

TI_GERICHTE 35.2000.68 vom 29. Juni 2000

TI Tribunale d'appello, 2000-06-29, IT

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/ti_gerichte_35.2000.68

FR: TI_GERICHTE 35.2000.68 du 29 juin 2000

IT: TI_GERICHTE 35.2000.68 del 29 giugno 2000

Regeste

Sentenza o decisione senza scheda

Erwägungen

E. 4

Diagnostic concernant les trois sinistres de 1997? - Accident du 2.04.1997:

Contusion-compression épaule droite-bras droit, coude droit. Ce traumatisme a provoqué la rupture partielle de la coiffe des rotateurs, à mon avis déjà dégénérée avant l'accident, comme c'est presque toujours le cas à l'âge de cet assuré. Il est d'ailleurs probable que M. _____ présente également une lésion de la coiffe des rotateurs au niveau de l'épaule gauche, survenue sans aucun événement accidentel. L'accident a également provoqué une rupture partielle de l'articulation acromio-claviculaire droite (Tossi II). Cette lésion est actuellement stabilisée sans séquelles invalidantes. La contusion-compression du coude droit a évolué vers une épicondylite radiale actuellement toujours persistante. Le syndrome du tunnel carpien droit (souffrance du nerf médian) est apparu tardivement, car il n'était pas présent lors de mon examen du 3.06.1997. Il est indépendant des accidents de 1997. - Accident du 9.09.1997: Contusion lombaire sur colonne lombaire présentant des altérations dégénératives préexistantes avec discopathie L2-L3 et L4-L5 avec troubles statiques. - Accident du 11.09.1997: Nouvelle contusion du coude droit et fissure du 5e métatarsien gauche.

E. 5

Causalité naturelle

E. 5.1

L'accident est-il l'unique cause ou éventuellement une cause concurrente de l'atteinte physique constatée?

E. 5.2

Si la question 5.1. ne peut être clairement affirmée ou infirmée: L'accident est-il uniquement une cause possible ou est-il la cause probable d'une manière prépondérante? - Accident du 2.04.1997: Cet accident a provoqué une aggravation durable, peut-être même déterminante, de la rupture programmée d'une lésion de la coiffe des rotateurs de l'épaule droite préexistante. Cet accident a également déclenché la symptomatologie d'une épicondylite radiale du coude droit. Pour ces deux lésions, l'accident est la cause probable d'une manière prépondérante. - Accident du 9.09.1997: La contusion lombaire a enclenché une symptomatologie douloureuse sur une colonne vertébrale lombaire présentant des altérations dégénératives préexistantes sous forme de spondylose et de discopathies étagées. Il y a donc eu aggravation passagère d'un état préexistant et il faut admettre que la

symptomatologie douloureuse actuelle est uniquement en relation avec les lésions dégénératives qui, tôt ou tard, se seraient manifestées. Je répondrait donc comme suit à votre question: L'accident est une cause possible, mais pas une cause probable d'une manière prépondérante. - Accident du 11.09.1997: Cet accident a provoqué la fissure du 5e métatarsien gauche qui, actuellement, est guérie sans séquelles anatomiques ou fonctionnelles. Cet accident a peut-être légèrement aggravé l'épicondylite du coude droit par nouvelle contusion.

E. 6

Peut-on admettre une nette amélioration de l'état de santé

E. 6.1

d'un traitement médical supplémentaire? a) Concernant la rupture de la coiffe des rotateurs de l'épaule droite: - Le Dr. _____ n'exclut pas une éventuelle révision opératoire de cette coiffe. A mon avis, il est peu probable d'une intervention chirurgicale sur cette coiffe dégénérée et symptomatique depuis plus d'une année amènera une nette amélioration. b) Epicondylite radiale du coude droit: - Pour cette lésion, une opération du type Hohmann ou autre avec dégagement de l'insertion des extenseurs et dénervation pourrait éventuellement être envisagée. Pour les lombalgies - qui ne concernent pas l'assurance _____ - l'assuré fait régulièrement de la balnéothérapie à ses frais" (doc. _). Sulla scorta delle indicazioni fornitele dal summenzionato specialista, la _____ ha emanato la decisione formale del 1° dicembre 1998 (cfr. doc. _), mediante la quale ha dichiarato estinto con effetto immediato il diritto alle prestazioni in relazione ai disturbi localizzati al rachide lombare (per raggiungimento dello status quo sine), al piede sinistro (per raggiungimento dello status quo ante), al gomito destro nonché alla spalla destra (per stabilizzazione delle condizioni di salute). Per quanto concerne la diagnosticata epicondilite radiale a destra, l'assicuratore infortuni si é peraltro impegnato ad assumere i costi qualora si rendesse medicalmente necessario un intervento chirurgico del tipo Hohmann. Dalle tavole processuali risulta inoltre che in data 4 giugno, rispettivamente, 22 ottobre 1999, _____ è stato esaminato presso _____, sempre per conto della Cassa malati _____. Il dottor _____, spec. FMH in chirurgia, dopo aver ricostruito l'anamnesi del ricorrente (cfr. doc. _, p. 2-11) ed averne descritto lo status, clinico e radiologico, a livello segnatamente degli arti superiori, inferiori e della colonna vertebrale (cfr. doc. _, p. 17-32), così ha discusso l'eziologia dei disturbi lamentati dall'assicurato, avendo cura d'analizzare, separatamente gli uni dagli altri, i postumi residuali dei quattro eventi traumatici di cui l'insorgente è rimasto vittima: - Infortunio del 2 aprile 1997 : " Es ist aus der Initialbehandlung vom Unfalltag im Ospedale _____, aktenkundig, dass sich Herr _____ am 02.04.1997 Schürfungen und Quetschungen des rechten Arms (ICD S 40.7 + S 40.0) zuzog, welche in der international gebräuchlichen Skala der Verletzungsschwere AIS dem Grad AIS 1 (leichte Verletzung) zuzuordnen sind. Erfahrungsgemäss heilen derart geringfügige Körperschäden mit oder ohne ärztliche Behandlung spontan innert weniger Tage bis allenfalls zwei Woche folgenlos aus. Mit einer Latenz von nahezu 2 Monaten wurde dann von fachärztlicher Seite wegen Schulter- nicht aber Ellenbogen- oder Vorder- resp. Oberarmbeschwerden die Diagnose eines Rotatorenmanschettendefekts (ICD M75.1) gestellt und sonografisch erhärtet; es lag eine isolierte Kontinuitätsunterbrechung der Supraspinatussehne vor. Dieser Befund lässt sich biomechanisch keinesfalls aus dem geltend gemachten Unfallereignis vom 02.04.1997 ableiten. Es ist undenkbar, dass äussere Gewalteinwirkung, welche Verletzungszeichen

oberflächlicher Art am Hautweichteilmantel hinterlässt, die in der Tiefe unter der Deltamuskulatur und unter den knöchern-bindegeweblichen Schulterdach gelegene Supraspinatussehne isoliert zu einer Zerreissung bringen kann. Hierzu bedürfte es eines indirekten Mechanismus, welcher in casu die gewaltsame Retroversion und Adduktion bei muskulärem fixiertem Schultergürtel erfordert, was im vorliegenden Fall nicht zutrif. Vielmehr lag und liegt bei Herrn _____ - und dies zweifelsfrei beidseitig - eine leichte Form der periarthrosis humeroscapularis (ICD M75.0) vor. Dieses Krankheitsbild, welches dem degenerativen und nicht entzündlichen rheumatischen Formenkreis zuzuordnen ist, wurde 1872 erstmals durch DUPLAY eingehend beschrieben und erneut durch WAGENHAEUSER hierzulande dargestellt. Es beinhaltet die nachfolgenden Alterationen: - Erkrankungen der Rotatorenmanschette und/oder der langen Bizepssehne - Arthrose im Schulterreckgelenk - instabile Schulter - Schultersteife ("frozen shoulder"). Pathologisch-anatomische Untersuchungen aus jüngster Zeit der Universität Hamburg haben gezeigt, dass bereits beim Fötus beziehungsweise Neugeborenen wie auch beim Erwachsenen im Bereich der Durchflechtungszone des sehnigen Muskelauslaufs mit der Kapsel bei Lupenvergrößerung konstant eine gefässarme bis -freie Zone nachweisbar ist. Diese vorgegebene Hypovaskularität muss bei der Genese des Rotatorenmanschettendefekts im Sinn eines von Geburt an bestehenden, prädisponierenden Faktors gewertet werden, der im Lauf des Alterungsprozesses als locus minoris resistentiae durch Gefässsklerose, Kollagendegeneration, physiologische Beanspruchung, Reibung an der Unterfläche des Acromions und entzündliche Schwellungen der Bursa subacromialis den klinischen Verlauf beeinflusst. Ursächlich ist dafür demnach eine Minderdurchblutung der Gelenkkapselstrukturen anzuschuldigen, welche bereits im 3. Lebensjahrzehnt ihren Anfang nimmt und entweder zu Verkalkungen (Tendinitis calcarea) oder aber zum Absterben der als Rotatorenmanschette bezeichneten Sehnenplatte jenseits des 50. Altersjahrs führt. Gesichert ist dieser Verlauf mittlerweile durch feingewebliche Untersuchungen, welche mit der Zielsetzung der Kausalitätsbeurteilung in der uns benachbarten Bundesrepublik Deutschland im Zuge der operativen Versorgung nach wie vor erfolgt. Eine eingehende Analyse auf autoptischer Basis in den USA hat aufgezeigt, dass rund ein Drittel der 50-jährigen Individuen Defektbildungen der Rotatorenmanschette aufweist, und ab dem 70. Altersjahr solche in nahezu 100% gefunden werden. Interessanterweise bleibt diese Gewebeschädigung häufig symptomlos, wie Ultraschallabklärungen an einem ausgedehnten Kollektiv von 30- bis 90-jährigen in Detroit und Jerusalem gezeigt haben, woraus die Folgerung gezogen werden muss, dass so genannte "Rotatorenmanschettenrupturen" eine natürliche Alterserscheinung sind. Epidemiologisch findet sich interessanterweise eine Betonung des weiblichen Geschlechts mit 45.3%, wobei Hausfrauen gegenüber körperlich schwer Arbeitenden überwiegen. Nach heutigen Erkenntnissen der pathologischen Anatomie und biomechanik ist eine isolierte Veränderung der so genannten Rotatorenmanschette kein verletzungsspezifischer Befund. Ein sprachliches Deficit - "Ruptur" - ist mit ursächlich für die auch durch kurativer Mediziner häufig getätigte Fehlbeurteilung, denn es handelt sich um ein Schadensbild, welches weder in zeitlichem noch ursächlichem Zusammenhang mit äusserer Gewalteinwirkung steht, was sich wiederum aus der Vielzahl klinisch stummer Veränderungen ergibt. Fast stets sind die angeschuldigten Abläufe - seien sie nun wie in casu als Unfallereignisse im Rechtssinn oder aber als unfallähnliche Körperschädigungen etikettiert - lediglich Gelegenheitsursache für die nachmalige habenden Rotatorenmanschettendefekte. Das Wissen darum, dass Defekte und Lücken im

Gewebeverband der Schultersehnen praktisch stets nicht plötzlich in Folge einer einmaligen schädigenden Einwirkung, sondern graduell und progressiv über Monate und Jahre entstehen, und somit körpereigener (intrinsischer) Genese sind, hat dazu geführt, dass der Medizinische Dienst der _____ Rotatorenmanschettendefekte auch nicht als unfallähnliche Körperschädigung im Sinn von Art. 9 Abs. 2 litt. f UVV anerkennt, was anhaltend kontroverse Diskussionen zwischen der kurativen und der Versicherungsmedizin nach sich zog. Mittlerweile hat der Ordnungsgeber (Bundesrat) diesen Erkenntnissen in Form der Verordnungsanpassung vom 01.01.1998 Rechnung getragen (Einschränkung der Deckungsausweitung). In vorliegendem Fall sind medizinisch alle Kriterien erfüllt, welche auf die unfallfremde Verursachung des Körperschadens hinweisen. Die von Herrn _____ hier am 22.10.1999 getätigten subjektiven Beschwerdeangaben korrelieren kaum mit den objektiven Feststellungen des selben Tages: Der Versicherte weist keinerlei muskuläre Verschmächtigung im Schultergürtel rechts im Vergleich zu links auf, die Erbringung sämtlicher Kombinationsbewegungen rechts (alltägliche Verrichtungen) ist ihm in gleicher Weise wie links möglich, und die Gegeninnervation bei der passiven Beweglichkeitsprüfung muss als Hinweis auf Aggravation gedeutet werden. Ein länger dauernder schmerzbedingter Mindergebrauch der dominanten rechten oberen Extremität ist allein schon durch die für einen Rechtshänder als symmetrisch anzusprechende muskuläre Ausprägung wiederlegt. Die im seitherigen Verlauf von kurativer Seite zusätzlich in die Diskussion eingebrachte Epicondylopathie (ICD M77.1) gehört zu den so genannten Enthesopathien, welche nicht durch äussere Gewalteinwirkung, sondern allenfalls durch übermässig lange, unphysiologisch vorgenommene repetitive Belastungen der einschlägigen Sehnen verursacht werden. Eine solche Belastung ist im Beruf eines Kochs jedoch auszuschliessen und kommt allenfalls für den Unterhaltsreiniger, Fließbandverpacker und ähnliche Verrichtungen in Frage. Ebenfalls in die Diskussion eingebracht wurde eine Einengung des Medianusnerven auf Höhe des rechten Handgelenks (Karpaltunnelsyndrom; ICD G 56.0), welche jedoch in ihren Auswirkungen (umschriebene Sensibilitätsbeeinträchtigung, Atrophie des Tenarmuskels) hier am 22.10.1999 in keiner Weise vorlag. Das Unfallereignis vom 02.04.1997 verursachte als bagatellär einzustufende Prellungen und Schürfungen des rechten Oberarms und hinterliess im langzeitverlauf keine Körperschäden, welche eine Arbeitsunfähigkeit im UVG-versicherten Berufs eines Hotelkochs rechtfertigen würden" (doc. __, p. 32-37 - la sottolineatura è del redattore). - Infortunio del 21 luglio 1993 : " Es ist gesichert, dass Herr _____ am 21.07.1993 durch einen nicht mehr rekonstruierbaren Mechanismus, welcher auch einer körpereigenen Fehlgängigkeit entsprechen kann, einen akuten Riss der Patellarsehne links (ICD S86.2) erlitt. Dieser wurde verzugslos mittels Sehnennaht (Prozedur 83.62) mit bleibendem Erfolg versorgt. Die in der Folge und auch heute noch monierten einschlägigen Beschwerden sind - und hier stimmt man mit den behandelnden Instanzen überein - Folge einer so genannten Chondropathia patellae (ICD M22.4) - mithin eines Knorpelschadens degenerativer Art, welcher nicht Folge des angeschuldigten Geschehen von 21.07.1993 sein kann, sondern einer alterskonformen Veränderung entspricht. Die deswegen vorgenommene diagnostische Arthroskopie (Prozedur 80.26) in Verein mit einer Knorpelglättung und Durchtrennung der äusseren Kapselbandstrukturen (Prozedur 80.40) war somit nicht auf Unfallfolgen, sondern auf die Behebung des krankheitsbedingten Schadens ausgerichtet. Die hier am 22.10.1999 von Herrn _____ getätigten Angaben hinsichtlich der (übrigens beidseits vorhandenen!) Kniebeschwerden lassen sich keines Falls mit den objektiven Untersuchungsbefunde zur Deckung bringen. Würde man die Aesserungen des

Exploranden zum Nennwert nehmen, so bestünde eine nahezu vollständige Gebrauchsunfähigkeit des linken Kniegelenks. Dies ist in casu keines Falls zu erhärten. Beide Kniescheiben von Herrn _____ lassen sich ohne Schmerzäußerung in Längs- wie auch in Querrichtung uneingeschränkt verschieben; die Narbenverhältnisse links sind reizlos. Allerdings findet sich in der einschlägigen Prüfung eine beidseitige antero-mediale Instabilität (ICD M23.5) leichten Ausmasses, welche somit nicht auf eine umschriebene Schädigung links zurück geführt werden darf. Die passive Beweglichkeit beider Kniegelenke darf als voll erhalten angesprochen werden, und die vom Versicherten provozierte Gegeninnervation bei der Beugungsprüfung ist aggravatorischer Natur. Dass eine gewisse Schonung der linken unteren Extremität langdauernd statthat, wird durch die sich an der Signifikanzgrenze bewegend muskuläre Atrophie im Oberschenkelbereich erhärtet. Aus den gesicherten Veränderungen im linken Femoropatellargelenk (degenerativer Knorpelschaden) lässt sich gemäss ICDH-Klassifikation höchstens eine Leistungseinschränkung für kniend oder in langdauernder Kniebeugstellung zu erbringende Verrichtungen erkennen, und allenfalls besteht eine gewisse Limitierung für das repetitive Besteigen von Treppen und Leitern. Während die objektiven Folgen des UVG-versicherten Geschehens vom 21.07.1993 (Riss der Patellarsehne links) längst ausgeheilt sind, weist Herr _____ eine beidseitige leichte antero-mediale Kniegelenksinstabilität auf, welche unfallfremder Genese ist " (doc. __, p. 37-38 - la sottolineatura è del redattore). - Infortunio del 9 settembre 1997 : " Ein Unfall soll am 09.09.1997 stattgehabt haben. Dieser ist unter alle Aspekten als bagatellär einzustufen (AIS 1) und hinterliess mit Sicherheit keine strukturellen Schäden. Der Versicherte weist - und dies ist radiologisch wie klinisch gesichert - eine Ueberbetonung der physiologischen Lendenwirbelsäulenkrümmung (Hyperlordose) auf, altersentsprechend halten sich jedoch die degenerativen Veränderungen durchaus im Rahmen . Insbesondere finden sich beim Exploranden in der klinischen Untersuchung keine Hinweise auf eine Nervenwurzelkompression in Folge Bandscheibenverlagerung. Auch bezüglich der monierten Kreuzschmerzen ist auf unfallfremde, alterskonforme degenerativen Alterationen abzustellen " (doc. __, p. 38-39). - Infortunio dell'11 settembre 1997 : " Radiologisch nachgewiesen ist diesbezüglich und in Zusammenhang mit dem Ereignis vom 11.09.1997 ein unverschobener Querbruch des V. Mittelfussknochens (ICD S 92.30), welcher - die durchgeführte Behandlungsmassnahme bleibt undokumentiert - folgenlos ausheilte und heute auch keine einschlägigen Beschwerden mehr verursacht. Diesbezüglich kann vom Erreichen des Status quo ante ausgegangen werden " (doc. __, p. 39 - la sottolineatura è del redattore). Al termine del proprio apprezzamento, lo specialista interpellato dalla Cassa malati _____ ha affermato che l'assicurato presenta, tutt'al più, delle limitazioni funzionali di poca importanza alla spalla ed al ginocchio, le quali hanno un'origine morbosa e, peraltro, non incidono negativamente sulla sua capacità lavorativa (cfr. doc. __, p. 39).

2.4. Tutto ben considerato, lo scrivente TCA ritiene che la documentazione medica presente all'inserto - in particolare i referti peritali allestiti dai dottori _____ e _____ - possa costituire da fondamento al giudizio che ora lo occupa, senza che si riveli necessario procedere a degli ulteriori provvedimenti probatori. Al riguardo, va ricordato che, per costante giurisprudenza, quando l'istruttoria da effettuare d'ufficio conduce l'amministrazione o il giudice, in base ad un apprezzamento coscienzioso delle prove, alla convinzione che la probabilità di determinati fatti deve essere considerata predominante e che altri provvedimenti probatori più non potrebbero modificare il risultato (valutazione anticipata delle prove), si rinuncerà ad assumere altre prove (RCC 1986 p. 202

consid. 2d; sentenza TFA del 27 ottobre 1992 in re A.B.P.; sentenza TFA del 13 febbraio 1992 in re M. O.; sentenza TFA del 13 maggio 1991 in re A.A.; sentenza TCA del 25 novembre 1991 in re G.M.; F. Gygi, Bundesverwaltungsrechtspflege, 2a ed., pag. 274; U. Kieser, Das Verwaltungsverfahren in der Sozialversicherung, Zurigo 1999, p. 212; Kölz/Häner, Verwaltungsverfahren und Verwaltungsrechtspflege des Bundes, 2a ed., p. 39 e p. 117), senza che ciò costituisca una lesione del diritto di essere sentito sancito dall'art. 29 cpv. 2 Cost. (DTF 124 V 94 consid. 4b, 122 V 162 consid. 1d e sentenza ivi citata).

2.4.1. Disturbi al ginocchio sinistro : la problematica al ginocchio sinistro, interessato dall'infortunio del 22 luglio 1993, era già stata risolta dalla _____ con la decisione formale del 18 giugno 1997, nel frattempo cresciuta in giudicato incontestata (cfr. doc. _). Essa non è quindi oggetto della presente procedura ricorsuale .

2.4.2. Disturbi al rachide lombare : tanto il dottor _____ (cfr. doc. _, p. 9s.) quanto il dottor _____ (cfr. doc. _) hanno affermato che l'evento traumatico del 9 settembre 1997 ha, tutt'al più, provocato un aggravamento transitorio di uno stato patologico preesistente. Al più tardi al momento in cui la _____ ha dichiarato chiuso il caso (dicembre 1998), l'assicurato è reputato aver raggiunto lo status quo sine a margine del suddetto infortunio. La tesi difesa dai medici fiduciari della Cassa convenuta è, d'altronde, condivisa dalla 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, la posizione della dottrina medica dominante in materia appunto di traumi vertebrali). La summenzionata tesi dottrinale è addirittura stata recepita dalla giurisprudenza federale (cfr. RAMI 2000 U363, p. 45ss.; STFA 31 dicembre 1997 nella causa L., consid. 4c, U125/97, 4 settembre 1995 nella causa M., consid. 4a, ambedue non pubblicate; cfr., inoltre, STFA 6 giugno 1997 nella causa C., U131/96, in cui il TFA, riferendosi alla sentenza non pubblicata 3.4.1995 nella causa O., U194/94, 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, U. Nigst, Berna 1973; 3. Auflage 1985). Pertanto - trattandosi dei disturbi localizzati alla colonna lombare - nella misura in cui la _____ ha posto termine alle proprie prestazioni a contare dal 1° dicembre 1998, l'impugnata decisione su opposizione non presta il fianco ad alcuna censura.

2.4.3. Frattura alla diafisi del V metatarsale del piede sinistro : ambedue gli specialisti interpellati dalla Cassa malati _____ hanno avuto modo di constatare una completa guarigione della succitata lesione, senza sequele né anatomiche né funzionali, con raggiungimento, pertanto, del cosiddetto status quo ante (cfr. doc. _, p. 10 e 42, p. 39). Relativamente a questa lesione, dunque, l'assicuratore convenuto non può più essere tenuto a prestazioni.

2.4.4. Rottura della cuffia dei rotatori della spalla destra : su questo punto, i pareri espressi dai dottori _____ e _____ divergono fra loro. A mente del primo, l'evento infortunistico dell'aprile 1997 va considerato la causa probabile della diagnosticata rottura della cuffia rotatoria (cfr. doc. _, p. 9). Per lo specialista dell'_____, invece, il suddetto danno alla salute va attribuito esclusivamente ad un processo degenerativo, per la precisione ad una

lieve forma di periartropatia omero-scapolare, presente peraltro bilateralmente (cfr. doc. __, p. 32-36). Secondo il dottor _____, quindi, l'infortunio del 2 aprile 1997 non ha causato aggravamento alcuno, né transitorio né direzionale, dello stato patologico preesistente (cfr. doc. __, p. 42: "Das Ereignis vom 2. April 1997 hat beim Versicherten Prellungen und Schürfungen des rechten Armes bewirkt. Es ist dabei aus Gründen der Pathomechanik weder zu einer vorübergehenden noch gar einer richtunggebenden Verschlimmerung des degenerativen Vorschadens (Defekt der Supraspinatussehne) gekommen"). Il TCA ritiene di potersi esimere dall'approfondire l'eziologia della rottura della cuffia rotatoria, poiché - anche nell'ipotesi in cui si dovesse considerare corretta la tesi difesa dal dottor _____ - la decisione della Cassa malati _____ di porre termine alle prestazioni di corta a decorrere dal 1° dicembre 1998, risulterebbe legittima. Tale questione dovrà, per contro, venire risolta dalla _____ - assicuratore infortuni con il quale la Cassa malati _____ ha stipulato, in ossequio all'art. 70 cpv. 2 LAINF, un accordo di collaborazione - competente per il versamento delle prestazioni di lunga durata (ossia, segnatamente, rendita d'invalidità ed indennità per menomazione dell'integrità). In casu, gli accertamenti predisposti dalla Cassa hanno consentito d'accertare che, al più tardi a partire dal dicembre 1998, da ulteriori provvedimenti terapeutici non vi era più da attendersi un sensibile miglioramento delle condizioni di salute di _____ (sempre per quel che concerne la situazione a livello della spalla destra). Il dottor _____ ha avuto modo di manifestare tutto il proprio scetticismo nei riguardi di un'eventuale operazione chirurgica di ricostruzione della cuffia dei rotatori (cfr. doc. __, p. 10: "Le Dr. _____ [cfr. doc. __, n.d.r.] n'exclut pas une éventuelle révision opératoire de cette coiffe. A mon avis, il est peu probable qu'une intervention chirurgicale sur cette coiffe dégénérée et symptomatique depuis plus d'une année amènera une nette amélioration"). Lo stesso scetticismo traspare, del resto, pure dal referto 26 agosto 1997 del dottor _____, _____ di neurologia dell'Ospedale regionale di _____ (cfr. doc. __, p. 2: "A dipendenza della scelta d'un intervento sulla spalla (rispetto al quale mi permetto d'invitare ad una certa prudenza) ..." - la sottolineatura è del redattore). D'altra parte, non può neppure essere dimenticato il fatto che il dottor _____ ha definito minime le limitazioni funzionali derivanti dal danno alla spalla destra, limitazioni che non hanno alcuna incidenza sull'abilità lavorativa dell'insorgente (cfr. doc. __, p. 39 in fine). Infine, richiedendo l'assegnazione di una rendita d'invalidità nonché di un'indennità per menomazione dell'integrità (cfr. I, p. 3), l'assicurato stesso si dimostra implicitamente d'accordo con la decisione di chiudere il caso emanata dalla _____. Se ne deduce che l'obbligo contributivo della Cassa malati _____ si è esaurito in virtù dell'art. 19 cpv. 1 LAINF, cioè nella misura in cui dalla cura medica non vi era più da attendersi un sostanziale miglioramento dello stato di salute di _____ (cfr. consid. 2.1.). Come poc'anzi detto, per la copertura delle prestazioni a lungo termine la _____ ha stipulato un accordo di collaborazione con la _____. A quest'ultimo assicuratore, dunque, è riservata la competenza a decidere in merito ad un'eventuale rendita d'invalidità, così come in merito ad un'eventuale indennità per menomazione dell'integrità.

2.4.5. Epicondilite radiale al gomito destro : osservato che fra i medici fiduciari della _____ non vi è unità di vedute in merito alla natura dell'epicondilite di cui soffre il ricorrente (cfr. doc. __, p. 9 e 42, p. 36), questa Corte è dell'avviso che debbano valere, mutatis mutandis, le medesime considerazioni espresse in precedenza, a proposito della lesione alla cuffia dei rotatori della spalla destra.

2.5. In esito ai considerandi che precedono, lo scrivente Tribunale ritiene che l'impugnata decisione della _____ meriti tutela in questa sede.

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