



REPUBBLICA ITALIANA
IN NOME DEL POPOLO ITALIANO

La Corte d'Appello di Brescia, Sezione Lavoro, composta dai

Sigg.:

Dott.	Angelo	TROPEANO	Presidente
Dott.	Antonella	NUOVO	Consigliere rel.
Dott.	Anna Luisa	TERZI	Consigliere

ha pronunciato la seguente

S E N T E N Z A

nella causa civile promossa in grado d'appello con ricorso depositato in Cancelleria il giorno 08/07/2008 iscritta al n. 361/08 R.G. Sezione Lavoro e posta in discussione all'udienza collegiale del **10/12/2009**

d a

XXX, rappresentato e difeso dall'Avv.to Danilo MINA di Brescia, domiciliatario giusta delega a margine del ricorso in appello

RICORRENTE APPELLANTE

c o n t r o

I.N.A.I.L., in persona del Direttore Regionale pro tempore, rappresentato e difeso dall'Avv.to Sabina LUPO ed elettivamente domiciliato presso l'Avvocatura Distrettuale I.N.A.I.L di Brescia giusto mandato generale alle liti

RESISTENTE APPELLATO

In punto: appello a sentenza n. 471/08 del 15/05/2008 del Tribunale di Brescia.

Sent. N.

Cron. N.

R. Gen. N. **361/08**

OGGETTO:

Prestazione: indennità
rendita vitalizia INAIL
o equivalente – altre
ipotesi

CONCLUSIONI

Del ricorrente appellante:

come da ricorso in appello

Del resistente appellato:

come da memoria di costituzione e risposta

Svolgimento del processo

Con ricorso al Tribunale di Brescia, giudice del lavoro, depositato il 6.7.2007 Innocente XXX conveniva l'INAIL per sentirlo condannare a corrispondergli le prestazioni di legge in riferimento ad una grave e complessa patologia cerebrale che aveva origine professionale. Esponeva, in fatto, di aver svolto attività di dirigente d'azienda dal 1981, e, da ultimo, presso la S.p.a. Sangiacomo dal 2.9.1991 al 26.9.2003; che in tale mansione aveva utilizzato il telefono cellulare e il cordless per una media di 5 - 6 ore al giorno e per un periodo di 12 anni; che, essendo destrimane, teneva l'apparecchio all'orecchio sinistro in quanto con la mano destra rispondeva al telefono fisso collocato sulla scrivania o prendeva note e appunti; che detta attività gli aveva provocato una grave patologia per la quale il 17.11.03 aveva chiesto all'INAIL le corrispondenti prestazioni di legge, che l'Istituto aveva rifiutato la richiesta, negando il nesso causale fra l'attività lavorativa e le affezioni denunciate. Pertanto insisteva nella domanda, deducendo prova per testi sulle modalità lavorative ed allegando un'approfondita relazione medico-legale del neurochirurgo dott. Giuseppe Grasso.

L'INAIL si opponeva al ricorso, sempre sotto il profilo della

carezza del nesso causale, e deduceva controprova orale, producendo varia documentazione.

Esperita l'istruttoria testimoniale, che accertava in fatto l'uso intenso di cellulare e cordless, ed assunta consulenza tecnica d'ufficio, il primo giudice respingeva la domanda per carezza del nesso causale, aderendo alle considerazioni svolte dal CTU, aspramente criticate dal ricorrente.

Appellava il XXX, depositando ulteriore e ponderoso elaborato del consulente di parte, riportandosi alle considerazioni critiche ivi svolte e chiedendo che, previo rinnovo della consulenza, l'INAIL fosse condannato alle prestazioni di legge.

Si costituiva l'INAIL per la conferma, ricordando l'inesistenza di studi scientifici attendibili in ordine alla nocività delle onde elettromagnetiche.

Questa Corte rinnovava la consulenza e, a fronte delle osservazioni svolte dall'INAIL, concedeva termine all'appellante per depositare le sue controdeduzioni: all'esito, all'udienza odierna, le parti discutevano e la Corte decideva con sentenza del cui dispositivo veniva data immediata lettura.

Motivi della decisione

La CTU disposta in questo grado di giudizio, molto documentata ed accuratamente motivata, individua il nesso, quanto meno concausale, tra l'utilizzo dei telefoni e la patologia.

Innanzitutto, occorre osservare che l'allegato utilizzo di cellulare e radiotelefono per molte ore lavorative (5-6 ore / die) e

l'uso principalmente dell'orecchio sinistro, che consentiva il libero impiego della mano destra per note scritte, hanno trovato piena conferma testimoniale e non sono più oggetto di contestazione da parte dell'INAIL.

Da questo dato, che quantifica il livello di esposizione, doveva dunque partire il consulente per la sua indagine sul nesso causale.

Dall'anamnesi clinica risulta che nel giugno 2002 è comparsa ipoanestesia (perdita parziale della sensibilità) dell'emiviso di sinistra: eseguita la Risonanza Magnetica Nucleare veniva formulata diagnosi di "neurinoma del Ganglio di Gasser" che è un tumore benigno che colpisce i nervi cranici, in particolare il nervo acustico, mentre più rara è la localizzazione al V nervo cranico (Trigeminico), come nel caso in specie. Secondo la spiegazione fornita dal consulente, deriva dalle cellule (cellule di Schwann) della guaina di rivestimento da cui anche la denominazione di Schwannoma. La localizzazione anatomica di questo tumore dà ragione della severità delle manifestazioni cliniche correlate.

Subiva quindi un intervento neurochirurgico l'8 novembre 2002 (Ospedale S. Anna di Lucerna) con resezione branca mandibolare del nervo in quanto non dissociabile, asportazione del ganglio di Gasser, ma permaneva residuo tumorale dimostrato a RMN post operatoria.

Gli esiti post intervento possono così essere riassunti: 1) ulcera corneale sin. (da iposecrezione lacrimale e disturbo

neurologico). Attuò vari trattamenti per risolverla. E' in atto un trattamento cronico con autosiero. Graduale deficit del visus (3-4 diottrie); 2)Sindrome algo-distrofica dell'emiviso di sinistra con dolore cronico severo. Attuati vari e ripetuti trattamenti con farmaci attivi sul dolore neuropatico con scarso o nullo beneficio. Dall'agosto 1.08.2005 assunzione orale di morfina (Oxicontin 20mg x3 /die) in associazione con pregabalin (Lyrica 75mg x 3. trattamento del dolore neuropatico periferico e centrale negli adulti). Valutazione dolore di 5-6 con scala numerica verbale (scala di valutazione del dolore cronico. Valori da 1-nessun dolore- a 10-il peggiore dolore immaginabile-. Il dolore si considera controllato per un indice ~4); 3) Persistenti parestesie sempre all'emiviso; 4) Disturbi della meccanica masticatoria da mal occlusione secondaria ad atrofia dei muscoli temporale massetere di sinistra (attua fisiochinesiterapia per mantenere il trofismo); 5) Incostante diplopia (visione doppia, in senso orizzontale o verticale, di uno stesso oggetto) 6) Epilessia parziale complessa a genesi temporale da encefalomalacia (rammollimento cerebrale legato al trauma chirurgico con perdita di funzione possibile origine di foci epilettogeni); 7) Deficit cognitivo (disturbo della fissazione mnesica e ed attenzione); 8) Disturbo dell'adattamento (Nel Diagnostic and Statistical Manual of mental disorders [DSM-N] i disturbi dell'adattamento sono definiti come "sintomi emozionali o comportamentali clinicamente significativi" che si sviluppano "in risposta a uno o più fattori stressanti psicosociali identificabili"); 9) sindrome del lobo temporale (sindrome complessa

da danno del lobo temporale con vari disturbi-olfattivi, gustativi, dell'equilibrio, visivi, disturbi uditivi e psichiatrici)

Tutte queste situazioni cliniche sono ampiamente documentate negli atti. Ogni patologia è suffragata da consulenze cliniche specialistiche, anche ripetute, e da opportune indagini strumentali ed ematochimiche.

Nel 2003 diagnosi di neoformazione surrenalica di destra 5x3 cm con normofunzione. Intervento 30.06.2004 Istituto Europeo di Oncologia con diagnosi istologica di feocromocitoma (tumore raro con possibile secrezione di catecolamine [sostanze ormoni e neurotrasmettitori- prodotte dalla porzione interna del surrene e da alcuni neuroni] Il tumore in presenza di secrezione di catecolamine si caratterizza per una sindrome clinica peculiare).

Nel caso in specie, non fu dimostrata secrezione di catecolamine.

E' seguito da uno psichiatra dal 2003 ed è in terapia con paroxetina; due ricoveri c/o Servizio Psichiatrico di Diagnosi e Cura l'ultimo nel marzo 2008.

Attuale terapia comprende Morfina orale, Pregabalin, Paroxetina (farmaco antidepressivo appartenente alla classe degli SSRI-inibitori selettivi della ricaptazione della serotonina), Dolore attuale riferito 5-6 con scala numerica verbale.

Si presente come soggetto magro in mediocri condizioni generali. Normale sanguinificazione. Sensorio normale orientamento spazio temporale. Tono dell'umore depresso. Crisi di pianto in corso

della valutazione clinica. Paresi del VII nervo cranico con ipostenia del muscolo orbicolare. Anestesia dolorifica abolita sensibilità tattile. Asimmetria degli emivisi. Dolorabilità alla pressione su articolazione temporo-mandibolare sin. Lieve tendenza all'intrarotazione mano dx in estensione.

La prima valutazione del consulente è che gli esiti della neoplastica son assolutamente severi e del tutto documentati e che la qualità di vita del sig. XXX è sicuramente gravemente compromessa da tali esiti.

Quanto alla questione centrale (non essendovi contestazione sulle conseguenze subite dall'appellante) relativa al nesso causale tra l'uso dei telefoni e insorgere della patologia, il consulente osserva innanzitutto che, nel periodo in cui ha lavorato alla San Giacomo SPA per i primi 3 anni utilizzava telefono cellulare - cordless (deposte 5-6 h al di), dal 1993-4 al cordless fu associato l'uso di telefono cellulare fino al settembre 2003.

Orbene, i telefoni mobili (cordless) e i telefoni cellulari funzionano attraverso le onde -elettromagnetiche. Secondo il CTU "In letteratura gli studi sui tumori cerebrali per quanto riguarda il neurinoma considerano il tumore con localizzazione al nervo acustico che è il più frequente. Trattandosi del medesimo istotipo è del tutto logico assimilare i dati al neurinoma del trigemino".

Nella CTU, con una tabella molto chiara a cui ci si riporta, sono riassunti alcuni studi dal 2005 al 2009. "In tre di essi (Hardell group) e si evidenzia un aumento significativo del rischio relativo di

neurinoma. (Rischio relativo: misura di associazione fra l'esposizione ad un particolare fattore di rischio e l'insorgenza di una definita malattia, calcolata come il rapporto fra i tassi di incidenza negli esposti [numeratore] e nei non esposti [denominatore]. Esempio: un rischio relativo di 3 sta a significare che il tasso di incidenza negli esposti è 3 volte maggiore dei non esposti. Nella tabella il rischio relativo è derivato dall'odd ratio)

Un recente lavoro, sempre del gruppo di Hardel (Mobile phones, cordless phones and the risk for brain tumours L. Hardell and M. Carlberg INTERNATIONAL JOURNAL OF OCCUPATIONAL AND ENVIRONMENTAL HEALTH 35: 5-17, 2009), che si basa sulla revisione degli studi già pubblicati dallo stesso gruppo, considera altri elementi quali: età dell'esposizione, ipsilateralità e tempo di esposizione. Per quanto riguarda il neurinoma (dell'acustico) i risultati indicano un Odd ratio per l'uso del cordless di 1,5 e per il telefono cellulare di 1,7. Considerando l'uso di 10 anni, gli Odd ratio sono rispettivamente di 1,3 e di 1,9.

L'Odds ratio è il rapporto tra la frequenza con la quale un evento si verifica in un gruppo di pazienti e la frequenza con la quale lo stesso evento si verifica in un gruppo di controllo. Se il valore dell'odds ratio è superiore a 1 significa che la probabilità che si verifichi l'evento considerato (per esempio una malattia) in un gruppo (per esempio tra gli esposti) è superiore rispetto a quella di un altro gruppo (per esempio tra i non esposti). Significato opposto ha un valore inferiore a 1 (riduzione del rischio legato all'esposizione). Se il valore è pari a 1 significa che non vi è differenza tra i gruppi. In caso

di eventi rari l'odds ratio ha un valore molto vicino a quello del rischio relativo. L'odds ratio è una misura particolarmente utile negli studi caso-controllo come stima del rischio relativo, che in questo tipo di studi non può essere misurato direttamente.

Una recente review della The International Commission on Non-Ionizing Radiation Protection (Exposure to high frequency electromagnetic fields, biological effects and health consequences 100 kHz-300 GHz. Review of the scientific evidence on dosimetry, biological effects, epidemiological observations, and health consequences concerning exposure to high frequency electromagnetic fields 100 kHz to 300 GHz, 2009) evidenzia i limiti degli studi epidemiologici fin'ora attuati. I principali "bias" riguardano la modalità di arruolamento, spesso l'assenza di un gruppo di controllo con ricorso a registri di popolazione, l'impossibilità di standardizzare l'entità e la durata complessiva di esposizione. Gli autori concludono che, allo stato attuale, non vi è una convincente evidenza del ruolo delle radiofrequenze nella genesi dei tumori, ma aggiungono che gli studi non ne hanno escluso l'associazione (pag 336 "Results of epidemiological studies to date give no consistent or convincing evidence of a causal relation between RF exposure and any adverse health effect. On the other hand, these studies have too many deficiencies to rule out an association").

A questo punto è utile dedicare spazio ad un'altra review del tutto autorevole.

Kundi nel 2009 (The Controversy about a Possible

Relationship between Mobile Phone Use and Cancer Michael Kundi Environ Health Perspect. 2009 March; 117,3: 316-324) L'autore conferma i dubbi che gli studi epidemiologici inducono per quanto riguarda il tempo di esposizione e conclude per rischio individuale basso, ma presente. L'esposizione può incidere sulla storia naturale della neoplasia in vari modi: interagendo nella fase iniziale di induzione, intervenendo sul tempo di sviluppo dei tumori a lenta crescita, come i neurinomi, accelerandola ed evitando la possibile naturale involuzione.

L'analisi della letteratura non porta a un giudizio esaustivo, ma con tutti i limiti insiti nella tipologia degli studi, un rischio aggiuntivo per i tumori cerebrali, ed in particolare per il neurinoma, è documentato dopo esposizione per anni (>10) a radiofrequenze emesse da telefoni portatili e cellulari.

Il dato anamnestico di esposizione supera il limite dei 10 anni.

Il tempo di esposizione è elemento valutativo molto rilevante. Nello studio di 2006 l'esposizione per più di 10 anni comportava un rischio relativo calcolato di 2,9 sicuramente significativo (pur considerando i limiti metodologici già illustrati) Si tratta quindi di una situazione "individuale" che gli esperti riconducono al "modello probabilistico-induttivo" ed alla "causalità debole" (Angelo Fiori Atti VI Convegno Nazionale di Medicina Legale Previdenziale 2006), che ha comunque valenza in sede previdenziale.

Un ruolo quindi, almeno concausale, delle radiofrequenze

nella genesi della neoplasia che ha patito il sig. XXX è "probabile" (probabilità qualificata)" (vedi CTU dott. Di Stefano pag. 8 e 9).

L'esito della malattia ha condotto ad una menomazione stimata nella misura, incontestata, del 80%.

L'Inail ha criticato l'elaborato sostenendo in primo luogo che la prima asserzione del CTU sarebbe errata: utilizzare gli studi relativi al neurinoma dell'acustico per analizzare un caso di neurinoma del trigemino non sarebbe possibile in quanto si tratterebbe di tumore a diversa localizzazione in quanto relativa a diverso distretto anatomico.

La censura non merita accoglimento: infatti, come correttamente spiegato dal consulente, i due neurinomi appartengono al medesimo distretto corporeo in quanto entrambi i nervi interessati si trovano nell'angolo ponto-cerebellare, che è una porzione ben definita e ristretta dello spazio endocranico certamente compresa nel campo magnetico che si genera dall'utilizzo dei telefoni cellulari e cordless.

Una seconda censura riguarda gli studi utilizzati dal CTU per rispondere positivamente al quesito: si tratterebbe infatti di studi su un basso numero di casi mentre lo studio del 2000 dell'OMS ha escluso effetti negativi sulla salute. Anche questa censura però non coglie nel segno.

Lo studio dell'OMS, risalente appunto al 2000 e basato su dati, ovviamente, ancora più risalenti, non tiene conto dell'uso più recente, ben più massiccio e diffuso, di tali apparecchi e del fatto che

si tratta di tumori a lenta insorgenza: pertanto gli studi del 2009, basati su dati più recenti, sono di per sé più attendibili. Inoltre, come ha osservato nelle controdeduzioni il ct di parte del XXX, non si tratta di studi su un basso numero di casi, ma, al contrario, del tutto esaustivo in quanto tratta di 678 casi, che sono il numero totale che si verifica in un anno in Italia (trattandosi di tumore non frequente). Inoltre, a differenza dello studio della IARC, co-finanziato dalla ditte produttrici di telefoni cellulari, gli studi citati dal dott. Di Stefano sono indipendenti.

Naturalmente, secondo il costante insegnamento della Suprema Corte, nel caso di malattia professionale non tabellata, come anche in quello di malattia ad eziologia multifattoriale, la prova della causa di lavoro, che grava sul lavoratore, deve essere valutata in termini di ragionevole certezza, nel senso che, esclusa la rilevanza della mera possibilità dell'origine professionale, questa può essere invece ravvisata in presenza di un rilevante grado di probabilità. A tale riguardo, il giudice deve non solo consentire all'assicurato di esperire i mezzi di prova ammissibili e ritualmente dedotti, ma deve altresì valutare le conclusioni probabilistiche del consulente tecnico in tema di nesso causale, considerando che la natura professionale della malattia può essere desunta con elevato grado di probabilità dalla tipologia delle lavorazioni svolte, dalla natura dei macchinari presenti nell'ambiente di lavoro, dalla durata della prestazione lavorativa e dall'assenza di altri fattori extralavorativi, alternativi o concorrenti, che possano costituire causa della malattia.

Nel caso di specie, il CTU ha spiegato i valori di odd ratio che lo portano a sostenere la probabilità qualificata del ruolo, quanto meno, concausale, dell'uso dei telefoni nella causazione dell'infortunio, ma, per rendere più evidente la reale portata di quanto affermato, appare utile dar conto dell'esempio che il ct di parte ha fatto nelle contro-osservazioni depositate il 25.11.2009. Partendo dai dati indicati dal CTU, il dott. Grasso afferma essere utile confrontare il dato di rischio individuale ottenuto dal consulente (2,9) con quello ricavato per il fattore di rischio, universalmente riconosciuto, dell'esposizione alle radiazioni ionizzanti. Afferma il dott. Grasso: "Orbene: nei soggetti esposti a 1Gy di RI, come i sopravvissuti alle esplosioni atomiche giapponesi di Hiroshima e Nagasaki, è stato accertato un rischio relativo di tipo oncologico di 1,39 per "tutti i tumori" con un minimo di 1,22 per i tumori di "utero e cervice" ed un massimo di 4,92 per la "leucemia", il che significa che il rischio oncogeno medio delle RI è inferiore a quello che si ha per l'esposizione alle radio frequenze in riferimento ai neurinomi endocranici" (vedi relazione dott. Grasso depositata il 25.11.2009 pag.7 e 8).

Appare, quindi, evidentemente integrato il requisito di elevata probabilità che integra il nesso causale richiesto dalla normativa.

Ne consegue che l'INAIL deve essere condannato a corrispondere al XXX la rendita per malattia professionale prevista per l'invalidità all'80%, con arretrati ed interessi di legge.

Le spese seguono la soccombenza e si liquidano per il primo

grado in €.1.800,00 (di cui euro 650 per diritti) e per il presente grado in €.2.000,00 (di cui euro 700 per diritti) con distrazione in favore del procuratore antistatario. Le spese di CTU restano definitivamente a carico dell'INAIL.

P.Q.M.

In riforma della sentenza n. 471/08 del Tribunale di Brescia condanna l'INAIL a corrispondere all'appellante la rendita per malattia professionale prevista per l'invalidità all'80%, con arretrati ed interessi di legge; condanna l'INAIL alla rifusione delle spese di ambo i gradi liquidate per il I grado in €.1.800,00 e per il presente grado in €.2.000,00.

Brescia 10.12.2009

Il Consigliere est.

Il Presidente