

N. R.G. 264/2019



**REPUBBLICA ITALIANA**  
**IN NOME DEL POPOLO ITALIANO**  
**TRIBUNALE ORDINARIO DI REGGIO EMILIA**  
**SEZIONE LAVORO**

Il Tribunale, nella persona del Giudice del Lavoro dott.ssa Silvia Cavallari  
ha pronunciato *ex art. 429 c.p.c.* la seguente

**SENTENZA**

nata a \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_

Rappresentata e difesa dall'avv. Paola Soragni con studio in Reggio Emilia, Viale dei  
Mille n. 22.

Ricorrente

Contro

**ISTITUTO NAZIONALE PER L'ASSICURAZIONE CONTRO GLI INFORTUNI SUL  
LAVORO- INAIL**

Rappresentato e difeso dall'avv. Vinicio Sacchetti – Avvocatura INAIL di Reggio  
Emilia, via M. Marmolada n. 5.

Resistente

**CONCLUSIONI**

Per la ricorrente: “*contrariis rejectis, piaccia all'Ill.mo Sig. Giudice del Lavoro:*

- *dichiarare tenuto e condannare l'INAIL a corrispondere alla ricorrente tutte le prestazioni di legge per la rendita ai superstiti, come da domanda del marzo 2017, a seguito del decesso di \_\_\_\_\_, avvenuto in data 3/03/2017, con gli interessi sulla somma rivalutata;*- *Con vittoria di spese, competenze e onorari di cui si chiede la distrazione a favore del difensore, il quale dichiara di avere anticipato le prime e non riscossi i secondi.”*

Per l'INAIL: «*Voglia l'Ill.mo Tribunale adito, contrariis rejectis e per i motivi esposti in*  
pagina 1 di 6



*narrativa, rigettare la domanda di parte ricorrente in quanto infondata in fatto e in diritto. Con vittoria di spese, competenze ed onorari*

### MOTIVI IN FATTO E IN DIRITTO

ha convenuto in giudizio l'INAIL per ottenere le prestazioni di legge per la rendita ai superstiti come da domanda del marzo del 2017, a seguito del decesso di \_\_\_\_\_, avvenuto in data 3.03.2017, con gli interessi sulla somma rivalutata

La ricorrente ha esposto che il proprio coniuge \_\_\_\_\_ era deceduto il 3.03.2017 per "arresto respiratorio in ipercapnia" nel marzo 2017. Il marito era già titolare di rendita INAIL dal 4.12.1991 pari al 40% per "incapacità ventilatoria ostruttiva di media entità con ipossemia", poi elevata al 60% in data 29/05/2000 per incremento del deficit disventilatorio polmonare con episodi ricorrenti di aritmia parossistica da fibrillazione atriale". Egli decedeva per "arresto respiratorio in ipercapnia in portatore di BPCO grave con fibrillazione atriale trattata con Pace Maker".

L'INAIL respingeva la domanda di rendita ai superstiti ritenendo non riconducibile il decesso all'evento.

Presentato ricorso amministrativo, l'INAIL non accoglieva la domanda.

La ricorrente contesta il provvedimento dell'INAIL sulla base delle conclusioni del proprio consulente di parte il quale ritiene il decesso del \_\_\_\_\_ sia certamente da addebitarsi a scompenso cardio-respiratorio irreversibile, ma la grave broncopneumopatia da asmabronchiale professionale era presente già nel 1991 e le complicanze cardiache sono state certamente causate dalla patologia polmonare, tanto che l'INAIL nel 2000 riconosceva come postumi permanenti anche l'aritmia parossistica da fibrillazione atriale, aumentando la rendita dal 40% al 60%.

Si è costituito l'INAIL che ha chiesto il rigetto della domanda poiché non è provato il nesso causale tra la patologia in relazione alla quale era stata riconosciuta la rendita ed il decesso avvenuto all'età di 90 anni.

Il CTU nominato dal Tribunale, dottoressa \_\_\_\_\_, ha così ricostruito la vicenda:

*"Il dr. \_\_\_\_\_ nato il 6 gennaio 1927 dal maggio '67 al febbraio '92 medico*



assistente e in seguito aiuto fisiologo del reparto di Pneumologia dell'Arcispedale del SMN di RE, il 4/12/1991 denunciava all'INAIL di aver contratto, in seguito all'esposizione a sostanze quali Formaldeide, Gluteraldeide, Fenoli e Alcool etilico, una malattia professionale rappresentata da Broncopneumopatia Cronica Ostruttiva. L'Istituto riconosceva l'origine professionale della patologia denunciata e per una "Incapacità ventilatoria ostruttiva di media entità con ipossiemia da formaldeide costituiva in favore del [redacted] una rendita corrispondente ad un grado di inabilità permanente pari al 40%.

Il 29 maggio 2000 in occasione di visita di revisione il grado di Inabilità veniva portato al 60% in ragione di un "Incremento del deficit dis- ventilatorio polmonare con episodi ricorrenti di aritmia parossistica da FA".

Il 28-08-2007 in sede di revisione alla scadenza del quindicesimo anno il grado di inabilità veniva ancora confermato al 60% per "Incapacità ventilatoria ostruttiva di media entità con ipossiemia".

Il 3-03-2017 il [redacted] decedeva per "Insufficienza cardio- respiratoria in paziente grande anziano affetto da cardiomiopatia ischemico-fibrillante in TAO, pregresso IMA, BPCO, ipertensione arteriosa, ipertiroidismo"

In data 17-03-17 la vedova sig.ra [redacted], per il tramite del patronato INCA, presentava all'INAIL domanda di erogazione della rendita ai superstiti ritenendo la morte in nesso causale con la malattia professionale.

Il 30-05-17 la domanda veniva respinta dall'INAIL per insussistenza del nesso di causa, giudizio confermato dall'Ente assicuratore anche in sede di successivo ricorso presentato in data 17-07-17."

La ctu ha quindi esposto le seguenti considerazioni medico legali:" Il sig.

[redacted], aiuto fisiologo del reparto di Pneumologia dell'Arcispedale del SMN di RE, il 4/12/1991 denunciava all'INAIL di aver contratto, in seguito all'esposizione a sostanze quali Formaldeide, Gluteraldeide, Fenoli e Alcool etilico, una malattia professionale rappresentata da una Broncopneumopatia Cronica Ostruttiva.

L'Istituto riconosceva l'origine professionale della patologia denunciata e con una diagnosi di "Incapacità ventilatoria ostruttiva di media entità con ipossiemia da formaldeide" costituiva in favore del [redacted] una rendita corrispondente ad un grado di inabilità permanente pari al 40% poi incrementato al 60% in occasione di



visita di revisione effettuata il 29 maggio 2000 per un "Incremento del deficit disventilatorio polmonare con episodi ricorrenti di aritmia parossistica da FA". Il grado di inabilità veniva ancora confermato al

60% per "Incapacità ventilatoria ostruttiva di media entità con ipossiemia" anche in sede di revisione alla scadenza del quindicesimo anno nel 2007.

Il 3-03-2017 il                    decedeva per "Insufficienza cardio- respiratoria in paziente grande anziano affetto da cardiomiopatia ischemico-fibrillante in TAO, pregresso IMA, BPCO, ipertensione arteriosa, ipertiroidismo".

Il quesito che ci viene posto dal Magistrato è quello di accertare se, nel caso in esame, le patologie che hanno causato il decesso del dante causa                    siano in nesso causale o concausale con la malattia professionale già accertata in capo allo stesso nell'anno 1991. Sulla base di quanto emerso dall'esame della documentazione sanitaria agli atti e di quella esibita dalla moglie in sede di accertamento risulta che il sig.                    già affetto dal 1991 da BPCO di origine professionale con deficit disventilatorio ostruttivo di entità marcata-grave e ipossiemia, trattato con broncodilatatori al bisogno e cicli di cortisone e terapia antibiotica nelle fasi di acuzie, dagli anni.2000 manifestava una malattia aritmica atriale aggravatasi nel tempo con ricorrenti episodi sincopali che nel 2007 rendevano necessario impianto di Pace maker e trattamento scoagulante e nel 2005 un IMA insorto per stenosi serrata della circonflexa dx trattata con intervento di PTCA e posizionamento di stent. Successivamente l'aritmia evolveva in FA permanente e gli accertamenti clinico-strumentali susseguenti documentavano una funzione sistolica sostanzialmente conservata e insufficienza mitralica e tricuspidalica ingravescenti (nel 2015 rispettivamente di grado moderato-severa e severa con ipertensione polmonare moderata). Il quadro clinico, pur complesso e necessitante di supporto polifarmacologico e costante monitoraggio clinico per la concorrenza delle patologie respiratoria e cardiaca, si manteneva, però, sufficientemente stabile sino al 2016; dal gennaio 2017 il quadro respiratorio diventava più instabile con frequenti riacutizzazioni bronchitiche che in particolare nel mese di gennaio-febbraio rendevano necessaria terapia antibiotica e cortisonica e concomitante labilità del compenso cardiaco

La BPCO è una delle malattie croniche più diffuse al mondo e la sua prevalenza è in



*continua crescita e rappresenta già oggi la quarta causa di morte negli Stati Uniti e in Europa. La cardiopatia ischemica, con le sue varie presentazioni cliniche che vanno dall'ischemia silente alla morte improvvisa passando per l'angina e l'infarto miocardico e la FA è la prima causa di mortalità nei paesi industrializzati.*

*Stante questa grande prevalenza delle due patologie è quindi comprensibile che le stesse possano presentarsi spesso associate negli stessi pazienti ma, oltre a ciò, numerosi studi epidemiologici-osservazionali (1, 2) hanno documentato che la prevalenza e l'incidenza di patologie cardiovascolari (in particolare la cardiopatia ischemica) è maggiore nei bronchitici cronici rispetto alla popolazione generale e quanto più severa è la compromissione polmonare tanto più frequente è l'associazione con le cardiopatie e con la mortalità ad esse correlata. Tali studi, evidenziando una correlazione indipendente tra riduzione della funzione polmonare e aumento del rischio e dell'incidenza di patologie cardiache, supportano l'ipotesi che la correlazione tra BPCO e cardiopatie vada oltre i fattori di rischio comuni e che la BPCO stessa rappresenti un fattore di rischio cardiovascolare. Le patologie cardiovascolari e la BPCO condividono, infatti, importanti fattori di rischio quali il fumo di sigaretta, stili di vita scorretti, età e un analogo meccanismo fisiopatologico caratterizzato da una alterata risposta infiammatoria alla base sia della malattia respiratoria che della lesione endoteliale (aterosclerotica coronarica) e conseguentemente delle patologie cardiovascolari; nei bronchitici cronici, inoltre, l'ipossiemia cronica spesso presente così come l'enfisema rappresentano ulteriori fattori negativi sulla funzione cardiaca che possono essere alla base della documentata correlazione tra BPCO e Patologie cardiache.*

*Nel caso in esame pur ipotizzando dunque come causa di morte del sig. [redacted] uno scompenso cardiaco sx, alla luce di quanto emerge dalla letteratura scientifica appare sostenibile una correlazione perlomeno concausale tra la BPCO di origine professionale e la cardiomiopatia ischemica esitata nello scompenso cardiaco acuto; l'esame approfondito della documentazione sanitaria relativa al periodo immediatamente precedente il decesso del sig. [redacted] elimina comunque ogni residuo dubbio rendendo indiscutibile la correlazione causale tra la BPCO riconosciuta di origine professionale ed la patologia causa del decesso del sig. [redacted]. In PS il pz presentava infatti segni clinici (stato soporoso) ed esami di laboratorio (EGA)*



*compatibili con una insufficienza respiratoria globale scompensata, con quadro quindi di acidosi respiratoria, compatibile con una riacutizzazione (confermata peraltro dalla storia clinica e dalla documentazione sanitaria prodotta) di BPCO in quadro di scompenso cardiaco.”*

La ctu ha quindi concluso per l'esistenza di un nesso causale tra il decesso di [redacted] e la malattia professionale già riconosciuta dall'INAIL nell'anno 1991.

I consulenti di parte non hanno avanzato osservazioni i merito a tali conclusioni.

Il ricorso va quindi accolto sussistendo il requisito per il riconoscimento a favore di [redacted] della rendita ai superstiti prevista dall'art. 85 del DPR 1124/65.

Le spese seguono la soccombenza.

P.Q.M.

Il Tribunale definitivamente pronunciando, ogni altra eccezione, domanda rigettata:

1. Accerta il diritto di [redacted] di beneficiare della rendita ai superstiti prevista dall'art. 85 del DPR 1124/65 come da domanda del marzo 2017, a seguito del decesso del coniuge [redacted], avvenuto in data 03.03.2017 e condanna l'INAIL a corrispondere alla ricorrente tutte le correlate prestazioni di legge, oltre interessi legali.
2. Condanna l'INAIL a rimborsare le spese legali della presente causa che liquida in euro 43,00 per esborsi ed euro 1.600,00 per spese legali oltre spese generali del 15%, iva e cpa come per legge, da pagare a favore del difensore antistatario. Spese della ctu definitivamente a carico dell'INAIL.

Così deciso in Reggio Emilia, il 16.09.2020

Il Giudice

Dott.ssa Silvia Cavallari

