (così la carta intestata di RA 1) e, all'interno della stessa, da persona senza specifica formazione giuridica. Diversamente da un patrocinatore che svolge il mandato a titolo oneroso (quale un avvocato) RA 1 agisce in favore dei suoi associati a scopo ideale ("a tutela dei cittadini"). A questa associazione non possono qui essere riconosciute indennità per ripetibili (neppure ridotte) nonostante l'esito favorevole del gravame, e ciò in considerazione non solo dello scopo ideale dell'associazione, del suo ruolo in favore delle persone che alla stessa sono associate (ed alla quale pagano verosimilmente una quota), ma siccome, come rettamente ha evidenziato l'assicuratore, dopo la trasmissione a CO 1 della documentazione medica dei dott. \_\_\_\_\_ e \_\_\_\_\_ (doc. 13 e 14) nel luglio 2020, ossia nei giorni immediatamente successivi alla presentazione dell'opposizione alla decisione formale del 25 giugno 2020, all'assicuratore non è mai stato richiesto di emanare un provvedimento. Nessun sollecito è mai stato validamente trasmesso a CO 1. RA 1 non ha dimostrato, a fronte della contestazione dell'assicuratore, di avere spedito a CO 1 un sollecito il 28 ottobre 2020. Detto invio è stato apparentemente trasmesso per raccomandata (secondo quanto appare dal doc. 1), ed era quindi tracciabile. Il rappresentante dell'assicurato avrebbe dovuto e potuto verificarne la consegna nelle mani dell'assicuratore. L'assenza totale di reazione di CO 1 dopo il 28

ottobre 2020 avrebbe dovuto indurre il rappresentante dell'assicurato ad una verifica puntuale e, prima di adire l'autorità giudiziaria (peraltro ben 7 mesi dopo la trasmissione dei doc. 13 e 14, il 21 febbraio 2021, e quindi dopo un silenzio che non è privo di rilevanza nel ritardo dell'assicuratore), un contatto con CO 1 si imponeva. In assenza totale di richiami, e solo con la trasmissione nel luglio 2020 di documenti medici a CO 1, un ricorso per denegata giustizia inoltrato al Tribunale il 21 febbraio 2021, dopo 7 mesi di silente attesa, ricorso di per sé legittimo e senz'altro fondato, non permette il riconoscimento di ripetibili. La totale mancanza di interventi presso CO 1 durante un lungo lasso di tempo avrebbe dovuto indurre il ricorrente, prima di ricorrere al Tribunale cantonale delle assicurazioni, a sollecitare l'assicuratore, a contattarlo per comprendere le ragioni del suo silenzio. Il rapporto tra assicuratore e assicurato deve, in queste situazioni, essere interlocutorio e lo scopo di procedure quali quella qui all'esame è unicamente quello di conseguire l'emanazione del provvedimento atteso senza perdite di tempo inutili. Per tale ragione, pur se CO 1 è oggettivamente in ritardo nell'emanare la decisione su opposizione e qui obbligata a porre rimedio a tale lacuna, il comportamento del ricorrente non è privo di rilevanza, ciò che ha effetto in materia di riconoscimento delle ripetibili. 9. L'art. 61 lett. a LPGa, in vigore fino al 31 dicembre 2020, prevedeva che la procedura deve essere semplice, rapida, di regola pubblica e gratuita per le parti ; la tassa di giudizio e le spese di procedura possono tuttavia essere imposte alla parte che ha un comportamento temerario o sconsiderato. In data 1° gennaio 2021 è entrata in vigore una modifica della LPGa. L'art. 61 lett. a LPGa prevede ora unicamente che la procedura deve essere semplice, rapida e, di regola pubblica. Dalla medesima data è entrato in vigore l'art. 61 lett. f bis secondo cui in caso di controversie relative a prestazioni, la procedura è soggetta a spese se la singola legge interessata lo prevede; se la singola legge non lo prevede il tribunale può imporre spese processuali alla parte che ha un comportamento temerario o sconsiderato. La procedura è pertanto di principio onerosa se concerne la fissazione dei contributi (cfr. Messaggio concernente la modifica della legge federale sulla parte generale del diritto delle assicurazioni sociali, FF 2018, pag. 1303 e seguenti, pag. 1334: “ La mozione Gruppo UDC 09.3406 chiede che venga abolito il principio della gratuità delle procedure di ricorso davanti ai tribunali cantonali nell'ambito delle assicurazioni sociali. L'indicazione secondo cui la procedura è gratuita va pertanto soppressa (art. 61 lett. a D-LPGa). Saranno così applicabili le disposizioni del diritto cantonale relative alle spese di procedura. Per quanto riguarda invece le controversie relative a prestazioni, la lettera f bis contempla l'addebito di spese soltanto nel caso in cui la singola legge lo preveda. Nell'assicurazione invalidità una tale regolamentazione è già in vigore dal 1° luglio 2006 (art. 69 cpv. 1bis LAI” ). Secondo l'art. 83 LPGa (disposizione transitoria), tuttavia, ai ricorsi pendenti dinanzi al tribunale di primo grado al momento dell'entrata in vigore della modifica del 21 giugno 2019 si applica il diritto anteriore. In concreto il ricorso è stato presentato nel 2021, ma deve essere ritenuto avere per oggetto delle prestazioni assicurative per le quali la LAMal non prevede che la procedura sia soggetta a spese.

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