

BVGer C-2693/2007 vom 5. Dezember 2008

Bundesverwaltungsgericht, 2008-12-05, IT

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/bvger_C-2693_2007

FR: TAF C-2693/2007 du 5 décembre 2008

IT: TAF C-2693/2007 del 5 dicembre 2008

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 agli art. 33 e 34 LTAF. In particolare, le decisioni rese dall'Ufficio dell'assicurazione per l'invalidità per gli assicurati residenti all'estero (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

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). Trattasi 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. 2.2

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. 2.3

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. 3.1

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. 3.2

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. 3.3

Il ricorso è tempestivo ed ossequioso dei requisiti minimi prescritti dalla legge (art. 60 LPGA e 52 PA). Il gravame è dunque ricevibile, nulla ostando all'esame del merito dello stesso.

E. 4

Ai fini del presente giudizio occorre altresì preliminarmente precisare, con particolare riferimento al diritto materiale, che, dal profilo temporale, non trovano applicazione le modifiche della LAI del 6 ottobre 2006, entrate in vigore dal 1° gennaio 2008 (5a revisione della LAI). Di seguito vengono quindi citate le disposizioni della LAI e della LPGA nel tenore in vigore fino al 31 dicembre 2007.

E. 5

Il ricorrente ha presentato la richiesta di rendita il 22 gennaio 2002. 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 il ricorrente avesse diritto ad una rendita il 22 gennaio 2001 (ossia 12 mesi precedenti la presentazione della domanda), oppure se un diritto alla rendita sia sorto tra tale data ed il 28 febbraio 2007, 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, un cittadino italiano deve adempiere cumulativamente le seguenti condizioni: essere invalido ai sensi della legge svizzera ed aver versato contributi all'AVS/AI svizzera durante un anno intero almeno (art. 36 cpv. 1 LAI). Il ricorrente ha versato contributi all'AVS/AI svizzera durante più di un anno intero in totale e, pertanto, adempie la condizione della durata minima di contribuzione, alla quale la legge subordina l'erogazione di una rendita. Rimane ora da

esaminare se sia invalido 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). Va ricordato che fino al 31 dicembre 2003, la LAI prevedeva il diritto al quarto di rendita con un tasso d'invalidità del 40% almeno, alla mezza rendita con un tasso d'invalidità del 50% almeno ed alla rendita intera con un tasso d'invalidità dei due terzi (66,67%). In seguito all'entrata in vigore dell'Accordo bilaterale, la limitazione prevista dall'art. 28 cpv. 1ter 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 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).

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.

E. 8.1

L'assicurato ha lavorato in Svizzera come operaio metalcostruttore. Dopo l'incidente del 21 agosto 1997, il nominato ha cominciato a far registrare prolungati periodi di assenza dal lavoro. Ha ripreso a lavorare nel giugno 1998, ma da maggio 2000, le interruzioni del lavoro si son fatte ancora più numerose e prolungate. L'incarto dell'INSAI/SUVA contiene il dettaglio delle assenze dal lavoro e delle modalità di ripresa parziale. In ogni caso, A. _____ non ha più lavorato dopo il 18 febbraio 2002. Solamente nell'aprile 2006, egli ha ripreso un'attività come aiuto sabbiatore al 50%.

E. 8.2

La nozione d'invalidità di cui all'art. 4 LAI e 8 LPGGA è di carattere giuridico economico, non medico (DTF 116 V 249 consid. 1b; 110 V 275, 105 V 207). In base all'art. 16 LPGGA, applicabile per il rinvio dell'art. 28 cpv. 2 LAI, 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, 104 V 136; Pratique VSI 2000 p. 84). 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, 105 V 158). 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 risulta che l'assicurato soffre essenzialmente degli esiti di un infortunio con frattura diafisaria della III traversa distale della tibia destra il 21 agosto 1997, condropatia patellare del ginocchio destro, stato dopo AMO di un chiodo endomidollare il 22 maggio 2001 e sindrome depressiva ricorrente caratterizzata da stati di remissione e situazioni di riacutizzazione e, comunque, da un episodio acuto nel 2003/2004.

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. 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, il ricorrente potrebbe 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, la parte ricorrente dichiara esplicitamente di non impugnare né la decisione concernente

l'assegnazione della rendita intera AI dal 1° maggio 2001, né quella di riduzione della prestazione alla metà dal 1° aprile 2005. Al proposito va segnalato che assegnando una rendita d'invalidità degressiva e/o limitata nel tempo l'autorità amministrativa disciplina un rapporto giuridico suscettibile di essere oggetto della lite in caso di contestazione. Qualora sia contestata solo la riduzione o la soppressione delle prestazioni, il potere cognitivo del giudice non è limitato nel senso che egli debba astenersi dallo statuire circa i periodi per i quali il riconoscimento della prestazioni non è censurato (DTF 125 V 413 = SVR 2001, IV, n. 27).

E. 10.2

Va ancora rammentato che una rendita limitata nel tempo corrisponde, materialmente, ad una revisione ai sensi dell'art. 17 LPGGA e se ne deve pertanto seguire i principi. In base a tale norma, se il grado d'invalidità del beneficiario di una rendita subisce una modificazione che incide in modo rilevante sul diritto alla rendita, questa sarà, per il futuro, aumentata o diminuita in misura corrispondente, oppure soppressa. Per l'art. 88a cpv. 1 dell'Ordinanza sull'assicurazione per l'invalidità del 17 gennaio 1961 (OAI, RS 831.201), se la capacità di guadagno migliora, v'è motivo di ammettere che il cambiamento determinante sopprime tutto o parte del diritto a prestazioni dal momento in cui si può supporre che il cambiamento constatato perduri; lo si deve in ogni caso tenere in considerazione allorché è durato tre mesi, senza interruzione notevole e che presumibilmente continuerà a durare. Occorre quindi esaminare la legittimità della soppressione della mezza rendita AI a decorrere dal 30 aprile 2006.

E. 11.1

Lo scrivente Tribunale considera che la istruttoria non è stata adeguatamente svolta. La malattia principale di cui soffre l'assicurato consiste in una sindrome depressiva medio grave ed è caratterizzata da una labilità evidente che traspare dai numerosi referti specialistici. Vero è che l'incapacità al lavoro dell'assicurato è di origine infortunistica. L'incidente alla gamba destra gli ha causato un'invalidità di rilievo ed ha giustificato il riconoscimento del diritto alla rendita intera AI, dal momento che l'interessato, dopo il maggio 2001, ha presentato un grado d'invalidità totale, solo interrotto da tentativi brevi e/o falliti di riprendere il suo precedente lavoro anche con compiti più leggeri, come risulta dai rapporti dell'INSAI/SUVA. Tuttavia, nell'estate ed autunno 2002, al quadro patologico prettamente post-infortunistico si è aggiunta, in modo sempre più insistente una patologia psichiatrica. Il 1° settembre 2002, l'interessato avrebbe dovuto iniziare un tirocinio come disegnatore metalcostruttore, nell'ambito delle normative per la reintegrazione professionale previste dalla LAI. Già nel dicembre successivo, venivano riscontrate continue assenze per malattia regolarmente certificate dal medico curante. L'assicurato era allora seguito da uno psichiatra in Italia (Dott. Pedroni) per una sindrome depressiva. Visto questo stato di fatto, l'AI ha fatto eseguire una perizia psichiatrica dalla Dott.ssa Cohen, la quale, il 2 aprile 2003, certificava un episodio depressivo di media gravità che escludeva la possibilità, per il momento, di intraprendere dei provvedimenti professionali; l'esperto incaricato suggeriva invece un accertamento professionale al Centro di Gerra Piano. Nel gennaio 2004, anche questa iniziativa si rivelava priva di successo, sempre per ragioni inerenti la patologia psichica. Dal gennaio 2004, A._____ era seguito, a carico dell'INSAI/SUVA, dal Dott. Teodori, psichiatra a Lugano. Questo sanitario si occupa ancora della patologia psichica dell'assicurato. All'inizio del 2006, preso atto della visita medica di chiusura da parte dell'INSAI/SUVA che concludeva per un'invalidità del 25%, l'Ufficio AI cantonale ha

proposto una nuova visita psichiatrica.

E. 11.2

La qualità del rapporto del Dott. Tomamichel non sembra corrispondere a quelle esigenze dettate in materia di perizie, soprattutto nel campo psichiatrico. Il perito si limita, nelle prime 5 pagine della sua relazione, ad elencare i dati clinici sulla scorta dei documenti già menzionati in questo giudizio e riprende il vissuto del paziente già ampiamente riferito dalla Dott.ssa Cohen il 9 aprile 2003 e riassunti anche dal Dott. Teodori il 1° marzo 2004. Dopo aver riferito i dati soggettivi dell'assicurato, l'esperto incaricato propone delle constatazioni obbiettive succinte e poco indicative. Alla luce dei precedenti rapporti e vista la principale caratteristica della patologia in esame che consiste in fasi di quiescenza e fasi di riacutizzazione, la perizia psichiatrica avrebbe dovuto estendersi su di un lasso di tempo più lungo, segnato da colloqui approfonditi ed accompagnato dall'esecuzione di test indicativi ed un'attenta analisi delle dichiarazioni del paziente. In altre parole, il parere del Dott. Tomamichel, fondato su di un unico colloquio ed una scarsa motivazione, non può essere tenuto quale fondamento della soppressione della rendita AI. A titolo di confronto si può paragonare la perizia del Dott. Tomamichel con quella della Dott.ssa Cohen, ove, specialmente nelle rubriche "disturbi lamentati dall'assicurato ed esame oggettivo" si spiega in maniera convincente tutta la problematica, affinché l'amministrazione (ed eventualmente il giudice) possano esprimere il loro parere in modo convincente e senza esitazioni. Se, il giorno della visita specialistica, il perito non ha riscontrato nulla di patologico ed invalidante può essere anche imputabile alla circostanza che l'interessato fosse in un periodo di relativa quiescenza del male. Va qui segnalato, oltretutto, che egli assume dosi di antidepressivi massicce; questa posologia è verosimilmente stata cambiata in occasione del ricovero presso la Clinica di riabilitazione di Novaggio.

E. 11.3

La patologia che lo colpisce è iniziata, perlomeno, nel 2002 ed è problematico condividere l'affermazione, piuttosto apodittica, che ora sarebbe tutto risolto. In effetti, il Dott. Teodori, che ha in cura il paziente da più di 4 anni, non è dello stesso parere. Già nella relazione del 1° marzo 2004, lo specialista rendeva attenta l'INSAI/SUVA sulla profonda depressione, accompagnata da molteplici problematiche, che colpiva il paziente e sulla necessità di continuare le terapie farmacologiche e psicologiche. Il Dott. Teodori confermava la terapia e le altre cure in corso nel suo breve rapporto all'UAI ticinese del 28 novembre 2005 ed ammetteva, solo a determinate condizioni, che il paziente avrebbe potuto avere una residua capacità lavorativa, intesa come globale, del 50%. Il 17 gennaio 2006, un medico responsabile del Day hospital Gulliver di Lugano (struttura psico-sociale) ammetteva una capacità al lavoro limitata al 50% (massimo 4 ore giornaliere in lavoro leggero) e non 25% come ritenuto dall'amministrazione. Infine, in sede ricorsuale e di replica, il Dott. Teodori ha espresso i suoi dubbi circa il parere del Dott. Tomamichel. Nel suo rapporto del 3 aprile 2007, lo psichiatra luganese indica che il paziente riceve ben 80mg die di Citalopram e 0,75 mg die di Xanax, che la sindrome depressiva è solo in parziale remissione e che la decisione dell'AI penalizza in maniera grave il paziente nella sua volontà di riscatto. A questo proposito questo tribunale osserva che anche un esame sugli effetti secondari della terapia in un'ottica di capacità al lavoro sarebbe necessario, atteso che dosi così massicce di medicinali provocano, oltre al resto, uno stato di iporeattività generale. Nel suo rapporto del 14 agosto 2007, il Dott. Teodori riferisce un quadro nettamente patologico ed invalidante, nonostante le terapie in atto; l'esame oggettivo attesta una situazione psicologica grave e

debilitante. Vero è che questo rapporto, come osservato dall'UAI cantonale e dal proprio medico di fiducia, esula dal periodo di cognizione giudiziaria, tuttavia il giudice delle assicurazioni sociali può tenere conto dei fatti verificatisi dopo la data dell'impugnata decisione quando essi possono imporsi quali elementi di accertamento retrospettivo della situazione anteriore alla decisione stessa (DTF 121 V 366 consid. 1b, 116 V 248 consid. 1a, 99 V 102). In conclusione quindi, questo tribunale non può trarre idonei, conclusivi e convincenti pareri dalla perizia del Dott. Tomamichel nella misura in cui lo stato di salute del paziente ivi descritto e la conseguente valutazione della capacità di lavoro, sembra piuttosto riferita ad una fase di momentaneo benessere che non ad una situazione temporalmente più corrispondente alla realtà.

E. 11.4

Ora, fatte queste considerazioni, il collegio giudicante si trova nell'impossibilità di determinare la misura dell'eventuale incapacità di lavoro e di guadagno subita dall'interessato e da quando questa invalidità esisterebbe.

E. 12.1

In queste circostanze è necessario accogliere parzialmente il ricorso, annullare la decisione impugnata e rinviare l'incarto all'UAIE, affinché emani una nuova decisione. Certo, l'art. 61 cpv. 1 PA permette solo eccezionalmente di ricorrere ad una tale procedura. Nel caso concreto, l'applicazione dell'eccezione prevista è tuttavia giustificata se si considerano le numerose lacune dell'incarto e l'ampiezza delle informazioni da raccogliere.

E. 12.2

L'UAIE dovrà quindi completare l'istruttoria delucidando la situazione medica per il periodo dal aprile 2006 (data di soppressione della rendita) fino alla data dell'impugnata decisione (28 febbraio 2007). L'UAIE emanerà poi un nuovo provvedimento impugnabile. A tale fine il ricorrente dovrà essere sottoposto ad una perizia approfondita in psichiatria (anamnesi, stato attuale riferito in modo preciso, diagnosi, terapia seguita, eventuali effetti collaterali di questa, prognosi e valutazione). L'amministrazione richiamerà gli atti medici dei servizi psichiatrici ove il paziente è seguito (Dott. Teodori, day hospital Gulliver, Dott. Pedroni, ecc.). L'esperto incaricato si pronuncerà in merito all'evoluzione dell'incapacità al lavoro fra l'aprile 2006 ed il 28 febbraio 2007, data della decisione impugnata, nonché in merito all'attività professionale che il ricorrente avrebbe potuto espletare nel periodo suddetto. Se del caso, l'Autorità amministrativa effettuerà poi un'adeguata e circostanziata indagine comparativa dei redditi.

E. 13.1

Visto l'esito del ricorso, non vengono prelevate spese processuali e l'anticipo spese di Fr. 300.-, versato dal ricorrente il 22 novembre 2007 gli viene restituito.

E. 13.2

In base all'art. 64 PA, l'autorità di ricorso, se ammette il ricorso in tutto o in parte, può assegnare al ricorrente un'indennità per le spese indispensabili e relativamente elevate che ha sopportato. Nel caso in esame, vista la memoria di ricorso, di replica e la documentazione esibita, si giustifica riconoscere alla parte ricorrente un'indennità per spese ripetibili di Fr. 2'000.-, da porre a carico dell'UAIE.

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