

## **TI\_GERICHTE 35.1999.41 vom 14. Januar 1999**

TI Tribunale d'appello, 1999-01-14, IT

Quelle: [https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/ti\\_gerichte\\_35.1999.41](https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/ti_gerichte_35.1999.41)

FR: TI\_GERICHTE 35.1999.41 du 14 janvier 1999

IT: TI\_GERICHTE 35.1999.41 del 14 gennaio 1999

### **Regeste**

Sentenza o decisione senza scheda

### **Erwägungen**

#### **E. 18**

settembre 1997, \_\_\_\_\_ è stato visitato dal dottor \_\_\_\_\_, medico di circondario supplente dell' \_\_\_\_\_, il quale - visto il decorso e la patologia preesistente a livello lombo-sacrale - ha definito soltanto possibile la relazione di causalità fra l'evento infortunistico 2 luglio 1997 ed i disturbi accusati. L'assicurato é così stato riconosciuto abile al lavoro a far tempo dal 29 settembre 1997 (doc. \_\_\_\_\_). Il 30 settembre 1997, l'assicurato ha privatamente consultato il dottor \_\_\_\_\_, spec. FMH in fisiatria, il quale ha espresso le considerazioni seguenti in merito alla patologia da esso presentata: " VALUTAZIONE : il paziente presenta una sindrome lombovertebrale con componente spondilogeno a dx su affezioni degenerative a livello dei segmenti da L2 fino a L5, con osteocondrosi e spondilosi. Non vi sono attualmente dei segni significativi per una compressione di tipo radicolare. Il tutto si é manifestato dopo un trauma diretto della colonna lombare, dopo caduta dal proprio automezzo il 02.07.1997. Il decorso é stato fino adesso assai favorevole anche se persistono ancora dei dolori, soprattutto sotto sforzo ed al movimento che impediscono una ripresa lavorativa completa. PROCEDERE: penso che si possa ancora fare eseguire una serie di fisioterapie di almeno nove sedute, con un training muscolare intensivo da \_\_\_\_\_ con l'utilizzo anche di attrezzi adeguati per il rafforzamento della muscolatura della colonna vertebrale. Mi sembra valutando l'evoluzione che al più tardi entro la fine di ottobre, il paziente dovrebbe poter riprendere in modo completo la sua attività lavorativa. Se i disturbi dovessero persistere, si dovrà valutare assieme ai colleghi della \_\_\_\_\_ l'opportunità o meno di una cura stazionaria presso un centro riabilitativo" (doc. \_\_\_\_\_). Durante il periodo 13 novembre-3 dicembre 1997, \_\_\_\_\_ è rimasto degente presso la Clinica di \_\_\_\_\_ di \_\_\_\_\_, dove é stato sottoposto a misure fisioterapiche attive e passive. Dopo aver posto la diagnosi, per quanto qui d'interesse, di "sindrome lombovertebrale su turbe statiche (scoliosi ad S, appiattimento lordosi fisiologica) e degenerative (osteocondrosi L2-L3-L4 con spondilosi anteriore L2-L3-L4-L5), i medici della Clinica \_\_\_\_\_ hanno manifestato il parere secondo cui l'assicurato avrebbe potuto riprendere ad esercitare la propria attività professionale già a decorrere dal 9 dicembre 1997 (doc. \_\_\_\_\_). In data 15 gennaio 1998, l'infortunato si é sottoposto ad una nuova indagine radiologica, che ha confermato, in sostanza, le risultanze di quella eseguita il 28 agosto 1997: " COLONNA LOMBARE IN DUE PROIEZIONI SECONDO DE SEZE PIÙ BACINO AP struttura ossea e contenuto minerale normali. Da un punto di vista statico modesto appiattimento della lordosi fisiologica. Spondilosi tra L3 ed L5 con solo modesta riduzione degli spazi intersomatici

corrispondenti, riduzione un po' più accentuata L5-S1. Processi trasversi bilateralmente per quanto visibile normali senza segni radiologici dimostrativi di una lesione ossea. Articolazioni sacro iliache sclerotiche presumibilmente quale reazione da carico. Articolazioni coxo-femorali e bacino nella norma per l'età" (doc. \_\_\_\_\_). Nuova visita di controllo presso il succitato dottor \_\_\_\_\_ in data 20 gennaio 1998. Queste le sue conclusioni: " Paziente con stato dopo contusione lombo-sacrale in data 2.7.1997 con in seguito 3 settimane dopo dolori a livello della gamba destra e inizio d'inabilità l'1.8.1997. Attualmente il paziente ha già effettuato una cura a \_\_\_\_\_ e secondo il parere di \_\_\_\_\_ o, del dr. \_\_\_\_\_ e anche alla visita odierna, penso che un'abilità al 50% a partire dal 19.1.1997 é ammissibile. Un'abilità al 100% é da prevedere per il 9.2.1998. Lo stato quo sine deve essere ritenuto raggiunto intorno a questa data. Il nesso di causalità tra i disturbi attuali e l'infortunio non é più ammesso" (doc. \_\_\_\_\_). Il parere espresso dal medico di circondario dell' \_\_\_\_\_ non é affatto stato condiviso dal medico fiduciario della \_\_\_\_\_, il dottor \_\_\_\_\_, spec. FMH in medicina interna, il quale ha visitato \_\_\_\_\_ in data 9 aprile 1998: " A mio modo di vedere il paziente é inabile al 100% e lo resterà fino al momento del pensionamento per le conseguenze dell'infortunio. Se possibile, dovete fare ricorso alla decisione dell' \_\_\_\_\_, altrimenti il caso verrà assunto da noi fino al momento del pensionamento nel mese di ottobre 1998" (rapporto 10.4.1998 accluso al doc. \_\_\_\_\_). Analoga posizione é stata, invero, assunta dal medico curante dell'assicurato, il dottor \_\_\_\_\_, anch'esso spec. FMH in medicina interna: " Concordo perfettamente con lei [dottor \_\_\_\_\_ r, n.d.r.] che prima dell'avvenimento infortunistico del 02.07.97 (contusione sacrale, caso \_\_\_\_\_ 10.61101.97. 3 10) il paziente non ha mai sofferto di particolari problemi lombosacrali. Conosco il signor \_\_\_\_\_ dall'08.01.87 ed ha avuto un isolato episodio di lombaggine a destra il maggio 1990, che all'epoca ho curato con elettroterapia e che non comportava nessuna inabilità lavorativa. All'epoca non ho fatto evidentemente nessuna indagine radiologica lombosacrale. I dolori sorti nella zona lombosacrale dopo l'avvenimento infortunistico sopramenzionato e che hanno causato l'attuale e definitiva inabilità lavorativa, si sono sviluppati evidentemente in un contesto degenerativo lombare già preesistente, come lo dimostrano chiaramente le radiografie effettuate il 28.08.97. Lascio ai "giganti" \_\_\_\_\_ e \_\_\_\_\_ e ai loro giuristi di definire quali sarebbero in definitiva le rispettive responsabilità assicurative. Il mio "Gesunder Menschenverstand" indica che la responsabilità sia preponderantemente quella della \_\_\_\_\_, siccome prima dell'avvenimento infortunistico non vi sono mai stati rilevanti problemi alla schiena del signor \_\_\_\_\_" (doc. \_\_\_\_\_). Prima di procedere all'emanazione della decisione formale 29 settembre 1998, l'Istituto assicuratore convenuto ha sottoposto gli atti riguardanti \_\_\_\_\_ al dottor \_\_\_\_\_, spec. FMH in chirurgia ortopedica, il quale ha espresso il parere secondo cui lo status quo sine sarebbe stato raggiunto a contare dal 9 febbraio 1998: " Il non riconoscimento di ulteriori prestazioni assicurative da parte della \_\_\_\_\_ a partire dal 9.2.1998 per raggiunto stato quo sine viene giustificato dai seguenti elementi: 1. Antecedenti : Secondo gli atti gentilmente messi a disposizione dalla cassa malati il paziente sarebbe stato in trattamento nell'autunno del 1978 per una sindrome cervicale, nella primavera del 1982 per una sindrome lombare (con inabilità lavorativa), nel gennaio del 1983 per una lombalgia ed inizio estate 1995 per una lombago (con inabilità lavorativa). Secondo il referto del dr. \_\_\_\_\_ del 27.4.1998 esso sarebbe pure stato trattato per un episodio di lombaggini a destra nel maggio del 1990. L'assenza di riferimenti diagnostici negli atti della cassa malati

non permette di ottenere elementi più precisi: vedi in questo contesto per esempio pure un soggiorno termale a \_\_\_\_\_ nella fine primavera del 1987. 2. Evento del 2.7.1997 Malgrado la spettacolarità dell'evento, così come descritto nel rapporto di ispezione del 3.6.1998 alcuni elementi inducono a relativizzare l'effettiva intensità di quest'ultimo. In effetti la prima visita presso il medico curante viene effettuata 26 giorni dopo l'infortunio, mentre l'inabilità lavorativa attestata prende inizio addirittura 29 giorni dopo l'evento infortunistico in parola. Secondo le fatture indirizzate alla \_\_\_\_\_ la prima prescrizione di una terapia antalgica, rispettivamente anti-infiammatoria risale al 7.10.1997, peraltro "solo" sottoforma di un preparato topico con azione percutanea. Anche il dr. \_\_\_\_\_ consultato il 29.9.1997 si limita alla prescrizione di misure tecnico-ortopediche. Da notarsi pure più specificatamente che il trattamento medicamentoso antalgico, rispettivamente anti-infiammatorio consigliato dal dr. \_\_\_\_\_ non risulta essere stato effettivamente prescritto o perlomeno fatturato alla \_\_\_\_\_. Secondo le indicazioni fornite a più riprese dal paziente i disturbi irradianti all'arto inferiore destro, peraltro transitori (vedi esame medico-circondariale, rapporto di dimissione dalla Clinica \_\_\_\_\_ di \_\_\_\_\_, ...) sarebbero apparsi non subito, ma piuttosto dopo un intervallo libero di diversi giorni. I controlli radiologici effettuati dal medico curante in occasione della visita del 28.7.1997, valutati pure dal dr. \_\_\_\_\_ in occasione del consulto specialistico effettuato il 30.9.1997, così come l'esame del 15.1.1998 effettuato dalla specialista dr. \_\_\_\_\_, non hanno permesso di mettere in evidenza nessun'alterazione strutturale acquisita di natura post-traumatica, ma unicamente delle alterazioni degenerative pluri-segmentali. Nell'ambito di un decorso di alcuni mesi da notarsi peraltro anche l'assenza di una progressione significativa delle alterazioni morbose riscontrate. Di riflesso: l'evento del 2.7.1997, non solo non ha condotto a nessuna alterazione strutturale acquisita di natura post-traumatica, esso non ha neppure indotto nessun effetto direzionale obiettivabile nell'ambito di un decorso di oltre mezz'anno alle alterazioni degenerative preesistenti, fino a quel momento poco sintomatiche (oggetto tuttavia di diversi periodi di trattamento sull'arco di anni). 3. Fattori eziopatogenici Nel rapporto del 30.9.1997 il dr. \_\_\_\_\_ prende chiaramente posizione sul ruolo praticamente esclusivo esercitato dalle alterazioni degenerative pluri-segmentali nei disturbi accusati dal signor \_\_\_\_\_ (... "sindrome lombo-vertebrale con componente spondilogenica a destra, su affezioni degenerative..."). Anche il rapporto di uscita del 9.2.1997 della clinica \_\_\_\_\_ di \_\_\_\_\_ riporta una chiara relazione causale tra la sindrome lombo-vertebrale e le turbe statiche, rispettivamente degenerative presentate dal paziente. In conclusione sulla base degli elementi sopraccitati possiamo quindi ritenere: - l'evento infortunistico del 2.7.1997, obiettivamente di relativa debole entità, è suscettibile di aver esercitato la sua influenza su \_\_\_\_\_ di un quadro morbosamente preesistente fino a quel momento \_\_\_\_\_ relativamente poco sintomatico (vedi antecedenti personali e considerazioni del dr. \_\_\_\_\_ nel referto del 30.9.1997 sul ruolo \_\_\_\_\_ scatenante dell'infortunio del 2.7.1997). Esso non ha tuttavia \_\_\_\_\_ condotto a nessuna alterazione strutturale acquisita di natura \_\_\_\_\_ post-traumatica, oppure a nessun cambiamento direzionale \_\_\_\_\_ dimostrabile del quadro morbosamente preesistente, suscettibile di \_\_\_\_\_ correlare con la persistenza della sintomatologia accusata dal \_\_\_\_\_ paziente. Sia il dr. \_\_\_\_\_ (referto 30.9.1997) che i medici della \_\_\_\_\_ clinica \_\_\_\_\_ (rapporto di dimissione del 9.12.1997) riportano \_\_\_\_\_ infine una chiara correlazione tra i disturbi accusati dal paziente e \_\_\_\_\_ le alterazioni morbose degenerative del rachide lombare, di cui è \_\_\_\_\_ portatore. - sulla base di questi elementi viene di

conseguenza confermato il ripristino dello stato quo sine con estinzione del nesso causale a decorrere dal 9.2.1998." (doc. \_\_) Con la propria opposizione 4 gennaio 1999, la Cassa malati \_\_\_\_\_ ha prodotto un nuovo rapporto del dottor \_\_\_\_\_, medico fiduciario che ha, in sostanza, ribadito il contenuto del suo precedente referto (cfr. rapporto 14.12.1998 accluso al doc. \_\_). Fra gli atti presentati in sede di ricorso, figura un rapporto, datato 25 marzo 1999, stilato dal dottor \_\_\_\_\_, altro medico di fiducia della Cassa ricorrente, il quale ha criticamente commentato l'apprezzamento espresso dal dottor \_\_\_\_\_ in data 21 settembre 1998: " Nella sua decisione il \_\_\_\_\_ si basa essenzialmente sulla valutazione del medico circondariale dott. \_\_\_\_\_. Dal punto di vista medico-assicurativo risultano a tale riguardo le seguenti osservazioni: 1. Stato precedente: il \_\_\_\_\_ fa riferimento ai disturbi accusati in passato (lombalgie, lombaggine) negli anni 1982, 1983 e 1995, \_\_\_\_\_ con le relative incapacità lavorative di corta durata. Queste \_\_\_\_\_ indicazioni risultano da un riepilogo delle prestazioni assicurative \_\_\_\_\_ erogate in passato, messo a disposizione dal centro delle \_\_\_\_\_ prestazioni di Lugano. Qui va però già detto che le diagnosi trasmesse alla cassa malati sulle fatture sono di regola imprecise ed incomplete. Non é possibile trarre conclusioni più esatte dal punto di vista medico e ciò é ammesso anche dai colleghi del \_\_\_\_\_. In particolare, da simili riepiloghi non é possibile \_\_\_\_\_ determinare nulla sul genere e sulla causa delle lombalgie \_\_\_\_\_ (trauma da sollevamento o altre traumatizzazioni non dichiarabili \_\_\_\_\_ come infortunio? Infezioni virali con mialgie? ecc.). Va ricordata anche l'affermazione del dott. \_\_\_\_\_ di \_\_\_\_\_, che conosce il paziente dal 1987 ed ha registrato unicamente una lombalgia di \_\_\_\_\_ corta durata senza incapacità lavorativa nel 1990 (lettera del 27 \_\_\_\_\_ aprile 1998). Vanno d'altra parte considerate la statica difettosa \_\_\_\_\_ (scoliosi della colonna lombare, turbe statiche) e le alterazioni \_\_\_\_\_ degenerative nell'ambito della colonna lombare, che il 16 \_\_\_\_\_ gennaio 1998 sono state definite dal dott. \_\_\_\_\_ quale spondilosi L3/L5 con modesto restringimento degli spazi intersomatici, più evidente nella zona L5/S1. Restringimenti simili \_\_\_\_\_ vengono poi descritti in occasione della prima radiografia della colonna lombare dopo l'infortunio. La statica difettosa e le \_\_\_\_\_ degenerazioni esistevano senza dubbio già prima dell'infortunio. Considerato però che non disponiamo di indicazioni (cliniche e \_\_\_\_\_ diagnostiche) più precise in merito ai rari dolori patiti in \_\_\_\_\_ precedenza, la relazione tra il referto radiologico e questi episodi \_\_\_\_\_ deve esplicitamente restare indefinita. 2. Infortunio del 2 luglio 1997: la dinamica dell'infortunio é già \_\_\_\_\_ stata indicata nella descrizione della situazione. In base a quanto \_\_\_\_\_ accaduto si può supporre la contusione diretta e violenta della \_\_\_\_\_ zona lombo-sacrale con dolori immediati. Il fatto che le \_\_\_\_\_ irradiazioni alla gamba destra si siano manifestate soltanto dopo \_\_\_\_\_ alcuni giorni, non cambia nulla alla causalità dell'infortunio. Il \_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_ minimizza questa circostanza, facendo notare la latenza \_\_\_\_\_ fino al primo consulto medico (28 luglio 1998) e all'inizio \_\_\_\_\_ dell'incapacità lavorativa (31 luglio 1998), e l'impiego piuttosto \_\_\_\_\_ ristretto di analgesici (valutato comunque soltanto in base alle \_\_\_\_\_ fatture emesse a carico del \_\_\_\_\_!). L'importanza delle \_\_\_\_\_ conseguenze dell'infortunio per colui che lo ha subito, deve \_\_\_\_\_ comunque sempre essere valutata anche in base ai pregiudizi \_\_\_\_\_ concreti ed agli impedimenti causati nell'ambito personale. Nella \_\_\_\_\_ fattispecie ciò non é mai stato chiarito in maniera approfondita (ad esempio: aiuto dei colleghi nell'attività professionale?

Impedimenti nella vita quotidiana? Esatto decorso dei dolori fino  
incapacità lavorativa?). Le anamnesi medico circondariali del  
\_\_\_\_\_ risaltano per la brevità. In contrapposizione va rilevato  
che \_\_\_\_\_ comunque il resistente quadro dei disturbi, inizialmente progressivo  
in maniera evidente, ha condotto al trattamento riabilitativo stazionario, che ha dato  
soltanto ad un lenimento passeggero delle lombalgie/lombosacralgie. Il dott.  
\_\_\_\_\_ giunge inoltre alla conclusione che l'infortunio non avrebbe  
causato lesioni strutturali della colonna lombare. Si intendono qui  
essenzialmente le lesioni ossee (fratture) o eventualmente  
instabilità di elementi mobili. Questa affermazione può  
comunque essere fatta soltanto in merito alle radiografie convenzionali della colonna  
lombare, che sono però poco esplicative per quanto riguarda la diagnosi delle lesioni  
di parti molli. In base agli atti disponibili si è addirittura rinunciato a radiografie  
funzionali (che avrebbero eventualmente consentito di rilevare bloccaggi e instabilità di  
elementi mobili). Vanno inoltre ricordate le nuove cognizioni che dimostrano come le  
lesioni dolorose insospettite delle parti molli della colonna vertebrale,  
come strappi dell'Anulus fibrosus, possono essere rilevate  
soltanto con procedimenti radiografici complessi (Saifuddin A et  
al., Spine, 23:453-457, 1998; Schellhas KP et al., Spine  
21:300-311, 1996). L'affermazione secondo la quale non  
sussisterebbero lesioni strutturali della colonna vertebrale, è fatta dunque  
in base al fatto che nel caso in oggetto ci si è limitati a radiografie convenzionali della  
colonna lombare. 3. La valutazione dello status quo sine si rivela dunque, come mostrano  
le precedenti argomentazioni, come molto difficile. Se accettiamo uno stato precedente in  
forma di statica difettosa con le citate degenerazioni della colonna  
lombare, va detto comunque che nel migliore dei casi (ossia se gli episodi  
precedenti di lombalgia sono correlati), clinicamente si è manifestato raramente. Per  
contro, dal 2 luglio 1998 si rileva una sintomatica costante resistente alla terapia con piena  
incapacità lavorativa dal 31 luglio 1998. Nell'incarto mancano inoltre  
indicazioni relative ad una sovrapposizione psichica e/o un'assimilazione  
patologica dell'infortunio. Ciò nonostante il \_\_\_\_\_ postula lo status quo sine dal 9  
febbraio 1998. In considerazione della dinamica dell'infortunio e dell'ulteriore  
decorso, ciò è comunque difficilmente dimostrabile, anche perché in  
occasione del secondo esame medico circondariale del \_\_\_\_\_ mese di gennaio  
1998, il paziente lamentava ancora disturbi ed impedimenti nel salire le scale. Rimando  
qui anche la valutazione del collega \_\_\_\_\_ (presa di posizione del 14 dicembre  
1998). Si può eventualmente supporre che lo stato precedente degenerativo  
della colonna lombare, ritardi oggi la guarigione della forte  
contusione alla schiena. Va comunque ritenuto chiaramente che, a causa dell'infortunio,  
il precedente disturbo alla schiena, più o meno latente, è stato portato ad uno stadio  
doloroso duraturo o di lunga durata. Con riferimento ai criteri indicati da  
\_\_\_\_\_ e \_\_\_\_\_ (in "Die Begutachtung von Rückenschäden",  
Hans Huber, pag. 63), va discusso addirittura un peggioramento determinante causato  
dall'infortunio. Ne risulta in definitiva la raccomandazione medico fiduciaria a contestare la  
decisione su opposizione del \_\_\_\_\_. Il supposto status quo sine dal 9 febbraio 1998 è  
insufficientemente giustificato. Prevalgono gli indizi a favore di una causalità continuata e  
probabile dell'infortunio." (doc. \_\_\_\_\_) Le suesposte considerazioni espresse dal

dottor \_\_\_\_\_ hanno fatto oggetto d'osservazioni da parte del medico di circondario dell' \_\_\_\_\_: " Alcune osservazioni inerenti alla valutazione medico-fiduciaria del servizio medico della Cassa Malati \_\_\_\_\_ del 25 marzo 1999: 1. Stato precedente Personalmente non ritengo che la serietà e la credibilità dei medici debba a priori venir messa in dubbio come espresso dal dr. \_\_\_\_\_ quando afferma: "Le diagnosi trasmesse alla Cassa Malati sulle fatture sono di regola imprecise e incorrette ". Corrisponde in effetti ad una chiara volontà del legislatore (sicuramente discutibile, ma in altra sede!) limitare il flusso delle informazioni messe a disposizione degli enti assicurativi. Le annotazioni presenti permettono ciò non di meno di localizzare il fulcro anatomico dei disturbi trattati: rachide cervicale, rachide lombare, .... In funzione della natura e del decorso di un determinato evento il medico curante detiene inoltre la facoltà, rispettivamente il dovere di annunciare il caso alla rispettiva cassa malattia o assicurazione infortuni. Questi elementi assumono ovviamente un valore orientativo. Permettendomi una divagazione filosofica, indipendente dal caso specifico del signor \_\_\_\_\_, l'annuncio di un caso specifico alla cassa malattia, rispettivamente all'assicuratore LAINF viene oggi talvolta determinato pure da altri fattori contingenti quali per esempio l'assenza di franchigia, la copertura completa delle spese di cura, la possibilità di attingere ad istituti ospedalieri extra cantonali, l'entità delle prestazioni in caso di postumi indennizzabili ed invalidizzanti, il valore del punto nella fatturazione, ... . Pur mantenendo un valore orientativo, la nozione di disturbi del rachide ritenuti di natura morbosa da parte del medico curante così come la presenza di alterazioni strutturali degenerative pluri-segmentali al momento dell'evento infortunistico non sono prive di significato malgrado l'assenza "di indicazioni (cliniche e diagnostiche) più precise in merito ai rari dolori patiti in precedenza" (citazione dr. \_\_\_\_\_). In effetti, nell'ambito della letteratura internazionalmente riconosciuta (vedi anche articolo di Saifuddin, citato dal dr. \_\_\_\_\_ stesso), gli specialisti sono tuttora concordi nel limitarsi ad una definizione complessiva e generica di Low back pain. Questo in considerazione degli innumerevoli fattori somatici e non che entrano contemporaneamente in linea di conto implicando di riflesso il distacco da un ragionamento semplicistico lineare del tipo "causa-effetto". 2. Evento del 2 luglio 1997 Contrariamente a quanto affermato dal dr. \_\_\_\_\_ la \_\_\_\_\_ non minimizza l'entità, rispettivamente l'intensità dell'evento infortunistico in parola. Essa in effetti posa la propria valutazione non limitandosi unicamente alla descrizione della dinamica di fatti ma analizzando attentamente altri indicatori significativi quali il decorso della capacità lavorativa, la necessità di consultare il medico curante, la prescrizione di terapie mediche, ... . Nel caso specifico del signor \_\_\_\_\_ da notarsi in questo contesto nuovamente il consulto del medico curante per la prima volta 26 giorni dopo l'infortunio e la prescrizione di una terapia antalgica, rispettivamente anti-infiammatoria oltre 3 mesi dopo la caduta. Sorprende l'affermazione del dr. \_\_\_\_\_ secondo il quale la \_\_\_\_\_ non avrebbe approfondito sufficientemente la ricerca di lesioni delle parti molli. Questo più specificatamente tenuto conto degli autori da lui citati e della sua posizione di medico fiduciario di una Cassa Malati dimostratasi particolarmente sensibile al problema dei costi della salute. Saifuddin in effetti fa riferimento ad una popolazione di 58 pazienti investigati per disturbi cronici al rachide lombare (Low back pain) senza riparo alcuno alla eziologia degli stessi (vedi a questo proposito le considerazioni esposte in precedenza). La sensibilità dell'esame risulta essere unicamente del 27%: in altre parole, presso 100 segmenti sintomatici con rottura certa dell'anello fibroso la risonanza magnetica risulta essere in grado di diagnosticarne giusti (solo) 27. Schellhas studiando i referti della risonanza magnetica cervicale di 10 volontari

asintomatici scelti secondo dei criteri molto rigidi ritrova in 1 solo caso una colonna completamente normale mentre presso gli altri 9 volontari almeno uno spazio discale risulta essere alterato. Nell'insieme, su 40 dischi analizzati presso pazienti asintomatici, alla risonanza magnetica solo 20 risultano essere normali. L'analisi morfologica di questi stessi 40 dischi intervertebrali presso gli stessi 10 pazienti asintomatici ha rilevato unicamente 5 dischi completamente normali: da notarsi che l'età dei volontari varia dai 21 ai 41 anni!. Questo dato di fatto ha condotto gli autori ad affermare: "disturbi interni della struttura discale e con rotture anulari di gradi diversi sono comuni nei dischi intervertebrali del rachide cervicale di soggetti asintomatici". Zucherman, commentando l'articolo afferma: "vi sono delle tendenze definitive che illustrano l'inadeguatezza della risonanza magnetica nella ricerca della localizzazione dei generatori di dolore che non comprendono una compressione neurale (vedi copia allegata degli articoli citati). La rarità delle rotture discali e traumatiche rispetto per esempio alle fratture vertebrali e le condizioni richieste per un loro riconoscimento hanno già ripetutamente fatto l'oggetto di considerazione sia da parte del Tribunale Cantonale che da quello Federale. Complessivamente, tenuto conto di quanto precede (sensibilità della metodica, incidenza delle alterazioni discali presso pazienti asintomatici, condizioni di base richieste per l'accettazione di una rottura discale traumatica) l'esecuzione di ulteriori approfondimenti diagnostici quali per esempio una risonanza magnetica (così come proposta dal dr. \_\_\_\_\_) è suscettibile di ripercuotersi unicamente sul fattore costi senza apportare elementi concreti all'aspetto diagnostico, alla strategia terapeutica e alla questione medico-assicurativa della causalità. 3. Stato quo sine Come già fatto notare in precedenza i meccanismi che conducono alla cronicizzazione di disturbi del rachide si distanziano dallo schema lineare semplicistico "causa-effetto" rispondendo per contro ad un modello multifattoriale. Lo studio effettuato in Svizzera per conto del fondo nazionale ha chiaramente dimostrato come, in assenza di alterazioni strutturali acquisite, la cronicizzazione dei disturbi avvenga indipendentemente dell'entità effettiva del trauma iniziale (ricordo per inciso nel caso specifico del signor \_\_\_\_\_ il lungo intervallo prima dell'arresto del lavoro, della visita medica e della prescrizione di medicinali). Non solo il periodo iniziale ma pure l'ulteriore decorso (con aumento progressivo dell'intensità dei disturbi malgrado le misure terapeutiche messe in atto) si contrappone a quello "classico" ragionevolmente attendibile dopo un evento traumatico focale: rapida instaurazione iniziale del fulcro dei disturbi, regressione progressiva (più o meno completa) con la progressione del processo di guarigione-cicatizzazione. Pur ammettendo la presenza di un disturbo psichico (come fatto notare dal dr. \_\_\_\_\_) determinante ai fini della sua ulteriore presa a carico da parte della \_\_\_\_\_ risulta in realtà essere l'adeguatezza, di competenza amministrativo-giuridica e non medica. Sulla base di quanto precede, ritengo che la valutazione medico-fiduciaria del 25 marzo 1999 non contenga nuovi elementi di giudizio suscettibili di invalidare le considerazioni precedentemente espresse da parte della \_\_\_\_\_." (doc. \_\_\_\_\_) In replica ed in duplice, le parti hanno ancora avuto modo di presentare dei rapporti allestiti dai loro rispettivi medici di fiducia, i quali si sono, in sostanza, riconfermati nelle tesi difese in precedenza: " Senza tergiversare mi pronuncio in maniera concisa in merito ai punti messi in discussione dal dott. \_\_\_\_\_: 1. Stato precedente : in merito alle degenerazioni preesistenti della colonna lombare c'è ovviamente il pieno consenso. Per quanto riguarda le manifestazioni cliniche della problematica alla schiena richiamo la mia esposizione dettagliata del 25 marzo 1999. A tali argomentazioni non c'è nulla da aggiungere. Il fatto che le diagnosi sulle fatture inviate alle Casse malati non comportano sovente informazioni

mediche sufficienti (e per motivi di protezione dei dati non devono soddisfare tale presupposto) non ha ovviamente nulla a che vedere con la serietà e la credibilità dei medici.

2. Infortunio del 2 luglio 97: in tale contesto ho già fatto notare che la documentazione di decorso presentava lacuna fino all'inizio dell'incapacità lavorativa, come pure l'insufficienza di accertamento tramite procedimento idoneo. Queste obiezioni restano valide nonostante la presa di posizione del medico di circondario del \_\_\_\_\_. Si deve tener conto che qui si tratta della valutazione corretta di carattere medico-assicurativo di lombalgie protratte dopo una caduta da 2 metri d'altezza! Non si tratta appunto di una forma usuale di "low back pain" dove, si presume, possono influire "innumerevoli fattori somatici"! E' in particolare noto che con le radiografie convenzionali della colonna vertebrale (in questo caso si è rinunciato addirittura alle radiografie funzionali) non esiste praticamente nessuna possibilità di rappresentare le lesioni delle parti molli. Il dott. \_\_\_\_\_ si interessa in particolare della sensitività (= sicurezza del metodo in merito al rilevamento di alterazioni patologiche) dei referti MRI nella letteratura da me citata. Per il \_\_\_\_\_ sarebbe però più importante l'incidenza relativa ai referti negativi (= specificità, che nel lavoro di A. Saifuddin ammonta comunque al 95.2%), in fin dei conti spetta a tale istituto dimostrare la mancanza di lesione strutturali causate dall'infortunio! Che ciò non è avvenuto in maniera sufficientemente evidente, è già stato esposto nella mia precedente presa di posizione.

3. Status quo sine: il medico di circondario del \_\_\_\_\_ fonda la sua argomentazione, tra l'altro, riferendosi allo studio del Fondo nazionale, su risultati di carattere generale dell'epidemiologia e dell'osservazione teorica. Ma qui si tratta di valutare un caso concreto riguardante una forte contusione lombosacrale dopo una caduta da 2 metri di altezza. Anche se per la cronicizzazione dei dolori alla schiena ammettiamo un'origine dovuta a molteplici fattori, nel caso singolo come quello in trattazione la causalità parziale dovuta all'infortunio non è di gran lunga ancora esclusa. Per l'argomentazione relativa alla fattispecie si fa nuovamente riferimento alla presa di posizione del 25 marzo 1999. In definitiva dunque, non risultano nuovi aspetti atti a contraddire la posizione già assunta il 25 marzo 1999." (doc. \_\_\_\_\_) " Ritengo opportuno in primo luogo differenziare chiaramente la nozione di "spettacolarità" da quella di importanza riferite ad un evento traumatico puntuale. Il fatto in effetti che il paziente sia caduto dall'altezza di circa 2 metri rappresenta un evento sotto certi aspetti "spettacolare", dal punto di vista della dinamica. Esso non può tuttavia venire considerato importante nell'intensità se si ritiene che il paziente ha consultato il proprio medico curante per la prima volta solo 26 giorni dopo, che incapacità lavorativa viene attestata solo 29 giorni dopo l'intervento e che la prescrizione di una terapia antalgica rispettivamente anti-infiammatoria, avviene addirittura oltre 3 mesi dopo la caduta. Per quanto attiene agli approfondimenti diagnostici, mi permetto di citare nuovamente il commento di Zuchermann: "vi sono delle tendenze definitive che illustrano l'inadeguatezza della risonanza magnetica nella ricerca della localizzazione dei generatori di dolore che non comprendono una compressione neurale". Una tecnica diagnostica in grado di riscontrare un referto normale solo in 1/10 di pazienti assolutamente asintomatici (scelti con rigore) non può chiaramente venire utilizzata come metodo di prima scelta nell'ambito di Screening. Questo considerato il fatto che la stessa tecnica applicata su 100 pazienti chiaramente portatori di una lesione è in grado di evidenziarne appena più di 1/4. Ammessa ma non concessa l'ipotesi di una potenziale lesione delle parti molli riconducibile all'evento in parola, anche sotto questo aspetto gli esperti internazionalmente riconosciuti sono unanimi. Secondo Morscher (1), una lesione delle parti molli può condurre unicamente ad un peggioramento limitato nel tempo, anche in presenza di importanti alterazioni

degenerative preesistenti. A proposito di tale peggioramento transitorio Junghanns (2) considera un lasso di 6 mesi. Altri fautori anglosassoni giungono alle stesse conclusioni, Hadler (3) sottolinea il fatto che un trauma unico delle parti molli, anche se violento, non esercita nessun ruolo significativo nello sviluppo disturbi cronici del rachide o tutt'al più soltanto in presenza di lesioni strutturali oggettivabili all'apparato scheletrico. Secondo Lippert e Teitz (4) lo stato quo sine nell'ambito di lombalgie post-traumatiche e addirittura lombo-iscialgie (con irradiazioni fino all'altezza della coscia) deve essere ritenuto raggiunto dopo un intervallo di 3-4 mesi. MacNab (5) difende l'opinione che nell'ambito di contusioni/distorsioni del rachide sia praticamente impossibile ammettere una relazione causale tra avvenimento infortunistico e susseguente cronicizzazione dei disturbi. Alla luce non solo della documentazione riportata dal dr. \_\_\_\_\_ stesso ma pure di un confronto con l'opinione di specialisti riconosciuti internazionalmente nell'ambito specifico delle problematiche del rachide, il referto dell'11.6.1999 non contiene elementi atti ad invalidare quanto sostenuto dal Servizio Medico della \_\_\_\_\_ e da altri medici specialisti esterni quali per esempio il dr. \_\_\_\_\_ o il Servizio Medico della Clinica di \_\_\_\_\_ di \_\_\_\_\_." (XV bis) 2.6. Alla luce di quanto esposto al precedente considerando, appare evidente come ci si trovi qui confrontati a due tesi mediche contrapposte fra loro. Lo scrivente TCA ritiene, ciò nondimeno, di potersi esimere dall'ordinare una perizia medica giudiziaria, nella misura in cui è sua convinzione che l'apprezzamento espresso dal medico di circondario dell' \_\_\_\_\_ può validamente costituire da fondamento al giudizio che ora lo occupa (cfr., a proposito della valutazione anticipata delle prove, RCC 1986 p. 202 consid. 2d; STFA del 27 ottobre 1992 in re A.B.P.; STFA del 13 febbraio 1992 in re M. O.; STFA del 13 maggio 1991 in re A.A.; STCA del 25 novembre 1991 in re G. M.; F. Gygi, Bundesverwaltungsrechtspflege, 2a ed., pag. 274). La tesi difesa dal dottor \_\_\_\_\_ - contrariamente a quella espressa dal dottor \_\_\_\_\_ - ha, in effetti, il pregio di trovarsi in sintonia con la dottrina medica dominante, a mente della quale, dopo traumi quali contusioni o distorsioni al dorso, lo stato anteriore del rachide può, di regola, considerarsi ristabilito al più tardi 6 mesi, rispettivamente, un anno (in presenza di patologie degenerative), a contare dall'evento traumatico, come se l'infortunio non fosse mai sopraggiunto ( status quo sine ) (cfr. Bär-Kiener, Traumatismes vertébraux, in Informations médicales N. 67/décembre 1994, p. 45ss., contributo in cui viene illustrata, con dovizia di riferimenti [ripresi, in parte, dal dottor \_\_\_\_\_ stesso nel suo rapporto 23.6.1999 (cfr. XV bis)], la posizione della dottrina medica dominante in materia di traumi vertebrali). Del resto, la succitata tesi dottrinale è addirittura stata recepita dalla giurisprudenza federale, a mente della quale, conformemente all'esperienza acquisita in materia di medicina infortunistica, l'aggravamento significativo e, pertanto, durevole di un'affezione degenerativa preesistente al rachide vertebrale (peggioramento direzionale) causato da un infortunio, è da ritenere dimostrato soltanto qualora gli accertamenti radiologici abbiano permesso di mettere in evidenza una compressione delle vertebre, così come l'apparizione oppure l'ingrandimento di lesioni dopo trauma (STFA 31 dicembre 1997 in re L. consid. 4c [U 125/97], 4 settembre 1995 in re M. consid. 4a, ambedue non pubblicate; cfr., inoltre, STFA 6 giugno 1997 in re C. inedita [U 131/96], in cui il TFA - riferendosi alla sentenza non pubblicata 3.4.1995 in re O. [U 194/94] - ha esplicitamente ribadito che il genere di trauma riportato dall'assicurato - si trattava di una contusione/distorsione del rachide lombare causata da una caduta, in presenza di lesioni degenerative al passaggio lombo-sacrale - cessa di produrre i propri effetti trascorsi alcuni mesi dal giorno dell'infortunio; cfr., pure, E. Morscher, Schäden des Stütz- und Bewegungsapparates nach

Unfällen: Wirbelsäule, in Versicherungsmedizin, hrsg. E. Baur, H. Nigst, Berna 1972; 3. Auflage 1985). 2.7. Ritornando al caso di specie, non é assolutamente contestato che \_\_\_\_\_, già prima di rimanere vittima dell'evento traumatico 2 luglio 1997, presentava delle alterazioni statiche e degenerative a livello del rachide lombo-sacrale. Ad esempio, dal rapporto 25 marzo 1999 del dottor \_\_\_\_\_, medico di fiducia della Cassa malati \_\_\_\_\_, risulta che: " Vanno, d'altra parte, considerate la statica difettosa (scoliosi della colonna lombare, turbe statiche) e le alterazioni degenerative nell'ambito della colonna lombare che il 16 gennaio 1998 sono state definite dal dott. \_\_\_\_\_ quale spondilosi L3/L5 con modesto restringimento degli spazi intersomatici, più evidente nella zona L5/S1. Restringimenti simili vengono poi descritti in occasione della prima radiografia della colonna lombare dopo l'infortunio. La statica difettosa e le degenerazioni esistevano senza dubbio già prima dell'infortunio" (la sottolineatura é del redattore). Analoghe indicazioni si ritrovano - oltre che nei diversi referti redatti dal dottor \_\_\_\_\_ (cfr., per esempio, doc. \_\_\_\_\_: "l'evento infortunistico del 2.7.1997, obiettivamente di relativa debole entità, é suscettibile d'aver esercitato la sua influenza su di un quadro morboso preesistente fino a quel momento relativamente poco sintomatico ... - la sottolineatura é del redattore) - e nel rapporto 30 settembre 1997 del dottor \_\_\_\_\_, specialista direttamente consultato dall'assicurato: " Il paziente presenta una sindrome lombovertebrale con componente spondilogeno a dx su affezioni degenerative a livello dei segmenti da L2 fino a L5, con osteocondrosi e spondilosi" (doc. \_\_\_\_\_ - la sottolineatura é del redattore) e in quello del dottor \_\_\_\_\_ del 27 aprile 1998: " I dolori sorti nella zona lombosacrale dopo l'avvenimento infortunistico sopramenzionato e che hanno causato l'attuale e definitiva inabilità lavorativa, si sono sviluppati evidentemente in un contesto degenerativo lombare già preesistente, come lo dimostrano chiaramente le radiografie effettuate il 28.08.97" (doc. \_\_\_\_\_ - la sottolineatura é del redattore). Pur riconoscendo la preesistenza di un quadro morboso pluri-segmentale, l'assicuratore malattie inorgente afferma, nondimeno, che l'evento infortunistico assicurato sarebbe all'origine di un aggravamento determinante dello stato anteriore, passato ad uno stadio dolorifico, permanente ed invalidante (cfr. XI, p. 2: "In tale contesto va detto che la \_\_\_\_\_ non ha mai contestato i disturbi accusati in passato dal signor \_\_\_\_\_ (lombalgie, lombaggine) negli anni 1982, 1983 e 1985. Deve però essere sottolineato che questi disturbi hanno sempre causato incapacità lavorative di corta durata e non hanno mai provocato fasi di disturbo di lunga durata. Per contro, dopo l'infortunio del 2 luglio 1997, lo stato di salute del signor \_\_\_\_\_ é peggiorato a tal punto che al momento attuale siamo in presenza di una malattia resistente alle terapie (cronica)" - la sottolineatura é del redattore). Al considerando 2.7., questa Corte ha già chiaramente illustrato le condizioni - poste dalla dottrina medica generalmente riconosciuta e fatte proprie dalla nostra Corte federale - che devono essere soddisfatte affinché si possa ritenere come dimostrato un peggioramento direzionale di un'affezione degenerativa preesistente della colonna vertebrale a seguito d'infortunio: gli accertamenti radiologici devono mettere in evidenza una compressione delle vertebre, così come l'apparizione oppure l'allargamento di lesioni dopo un trauma. In concreto, non é assolutamente stato dimostrato che l'infortunio 2 luglio 1997 abbia causato delle lesioni definitive alla colonna vertebrale oppure un aggravamento delle preesistenti lesioni di carattere degenerativo (cfr. rapporto 21.9.1998 del dottor \_\_\_\_\_ (doc. \_\_\_\_\_): " I controlli radiologici effettuati dal medico curante in occasione della visita del 28.7.1997, valutati pure dal dr. \_\_\_\_\_ in occasione del consulto specialistico effettuato il 30.9.1997, così come l'esame del

15.1.1998 effettuato dallo specialista dr. \_\_\_\_\_, non hanno permesso di mettere in evidenza nessun'alterazione strutturale acquisita di natura post-traumatica, ma unicamente delle alterazioni degenerative pluri-segmentali. Nell'ambito di un decorso di alcuni mesi da notarsi peraltro anche l'assenza di una progressione significativa delle alterazioni morbose riscontrate" - la sottolineatura é del redattore; cfr., pure, doc. \_\_\_\_\_: "Il dott. \_\_\_\_\_ giunge inoltre alla conclusione che l'infortunio non avrebbe causato lesioni strutturali della colonna lombare. Si intendono qui essenzialmente le lesioni ossee (fratture) o eventualmente instabilità di elementi mobili. Questa affermazione può comunque essere fatta soltanto in merito alle radiografie convenzionali della colonna lombare, che sono però poco esplicative per quanto riguarda la diagnosi delle lesioni di parti molli". ciò che impedisce al TCA di fare propria l'opinione manifestata dal medico di fiducia della Cassa malati \_\_\_\_\_. Il dottor \_\_\_\_\_ ha sostenuto che non può essere escluso che l'episodio infortunistico del luglio 1997 abbia causato, in realtà, delle lesioni alle parti molli, lesioni che le radiografie convenzionali a cui \_\_\_\_\_ é stato sottoposto non sarebbero state in grado d'evidenziare (doc. \_\_\_\_\_, p. 2 in fine). Simile affermazione é stata fermamente contestata dal medico di circondario dell' \_\_\_\_\_: " Complessivamente, tenuto conto di quanto precede (sensitività della metodica, incidenza delle alterazioni discali presso pazienti asintomatici, condizioni di base richieste per l'accettazione di una rottura discale traumatica) l'esecuzione di ulteriori approfondimenti diagnostici quali per esempio una risonanza magnetica (così come proposta dal dr. \_\_\_\_\_) é suscettibile di ripercuotersi unicamente sul fattore costi senza apportare elementi concreti all'aspetto diagnostico, alla strategia terapeutica e alla questione medico-assicurativa della causalità" (doc. \_\_\_\_\_). Questa Corte può esimersi dall'addentrarsi nella suesposta disquisizione di carattere medico, e ciò nella misura in cui - conformemente alla dottrina medica dominante - traumi alle parti molli sono suscettibili, tutt'al più, di provocare un peggioramento temporaneo ma, in ogni caso, non un aggravamento direzionale (cfr. Bär-Kiener, op. cit., p. 45 e riferimenti ivi menzionati; cfr., pure, XV bis: rapporto 23 giugno 1999 del dottor \_\_\_\_\_, p. 2). Da ultimo, si sottolinea il fatto che né i referti stilati dal dottor \_\_\_\_\_ (cfr. rapporti 10.4.1998 e 14.12.1998 acclusi, rispettivamente, ai doc. \_\_\_\_\_ e \_\_\_\_\_), né quello, datato 27 aprile 1998, del dottor \_\_\_\_\_ (), possono essere di soccorso alla Cassa ricorrente. In effetti, ambedue i medici sono giunti ad ammettere l'esistenza di una relazione di causalità naturale fra l'infortunio 2 luglio 1997 ed i disturbi accusati dall'assicurato anche dopo l'8 febbraio 1998, semplicemente sulla base della regola "post hoc, ergo propter hoc". La giurisprudenza del TFA insegna, al riguardo, che per il solo fatto d'essere insorto dopo l'infortunio, un disturbo alla salute non può già essere ritenuto una sua conseguenza (DTF 119 V 341s. consid. 2b/bb con riferimenti; STFA 3.4.1997 in re V. inedita; Th. Frei, Die Integritätsentschädigung nach Art. 24 und 25 des Bundesgesetzes über die Unfallversicherung, Friburgo 1998, p. 30, nota 96; A. Rumo-Jungo, Rechtsprechung des Bundesgerichts zum Sozialversicherungsrecht, Bundesgesetz über die Unfallversicherung, Zurigo 1995, p. 41). 2.8. L'art. 20 cpv. 1 LPTCA prevede che la procedura innanzi al TCA è gratuita. Ciò è conforme al disposto di cui all'art. 108 cpv. 1 lett. a LAINF. Nella DTF 119 V 220ss. - giurisprudenza ulteriormente confermata con la DTF 120 V 494 consid. 3 (cfr., pure, STFA 11.9.1998 in re INSAI c. Swica [litigio fra assicuratore-infortuni e cassa malati]) - la nostra Corte federale - esaminati i lavori preparatori - ha stabilito che l'art. 134 OG, a mente del quale nella procedura di ricorso in materia d'assegnazione o di rifiuto di prestazioni assicurative il Tribunale federale delle assicurazioni non può, di regola,

addossare alle parti le spese processuali, è stato emanato nell'interesse degli assicurati in lite con un assicuratore sociale. Taluni parlamentari avevano, in effetti, manifestato il timore che numerosi assicurati, sovente di condizioni modeste, avrebbero rinunciato a difendere i loro interessi innanzi al TFA in ragione dei costi della procedura oppure si sarebbero visti costretti a richiedere l'assistenza giudiziaria (consid. 4b). Per contro - prosegue il TFA - qualora la vertenza veda opposti fra di loro due assicuratori sociali, non vi è ragione alcuna per porli al beneficio di questa regola di favore (consid. 4c). Tanto il messaggio del Consiglio di Stato concernente l'unificazione delle istanze di ricorso in materia assicurativo-sociale del 17 ottobre 1960 quanto il rapporto della Commissione della legislazione del 17 marzo 1961, sono silenti riguardo alla ratio legis dell'art. 20 cpv. 1 LPTCA. Ciò nondimeno, questa Corte non vede per quale motivo all'art. 20 cpv. 1 LPTCA - mera disposizione d'applicazione dell'art. 108 cpv. 1 lett. a LAINF - debba venir riconosciuta una ratio legis diversa rispetto a quella "sviscerata" dalla giurisprudenza federale in relazione all'art. 134 OG (cfr., del resto, S. Leuzinger-Naef, Bundesrechtliche Verfahrensanforderungen betreffend Verfahrenskosten, Parteischädigung und unentgeltlichen Rechtsbeistand im Sozialversicherungsrecht, SZS 1991, p. 178; Ch. Zünd, Kommentar zum Gesetz über das Sozialversicherungsgericht des Kantons Zürich, Zürich 1999, §33 n. 2). In conclusione, la Cassa malati \_\_\_\_\_ - parte soccombente nella vertenza che la vede opposta all' \_\_\_\_\_ - dovrà sopportare le spese processuali, quantificate in fr. 400.--.

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