

TI_GERICHTE 32.2010.265 vom 14. Juni 2006

TI Tribunale d'appello, 2006-06-14, IT

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/ti_gerichte_32.2010.265_d20060614

FR: TI_GERICHTE 32.2010.265 du 14 juin 2006

IT: TI_GERICHTE 32.2010.265 del 14 giugno 2006

Regeste

Richiesta di una rendita per l'invalidità respinta poiché il grado d'invalidità non raggiunge il 40%. Conferma del contenuto della perizia pluridisciplinare fatta allestire dall'amministrazione

Erwägungen

E. 10

La ricorrente chiede il rinvio degli atti all'amministrazione per una "corretta valutazione/diagnosi psichiatrica" (doc. I). A questo scopo ha prodotto due certificati, il primo del 21 settembre 2010 ed il secondo del 23 novembre 2010, entrambi del suo medico curante, dr. med. _____, FMH psichiatria e psicoterapia (doc. D ed E), il quale è giunto alla conclusione che l'insorgente è completamente inabile al lavoro ed ha contestato le valutazioni della perita, dr.ssa med. _____. Quest'ultima ha posto la diagnosi di sindrome depressiva ricorrente in remissione (ICD 10, F 33.4), sindrome depressiva persistente (distimia; ICD 10, F 34.1), sindrome somatoforme da dolore persistente (ICD 10, F 45.4) ed ha accertato un'incapacità lavorativa della ricorrente nella misura del 30% nell'attività svolta ed in ogni e qualsiasi attività più consona al suo stato di salute. La specialista ha pure spiegato il ricovero presso l'Ospedale _____ di _____ del 2007 quale ultimo episodio depressivo ricorrente che "seguiva la perizia AI con i limitati riconoscimenti che ella trovava e con la morte della mamma". Il curante conferma che la sua paziente presenta una sindrome depressiva ricorrente con sintomi biologici (F 33.2), attualmente in parziale remissione ma sotto trattamento psicofarmacologico ambulatoriale, nonché una sindrome somatoforme da dolore persistente (F 45.4), già approfonditamente indagate dalla dr.ssa med. _____. Il dr. med. _____ contesta tuttavia la valutazione peritale nella misura in cui nella diagnosi non figura che l'interessata è sotto trattamento psichiatrico per ridurre il rischio di ulteriori episodi e perché la consulente pone la diagnosi di distimia che tuttavia escluderebbe quella di sindrome depressiva ricorrente. Va qui evidenziato che la possibilità di diagnosticare sia la presenza di una distimia (ICD F 34.1) che di una sindrome depressiva ricorrente (ICD 10 F. 33.2), in quel caso tuttavia non contestate, non è stata censurata da questo TCA nella sentenza 32.2009.172 del 25 febbraio 2010, dove entrambe le patologie erano state prese in considerazione dal perito (cfr. consid. 2.8.2). Non va poi dimenticato che secondo la giurisprudenza federale, la diagnosi di distimia, non è, in quanto tale, invalidante (cfr. STF I 649/06 del 13 marzo 2007, SVR 2008 IV n° 8 pag. 23, nella quale il Tribunale federale ha sottolineato di avere già evidenziato, a più riprese, che la diagnosi di distimia – che corrisponde ad una depressione cronica del tono dell'umore, che non è sufficientemente grave da giustificare una diagnosi di sindrome depressiva ricorrente grave, di media gravità o lieve - pur potendo dare luogo ad una diminuzione del rendimento, non è, in quanto tale, invalidante). L'Alta Corte ha ribadito

tale principio in una sentenza 9C_294/2008 del 19 marzo 2009, nella quale, a proposito della distimia, ha precisato quanto segue: " (...) 4.3 Secondo il sistema di classificazione ICD-10 convenzionalmente utilizzato, la distimia configura una depressione cronica dell'umore che non è sufficientemente grave o nella quale i singoli episodi non sono sufficientemente prolungati da giustificare una diagnosi di sindrome depressiva ricorrente grave, di media gravità o lieve (cifra F34.1). A tal riguardo il Tribunale federale (delle assicurazioni) ha già avuto modo di affermare a diverse riprese che una distimia non esplica di principio - a seconda delle circostanze - effetti invalidanti (sentenze 1938/05 del 24 agosto 2006, consid. 4.1 e 5; 1834/04 del 19 aprile 2006, consid. 4.1; 1488/04 del 31 gennaio 2006, consid. 3.3). Tale conclusione, che si fonda su osservazioni medico-empiriche e che pertanto costituisce una questione giuridica, non ha però valore assoluto. Un disturbo distimico può nel singolo caso pregiudicare notevolmente la capacità lavorativa se è associato ad altre diagnosi, come ad esempio a un disturbo serio della personalità (sentenza 1653/04 del 19 aprile 2006, consid. 3). Se per contro lo stato psichico evidenzia "unicamente" una distimia, ciò può anche comportare una riduzione dell'attitudine al lavoro, ma non determina, in quanto tale, un danno alla salute ai sensi di legge (SVR 2008 IV no. 8 pag. 23, consid. 3.3.1 [I 649/06]). (...)" Certo, il TF, nella citata sentenza del 13 marzo 2007 I 649/06 ha affermato che " nach der im gebräulichen Klassifikationssystem ICD-10 enthaltenen Umschreibung ist Disthymie eine chronische depressive Verstimmung, die weder schwer noch hinsichtlich einzelner Episoden anhaltend genug ist, um die Kriterien einer schweren, mittelgradigen oder leichten rezidivierenden depressiven Störung zu erfüllen (Ziff. F34.1) ." Tuttavia, la doppia diagnosi, nel caso concreto, non può essere un motivo per non ritenere fedefacente la valutazione peritale, ritenuto che la dr.ssa _____ ha comunque preso in considerazione anche la diagnosi di sindrome depressiva ricorrente e che la specialista, supportata dai medici del SAM che hanno fatto proprie le precisazioni della consulente (doc. VIII), ha evidenziato il motivo per il quale ha posto entrambe le diagnosi (distimia e sindrome depressiva ricorrente), spiegando che al momento del colloquio l'interessata presentava una distimia in atto, ossia una depressione cronica dell'umore, mentre d'altra parte vi era una fase di remissione di un quadro depressivo ricorrente, peraltro confermato anche dal medico curante (" La paziente presenta un'evidentissima sindrome depressiva ricorrente con sintomi biologici (F33.2) attualmente in parziale remissione ma sotto trattamento psicofarmacologico ambulatoriale ", doc. D). La perita ha inoltre evidenziato come i quadri persistenti sono " caratterizzati da un disturbo persistente e di solito fluttuante dell'umore, nei quali i singoli episodi sono raramente o mai sufficientemente gravi da poter essere descritti come ipomaniacali o come depressivi anche lievi.... in alcuni casi tuttavia, episodi ricorrenti o singoli di mania o di depressione lieve o grave possono sovrapporsi ad una sindrome affettiva persistente" qual è appunto il caso dell'assicurata " e come " è lo stesso ICD che mi consente di porre una diagnosi doppia e rispetto alla quale la nosografia vigente non rileva alcuna "contraddizione " (doc. VIII/1). Del resto, già nel referto del 26 settembre 2009, la dr.ssa med. _____ aveva evidenziato che " dal quadro del 1987 ella riferisce recupero parziale: si delinea una duplicità di diagnosi con una depressione ricorrente che si manifesta su specifici eventi di vita che ella non riesce a gestire cui si associa un quadro persistente di bassa qualità e ripercussione " (doc. AI 110-41, sottolineatura del redattore) e che " il riferirsi dei colleghi di _____ a un quadro non completamente recuperato, come pure affermato dalla signora, possa chiamare in causa una sindrome doppia dove, a un quadro che può ricorrere ciclicamente con episodi di maggiore entità, si associa la persistenza di un quadro non così

rilevante da produrre grandi limitazioni delle competenze globali del soggetto .” (doc. AI 110-41). La circostanza che già dal 2008 l’interessata nella sua terapia utilizza uno stabilizzatore dell’umore (Topiramato), non modifica la valutazione della capacità lavorativa. Infatti la dr.ssa med. _____, pur ritenendo che questo medicamento fosse stato prescritto solo in un secondo tempo, e meglio successivamente alla visita peritale del 2009, anche perché l’insorgente non aveva riferito di essere in trattamento con una terapia a base di topiramato (cfr. doc. XIII/Bis), ha comunque evidenziato che il modulatore dell’umore ha per effetto di proteggere l’interessata da ulteriori possibili episodi di esacerbazione dei sintomi depressivi ricorrenti (doc. VIII/1). In altre parole il fatto di assumere un topiramato ha, semmai, un effetto positivo, ma non cambia la conclusione circa il grado di capacità lavorativa dell’insorgente. Gli stessi medici SMR, dr. med. _____ e dr.ssa med. _____, quest’ultima specialista in psichiatria, hanno del resto evidenziato come il certificato del dr. med. _____ del 23 novembre 2010 non porta nuovi elementi medici tali da richiedere una nuova presa di posizione dei periti del SAM (doc. XIII/Bis). Quanto al fatto che le condizioni della ricorrente sono state definite analoghe a quelle accertate dal dr. med. _____, FMH in psichiatria e psicoterapia, nella perizia SAM del 1° marzo 2006 (doc. AI 46-1), va evidenziato che la motivazione di questa constatazione figura già nel referto del 26 settembre 2009, dove la dr.ssa med. _____ afferma che “ di fatto non evidenzino rilevanti differenze rispetto a quanto messo in luce nella precedente perizia: permane il quadro depressivo ricorrente (anche oggi in remissione) associato a un quadro persistente che il collega _____ registrava nel suo status: “mimica leggermente depressiva.... Affettività leggermente di tipo depressivo...” ma non inseriva nelle diagnosi ” (doc. AI 110-41). In effetti lo specialista aveva già diagnosticato la sindrome depressiva ricorrente in remissione (ICD-10 F33.4) “ con un’evoluzione piuttosto positiva anche se essa a causa di una sua fragilità psichica ed una struttura di personalità particolare non è riuscita ancora ad elaborare il lutto dopo la morte del marito ma comunque con importanti miglioramenti negli ultimi anni ” ed aveva indicato nello stato psichico che “ la mimica è leggermente di tipo depressiva ” e “ si nota una labilità emotiva con un’affettività leggermente di tipo depressiva, accompagnata da un leggero stato d’ansia ” (doc. AI 46-17). La dr.ssa med. _____ ha inoltre sottolineato che il quadro fibromialgico di allora può essere sovrapposto al quadro somatoforme persistente diagnosticato in occasione dell’ultima visita (doc. AI 110-41). Per cui, anche su questo aspetto, le contestazioni del medico curante non sono atte a sovvertire le convincenti e motivate valutazioni della consulente. Il curante evidenzia poi la presenza di segnali di un’evoluzione verso una modificazione duratura della personalità dovuta al dolore cronico e ai lutti che la ricorrente ha dovuto subire (F62.8) ed ha segnalato che l’intervento terapeutico attuale si sta focalizzando proprio sull’evitare questo decorso che però appare alquanto probabile se non inevitabile (doc. D). Va qui evidenziato che secondo costante giurisprudenza del TF, l’autorità giudicante deve limitare l’esame del caso alla situazione effettiva che si presenta all’epoca in cui è stata resa la decisione impugnata (in concreto il 26 agosto 2010), ritenuto che fatti verificatisi ulteriormente possono influire quali elementi di accertamento retrospettivo della situazione anteriore alla decisione stessa. I fatti accaduti posteriormente e che hanno modificato questa situazione devono di regola formare oggetto di un nuovo provvedimento (cfr. fra le tante: DTF 121 V 366 consid. 1b; 116 V 248 consid. 1a). Per cui se ci dovesse essere un peggioramento dello stato di salute in futuro, successivamente all’emanazione delle decisioni, esso dovrà semmai essere l’oggetto di una nuova domanda. Non va per contro esaminata oltre la diatriba tra i due specialisti circa i

comportamenti alimentari ed il peso della paziente, e meglio il fatto che il medico curante ha ritenuto “ colpevolizzanti ” le argomentazioni della consulente su questo tema, trattandosi di commenti che esulano dalla contestazione specifica della capacità lavorativa della ricorrente. Ne segue, alla luce di tutto quanto sopra esposto, che anche dal lato psichiatrico la valutazione dei periti del SAM va confermata. Va qui evidenziato che il solo fatto che uno o più medici curanti esprimano un’opinione contraddittoria non è sufficiente a rimettere in discussione una perizia ordinata dal giudice o dall’amministrazione e a imporre nuovi accertamenti (sentenza 9C_1070/2008 del 20 agosto 2009, consid. 7.4). Non va poi dimenticato che con sentenza 9C_965/2008 del 23 dicembre 2009, il Tribunale federale, in un caso dove l’assicuratore ha interpellato due medici di fiducia per stabilire la capacità lavorativa del ricorrente, ha confermato la sua giurisprudenza secondo la quale occorre tenere conto della differenza esistente, ai fini probatori, tra mandato di cura e mandato peritale (cfr. anche sentenza 9C_114/2007 del 20 luglio 2007 consid. 3.2.3 e I 701/05 del 5 febbraio 2007 consid. 2) e occorre considerare che per il rapporto di fiducia esistente con il paziente i rapporti dei medici curanti, anche se specialisti, vanno di principio valutati con le dovute cautele (cfr. anche DTF 125 V 351 consid. 3b/cc pag. 353; cfr. pure sentenze I 655/05 del 20 marzo 2006 consid. 5.4 e I 814/03 del 5 aprile 2004 consid. 2.4.2 con riferimenti). La circostanza che anche il medico curante è uno specialista va relativizzata nel senso che in ragione della diversità dell’incarico assunto (a scopo di trattamento anziché di perizia) in caso di lite non ci si può di regola fondare sulla posizione del medico curante, anche se specialista (cfr. sentenza 9C_38/2008 del 15 gennaio 2009, cfr. anche sentenze 9C_607/2007 dell’11 aprile 2008, consid. 5.3, 9C_114/2007 del 20 luglio 2007, consid. 3.2.3 in fine, e I 701/05 del 5 gennaio 2007, consid. 2). Inoltre, va ribadito che queste conclusioni sono state confermate anche dal medico SMR, dr. med. _____ e dalla dr.ssa med. _____, pure SMR e specialista in psichiatria, i quali hanno evidenziato che la documentazione prodotta successivamente al ricorso “ non porta a nuovi elementi medici tali da richiedere una nuova presa di posizione SAM ” (doc. XIII/Bis). A questo riguardo va ricordato che per il nuovo art. 59 cpv. 2bis LAI, in vigore dal 1° gennaio 2008 e applicabile in concreto, i servizi medici regionali sono a disposizione degli uffici AI per valutare le condizioni mediche del diritto alle prestazioni, stabiliscono la capacità funzionale dell’assicurato - determinante per l’AI secondo l’articolo 6 LPGa - di esercitare un’attività lucrativa o di svolgere le mansioni consuete in una misura ragionevolmente esigibile e sono indipendenti per quanto concerne le decisioni in ambito medico nei singoli casi. Scopo e senso del nuovo disposto come pure del nuovo art. 49 OAI risiedono nella possibilità, per gli uffici AI, di fare capo a propri medici per la valutazione degli aspetti sanitari del diritto alla rendita. Questi ultimi, grazie alle loro specifiche conoscenze medico-assicurative, sono quindi chiamati a valutare la capacità funzionale della persona assicurata. In questo modo è stata creata una chiara separazione di competenze tra medici curanti e assicurazione sociale. Sulla base delle indicazioni del SMR, l’UAI deve così decidere cosa si può ragionevolmente pretendere da un assicurato e cosa invece no (v. sentenza 9C_9/2010 del 29 settembre 2010, 9C_323/2009 del 14 luglio 2009 consid. 4.2, in SVR 2009 IV n. 56 pag. 174, con riferimenti). Inoltre il TFA (dal 1° gennaio 2007: TF), in una decisione del 24 agosto 2006 (I 938/05), ha evidenziato il valore probatorio delle opinioni espresse dai medici SMR nell’ambito dell’assicurazione per l’invalidità, sottolineando che in caso di divergenza tra il medico curante e il medico SMR non è per principio necessario procedere ad una nuova perizia. In quell’occasione l’Alta Corte ha sviluppato la seguente considerazione: " (...) 3.2 L'on ne saurait certes mettre sur le même

pieu un rapport d'expertise émanant d'un Centre d'observation médicale de l'AI (COMAI) - dont la jurisprudence a admis que l'impartialité et l'indépendance à l'égard de l'administration et de l'OFAS sont garanties (ATF 123 V 175) - et un rapport médical établi par le SMR; toutefois, cela ne signifie pas encore qu'en cas de divergence d'opinion entre médecins du SMR et médecins traitants, il est, de manière générale, nécessaire de mettre en oeuvre une nouvelle expertise. La valeur probante des rapports médicaux des uns et des autres doit bien plutôt s'apprécier au regard des critères jurisprudentiels précédemment énumérés (cf. consid. 3.1 supra). Il n'y a dès lors aucune raison d'écarter le rapport du SMR ici en cause ou de lui préférer celui du médecin traitant, pour le seul motif que c'est le service médical régional de l'AI qui l'a établi. Au regard du déroulement de l'examen clinique pratiqué par les médecins du SMR et du contenu de leur rapport, on ne relève, du reste, aucune circonstance particulière propre à faire naître un doute sur l'impartialité de ceux-ci. La recourante ne fait d'ailleurs rien valoir de tel. (...)” (cfr. STFA del 24 agosto 2006 nella causa B., I 938/03, consid. 3.2) Visto quanto sopra, sulla base delle affidabili e concludenti valutazioni dei medici SMR, dr. med. _____, _____ ed _____ (cfr. più in generale sul valore probatorio dei rapporti interni del SMR la sentenza I 143/07 del 14 settembre 2007, consid. 3.3; cfr. pure la sentenza 9C_376/2007 del 13 giugno 2008) e del SAM, a giusta ragione l'UAI ha concluso che l'interessata è abile al lavoro al 70% nella sua attività ed in ogni è qualsiasi attività lucrativa confacente al suo stato di salute. 11. L'interessata, di per sé, non contesta il diritto ad un quarto di rendita dal 1° maggio 2009 (calcolato dall'UAI secondo la media retrospettiva conformemente a quanto stabilito dal dr. med. _____, cfr. doc. AI 111) ed il diritto ad una rendita intera dal 1° agosto 2009 (tre mesi dopo la modifica del grado, secondo l'art. 88 OAI). Va qui evidenziato che la rendita intera era stata assegnata in un primo tempo fino al 28 febbraio 2010, ritenuto che il miglioramento dello stato di salute è avvenuto nel corso del mese di novembre 2009 (cfr. doc. AI 111-2: “ IL 100% da febbraio a novembre 2009, per la caviglia sinistra ”). Successivamente tuttavia l'interessata ha subito un infortunio che l'ha resa completamente inabile al lavoro dal 23 febbraio 2010 (cfr. incarto assicuratore malattie nell'incarto AI) al 18 maggio 2010 (cfr. doc. AI 129-1). L'UAI ha pertanto assegnato la rendita completa fino al 31 maggio 2010 in applicazione del marginale 4016 della circolare sull'invalidità e la grande invalidità. A questo proposito i marg. 4016 e 4017 prevedono: " 4016 Se le condizioni sono stabili, la rendita va ridotta o soppressa dal momento in cui si può supporre che il miglioramento constatato perduri (RCC 1984 p. 137, 1979 p. 285). Ci si trova di fronte ad un caso di questo genere quando l'attività lucrativa è ripresa dopo la guarigione da una malattia di lunga durata oppure quando lo stato di salute è migliorato in modo tale che in un prossimo futuro sarebbe esigibile l'esercizio di un'attività lucrativa. 4017 Le condizioni sono instabili quando è ancora possibile un nuovo peggioramento della capacità di guadagno, specie in condizioni di lavoro provvisorie e in caso di possibile ripresa di un'attività lucrativa. In questi casi il miglioramento constatato va preso in considerazione soltanto se è durato tre mesi senza interruzioni rilevanti e se si può supporre che perduri (RCC 1984 p. 137).” In concreto, ritenuto che l'incapacità lavorativa totale dei mesi da febbraio a maggio 2010 era dovuta unicamente all'infortunio subito il 23 febbraio 2010 e che dal 19 maggio 2010 l'interessata ha ricominciato l'attività come in precedenza (cfr. doc. AI 129-1), è a giusta ragione che, di principio, la rendita è stata limitata al 31 maggio 2010 in applicazione del marginale 4016 della circolare sull'invalidità e la grande invalidità. Per quanto concerne il periodo successivo la ricorrente non può infatti vantare più alcun diritto, ritenuto che la sua capacità lavorativa nell'attività lucrativa, che

attualmente svolge al 50%, è in realtà del 70%. Conformemente ad un principio generale applicabile anche nel diritto delle assicurazioni sociali, all'assicurato incombe l'obbligo di ridurre il danno (DTF 123 V 230 consid. 3c pag. 233; DTF 117 V 275 consid. 2b pag. 278, 394 consid. 4b pag. 400 e i riferimenti ivi citati; Riemer-Kafka, Die Pflicht zur Selbstverantwortung, Friburgo 1999, pagg. 57, 551 e 572). In virtù di tale obbligo, l'assicurato deve intraprendere tutto quanto è ragionevolmente esigibile 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 (DTF 113 V 22 consid. 4a pag. 28 e sentenze ivi citate; Landolt, Das Zumutbarkeitsprinzip im schweizerischen Sozialversicherungsrecht, tesi Zurigo 1995, pag. 296 segg.). Non è quindi dato alcun diritto ad una rendita se la persona interessata è in grado di percepire un reddito tale da escluderne l'erogazione (DTF 113 V 22 consid. 4a pag. 28; RCC 1968 pag. 434). Alla luce di tutto quanto esposto, visto che l'assicurata presenta, secondo la perizia pluridisciplinare del SAM, una capacità al lavoro nella misura del 70 % nella sua occupazione, la ricorrente, per ridurre il danno, deve continuare a mettere a frutto questa sua capacità nella sua attività, lavorando in tale misura. In questo caso è quindi indicato un raffronto percentuale dei redditi (DTF 114 V 313 consid. 3a e riferimenti; STF I 759/2005 del 21 agosto 2006; Omlin, Die Invalidität in der obligatorischen Unfallversicherung, tesi Friburgo 1995, pag. 154). Ritenuto che il grado corrispondente di incapacità lavorativa del 30% della ricorrente nella sua attività non raggiunge il grado minimo di invalidità pensionabile (40%), non vi sono i presupposti per concederle una rendita. In effetti, per la giurisprudenza se il danno alla salute non è tale da imporre un cambiamento di professione, di regola il giudizio sull'incapacità al guadagno non esprimerà valori superiori all'incapacità lavorativa indicata dal medico. Questo perché si suppone che esplicando tutto l'impegno professionale che la restante capacità lavorativa medico-teorica ancora permette di sviluppare, l'assicurato esprima una capacità di guadagno della medesima proporzione (RAMI 1993 U 168, pag. 100; DTF 114 V 313, consid. 3b). A questo proposito nella sentenza I 759/2005 del 21 agosto 2006 l'Alta Corte ha rammentato che: " Du moment que l'intéressé est capable d'exercer son ancienne profession, une comparaison des revenus en pour-cent est indiquée (cf. ATF 114 V 313 consid. 3a et les références). Ainsi, le revenu d'invalidé qu'il pourrait escompter gagner en mettant à profit sa capacité de travail correspond au minimum à 80% du revenu réalisable sans invalidité, dès lors que les experts du MEDAS ont attesté une diminution de rendement - de la capacité de travail - de 10% à 20%. Son incapacité de gain doit donc être fixée à 20% au maximum, ce qui n'ouvre pas le droit à une rente de l'assurance-invalidité." In concreto l'insorgente nella sua professione di ausiliaria di pulizie/economia domestica è incapace al lavoro nella misura del 30%. Essa può pertanto svolgere tale attività nella misura del 70%. Per cui la ricorrente non ha diritto ad alcuna rendita (cfr. sentenza 32.2010.69 del 9 dicembre 2010, sentenza 32.2010.209 del 13 gennaio 2011).

E. 12

Secondo l'art. 69 cpv. 1bis LAI la procedura di ricorso in caso di controversie relative all'assegnazione o al rifiuto di prestazioni AI dinanzi al tribunale cantonale delle assicurazioni è soggetta a spese. L'entità delle spese è determinata fra 200.-- e 1'000.-- franchi in funzione delle spese di procedura e senza riguardo al valore litigioso. Visto l'esito della vertenza, le spese per complessivi fr. 500.-- sono poste a carico della ricorrente.

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