

BVGer C-7068/2008 vom 13. April 2010

Bundesverwaltungsgericht, 2010-04-13, IT

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/bvger_C-7068_2008

FR: TAF C-7068/2008 du 13 avril 2010

IT: TAF C-7068/2008 del 13 aprile 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). 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 domanda di rendita il 19 dicembre 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 19 dicembre 2005 (ossia 12 mesi precedenti la presentazione della domanda), oppure se un diritto alla rendita sia sorto tra tale data ed il 9 ottobre 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 LAI (art. 29 cpv. 4 a partire dal 1° gennaio 2008), 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 non ha più lavorato dopo il dicembre 1992. La cessazione dell'attività (di bracciante agricola) è dovuta, come lei asserisce, a motivi di salute (doc. 9, cifra 7). Si è poi dedicata ai lavori della propria economia domestica.

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

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 (metodo specifico).

E. 8.4

Per quanto riguarda la scelta del metodo di valutazione dell'invalidità di una persona assicurata che non esercita più un'attività lucrativa si deve verificare quale sarebbe stata l'attività esercitata se non fosse subentrata l'invalidità. In altre parole, lo statuto dell'assicurata viene determinato valutando se la stessa da sana, quindi se non fosse subentrato il danno alla salute, avrebbe consacrato l'essenziale del suo lavoro all'economia domestica o ad un'occupazione remunerata e questo tenendo conto dell'evoluzione della situazione fino all'emanazione della decisione impugnata. L'ipotetica ripresa di un'attività lucrativa va ammessa ove tale eventualità si presenti alla luce della situazione personale,

familiare, sociale ed economica con un grado di verosimiglianza preponderante (DTF 125 V 150 consid. 2c, 117 V 194 consid. 3b).

E. 8.5

Nella specie dev'essere rilevato che l'interessata ha cessato di lavorare nel 1992 causa licenziamento. Da allora non ha più cercato di reinserirsi in una nuova attività e si è dedicata alla propria economia domestica. Infatti, non risulta dagli atti che un caso d'invalidità sia sorto già a partire da quell'epoca. Certamente, la nominata era già in cura psichiatrica, come risulta dai referti (prescrizioni di farmaci) del Dott. B._____, perlomeno dal novembre 1993 (doc. 14), ma non esiste alcuna prova che fosse invalida già a partire dal 1992/93. Peraltro, la nominata ha presentato la domanda di rendita dell'AI svizzera solo nel dicembre 2006. Oltretutto, l'E 213 del 17 gennaio 2007 (perizia medica particolareggiata, doc. 29) attesta un miglioramento rispetto ad una situazione valetudinaria esaminata in precedenza (cifra 8). Di conseguenza, si deve ritenere che l'interessata ha smesso di lavorare nel 1992 per motivi indipendenti dal suo stato di salute (contrariamente a quanto da lei asserito, doc. 9). Appare quindi giustificato applicare nella presente fattispecie il metodo di valutazione specifico delle persone senza attività lucrativa, anziché quello generale.

E. 9.1

Dalla documentazione medica ad atti si evince che l'assicurata soffre essenzialmente di una spondiloartrosi e cervicoartrosi senza deficit radicolari, esiti di frattura del trochite omerale destro, ginocchia artrosiche, obesità, ipertensione arteriosa trattata farmacologicamente, sindrome ansio-depressiva (cfr. perizie mediche particolareggiate del 17 gennaio 2007 e del 7 marzo 2008, E 213, doc. 29, 39). Il Dott. D._____, autore della relazione medica esibita in sede ricorsuale (1° settembre 2008), nella sostanza, non pone in evidenza altre patologie. Egli rileva che l'affezione psichica presenta tratti di distimia bipolare e la paziente "non esce di buon grado di casa e solo l'idea di farlo la pone in uno stato di agitazione".

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. 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 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 medici dell'INPS pongono un tasso d'invalidità del 70%. Dal canto suo, il Dott. C._____, dell'UAIE, ritiene che, a parte i lavori pesanti, l'assicurata può svolgere quasi tutti i lavori che sono assegnati ad una casalinga. Egli ammette tuttavia che a causa dei disturbi psichici e l'obesità, la sua capacità in tale ambito si situa al 36%. Il Dott. D._____, medico delle assicurazioni, che si è espresso in sede ricorsuale (certificato del 1° settembre 2008), ritiene

la paziente invalida in misura dell'80% almeno.

E. 10.2

A. _____ accusa in primo luogo e da tempo, dei problemi poliartrosici ed esiti di frattura del tronchite omerale destro. Sul piano strettamente funzionale, la paziente presenta un rachide spinalgico in sede cervicolombosacrale con leggera accentuazione della cifosi dorsale. Le limitazioni funzionali si manifestano nella flessione estensione per circa ¼, ma questo è dovuto in gran parte alla notevole obesità. Le manovre coxo-femorali sono libere, mentre l'artrosi colpisce le ginocchia che sono a tratti doloranti soprattutto nel corso di una marcia spedita. Comunque la paziente conserva una deambulazione normale. Anche la spalla destra, malgrado gli esiti di frattura del tronchite, presenta una motilità conservata. Lo stesso specialista in ortopedia, nella sua relazione del 21 marzo 2008 (doc. 38), definisce l'incidenza funzionale lieve sotto il profilo del suo campo specialistico. In secondo luogo l'interessata soffre di problemi psichici. Trattasi di una sindrome depressiva con tratti distimici-bipolari. L'esame specialistico del 14 marzo 2008 pone in evidenza un aspetto generale ansioso con una percezione spaziotemporale nella norma, un contenuto del pensiero con nuclei d'ansia, un umore leggermente depresso. L'ideazione è focalizzata sui propri problemi di salute in modo ipocondriaco. L'apparato sensorio risulta integro, mentre memoria, concentrazione e calcolo sono lacunosi. La paziente è seguita da uno specialista (Dott. E. _____) ed è sottoposta a terapia farmacologica. Tutto sommato, l'incidenza funzionale della patologia in esame è di media gravità. Questa influenza può senz'altro incidere a livello decisionale nell'ambito della conduzione (direzione /organizzazione) dell'economia domestica, ma non nello svolgimento dei lavori comuni manuali, a parte quelli più pesanti. In altre parole, ricordando anche quanto descritto dal Dott. D. _____ il 1° settembre 2008, la nominata presenta delle difficoltà relazionali sotto forma di paure e angosce nell'affrontare i contatti esteriori ma, come l'interessata ammette, può compiere i normali lavori di casa (doc. 11). Per il resto, la paziente soffre di una notevole obesità di tipo ginoide (periferica) presente da tempo (85-90 kg per 145 cm di altezza). Va rilevato al proposito che secondo la giurisprudenza, in sé l'obesità non è costitutiva d'invalidità. Si può ammettere l'esistenza di un'invalidità solo se l'eccesso di peso ha provocato oppure è stato causato da un danno alla salute e per questa ragione la capacità di guadagno (o di attendere alle usuali faccende domestiche) è notevolmente ridotta e non può essere aumentata per il tramite di provvedimenti ragionevolmente esigibili (sentenza del TF del 17 ottobre 1983 in RCC 1984 p. 359, sentenza del TF I 757/06 del 5 giugno 2007, consid. 5.1). Questa situazione non si configura nel caso di specie. Comunque, un fattore di rischio, in cui la notevole obesità è concausa, è lo stato di ipertensione arteriosa lamentato dall'assicurata. Per ora, tale turba è tenuta sotto controllo farmacologico e i referti oggettivi ad atti (elettrocardiogramma, ecocolordoppler cardiaco, esame della pressione arteriosa su 24 ore) non depongono per eventuali patologie cardiache associate in atto.

E. 10.3

Per quanto riguarda la certificazione del Dott. D. _____ del 1° settembre 2008, questa esprime solo un parere diverso circa le conseguenze invalidanti delle menzionate affezioni, peraltro in un ambito lavorativo retribuito ("tipo di lavoro espletato") e non come casalinga. Il tasso d'invalidità espresso da medici che non operano nel sistema della LAI svizzera non può essere ritenuto "sic et simpliciter" applicabile al caso di specie. In realtà egli non apporta 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 o la restante capacità di attendere alle usuali faccende domestiche.

E. 11.1

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).

Analizzando la situazione medica con le incombenze domestiche (famiglia attualmente composta da 2 persone in una casa di 5 locali) si giunge a ritenere che l'interessata potrebbe incontrare difficoltà nell'ambito dei lavori più pesanti (come le grandi pulizie, stendere la biancheria, ecc.), mentre in compiti più leggeri la sua capacità resta quasi intatta (condotta dell'economia domestica, preparazione dei pasti, ecc.). La maggiore difficoltà è di carattere decisionale e con i contatti verso l'esterno, per effetto della sua situazione psichica. Nel complesso, in base alle apposite direttive concernenti l'invalidità edite dall'Ufficio federale delle assicurazioni sociali, Berna (UFAS), l'interessata presenta un'incapacità al lavoro massima, nell'ambito delle consuete attività domestiche, del 36%, tasso insufficiente per aver diritto alla rendita AI.

E. 11.2

Il collegio non ha pertanto alcun motivo di scostarsi dal convincente parere del medico dell'UAIE, fondato sul corretto apprezzamento del caso concreto e sull'attento esame della documentazione clinica ad atti. Trattasi infatti di osservazioni cliniche da cui si possono derivare utili oggettivi e persuasivi elementi di giudizio atti a dimostrare che, nonostante le affezioni di cui è portatrice, A. _____, entro la data della decisione in esame, sarebbe stata in grado di attendere alle sue usuali faccende domestiche in modo tale da escludere un'invalidità di rilievo. Va ricordato che, secondo la giurisprudenza, una casalinga invalida deve organizzarsi in modo tale da ridurre gli effetti del proprio impedimento, adottando le misure che prenderebbe una persona ragionevole nella sua stessa situazione, per potere sbrigare le faccende domestiche nel modo più completo e indipendente possibile. Se una casalinga invalida può svolgere certi lavori solamente con fatica e impiegando molto più tempo del solito, deve rivolgersi ai propri familiari, affinché l'aiutino nel limite del possibile (DTF 133 V 504). In queste circostanze il ricorso deve essere respinto e l'impugnata decisione confermata.

E. 12

A titolo di spese ricorsuali si preleva la somma versata dalla ricorrente il 21 aprile 2009 (art. 69 cpv. 2 LAI). Visto l'esito del ricorso, non si assegnano indennità per spese ripetibili alla parte soccombente. 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 sulle tasse e sulle spese ripetibili nelle cause dinanzi il 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.