

BVGer C-785/2018 vom 6. Mai 2019

Bundesverwaltungsgericht, 2019-05-06, IT

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/bvger_C-785_2018

FR: TAF C-785/2018 du 6 mai 2019

IT: TAF C-785/2018 del 6 maggio 2019

Regeste

Revisione della rendita

Erwägungen

E. 1.1

In virtù dell'art. 31 LTAF, questo Tribunale giudica i ricorsi contro le decisioni ai sensi dell'art. 5 PA, emanate dalle autorità menzionate all'art. 33 LTAF, riservate le eccezioni di cui all'art. 32 LTAF. In particolare, le decisioni rese dall'UAIE concernenti l'assicurazione per l'invalidità possono essere impugnate davanti al Tribunale amministrativo federale (TAF) conformemente all'art. 69 cpv. 1 lett. b LAI (RS 831.20). Di conseguenza questo Tribunale è competente a giudicare il presente ricorso.

E. 1.2

Secondo l'art. 3 lett. dbis PA, a cui rinvia l'art. 37 LTAF, la procedura in materia di assicurazioni sociali non è disciplinata dalla PA, nella misura in cui è applicabile la LPGA (RS 830.1). In conformità con l'art. 2 LPGA, le disposizioni della presente legge sono applicabili alle assicurazioni sociali disciplinate dalla legislazione federale, se e per quanto le singole leggi sulle assicurazioni sociali lo prevedano. Giusta l'art. 1 cpv. 1 LAI, le disposizioni della LPGA sono applicabili all'assicurazione per l'invalidità (art. 1a-26bis e 28-70), sempreché la LAI non deroghi alla LPGA.

E. 1.3

In concreto, il ricorso è ammissibile nella misura in cui è stato presentato tempestivamente e nel rispetto dei requisiti previsti dalla legge (art. 59 e 60 LPGA, nonché l'art. 52 cpv. 1 PA) ed altresì l'anticipo relativo alle spese processuali è stato versato nel termine impartito.

E. 2.1

La ricorrente è cittadina di uno Stato membro della Comunità europea, per cui è applicabile, di principio, l'ALC (RS 0.142.112.681), entrato in vigore il 1° giugno 2002.

E. 2.2

L'allegato II è stato modificato con effetto dal 1° aprile 2012 (Decisione 1/2012 del Comitato misto del 31 marzo 2012; RU 2012 2345). Nella sua nuova versione esso prevede in particolare che le parti contraenti applicano tra di loro, nel campo del coordinamento dei sistemi di sicurezza sociale, gli atti giuridici di cui alla sezione A dello stesso allegato, comprese eventuali loro modifiche o altre regole equivalenti ad essi (art. 1 ch. 1) ed assimila la Svizzera, a questo scopo, ad uno Stato membro dell'Unione europea (art. 1 ch. 2).

E. 2.3

Gli atti giuridici riportati nella sezione A dell'allegato II sono, in particolare, il regolamento (CE) n. 883/2004 del Parlamento europeo e del Consiglio del 29 aprile 2004 (RS 0.831.109.268.1) relativo al coordinamento dei sistemi di sicurezza sociale, con le relative modifiche, e il regolamento (CE) n. 987/2009 del Parlamento europeo e del Consiglio del 16 settembre 2009 (RS 0.831.109.268.11) che stabilisce le modalità di applicazione del regolamento (CE) n. 883/2004, nonché il regolamento (CEE) n. 1408/71 del Consiglio del 14 giugno 1971 (RU 2004 121, 2008 4219 4237, 2009 4831) 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, con le relative modifiche, e il regolamento (CEE) n. 574/72 del Consiglio del 21 marzo 1972 (RU 2005 3909, 2008 4273, 2009 621 4845) che stabilisce le modalità di applicazione del regolamento (CEE) n. 1408/71, con le relative modifiche, entrambi applicabili tra la Svizzera e gli Stati membri fino al 31 marzo 2012 e quando vi si fa riferimento nel regolamento (CE) n. 883/2004 o nel regolamento (CE) n. 987/2009 oppure quando si tratta di casi verificatisi in passato.

E. 2.4

Secondo l'art. 4 del regolamento (CE) n. 883/2004, salvo quanto diversamente previsto dallo stesso, le persone ad esso soggette godono delle medesime prestazioni e sottostanno agli stessi obblighi di cui alla legislazione di ciascuno Stato membro, alle stesse condizioni dei cittadini di tale Stato. Ciò premesso, nella misura in cui l'ALC e, in particolare, il suo allegato II, non prevede disposizioni contrarie, l'organizzazione della procedura, come pure l'esame delle condizioni di ottenimento di una rendita d'invalidità svizzera, sono regolate dal diritto interno svizzero (DTF 130 V 253 consid. 2.4).

E. 2.5

Il regolamento (CE) n. 883/2004 è stato inoltre ulteriormente modificato dal regolamento (CE) n. 465/2012 del Parlamento europeo e del Consiglio del 22 maggio 2012, ripreso dalla Svizzera a decorrere dal 1° gennaio 2015 (cfr. sentenza del TF 8C_580/2015 del 26 aprile 2016 consid. 4.2 con rinvii).

E. 3.1

Dal profilo temporale si applicano le disposizioni in vigore al momento della realizzazione dello stato di fatto che deve essere valutato giuridicamente o che produce conseguenze giuridiche (DTF 136 V 24 consid. 4.3 e 130 V 445 consid. 1.2 con rinvii, nonché 129 V 1 consid. 1.2). Se le disposizioni legali si sono modificate nel corso del periodo sottoposto ad esame giudiziario, il diritto alle prestazioni si determina secondo le vecchie disposizioni per il periodo anteriore e secondo le nuove a partire della loro entrata in vigore (applicazione pro rata temporis; DTF 130 V 445).

E. 3.2

Contestato, in concreto, è il mancato riconoscimento, nell'ambito della procedura di revisione avviata d'ufficio nel giugno 2013, del diritto a una mezza rendita d'invalidità. Ne consegue che sono applicabili le modifiche legislative di cui alla 6a revisione della LAI in vigore dal 1° gennaio 2012 e le successive (RU 2011 5659; FF 2010 1603) pur non comportanti cambiamenti rispetto al diritto precedente in merito alla valutazione dell'invalidità, entrate in vigore fino alla data della decisione impugnata.

E. 3.3

Giova altresì rilevare che il potere cognitivo di questo Tribunale è delimitato dalla data della decisione impugnata, in concreto il 3 gennaio 2018. Il giudice delle assicurazioni sociali esamina infatti la decisione impugnata sulla base della situazione di fatto esistente al momento in cui essa è stata resa (DTF 136 V 24 consid. 4.3). Tiene tuttavia conto dei fatti verificatisi posteriormente quando essi possono imporsi quali elementi d'accertamento retrospettivo della situazione anteriore alla decisione stessa (DTF 129 V 1 consid. 1.2 e 121 V 362 consid. 1b), in altri termini se gli stessi sono strettamente connessi all'oggetto litigioso e se sono suscettibili di influire sull'apprezzamento del giudice al momento in cui detta decisione litigiosa è stata resa (cfr. sentenze del TF 8C_278/2011 del 26 luglio 2011 consid. 5.5, nonché 9C_116/2010 del 20 aprile 2010 consid. 3.2.2; DTF 118 V 200 consid. 3a in fine).

E. 4

Il TAF applica il diritto d'ufficio, senza essere vincolato in nessun caso dai motivi del ricorso (art. 62 cpv. 4 PA). In virtù dell'art. 12 PA e dell'art. 19 PA in relazione con l'art. 40 della legge federale di procedura civile del 4 dicembre 1947 (PCF, RS 273), il Tribunale accerta i fatti determinanti per la soluzione della controversia, assume le prove necessarie e le valuta liberamente. Le parti sono tenute a cooperare all'accertamento dei fatti (art. 13 PA) ed a motivare il proprio ricorso (art. 52 PA). Ne consegue che l'autorità di ricorso si limita di principio ad esaminare le censure sollevate, mentre le questioni di diritto non invocate dalle parti solo nella misura in cui gli argomenti delle parti o l'esame dell'incarto ne diano sufficiente motivo (DTF 117 V 282 consid. 4a; sentenza del TF 8C_45/2010 del 26 marzo 2010; sentenza del TAF C-5937/2014 del 15 maggio 2018 consid. 2 con riferimenti).

E. 5

Oggetto del contendere, in concreto, è unicamente l'accertamento economico esperito dall'amministrazione (consid. 10) - e meglio la questione se a ragione essa ha considerato come reddito da invalida, quello statistico conseguibile dall'assicurata in un'attività sostitutiva leggera, semplice e ripetitiva, piuttosto che quello concretamente ottenuto nell'abituale attività di assistente di cure, effettivamente esercitata dal 1988, come avvenuto nella precedente procedura, attualmente al 50% - e il conseguente grado di invalidità che ne deriva.

E. 6.1

In base all'art. 8 cpv. 1 LPGA è considerata invalidità l'incapacità al guadagno totale o parziale presumibilmente permanente o di lunga durata. L'art. 4 cpv. 1 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. 6.2

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 in-valido per almeno il 40% (art. 28 cpv. 2 LAI). In seguito all'entrata in vigore dell'Accordo bilaterale, la limitazione prevista dall'art. 29 cpv. 4 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 se l'assicurato è cittadino svizzero o dell'Unione europea e vi risiede (DTF 130 V 253 consid. 2.3).

E. 6.3

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 cpv. 1 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).

E. 6.4

La nozione d'invalidità di cui all'art. 4 LAI e 8 LPGA è un concetto di carattere economico-giuridico e non medico (DTF 116 V 246 consid. 1b e 110 V 273; v. pure sentenze del TF 8C_636/2010 del 17 gennaio 2011 consid. 3 e 9C_529/2008 del 18 maggio 2009). In base all'art. 16 LPGA, applicabile per il rinvio dell'art. 28a cpv. 1 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; metodo generale del raffronto dei redditi). 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).

E. 7.1

Giusta l'art. 17 cpv. 1 LPGA, se il grado d'invalidità del beneficiario della rendita subisce una notevole modificazione, per il futuro la rendita è aumentata o ridotta proporzionalmente o soppressa, d'ufficio o su richiesta.

E. 7.2

Giusta l'art. 87 cpv. 1 OAI (RS 831.201) la revisione avviene d'ufficio quando, in previsione di una possibile modifica importante del grado d'invalidità o della grande invalidità oppure del bisogno di assistenza o di aiuto dovuto all'invalidità è stato stabilito un termine al momento della fissazione della rendita, dell'assegno per grandi invalidi o del contributo per l'assistenza (lett. a) o allorché si conoscono fatti o si ordinano provvedimenti che possono provocare una notevole modifica del grado d'invalidità, della grande invalidità oppure del bisogno di assistenza o di aiuto dovuto all'invalidità (lett. b). Se, di contro, è stata fatta una domanda di revisione, nella domanda si deve dimostrare che il grado d'invalidità è modificato in misura rilevante per il diritto a prestazioni (art. 87 cpv. 2 OAI).

E. 7.3

La giurisprudenza ha stabilito che le rendite d'invalidità sono soggette a revisione non solo in caso di modifica rilevante dello stato di salute che ha un influsso sull'attività lucrativa,

ma anche quando lo stato di salute è rimasto invariato, se le conseguenze sulla capacità di guadagno hanno subito un cambiamento importante (DTF 113 V 275 consid. 1a). La semplice valutazione diversa di circostanze di fatto rimaste sostanzialmente invariate non giustifica una revisione ai sensi dell'art. 17 LPGA (DTF 112 V 372 consid. 2b e 390 consid. 1b, RCC 1987 p. 36, SVR 2004 IV n. 5 consid. 3.3.3). L'istituto della revisione non può infatti giustificare un riesame incondizionato del diritto alla rendita (cfr. anche: Rudolf Ruedi, Die Verfügungsanpassung als verfahrensrechtliche Grundfigur namentlich von Invalidenrentenrevisionen, in: Schaffhauser/Schlauri, Die Revision von Dauerleistungen in der Sozialversicherung, San Gallo, 1999, p. 15). Per le rendite dell'assicurazione invalidità, infine, anche una modifica di poco conto dello stato di fatto determinante può dare luogo a una revisione se tale modifica determina un superamento (per eccesso o per difetto) di una soglia minima (DTF 133 V 545 consid. 6 con riferimenti a dottrina e giurisprudenza).

E. 8.1

Al fine di accertare se il grado di invalidità si è modificato in maniera tale da influire sul diritto alle prestazioni, si deve confrontare, da un lato, la situazione di fatto relativa all'ultima decisione cresciuta in giudicato che è stata sottoposta ad esame materiale tramite contestuale accertamento pertinente dei fatti, apprezzamento delle prove e confronto dei redditi, e, dall'altro lato, la situazione di fatto vigente all'epoca del provvedimento litigioso (DTF 133 V 108; sentenza del TF I 759/06 del 5 settembre 2007).

E. 8.2

In concreto il periodo di riferimento è quello intercorrente fra la decisione del 30 novembre 2010 (doc. 111) - con cui è stato attribuito il diritto a un quarto di rendita AI - e il 3 gennaio 2018, data della decisione impugnata con cui tale quarto di rendita è stato confermato in esito alla revisione d'ufficio avviata nel giugno 2013 (doc. 183).

E. 9

Riguardo allo stato di salute, può ritenersi assodato, con il grado della verosimiglianza preponderante valido nelle assicurazioni sociali, che nessun cambiamento significativo è intervenuto fra questi due momenti. Il caso dell'assicurata è stato oltremodo indagato, dal punto di vista psichiatrico, reumatologico, neurologico e ortopedico. Le valutazioni esposte dai periti in maniera concludente, coerente e completa (cfr. consid. C.a, C.c) e alle quali ha integralmente aderito anche il SMR, non vengono contraddette da nessun ulteriore documento prodotto, risultando pertanto senz'altro attendibili. Gli accertamenti medici acquisiti in sede istruttoria non risultano per altro neppure contestati da parte della ricorrente, che anzi fa riferimento nei propri memoriali (cfr. § 1.1 doc. TAF 1). Dagli stessi è emerso che A. _____ è incapace al lavoro al 50% nell'attività abituale (intesa come riduzione del tempo di lavoro), al 25% in un'attività adeguata (intesa come riduzione del rendimento) e al 30% nell'attività di casalinga (consid D.c.c).

E. 10

Resta quindi da esaminare la conformità del tasso d'invalidità, segnatamente del reddito da invalido computato dall'amministrazione.

E. 10.1

La scelta del metodo applicabile (metodo ordinario del confronto dei redditi, metodo specifico o metodo misto) dipende dallo statuto attribuito al potenziale beneficiario della rendita. Se una persona vada considerata appartenente all'una o all'altra di queste categorie

si determina accertando cosa essa avrebbe fatto, nella medesima situazione, se non fosse subentrato il pregiudizio alla salute. Questo quesito si decide tenendo conto dell'evoluzione della situazione sino all'emanazione della decisione impugnata, ritenuto che l'ipotetica ripresa di un'attività lucrativa completa o parziale va ammessa ove tale eventualità presenti un grado di verosimiglianza preponderante (DTF 141 V 15 consid. 3.1 con rinvii). Al fine di determinare lo statuto della persona assicurata (persona esercitante un'attività lucrativa a tempo pieno, a tempo parziale o senza attività lucrativa), si deve segnatamente esaminare se (e in quale misura) la stessa, da sana, avrebbe consacrato l'essenziale della sua attività all'economia domestica o a un'occupazione lucrativa, alla luce della sua situazione personale, familiare, sociale, finanziaria e professionale (sentenza del TF 9C_279/2018 del 28 giugno 2018 consid. 2.2 con rinvii e DTF 130 V 393 consid. 3.3). Ai fini di questa valutazione si deve ugualmente tenere conto della volontà ipotetica della persona interessata, la quale, ove non altrimenti desumibile, dovrà dedursi, in quanto fatto interno, da indizi esterni, stabiliti secondo il grado della verosimiglianza preponderante richiesto nel diritto delle assicurazioni sociali (sentenza del TF 9C_48/2013 del 9 luglio 2013).

E. 10.2

Sebbene il metodo di calcolo scelto dall'autorità inferiore nella procedura di revisione (in seguito alla richiesta avanzata dall'assicurata [doc. 151]) non è contestato, giova rilevare che a giusto titolo l'amministrazione ha scelto di operare l'indagine economica sulla base del metodo ordinario al posto del metodo misto applicato nella procedura precedente, ritenuto che l'assicurata, se non fosse divenuta invalida, avrebbe verosimilmente svolto l'attività lucrativa a tempo pieno (dunque in misura superiore al 70% precedente l'infortunio), essendo la figlia nel frattempo cresciuta (quindici anni al momento dell'aumento del tasso di occupazione nel 2014). Tale circostanza, oltre ad essere stata espressamente dichiarata dall'interessata (doc. 151), la quale ha altresì concretamente aumentato il grado di occupazione al 50%, è desumibile anche dal fatto che prima della nascita della figlia la stessa era attiva presso la Clinica B._____ al 100%. Una ripresa a tempo pieno, in assenza del danno alla salute appare pertanto altamente verosimile.

E. 10.3.1

Secondo il metodo generale di comparazione dei redditi (art. 16 LPGGA), a cui rinvia l'art. 28a cpv. 1 LAI, per valutare il grado d'invalidità, il reddito che l'assicurato invalido potrebbe conseguire esercitando l'attività ragionevolmente esigibile da lui dopo la cura medica e l'eventuale esecuzione di provvedimenti d'integrazione, 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 (metodo ordinario sulla base del confronto dei redditi per gli assicurati esercitanti un'attività lucrativa; cfr. anche DTF 137 V 334 consid. 3.1.1).

E. 10.3.2

Nell'ambito di una procedura di revisione, il momento determinante per il raffronto dei redditi, è quello in cui il diritto alla rendita potrebbe subire una modifica (cfr. CR LPGGA-Margit Moser-Szeless, art. 16 LPGGA, N 41). Pertanto i redditi con e senza invalidità devono essere determinati sulla base delle indicazioni salariali o statistiche, valide per lo stesso anno (sentenza del TF I 471/05 del 11 maggio 2006 consid. 3.2) tenendo conto delle modifiche riguardanti tali redditi e suscettibili di influire sul diritto alla rendita fino all'emissione della decisione dell'autorità competente (DTF 129 V 222 consid. 4.1 e i

riferimenti ivi citati; Michel Valterio, Droit de l'assurance-vieillesse et survivants (AVS) e de l'assurance-invalidité (AI), Commentaire thématique, ed. Schulthess, Ginevra/Zurigo/Basilea 2011, p.548, N. 2063-2064).

E. 10.4

Nell'evenienza concreta, pur essendo la revisione d'ufficio in corso dal 2013, è soltanto nel 2015 che l'assicurata ha fatto valere che in assenza del danno alla salute avrebbe ripreso a lavorare al 100%, come prima della nascita della figlia (doc.151). Tale circostanza, supportata, come detto al consid. 10.2, da validi indizi, ha indotto l'autorità inferiore a cambiare metodo per la valutazione dell'invalidità. Non essendo possibile stabilire con esattezza il momento in cui tale cambiamento del grado di occupazione avrebbe potuto effettivamente avvenire (non essendo stato specificato dall'interessata, né essendovi indicazioni al riguardo da parte del datore di lavoro), è lecito ritenere che lo stesso avrebbe potuto al più presto intervenire a partire dal 2015, in concomitanza con la manifestazione della volontà dell'assicurata in tal senso. A giusto titolo l'autorità ha quindi considerato il 2015 come anno di riferimento per il raffronto dei redditi.

E. 11

Per determinare il reddito conseguibile senza il danno alla salute (reddito da valida) l'amministrazione si è avvalsa a giusto titolo del dato salariale fornito il 28 luglio 2017 dal datore di lavoro riguardante l'anno 2015 corrispondente a fr. 67'960.00 (cfr. doc. 171), al quale pure la ricorrente ha aderito (cfr. § 1.2 doc. TAF 1). Tale importo può essere senz'altro confermato in questa sede.

E. 12.1

Per determinare il reddito da invalido, fa stato in primo luogo la situazione salariale concreta dell'assicurato, a condizione che, cumulativamente, il rapporto di lavoro sia particolarmente stabile, egli sfrutti in maniera completa e ragionevole la capacità lavorativa residua, il reddito derivante dall'attività effettivamente svolta sia adeguato e non costituisca un salario sociale (DTF 129 V 475 consid. 4.2.1; 126 V 75 consid. 3b/aa e i riferimenti citati; anche sentenze 9C_818/2018 e 9C_826/2018 del 5 aprile 2019 consid. 4.3). Qualora difettino indicazioni economiche effettive, possono essere ritenuti i dati forniti dalle statistiche salariali, come risultano dall'inchiesta svizzera sulla struttura dei salari (sentenza del TF 9C_205/2011 consid. 7 e relativi riferimenti). Se, nonostante il danno alla salute, una persona assicurata è in grado di continuare a svolgere la precedente attività lucrativa, eventualmente con capacità limitata, non è in principio necessario riferirsi ai valori statistici laddove sussista pure in un'attività adeguata una parziale inabilità lavorativa (sentenza del TF 9C_576/2016 del 13 luglio 2017 consid. 5 con i riferimenti citati, riferito al caso di un fabbro che a seguito del danno alla salute era stato ritenuto in grado di riprendere nella misura del 70% sia la precedente attività svolta che un'attività sostitutiva]; sentenza del TAF C-38/2015 del 19 settembre 2017 consid. 9.3).

E. 12.2

Giova rammentare che nell'ambito dell'assicurazione invalidità, si applica il principio generale secondo cui l'assicurato, prima di avanzare pretese, deve intraprendere di sua iniziativa tutto quanto è ragionevolmente esigibile da lui per ovviare nel miglior modo possibile alle conseguenze della sua invalidità, segnatamente mettendo a profitto la sua residua capacità lavorativa, se necessario, in una nuova professione. Il principio dell'autointegrazione deriva dall'obbligo di ridurre il danno ed ha la precedenza sia sul

diritto alla rendita sia sui provvedimenti d'integrazione. Dall'assicurato possono tuttavia essere pretesi unicamente provvedimenti esigibili che tengano conto delle circostanze oggettive e soggettive del caso concreto, quali la sua capacità lavorativa residua, le ulteriori circostanze personali, l'età, la situazione professionale, i legami presso il luogo di domicilio, il mercato del lavoro equilibrato e la presumibile durata dell'attività lavorativa (sentenze del TF 9C_621/2017 dell'11 gennaio 2018 consid. 2.2.1, 9C_644/2015 del 3 maggio 2016 consid. 4.3.1 nonché 9C_381/2014 del 10 settembre 2014 consid. 4.2).

E. 12.3.1

In concreto l'autorità inferiore ritiene che la ricorrente sia tenuta a cercare un'attività lavorativa sostitutiva al 75% (inteso come rendimento ridotto sulla giornata intera), al fine di sfruttare in maniera completa e ragionevolmente esigibile la capacità lavorativa residua. Richiamando le valutazioni del SMR (doc. 169, 178, nonché annotazione del 17 maggio 2018 allegato al doc. TAF 14) e quelle del consulente IP (doc. 168, 180) l'UAIE ha ritenuto non esservi controindicazioni dal punto di vista medico ad un cambio di professione. Fondandosi sui dati statistici relativi alle attività semplici e ripetitive svolte al 75%, applicando una deduzione sociale del 10% per attività leggere e per svantaggi salariali derivanti da contingenze particolari, l'amministrazione ha quindi stabilito che l'interessata potrebbe conseguire un reddito da invalida per l'anno 2015 di fr. 36'579.00, superiore a quello effettivamente ottenuto nell'attività abituale esercitata al 50%, pari a fr. 33'980, e pertanto da prediligere nell'ambito del raffronto dei redditi - in ossequio del principio inerente l'obbligo di ridurre il danno. Comparando tale dato statistico con il reddito da valida accertato di fr. 67'960.00 (cfr. doc. 171) ne risulta un disappunto economico del 46% da cui la decisione di riconoscere un quarto di rendita.

E. 12.3.2

La ricorrente, dal canto suo, contesta tale modo di procedere, ritenendo opportuno stabilire il reddito da invalida sulla base del salario effettivamente percepito nell'attività di assistente di cura al 50% (riferendosi a quello indicato dall'autorità inferiore pari a fr. 33'980.00), postulando un grado di invalidità del 50%. Essa ritiene di aver fatto tutto quanto in suo potere per ridurre il danno, avendo ripreso ad esercitare nella massima misura concessagli l'attività abituale, ritenuta medicalmente esigibile ai sensi dell'art. 16 LPGA e nella quale riesce a conseguire un reddito tutto sommato non di molto inferiore a quello statistico. Essa contesta inoltre che non sia stato tenuto conto del fatto che pur essendo esigibile da parte sua l'esercizio di un'attività adeguata, permane comunque una non trascurabile riduzione del rendimento del 25%, comportante - anche nella suddetta professione sostitutiva - un'importante perdita di guadagno, oltre che una difficoltà accresciuta a trovare un posto di lavoro stabile. Infine essa critica il fatto che la questione dell'esigibilità del cambio di professione non sia stata sottoposta a uno psichiatra del SMR - alla luce delle considerazioni espresse nella valutazione psichiatrica annessa alla perizia SAM del 2014 - ma unicamente al medico generalista.

E. 13.1

Dalle carte processuali emerge innanzitutto che dal 1988 e quindi da 30 anni al momento della decisione impugnata, l'assicurata è impiegata presso la Clinica B. _____ come assistente di cura, dapprima a tempo pieno, e dal 1999, dopo la nascita della figlia, a tempo parziale. Il rapporto di lavoro può pertanto senz'ombra di dubbio considerarsi duraturo e stabile. Non vi è inoltre alcun indizio che consenta di sospettare che il reddito percepito

dall'interessata costituisca un salario sociale, ossia una retribuzione che viene concessa in assenza di controprestazione corrispondente (si rammenta al riguardo che la prova dell'esistenza di un salario sociale è sottoposta a esigenze severe, e che secondo giurisprudenza, vige la presunzione secondo cui il salario pagato equivale normalmente al lavoro svolto; cfr. consid. 12.1, inoltre DTF 117 V 8 p. 19 consid. 2c/aa; 110 V 277 consid. 4c).

E. 13.2

Resta quindi da stabilire se l'assicurata sfrutti in maniera completa e ragionevole la propria capacità lavorativa residua e, in caso contrario, se sia possibile scostarsi dal salario effettivo al fine di determinare il reddito da invalida.

E. 13.2.1

Secondo la giurisprudenza il ricorso ai dati statistici costituisce un'ultima ratio (DTF 142 V 178): risulta infatti ad esempio insensato riferirvisi, quando la persona assicurata è stata riformata con successo in una nuova professione (sentenza del TF 9C_57/2008 del 3 novembre 2008 consid. 2.3; I 171/04 del 1° aprile 2005 consid. 4.2) oppure quando essa è in grado, nonostante il danno alla salute, di riprendere ad esercitare la professione abituale (sentenze del TF 9C_576/2016 del 13 luglio 2017 consid. 5; 9C_599/2011 del 13 gennaio 2012 consid. 4.1, 4.2 e i riferimenti citati). Ciò vale anche nel caso in cui l'assicurato non sfrutta in maniera completa la capacità lavorativa residua (cfr. sentenza del TF 9C_719/2015 del 3 giugno 2016 consid. 5.3; 8C_579/2009 del 6 gennaio 2010 consid. 2.3.2; 9C_57/2008 del 3 novembre 2008 consid. 4; I 171/04 del 1° aprile 2005 consid. 4.2). In un caso analogo a quello in esame, ad esempio, il Tribunale federale aveva ritenuto inesigibile da parte di un'assicurata cinquantaduenne un cambiamento di professione, nonostante in un'attività sostitutiva leggera - in cui era medicalmente abile al 100% - avrebbe potuto realizzare un guadagno maggiore rispetto a quello conseguito nell'attività abituale di infermiera - ripresa dall'interessata a seguito del danno alla salute, ma soltanto in ragione del 50% (in conformità al grado d'incapacità lavorativa certificato) - e di conseguenza avrebbe patito un discapito economico inferiore (del 40% invece che del 50%). L'Alta corte aveva infatti considerato che l'attività di infermiera, esercitata da vent'anni, fosse la più adatta allo stato di salute dell'assicurata e che un riadattamento della stessa in un'attività commerciale - in cui per altro aveva ottenuto il certificato federale di capacità nel 1967 prima di formarsi come assistente sanitaria - non sarebbe stato esigibile, nonostante il parere favorevole di alcuni medici interrogati (sentenza I 605/01 dell'8 luglio 2002 consid. 3.4). In un caso riguardante un'assicurata considerata abile al 50% a seguito del danno alla salute nell'attività abituale di segretaria (in precedenza svolta all'80%) come pure in un'attività sostitutiva adeguata, il Tribunale federale ha ritenuto opportuno procedere al raffronto dei redditi fondandosi sul reddito da invalida che la stessa avrebbe potuto concretamente percepire dall'attuale datore di lavoro, piuttosto che sui dati statistici (relativi sia alla professione di segretaria che di attività sostitutive) e ciò nonostante quest'ultima, a seguito dell'infortunio, non avesse più ripreso la propria attività e nonostante, a pochi mesi di distanza dal momento determinante per il raffronto dei redditi, il contratto di lavoro fosse stato disdetto (sentenza del TF 9C_599/2011 del 13 gennaio 2012 consid. 4.1, 4.2 e i riferimenti citati).

E. 13.2.2

Nell'evenienza concreta, durante la procedura di revisione è stato accertato che dal punto di vista medico l'interessata conserva nella professione di assistente di cura una capacità lavorativa del 50%, inteso come riduzione del tempo di lavoro (cfr. consid. D.c.c; doc. 169, 151, allegato 38, pp. 32 e 35). Dall'istruttoria di causa è emerso che dal 1° febbraio 2007 (cfr. consid. B.b) l'assicurata aveva ripreso a svolgere le proprie mansioni consuete presso la Clinica B._____ nella misura del 35% (conformemente a quanto ritenuto allora medicalmente esigibile - cfr. doc. 40 e 46) per poi incrementare al 50% a partire dal 1° aprile 2014 (cfr. consid. C.a). Pur essendo confacente allo stato di salute, è innegabile che l'attività di assistente di cura non permette all'interessata di sfruttare in maniera completa la capacità lavorativa residua, dal momento che secondo gli accertamenti medici essa potrebbe svolgere un'attività leggera nella misura del 75% (doc. 169 e doc. 151, allegato 38, pp. 32). Dagli atti risulta che un aumento del proprio grado di impiego nella professione abituale fino al 75% non sarebbe tuttavia possibile, essendo da un lato contrario alle indicazioni mediche e non essendovi, dall'altra, la disponibilità del datore di lavoro di valutare un aumento del carico di lavoro oltre al 50% per gli stessi motivi (doc. 137; cfr. anche sentenze del TF 8C_7/2014 del 10 luglio 2014 consid. 7.2 e 9C_720/2012 del 11 febbraio 2013 consid. 2.3.2, nonché sentenza del TAF C-38/2015 del 19 settembre 2017 consid. 9.4).

E. 13.2.3

In occasione della procedura che ha portato all'attribuzione del quarto di rendita d'invalidità, i periti avevano ritenuto inesigibile un cambiamento di professione (doc. 40). Nonostante l'interessata fosse già allora abile al 75% in una professione adeguata e nonostante avesse ripreso a svolgere la professione di assistente di cura soltanto nella misura del 35% essi avevano rilevato che: "in considerazione dell'attuale ottimale situazione di impiego professionale dell'assicurata presso la Clinica B._____ di (...) (buono il rapporto con il datore di lavoro, accettabile il mansionario che abitualmente comporta compiti mediamente pesanti fino a pesanti, ma che vengono tuttavia risparmiati nella particolare situazione in cui l'assicurata si trova), riteniamo consigliabile mantenere l'attuale impiego, anche se limitato per quanto riguarda la capacità lavorativa medico-teorica globale" (doc. 40 p. 23). Nell'ambito della procedura di revisione i medici si sono limitati ad attestare una situazione di salute invariata ed a indicare le capacità lavorative residue nell'attività abituale e in attività adeguate (si confronti ad esempio il rapporto pluridisciplinare del 17 dicembre 2014 [doc. 151, allegato 38, pp. 37, 41, 45, 47-48], nonché le annotazioni del SMR del 23 maggio e 18 ottobre 2017 [doc. 169 e 178]. Solo nel rapporto SMR del 17 maggio 2018 (allegato al doc. TAF 14), trasmesso pendente causa di ricorso e nella presa di posizione del consulente IP (doc. 180) l'amministrazione ha indicato che non vi sarebbero controindicazioni ad un cambio di professione. Dalla perizia pluridisciplinare emerge in particolare che l'assicurata, affetta da una reazione depressiva nell'ambito di un disadattamento cronico (ICD 10 F 43.21) con manifestazioni di dolore persistente a carattere somatoforme (ICD-10 F 45.4) ha dichiarato con riferimento alla sua attività di assistente di cura che "il lavoro è il punto forte della sua vita e che esso l'aiuta psicologicamente perché mi fa sentire una persona normale come le altre, precisando che «qualsiasi cosa di nuovo da affrontare mi sembra insormontabile»" (doc. 151 allegato 38 pag. 27). In proposito il perito ha precisato che "da anni l'assicurata convive con una condizione di disadattamento che non si è completamente risolta e che la tiene ancorata al passato e cioè al momento in cui a causa delle conseguenze legate all'infortunio subito ha perso la sua completa efficienza. Di questa immagine di sé di persona efficiente ella ha però conservato almeno un residuo, ossia la capacità di fare fronte alle difficoltà ricorrendo a degli sforzi per riuscire comunque a farcela a rimanere

agganciata a ciò che le piace e mi riferisco al suo investimento nel lavoro di assistente di cure (...) " (doc. 151 allegato 38 pag. 28). In maniera molto simile, si era espressa anche la dr.ssa H. _____, in occasione della perizia psichiatrica del 2009, riscontrando "un timore per il futuro, per i rischi di un peggioramento e vissuti depressivi collegati alla sensazione di differenza dal prima, dall'immagine di sé competente, forte, autonoma" (cfr. perizia psichiatrica del 27 marzo 2009 p. 2, allegata al doc. 40), circostanza che ulteriormente conferma la persistenza di una situazione invariata non soltanto dello stato di salute, ma pure della predisposizione dell'assicurata ad affrontare importanti cambiamenti come, ad esempio, la ricerca e la reintegrazione in un nuovo lavoro. Alla luce di quanto sopra esposto, in particolare del fatto che i medici interpellati hanno constatato una situazione di salute sostanzialmente invariata rispetto alla valutazione pluridisciplinare del 2009, le conclusioni tratte dall'amministrazione in sede di ricorso e tramite il consulente IP, in relazione all'ammissibilità del cambiamento di professione, peraltro per nulla motivate, paiono una valutazione diversa di una situazione rimasta uguale e pertanto, non convincono. Di conseguenza non possono essere confermate in questa sede. Ciò alla luce del fatto che l'incapacità lavorativa riconducibile alle patologie psichiatriche accertate, risulta leggermente peggiorata, essendo passata dal 15 al 20% (doc. 40 pag. 19 e doc. 151 allegato 38 pag. 28), ma pure del fatto che il passare degli anni dalla valutazione del 2009 e il servizio prestato per trent'anni presso il medesimo datore di lavoro non rende senz'altro più facile all'assicurata un cambio di professione, ma piuttosto il contrario.

E. 13.2.4

Il Tribunale federale ha infatti già avuto modo di chiarire che il ricorso ai dati statistici è senz'altro indicato per quegli assicurati che in ragione del danno alla salute non possono più riprendere ad esercitare la propria attività lavorativa, in quanto fisicamente troppo gravosa, ma che conservano una capacità lavorativa importante per dei lavori leggeri. Per tali assicurati il salario statistico è sufficientemente rappresentativo del reddito che essi sarebbero in grado di realizzare da invalidi, dal momento che si riferisce ad un ampio ventaglio di attività non qualificate e compatibili con delle limitazioni funzionali poco marcate (sentenza del TF 9C_57/2008 del 3 novembre 2008 consid. 4).

E. 13.2.5

La situazione dell'assicurata differisce tuttavia da questi casi.

E. 13.2.5.1

Pur non avendo beneficiato di misure di riformazione professionale, che avrebbero escluso (cfr. consid. 11.5.1 e riferimenti citati) il riferimento ai dati statistici, l'assicurata ha seguito con costanza, anche dopo l'insorgenza del danno alla salute, dei corsi di formazione e di aggiornamento inerenti alla propria attività (cfr. doc. 151). Di tale formazione continua, occorre tenere debito conto nel valutare le differenti attività idonee a ridurre il danno. Grazie alle competenze e agli aggiornamenti appresi in occasione di corsi sanitari mirati, l'assicurata è in grado di sfruttare al meglio la propria capacità lavorativa residua nella professione di assistente di cura, garantendo al proprio datore di lavoro non soltanto il massimo grado di impiego consentitagli dai certificati medici, ma pure la qualità che è lecito attendersi da un'assistente di cura nello svolgimento delle proprie mansioni. Tale aspetto incide quindi senz'altro sulla capacità di guadagno dell'assicurata e potenzialmente pure sulle prospettive di crescita interna all'azienda ospedaliera, che nel caso dovessero concretizzarsi concorrerebbero a ridurre ulteriormente il discapito economico.

E. 13.2.5.2

Va inoltre rilevato che sia nella professione abituale che in quella sostitutiva permane un'apprezzabile capacità lavorativa residua (50% rispettivamente 75%, non completamente realizzabile essendo stata ammessa una deduzione del 10% - al riguardo si cfr. il consid. 13.2.5.4), circostanza che dal punto di vista dell'art. 16 LPGA le rende entrambe esigibili. È inoltre pacifico che, come nell'attività abituale, anche nello svolgimento di un'attività sostitutiva l'assicurata presenta una rilevante perdita di guadagno, dato che il discapito economico che ne deriva è stato ritenuto dall'amministrazione sufficiente per riconoscere il diritto a un quarto di rendita sulla base di un grado del 46%, più vicino al 50% che al 40%. Ne consegue che, come rettamente rilevato dalla ricorrente, la nota marginale no 1021 della CIGI, non appare particolarmente pertinente nel caso di specie, nella misura in cui non esistono in concreto attività esigibili che consentano di escludere il diritto alla rendita (dunque di non considerare l'assicurata invalida ai sensi di legge).

E. 13.2.5.3

Sebbene permanga esigibile l'attività di assistente di cura, come visto, è tuttavia in un'attività sostitutiva leggera e rispettosa delle limitazioni funzionali che l'assicurata potrebbe mettere maggiormente a frutto la propria residua capacità lavorativa. Ciononostante è soltanto dal punto di vista teorico che in una tale professione essa potrebbe conseguire un minor discapito economico. Sebbene le prospettive di integrazione in un nuovo ambito lavorativo non debbano ritenersi irrealistiche, conto tenuto delle limitazioni funzionali, dell'età e dell'esperienza dell'assicurata in tali nuovi ambiti lavorativi, il reddito da invalido calcolato dall'amministrazione, sulla base dei dati statistici, con una riduzione del 10%, per un'attività sostitutiva esercitata al 75% (36'579.00), non si distanzia di molto da quello che l'assicurata effettivamente percepisce nell'attività che essa abitualmente svolge da oltre 30 anni, seppur solo al 50% (fr. 33'980.00). La differenza fra i due redditi è del 7% (fr. 2'599.00, pari a ca. fr. 200 al mese per 13 mensilità), e potrebbe essere addirittura inferiore rispetto al margine di fluttuazione dal valore mediano ritenuto dal salario statistico a cui si riferisce l'autorità inferiore. Al riguardo l'Ufficio federale di statistica ha constatato che per l'insieme dell'economia il salario orario dei dipendenti attivi a tempo parziale differisce da quello di coloro che lavorano a tempo pieno (fonte: <https://www.bfs.admin.ch/bfs/it/home/statistiche/lavoro-reddito/salari-reddito-lavoro-costo-lavoro/ livello-salari-svizzera.assetdetail.5226938.html>). La remunerazione delle persone che lavorano a tempo parziale con un grado di occupazione inferiore al 75% è sistematicamente più bassa di quella versata ai dipendenti che lavorano a tempo pieno. Le differenze nei salari orari sono per contro meno marcate tra i lavoratori a tempo pieno e quelli a tempo parziale con un grado di occupazione uguale o superiore al 75%, come nel caso della ricorrente. Pur essendo meno rilevanti, tuttavia, dei margini di fluttuazione rispetto al valore statistico tabellare permangono. Fluttuazioni che non pare irrealistico stimare tra il 5 e il 10% nel solco delle quali si situa la percentuale di differenza riscontrabile fra il reddito effettivamente percepito dall'assicurata e il valore statistico (mediano) determinato dall'autorità inferiore.

E. 13.2.5.4

A fronte della trascurabile differenza fra i redditi conseguibili da invalida nelle attività adeguate, un cambio di professione non pare in concreto esigibile da parte della ricorrente, anche tenuto conto da un lato dell'esperienza trentennale nell'attività svolta e di quello assolutamente inesistente in un'attività adeguata. Allo stesso modo, non pare corretto che a

un reddito certo (quello percepito dall'assicurata, che ha ripreso a lavorare nella massima misura consentitagli nell'attività abituale, dove consegue un reddito superiore a quello statistico di categoria [cfr. consid. 11.4]), venga preferito un reddito ipotetico mediano - riferito ad attività semplici e ripetitive fondato sui dati raccolti, a livello svizzero, dalla tabella ISS - solo teoricamente superiore del 7%, ma che non tiene minimamente conto delle fluttuazioni legate all'ampio ventaglio di attività esigibili.

E. 13.2.6

In definitiva, appare giustificato riconoscere che l'assicurata, pur non esaurendo in maniera completa la propria capacità lavorativa residua, adempie appieno al proprio obbligo di ridurre il danno nell'attività abituale di assistente di cura. Tale professione alla luce del lungo rapporto di lavoro, dei buoni rapporti con il datore di lavoro e con i colleghi, le offre senz'altro una maggiore continuità e prevedibilità sia a livello di mansionario che a livello di stipendio, oltre che la sicurezza di un posto di lavoro stabile, con eventuali prospettive di crescita e, in caso di un aggravamento delle condizioni di salute (transitorio o permanente), maggiori possibilità di diversificazione/alleggerimento dei compiti o dei turni rispetto ad altre attività - con conseguente limitazione della perdita di guadagno. Tale professione, in estrema sintesi, appare la più indicata, come già accertato nella procedura precedente, a ridurre le conseguenze del danno alla salute.

E. 13.3.1

L'art. 88a cpv. 1 OAI prevede che se la capacità al guadagno dell'assicurato o la capacità di svolgere le mansioni consuete migliora oppure se la grande invalidità o il bisogno di assistenza o di aiuto dovuto all'invalidità si riduce, il cambiamento va considerato ai fini della riduzione o della soppressione del diritto a prestazioni dal momento in cui si può supporre che il miglioramento 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.

E. 13.3.2

Giusta l'art. 88bis cpv. 1 OAI, l'aumento della rendita avviene al più presto a partire dal mese in cui la domanda è stata inoltrata, se l'assicurato ha chiesto la revisione (let. a) o in caso di revisione d'ufficio a partire dal mese in cui questa è stata prevista (let. b).

E. 13.3.3

Pur essendo stata avviata nel giugno 2013 quale revisione d'ufficio (doc. 117), a seguito delle osservazioni del 23 febbraio 2015 (doc. 151 - inoltrate avverso il progetto di decisione del 16 gennaio 2015 [doc. 148]), la procedura in esame può considerarsi mutata in una revisione su domanda dell'assicurata (ex art. 87 cpv. 2 OAI). Chiedendo di essere considerata come salariata a tempo pieno e non più a tempo parziale, l'interessata si è infatti prevalsa di una notevole modifica della propria situazione rispetto al momento in cui è stata avviata la revisione. Al pari di una modifica dello stato di salute, il cambiamento di statuto e la conseguente modifica del metodo di calcolo, risultano essere delle circostanze di fatto suscettibili di influire in modo importante sul grado di invalidità. Al fine di determinare l'inizio dell'eventuale aumento della rendita (doc. TAF 1) occorre pertanto riferirsi all'art. 88bis cpv. 1 let. a OAI.

E. 13.4

Alla luce di quanto esposto sopra, risulta pertanto giustificato ritenere che al più presto dal 1° febbraio 2015, ossia dal primo giorno del mese in cui è stato comunicato all'amministrazione che in assenza del danno alla salute l'interessata avrebbe ripreso a lavorare al 100%, il grado d'invalidità coincida con il grado di incapacità lavorativa attestandosi dunque al 50% (cfr. ad es. le sentenze del TF 9C_137/2010 del 19 aprile 2010, I 337/04 del 22 febbraio 2006 e I 605/01 del 8 luglio 2002). Per quanto concerne il periodo precedente, compreso fra l'avvio della revisione e il 1° febbraio 2015, la decisione impugnata è per contro confermata.

E. 14

Da quanto esposto discende che il ricorso deve essere accolto e la decisione impugnata riformata nel senso che a partire dal 1° febbraio 2015 l'assicurata ha diritto ad una mezza rendita di invalidità. Gli atti di causa vengono quindi trasmessi all'amministrazione affinché calcoli l'importo delle prestazioni AI arretrate e future spettanti all'assicurata.

E. 15.1

Visto l'esito della procedura non vengono prelevate spese processuali (art. 63 PA). L'importo di fr. 800.- versato a titolo di anticipo delle spese processuali il 23 febbraio 2018 (doc. TAF 6), verrà ritornato alla ricorrente al momento della crescita in giudicato del presente provvedimento.

E. 15.2

Ritenuto che l'insorgente è rappresentata in questa sede da un avvocato si giustifica altresì l'attribuzione di un'indennità a titolo di spese ripetibili (art. 64 PA in combinazione con gli art. 7 e segg. del regolamento sulle tasse e sulle spese ripetibili nelle cause dinanzi al Tribunale amministrativo federale del 21 febbraio 2008 [TS-TAF, RS 173.320.2]; cfr. pure DTF 132 V 215 consid. 6.2 secondo cui la parte che ha presentato ricorso in materia d'assegnazione o rifiuto di prestazioni assicurative è reputata vincente, dal profilo delle ripetibili, anche se la causa è rinviata all'amministrazione per complemento istruttorio e nuova decisione). La stessa, in assenza di una nota dettagliata, è fissata d'ufficio (art. 14 cpv. 2 TS-TAF) in 2'800 franchi, tenuto conto del lavoro effettivo ed utile svolto dal patrocinatore del ricorrente. L'indennità per ripetibili è posta a carico dell'UAIE.

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