

Qui comunque emerge un problema collegato al giudizio di idoneità "con limitazioni" che meriterebbe d'essere oggetto di una attenta riflessione da parte della nostra disciplina.

Nel caso di un soggetto che presenta patologie ritenute incompatibili con l'attività lavorativa svolta, il provvedimento più frequentemente adottato dal Medico Competente consiste nello spostamento in reparti ove sia assente o ridotto l'agente nocivo ritenuto incompatibile con lo stato di salute.

Questo approccio è più difficilmente adottabile nel caso della patologia muscoloscheletrica in quanto la stessa si presenta spontaneamente nella popolazione con frequenza anche molto elevata (si stima che la prevalenza del mal di schiena superi il 50% nei soggetti di età superiore a 40 anni). Poiché con l'invecchiamento della popolazione la prevalenza dei disturbi muscoloscheletrici (e in particolare del mal di schiena) nei luoghi di lavoro è destinata inevitabilmente a crescere, altrettanto inevitabilmente il Medico del Lavoro dovrà impegnarsi assieme agli altri professionisti della

prevenzione per l'adattamento della postazione di lavoro alle mutate esigenze di una popolazione meno giovane e, di regola, non esente da problemi di salute.

Ciò comporta ad esempio, nel caso dei giudizi di idoneità alla mansione specifica, la necessità che il Medico Competente prescrivere adattamenti ergonomici del posto di lavoro specifico che consentano, pur in presenza di patologie, la piena espressione delle capacità lavorative del soggetto.

Un'altra riflessione riguarda la realtà specifica dell'ospedale, dove l'evoluzione tecnologica ha senz'altro interessato la diagnostica e la terapia, ma ha poco coinvolto le funzioni assistenziali di base (assistenza di base e trasferimento dei pazienti) che si svolgono ancora in gran parte senza l'ausilio di tecnologie che possano contemporaneamente incrementare il comfort dei pazienti e ridurre l'esposizione a fattori biomeccanici degli operatori.

F. Violante

Tumori professionali perduti e loro indennizzo: una buona notizia

La sottonotifica dei tumori professionali da parte dei medici curanti ha rappresentato, e in parte rappresenta tutt'ora, un problema con rilevanti aspetti sanitari e sociali.

La mancata refertazione obbligatoria dei casi in cui è riconosciuta una genesi occupazionale sottrae utili informazioni di natura epidemiologica così come la mancata certificazione del tumore ai pazienti impedisce il riconoscimento assicurativo della neoplasia professionale per i lavoratori colpiti o i superstiti. E' noto che la mancata segnalazione dei canceri professionali ha storicamente riguardato anche le tipologie di tumori ritenute dalla letteratura scientifica "eventi sentinella" in medicina del lavoro, come i mesoteliomi maligni da amianto e le neoplasie naso-sinusali da polveri di legno.

La ricerca attiva di questi tumori effettuata a Brescia da oltre 10 anni permetteva di confermare questo comportamento omissivo di gran parte dei medici curanti e consentiva di individuare alcune decine di casi sconosciuti ai Servizi di Prevenzione e Sicurezza degli Ambienti di Lavoro delle ASL, ricostruendo le loro storie lavorative e attribuendo esposizioni occupazionali a rischio in una rilevante proporzione di casi (1). Per questi ultimi si procedeva inoltre a redigere il primo certificato di tumore professionale per l'INAIL, anche nel caso di pazienti deceduti da anni.

Informazioni raccolte sugli esiti di queste prime certificazioni di tumore professionale consentivano di evidenziare che l'Istituto Assicuratore aveva respinto, in sede amministrativa, tutti i casi in cui era trascorso il periodo di 3 anni e 150 giorni dalla data della morte. Ciò in ottemperanza all'art. 112 del DPR 1124/65 che prevede il termine prescrit-

tivo di 3 anni per l'inoltro della certificazione della malattia professionale, pena la decadenza dei diritti dell'assicurato.

Uno dei casi respinti riguardava un falegname mobiliere affetto da adenocarcinoma delle fosse nasali diagnosticato nel 1990 e deceduto nel 1991, senza che lo specialista otorinolaringoiatra che lo operò e il medico di medicina generale che ne certificò il decesso provvedessero a redigere sollecitamente il primo certificato di malattia professionale per l'INAIL. Certificato che veniva redatto solo nel 1995 dal Servizio di Medicina del Lavoro della USSL, venuta a conoscenza del caso solo nell'ambito della ricerca attiva di cui sopra.

Un ricorso in Pretura promosso dalla vedova, che aveva occasionalmente conosciuto l'esistenza di un nesso causale tra l'insorgenza della neoplasia delle fosse nasali e l'esposizione a polveri di legno, veniva respinto dal giudice del lavoro che accoglieva le motivazioni dell'Istituto Assicuratore circa il decorso termine della prescrizione di cui al citato articolo 112. Veniva respinto il principio, sostenuto dalla parte lesa, che il termine della prescrizione amministrativa potesse decorrere dalla data della conoscenza dell'origine professionale della malattia, non già del decesso del lavoratore.

Secondo il giudice di primo grado "il termine prescrizione del diritto alla rendita ai superstiti di cui all'art. 85 TU n. 1124/65, decorre sempre dal momento della morte del lavoratore, senza che la mancata o inesatta conoscenza della causa del decesso possa costituire ostacolo al decorso del termine (v., tra le altre, Cass. 3/4/93 n. 4031 e Cass. 29/3/93 n. 3751)". Pur ammettendo che la mancata conoscenza dell'origine professionale della malattia configurasse, di fatto, un

impedimento all'esercizio del diritto all'indennizzo, ciò non poteva essere "invocato dalla ricorrente al fine di spostare in avanti il *dies a equo* per la ricorrenza del termine prescrizione di cui all'art. 112 T.U. 1124/65".

Avverso a detta sentenza del giudice di primo grado (n. 683/97) la parte lesa, nella persona della vedova del lavoratore, opponeva il ricorso in appello al Tribunale, fondato sul presupposto della effettiva conoscenza da parte dell'assicurato dell'origine professionale del tumore sofferto per la decorrenza dei termini prescrittivi, che andavano riferiti temporalmente non alla data del decesso bensì a quella della prima certificazione della neoplasia professionale e quindi della domanda amministrativa all'INAIL.

In questo senso si erano orientati successivi pronunciamenti della Corte di cassazione nelle sentenze n. 11809 e 10284 del 1998 che stabilivano il principio innovativo secondo il quale il termine prescrizione inizia a decorrere solo dal momento della piena conoscenza da parte del lavoratore non della mera esistenza dello stato morboso ma anche della sua eziologia, oltreché del raggiungimento della soglia indennizzabile.

Il Tribunale di Brescia, con sentenza n. 3979/2000 ha accolto il ricorso promosso dalla parte lesa sulla base delle seguenti motivazioni (che si riportano integralmente):

1. "perché l'estinzione del diritto per prescrizione può avere luogo solo nel caso di obiettiva riconoscibilità della malattia professionale da parte dell'assicurato";

2. "perché l'attribuzione del carattere professionale all'insorgenza di una determinata patologia è frutto non di mera attività cognitiva, propria di *quisque de populo*, ma di un vero e proprio giudizio clinico, a carattere scientifico, riferibile soltanto agli esperti del settore.

Alla sentenza del Tribunale di Brescia l'INAIL non ha opposto appello in Cassazione. Alla vedova è stata riconosciuta la rendita di cui agli artt. 85, 105 e 134 T.U. 1124/65 a decorrere dal primo giorno successivo alla data del decesso, con gli interessi legali ex art. 16 6° comma, L. 412/91, a de-

correre dal 121° giorno successivo alla domanda amministrativa.

Riteniamo che questa vicenda rappresenti un importante precedente in tema di riconoscimento ed indennizzo di tumori professionali, che non infrequentemente presentano prognosi rapidamente infauste e della cui eziologia i pazienti o i loro congiunti possono venire a conoscenza tardivamente.

Una conseguenza di ordine pratico ne può derivare per ogni medico del lavoro impegnato nel possibile recupero "attivo" di casi di tumore professionale diagnosticati molti anni addietro in lavoratori già deceduti: il dovere professionale ed etico di certificare comunque la neoplasia professionale ai congiunti, indipendentemente dalla data del decesso.

Limitatamente ai mesoteliomi maligni e alle neoplasie naso-sinusali, in Italia ciò potrebbe tradursi in alcune centinaia di casi che avrebbero accesso al riconoscimento e all'indennizzo da parte dell'INAIL, riequilibrando le note statistiche correnti dell'Istituto assicuratore che indicano l'irrisoria quota di questi tumori professionali annualmente risarciti, almeno dall'entrata in vigore della sentenza n.179/1988 della Corte Costituzionale, periodo in cui l'origine professionale degli stessi era largamente nota.

P.G. Barbieri

Servizio PSAL, ASL Brescia

L. Nardino

Patronato INCA-CGIL Brescia

Bibliografia

1. BARBIERI PG: Sorveglianza epidemiologica delle malattie professionali e da lavoro in provincia di Brescia, 1988-2000. Atti del Convegno: *L'epidemiologia per il Dipartimento di Prevenzione: la prevenzione nei luoghi di lavoro*. Firenze, 27 giugno 2001 (in stampa)

Medici Competenti e Medici di base: una collaborazione da rilanciare

In questi ultimi decenni si è affermata la convinzione della necessità di una collaborazione fra i diversi specialisti sanitari, finalizzata a meglio gestire le problematiche inerenti alla salute, divenute sempre più sofisticate e pertanto più difficili da affrontare.

Fra queste collaborazioni è opportuno sottolineare quella fra Medici Competenti e Medici di base quando ci si trovi di fronte a casi in cui i particolari del quadro clinico o l'etiologia non siano del tutto chiari.

Nell'impostare il problema in termini generali, possiamo affermare che il Medico Competente è in grado di segnalare al collega generico una serie di informazioni che potrebbero essergli utili per meglio inquadrare eventuali situazioni cliniche presentate da suoi pazienti che siano contemporaneamente lavoratori esposti a qualche fattore di rischio legato all'attività lavorativa svolta, al momento o in passato.

Si può citare qualche esempio:

– fattori di rischio di tipo fisico, chimico, biologico o le-