

BVGer C-2843/2008 vom 23. März 2010

Bundesverwaltungsgericht, 2010-03-23, IT

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/bvger_C-2843_2008

FR: TAF C-2843/2008 du 23 mars 2010

IT: TAF C-2843/2008 del 23 marzo 2010

Regeste

Assicurazione per l'invalidità (altro)

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 (5a 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 domanda di rendita il 14 agosto 2006. In deroga all'art. 24 LPGA, l'art. 48 cpv. 2 LAI (nel suo tenore in vigore fino al 31 dicembre 2007) 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 14 agosto 2005 (ossia 12 mesi precedenti la presentazione della domanda), oppure se un diritto alla rendita sia sorto tra tale data ed il 4 aprile 2008, data dell'impugnata decisione. 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. 8.1

A._____ è stata assunta il 2 giugno 2004 presso una ditta di componenti d'automobili (fanali, segnali luminosi) di Rancate (TI) come operaia specializzata. La dipendente ha normalmente lavorato per 8,30 ore giornaliere per 5 giorni la settimana fino al 18 settembre 2005, quando si è ritirata dal lavoro per ragioni di malattia. Da allora non ha più ripreso alcuna attività.

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, VSI 2000 p. 84).

E. 8.3

In carenza di documentazione economica, la documentazione medica costituisce un importante elemento di giudizio per determinare quali lavori siano ancora 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).

E. 8.4

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

Dall'epoca della sua interruzione del lavoro (settembre 2005), ed in parte anche prima, A._____ presenta una sindrome toraco-vertebrale e lombospondilogenica di grado discreto con importanti turbe statiche del rachide (cifosi dorsale, iperlordosi lombare, scoliosi

destro-convessa lombare scompensata), un decondizionamento muscolare, protrusione discale L5/S1 (cfr. per questo l'incarto delle Cassa malati La Ginevrina e Helsana). All'inizio di aprile 2006, i medici curanti hanno ritenuto indispensabile procedere ad un intervento di discectomia percutanea del 5° disco e, nei mesi successivi, a interventi di infiltrazioni terapeutiche volte ad attenuare la sindrome algica post-operatoria. Il Dott. Cereghetti (Helsana), il 26 aprile 2006, poneva la diagnosi di lombosciatalgia destra su ernia discale paramediana postero laterale destra L5-S1 con stato dopo recente discectomia percutanea. Il Dott. Mariotti, ortopedico incaricato dall'Ufficio AI ticinese, ha visitato l'assicurata il 3 maggio 2007, ponendo la diagnosi di fibromialgia, sindrome lombovertebrale con componente spondilogeno a destra su di una discopatia L5/S1 e stato dopo discectomia percutanea del V disco il 3 aprile 2006. Sussiste poi una componente patologica di carattere psichico consistente in una sindrome da disadattamento ed una reazione depressiva prolungata da 4 a 6 mesi (perizia della Dott.ssa Bernasconi-Schlunke del 29 agosto 2007). In sede di audizione e di ricorso non viene prodotta documentazione sanitaria che attesti ulteriori patologie, se non un possibile aggravamento di quella psichiatrica (Dott. Bonacina). L'assunzione di molti farmaci antidolorifici ed antiinfiammatori ha poi causato problemi epatici (transaminasi alterate) e cutanei (Dott. Sinatra).

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 (nella versione in vigore 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. Pertanto, la 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 i pareri sono divergenti. L'interessata non ha più lavorato dopo il 18 settembre 2005. Secondo la valutazione del Dott. Christen del 20 dicembre 2005 (per la Cassa malati La Ginevrina) teoricamente l'assicurata avrebbe potuto riprendere il lavoro il 15 febbraio 2006, ma con rendimento ridotto del 40% almeno ("consistente diminuzione"). Questo giudizio è stato in seguito smentito dai fatti, in quanto, pochi giorni dopo la data di eventuale ripresa del lavoro fissata dal perito, i medici curanti ritenevano indispensabile procedere ad un intervento di discectomia, che è avvenuto il 3 aprile 2006. La Cassa malati ammise pertanto, come da relazione del Dott. Cereghetti del 26 aprile 2006, che riteneva la paziente del tutto invalida, un'incapacità al lavoro perlomeno fino a fine maggio 2006 (da rivalutare comunque). Dopo di che risultano di rilievo due referti del Dott. Sinatra (22 agosto e 27 settembre 2006), che attestano problemi epatici ed eruzioni cutanee da verosimile assunzione di farmaci antiinfiammatori, ma soprattutto un rapporto della struttura sanitaria Diamed di Varese del 7 giugno 2006 a firma poco leggibile (Dott. Rampoldi) nel quale si sottolinea una sintomatologia dolorosa a livello dorsale e all'arto inferiore destro. L'Ufficio AI cantonale ha dunque sottoposto la paziente a visita dall'ortopedico Dott. Mariotti.

E. 10.2

Secondo questa Corte, la perizia del Dott. Mariotti non è condivisibile, sia per quel che concerne l'accertamento oggettivo che per quel che si riferisce alle conclusioni. Il perito incaricato ha dato molta rilevanza alla sindrome fibromialgica, mentre la storia medica della paziente sembra piuttosto indicare che i dolori siano da ricondurre alle conseguenze dell'operazione subita nell'aprile 2006 o perlomeno che abbiano un'origine ortopedica. Franca è la divergenza fra lo "status reumatologico" e la valutazione del Dott. Mariotti. Va sottolineato che la paziente cammina con l'ausilio di una stampella e l'esperto non pone in dubbio tale necessità. Non vi è teatralità o simulazione, come del resto verrà confermato nella perizia psichiatrica della Dott.ssa Bernasconi-Schlunke del 29 agosto 2007. A prescindere poi dal fatto che i dolori siano di tipo fibromialgico, oppure originati da compressioni discali in un ambito di un intervento di discectomia percutanea, le limitazioni funzionali riscontrate dal Dott. Mariotti sono presenti ed incontestabili. La colonna cervicale è limitata soprattutto a destra nella rotazione e nella flessione di 1/3; la mobilità della colonna lombare è ridotta di ben 2/3 in tutte le direzioni; la mobilità della anca (destra) è dubbia poiché non effettuata a causa dei dolori. L'interessata non può alzare le braccia sopra i 90°, riesce a stare seduta per un'ora al massimo, in piedi (ferma) per 5 minuti. L'uso della stampella le provoca un sovraccarico della mano del braccio destro con comprensibili dolori. Questa descrizione, confortata, in modo più sommario, da quella contenuta nell'E 213 (INPS) del 19 febbraio 2007, mette in dubbio l'esigibilità di un'attività sostitutiva al cento per cento. In queste condizioni, non appare verosimile che l'assicurata possa svolgere senza limitazioni i lavori di addetta alla vendita di carburanti, pur con compiti di solo incasso, l'operaia ausiliaria in settori di controllo etichettatura, spedizione, ecc, l'operaia, ecc. Ora, se è vero, da una parte, che l'assicurata deve porre tutto in opera per ovviare alle conseguenze della sua invalidità, è altrettanto vero, dall'altra, che non si può parlare di un'attività ragionevolmente esigibile, ancor meno al cento per cento, quando questa sarebbe realizzabile solo in forma e con modalità talmente ristrette da non esistere in un mercato di lavoro supposto equilibrato. In queste condizioni, il parere del Dott. Mariotti, poi ripreso dai sanitari dell'Ufficio AI cantonale e dal CIP, non può essere condiviso. Occorre procedere quindi ad una nuova indagine medica di tipo ortopedico/neurologico.

E. 10.3

Per quel che invece si riferisce all'indagine psichiatrica, la perizia della Dott.ssa Bernasconi-Schlunke sembra corrispondere a tutti quei requisiti necessari menzionati al considerando 8.4. Resta riservata un'eventuale ulteriore indagine qualora dovesse essere posto in evidenza un aggravamento dello stato di salute dell'interessata dal profilo psichico.

E. 11

Può essere aggiunto che l'accertamento dei fatti alla base della decisione impugnata è carente anche per due altri motivi.

E. 11.1

L'amministrazione ha erogato una rendita (intera) limitata nel tempo. Ora, tale tipo di prestazione corrisponde, materialmente, ad una revisione ai sensi dell'art. 17 LPGA e se ne deve pertanto seguire i principi. In base a tale norma, se il grado d'invalidità del beneficiario della 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. Per i motivi esposti al considerando precedente, l'Ufficio AI non ha dimostrato che a partire maggio 2007 (perizia del Dott. Mariotti), rispettivamente dal 31 agosto 2007 (tre mesi dopo secondo l'art. 88a cpv. 1 OAI) le condizioni di salute e la conseguente capacità di lavoro dell'assicurata sono migliorate.

E. 11.2

La decorrenza della rendita limitata nel tempo non risulta neppure conseguente con le valutazioni espresse dai medici. Infatti, il Dott. Christen ha ammesso che l'interessata avrebbe potuto riprendere il lavoro dal 15 febbraio 2006, ma che il suo rendimento sarebbe stato ridotto del 40% verosimilmente già dal settembre 2005 al febbraio 2006. Ora, gli atti successivi (dissectomia, parere del Dott. Cereghetti del 26 aprile 2006, parere dell'Ufficio AI cantonale) hanno perlomeno ammesso un'incapacità totale dalla data dell'operazione (3 aprile 2006) fino a tre mesi dopo il parere del Dott. Mariotti. Pertanto, posta un'incapacità al lavoro dalla cessazione del lavoro, 18 settembre 2005, di almeno il 40%, l'interessata potrebbe avere diritto ad una rendita AI già a partire dal settembre 2006, un anno dopo l'inizio dell'incapacità lavorativa, e non dal 1° aprile 2007 come ritenuto dall'amministrazione. Il collegio giudicante non può tuttavia pronunciarsi in questa procedura sul diritto ad una rendita AI dal mese di settembre 2006, dal momento che l'indagine medica complessiva è carente e non è chiaro quale sia stata la capacità di lavoro residua dal settembre 2005 ad aprile 2006.

E. 12.1

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'interessata e da quando questa invalidità sarebbe insorta. In queste circostanze è necessario accogliere parzialmente il ricorso, annullare la decisione impugnata e rinviare l'incanto 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'incanto 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 settembre 2005 (cessazione dell'attività lucrativa) fino alla data dell'impugnata decisione (4 aprile 2008) e da questa data in poi. L'UAIE emanerà poi un nuovo provvedimento impugnabile. A tale fine la ricorrente dovrà essere sottoposta ad una perizia approfondita in ortopedia/neurologia. Se del caso, l'amministrazione effettuerà poi un'adeguata indagine economica ed una circostanziata analisi comparativa dei redditi.

E. 13.1

Visto l'esito del ricorso, non vengono prelevate spese processuali e l'anticipo di Fr. 300.- versato dall'insorgente il 27 agosto 2008, le 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, si giustifica riconoscere alla parte ricorrente un'indennità per spese ripetibili di Fr. 700.-, da porre a carico dell'UAIE.

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