

BVGer C-116/2009 vom 19. Januar 2010

Bundesverwaltungsgericht, 2010-01-19, IT

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/bvger_C-116_2009

FR: TAF C-116/2009 du 19 janvier 2010

IT: TAF C-116/2009 del 19 gennaio 2010

Regeste

Assicurazione per l'invalidità (AI)

Erwägungen

E. 1

Riservate le eccezioni di cui all'art. 32 della legge del 17 giugno 2005 sul Tribunale amministrativo federale (LTAF, RS 173.32), il Tribunale amministrativo federale giudica, in virtù dell'art. 31 LTAF, i ricorsi contro le decisioni ai sensi dell'art. 5 della legge federale del 20 dicembre 1968 sulla procedura amministrativa (PA, RS 172.021) emanate dalle autorità menzionate all'art. 33 LTAF. In particolare, le decisioni rese dall'UAIE concernenti l'assicurazione per l'invalidità possono essere portate innanzi al TAF conformemente all'art. 69 cpv. 1 lett. b della legge federale del 19 giugno 1959 sull'assicurazione per l'invalidità (LAI, RS 831.20).

E. 2.1

In virtù dell'art. 3 lett. dbis PA la procedura in materia di assicurazioni sociali non è disciplinata dalla PA nella misura in cui è applicabile la legge federale del 6 ottobre 2000 sulla parte generale del diritto delle assicurazioni sociali (LPGA, RS 830.1). Giusta l'art. 1 LAI le disposizioni della LPGA sono applicabili all'assicurazione per l'invalidità (art. 1a-26bis e 28-70), sempre che la presente legge non preveda espressamente una deroga.

E. 2.2

Secondo l'art. 59 LPGA ha diritto di ricorrere chiunque è toccato dalla decisione o dalla decisione su opposizione ed ha un interesse degno di protezione al suo annullamento o alla sua modificazione. Queste condizioni sono adempiute nella specie.

E. 2.3

Il ricorso è tempestivo e rispetta i requisiti minimi prescritti dalla legge (art. 60 LPGA e 52 PA). L'interessata ha versato l'anticipo corrispondente alle presunte spese processuali di Fr. 300.-, entro il termine impartito. Il gravame è dunque ammissibile, nulla ostando all'esame del merito dello stesso.

E. 3.1

Il 1° giugno 2002 sono entrati in vigore l'Accordo tra la Confederazione svizzera, da una parte, e la Comunità europea ed i suoi Stati membri, dall'altra, sulla libera circolazione delle persone del 21 giugno 1999 (ALC, RS 0.142.112.681) ed il correlato Allegato II che regola il coordinamento dei sistemi di sicurezza sociale nonché il Regolamento (CEE) n° 1408/71 del Consiglio del 14 giugno 1971 relativo all'applicazione dei regimi di sicurezza sociale ai lavoratori subordinati, ai lavoratori autonomi e ai loro familiari che si spostano all'interno

della Comunità (RS 0.831.109.268.1) come pure il corrispondente Regolamento di applicazione (Regolamento CEE n° 574/72 del Consiglio del 21 marzo 1972 relativo all'applicazione del Regolamento n° 1408/71, RS 0.831.109.268.11). Si tratta di una normativa che si applica a tutte le rendite il cui diritto sorge a far data dal 1° giugno 2002 o successivamente e che sancisce il principio della parità di trattamento tra cittadini che risiedono in uno Stato membro della Comunità europea ed i cittadini svizzeri (art. 3 e 6 del Regolamento CEE n° 1408/71).

E. 3.2

Giusta l'art. 20 ALC, salvo disposizione contraria contenuta nell'allegato II, gli accordi bilaterali tra la Svizzera e gli Stati membri della Comunità europea in materia di sicurezza sociale vengono sospesi a decorrere dall'entrata in vigore del presente Accordo qualora il medesimo campo sia disciplinato da quest'ultimo. Nella misura in cui l'Accordo, in particolare l'Allegato II che regola il coordinamento dei sistemi di sicurezza sociale (art. 8 ALC), non prevede disposizioni contrarie, l'organizzazione della procedura come pure l'esame delle condizioni di ottenimento di una rendita di invalidità svizzera sono regolate dal diritto interno svizzero (DTF 130 V 257 consid. 2.4).

E. 3.3

L'art. 80a LAI sancisce espressamente l'applicabilità nella presente procedura, trattandosi di un cittadino che risiede nell'Unione europea, dell'ALC e dei Regolamenti (CEE) n° 1408/71 del Consiglio del 14 giugno 1971 e (CEE) n° 574/72 del Consiglio del 21 marzo 1972 relativo all'applicazione del Regolamento n° 1408/71.

E. 4

Relativamente al diritto applicabile, deve essere ancora precisato che, a partire dal 1° gennaio 2008, la presente procedura è retta dalla LAI nel suo tenore modificato il 6 ottobre 2006 (V revisione), ritenuto tuttavia il principio secondo il quale le norme applicabili sono quelle in vigore al momento in cui dei fatti giuridicamente rilevanti si sono verificati (ATF 130 V 445 consid. 1.2). Ne consegue che il diritto alla rendita si esamina fino al 31 dicembre 2007 alla luce delle precedenti norme e, a partire da quella data, secondo le nuove disposizioni.

E. 5

La ricorrente ha presentato la richiesta di rendita il 3 maggio 2007. In deroga all'art. 24 LPGa, l'art. 48 cpv. 2 LAI precisa che, se l'assicurato si annuncia più di dodici mesi dopo la nascita del diritto, le prestazioni possono essere assegnate soltanto per i 12 mesi precedenti la richiesta. In concreto, lo scrivente Tribunale amministrativo federale può quindi limitarsi ad esaminare se la ricorrente avesse diritto ad una rendita il 3 maggio 2006 (ossia 12 mesi precedenti la presentazione della domanda), oppure se un diritto alla rendita sia sorto tra tale data ed il 1° dicembre 2008, data della decisione impugnata. Il giudice delle assicurazioni sociali analizza, infatti, la legalità della decisione impugnata, in generale, secondo lo stato di fatto esistente al momento in cui la decisione in lite è stata resa (DTF 130 V 445 consid. 1.2 e 1.2.1).

E. 6

Per avere diritto ad una rendita dell'assicurazione invalidità svizzera, ogni richiedente deve adempiere cumulativamente le seguenti condizioni: essere invalido ai sensi della legge svizzera; aver versato contributi all'AVS/AI svizzera per un anno (art. 36 LAI nel tenore in

vigore fino al 31 dicembre 2007). A partire dal 1° gennaio 2008, è tuttavia necessario avere versato contributi durante almeno 3 anni (art. 36 LAI nel tenore modificato il 6 ottobre 2006). A tal fine è possibile prendere in considerazione anche i contributi versati ad un'assicurazione sociale assimilata di uno Stato membro dell'Unione europea (UE) o dell'Associazione europea di libero scambio (AELS), a condizione che almeno un anno di contributi sia registrato all'AVS/AI svizzera (FF 2005 p. 4065; art. 45 del regolamento 1408/71). Nella specie, la ricorrente ha versato contributi all'AVS/AI svizzera per un periodo superiore ai tre anni. Pertanto, l'interessata adempie la condizione della durata minima di contribuzione, alla quale la legge subordina l'erogazione di una rendita. Rimane ora da esaminare se sia invalida ai sensi di legge.

E. 7.1

In base all'art. 8 LPGA è considerata invalidità l'incapacità al guadagno totale o parziale presumibilmente permanente o di lunga durata. L'art. 4 LAI precisa che l'invalidità può essere conseguente ad infermità congenita, malattia o infortunio; il cpv. 2 della stessa norma stabilisce che l'invalidità è considerata insorgere quando, per natura e gravità, motiva il diritto alla singola prestazione.

E. 7.2

L'assicurato ha diritto ad una rendita intera se è invalido per almeno il 70%, a tre quarti di rendita se è invalido per almeno il 60%, ad una mezza rendita se è invalido per almeno la metà e ad un quarto di rendita se è invalido per almeno il 40% (art. 28 cpv. 1 LAI; art. 28 cpv. 2 LAI a partire dal 1° gennaio 2008). In seguito all'entrata in vigore dell'Accordo bilaterale, la limitazione prevista dall'art. 28 cpv. 1ter (art. 29 cpv. 4 a partire dal 1° gennaio 2008) LAI, secondo il quale le rendite per un grado d'invalidità inferiore al 50% sono versate solo ad assicurati che sono domiciliati e dimorano abitualmente in Svizzera (art. 13 LPGA), non è più applicabile quando l'assicurato è cittadino svizzero o dell'UE e vi risiede.

E. 7.3

Il diritto alla rendita, secondo l'art. 29 cpv. 1 LAI, nasce, al più presto, nel momento in cui l'assicurato presenta un'incapacità permanente di guadagno pari almeno al 40% (lettera a), oppure quando egli è stato per un anno e senza notevoli interruzioni, incapace al lavoro per almeno il 40% in media (lettera b). La prima lettera si applica allorché lo stato di salute dell'assicurato si è stabilizzato; la seconda se lo stato di salute è labile, vale a dire suscettibile di evolvere verso un miglioramento od un peggioramento (DTF 121 V 264, 111 V 21 consid. 2b). A partire dal 1° gennaio 2008, l'art. 28 cpv. 1 LAI stabilisce che l'assicurato ha diritto ad una rendita alle seguenti condizioni: a. la sua capacità di guadagno o la sua capacità di svolgere le mansioni consuete non può essere ristabilita, mantenuta o migliorata mediante provvedimenti d'integrazione ragionevolmente esigibili; b. ha avuto un'incapacità di lavoro (art. 6 LPGA) almeno del 40% in media durante un anno senza notevole interruzione; e c. al termine di questo anno è invalido almeno al 40%.

E. 7.4

Per incapacità al lavoro s'intende qualsiasi incapacità, totale o parziale, derivante da un danno alla salute fisica, mentale o psichica di compiere un lavoro ragionevolmente esigibile nella professione o nel campo di attività abituale. In caso d'incapacità al lavoro di lunga durata possono essere prese in considerazione anche le mansioni esigibili in un'altra professione o campo d'attività (art. 6 LPGA). L'incapacità al guadagno è definita all'art. 7 LPGA e consiste nella perdita, totale o parziale, della possibilità di guadagno sul mercato

del lavoro equilibrato che entra in considerazione, provocata da un danno alla salute fisica, mentale o psichica e che perdura dopo aver sottoposto l'assicurato alle cure ed alle misure d'integrazione ragionevolmente esigibili. Per valutare la presenza di un'incapacità al guadagno sono considerate esclusivamente le conseguenze del danno alla salute; inoltre, sussiste un'incapacità al guadagno soltanto se essa non è obbiettivamente superabile (art. 7 cpv. 2 LPGA nel suo nuovo tenore dal 1° gennaio 2008).

E. 7.5

Per gli art. 5 LAI ed 8 cpv. 3 LPGA gli assicurati maggiorenni che prima di subire un danno alla salute fisica mentale o psichica non esercitavano un'attività lucrativa e dai quali non si può esigere che l'esercitino sono considerati invalidi se tale danno impedisce loro di svolgere le proprie mansioni consuete.

E. 8.1

Per quanto risulta dagli atti, l'interessata, oltre alla sua occupazione nell'ambito della sua economia domestica, già dal 1998, lavorava come inserviente per una ditta di pulizie per 5 ore settimanali e ciò fino al maggio 2004 (doc. 19). Da agosto 2005 ha ripreso un'attività a tempo parziale per circa un'ora al giorno (doc. 9).

E. 8.2

La nozione d'invalidità di cui all'art. 4 LAI e 8 LPGA è di carattere giuridico economico, non medico (DTF 116 V 249 consid. 1b). In base all'art. 16 LPGA, applicabile per il rinvio dell'art. 28 cpv. 2 LAI (art. 28a cpv. 1 a partire dal 1° gennaio 2008), per valutare il grado d'invalidità, il reddito che l'assicurato potrebbe conseguire esercitando l'attività ragionevolmente esigibile da lui dopo la cura medica e l'eventuale esecuzione di provvedimenti d'integrazione (reddito da invalido), tenuto conto di una situazione equilibrata del mercato del lavoro, è confrontato con il reddito che egli avrebbe potuto ottenere se non fosse diventato invalido (reddito da valido). In altri termini l'assicurazione svizzera per l'invalidità risarcisce soltanto la perdita economica che deriva da un danno alla salute fisica o psichica dovuto a malattia o infortunio, non la malattia o la conseguente incapacità lavorativa (metodo generale del raffronto dei redditi; DTF 128 V 30, Pratique VSI 2000 p. 84).

E. 8.3

L'invalidità dell'assicurato che non esercita un'attività lucrativa, ma svolge le mansioni consuete e dal quale non si può ragionevolmente esigere che intraprenda un'attività lucrativa, è determinata, in deroga all'art. 16 LPGA, in funzione dell'incapacità di svolgere le mansioni consuete (art. 28 cpv. 2bis LAI nel tenore vigente fino al 31 dicembre 2007, ora art. 28a cpv. 2 LAI). L'art. 27 dell'ordinanza del 17 gennaio 1961 sull'assicurazione per l'invalidità (OAI; RS 831.201) precisa che per mansioni consuete di una persona senza attività lucrativa occupata nell'economia domestica s'intendono gli usuali lavori domestici, l'educazione dei figli nonché le attività artistiche e di pubblica utilità. Va precisato che secondo l'art. 28 cpv. 2ter (nel tenore vigente fino al 31 dicembre 2007; ora art. 28a cpv. 3 LAI), qualora l'assicurato eserciti un'attività lucrativa a tempo parziale, o collabori gratuitamente nell'azienda del coniuge, l'invalidità, per questa parte, è determinata secondo l'art. 16 LPGA. Se, inoltre, svolge anche le mansioni consuete, l'invalidità per questa attività è determinata secondo il capoverso 2bis (art. 28a cpv. 2 nel tenore dal 1° gennaio 2008). In tal caso, occorre determinare la parte dell'attività lucrativa o della collaborazione gratuita nell'azienda del coniuge e quella dello svolgimento delle mansioni consuete e poi

determinare il grado d'invalidità in funzione della disabilità patita nei due ambiti (metodo misto).

E. 8.4

In carenza di documentazione economica, la documentazione medica costituisce un importante elemento di giudizio per determinare quali lavori siano ancora ragionevolmente esigibili dall'assicurato, ma non spetta al medico graduare il tasso d'invalidità dell'assicurato (DTF 114 V 314). Infatti, per costante giurisprudenza le certificazioni mediche possono costituire importanti elementi d'apprezzamento del danno invalidante, allorché permettono di valutare l'incapacità lavorativa e di guadagno dell'interessato in un'attività da lui ragionevolmente esigibile (DTF 115 V 134 consid. 2, 114 V 314 consid. 3c). Inoltre, perché un rapporto medico abbia valore probatorio è determinante che esso valuti ed esamini in maniera completa i punti litigiosi, si fondi su degli esami approfonditi, prenda conto di tutte le affezioni di cui si lamenta l'assicurato, sia stabilito in piena conoscenza dei suoi antecedenti (anamnesi) e sia chiaro nell'esposizione delle correlazioni mediche o nell'apprezzamento della situazione medica; le conclusioni dell'esperto devono inoltre essere motivate (DTF 125 V 352, 122 V 160).

E. 9.1

Nel caso di specie, la ricorrente soffre di esiti di una cifoplastica di T 12 su rachide osteoporotico (ottobre 2004), disturbo depressivo, steatosi epatica, malattia peptica in trattamento, diabete II controllato. Il Dott. Inguscio, autore della certificazione medica esibita con il ricorso, insiste sul danno artrosico sofferto dalla paziente configurabile in una cervicoartrosi con ernie discali da C5 a C7, spondiloartrosi dorsolombare, osteoporosi e gonartrosi.

E. 9.2

Giova ricordare che le affezioni in oggetto debbono, dal profilo giuridico, essere esaminate alla luce dell'art. 29 cpv. 1 lett. b LAI (nel tenore vigente fino al 31 dicembre 2007). Trattasi, infatti, di malattie che, per costante giurisprudenza, sono da configurare non già di carattere permanente (cioè di natura consolidata o irreversibile), bensì patologico-labile, ossia suscettibili di migliorare o peggiorare. Ne discende che, in mancanza di uno stato di salute sufficientemente stabilizzato, è inapplicabile la prima lettera dell'art. 29 cpv. 1 LAI, per cui può entrare in considerazione solo la seconda lettera della citata norma legale, la quale prevede un termine d'attesa di un anno. Pertanto, la ricorrente può pretendere una rendita dell'assicurazione svizzera per l'invalidità solo a partire dal momento in cui ha subito, senza interruzione notevole, un'incapacità lavorativa media del 40% almeno durante un anno.

E. 10.1

Per quanto concerne le conseguenze invalidanti delle menzionate affezioni, il medico dell'INPS pone un tasso d'invalidità del 60%, pur annotando che l'interessata sarebbe in grado di svolgere il suo precedente lavoro in modo parziale e, in ogni caso, potrebbe essere riadattata. Dal canto loro, i medici dell'UAIE, Dott.ri Battaglia e Lehmann, ammettono un'incapacità al lavoro nella sua precedente occupazione di inserviente (50%), ma ritengono a lei proponibile, all'80%, attività più leggere e/o sedentarie in misura dell'80%. In ambito casalingo l'incapacità di lavoro sarebbe limitata solo nei compiti più pesanti. Un'invalidità totale viene invece ritenuta dai Dott.ri Inguscio e Vincenti.

E. 10.2

Ora, per quanto attiene dapprima alla patologia del rachide, l'assicurata ha superato, con successo, un'operazione di vertebroplastica percutanea nell'ottobre 2004. Anzi, dopo tale data ha cercato e trovato un'altra occupazione retribuita ad orario ridotto. La risonanza magnetica effettuata il 19 marzo 2007 (doc. 32) pone in evidenza solamente una lordosi lombare frutto di una modifica del corpo vertebrale a livello di D12. Il rapporto di visita ortopedica del 18 giugno 2007 accerta una situazione funzionale non grave e compatibile sia con l'esercizio a tempo ridotto di un'attività lucrativa, sia con il normale espletamento di attività nell'ambito domestico, fatta eccezione dei compiti più gravosi. In effetti, tale referto attesta un rachide lombosacrale riferito spinalgico in sede delle docce paravertebrali con movimenti limitati in flessione per circa un terzo, a causa anche di una difesa antalgica; movimenti di flesso estensione riferiti dolenti ed eseguiti con cautela, contrattura dei fasci muscolari paravertebrali del tratto lombare, manovre neurologiche nella norma, manovra di Lasègue negativa bilateralmente, ROT presenti e validi ai 4 arti, deambulazione autonoma. Il referto radiografico della colonna lombosacrale dell'8 novembre 2007, non fa che porre in evidenza quanto già noto. Nulla è stato in particolare intrapreso per curare l'osteoporosi, a parte verosimilmente un supplemento di calcio. Neppure il referto radiografico dorsolombosacrale esibito in sede di replica (14 gennaio 2008), esaminato dal Dott. Lehmann (doc. 55), non pone in evidenza modifiche della situazione a livello della schiena. Sotto il profilo psichiatrico l'esame effettuato l'11 giugno 2007 attesta un disturbo depressivo di media gravità funzionale con uno stato d'ansia. La paziente è comunque seguita da un servizio di salute mentale e, per quelle attività che è sempre stata abituata a svolgere (inserviente, casalinga), come pure per lavori di sostituzioni semplici e ripetitivi senza formazione, non vi sono oggettivi motivi per ammettere un'invalidità di rilievo. Per il resto, l'assicurata soffre di banali disturbi di salute assai comuni e non invalidanti, come un leggero diabete ben controllato, ipoacusia, steatosi (grasso) epatica ed una sindrome dispeptica.

E. 10.3

Per quanto riguarda le certificazioni dei Dott. Inguscio e Vincenti, queste esprimono solo un parere diverso circa le conseguenze invalidanti delle menzionate affezioni. Il tasso d'invalidità espresso da medici stranieri non può essere ritenuto "sic et simpliciter" applicabile al caso di specie. In realtà non apportano novità patologiche. Va ricordato inoltre che il diritto svizzero in materia di assicurazione per l'invalidità non indennizza un complesso patologico in quanto tale, ma piuttosto l'influenza di questo sulla residua capacità di lavoro dell'assicurato e la conseguente perdita di guadagno. Il collegio giudicante non ha fondati motivi di scostarsi dai circostanziati pareri dei medici dell'UAIE. Va peraltro osservato che, perlomeno fino alla data della decisione impugnata, che limita il potere di cognizione giudiziaria di questo tribunale, l'interessata ha continuato a lavorare sia pure parzialmente nei servizi di pulizia ed ha quindi dimostrato, con atti concludenti, di non essere completamente incapace al lavoro.

E. 11.1

Per quanto riguarda la capacità al lavoro come donna di pulizie, vero è che l'interessata presenta un grado d'incapacità al lavoro che può essere ritenuto valutabile attorno al 50%. Tuttavia a lei sarebbero proponibili attività di sostituzione più leggere e/o sedentarie in misura dell'80%, quali quella di operaia addetta al controllo di macchine di produzione automatica, operaia imballatrice, sorvegliante, cassiera, commessa in un settore adeguato,

ecc. Deve evitare porti di pesi superiori a 7 kg, spostamenti in salita, movimenti frequenti di flessione estensione. Per le sue condizioni psichiche deve evitare situazioni lavorative sotto stress.

E. 11.2

Dal punto di vista dei lavori di casalinga, la valutazione del lavoro domestico si basa sulle indicazioni della richiedente stessa, le quali sono controllate in una certa misura dall'amministrazione. Il risultato è necessariamente una valutazione esaminata dall'UAIE (o dal giudice in caso di ricorso) alla luce delle perizie mediche ad atti. Il controllo giudiziario richiede che ogni punto della valutazione sia stato determinato con cura e precisione. Il risultato in percentuale che si ottiene non può essere arrotondato (DTF 127 V 129 consid. 5a; VSI 2001 p. 265; cfr. anche circolare concernente l'invalidità e l'impotenza edita dall'Ufficio federale delle assicurazioni sociali, UFAS, da n° 3093 a 3098). Analizzando la situazione medica con le incombenze domestiche si giunge a ritenere che l'interessata potrebbe incontrare difficoltà nell'ambito dei lavori più pesanti (come le grandi pulizie, stendere la biancheria, ecc.), oppure fare le compere a piedi e con merce da portare troppo pesante. Data la sua tendenza alla depressione (moderata) potrebbe avere problemi di conduzione generale dell'economia domestica (decisioni, iniziative). In compiti più leggeri la sua capacità resta quasi intatta (preparazione dei pasti, lavare, ordinare, ecc.). Nel complesso, in base alle apposite direttive concernenti l'invalidità menzionate, l'interessata presenta un'incapacità al lavoro massima, nell'ambito delle consuete attività domestiche, stimabile al 14%, come lo ha ritenuto il Dott. Battaglia (doc. 45.2). Lo scrivente Tribunale non ha motivo di discostarsi da questa valutazione. Vero è che A. _____, nell'apposito formulario per gli assicurati occupati nell'economia domestica (doc. 11), ha affermato di non essere in grado di svolgere interamente i lavori che competono ad una casalinga. Tale affermazione non può tuttavia assurgere alla dignità di prova, dal momento che riflette la posizione unilaterale della stessa ed è smentita dalle risultanze mediche oggettive.

E. 11.3

Trattandosi di un metodo di valutazione cosiddetto misto, il grado d'incapacità di lavoro finale è il seguente. 5 ore alla settimana è il tempo dell'attività che l'interessata consacrava all'attività lucrativa parziale (invece delle normali 40 ore), il che rappresenta il 12,5%. Per il resto, ossia l'87,5% è casalinga. Nell'attività lucrativa (donna delle pulizie) è invalida in misura del 50% e nei compiti di casalinga è invalida in misura del 14%. Si ha pertanto: $(12,5\% \times 50\%) + (87,50\% \times 14\%) = 18,50\%$ che rappresenta il tasso d'invalidità globale dell'interessata, secondo il metodo misto. Tale percentuale non consente di aver diritto a prestazioni dell'assicurazione svizzera per l'invalidità.

E. 12.1

In queste circostanze, il ricorso deve essere respinto e l'impugnata decisione confermata. Il ricorso in esame può essere risolto da un giudice unico in applicazione dell'art. 69 cpv. 2 LAI.

E. 12.2

Le spese processuali, ammontanti a Fr. 300.-, sono poste a carico della ricorrente e vengono compensate con l'anticipo già versato di Fr. 300.-.

E. 12.3

Visto l'esito del ricorso, non vengono riconosciute indennità per spese ripetibili. Per quel che concerne l'UAIE, le autorità federali non hanno diritto ad un'indennità a titolo di ripetibili (art. 7 cpv. 3 del regolamento del 21 febbraio 2008 sulla tasse e sulle spese ripetibili nelle cause dinanzi al Tribunale amministrativo federale [TS-TAF, RS 173.320.2]).

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