

# **TI\_GERICHTE 32.2012.27 vom 15. Dezember 2011**

TI Tribunale d'appello, 2011-12-15, IT

Quelle: [https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/ti\\_gerichte\\_32.2012.27](https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/ti_gerichte_32.2012.27)

FR: TI\_GERICHTE 32.2012.27 du 15 décembre 2011

IT: TI\_GERICHTE 32.2012.27 del 15 dicembre 2011

## **Regeste**

Domanda di rendita respinta. Conferma della perizia multidisciplinare, come pure della determinazione dei redditi di riferimento per il calcolo del grado d'invalidità.

## **Erwägungen**

### **E. 25**

aprile 2007; STFA U 329/01 ed U 330/01 del 25 febbraio 2003). Nella DTF 125 V 351 (= SVR 2000 UV Nr. 10 pag. 33 segg.), la Corte federale ha ribadito che ai rapporti allestiti da medici alle dipendenze di un'assicurazione deve essere riconosciuto pieno valore probante, a condizione che essi si rivelino essere concludenti, compiutamente motivati, di per sé scevri di contraddizioni e, infine, non devono sussistere degli indizi che facciano dubitare della loro attendibilità. Il solo fatto che il medico consultato si trovi in un rapporto di dipendenza con l'assicuratore non permette già di metterne in dubbio l'oggettività e l'imparzialità. Devono piuttosto esistere delle particolari circostanze che permettano di ritenere come oggettivamente fondati i sospetti circa la parzialità dell'apprezzamento. Lo stesso vale per le perizie fatte esperire da medici esterni (DTF 104 V 31; RAMI 1993 pag. 95). Le perizie affidate dagli organi dell'AI o dagli assicuratori privati, in sede di istruttoria amministrativa, a medici esterni o a servizi specializzati indipendenti, i quali fondano le proprie conclusioni su indagini approfondite e giungono a risultati concludenti, dispongono di forza probatoria piena, a meno che non sussistano indizi concreti a mettere in causa la loro credibilità (Pratique VSI 2001 pag. 109 consid. 3b)bb; STF 8C\_535/2007 del 25 aprile 2008; STFA I 462/05 del 25 aprile 2007). Per quel che concerne il Servizio di Accertamento Medico (SAM) dell'assicurazione invalidità, l'Alta Corte nella DTF 132 V 376 ha rilevato che se un Centro d'accertamento medico è incaricato di rendere una perizia, devono essere osservati i diritti di partecipazione conferiti dall' art. 44 LPGA (consid. 6 e 7). In merito al valore probatorio delle perizie SAM, sotto il profilo dell'indipendenza, dell'equità del processo e della parità delle armi, in una sentenza pubblicata in DTF 136 V 376 il TF ha specificato che la qualità formale di parte dell'organo esecutivo dell'assicurazione per l'invalidità nella procedura giudiziaria, rispettivamente la sua legittimazione a presentare ricorso in materia di diritto pubblico, non consentono di considerare come atti di parte le prove assunte dall'amministrazione nella precedente fase non contenziosa. Nella sentenza di principio 9C\_243/2010 del 28 giugno 2011 pubblicata in DTF 137 V 210 e segg., il TF ha preso posizione sulle critiche alla giurisprudenza federale relativa al valore probatorio delle perizie dei Servizi di accertamento medico (art. 72 bis cpv. 1 OAI), dal profilo della conformità alla CEDU e alla Costituzione, formulate soprattutto nel parere del Prof. Dr. iur. Jörg Paul Müller e del Dr. iur. Johannes Reich dell'11 febbraio 2010. L'Alta Corte è arrivata alla conclusione che l'acquisizione delle basi mediche per poter emettere una decisione attraverso perizie effettuate da istituti esterni come i SAM

nell'assicurazione invalidità svizzera, come pure il loro utilizzo nelle procedure giudiziarie, è di per sé conforme alla Costituzione e alla Convenzione europea (consid. 2.1-2.3). D'altra parte il TF ha riconosciuto che attraverso tali perizie vengono messe in pericolo in modo latente le garanzie procedurali, visto il potenziale di ricavi dell'attività dei SAM nei confronti dell'assicurazione invalidità e con ciò anche della loro dipendenza economica (consid. 2.4). La nostra Massima Istanza ha perciò ritenuto necessario adottare dei correttivi: a livello amministrativo - assegnazione a caso dei mandati di perizia ai SAM (consid. 3.1), - differenze minime delle tariffe della perizia (consid. 3.2), - miglioramento e uniformizzazione dei criteri di qualità e di controllo (consid. 3.3), - rafforzamento dei diritti di partecipazione: -- in caso di divergenze l'amministrazione deve ordinare la perizia attraverso una decisione incidentale impugnabile davanti al Tribunale cantonale delle assicurazioni o al Tribunale federale amministrativo (consid. 3.4.2.6; cambiamento della giurisprudenza secondo DTF 132 V 93); -- alla persona assicurata spettano precedentemente i diritti di partecipazione alla procedura (ad esempio: quello di esprimersi sui quesiti peritali; consid. 3.4.2.9; cambiamento della giurisprudenza secondo DTF 133 V 446); a livello dell'autorità giudiziaria di prima istanza In caso di accertata necessità di ulteriori chiarimenti, il Tribunale cantonale o il Tribunale federale amministrativo devono per principio essi stessi ordinare una perizia medica (consid. 4.4.1.3 e 4.4.1.4; cambiamento della giurisprudenza secondo DLA 1997 Nr. 18 p. 85, C 85/95 consid. 5d con riferimenti, sentenza H 355/99 del 11 aprile 2000 consid. 3b), i cui costi sono posti a carico dell'assicurazione invalidità (consid. 4.4.2). Il TF ha inoltre concluso che le perizie raccolte secondo il vecchio standard processuale non perdono di per sé il loro valore probatorio. Piuttosto si dovrà decidere nel contesto dell'esame del singolo caso, alla luce delle sue specifiche caratteristiche e delle critiche sollevate nel ricorso, se il fatto di fondarsi esclusivamente sui mezzi di prova disponibili per prendere la decisione impugnata è o no conforme al diritto federale (consid. 6). (Sul tema cfr. STF 9C\_87/2011 del 1. settembre 2011 e 9C\_120/2011 del 25 luglio 2011). Va qui inoltre evidenziato 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 (STF 9C\_38/2008 del 15 gennaio 2009, STF 9C\_602/2007 dell'11 aprile 2008, consid. 5.3), poiché alla luce del rapporto di fiducia esistente con il paziente, il medico curante attesterà, in caso di dubbio, in favore del suo paziente (STF 8C\_828/2007 del 23 aprile 2008) e 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 (STF 9C\_9/2010 del 29 settembre 2010, consid. 3.4 e i rinvii giurisprudenziali ivi menzionati). Infine, se vi sono dei rapporti medici contraddittori, il giudice non può evadere la procedura senza valutare l'intero materiale ed indicare i motivi per cui egli si fonda su un rapporto piuttosto che su un altro (STF 8C\_535/2007 del 25 aprile 2008, STFA I 462/05 del 25 aprile 2007). 2.6. Nell'evenienza concreta, richiamata la suesposta giurisprudenza in materia di valore probatorio di rapporti medici e in particolare le STF 9C\_87/2011 del 1. settembre 2011 e 9C\_120/2011 del 25 luglio 2011 per quanto riguarda le perizie raccolte secondo il vecchio standard processuale, questo TCA non ha motivi per mettere in dubbio la dettagliata, approfondita e convincente perizia del SAM. Né del resto l'insorgente ha prodotto documentazione medica idonea a contraddire la concludente valutazione dei periti. In sede di ricorso l'assicurato ha prodotto lo scritto 10 gennaio 2012 del suo medico curante, dr. \_\_\_\_\_, il quale ha sostenuto: " (...) Una visita specialistica recentemente eseguita

a \_\_\_\_\_ esclude l'esistenza di lesioni necessitanti un nuovo intervento chirurgico, ma conferma l'esistenza di una sindrome del dolore cronico, che pure è una diagnosi invalidante a prognosi riservata, per la quale sto cercando un'equipe specialistica che possa aiutare il paziente, il che richiederà probabilmente diversi mesi." (doc. A2) Dal citato rapporto 5 gennaio 2012 dell'Ospedale Cantonale di \_\_\_\_\_ (reparto di neurochirurgia), si evince la conferma di una sindrome algica cronica prevalentemente a sinistra senza segni sicuri di una sindrome radicolare o mielopatia. Escluso un intervento chirurgico, constatata la presenza di una muscolatura ben sviluppata nonostante un'incapacità lavorativa di due anni, nonché di una muscolatura simmetrica, il dr. \_\_\_\_\_ del succitato nosocomio ha consigliato una terapia antidolorifica a cura di un team di dottori interdisciplinari e di psicologi del dolore (doc. A3). Questa Corte non misconosce tale problematica, ma tuttavia concorda con la valutazione 3 febbraio 2012 del SMR nel ritenere che la documentazione medica prodotta non indica una modifica dello stato di salute dell'assicurato e tantomeno una nuova patologia. In effetti, rettamente il SMR rileva che: "(...) - prevale una problematica somatoforme o funzionale come definito dal SAM - per quanto concerne i criteri di Förster l'assicurato non presenta una patologia psichiatrica di rilievo, non vi è malattia somatica grave a decorso cronico, non vi è ritiro sociale (assicurato sposato con figli), non vi è decorso psichico cristallizzato e non sono esauriti tutti i tentativi terapeutici." (Doc. IV/1) Riguardo al carattere invalidante di un disturbo somatoforme, va infatti ricordato che, conformemente la giurisprudenza, un'inesigibilità presuppone in ogni caso la presenza manifesta di una morbosità psichiatrica di notevole gravità, intensità e durata oppure la presenza costante e intensa di altri criteri. Tali criteri sono (1) l'esistenza di concomitanti affezioni organiche croniche accompagnate da un decorso patologico pluriennale con sintomi stabili o in evoluzione senza remissione duratura, (2) la perdita d'integrazione sociale in tutti gli ambiti della vita, (3) uno stato psichico consolidato, senza possibilità di evoluzione sul piano terapeutico, indicante simultaneamente l'insuccesso e la liberazione dal processo risolutivo del conflitto psichico (profitto primario tratto dalla malattia; "primärer Krankheitsgewinn") ed, infine, (4) l'insuccesso di trattamenti ambulatoriali o stazionari conformi alle regole dell'arte nonché di provvedimenti riabilitativi a dispetto degli sforzi profusi dalla persona assicurata (DTF 136 V 279 consid. 3.21; 132 V 65 consid. 4.2; 131 V 49; 130 V 354 consid. 2.2.3; SVR 2008 IV nr. 62; Meyer-Blaser, Der Rechtsbegriff der Arbeitsunfähigkeit und seine Bedeutung in der Sozialversicherung, namentlich für den Einkommensvergleich in der Invaliditätsbemessung, in: René Schaffhauser /Franz Schlauri [editori], Schmerz und Arbeitsunfähigkeit, San Gallo 2003, pag. 76 segg. e 80 segg.), presupposti che, come detto, non sono dati nel caso in esame. Alla luce di quanto sopra esposto, sulla base delle affidabili e concludenti risultanze della perizia SAM, le quali hanno permesso di vagliare accuratamente lo stato di salute dell'insorgente e richiamato inoltre l'obbligo che incombe all'assicurato di intraprendere tutto quanto sia ragionevolmente esigibile per ovviare alle conseguenze del discapito economico cagionato dal danno alla salute (DTF 123 V 233 consid. 3c, 117 V 278 consid. 2b, 400 e i riferimenti ivi citati; Riemer■Kafka, Die Pflicht zur Selbstverantwortung, Friburgo 1999, pp.. 57, 551 e 572), il TCA ritiene dimostrato con il grado della verosimiglianza preponderante valido nell'ambito delle assicurazioni sociali (DTF 126 V 360; DTF 125 V 195 consid. 2 e i riferimenti ivi citati), che dal gennaio 2010 Mohsen Abdel Wahab è abile all' 80% nella sua abituale professione e al 100% in attività adeguate rispettose dei limiti funzionali elencati in perizia. 2.7. Per quel che concerne l'aspetto economico, nel rapporto 14 ottobre 2011 il consulente in integrazione

professionale, tenendo conto delle limitazioni mediche, ha proceduto al calcolo del grado d'invalidità mediante il raffronto dei redditi. Riguardo all'accertamento del reddito da valido, è decisivo stabilire, secondo il principio della verosimiglianza preponderante, quanto l'assicurato guadagnerebbe, al momento della nascita del diritto alla rendita, se fosse sano (STFA I 475/01 del 13 giugno 2003, U 243/99; RAMI 1993 no. U 168 pag. 100 consid. 3b con riferimenti, cfr. anche RCC 1992 pag. 96 consid. 4a). Il reddito dev'essere fissato il più concretamente possibile. Determinante è dunque il reddito che l'assicurato avrebbe potuto conseguire tenuto conto delle competenze professionali come pure delle circostanze personali per un prospettato avanzamento professionale (quali la frequentazione di corsi, l'inizio di studi ecc.), nella misura in cui vi sono degli indizi concreti in merito (cfr. DTF 96 V 29, ZAK 1985 pag. 635 consid. 3a, cfr. pure RAMI 1993 Nr. U 168 pag. 100s. consid. 3b). Considerato come di regola bisogna presumere che senza il danno alla salute l'assicurato avrebbe continuato la precedente attività, determinante è di regola l'ultimo guadagno conseguito, adeguato al rincaro ed eventualmente all'usuale crescita dei salari (RKUV 2000 n. U 400 p. 381 e riferimenti). Nel caso in esame, quale reddito da valido il consulente, fondandosi sui dati forniti dall'ex datore di lavoro (cfr. scritto 11 ottobre 2011; doc. AI 35), ha preso in considerazione un importo di fr. 45'000.-- (stato 2010). Tale dato – per altro non contestato – va confermato. Per quel che concerne il reddito da invalido, secondo la giurisprudenza, lo stesso è determinato sulla base della situazione professionale concreta dell'interessato, a condizione e però che quest'ultimo sfrutti in maniera completa e ragionevole la capacità lavorativa residua e che il reddito derivante dall'attività effettivamente svolta sia adeguato e non costituisca un salario sociale ("Soziallohn") (DTF 126 V 76 consid. 3b/aa e riferimenti). Se invece non esiste un siffatto guadagno, in particolare perché l'assicurato non ha intrapreso una attività lucrativa da lui esigibile, il reddito da invalido, da contrapporre a quello da valido nella determinazione del grado di invalidità, può essere ricavato dai rilevamenti statistici ufficiali, editi dall'Ufficio federale di statistica, che si riferiscono agli stipendi medi nelle principali regioni e categorie di lavoro (DTF 126 V 76 consid. 3b/bb; RCC 1991 p. 332 consid. 3c, 1989 p. 485 consid. 3b). Inoltre, va rilevato che, secondo la giurisprudenza federale, per gli assicurati che, a causa della particolare situazione personale o professionale (affezioni invalidanti, età, nazionalità e tipo di permesso di dimora, grado di occupazione ecc.), non possono mettere completamente a frutto la loro capacità residua nemmeno in lavori leggeri e che pertanto non riescono di regola a raggiungere il livello medio dei salari sul mercato, viene operata una riduzione percentuale sul salario teorico statistico. Il TFA ha precisato, al riguardo, come una deduzione globale massima del 25% del salario statistico permettesse di tener conto delle varie particolarità suscettibili di influire sul reddito del lavoro. Inoltre, chiamato a pronunciarsi sulla deduzione globale, la quale procede da una stima che l'amministrazione deve succintamente motivare, il giudice non può senza valido motivo sostituire il suo apprezzamento a quello degli organi dell'assicurazione (DTF 126 V 80 consid. 5b/cc). L'Alta Corte ha stabilito che sono esclusivamente applicabili, in difetto di indicazioni economiche concrete, i dati salariali nazionali risultanti dalla tabella di riferimento TA1 dell'inchiesta sulla struttura dei salari edita dall'Ufficio federale di statistica e non i valori desumibili dalla tabella TA13, che riferisce dei valori in relazione alle grandi regioni (SVR 2007 UV nr. 17; STFA I 222/04 del 5 settembre 2006). Se una persona assicurata, per motivi estranei all'invalidità, ha realizzato un reddito considerevolmente inferiore alla media senza che vi sia spontaneamente accontentata, si procede in primo luogo a un parallelismo dei due redditi di paragone. In pratica, questo parallelismo può avvenire a

livello di reddito da valido aumentando in maniera adeguata il reddito effettivamente conseguito oppure facendo capo ai valori statistici oppure ancora a livello di reddito da invalido mediante una riduzione adeguata del valore statistico. In una seconda fase, occorre esaminare la questione di una deduzione dal reddito da invalido ottenuto sulla base dei valori medi statistici. A questo riguardo, va tenuto presente che i fattori estranei all'invalidità di cui si dovesse già aver tenuto conto con il parallelismo dei redditi di raffronto non possono essere presi in considerazione una seconda volta nell'ambito della deduzione per circostanze personali e professionali ( DTF 134 V 322). Quando il reddito da valido differisce considerevolmente dal salario statistico riconosciuto nello specifico settore economico, il TF ha nel frattempo stabilito, anche in casi ticinesi (cfr. ad esempio sentenza 8C\_44/2009 del 3 giugno 2009 consid. 4), che se il guadagno effettivamente conseguito diverge di almeno il 5 % dal salario statistico usuale nel settore, esso è considerevolmente inferiore alla media ai sensi della DTF 134 V 322 consid. 4 p. 325 e può giustificare - soddisfatte le ulteriori condizioni - un parallelismo dei redditi di paragone, fermo restando però che questo parallelismo si effettua soltanto per la parte percentuale eccedente la soglia del 5% (STF 9C\_1033/2008 e 9C\_1038/2008 del 15 gennaio 2010 consid. 5.5). Nella fattispecie concreta, l'amministrazione ha correttamente utilizzato i dati salariali forniti dalla tabella TA1 elaborata dall'Ufficio federale di statistica e relativa ad una professione che presuppone qualifiche inferiori (categoria 4) nel settore privato svizzero (a proposito della rilevanza delle condizioni salariali nel settore privato, cfr. RAMI 2001 U 439, pp. 347ss. e SVR 2002 UV 15, pp. 47ss.), per un salario annuo lordo di fr. 61'754.--. In sede di progetto di decisione è stata considerata una riduzione del 5% per attività leggera ed il reddito da invalido è stato quantificato in fr. 58'666,30. Nella decisione contestata è stata invece considerata una riduzione nella misura del 20% per motivi medici-teorici e del 5% per attività leggere; il reddito da invalido fissato in fr. 46'933,05. Riguardo a questa discrepanza, rispondendo al TCA, con scritto 12 giugno 2012 (cfr. consid. 1.4) l'Ufficio AI ha rilevato di non aver erroneamente tenuto conto, in sede di decisione contestata, delle risultanze peritali SAM, ossia di una piena abilità lavorativa dell'assicurato in attività adeguate dal mese di gennaio 2010 (cfr. risposta no. 1 , doc. VIII). Non trovando la riduzione del 20% per motivi medico-teorici alcuna giustificazione, va confermata la riduzione del 5%. Questo TCA non ha fondati motivi per ritenere adeguata la riduzione del 10% richiesta dall'assicurato, ritenuto come il tasso del 5% sia frutto di una precisa valutazione del consulente in integrazione professionale ed è stata ribadita nel rapporto 11 giugno 2012 (doc. VIIIbis). Anche volendo accogliere, per ipotesi di lavoro, la richiesta ricorsuale, l'insorgente non avrebbe comunque diritto ad una rendita, come verrà esposto di seguito. L'assicurato rileva inoltre come l'amministrazione non abbia tenuto conto del cosiddetto gap salariale, sostenendo che, viste le sue qualifiche, egli avrebbe potuto percepire all'anno, utilizzando i dati statistici, fr. 78'223,35 in luogo dei fr. 45'500.-- conseguiti nel 2010. Al riguardo, nel citato scritto 12 giugno 2012 l'amministrazione ha spiegato che: "... Nel rapporto 11 giugno 2012, il consulente in integrazione professionale \_\_\_\_\_ giustifica la mancata presa in considerazione del GAP salariale riferendosi alla stabilità dell'assicurato nel mantenimento dell'impiego presso la ditta farmaceutica ed il verosimile (vista la promozione a responsabile di produzione ed il conseguente modificato mansionario lavorativo) disinteresse dimostrato nella possibilità di cambiare impiego (peraltro suffragato dall'assenza di ricerche lavorative / candidature agli atti). Egli, si è quindi accontentato a svolgere l'attività lavorativa di operaio non qualificato responsabile di produzione nell'industria farmaceutica (...) (doc. VII)". Del resto, nello stesso scritto

l'Ufficio AI ha rettamente evidenziato che anche ammettendo un gap salariale pari al 37% [con riferimento al ramo no. 21 (industria farmaceutica) delle Tabella TA1], l'assicurato presenterebbe un grado d'invalidità non pensionabile del 19%  $[(45'500 - 36'960) \times 100 : 45'500]$ . Visto il basso tasso d'invalidità, la postulata riduzione del 10% non modificherebbe l'esito della vertenza. 2.8. L'assicurato chiede che gli atti vengano rinviati all'Ufficio AI affinché si esprima sulla possibilità di assumere dei provvedimenti professionali. L'art. 17 cpv. 1 LAI prevede in particolare che l'assicurato ha diritto alla formazione in una nuova attività lucrativa, se la sua invalidità esige la riformazione professionale e se con questa la capacità al guadagno possa essere presumibilmente conservata o migliorata, in misura essenziale. Invalido ai sensi di questa disposizione è un assicurato che, a causa del tipo e della gravità del danno alla salute subito, patirebbe, senza una riformazione professionale, una perdita di guadagno pari almeno al 20% (DTF 124 V 110 consid. 2b; AHV Praxis 1997 pag. 80 consid. 1b). Secondo l'art. 6 cpv. 1 OAI per riformazione professionale vanno intesi i provvedimenti di formazione necessari a mantenere o migliorare la capacità di guadagno al termine della prima formazione professionale o dopo l'inizio di un'attività lucrativa senza previa formazione professionale a causa dell'invalidità. Con riformazione professionale la giurisprudenza intende, in particolare, l'insieme delle misure reintegrative necessarie e adeguate a procurare al richiedente un'opportunità di guadagno approssimativamente equivalente a quella offerta dalla vecchia attività e meglio i provvedimenti atti a ripristinare, nel limite del possibile, la capacità di guadagno (Pratique VSI 2000 pag. 27 consid. 2a; DTF 124 V 110 consid. 2a; DTF 122 V 79 consid. 3b/bb; RCC pag. 495 consid. 2a). Nel caso in esame, indipendentemente dal requisito del 20% d'invalidità, nella lettera 12 giugno 2012 l'amministrazione ha fatto riferimento al citato rapporto 12 giugno 2012 del consulente. Quest'ultimo, analizzata la Circolare sui provvedimenti integrazione di ordine professionale (CMRP; in particolare la no. 4022 e 4010), non ha riscontrato i presupposti minimi per prendere in considerazione una riformazione professionale (doc. VIIbis). Viste le precise e dettagliate motivazioni, alle quali va fatto riferimento, alla conclusione del consulente va prestata adesione. 2.9. Tenuto conto di quanto sopra, l'assicurato avrebbe avuto diritto alla rendita dal 1° settembre 2009 al 31 marzo 2010 (tre mesi dal miglioramento – gennaio 2010; art. 88 cpv. 1 OAI). Trattandosi di una domanda tardiva (marzo 2010), al 1° ottobre 2010 (sei mesi dopo l'inoltro della richiesta di rendita; art. 29 cpv. 1 LAI) egli non presentava un grado d'invalidità pensionabile motivo per cui la decisione contestata di rifiuto di prestazioni assicurativa merita conferma. Il ricorso va di conseguenza respinto. 2.10. Secondo l'art. 69 cpv. 1bis LAI, in vigore dal 1° luglio 2006, 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 fr. 500.-- sono poste a carico del ricorrente.

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