



EZIO BONANNI

**Come curare e sconfiggere il
mesotelioma ed ottenere le
tutele previdenziali ed il
risarcimento danni**

QUADERNI TEMATICI DELL'ONA

QTO 123

Ezio Bonanni

**Come curare e sconfiggere il
mesotelioma ed ottenere le
tutele previdenziali ed il
risarcimento danni**

Editore: Osservatorio Nazionale sull'Amianto – ONA Onlus

Tutti i diritti sono riservati a norma di legge e a norma delle convenzioni internazionali

Prima edizione: 31 Agosto 2017

ISBN 978-88-99182-27-4

*L'Autore, **Avv. Ezio Bonanni**, Presidente dell'Osservatorio Nazionale sull'Amianto – ONA Onlus, ha voluto fortemente la pubblicazione di questo manuale con l'intenzione di predisporre uno strumento con il quale le vittime ed i loro familiari possano districarsi in quella vera e propria giungla sanitaria e giudiziaria all'interno della quale si vengono a trovare coloro che sono colpiti da mesotelioma.*

Riportiamo un suo pensiero che condensa l'impegno ormai più che ventennale da lui profuso nella battaglia contro l'amianto:

“Sogno un mondo senza cancro e per poterlo realizzare dobbiamo intervenire non con la farmacia o con la clinica, ma con la cultura della prevenzione primaria, del rischio zero e con l'organizzazione del lavoro, di produzione degli alimenti, che vieti l'uso di sostanze tossico nocive e quindi evitare alla radice ogni danno per la salute”.

©Osservatorio Nazionale sull'Amianto – ONA Onlus
ISBN 978-88-99182-27-4
Proprietà letteraria riservata

Osservatorio Nazionale sull'Amianto – ONA Onlus
Via Crescenzo, 2 – 00193 – Roma
<http://osservatorioamianto.jimdo.com/>
Email osservatorioamianto@gmail.com

Copyright © 2017 by Osservatorio Nazionale sull'Amianto – ONA Onlus, Roma.
Sono vietate in tutti i Paesi la traduzione, la riproduzione, la memorizzazione elettronica e l'adattamento, anche parziali, con qualsiasi mezzo effettuate, per finalità di carattere professionale, economico o commerciale o comunque per uso diverso da quello personale senza la specifica autorizzazione dell'Editore. Le fotocopie e le stampe per uso personale del lettore possono essere effettuate nei limiti del 15% del volume.

INDICE

<i>PREFAZIONE</i>	5
PARTE PRIMA: La diagnosi e il trattamento del mesotelioma	6
Che cos'è il cancro?	6
Che cos'è il mesotelioma?	6
Quali sono i sintomi del mesotelioma?	7
Come si diagnostica il mesotelioma?	7
Il mesotelioma è sempre provocato dalle esposizioni ad amianto (tranne rare eccezioni).	8 13
Che cos'è l'asbesto?	14
Qual è stato l'utilizzo di amianto in Italia?	14
Mesotelioma: meccanismo della cancerogenesi.	15
L'epidemiologia del mesotelioma	17
Come si cura il mesotelioma?	
PARTE SECONDA: I diritti del paziente / vittima	22
Il mesotelioma come malattia professionale	22
L'assicurazione INAIL per le malattie professionali	23
La denuncia di malattia professionale	23
L'accertamento del danno biologico permanente	25
La revisione del danno permanente	26
Il ricorso amministrativo (art. 104 del DPR 1124/65) e giudiziario	27
Le prestazioni INAIL del lavoratore assicurato.	27
Le prestazioni in caso di decesso.	29
Il pensionamento anticipato e i benefici contributivi.	36
Il Fondo per le Vittime dell'Amianto.	37
Pubblico impiego e infermità dipendente da causa di servizio.	39
Il diritto al risarcimento dei danni in sede civile.	40
Il risarcimento dei danni.	41
La non applicabilità della regola dell'oneroso.	45
La quantificazione dei danni.	47
CONCLUSIONI	52
<i>Bibliografia</i>	53

PREFAZIONE

L' Osservatorio Nazionale sull' Amianto - ONA Onlus, fin dalla sua costituzione (estate 2008), oltre a raccogliere e a dar voce alla sofferenza e al disagio delle vittime dell' amianto e dei loro familiari, ha contribuito all' avanzamento della ricerca scientifica e di migliori standard di assistenza medica e legale per coloro che sono stati colpiti da patologie asbesto correlate, tra le quali il mesotelioma pleurico, il mesotelioma peritoneale, il mesotelioma al pericardio e il mesotelioma alla tunica vaginale del testicolo.

L' Osservatorio Nazionale Amianto è divenuto protagonista della cultura della prevenzione, intesa come prevenzione primaria, e cioè evitare tutte le forme di esposizione all' amianto e a tutti gli altri agenti [patogeni e cancerogeni](#) e tossico-nocivi, in modo tale da realizzare la più ampia tutela della salute nei luoghi di vita e di lavoro, secondo il precetto di cui all' art. 32 della Costituzione.

Non meno importante è la diagnosi precoce, che costituisce una forma di prevenzione secondaria che favorisce la possibilità di estirpare chirurgicamente questo cancro e di concatenare i trattamenti radioterapici e chemioterapici e ottenere significative chance di guarigione, o quantomeno di sopravvivenza a migliori condizioni di salute.

Questo manuale costituisce uno strumento esplicativo facilmente consultabile e accessibile per tutti i pazienti e le vittime, compresi i loro familiari, al fine di potersi districare nella vera e propria giungla sanitaria e giudiziaria che attanaglia le vittime dell' amianto e come approfondimento indispensabile rispetto a quanto già pubblicato nella sezione [Ricerca e Cura del Mesotelioma](#) del sito istituzionale dell' associazione, a completamento dell' intervista che l' Avv. Ezio Bonanni ha già reso, nell' ambito di un più articolato quadro [indennitario-risarcitorio](#), che è ritenuto altrettanto importante quantomeno per alleviare le conseguenze economico-finanziarie nei casi di diagnosi di patologie asbesto correlate, tra cui il mesotelioma.

PARTE PRIMA

La diagnosi e il trattamento del mesotelioma

Che cos'è il cancro?

Il cancro non è una malattia unica, esistono circa 200 tipi diversi di cancro e si va consolidando una c.d. "personalizzazione" della terapia oncologica, anche sulla base della reazione ai diversi trattamenti che, in molte occasioni, sono diversi da paziente a paziente.

L'organismo umano è una macchina perfetta, le cellule si dividono in modo ordinato e controllato, solo che in alcuni casi alcune di loro 'impazziscono' e continuano a dividersi senza controllo, formando una massa che si definisce 'tumore', che può essere benigno o maligno. Solo attraverso l'esame biptico è possibile capire se siamo di fronte a un tumore benigno o maligno e per l'esatta diagnosi e caratterizzazione.

I tumori benigni crescono lentamente e non si diffondono nell'organismo, mentre invece quelli maligni sono formati da cellule che invadono e distruggono i tessuti circostanti e spesso si diffondono a distanza (metastasi).

Che cos'è il mesotelioma?

Il mesotelioma è il tipo di tumore che colpisce le cellule mesoteliali, ossia le cellule che costituiscono il mesotelio, lo strato di cellule epiteliali che avvolge la superficie esterna di pleura, peritoneo e pericardio e della tunica vaginale del testicolo.

Cellule mesoteliali sono presenti anche in altri organi come fegato e rene. La pleura è costituita da uno strato esterno (pleura parietale), che aderisce alla parete toracica, e da uno strato interno (pleura viscerale), che aderisce al polmone. Il peritoneo è una membrana mesoteliale, molto sottile, in cui si riconoscono uno strato esterno (peritoneo parietale), che riveste la cavità addominale e parte di quella pelvica, e uno strato interno (peritoneo viscerale), che avvolge gran parte degli organi (fegato, stomaco, intestino, ecc.) interni, fissandoli in tal modo alle pareti della cavità. Il mesotelioma è il tumore che, nella gran parte dei casi, colpisce pleura, peritoneo o pericardio.

È una malattia che non è più rara poiché ormai colpisce una persona ogni 30.000 abitanti, mentre in precedenza vi erano 0,5-2 casi ogni milione all'anno. Il tutto a causa del massiccio utilizzo dei materiali di amianto e con un trend in continuo pericoloso aumento.

Il picco dei decessi sarà raggiunto nella terza decade degli anni 2000 e poi solo a partire dal 2030 ci sarà un progressivo decremento dovuto alla messa al bando dei materiali di amianto con la L. 257/92, mentre invece, nel resto del pianeta, i casi continueranno ad aumentare in seguito al perdurante utilizzo di tali minerali (si deve considerare che c'è un consumo di circa 2mln di tonnellate di amianto ogni anno).

Il mesotelioma pleurico è molto più frequente (circa l'80% dei casi) di quello peritoneale e pericardico, anche se naturalmente ci sono anche i casi di mesotelioma della tunica vaginale del testicolo.

Quali sono i sintomi del mesotelioma?

I sintomi del mesotelioma sono diversi a seconda del tipo istologico e dello stadio di avanzamento della patologia. Il mesotelioma pleurico è la forma più frequente e provoca affanno dovuto al versamento pleurico, tosse e dolore toracico, deglutizione difficile, gonfiore del collo e del viso, con malessere generale, perdita di peso ed astenia.

Il mesotelioma peritoneale provoca: perdita di peso, cachessia, gonfiore e dolore addominale a causa dell'ascite, ostruzione intestinale, anomalie della coagulazione del sangue, anemia e febbre. In caso di metastasi, si aggiungono anche altri sintomi.

Come si diagnostica il mesotelioma?

In caso di sintomi classici, assimilabili a quelli del mesotelioma, è indispensabile prima di tutto verificare, attraverso l'anamnesi, se ci siano state esposizioni ad amianto - asbesto.

È quindi indispensabile l'esame fisico, la radiografia del torace, la tomografia computerizzata o la risonanza magnetica. Se poi c'è anche lo ispessimento pleurico, in soggetto che è stato pure esposto ad amianto, allora è molto probabile che ci sia un mesotelioma, che potrà essere diagnosticato con la tomografia a emissione di positroni, oppure la tomografia computerizzata e risonanza magnetica. Per la conferma della

diagnosi è necessario l'esame biotico, attraverso il prelevamento di un campione di tessuto nella parete toracica, oppure in quella addominale.

Nel caso di presenza di versamento pleurico o ascite è anche possibile aspirare il fluido e quindi eseguire il c.d. esame citopatologico, anche se l'assenza di cellule maligne non esclude del tutto la presenza di un mesotelioma.

L'esame citologico, quindi, deve trovare conferma con l'analisi immunohistochimica che definisce la diagnosi anche rispetto agli altri tipi di tumore.

Singolarmente nessuno dei parametri permette di distinguere un mesotelioma da un altro cancro, è necessaria la combinazione di parametri diversi per poter confermare o escludere questa terribile diagnosi.

Ci sono tre tipi istologici di mesotelioma maligno: **epitelioide**, **sarcomatoide** e **bifasico (misto)**. Circa il 60% dei mesoteliomi è epitelioide e ha una prognosi migliore, specialmente in caso di diagnosi precoce.

Il mesotelioma è sempre provocato dalle esposizioni ad amianto (tranne rare eccezioni).

Il mesotelioma, al di là di rare eccezioni, è provocato solo e soltanto dalla esposizione a polveri e fibre di amianto¹.

L'aumento del rischio e l'anticipazione dei tempi di latenza sono proporzionali alla dose cumulativa di polveri e fibre di amianto, anche se il mesotelioma può insorgere pure con esposizioni di breve durata e limitate intensità², e confermato anche su base epidemiologica³.

Il *Consensus meetings* di Lille e di Berlino aveva già portato all'unanime consenso sulla riconducibilità del mesotelioma alle *dosi cumulative* [di amianto], *anche se non è possibile stabilire quale sia la dose cumulativa sufficiente*.

¹ Marinaccio A, Scarselli A, Merler E, Iavicoli S. *Mesothelioma incidence surveillance systems and claims for workers' compensation. Epidemiological evidence and prospects for an integrated framework.* BMC Public Health 2012;12:314. Brown T, Darnton A, Fortunato L, Rushton L; British Occupation Burden Study Group. *Occupational cancer in Britain. Respiratory cancer sites: larynx, lung and mesothelioma.* Br J Cancer 2012;107 Suppl 1:S56-70.

² Lacourt A, Gramond C, Rolland P et al. *Occupational and non-occupational attributable risk of asbestos exposure for malignant pleural mesothelioma.* Thorax 2014;69(6):532-9. Magnani C, Fubini B, Mirabelli D et al. *Pleural mesothelioma: epidemiological and public health issues. Report from the Second Italian Consensus Conference on Pleural Mesothelioma.* Med Lav 2012;104(3):191-202. Hodgson JT, Darnton A. *The quantitative risks of mesothelioma and lung cancer in relation to asbestos exposure.* Ann Occup Hyg 2000; 44(8):565-601.

³ Enzo Merler, Paolo Girardi, Chiara Panato e Vittoria Bressan in *«Elevato rischio di mesotelioma pleurico e tumore del polmone tra i lavoratori esposti ad amianto titolati a richiedere un pensionamento anticipato»* pubblicato su *«Epidemiologia e prevenzione»*, n. 40 (1): 26-34, gennaio/febbraio 2016;

La *Seconda Conferenza di Consenso Italiana sul Mesotelioma Pleurico* (Torino, 24-25 novembre 2011⁴), ha portato alla conferma della infondatezza della c.d. *trigger dose*⁵ che non può essere certo ricondotta all'autorità del Prof. Irving Selikoff, tanto che gli oncologi italiani hanno sentito il dovere di riaffermare unanimemente la riconducibilità del mesotelioma alla legge causale della c.d. *teoria multistadio della cancerogenesi* e hanno quindi concluso:

«Le fibre di amianto (AF) agiscono attraverso meccanismi diversi. I principali fattori che condizionano il rischio per il Mesotelioma Maligno comprendono il tipo di fibra, le dimensioni, il livello di esposizione ed il tempo. La nostra revisione sistematica della letteratura ha mostrato che il rischio di MM aumentava con la dose cumulativa e con il carico polmonare di fibre, in accordo con le recensioni precedenti»⁶.

La *Terza Conferenza di Consenso Italiana sul mesotelioma maligno della Pleura* (Bari, 29-30 gennaio 2015), degli oncologi italiani, ha confermato queste conclusioni, come si evince dagli atti (*δIII Italian Consensus Conference on Malignant Mesothelioma of the Pleura. Epidemiology, Public Health and Occupational Medicine related issues*), pubblicati in *Med Lav* 2015; 106, 5: 000-000 - primo numero del 2015).

L'ultima monografia IARC, in materia di amianto (Volume 100/C delle Monografie - 2012), nel capitolo dedicato alla carcinogenesi da asbesto, ha confermato i meccanismi patogenetici che sono alla base della cancerogenesi multistadio.

La stessa giurisprudenza è ormai unanime nell'affermare che, per quanto riguarda il mesotelioma, *«la latenza diminuisce con l'incremento dell'esposizione. Si tratta di una legge scientifica sufficientemente radicata nella comunità scientifica e di carattere universale. Non esiste una esposizione irrilevante. Studi accreditati indicano che la latenza minima è di circa 15 anni e di 32 anni quella media. Inoltre, l'esposizione lavorativa implica una latenza più breve (...) Sono rilevanti non solo le esposizioni iniziali che conducono inizialmente nel processo cancerogenetico, ma rilevano pure quelle successive fino all'induzione della patologia, dotate di effetto acceleratore,*

⁴ Pinto C et al. *Second Italian Consensus Conference on Malignant Pleural Mesothelioma: State of the art and recommendations. Cancer Treat Rev* (2012), <http://dx.doi.org/10.1016/j.ctrv.2012.11.004>;

⁵ Secondo questa teoria, sostenuta dai consulenti di coloro che sono tratti a giudizio per responsabilità legata ad esposizione ad amianto, il mesotelioma sarebbe provocato da una sola singola fibra di amianto. Quindi, essendo impossibile poter individuare i termini e le modalità di inalazione ovvero di ingestione di tale unica fibra, sarebbe altrettanto impossibile individuare eventuali responsabilità, sia in sede civile che soprattutto in sede penale

⁶ Così tradotte dal testo originario in inglese che è così formulato: *«Asbestos fibers (AF) act through different mechanisms. The main factors modeling MM risk include fiber type, size, exposure level and time. Our systematic review of the literature showed that risk of MM increased with cumulative dose and lung fiber burden, in agreement with previous reviews. The group acknowledged difficulties and possible errors in the estimation of cumulative dose, the importance of evaluating separately intensity and its time variation when possible, and that fiber burden at the sampling time may not represent accurately the lifelong burden relevant for the carcinogenic process. Incidence of MM after asbestos exposure increases proportionally to exposure multiplied by a power (3 or 4) of time since exposure (usually called latency). Time gives more weight to exposures that occurred early».*

appunto, e di abbreviazione, quindi, della latenza. Interessa inoltre comprendere se, eventualmente, si tratti di legge universale o probabilistica. Occorre rammentare che questa Corte ha avuto modo di fornire indicazioni metodologiche proprio con riguardo a situazioni del genere di quella in esame (Sez. IV, n. 18933 del 27/02/2014, Rv. 262139)ö (pag. 164 della impugnata sentenza)» (Corte di Cassazione, IV[^] sezione penale, sentenza n. 3615/2016⁷).

La stessa concausa, e quindi la stessa abbreviazione dei tempi di latenza, configura il nesso casuale dal punto di vista giuridico e quindi rende rilevanti tutte le esposizioni e la relativa intensità e ciò è fondamentale ai fini del riconoscimento dell'origine professionale di questa patologia per ottenere la costituzione della rendita e/o il riconoscimento di causa di servizio, e conseguentemente anche le maggiorazioni amianto utili ai fini del prepensionamento e/o dell'aumento delle prestazioni in godimento, eventualmente il riconoscimento di vittima del dovere nel caso di attività lavorativa nel comparto Sicurezza e Forze Armate, e comunque il risarcimento dei danni.

Infatti, *“a prescindere dall'individuazione della dose-innescante, le esposizioni successive e, quindi, le ulteriori dosi aggiuntive devono essere considerate concausa dell'evento proprio perché esse abbreviano la latenza ed anticipano di conseguenza l'insorgenza della malattia, accorciano la latenza, aggravano la patologia e, nei casi estremi, anticipano la morte. È noto, infatti, che la degenerazione delle cellule possiede uno sviluppo estremamente lento, tanto che si parla ordinariamente di tempi di latenza í [omissis] í sussiste un rapporto esponenziale della dose di cancerogeno assorbita in termini di risposta tumorale, per cui l'aumento della detta dose di cancerogeno assorbito non potrà che comportare evidentemente un accrescimento della frequenza con cui il tumore tende a manifestarsiö (Corte di Cassazione, IV Sezione penale, pronuncia del 16 marzo 2015, n. 11128; coerentemente a Cass., IV Sez. Pen., n. 988/2003; Cass., IV Sez. pen., n. 33311/2012 ed *ex multis*. Anche la giurisprudenza, dunque, a partire dal 2012, ha superato quella c.d. “incertezza scientifica” alimentata da alcune pubblicazioni scientifiche riconducibili ai consulenti dei datori di lavoro, spesso nel banco degli*

⁷ La sentenza in esame permette la sintesi di alcuni principi fondamentali che governano la formulazione del giudizio sul nesso causale in materia di mesotelioma:

- *“La latenza diminuisce con l'aumento dell'esposizione*
- *Si tratta di una legge scientifica sufficientemente radicata nella comunità scientifica e di carattere universale.*
- *Non esiste una esposizione irrilevante.*
- *Studi accreditati indicano che la latenza minima è di circa 15 anni e di 32 anni quella media. Inoltre, l'esposizione lavorativa implica una latenza più breve (...)*
- *Sono rilevanti non solo le esposizioni iniziali che conducono inizialmente nel processo cancerogenetico, ma rilevano pure quelle successive fino all'anduzione della patologia, dotate di effetto acceleratore, appunto, e di abbreviazione, quindi, della latenzaö.*

imputati per le morti per mesotelioma e di cui la Suprema Corte aveva dato conto nelle pronunce della IV sezione penale n. 38991/10 e n. 43786/10. Questa incertezza risulta ora definitivamente superata, per effetto della ritrovata unanimità scientifica e della univocità della giurisprudenza).

Infatti, la teoria, c.d. della *trigger dose*, è stata definitivamente sconfessata anche in sede penale (v. Cass. Sez. IV 988/2002; Cass. Sez IV n. 22165/2008; sez IV 33311/12 ed *ex multis*⁸) e, anche nel caso in cui, nelle posizioni di garanzia si sono susseguite più persone, tutti sono egualmente responsabili, per l'utilizzo di amianto, ovvero per la mancata adozione degli strumenti di prevenzione tecnica e di protezione individuale e dunque responsabili in concorso e in solido (Corte di Cassazione, IV Sezione Penale n°24997/12 ed *ex multis*).

Infatti, è la stessa Corte di Cassazione, IV Sez. Pen., sentenza 8 maggio 2014, n. 18933, ad aver seppellito la c.d. *«tesi della dose killer [assumendo che] è espressione di un vecchio e superato modello di cancerogenesi»*⁹, per cui *non esiste una esposizione*

⁸ La Corte di Cassazione, IV Sezione Penale, n. 33311 del 27.08.2012 ha precisato che: «(...) non assume rilievo decisivo l'individuazione dell'esatto momento di insorgenza della patologia (Sezione IV, 11.04.2008, n. 22165)» ed ha aggiunto: «dovendosi reputare prevedibile che la condotta doverosa avrebbe potuto incidere positivamente anche solo sul suo tempo di latenza, ampiamente motivata appare la statuizione gravata nella parte in cui giudicata inattendibile la teoria della cosiddetta trigger dose, assume che il mesotelioma è patologia dose dipendente. Correttamente la sentenza impugnata ha chiarito come da una conclusione scientificamente non contestabile dello studioso [Irving Selikoff] si era giunti ad elaborare l'inaccettabile tesi secondo la quale poiché l'insorgenza della patologia oncologica era causata anche dalla sola iniziale esposizione (c.d. trigger dose o dose killer), tutte le esposizioni successive, pur in presenza di concentrazioni anche elevatissima di fibre cancerogene, dovevano reputarsi influenti. Trattasi di una vera e propria distorsione dell'intuizione del Selikoff, il quale aveva voluto solo mettere in guardia sulla pericolosità del contatto con le fibre d'amianto, potendo l'alterazione patologica essere stimolata anche solo da brevi contatti e in presenza di percentuali di dispersione nell'aria modeste. Non già che si fosse in presenza, vera e propria anomalia mai registrata nello studio delle affezioni oncologiche, di un processo cancerogeno indipendente dalla durata e intensità dell'esposizione. Ciò ha trovato puntuale conferma nelle risultanze peritali alle quali il giudice di merito ha ampiamente attinto. Infatti, la molteplicità di alterazioni innestate dall'inalazione delle fibre tossiche necessita del prolungarsi dell'esposizione e dal detto prolungamento dipende la durata della latenza e, in definitiva, della vita, essendo ovvio che a configurare il delitto di omicidio è bastevole l'accelerazione della fine della vita. Pertanto, di nessun significato risulta l'affermazione che talune delle vittime venne a decedere in età avanzata. La morte, infatti, costituisce limite certo della vita e a venir punita è la sua ingiusta anticipazione per opera di terzi, sia essa dolosa, che colposa. L'autonomia dei segnali preposti alla moltiplicazione cellulare, l'insensibilità, viceversa, ai segnali antiproliferativi, l'evacuazione dei processi di logoramento della crescita cellulare, l'acquisizione di potenziale duplicativo illimitato, lo sviluppo di capacità angiogenica che assicurano l'arrivo di ossigeno e dei nutrienti e, infine, la perdita delle coesioni cellulari, necessarie per i comportamenti invasivi e metastatici, sono tutti processi che per svilupparsi e, comunque, rafforzarsi e accelerare il loro corso giammai possono essere indipendenti dalla quantità della dose. Ciò ancor più a tener conto che l'accumulo delle fibre all'interno dei polmoni, continuando l'esposizione, non può che crescere, nel mentre solo col concorso, in assenza di ulteriore esposizione, di molti anni, lentamente il detto organo tende a liberarsi delle sostanze tossiche, essendo stato accertato, dagli studi di Casale Monferrato, dei quali appresso si dirà, che l'accumulo tende a dimezzarsi solo dopo 10/12 anni dall'ultima esposizione.»

⁹ La Corte di legittimità ha annullato la Sentenza della Corte di Appello di Torino, in quanto aveva escluso il nesso causale tra le esposizioni successive all'insorgenza della patologia e l'evento morte: «L'enunciazione, in breve, è non motivata ed incoerente rispetto alla precedente esposizione di carenza di presupposto scientifico accreditato che condiziona la tesi accusatoria (1) in tale situazione, la pronuncia deve essere annullata con rinvio. La questione dovrà essere esaminata nuovamente a fondo. I dubbi, le incertezze, le contraddizioni dovranno essere se possibile risolti in modo convincente. Come già enunciato si dovrà compiere, con l'ausilio di esperti qualificati ed indipendenti, una documentata metanalisi della letteratura scientifica universale. Le opinioni e le enunciazioni degli esperti di parte dovranno essere vagliati, se necessario, con l'aiuto di periti. Ma ci si dovrà astenere da valutazioni ed enunciazioni scientifiche proprie. Infatti, né il giudice di merito né quello di legittimità possono ritenersi ad alcun titolo detentori di sapere scientifico, che deve essere invece veicolato nel processo dagli esperti. Alla luce di tali principi sarà pure vagliata la questione inerente alla dipendenza da mesotelioma della morte del lavoratore R.». Si afferma, altresì, che «è superata alla luce delle più recenti acquisizioni scientifiche che indicano un processo ben più complesso, implicante l'intervento di molte variabili oltre alla dose innescante. Inoltre, costituisce sapere scientifico condiviso il fatto che l'evidenza epidemiologica disponibile sia univoca nell'indicare una relazione proporzionale tra dose cumulativa ed incidenza, nel senso che all'aumento dell'esposizione per intensità e durata aumentano i casi di tumore all'interno della popolazione esposta. Ancora, l'orientamento prevalente della giurisprudenza di legittimità è indirizzato nel senso della rilevanza dell'effetto acceleratore. Infine, gli studi citati

irrelevante (Corte di Cassazione, IV Sezione penale, n. 3615/2016), e se così è, allora, tutti sono responsabili, quantomeno per aver concausato l'evento (art. 41 c.p.) che è integrato anche dalla stessa abbreviazione dei tempi di latenza e quindi di sopravvivenza.

Infatti è sufficiente un'attenta e tempestiva anamnesi, coerente anche con l'effettiva storia lavorativa di ogni singolo paziente, per il quale poi si conferma la diagnosi di mesotelioma, per trovare le esposizioni ad amianto, sempre sussistenti, se cercate.

In alcuni casi, anche il semplice contatto con indumenti contaminati con fibre di amianto costituisce un fattore di rischio.

Le fibre di asbesto sono lunghe, infatti tra 3 e 20 micron e larghe circa 0,01 micron. Sono praticamente invisibili a occhio nudo; tenendo conto che lo spessore di un capello varia tra 17 e 181 micron, in un centimetro quadrato possono affiancarsi fino a 335.000 fibre contro 250 capelli. In coloro che è stato diagnosticato il mesotelioma se vi è anche una minima esposizione a polveri e fibre di amianto, la relazione causale non può quindi essere messa in dubbio.

Le eccezioni confermano la regola.

Infatti, in alcuni, rari, casi, il mesotelioma è provocato da fibre di erionite, o altre fibre asbestiformi (come per esempio la fluoroedenite, nella città di Biancavilla, alla falde dell'Etna, oppure al Thororast, che contiene diossido di torio, utilizzato negli esami radiografici. Il fumo non è considerato fattore di rischio, diversamente dal cancro al polmone, per il quale, invece, i due cancerogeni moltiplicano le loro capacità morbigene.

Non esiste un limite al di sotto del quale il rischio si annulla.

Infatti la IARC precisa che *“At present, it is not possible to assess whether there is a level of exposure in humans below which an increased risk of cancer would not occur”* che tradotto in italiano equivale ad affermare che *“al momento non è possibile determinare l'eventuale presenza di un livello di esposizione umana al disotto del quale non sussiste un aumento del rischio di contrarre il cancro”*

Queste conclusioni sono coerenti alle conclusioni già assunte dal Prof. Irving Selikoff, massima autorità scientifica in materia di amianto, che nella sua pubblicazione *"Asbestos and disease"* del 1978 ebbe ad affermare che il mesotelioma può essere

dai periti e dai consulenti della difesa circa i soggetti che dopo una breve esposizione hanno sviluppato la patologia a distanza di molti decenni non costituiscono una prova sfavorevole alla tesi dell'effetto acceleratore. Si aggiunge che la teoria dell'effetto acceleratore sostenuta in sede epidemiologica ha trovato convincente conferma anche in sede di patologia sperimentale».

causato anche da una dose piccola, straordinariamente piccola: *the trigger dose may be small, in some cases extraordinarily so* (Selikoff, Asbestos and Disease, Accademy Press 1978, Relationships ó second criterion, p. 162).

Quindi, questa caratteristica del mesotelioma, legata alla prognosi quasi sempre infausta, ha reso obbligatorio e rende obbligatorio evitare ogni forma di esposizione, anche minima, a polveri e fibre di amianto, solo così si può prevenire con efficacia questa neoplasia.

Che cos'è l'asbesto?

L'asbesto (dal greco asbestos = indistruttibile o inestinguibile) è un insieme di minerali del gruppo dei silicati delle serie mineralogiche del serpentino e degli anfiboli. In Italia, la legislazione, che recepisce le norme comunitarie, identifica con il termine 'amianto' sei differenti minerali - actinolite, amosite, antofillite, crisotilo, crocidolite e tremolite - che, oltre ad avere in comune una morfologia fibrosa, hanno trovato largo utilizzo in circa 3000 applicazioni, per le loro proprietà fisiche e chimiche.

In Italia, nel solo periodo dal 1945 al bando nel 1992, sono state prodotte 3.748.550 tonnellate di amianto grezzo, e ne sono importate altre 1.900.885 tonnellate, che sono state utilizzate in oltre 3.000 applicazioni, determinando così più di 34.000.000 di tonnellate contenenti amianto, che sono in matrice friabile compatta e alcuni milioni di tonnellate (si stima tra 5 e 6) in matrice friabile.

Ci sono poi altri minerali, oltre quelli che vengono ricompresi nel termine 'amianto' che allo stesso modo sono dannosi per la salute umana, e in grado di provocare il mesotelioma.

L'asbesto è resistente al fuoco, ad agenti chimici e biologici, all'abrasione e all'usura; ha notevole resistenza meccanica e alta flessibilità grazie alla sua struttura fibrosa; è fonoassorbente e termoisolante; si lega facilmente con materiali da costruzione quali calce, gesso e cemento (Eternit), come anche con alcuni polimeri (gomma, PVC); è facilmente ridotto in fili con i quali si realizza uno speciale tessuto.

L'asbesto è stato estratto in Italia presso le miniere in Val Malenco (Sondrio) e a fibra corta presso Balangero nelle valli di Lanzo (Torino), fino alla loro chiusura per effetto dell'entrata in vigore della L. 257 del 1992, così per il resto d'Europa, per l'entrata in vigore del divieto generalizzato di estrazione, lavorazione e commercializzazione di amianto e di prodotti che lo contengono.

Qual è stato l'utilizzo di amianto in Italia?

Come già abbiamo spiegato nel [primo rapporto mesoteliomi](#) e nel [secondo rapporto mesoteliomi](#), e l'asbesto ha avuto un ampio utilizzo in Italia, in diverse categorie ed ambiti merceologici e produttivi.

Inizialmente i rischi erano circoscritti alle miniere di amianto (prima onda) e poi ai siti produttivi dei materiali di amianto (seconda onda) e poi in tutti i siti industriali e produttivi (terza onda) e poi in tutti gli ambiti, compresi quelli delle scuole, ospedali, e altri edifici pubblici (quarta onda).

Mesotelioma: meccanismo della cancerogenesi.

Le microfibre di amianto, sono inalate e/o ingerite ed entrano in contatto con il parenchima polmonare. Anche per effetto della frantumazione causata dalla respirazione, le fibre più piccole possono attraversare la pleura viscerale e giungere alla superficie pleurica, e provocare le placche di mesotelioma.

Gli altri tipi di mesotelioma sono alimentati dalle fibre di amianto che vengono trasportate agli organi addominali e negli altri organi per via linfatica.

Le fibre ingerite per bocca, anche attraverso l'acqua potabile, penetrano la parete gastrica e raggiungono il peritoneo viscerale.

L'amianto è un cancerogeno completo e induce cancerogenesi, per via meccanica¹⁰, infiammatoria¹¹ e con reazioni chimiche e fisico-chimiche, ivi comprese quelle di superficie che danneggiano con *dei radicali liberi dell'ossigeno*¹², e quindi

¹⁰ Un **primo meccanismo** di azione è quello meccanico, dovuto alla struttura fibrosa del minerale, capace di ostacolare la corretta ripartizione dei cromosomi (le molecole di DNA presenti nella cellula - unità strutturali in cui il DNA si organizza all'interno della cellula) nella divisione cellulare¹⁰. Quando una cellula dà origine a due cellule figlie, deve prima duplicare il suo DNA, in modo che le nuove cellule siano uguali geneticamente alla cellula madre. Nel corso di questa divisione, i cromosomi si distribuiscono ai due lati della cellula, in modo che, quando si dividerà in due, l'assetto cromosomico delle figlie rimanga lo stesso. Questo fenomeno è guidato da filamenti di natura proteica che può essere alterato dalle fibre di amianto, che può arrivare fino alla loro rottura fisica. C'è, quindi, l'intervento degli enzimi riparatori, ma la riparazione può determinare aberrazioni cromosomiche, con alterazione del genoma (quindi possono originarsi cellule trasformate geneticamente).

¹¹ Il **secondo meccanismo**, che agisce con il primo, è quello della **infiammazione**, che è alla base delle patologie fibrotiche (asbestosi, placche pleuriche, ispessimenti pleurici): a causa della loro forma appuntita, le fibre costituiscono *ospine irritative* che lesionano direttamente le cellule del tessuto, dove si trovano e rompono le membrane e determinano la liberazione del contenuto delle cellule nel tessuto, generando *l'infiammazione* (oltre che alla modifica del DNA). Intervengono quindi le *cellule spazzino* (i macrofagi) che, una volta attivate, cercano di inglobare la fibra (dando vita ai cosiddetti corpuscoli di asbesto) e producono molecole di vario tipo, tra cui le *specie attive dell'ossigeno*, a loro volta in grado di danneggiare il DNA¹¹ e i fattori proteici, in grado di far proliferare le cellule e farle sopravvivere. Le cellule spazzino tentano di eliminare le fibre di amianto. Il macrofago cerca di inglobare le fibre per distruggerle (fagocitosi). Ciò è possibile per le fibre più piccole, ma non per quelle che hanno le dimensioni maggiori della cellula spazzino, nelle quali il macrofago, dopo essersi avvolto alla fibra, inizia a bersagliarla con le armi che utilizza per i batteri e i corpi estranei, tra cui i radicali liberi dell'ossigeno, ma poiché la fibra non rimane tutta dentro la cellula tali sostanze si spargono nei tessuti e colpiscono le cellule circostanti, che vengono lesionate e danneggiate nel DNA, tanto è vero che sono le fibre più lunghe e più sottili che hanno maggiore potere cancerogeno, (comunque potere irritativo / infiammatorio) proprio anche delle fibre piccole, che comunque penetrano e rimangono all'interno delle cellule e le danneggiano dall'interno.

¹² Un **terzo meccanismo** è quello del **danneggiamento con dei radicali liberi dell'ossigeno**, attraverso la reazione chimica che si viene a determinare tra la struttura esterna delle fibre che contiene ferro e le cellule, che li produce: in altre parole la reazione indotta dal ferro che è nella superficie delle fibre determina la produzione di radicali liberi nell'ossigeno¹² e che, a loro volta,

salvo rarissime eccezioni, come per esempio l'esposizione a fluoroedenite (circostrita alla città di Biancavilla alle falde dell'Etna), tutti i casi di mesotelioma sono provocati da esposizione ad amianto.

L'epidemiologia del mesotelioma

Come già reso pubblico con il **Primo Rapporto Mesoteliomi**, c'è un continuo aumento di incidenza dei casi di mesotelioma, tanto è vero che sono sempre più numerose le segnalazioni che giungono all'associazione, anche attraverso la **piattaforma ONA REPAC**, l'applicativo internet che ha già permesso la pubblicazione del **Secondo Rapporto Mesoteliomi ONA ONLUS** (03.07.2017), con il censimento di 1900 casi di mesotelioma per il 2016, coerentemente con quanto già reso pubblico da **AIRTUM/AIOM** (I numeri del cancro in Italia 2005), rispetto ai numeri dell'INAIL che invece nel pubblicare il **V Rapporto ReNaM** (dicembre 2015), aveva censito 1520 casi per l'anno 2011.

Il **Secondo Rapporto Mesoteliomi di ONA ONLUS** costituisce lo strumento da cui attingere tutti i dati epidemiologici, riferiti anche alle singole attività e mansioni, ivi compreso il comparto sicurezza e anche alcuni settori quali quello scolastico, che fino al 2015 (data di pubblicazione del primo rapporto) non erano stati investigati.

Le attività dell'Osservatorio Nazionale Amianto hanno permesso di classificare la **maggior frequenza di mesoteliomi tra gli uomini** (2/3 dei casi): ciò si giustifica per il fatto di essere stati più occupati in attività e in comparti dove più massiccio è stato l'utilizzo di amianto, con maggior incidenza (sia per gli uomini che per le donne), nelle aree settentrionali dell'Italia, che sono state più industrializzate, spesso con siti nei quali l'amianto veniva lavorato come materia prima, come per esempio nell'interland milanese, nella provincia pavese, in quella di Alessandria, in cui è ricompresa la città di Casale Monferrato, in Liguria e nella Venezia Giulia, dove maggiori sono state le attività della cantieristica navale, caratterizzata per il massiccio utilizzo di amianto.

La sopravvivenza è pari a 9,8 mesi per il mesotelioma pleurico e a 5,6 mesi per il mesotelioma del peritoneo, e con una sopravvivenza a 5 anni del 5% per il primo e dell'8,1% per il secondo ed una media del 7% ai 5 anni.

inducono danno cellulare perché sono capaci di entrare dentro le cellule normali e di lesionarne il DNA, colpendo il genoma, alterando alcuni specifici geni, tra cui gli oncosoppressori, e determinando così la trasformazione neoplastica delle cellule. Alla fase dell'induzione, segue la latenza preclinica, e successivamente la diagnosi della patologia.

Il **mesotelioma costituisce il 4% della mortalità globale per il cancro**, per tutte le età e per entrambi i sessi e nel corso di questi ultimi anni, per coloro per i quali la diagnosi è stata precoce, si è riusciti ad avere un significativo prolungamento delle aspettative di vita, e delle condizioni generali e in alcuni casi, seppur rari, anche la guarigione.

In Italia, tra le patologie asbesto correlate, sono censiti i soli casi di mesotelioma, attraverso il Registro Nazionale Mesoteliomi, che si articola con una rete regionale, che, seppure in ritardo, copre ormai tutta l'Italia.

L'archivio del Registro Nazionale Mesoteliomi contiene 21.463, nel periodo fino al 2012 (quest'ultimo incompleto nelle rilevazioni).

Nel **Secondo Rapporto Mesoteliomi di ONA ONLUS** (a partire da pag. 36), sono stati già riportati e specificati tutti i dati e le statistiche relative al mesotelioma in Italia:

«Soffermandoci sui casi di mesotelioma per l'anno 2011, l'Associazione risulta che siano ripartibili in circa 1.100 uomini e 460 donne, in misura prevalente per Mesotelioma Pleurico nella misura di circa il 95% per gli uomini ed il 90% per le donne. Negli uomini il 40% dei casi si è manifestato tra i 65 ed i 74 anni, mentre invece il 40% dei casi femminili concentra la manifestazione del mesotelioma nella fascia di età compresa fra i 75 ed gli 84 anni e ciò perché si presume che le esposizioni femminili siano state di minore intensità e quindi con maggiori tempi di latenza. Un'ulteriore differenziazione fra i sessi è relativa al mesotelioma del peritoneo che presenta una maggiore incidenza percentuale nelle donne, pari a circa il doppio di quella degli uomini: infatti su 91 casi rilevati, 52 sono uomini (pari al 4.8% del totale) e 39 sono donne (pari al 9% del totale). 37 Per le altre forme di mesotelioma, invece, vi è parità di casi, per esempio per il mesotelioma del pericardio sono stati registrati 2 casi sia tra gli uomini che tra le donne, oltre ai 3 casi di mesotelioma della tunica vaginale del testicolo. Il mesotelioma presuppone sempre l'esposizione ad amianto, salvo rari casi, ed è di origine professionale per il 90% dei casi per gli uomini e in circa il 50% per le donne, mentre per il resto l'esposizione è ignota e tuttavia non è da escludere che ci siano dei settori nei quali le esposizioni di amianto, nonostante non siano conosciute, si siano comunque verificate. Si pensi al settore agricolo, che fino a pochi anni fa era ritenuto immune, e nel quale invece si riscontrano molti casi per via dell'utilizzo di filtri per il vino in amianto e per l'utilizzo di sacchi di iuta riciclati rispetto all'originario

utilizzo per insaccare l'amianto. Le rilevazioni dell'Associazione hanno permesso di avere contezza del fatto che per almeno il 15% dei casi di mesotelioma, l'esposizione professionale è riconducibile alle attività lavorative nel settore edile, più dell'8% nel settore dell'industria metalmeccanica, quasi il 7% nell'industria tessile e ancora un 7% nella cantieristica navale. Il comparto Difesa, con più di 620 casi rappresenta il 4,1% del totale dei mesoteliomi insorti in seguito alle esposizioni professionali, ed è preoccupante anche il numero dei casi di mesotelioma registrati nel settore della scuola (63) che gettano luce sinistra sull'intero comparto e soprattutto per gli utenti delle scuole e cioè l'intera popolazione e quindi sull'adempimento degli organi e apparati dello Stato in tema di prevenzione e tutela della salute pubblica. C'è un trend in continuo aumento dei casi di mesotelioma. Poiché il mesotelioma è l'evento sentinella ed è la più rara tra le patologie asbesto correlate, è di tutta evidenza come le stime secondo le quali il tumore polmonare incide per il doppio rispetto al mesotelioma siano tutt'altro che infondate e quindi tenendo conto anche delle altre patologie asbesto correlate, non solo quelle già riconosciute come tali (tumore alla laringe, alle ovaie, oltre a quelle non neoplastiche come l'asbestosi, le placche pleuriche, gli ispessimenti pleurici e le 38 conseguenti complicazioni cardiocircolatorie), ma anche quelle che sono ritenute solo probabili e possibili come i tumori degli altri organi delle vie aeree e quelli del tratto gastro-intestinale, risultano fondate le stime dell'ONA secondo le quali ogni anno ci sono solo in Italia oltre 6mila decessi per patologie asbesto correlate».

Come si cura il mesotelioma?

L'Osservatorio Nazionale Amianto ha istituito il [Dipartimento Ricerca e Cura del Mesotelioma](#) per assistere coloro che hanno contratto o temono di aver contratto il mesotelioma, sia dal punto di vista medico che legale.

Il Prof. Luciano Mutti, una delle massime autorità in materia, ha elaborato un protocollo specifico per personale medico e per i pazienti, pubblicato nella voce ["Trattamento del mesotelioma"](#) del sito ONA REPAC - Registro delle Patologie Asbesto Correlate.

Purtroppo, ancora oggi, il mesotelioma è difficilmente aggredibile, e la prognosi rimane infausta, nonostante i progressi raggiunti nel trattamento dei tumori maligni, e ciò per il fatto che:

questo cancro occupa una superficie ampia, dalla quale si separano facilmente le cellule maligne che danno origine a metastasi;

questo cancro invade facilmente tutti gli organi che sono a contatto con le sierose nelle quali si sviluppa;

questo cancro ha una latenza molto variabile, e non sempre è stata istituita la sorveglianza sanitaria e quindi la diagnosi è spesso tardiva e questo diminuisce le chance di guarigione e/o di maggiore sopravvivenza;

In base allo stadio del tumore, al suo sottotipo istologico, all'età e alle condizioni generali del paziente, vengono poi illustrate le diverse opzioni terapeutiche.

La definizione del livello di progressione della neoplasia avviene attraverso il processo di stadiazione che è molto importante ai fini della prognosi e per la scelta della terapia.

La Società Europea di Oncologia Medica ha stabilito che il giudizio sullo stadio della neoplasia deve essere deciso sulla base delle immagini della tomografia computerizzata e sui dati della toracoscopia, così poi da confermare la diagnosi e assumere le diverse opzioni terapeutiche.

Esistono diversi sistemi di stadiazione. Per il mesotelioma pleurico, si usa il sistema del Gruppo di Lavoro Internazionale per il Mesotelioma e cioè quello del TNM (T = tumore, N = linfonodi, M = metastasi), in modo tale che ogni singolo paziente viene collocato nelle c.d. categorie prognostiche.

Nel I stadio, il mesotelioma è confinato alla pleura parietale e non è presente nei linfonodi; nel II stadio, il mesotelioma interessa, oltre alla pleura parietale, la pleura viscerale (la membrana a diretto contatto con il polmone) e il polmone stesso o il diaframma; nel III stadio il mesotelioma ha invaso il primo strato della parete toracica, parte del mediastino o un punto della parete toracica; il mesotelioma può colpire la superficie esterna del pericardio e i linfonodi di uno dei due lati del torace; nel IV stadio il mesotelioma ha raggiunto altri organi (metastasi) come fegato, cervello, ossa o i linfonodi di ambedue i lati del torace.

Per il **mesotelioma peritoneale** non vi è un sistema di stadiazione condiviso, e vale già quanto specificato per il mesotelioma pleurico (sistema TNM).

In generale, quanto più precoce è lo stadio del tumore all'inizio della terapia, tanto migliore è la prognosi; tuttavia, nel caso del mesotelioma, la guarigione completa è molto rara, anche se non sono mancati casi di totale superamento e periodi di

sopravvivenza in ottima salute anche per 10/15 anni, in altri casi, comunque la sopravvivenza è risultata maggiore rispetto ai 5 anni, tanto più con la diagnosi precoce.

Nella maggior parte dei casi, l'obiettivo principale è quello di assicurare una più lunga sopravvivenza e a migliori condizioni di salute.

Tabella: Stadiazione TNM per il mesotelioma pleurico		
Stadio	TNM	Caratteristiche
Ia	T1a N0 M0	Tumore primitivo che è confinato nella pleura parietale.
Ib	T1b N0 M0	Stadio che si caratterizza per il coinvolgimento della pleura viscerale.
II	T2 N0 M0	Stadio che si caratterizza con il coinvolgimento del diaframma e della pleura viscerale o del polmone.
III	T3 N0 M0 T3 N1 M0 T3 N2 M0	Tumore localmente avanzato (coinvolge il polmone). Coinvolgimento dei linfonodi bronco-polmonari dello stesso lato o dell'ilo. Coinvolgimento dei linfonodi sottocarenali (biforcazione bronchiale) o mediastinali omolaterali.
IV	T4 N3 M1	Cancro localmente avanzato, con impossibilità di sua asportazione chirurgica. Coinvolgimento dei linfonodi coritrolaterali mediastinali, mammari e/o sopraclavicolari ipsilaterali o controlaterali. Metastasi a distanza.

Come per tutti i cancro, anche **il mesotelioma viene aggredito con chirurgia, radioterapia e chemioterapia, da sole o in combinazione.** Ogni paziente deve ricevere un trattamento a sé non solo perché questi cancro, anche quelli istologicamente simili, presentano caratteristiche molto difformi tra di loro, ma soprattutto perché possono crescere in modo diverso e dare luogo a sintomi diversi e molto dipende anche dallo stato generale di salute del paziente.

Chirurgia. È l'unico approccio che può permettere di sconfiggere il mesotelioma e le sue possibilità di successo sono direttamente proporzionali alla tempestività di

intervento. Ha maggiore possibilità di successo in combinazione con la radioterapia e la chemioterapia.

L'intervento chirurgico praticato è la pleurectomia, cioè l'asportazione di tratti, anche ampi, di pleura, salvi interventi più demolitivi (come la pneumonectomia, che presuppone l'asportazione del polmone, della pleura e in qualche caso anche della parete toracica, e in alcuni casi anche del diaframma e del pericardio).

Radioterapia. Questo trattamento viene somministrato dopo l'intervento chirurgico, in molti casi in combinazione con la chemioterapia, specialmente quando il mesotelioma è localizzato e le condizioni del paziente consentono un intervento chirurgico radicale.

La radioterapia, in combinazione con la chemioterapia subito dopo l'intervento chirurgico, consolida gli effetti della radicale estirpazione del cancro e quindi prolunga l'aspettativa di vita, che può così superare anche i 5 anni.

Il mesotelioma è piuttosto resistente alla sola radioterapia e quindi questo trattamento è solo a scopo palliativo (come per esempio quello di risolvere le conseguenze della crescita di questo cancro come l'ostruzione di un grosso vaso sanguigno, oppure per ridurre i sintomi algici legati all'infiltrazione della parete toracica).

La radioterapia non è quindi da sola risolutiva né può essere considerata quale unico trattamento, anche perché la dose richiesta sarebbe così elevata da risultare eccessivamente tossica per tutti i pazienti.

Chemioterapia. Il mesotelioma viene aggredito con diversi farmaci, tra i quali il pemetrexed (Alimta®), il cisplatino, oltre a carboplatino, raltitrexed (Tomudex®), mitomicina, vinorelbina e gemcitabina.

I chemioterapici hanno pesanti effetti collaterali, tra i quali la riduzione delle cellule del sangue, malessere, vomito, diarrea, lesioni ulcerose del cavo orale, perdita di capelli e peli e spossatezza.

I pazienti che non tollerano il pemetrexed, possono assumere la combinazione di cisplatino-gemcitabina o vinorelbina; per quelli che non tollerano il cisplatino è possibile somministrare il carboplatino senza differenze in termini di sopravvivenza.

Sulla base dell'esperienza maturata con l'ascolto delle vittime e dei loro familiari, si addensano forti dubbi sulla effettiva efficacia della chemioterapia, specialmente quando la patologia è già allo stadio avanzato.

In ogni caso, tra i sanitari ci sono diverse linee di pensiero, tra coloro che ritengono necessario iniziare subito il trattamento non appena effettuata la diagnosi e coloro che invece consigliano di ritardare la somministrazione alla comparsa dei sintomi e sul numero di cicli da effettuare (i classici 6 cicli, oppure proseguire con una terapia di mantenimento con un singolo farmaco, in genere il pemetrexed, che è il più attivo e il meno tossico).

Chemioterapia intraoperatoria intraperitoneale ad alta temperatura. Questo approccio è quello consigliato dai sanitari del [Dipartimento Ricerca e Cura del mesotelioma](#).

I farmaci chemioterapici, riscaldati ad una temperatura compresa tra 40° e 48°C, vengono somministrati direttamente nella cavità peritoneale dopo la rimozione chirurgica quanto più ampia possibile della massa tumorale.

La temperatura elevata consente una maggiore concentrazione del farmaco e una migliore diffusione nei tessuti e quindi un'azione distruttiva per le cellule neoplastiche, più suscettibili delle cellule normali al calore.

Tuttavia gli effetti collaterali possono essere ancora più gravi di quelli legati alla normale somministrazione dei farmaci chemioterapici.

Terapie integrate. Ci sono, specialmente per lo stato iniziale del mesotelioma, delle procedure che mettono in combinazione la chirurgia, la radioterapia e la chemioterapia (chemioterapia preoperatoria + intervento chirurgico + radioterapia post-operatoria).

Questo approccio, tuttavia, può essere proposto solo ai pazienti il cui mesotelioma viene diagnosticato ancora al primo o secondo stadio, che abbiano buone condizioni generali e siano privi di altre malattie.

PARTE SECONDA

I diritti del paziente / vittima

Il mesotelioma come malattia professionale

Come abbiamo già spiegato, nella quasi totalità dei casi il mesotelioma è provocato dalla esposizione professionale a polveri e fibre di amianto.

Per tali ragioni, chi ha contratto la patologia ha diritto a vedersi costituita la rendita, riconosciute le maggiorazioni contributive per esposizione ad amianto (ex art. 13 co. 8 L. 257/92) e l'immediato pensionamento, eventualmente per effetto della nuova normativa di cui all'art. 1 co. 250 della L. 232/16.

Siccome il mesotelioma è contemplato nella tabella delle malattie professionali, c'è la 'presunzione legale dell'origine professionale' diversamente dalle patologie non tabellate.

Ciò significa che c'è una presunzione legale di origine, e pertanto l'INAIL dovrà immediatamente riconoscerne la natura professionale e costituire la rendita in favore del lavoratore, ovvero ne dovrà essere riconosciuta la causa di servizio, con l'accredito delle relative prestazioni, con equiparazione alle vittime del dovere.

L'INAIL, ovvero l'ente assicuratore, ove volesse negare il diritto del lavoratore assicurato alla percezione della rendita e delle relative prestazioni previdenziali, dovrà eccepire e poi dimostrare l'esclusiva origine extraprofessionale della patologia.

La sola presenza della *noxa* patogena nell'ambiente lavorativo (amianto) è sufficiente per ottenere il riconoscimento dell'origine professionale della patologia, sulla base della presunzione legale di origine, senza onere di dimostrazione di superamento di una particolare soglia e anche nel caso che ci fossero state delle esposizioni extraprofessionali, essendo sufficiente anche la concausa (Cass., Sez. Lav., n. 23653/16).

Sarà l'Istituto Nazionale per l'Assicurazione contro gli Infortuni sul Lavoro (INAIL), nel caso in cui voglia negare l'origine professionale della patologia, dovrà prima eccepirne e poi dimostrare l'esclusiva origine extraprofessionale, essendo peraltro sufficiente la sola e semplice concausa per la conferma del nesso causale.

L'assicurazione INAIL per le malattie professionali

Colui che ha ricevuto la diagnosi di mesotelioma, che riconduce ad origine professionale, ha diritto alle relative prestazioni sanitarie, economiche e integrative.

L'assicurazione INAIL è obbligatoria per tutti i datori di lavoro che occupano lavoratori dipendenti e parasubordinati, e le prestazioni sono estese anche agli artigiani e ai lavoratori autonomi in agricoltura.

Questa tutela spetta anche a coloro per i quali il datore di lavoro non ha corrisposto i premi, mentre è sospesa per i lavoratori autonomi non in regola con i pagamenti del premio assicurativo, fino a quando non c'è la regolarizzazione dell'obbligo contributivo.

La riforma Monti ha abrogato il riconoscimento della causa di servizio e la prestazione economica dell'equo indennizzo che tutelavano i dipendenti pubblici per le malattie professionali in aggiunta all'assicurazione INAIL, tranne che per coloro che appartengono al comparto Sicurezza e alle Forze Armate, per i quali vi è la equiparazione alle vittime del dovere.

Per maggiori informazioni potrà essere consultato il sito dell'Osservatorio Nazionale Amianto alla voce: [Patologie amianto - Asbesto correlate riconosciute nelle tabelle INAIL](#), e per coloro che appartengono al comparto Sicurezza e alle Forze Armate, cui si applica la disciplina propria della equiparazione alle vittime del dovere, può essere consultato [Riconoscimento Vittime del Dovere](#).

La denuncia di malattia professionale

Il semplice sospetto dell'origine professionale della patologia costituisce obbligo di redazione della certificazione a fronte della quale, o il datore, o il lavoratore, debbono presentare la denuncia all'INAIL, telematicamente, ovvero con accesso diretto presso la sede INAIL competente, con riferimento al domicilio dell'assicurato.

L'INAIL quindi avvia l'iter per l'accertamento dell'eventuale origine professionale della patologia.

Non è sempre semplice ottenere dall'ente il riconoscimento dell'origine professionale della patologia.

Obblighi per il medico. Nel caso sospetti o accerti che la malattia da cui è affetto il lavoratore sia stata causata dall'attività lavorativa svolta ovvero che si tratti di malattia professionale, il medico deve redigere e consegnare al lavoratore il primo certificato di malattia professionale, ovvero inoltrarlo telematicamente all'INAIL e allo stesso tempo presentare denuncia alla Direzione Provinciale del Lavoro territorialmente competente, ai Servizio di Prevenzione e Sicurezza negli Ambienti di Lavoro, all'INAIL per l'iscrizione nel Registro Nazionale delle Malattie Causate dal Lavoro o a esso correlate, e alla rete regionale dei Centri Operativi Regionali che raccolgono le segnalazioni di tumori dovuti a cause professionali.

Inoltre il medico ha l'obbligo di referto che deve inoltrare alla competente Procura della Repubblica, e quindi nel caso in cui il medico non provveda alla presentazione della denuncia, ovvero all'inoltro del referto, è penalmente sanzionato.

Adempimento del lavoratore. Colui che ha contratto il mesotelioma, per ottenere il riconoscimento della sua origine professionale, deve inviare la denuncia corredata dal certificato medico al datore di lavoro, a mezzo di raccomandata con ricevuta di ritorno, e in ogni caso in modo tale da poter dimostrare la data della ricezione, entro 15 giorni dalla manifestazione della malattia, pena la perdita dell'indennizzo per il periodo antecedente alla denuncia.

Se al momento in cui si manifesta la malattia il lavoratore non è più in servizio, può presentare la domanda di riconoscimento della malattia professionale direttamente all'INAIL.

Obblighi per il datore di lavoro. Il datore di lavoro, non appena riceve la denuncia, ha 5 giorni di tempo per presentare la denuncia di malattia professionale.

Nel caso di mesotelioma è molto raro che il lavoratore sia ancora in attività, attesi i lunghi tempi di latenza della patologia, e ancora più raro che sia sempre lo stesso datore di lavoro responsabile dell'esposizione.

Nel caso in cui l'assicurato non sia ancora in pensione, l'ultimo datore di lavoro ha un termine di 5 giorni per presentare la denuncia di malattia professionale direttamente sul sito dell'INAIL. Con l'invio telematico la pratica viene trasmessa direttamente alla sede INAIL territorialmente competente (domicilio dell'assicurato).

In caso di inadempimento, il datore di lavoro è assoggettato ad una sanzione amministrativa pecuniaria.

Sono abilitati a presentare tale denuncia di malattia professionale on-line le aziende in possesso della 'posizione assicurativa' e i cosiddetti 'grandi utenti' (consulenti del lavoro, dottori commercialisti e associazioni di categoria). La denuncia pervia telematica è attiva per i lavoratori dei settori:

- industria, artigianato, terziario e altro;

- pubbliche amministrazioni titolari di specifico rapporto assicurativo con l'Istituto mentre non lo è ancora per:

- lavoratori subordinati a tempo indeterminato dell'agricoltura;

- dipendenti delle pubbliche amministrazioni alle quali si applica la '*gestione per conto*' e, pertanto, non intestatarie di alcuna '*posizione assicurativa territoriale*';

- per gli studenti delle scuole pubbliche e private di ogni ordine e grado.

In questi ultimi casi il datore di lavoro deve presentare la denuncia in formato cartaceo alla sede INAIL competente, allegando anche il primo certificato medico. Al contrario, se la denuncia è presentata per via telematica, il certificato deve essere inviato solo su espressa richiesta dell'INAIL nell'ipotesi in cui non sia stato inviato direttamente dal lavoratore o dal medico certificatore.

L'accertamento del danno biologico permanente

L'INAIL sottopone l'assicurato che ha contratto mesotelioma a visita medico legale, e con il riconoscimento di una inabilità quantomeno pari al 16%, a questo punto anche il danno patrimoniale per diminuite capacità di lavoro, attraverso la rendita sotto forma di importo mensile, composta da due voci, una per il danno biologico (calcolata in base a sesso, età e percentuale del danno) e l'altra per il danno patrimoniale causato dalla malattia (calcolata in base alla retribuzione percepita).

In caso di mesotelioma, nonostante il carattere totalmente invalidante della patologia, raramente l'INAIL riconosce il 100%.

Nel caso in cui il titolare di rendita ha il coniuge e/o i figli a carico, ha diritto ad una integrazione del 5% per ciascuno dei familiari.

Naturalmente, l'avente diritto potrà sempre impugnare le determinazioni INAIL, anche nel caso in cui ricevesse una quantificazione inferiore al 16%, in modo da far valere l'effettivo grado invalidante e anche quegli aggravamenti, conseguenti al

processo neoplastico, e ciò anche nel caso in cui non avesse impugnato la prima determinazione.

La sede INAIL di appartenenza deve quindi sottoporre il paziente ad altra valutazione medico legale, e poi adeguare la rendita già concessa, sulla base della revisione del grado di inabilità.

Per quanto riguarda il mesotelioma e per tutte le altre patologie asbesto correlate, non vi è alcun limite dal termine del rapporto di lavoro, per formulare richiesta di riconoscimento dell'origine professionale della patologia.

La revisione del danno permanente

Il procedimento tecnico-amministrativo di revisione della rendita per danno permanente riconosciuta dall'INAIL, si snoda in due fasi:

la verifica medico-legale delle condizioni dell'assicurato che si conclude con un giudizio relativo al suo stato obiettivo di lesione biologica;

il provvedimento amministrativo che conferma o adegua, in aumento o in diminuzione, l'importo della rendita.

Questo processo di revisione può essere attivato dall'INAIL (revisione attiva) oppure dall'assicurato (revisione passiva).

Nel primo caso, l'assicurato deve sottoporsi agli accertamenti e in caso di inadempimento può essere sospesa l'erogazione della rendita.

Nel secondo caso, il lavoratore deve produrre la domanda di aggravamento con un certificato medico che contenga un motivato giudizio conclusivo dell'aggravamento della malattia professionale e di una nuova aggiornata valutazione del danno.

C'è il termine di 6 mesi dalla cessazione del periodo di inabilità temporanea assoluta (in pendenza di rapporto di lavoro), oppure dopo un anno dalla manifestazione della malattia se non vi è stata assenza dal rapporto di lavoro.

Per quanto riguarda il mesotelioma, le revisioni successive possono sempre essere disposte dall'INAIL o richieste dall'assicurato, il quale, in caso di esito negativo, può sempre proporre ricorso ex art. 104 del DPR 1124/65.

Il ricorso amministrativo (art. 104 del DPR 1124/65) e giudiziario

In caso di rigetto della richiesta, ovvero di suo accoglimento, con un grado inferiore rispetto a quello ritenuto dal lavoratore, è concesso a quest'ultimo di proporre ricorso entro 60 giorni dalla data in cui riceve la lettera dell'INAIL, sulla base di quanto stabilito dall'art. 104 del DPR 1124/65, che va inoltrato con una lettera raccomandata con ricevuta di ritorno.

L'INAIL ha un termine di 150 giorni per pronunciarsi, ovvero 210 nel caso di revisione della rendita.

Nel caso in cui l'INAIL rigetti il ricorso, oppure non formuli una decisione nel termine di 60 giorni dalla sua presentazione, l'avente diritto può ricorrere al Giudice del lavoro del Tribunale del luogo di residenza, con l'assistenza legale che può fornire anche l'Osservatorio Nazionale Amianto, come specificato nella relativa sezione del sito istituzionale ([Dipartimento di assistenza legale di ONA ONLUS](#)).

Il ricorso deve essere presentato entro e non oltre il termine di prescrizione di 3 anni e 150 giorni, oppure 3 anni e 210 giorni in caso di revisione, dal giorno della manifestazione della malattia, ovvero da quando che l'avente diritto ha cognizione della sua origine professionale, e in ogni caso il termine di prescrizione può essere interrotto con una lettera raccomandata (art. 112 del DPR 1124/65).

Quindi nel caso in cui fossero trascorsi più di 3 anni dall'insorgenza della patologia, e l'assicurato ne ignorasse l'origine professionale, tale termine inizia a decorrere da quando che vi è questa consapevolezza, sulla scorta di quanto stabilito dall'art. 2935 c.c. (Cassazione, Sezione Lavoro, 2002/2005 ed *ex plurimis*).

Le prestazioni INAIL del lavoratore assicurato.

In caso di insorgenza del mesotelioma, ove ne sia riconosciuta l'origine professionale, l'INAIL deve corrispondere una serie di prestazioni economiche, sanitarie e integrative al lavoratore assicurato.

Prestazioni economiche. In caso di riconoscimento dell'origine professionale della patologia, ha diritto alle seguenti prestazioni:

- indennità giornaliera per inabilità temporanea assoluta: come già riportato nel sito [INAIL](#), è una prestazione economica, sostitutiva della retribuzione. Viene

corrisposta al lavoratore in caso di infortunio o di malattia professionale - che impedisca totalmente e di fatto all'infortunato di svolgere l'attività lavorativa - a decorrere dal quarto giorno successivo alla data di infortunio o di manifestazione della malattia professionale, compresi i giorni festivi, fino alla guarigione clinica.

L'Inail eroga l'indennità giornaliera nella misura del:

60% della retribuzione media giornaliera fino al 90° giorno

75% della retribuzione media giornaliera dal 91° giorno fino alla guarigione clinica.

Questa prestazione deve essere richiesta con le modalità specificate nel sito

[INAIL](#): "Modalità di richiesta

Il lavoratore informa il proprio datore di lavoro dell'infortunio immediatamente e della malattia professionale entro 15 giorni dalla sua manifestazione e presenta il primo certificato medico.

Il datore di lavoro inoltra la relativa denuncia alla Sede competente da individuare in base al domicilio del lavoratore, entro due giorni dalla data di ricezione dei riferimenti del certificato medico per l'infortunio ed entro 5 giorni per quello di malattia professionale, attraverso:

- sezione Servizi online del portale Inail > Denunce di infortunio online

- Pec (posta elettronica certificata), nel caso di difficoltà tecniche nell'accesso e/o nell'utilizzo dei Servizi online. Il lavoratore può farsi assistere da un Patronato, oppure dall'[Osservatorio Nazionale Amianto attraverso il suo servizio di assistenza legale](#);

- indennizzo per inabilità permanente, si materializza nell'indennizzo del danno biologico per un grado invalidante dal 6% al 15%, ovvero, nel caso più specifico del mesotelioma, nella costituzione di una rendita per un grado invalidante che va dal 16% al 100% e che corrisponde a un indennizzo del danno biologico e del pregiudizio economico da diminuite capacità di lavoro.

- integrazione della rendita diretta: è corrisposta per il periodo in cui il lavoratore si sottopone a cure utili per il recupero della capacità lavorativa;

- assegno per assistenza personale continuativa: come si legge nel sito dell'[INAIL](#), "È una prestazione economica riconosciuta ai titolari di rendita che versano in una o più condizioni menomative, elencate nella tabella (Allegato n.3) del Testo unico (d.p.r. 1124/1965) e per le quali necessitano di assistenza personale continuativa. Solo per gli

eventi fino al 31 dicembre 2006 l'inabilità permanente assoluta, valutata in base alle tabelle allegata al t.u., deve essere pari al 100%.

L'assegno costituisce una integrazione della rendita e viene corrisposto mensilmente; non è soggetto a tassazione Irpef e non è cumulabile con altri assegni di accompagnamento corrisposti dallo Stato o da altri Enti pubblici. Durante i periodi di ricovero l'integrazione della rendita viene sospesa.

L'importo dell'assegno viene rivalutato annualmente, con apposito decreto del Ministero del lavoro e delle politiche sociali, sulla base della variazione effettiva dei prezzi al consumo. Per il 2016 l'importo è di euro 533,22.

Le prestazioni in caso di decesso (reversibilità in favore del coniuge e dei figli minorenni).

- nel caso di decesso del lavoratore assicurato, la rendita è reversibile con le modalità già specificate nel sito dell'INAIL: **Destinatari**

Coniuge e figli. In mancanza di coniuge e figli, genitori (naturali o adottivi) o fratelli e sorelle.

Caratteristiche

La rendita è una prestazione economica, non soggetta a tassazione Irpef, erogata ai superstiti dei lavoratori deceduti a seguito di un infortunio o di una malattia professionale.

La rendita decorre dal giorno successivo alla morte del lavoratore ed è erogata agli aventi diritto:

- coniuge: fino alla morte o a nuovo matrimonio

- figli:

- fino al 18° anno di età, senza necessità di ulteriori requisiti

- fino al 21° anno di età, se studenti di scuola media superiore o professionale, viventi a carico e senza un lavoro retribuito, per tutta la durata normale del corso di studio

- non oltre il 26° anno di età, se studenti universitari, viventi a carico e senza un lavoro retribuito, per tutta la durata normale del corso di laurea

- maggiorenni inabili al lavoro, finché dura l'inabilità.

In mancanza di coniuge e figli:

- genitori naturali o adottivi, viventi a carico, fino alla morte

- fratelli e sorelle, viventi a carico e conviventi, con gli stessi requisiti previsti per i figli.

In base alla legge di stabilità 2014, ai superstiti di lavoratori deceduti a decorrere dal 1° gennaio 2014, spetta una rendita calcolata sulla base della retribuzione massima convenzionale del settore industria nella misura del:

- 50% al coniuge

- 20% a ciascun figlio

- 40% a ciascun figlio orfano di entrambi i genitori

- 40% a ciascun figlio naturale riconosciuto o riconoscibile sia in caso di decesso dell'unico genitore che li abbia riconosciuti sia in caso di decesso di uno dei due genitori naturali, prescindendo da ogni considerazione in ordine all'esistenza in vita dell'altro genitore naturale ed all'eventuale riconoscimento del figlio da parte di quest'ultimo

- 40% a ciascun figlio di genitore divorziato.

In mancanza di coniuge e figli:

- 20% a ciascun genitore naturale o adottivo

- 20% a ciascuno dei fratelli e delle sorelle.

La somma totale delle quote di rendita che spettano ai superstiti non può superare il 100% della retribuzione presa a base per il calcolo della rendita stessa. In caso contrario le quote di rendita vengono proporzionalmente adeguate. Per eventi mortali antecedenti il 1° gennaio 2014, la rendita a superstita è calcolata sulla retribuzione annua effettiva del lavoratore deceduto nel rispetto dei limiti minimo e massimo stabiliti per legge (decreto del Presidente della Repubblica n. 1124/1965 articolo 116, terzo comma). La rendita viene rivalutata annualmente, a seguito di apposito decreto del Ministero del lavoro e delle politiche sociali.

Per gli infortuni mortali verificatisi a decorrere dal 1° gennaio 2007, l'Inail eroga ai superstiti del lavoratore deceduto, oltre al beneficio una tantum previsto dal Fondo vittime gravi infortuni, su istanza degli aventi diritto, un'anticipazione della rendita pari a 3 mensilità della rendita annua calcolata sul minimale retributivo di legge.

Modalità di richiesta

Gli aventi diritto presentano/inoltrano la domanda alla sede competente in base al domicilio del lavoratore deceduto, tramite:

- sportello della Sede competente

- posta ordinaria

- Pec (Posta elettronica certificata)ö.

Nel caso siano necessari chiarimenti, è sufficiente farne richiesta all'Observatorio Nazionale Amianto, al quale può essere inoltrata un'email all'indirizzo osservatorioamianto@gmail.com, oppure ci si può rivolgere direttamente all'Avv. Ezio Bonanni inoltrandogli un'email all'indirizzo avveziobonanni@gmail.com.

- assegno funerario: come riportato dal sito [INAIL](#): ö**Destinatari**

Coniuge o, in mancanza, figli, o in mancanza ascendenti, o in mancanza collaterali, se hanno i requisiti per fruire della rendita a superstite. In mancanza dei predetti aventi diritto, l'assegno è corrisposto a chiunque dimostri di aver sostenuto le spese in occasione della morte del lavoratore.

Caratteristiche

È una prestazione *una tantum* erogata per contribuire alle spese sostenute in occasione della morte di lavoratori deceduti in seguito a un infortunio sul lavoro o a una malattia professionale.

L'importo dell'assegno è rivalutato annualmente, a partire dal primo luglio di ogni anno, con apposito decreto del Ministero del Lavoro e delle politiche sociali, sulla base della variazione effettiva dei prezzi al consumo.

Per il 2016 l'importo è 2.136,50 euro e non è soggetto a tassazione Irpef.

Per gli addetti alla navigazione marittima e alla pesca marittima l'assegno non può essere comunque inferiore ad una mensilità di retribuzioneö.

Nel caso siano necessari chiarimenti, è sufficiente farne richiesta all'Observatorio Nazionale Amianto, al quale può essere inoltrata un'email all'indirizzo osservatorioamianto@gmail.com, oppure ci si può rivolgere direttamente all'Avv. Ezio Bonanni inoltrandogli un'email all'indirizzo avveziobonanni@gmail.com.

- speciale assegno continuativo mensile: come riportato nel sito [INAIL](#): ö**Destinatari**

Coniuge e figli dei lavoratori già titolari di rendita diretta, deceduti per cause indipendenti dall'infortunio o dalla malattia professionale.

Caratteristiche

È una prestazione economica corrisposta solo al coniuge e ai figli in caso di decesso del titolare della rendita diretta ed erogata:

- per gli infortuni sul lavoro verificatisi fino al 31 dicembre 2006 e le malattie professionali denunciate a decorrere dalla stessa data, con grado di inabilità permanente non inferiore al 65% riconosciuto dall'Inail secondo le tabelle allegate al Testo unico (d.p.r. 1124/1965)

- per gli infortuni sul lavoro verificatisi dal 1° gennaio 2007 e le malattie professionali denunciate a decorrere dalla stessa data, con grado di menomazione all'integrità psicofisica/danno biologico non inferiore al 48%, riconosciuto secondo le tabelle di cui al d.m. 12 luglio 2000.

La prestazione è erogata a condizione che gli aventi diritto non percepiscano rendite, prestazioni economiche previdenziali (pensioni) o altri redditi (escluso il reddito della casa di abitazione), di importo pari o superiore a quello dell'assegno speciale.

Per ottenere l'assegno occorre presentare domanda alla sede Inail competente tassativamente entro i 180 giorni dal ricevimento della comunicazione, con la quale l'Istituto avverte i superstiti della facoltà di proporre domanda per la concessione dello speciale assegno continuativo mensile.

Le misure percentuali spettanti agli aventi diritto sono:

- 50% per il coniuge, fino alla morte o al nuovo matrimonio
- 20% a ciascun figlio:
 - fino al 18° anno di età, senza necessità di ulteriori requisiti
 - fino al 21° anno di età, se studenti di scuola media superiore o professionale, viventi a carico e senza un lavoro retribuito, per tutta la durata normale del corso di studio
 - non oltre il 26° anno di età, se studenti universitari, viventi a carico e senza un lavoro retribuito, per tutta la durata normale del corso di laurea
- 40% per ciascun figlio orfano di entrambi i genitori
- 50% per ciascun figlio inabile, finché dura l'inabilità.

La somma globale degli assegni che spettano ai superstiti non può superare l'importo della rendita diretta percepita in vita dal titolare, per gli eventi fino al 24 luglio 2000 riconosciuti in regime t.u., e non può superare la quota di rendita percepita per le conseguenze patrimoniali della menomazione, per gli eventi dal 25 luglio 2000 riconosciuti in regime danno biologico. In caso contrario gli assegni vengono proporzionalmente adeguati.

Nel caso di redditi di importo inferiore all'assegno, l'Inail corrisponde la differenza fra i due importi.

L'assegno, non soggetto a tassazione Irpef, viene rivalutato annualmente, a seguito di apposito Decreto del Ministero del lavoro e delle politiche sociali, sulla base della variazione effettiva dei prezzi al consumo.

Nel caso siano necessari chiarimenti, è sufficiente farne richiesta all'Osservatorio Nazionale Amianto, al quale può essere inoltrata un'email all'indirizzo osservatorioamianto@gmail.com, oppure ci si può rivolgere direttamente all'Avv. Ezio Bonanni inoltrandogli un'email all'indirizzo avveziobonanni@gmail.com.

Prestazioni sanitarie. Il lavoratore affetto da mesotelioma ha diritto alle cure mediche e chirurgiche a carico del Servizio Sanitario Nazionale, compresi gli accertamenti clinici, mentre sono di esclusiva competenza dell'INAIL gli accertamenti, le certificazioni e ogni altro aspetto medico-legale.

Prestazioni integrative (o assistenziali). Queste includono:

- **assegno di incollocabilità:** come riportato dal sito INAIL, **Caratteristiche**

È una prestazione economica, erogata agli invalidi per infortunio o malattia professionale che si trovano nell'impossibilità di fruire dell'assunzione obbligatoria.

Per ottenere l'assegno l'invalido deve avere:

- età non superiore ai 65 anni

- grado di inabilità non inferiore al 34%, riconosciuto dall'Inail secondo le tabelle allegate al Testo Unico (d.p.r. 1124/1965) per infortuni sul lavoro verificatisi o malattie professionali denunciate fino al 31 dicembre 2006

- grado di menomazione dell'integrità psicofisica/danno biologico superiore al 20%, riconosciuto secondo le tabelle di cui al d.m. 12 luglio 2000 per gli infortuni verificatisi e per le malattie professionali denunciate a decorrere dal 1° gennaio 2007.

L'importo dell'assegno viene pagato mensilmente insieme alla rendita ed è rivalutato annualmente, con apposito decreto del Ministero del lavoro e delle politiche sociali, sulla base della variazione effettiva dei prezzi al consumo.

Per il 2016 l'importo è pari a 256,39 euro.

Per avere diritto all'assegno, il lavoratore deve fare domanda alla sede Inail d'appartenenza.

La domanda deve comprendere, oltre ai dati anagrafici, la descrizione dell'invalidità (lavorativa ed extralavorativa, se esistente) e la fotocopia del documento di identità.

In caso di invalidità extralavorativa, dovrà essere presentata la relativa certificazione.

Nel caso siano necessari chiarimenti, è sufficiente farne richiesta all'Osservatorio Nazionale Amianto, al quale può essere inoltrata un'email all'indirizzo osservatorioamianto@gmail.com, oppure ci si può rivolgere direttamente all'Avv. Ezio Bonanni inoltrandogli un'email all'indirizzo avveziobonanni@gmail.com.

- erogazione integrativa di fine anno: secondo quanto riportato dal sito INAIL:

Caratteristiche

È una prestazione di natura economica corrisposta ai grandi invalidi (con grado di inabilità tra 80% e 100%, valutato in base alle tabelle allegate al Testo Unico (d.p.r. 1124/1965); grado di menomazione tra il 60% e 100%, valutato secondo le tabelle di cui al d.m. 12 luglio 2000, dal 1° gennaio 2007), a condizione che il reddito personale non superi i limiti stabiliti ogni anno dall'Inail.

L'importo dell'erogazione varia a seconda che l'invalido sia titolare o meno dell'assegno per assistenza personale continuativa ed è fissato annualmente, generalmente nel mese di novembre, in rapporto alle variazioni dell'indice dei prezzi al consumo per le famiglie di operai ed impiegati registrate dall'Istat.

Per l'anno 2015 l'importo è stato pari a euro 267,76 per grandi invalidi con Apc e a euro 215,53 senza Apc.

Indipendentemente dai limiti di reddito, il grande invalido ha diritto a una somma per ciascun figlio, di età non superiore ai 12 anni, fissata annualmente, generalmente nel mese di novembre, in rapporto alle variazioni dell'indice dei prezzi al consumo per le famiglie di operai ed impiegati registrate dall'Istat. Per l'anno 2015 l'importo è stato pari a euro 62,90.

L'erogazione integrativa di fine anno non è soggetta a tassazione Irpef.

Modalità di richiesta

Il grande invalido deve presentare/inoltrare, alla sede competente in base al domicilio del lavoratore, la dichiarazione allegata alla lettera che l'Inail invia tutti gli

anni nei mesi di novembre e dicembre per comunicare l'importo della erogazione integrativa e i limiti di reddito stabiliti. Il lavoratore può farsi assistere da un patronato.

Nel caso siano necessari chiarimenti, è sufficiente farne richiesta all'Osservatorio Nazionale Amianto, al quale può essere inoltrata un'email all'indirizzo osservatorioamianto@gmail.com, oppure ci si può rivolgere direttamente all'Avv. Ezio Bonanni inoltrandogli un'email all'indirizzo avveziobonanni@gmail.com.

- brevetto e distintivo d'onore: secondo il sito INAIL: **Caratteristiche**

Sono prestazioni di natura economica e onorifica. Ogni anno l'Inail consegna brevetti e distintivi d'onore ai grandi invalidi (con grado di inabilità tra 80% e 100%, valutato in base alle tabelle allegate al testo Unico (d.p.r. 1124/1965); grado di menomazione tra il 60% e 100%, valutato secondo le tabelle di cui al d.m. 12 luglio 2000, dal 1° gennaio 2007) e ai mutilati del lavoro (con grado di inabilità tra 50% e 79% valutata in base alle tabelle allegate al t.u.; grado di menomazione tra 35% e il 59% valutato secondo le tabelle di cui al d.m. 12 luglio 2000, dal 1° gennaio 2007).

È erogata, inoltre, una somma di denaro che per l'anno 2016 è pari a:

- 176,27 euro per il grande invalido del lavoro
- 132,01 euro per il mutilato del lavoro

I requisiti per averne diritto, oltre al grado di invalidità, sono la cittadinanza italiana e l'assenza di condanne penali di durata complessiva superiore a due anni.

Brevetto e distintivo vengono rilasciati una sola volta e adeguati al variare del grado di invalidità.

Brevetti e distintivi d'onore vengono consegnati nella Giornata dell'invalido e mutilato del lavoro organizzata ogni anno dall'Associazione nazionale mutilati e invalidi del lavoro, in occasione di celebrazioni che si svolgono a livello provinciale.

La prestazione viene adeguata nei casi in cui:

- un mutilato del lavoro diventi grande invalido: l'Inail gli consegna il nuovo brevetto, il distintivo e un assegno ad integrazione della differenza

- un grande invalido diventi mutilato del lavoro: l'interessato dovrà richiedere la sostituzione di brevetto e distintivo, restituendo quelli a suo tempo consegnatigli quando a seguito di revisione venga accertato un grado di inabilità inferiore al 50% o un grado di menomazione dell'indennità psicofisica inferiore al 35% dovuta a infortunio sul

lavoro verificatosi a decorrere dal 1° gennaio 2007 o a malattia professionale denunciata a decorrere dalla stessa data.

L'interessato dovrà restituire il brevetto e il distintivo a suo tempo consegnatigli.

Nel caso siano necessari chiarimenti, è sufficiente farne richiesta all'Osservatorio Nazionale Amianto, al quale può essere inoltrata un'email all'indirizzo osservatorioamianto@gmail.com, oppure ci si può rivolgere direttamente all'Avv. Ezio Bonanni inoltrandogli un'email all'indirizzo avveziobonanni@gmail.com.

Il pensionamento anticipato e i benefici contributivi per esposizione ad amianto.

Per il calcolo degli anni di servizio ai fini pensionistici, il lavoratore visitato e dichiarato invalido civile, di guerra, per lavoro e per servizio con invalidità in misura superiore ai 74% ha diritto al beneficio di 2 mesi di contribuzione figurativa per ogni anno di servizio effettivamente prestato come invalido, e ciò indipendentemente dalla causa dello stato di invalidità.

Per i lavoratori esposti ad amianto che hanno pure contratto patologia asbesto correlata (come per esempio il mesotelioma) sussiste il diritto alle maggiorazioni contributive ex art. 13 comma 7 L. 257/92, che corrisponde alla maggiorazione pari a 1,5 per ogni anno di lavoro in esposizione ad amianto, utile per anticipare la data di pensionamento, ovvero per aumentare la prestazione già liquidata (per maggiori indicazioni può essere consultata la sezione ["Tutela per benefici contributivi per esposizione ad amianto"](#) del sito istituzionale dell'Osservatorio Nazionale Amianto)

Recentemente, per effetto dell'art. 1 comma 250 L. 232/2016, coloro che hanno contratto mesotelioma, cancro polmonare e asbestosi che è stata riconosciuta come malattia professionale, ovvero causa di servizio, hanno diritto all'immediato accesso al pensionamento, a prescindere dall'anzianità anagrafica e contributiva, purché abbiano versato 5 anni di contributi di cui 3 nel periodo antecedente i 5 anni dal deposito della domanda.

Questo beneficio è riconosciuto a domanda, nel limite di 20.000.000 € per l'anno 2017 e di 30.000.000 € annui per il 2018, con una particolare procedura di monitoraggio, con una finestra annuale per la presentazione delle domande, così come già previsto per la c.d. APE sociale.

Per l'anno 2017, i lavoratori ammalati di patologie asbesto correlate potranno presentare la domanda di pensione all'INPS entro 60 giorni dalla pubblicazione del G.U. del decreto, e cioè il 16.09.2017, e a partire dal 2018, la domanda dovrà essere presentata entro il termine del 31 marzo di ogni anno. Nel caso in cui si preveda uno sfioramento nei limiti di spesa, anche in prospettiva, ci potrà essere un differimento nell'accoglimento delle domande, con preferenza in favore di coloro che avranno maturato una maggiore anzianità anagrafica, contributiva, e, infine, sulla base della data di presentazione della domanda.

È escluso da tale beneficio il lavoratore titolare di pensione o di assegno di invalidità per il quale l'INPS ha espresso soltanto un giudizio di invalidità non accertato in percentuale. Il beneficio è attribuito a seguito di specifica richiesta dell'interessato, corredata da idonea documentazione. Il beneficio è riconosciuto dall'anno 2002 fino al limite massimo di 5 anni di contribuzione figurativa utile ai fini della maturazione degli anni di servizio per il diritto alla pensione, dell'anzianità contributiva e dell'ammontare del trattamento pensionistico. Ciò è stato chiarito sia dall'INPS che dall'INPDAP, i quali hanno precisato che il diritto alla contribuzione figurativa matura a partire dal giorno in cui al lavoratore è riconosciuta un'invalidità superiore al 74% e non per gli altri periodi di lavoro.

Per maggiori indicazioni può essere consultata la sezione [Pensione immediata per i lavoratori malati](#) del sito istituzionale dell'Osservatorio Nazionale Amianto) oppure può essere contattata l'associazione inoltrando una e-mail all'indirizzo osservatorioamianto@gmail.com.

Il Fondo per le Vittime dell'Amianto.

Con l'art. 1, commi 241/246 della Legge 244/2007, è stato istituito il Fondo per le Vittime dell'Amianto, che è stato finanziato con risorse per i tre quarti da risorse dello Stato e per un quarto da risorse delle imprese.

Con successivo Decreto interministeriale n. 30 del 12 gennaio 2011 è stato stabilito che costituisce una prestazione aggiuntiva a favore di coloro che sono titolari di una rendita INAIL, per malattia asbesto correlata, ovvero derivante dalla fibra 'fiberfrax' e la cui inabilità o menomazione abbia concorso al raggiungimento del grado minimo indennizzabile in rendita pari o superiore al 16%.

L'atto del Ministro del lavoro e delle politiche sociali è stato ritenuto illegittimo dall'Osservatorio Nazionale Amianto, il quale lo ha impugnato innanzi il TAR del Lazio e, successivamente, le prestazioni sono state estese anche a coloro che hanno contratto il mesotelioma per esposizione ambientale (per effetto dell'art. 1, comma 116, della Legge 190/2014, come era nell'originaria formulazione normativa, che faceva espresso riferimento a *“tutte le vittime di patologie asbesto correlate”*).

Infatti, la prestazione del Fondo per le Vittime dell'Amianto (FVA) per l'importo di € 5.600,00 è stata erogata ai malati di mesotelioma per esposizione non professionale per il 2014 e tale prestazione è stata poi estesa a tutti coloro che hanno contratto la patologia nel periodo 2015-2017, per *“esposizione familiare a lavoratori impiegati in Italia nella lavorazione dell'amianto, ovvero per esposizione ambientale comprovata”* avvenuta sul territorio nazionale.

Questo importo è certamente esiguo e non corrisponde all'effettivo pregiudizio sofferto da coloro che hanno contratto il mesotelioma e parametrata a una stima di coloro che ne avrebbero diritto (che si è rivelata errata, tant'è vero che ad oggi c'è un considerevole disavanzo proprio perché non si aveva l'effettiva cognizione di quale sarebbe stato il numero di coloro che ne avrebbero richiesto l'erogazione).

L'INAIL ha quindi redatto un opuscolo informativo, anche con modalità in PDF, che può essere consultato sul sito [INAIL](#).

La prestazione dal FVA è partita con un incremento del 20% dell'indennità INAIL nel 2008 e nel 2009. Poi si è andata riducendo fino al 13,8% del 2015. Questa riduzione si giustifica per il fatto che le erogazioni dal FVA rimangono costanti per l'importo di 22 milioni di euro a carico dello Stato e 7,3 milioni a carico delle imprese che hanno utilizzato amianto.

Infatti, il numero di coloro che ne hanno diritto a questa prestazione aggiuntiva è in aumento perché ci sono sempre nuovi casi e perché, anche per coloro che vengono a mancare, le prestazioni debbono essere erogate agli eredi.

Per tali motivi, l'Osservatorio Nazionale Amianto ha sollecitato un adeguamento degli importi di cui al finanziamento del FVA, che tenga conto dell'aumentato numero dei prossimi malati di patologie asbesto correlate e loro congiunti (titolari di prestazioni di reversibilità) al fine di evitare una eccessiva riduzione degli importi erogati.

Nel caso in cui l'avente diritto contesti l'entità, ovvero ritenga che ci sia un errore di calcolo, potrà impugnare il provvedimento prima in sede amministrativa e poi giudiziaria.

Il termine decennale di prescrizione decorre dall'entrata in vigore del regolamento, mentre per le rendite successive dalla data della loro costituzione, mentre invece il diritto ad eventuali differenze sugli importi erogati si prescrive in 5 anni dalla data in cui l'INAIL ha informato l'interessato del provvedimento che decreta il pagamento.

Pubblico impiego e infermità dipendente da causa di servizio.

Fino a tutto il 2011, i lavoratori del pubblico impiego potevano godere delle prestazioni previdenziali di cui al riconoscimento della causa di servizio e dell'equo indennizzo. Il Governo Monti ha abrogato questo complesso normativo, ad eccezione dei dipendenti delle Forze Armate (Esercito, Marina e Aeronautica), dell'Arma dei Carabinieri, delle Forze di Polizia a ordinamento civile (Polizia di Stato, Corpo Forestale dello Stato, ora accorpato nei Carabinieri, e Polizia Penitenziaria) e militare (Guardia di Finanza), del Corpo Nazionale dei Vigili del Fuoco e Soccorso Pubblico, per i quali resta valida la normativa previgente.

Tali nuove norme non si applicano ai procedimenti in vigore fino al 6 dicembre 2011. Tuttavia, l'ambito di operatività del precedente complesso normativo, che rileva soprattutto per l'equiparazione alle vittime del dovere e all'erogazione delle prestazioni previdenziali di vittime del terrorismo, è molto esteso in relazione alla problematica amianto per il fatto che nel comparto delle Forze Armate e dei Corpi dello Stato adibiti alla sicurezza, proprio per le esposizioni morbigene a questo agente cancerogeno, si assiste a un sempre crescente numero di casi di mesotelioma che a tutti gli effetti debbono essere riconosciuti cause di servizio, peraltro con l'aggiunta delle prestazioni dovute all'equiparazione delle vittime del dovere (e quindi con liquidazione della speciale elargizione, dello speciale assegno vitalizio e dell'assegno vitalizio), peraltro reversibili al coniuge e ai figli.

Anche in questo caso, maggiori indicazioni possono essere attinte dal sito istituzionale dell'Osservatorio Nazionale Amianto nel Dipartimento [Riconoscimento Vittime del Dovere](#).

Il diritto al risarcimento dei danni in sede civile.

Innanzitutto i benefici contributivi per esposizione ad amianto sono essi stessi uno strumento di risarcimento, che viene erogato sotto forma di aumento dell'entità dei contributi e ciò a determinate condizioni anche per coloro che non si sono ancora ammalati e sempre per coloro che, invece, hanno contratto una patologia asbesto correlata.

Tutti i lavoratori esposti ad amianto in concentrazioni superiori alle 100ff/1 nella media delle 8 ore lavorative per ogni anno e per oltre 10 anni hanno diritto a vedersi rivalutato l'intero periodo con il coefficiente 1,5, in base all'art. 13 co. 8 L. 257/1992 a titolo di risarcimento per i danni comunque subiti per le esposizioni alle polveri e fibre di amianto, anche in assenza di patologia e in chiave preventiva (Corte Cost. Sent. n. 5 del 2000).

Gli enti pubblici, e prima di tutto l'INPS, hanno avuto sempre una idiosincrasia nell'applicazione di queste norme, con palleggio e melinaö (così definita da un dirigente medico legale dell'INPS), che ha costretto i lavoratori esposti per più di dieci anni a polveri e fibre di amianto, che avrebbero avuto diritto ad andare subito in pensione, ad intraprendere azioni legali, spesso fino all'ultimo grado di giudizio, e in molti casi quando le sentenze sono divenute definitive, avevano già raggiunto l'anzianità massima, ed erano già in pensione.

Si è generato un enorme contenzioso, ed il legislatore è intervenuto più volte, in chiave restrittiva e limitativa, anche per esigenze di finanza pubblica (art. 81 Cost. Corte Cost sent. 376 del 2008), nel quale si inseriscono le modifiche di cui all'art. 47 DL 269/2003, convertito con modificazioni nella legge 326 del 23.11.2003, che non trovano applicazione per tutti i lavoratori esposti ad amianto.

Infatti, la Corte ha ormai concluso che il beneficio per esposizione ad amianto non costituisce una prestazione pensionistica, bensì un risarcimento che si lega al fatto dell'esposizione all'amianto (Cass. Civ. Sez. VI, Lav. Sent. 09/02/2015 n. 2351) che di per sé, come abbiamo visto, e come purtroppo dimostra il tragico bilancio in termini di vite umane, reca danni irreversibili alla salute, perché le fibre rimangono nell'organismo umano per tutta la vita, provocando fenomeni infiammatori e precancerosi se non proprio dei tumori conclamati, quasi sempre, purtroppo, ad esito infausto.

Il risarcimento dei danni.

L'INAIL indennizza il danno patrimoniale, per diminuite capacità di lavoro, e quello biologico, solo nel caso in cui il grado invalidante raggiunga il 16%, con una rendita mensile.

Nel caso in cui il grado invalidante non raggiunga questa soglia (dal 6% al 15%), l'INAIL indennizza il solo danno biologico, con quantificazione che non tiene conto dell'integralità della lesione, con specifico riferimento ai profili dinamico-relazionali, e nessuna prestazione viene erogata laddove il grado di invalidità non raggiunga la soglia minima del 6%.

In caso di decesso, provocato dalla malattia professionale, il coniuge ha diritto alla rendita in reversibilità nella misura del 50%.

In questa medesima prospettiva va ribadito, anche il significato del riferimento contenuto nell'art. 13, co. II, lett. a), d.lgs. n. 38/2000 ó agli aspetti dinamico-relazionali del danno biologico indennizzabile, che sussiste un danno differenziale quantitativo, e qualitativo, e quindi il diritto all'integrale ristoro del pregiudizio non patrimoniale¹³, che non può essere confinato nella sola prospettiva indennitaria¹⁴, di per sé estranea alle direttive costituzionali del ristoro integrale e personalizzato del pregiudizio alla persona nella sua complessiva proiezione esistenziale. Sono perciò fondate le domande di risarcimento del maggior danno, anche biologico, subito dalla vittima primaria, oltre che dai familiari; deve pertanto essere calcolato l'ulteriore importo dovuto a titolo di integrale risarcimento dei danni e quindi del differenziale (quantitativo e qualitativo), nel rispetto dell'omogeneità (e comparabilità) dei titoli risarcitori¹⁵.

Il lavoratore malato, ovvero gli eredi di quello deceduto, hanno diritto al totale risarcimento di tutti i danni, prima di tutto di quelli patrimoniali e poi di quelli non patrimoniali, sofferti anche in proprio dagli stretti congiunti e da tutti coloro che avessero un significativo rapporto personale con la vittima (SS.UU., n. 26972 e 26973 del 2008).

¹³ Per un approfondimento cfr. A. Ciriello, *Sicurezza e infortuni sul lavoro: responsabilità e danno*, in corso di pubblicazione, p. 447 ss.; R. Rivero, *Approdi giurisprudenziali in tema di danno iure proprio e iure hereditatis. Aspetti processuali. Applicabilità del rito del lavoro. Il danno da morte del lavoratore, tanatologico e terminale. Criteri di liquidazione*, in G. Moro-R. Tosato (a cura di), *Malattie da amianto. Danni alla persona ed esperienze giurisprudenziali*, Roma, 2012 p. 131, il quale ribadisce che «il riferimento agli aspetti dinamico relazionali considera i riflessi indotti dalla menomazione della capacità psico-fisica in modo indifferenziato su tutti i soggetti infortunati o tecnopatici; non riguarda invece gli aspetti soggettivi e la personalizzazione del danno che restano affidati alla tutela risarcitoria».

¹⁴ Come osserva App. Roma (ud. 21 ottobre 2014), cit., il danno biologico nel sistema indennitario concerne la lesione della salute «secondo le ricadute di effetti dinamico-relazionali di un uomo medio».

¹⁵ La tesi dello scorporo delle poste ai fini della comparazione di titoli risarcitori omogenei costituisce l'esito dan faticoso, ma consapevole, percorso giurisprudenziale: cfr. A. Ciriello, *Sicurezza e infortuni sul lavoro*, cit., p. 457 s.; M. DeOriano, *La liquidazione del danno alla persona*, cit., p. 23 ss.; C. Parise, *Tra previdenza e lavoro: questioni controverse*, cit., p. 18 ss.

I pregiudizi non patrimoniali non consistono nella sola lesione biologica e psicobiologica (art. 32 Cost.), ma travolgono la persona intera, con sofferenze interiori e lesioni alla personalità e alla dignità morale (artt. 2 e 3 della Costituzione), che integrano il c.d. danno morale e alla vita familiare e sociale, che riguarda anche i famigliari (artt. 29, 30 e 31 della Costituzione, che a loro volta sono concatenati con quelli di cui agli artt. 35, 36 e 41 II co. della Costituzione e non possono prescindere da quelli della Cedu e della Carta dei Diritti Fondamentali dell'Unione Europea, i quali ultimi rilevano ai fini della personalizzazione della loro quantificazione - così Corte di Cassazione, III Sez. Civ., sentenza n. 2352 del 2010, che qui si intende riscritta), in quanto in più occasioni loro stessi sono stati esposti e hanno un concreto rischio di ammalarsi che per molti si è concretizzato.

Il lavoratore malato ed eventualmente deceduto, prima è di solito sottoposto a sorveglianza sanitaria e dunque consapevole del rischio, e poi riceve la diagnosi: solitamente una patologia fibrotica (placche pleuriche, ispessimenti pleurici e asbestosi) e poi si arriva alla diagnosi del cancro (con astenia, dolori, dimagrimento, modifica della personalità e del ruolo sociale e familiare) e poi le conseguenze di pratiche sanitarie invasive (effetti e complicazioni di interventi chirurgici; quelli collaterali della chemioterapia e della radioterapia).

Poi c'è la consapevolezza nel lavoratore malato di aver esposto anche i famigliari e quindi del loro rischio di contrarre la stessa patologia e la preoccupazione per la sorte dei famigliari anche dopo la dipartita, di cui vi è lucida consapevolezza essendo ormai risaputo che le patologie asbesto correlate sono quasi sempre con esito infausto.

Sia la vita del lavoratore che quella dei suoi famigliari sono letteralmente sconvolte già dalla diagnosi della patologia e anche quando la medesima non porta alla morte, comunque ha conseguenze imponenti sia sulla vittima che sui suoi famigliari, questi ultimi impegnati nell'assistenza continua e allo stesso modo consapevoli di essere impotenti rispetto alla patologia del congiunto e per la sorte che potrebbe riguardarli direttamente, per il fatto che essendo stati esposti inconsapevolmente possono, anche dopo 30, 40, 50 anni, vedersi diagnosticata quella stessa patologia per la quale sarebbero destinati alla morte, condividendo quindi la sorte del loro sventurato congiunto.

I familiari, come il lavoratore malato, debbono modificare completamente il progetto e lo stile di vita, annullare tutti gli impegni lavorativi e sociali, modificare completamente le abitudini e anche la stessa personalità.

Le vittime e i loro familiari sono assaliti da un senso di rabbia e al tempo stesso di impotenza e vedono modificata la loro personalità, la loro identità personale, il loro ruolo nella famiglia e nella società, già al momento della diagnosi e tale condizione si accentua man mano che i sintomi diventano sempre più imponenti. La morte poi è spesso la sorte che tocca a questi lavoratori e a quei familiari che si ammalano, e per di più dopo atroci sofferenze che si prolungano per mesi e anche per anni.

Lo sfinimento coglie anche i familiari e seppure resistono durante l'agonia del congiunto, crollano subito dopo.

Per non parlare poi dei lunghi pellegrinaggi della speranza, tra un ospedale e un altro, e spesso con l'atroce, inevitabile, realtà della morte, come logica conseguenza di queste patologie.

In questo percorso, non esiste più alcuna intimità, alcuna possibilità di poter vivere una vita normale, nella lucida consapevolezza, della vittima e di tutti i suoi familiari, dell'esito ineluttabile e invincibile di queste patologie.

Anche ogni rapporto con il resto dei familiari, con gli amici, viene meno, o quantomeno si trasforma.

Le sofferenze fisiche e morali sono quindi imponenti. In alcuni contesti, come per esempio quello di Casale Monferrato, di Broni, di La Spezia e di altre città, l'epidemia è divenuta un vero e proprio olocausto, con incapacità delle istituzioni di supportare e sostenere le famiglie, che quindi troppo spesso sono lasciate sole a combattere contro il male, spesso contro gli enti previdenziali, i datori di lavoro e la burocrazia.

Sia il lavoratore che ha contratto la patologia, sia i suoi familiari hanno diritto al risarcimento del «**danno biologico** (cioè la lesione della salute), [di] **quello morale** (cioè la sofferenza interiore) e **quello dinamico-relazionale** (altrimenti definibile esistenziale, e consistente nel peggioramento delle condizioni di vita quotidiane, risarcibile nel caso in cui l'illecito abbia violato diritti fondamentali della persona) **costituiscono pregiudizi non patrimoniali ontologicamente diversi e tutti risarcibili**» (Corte di Cassazione, III Sez. Civile, con la sentenza 19.02.2013, n. 4033).

La prova dell'entità del danno può essere anche presuntiva e si può raggiungere anche attraverso l'utilizzo del potere di indagine del consulente tecnico di ufficio (Cass. 16471/09; 21728/06 e 1901/2010 ed *ex multis*), per cui rilevano:

- lo sconvolgimento che i fatti lesivi provocano nella vittima primaria e nei familiari;

- la tipologia ed entità degli stati, temporanei e permanenti, di invalidità riportati dal danneggiato, parametri dai quali già di per sé si può dedurre il livello minimo presuntivo di incidenza delle lesioni sul piano della sfera morale del danneggiato; dell'età e del sesso della vittima;

- l'attività lavorativa o gli hobby svolti dal danneggiato;

- l'essere la vittima stata oggetto di un'ingiusta lesione della propria persona e della propria dignità umana;

- i disagi ed i fastidi patiti in relazione allo svolgimento delle attività quotidiane;

- la necessità di affrontare operazioni chirurgiche riparatrici, esami invasivi o terapie riabilitative; le perdite di tempo e le frustrazioni incorse in visite mediche, sedute riabilitative, accertamenti medico-legali, sessioni con i propri avvocati; dell'essersi trovato costretto ad affrontare dapprima un *iter* stragiudiziale e poi giudiziale, con tutti i relativi stress.

I danni subiti dal lavoratore in caso di decesso e per il decesso debbono essere liquidati ai suoi eredi.

I famigliari e coloro che avevano con la vittima un significativo rapporto, proprio perché hanno subito dei pregiudizi morali e dinamico-relazionali e spesso anche economici, hanno diritto al risarcimento integrale dei danni che direttamente hanno subito (SS.UU. 26972/08 in relazione alle norme di cui agli artt. 2, 3, 4, 29, 30, 31, 32, 35, 36 e 41 II co. della Costituzione e delle norme di cui ai Trattati Internazionali - art. 1 della Carta dei Diritti Fondamentali dell'Unione Europea, in relazione alla tutela della «*integrità morale quale massima espressione della dignità umana*», e a tutti i diritti ivi contemplati e a quelli che lo sono nella CEDU e nei protocolli allegati, a pieno titolo norme di diritto comunitario, in base all'art. 6 del Trattato di Lisbona; come confermato dalla Corte di Cassazione, III Sez. Civ., sentenza n. 2352 del 2010, in quanto rientrante nel catalogo dei diritti della persona umana).

In ultimo, le Sezioni Unite (22 luglio 2015, n. 15350¹⁶), pur negando il risarcimento del danno per perdita della vita quale diritto autonomo, hanno in ogni caso confermato il principio del diritto al ristoro integrale di tutti i danni (SS.UU. n. 26972 e n. 26973 del 2008, a loro volta ricollegabili a SS.UU. 6572/2006), anche quelli sofferti *iure proprio* dai familiari (Corte di Cassazione, III Sezione Civile, sentenze 8827 e 8828 del 2003).

La non applicabilità della regola dell'esonero.

I datori di lavoro continuano a difendersi invocando la regola dell'esonero di cui all'art. 10 del dpr 1124/65, oltre ad assumere la congruità della regola INAIL, per evitare la condanna al risarcimento dei danni differenziali e complementari.

La regola dell'esonero era stata già via via erosa dalla giurisprudenza, anche costituzionale, e in ultimo la Corte di Cassazione ha stabilito che *«L'esonero del datore di lavoro dalla responsabilità civile per i danni occorsi al lavoratore infortunato e la limitazione dell'azione risarcitoria di quest'ultimo al cosiddetto danno differenziale nel caso di esclusione di detto esonero per la presenza di responsabilità di rilievo penale, a norma dell'art. 10 D.P.R. n. 1124 del 1965 e delle inerenti pronunce della Corte Cost., riguarda l'ambito della copertura assicurativa, cioè il danno patrimoniale collegato alla riduzione della capacità lavorativa generica»*. Tale esonero, secondo la Corte, non riguarda gli altri danni, che debbono essere tutti risarciti, sia quelli subiti dal lavoratore defunto sia quelli patiti dai suoi familiari: *«Invece ó in armonia con i principi ricavabili dalle sentenze della Corte cost. n. 356 e 485 del 1991 e con il conseguente orientamento della giurisprudenza ordinaria sui limiti della surroga dell'assicuratore ó tale esonero non riguarda il danno alla salute o biologico e il danno morale di cui all'art. 2059 c.c., entrambi di natura non patrimoniale, al cui integrale risarcimento il lavoratore ha diritto ove sussistano i presupposti della relativa responsabilità del datore di lavoro (cfr., ex aliis, Cass. n. 8182/2001 e successive conformi)»* (Corte di Cassazione, Sezione Lavoro, sentenza n. 777/2015 ed *ex multis*¹⁷).

Infatti, tra i pregiudizi non coperti dall'indennizzo INAIL, che in ogni caso non riguarda tutti gli eredi e/o i famigliari della vittima, debbono essere considerati quelli

¹⁶ Le Sezioni Unite sono state chiamate a pronunciarsi sulla risarcibilità del danno da lesione al diritto alla vita. Pur escludendo la risarcibilità del diritto alla vita come autonomo diritto, in ogni caso hanno confermato che la vittima ha diritto al risarcimento di tutti i danni e con lei anche i suoi famigliari.

¹⁷ La Corte di Cassazione, con la sentenza n. 45/2009, precisa che *«le conseguenze in tema di riparto degli oneri probatori nella domanda di danno differenziale da infortunio sul lavoro ... ed in particolare dalla natura contrattuale della responsabilità, è che esso si pone negli stessi termini che nell'art. 1218 c.c. sull'inadempimento delle obbligazioni»*.

legati allo «*sconvolgimento conseguente alla percezione della propria integrità violata*»¹⁸, agli stress, **fastidi, disagi, dispiaceri, infelicità, amarezze, imbarazzi, sentimenti di «*rabbia*»**¹⁹, **frustrazioni** ed altre **emozioni negative**, per il riposo forzato, il turbamento derivante dalla non accettazione del proprio stato e al «*sentimento di lesa dignità*»²⁰ per il fatto di dipendere, temporaneamente o in via permanente, in tutto o in parte, dagli altri, anche per le funzioni più elementari della vita, dall'igiene personale sino all'espletamento delle più basilari funzioni corporali e al fatto di dover affrontare un *iter* legale per la tutela dei propri diritti, ecc.; all'amarezza che scaturisce dalla consapevolezza di non riuscire a stare accanto ai propri cari, familiari ed amici come prima della diagnosi della patologia, cui consegue, quasi sempre, la impossibilità di poter svolgere perfino le più elementari funzioni della vita, ecc.), **spaventi, angosce, timori** e «*prove negative della vita*» causati dall'evento dannoso (per esempio, la preoccupazione per il fatto di aver corso o di dover affrontare un determinato potenziale o concreto pericolo per la propria salute o vita²¹; tra i quali la paura per un ricovero, per un'anestesia, per un'operazione o per il dolore fisico), **preoccupazioni e timori per il futuro** (ad esempio, per le sorti della propria famiglia, per la propria posizione sociale, per il rischio di perdere il lavoro o di non riuscire a concorrere come in precedenza sul mercato del lavoro o il che, di questi tempi, è un serio problema); ovvero di quei **perturbamenti dell'animo**, ossia di ogni pregiudizio immateriale o circoscritto nel tempo (transeunte) o destinato a permanere o derivante dalla **alterazione in peius dell'integrità morale** (ricordando qui una felice espressione utilizzata dalla Cassazione, della modifica negativa della «*sfera dell'intimo sentire*»²²) e non suscettibile di «*accertamento scientifico*», che per nessun motivo e ragione possono essere ricompresi nei pregiudizi di cui alla rendita INAIL e che sono risarcibili autonomamente.

¹⁸ Così, efficacemente, si rinvia in App. Torino, sez. III, 5 ottobre 2009, n. 1315, est. Scotti, in www.dirittoegiustizia.it, 2009, 12.

¹⁹ Cfr. su questa «*reazione naturale*» quale componente del danno morale Trib. Roma, sez. XI, 13 luglio 2009, in www.altalex.it, nonché da ultimo Trib. Torino, Sez. distaccata Chivasso, 15 giugno 2011, n. 38, g.u. Vicini, ined., in cui, in un caso di responsabilità medica, si è tenuto distinto dal «*dolore nocicettivo della sofferenza fisica per le lesioni e i loro postumi, che coincide con il danno biologico*», il dolore «*d. psicossociale, rappresentato dal senso di inadeguatezza, di rabbia che inevitabilmente prova colui che non è più in grado di condurre una vita normale, soprattutto allorché ciò sia la conseguenza di una ingiusta condotta altrui*».

²⁰ Questa felice espressione si rinvia in R. Domenici, *La quantificazione del dolore*, cit., 205.

²¹ Cfr., ancora da ultimo, Cass. civ., Sez. III, 13 maggio 2009, n. 11059, in *Resp. civ.*, 2009, 7, 658, in cui la Suprema Corte, in occasione dell'ennesima sentenza sul disastro ambientale di Seveso, ha affermato la risarcibilità del danno morale occorso a 86 cittadini residenti in prossimità dell'impianto da cui, nel 1976, fuoriuscì una nube tossica composta da diossina. Nello specifico, la Cassazione, asserendo il principio per cui «*il danno non patrimoniale consistente nel patema d'animo e nella sofferenza interna ben può essere provato per presunzioni e che la prova per inferenza induttiva non postula che il fatto ignoto da dimostrare sia l'unico riflesso possibile di un fatto noto, essendo sufficiente la rilevante probabilità del determinarsi dell'uno in dipendenza del verificarsi dell'altro secondo criteri di regolarità causale*», ha ritenuto che fosse stato correttamente riconosciuto dal giudice del merito il danno morale consistente nel «*patema d'animo e nella sofferenza interna*», provocati in ciascuna delle vittime dalla «*preoccupazione per il proprio stato di salute*». Conforme Cassazione, Sez. Lav., Sentenza n. 649 del 23 gennaio 1999 (Rv. 522582): «*(...) non costituendo la sezione lavoro, nell'ambito della pretura, un diverso organo di giustizia, la questione se una controversia spetti al giudice del lavoro, ovvero ad altro magistrato della stessa pretura, non pone un problema di competenza in senso proprio, ma di distribuzione delle cause all'interno dello stesso ufficio (Cass. nn. 12210/92; 518/92; 11651/91 ed altre). Deve aggiungersi che, ai sensi degli artt. 2 e 3 della legge 1.2.1989, n. 30, come interpretata autenticamente dall'art. 1 della legge 11.7.1989, n. 251, i rapporti tra la pretura circondariale e le sue sezioni periferiche, ai fini della distribuzione delle cause, non pongono problemi di competenza in senso stretto, ma solo problemi di organizzazione interna (conf. Cass. n. 9582/97)*».

²² Così Cass. civ., Sez. III, ord., 25 febbraio 2008, n. 4712, in *Danno e resp.*, 2008, 5, 553, in *Corr. giur.*, 2008, 5, 621.

Allo stesso modo, i pregiudizi sofferti dai famigliari.

La quantificazione dei danni.

Il risarcimento dei danni deve essere integrale (Cass., SS.UU., 26972/08 e 26973/08). Tutta la successiva giurisprudenza si è uniformata a questo principio, anche con specifico riferimento ai c.d. danni differenziali e a quelli *iure proprio* dei prossimi congiunti (per questi ultimi, tra le tante, Corte di Cassazione, Sezione lavoro, sentenza del 21.04.2011, n. 9238).

Il criterio, specialmente riferito al pregiudizio patrimoniale, non può che essere quello equitativo, fondato sulle tabelle, tra le quali quelle elaborate dal Tribunale di Milano²³, da intendersi quali strumenti di controllo dell'equità giudiziale e di verifica degli esiti concreti della monetizzazione; la quantificazione, tuttavia, potrà essere soggetta a personalizzazione, in modo da poter rideterminare (in aumento o in diminuzione) il *quantum* delle singole poste in relazione alle caratteristiche individuali del danneggiato, in relazione alle norme di cui all'art. 1126 c.c., in ordine alla responsabilità contrattuale, ovvero ex art. 2056 c.c. per quanto riguarda la responsabilità extracontrattuale, e comunque ex art. 432 c.p.c..

La quantificazione dell'entità dei danni non patrimoniali non consente di appiattare o livellare le distinte voci risarcibili all'interno dei singoli valori di punto²⁴, con raffronto degli addendi, così da pervenire alla riparazione del danno nella sua interezza, in conformità alla direttiva costituzionale²⁵.

Determinata l'entità del pregiudizio non patrimoniale, cui va aggiunto quello patrimoniale, occorre scorporare quanto eventualmente liquidato da INAIL tenendo conto che il danno patrimoniale indennizzato è solo quello che deriva dalle diminuite capacità di lavoro, e «*il danno biologico non si esaurisce nell'indennizzo Inail*» (Corte di Cassazione, Sezione Lavoro, n. 5437/2011), e quindi il lavoratore e, in caso di decesso, il coniuge cui è liquidata la rendita in reversibilità, hanno diritto al risarcimento

²³ Come è noto, l'utilizzo del metodo tabellare (e su quali tabelle la scelta debba ricadere) è tuttora in discussione: Cass. Civ., 7 giugno 2011, n. 12408, ha richiamato la giurisprudenza di merito all'uso delle tabelle del Tribunale di Milano, pur «*da modularsi a seconda delle circostanze del caso concreto*», mentre un indirizzo successivo ha sollevato dubbi sul loro carattere vincolante. In particolare, Cass. Civ., 23 gennaio 2014, n. 1361, cit., ha argomentato diffusamente, concludendo per «*l'illegittimità dell'apposizione di una limitazione massima non superabile alla quantificazione dei danni alla persona*», come in ultimo ribadito da Cass., Sez. Civ., sentenza del 20.05.2015 n. 10263.

²⁴ Cfr. Cass. Lav., 19 gennaio 2015, n. 777, cit., secondo la quale «*il danno esistenziale non è un'autonoma posta di danno*», tuttavia la liquidazione dovrà tener conto delle conseguenze nella vita concreta della persona; Cass. Civ., 20 novembre 2012, n. 20292: l'unitarietà della categoria del danno non patrimoniale impone una liquidazione unitaria, «*ma non una considerazione atomistica dei suoi effetti*».

²⁵ Come osserva A. Ciriello, *op. cit.*, p. 457 s., l'operazione di scorporo delle poste è resa complessa dalle Tabelle milanesi, che «*prevedono una liquidazione congiunta di tutti questi pregiudizi sulla base di due indici: quello dei valori medi e quello della personalizzazione con la conseguente difficoltà di sottrarre l'indennizzo statico dal risarcimento che include sia risvolti anatomico-funzionali che nei suoi risvolti relazionali (medi o personalizzati)*». In altre parole questi danni vanno risarciti in modo integrale, non solo con riferimento alla lesione in se del bene salute, quanto anche piuttosto nella concreta dinamica e nei risvolti della vita di relazione, ivi compresa quella affettiva e familiare. Sulle caratteristiche della tabelle del Tribunale di Roma, v. App. Roma (ud. 21 ottobre 2014), cit.

dei c.d. danni differenziali, ivi compresi i c.d. danni complementari. Gli altri stretti congiunti hanno diritto all'integrale risarcimento dei danni *iure proprio* sofferti e gli eredi alla liquidazione del differenziale, sia quantitativo che qualitativo.

Tutti i pregiudizi debbono essere risarciti, anche quelli esistenziali legati alla «gravità delle conseguenze del non poter più avere capacità di procreazione e di vita sessuale, di fare sport e/o altre analoghe attività e, in sintesi, di avere una normale vita di relazione così come gli altri (...) coetanei», attraverso l'uso «di massime di comune esperienza a fini di riconoscimento del danno non patrimoniale (...) perfettamente conforme all'insegnamento di Cass. S.U. n. [26972/08](#)» (Cass. SS.UU., sentenza n. 15350 del 22 luglio 2015).

In caso di decesso, continuano le Sezioni Unite, debbono essere integralmente risarciti tutti i danni ai familiari e quindi le «perdite di natura patrimoniale o non patrimoniale che dalla morte possono derivare ai congiunti della vittima, in quanto tali e non in quanto eredi (Corte Cost., n. 372 del 1994; Cass., n. 4991 del 1996; n. 1704 del 1997; n. 3592 del 1997; n. 5136 del 1998; n. 6404 del 1998; n. 12083 del 1998, n. 491 del 1999, n. 2134 del 2000; n. 517 del 2006, n. 6946 del 2007, n. 12253 del 2007)», e ciò in relazione alla lesione dei diritti di cui agli artt. 29, 30 e 31 Cost. (Cass., sentenze n. 8827²⁶ ed 8828 del 2003, e SS.UU., sentenza n. 6572 del 2006 e ancora n. 26972 del 2008, che fa esplicito riferimento al risarcimento dei diritti per lesione del vincolo familiare²⁷).

«In particolare viene qui in rilievo la tutela riconosciuta ai soggetti che abbiano visto lesi i diritti inviolabili della famiglia (articoli 2, 29, 30 Cost.) a seguito della perdita del rapporto parentale; situazione dalla quale palesemente possono emergere danni non patrimoniali tutelabili ex articolo 2059 c.c. e per la cui liquidazione devono essere considerati un complesso di elementi (età della vittima, grado di parentela, particolari condizioni della famiglia, convivenza ed età dei familiari) idonei a dimensionare il risarcimento all'effettiva entità del pregiudizio sofferto (cfr. ad es. Cass.

²⁶ Cass. civ., Sez. III 31-05-2003, n. 8827: «Non sussiste alcun ostacolo alla risarcibilità del danno non patrimoniale in favore dei prossimi congiunti del soggetto che sia sopravvissuto a lesioni seriamente invalidanti. Nel vigente assetto dell'ordinamento, nel quale assume posizione preminente la Costituzione o che, all'art. 2, riconosce e garantisce i diritti inviolabili dell'uomo o, il danno non patrimoniale deve essere inteso come categoria ampia, comprensiva di ogni ipotesi in cui sia lesa un valore inerente alla persona, non esaurendosi esso nel danno morale soggettivo. Il danno non patrimoniale conseguente alla ingiusta lesione di un interesse inerente alla persona, costituzionalmente garantito, non è soggetto, ai fini della risarcibilità, al limite derivante dalla riserva di legge correlata all'art. 185 cod. pen., e non presuppone, pertanto, la qualificabilità del fatto illecito come reato, giacché il rinvio ai casi in cui la legge consente la riparazione del danno non patrimoniale ben può essere riferito, dopo l'entrata in vigore della Costituzione, anche alle previsioni della Legge fondamentale, ove si consideri che il riconoscimento, nella Costituzione, dei diritti inviolabili inerenti alla persona non aventi natura economica implicitamente, ma necessariamente, ne esige la tutela, ed in tal modo configura un caso determinato dalla legge, al massimo livello, di riparazione del danno non patrimoniale» (conforme Cass. civ., Sez. III, 31-05-2003, n. 8828).

²⁷ In modo più esteso: E. Bonanni e G. Ugazio, *Patologie Ambientali e Laborative*, Ed. Minerva Medica, Torino, 2011.

n. 8827/2003; Cass. n. 8828/2003; Cass. n. 28407/2008)» (Corte di Cassazione, Sezione Lavoro, sentenza n. 9238 del 21.04.2011²⁸).

Ferma restando la c.d. «*vocazione nazionale*» delle tabelle di Milano (v. Cass., 7.6.2011, n. 12408, in *Foro it.*, 2011, I, 2274 ss.; Cass., 30.6.2011, n. 14402, in *Resp. civ. e prev.*, 2011, 2025 ss e Cass., Sez. Civ., sentenza n. 10263/2015), e anche a non volerne tenere conto, in ogni caso debbono essere integralmente risarciti sia i danni sofferti dal lavoratore malato ed eventualmente deceduto, che quelli sofferti dai familiari ovvero da tutti coloro che in qualche modo hanno subito un pregiudizio (Cass., 14.9.2010, n. 19517, in *Il civilista*, 2010, n. 11, 22 ss.; Cass., 19.5.2010, n. 12318, in *Danno e resp.*, 2010, 1043 ss.; Cass., 26.1.2010, n. 1529, ined.; Cass., 12.12.2008, n. 29191, in *Resp. civ. e prev.*, 2009, 811 ss.; Cass., 16.9.2008, n. 23725, in *Giust. civ.*, 2009, 12, 2714 ss.).

Ove le tabelle non dovessero trovare applicazione e il criterio fosse solo quello equitativo, in ogni caso sia per i danni della vittima primaria che di tutti quelli degli altri soggetti si impone il rispetto del criterio di integrale ristoro (Cass., 20.2.2015, n. 3374,

²⁸ È utile, a questo punto, richiamare il percorso motivazionale attraverso il quale la Corte di Cassazione, Sezione Lavoro, sentenza n. 9238 del 21.04.2011 ha affermato il già richiamato principio di diritto: «*Giova, al riguardo, premettere come, con riferimento al nuovo modello risarcitorio patrocinato dalle S.U. con la sentenza n. 26973 del 2008, questa Corte abbia già osservato che, nello specifico ambito lavoristico, che costituisce da sempre terreno di elezione per l'immersione ed il riconoscimento dei danni alla persona, per tali intendendosi il complesso dei pregiudizi che possono investire l'integrità fisica e la personalità morale del lavoratore, si riscontra un reticolato di disposizioni specifiche volte ad assicurare una ampia e speciale tutela alla persona del lavoratore con il riconoscimento espresso dei diritti a copertura costituzionale (articolo 32 e 37 Cost.)*».

In tal contesto, la regola chiave dell'intervento delle S.U. è che il risarcimento deve ristorare interamente il pregiudizio, a condizione che sia superata la soglia di offensività, posto che il sistema richiede un grado minimo di tolleranza o impone, in presenza di un pregiudizio costituzionalmente qualificato, quale criterio direttivo essenziale per la liquidazione del danno, una volta esclusa ogni operazione di mera sommatoria, un criterio di personalizzazione del risarcimento, che risulti strumentale alla direttiva del ristoro del danno nella sua interezza.

Ciò implica, in primo luogo, che, esclusa ogni duplicazione meramente nominalistica delle voci e dei titoli di danno, a fronte dell'omnicomprensività che assume la categoria del torto non patrimoniale, si dovrà, comunque, tener conto dell'insieme dei pregiudizi sofferti, purché sia provata nel giudizio l'autonomia e distinzione degli stessi, atteso che, ove non si realizzasse tale condizione, verrebbe vanificata la necessità di assicurare l'effettività della tutela, con la piena reintegrazione della sfera giuridica violata.

Ne discende che, in presenza della lesione di un diritto fondamentale della persona, la personalizzazione (id est l'integrità) del risarcimento imporrà la considerazione per ogni conseguenza del fatto lesivo, ivi compresi i pregiudizi esistenziali (quali le sofferenze di lungo periodo e il deterioramento obiettivamente accettabile della qualità della vita, che pur non si accompagnino ad una contestuale lesione dell'integrità psico-fisica in senso stretto), che siano riflesso della gravità della lesione e della sua capacità di compromettere bisogni ed esigenze fondamentali della persona.

Così come ne deriva che il bisogno, segnalato dalle S.U., che i giudici accertino l'effettiva entità del pregiudizio e provvedano all'integrale riparazione rende il criterio della personalizzazione del danno tendenzialmente incompatibile con metodologie di calcolo puramente automatiche ed astratte (v. ad es. Cass. n. 29191/2008, per la quale vanno esclusi i meccanismi semplificativi di liquidazione di tipo automatico), e cioè che non tengano conto, nell'ambito di una valutazione esaustiva e complessa e pur facendo ricorso a criteri predeterminati, delle condizioni personali e soggettive del lavoratore e della gravità della lesione, e quindi della particolarità del caso concreto e della reale entità del danno.

Resta fermo, in ogni caso, che spetta al giudice di merito accertare, ove il danno determini un vulnus per interessi oggetto di copertura costituzionale, i criteri che consentano, attraverso una adeguata personalizzazione del risarcimento, l'integrale riparazione del pregiudizio, e tale valutazione, se assistita da motivazione adeguata, coerente sul piano logico e rispettosa dei principi che regolano la materia, resta esente dal sindacato di legittimità.

Deve, quindi, in sintesi affermarsi che, in presenza della lesione di un diritto fondamentale della persona, la regola per cui il risarcimento deve ristorare interamente il pregiudizio impone di tener conto dell'insieme dei pregiudizi sofferti, purché sia provata nel giudizio l'autonomia e distinzione degli stessi, e che, a tal fine, il giudice deve provvedere all'integrale riparazione secondo un criterio di personalizzazione del danno, che, escluso ogni meccanismo semplificato di liquidazione di tipo automatico, tenga conto, pur nell'ambito di criteri predeterminati, delle condizioni personali e soggettive del lavoratore e della gravità della lesione, e quindi della particolarità del caso concreto e della reale entità del danno. Nel caso in esame la Corte territoriale, facendo corretta applicazione di tali principi, ha determinato la misura del risarcimento (quantificato in misura pari al doppio del danno biologico), tenendo conto delle ripercussioni, massimamente penalizzanti, che la malattia aveva avuto sulla vita del danneggiato, e valorizzando, pertanto, nell'ottica di un risarcimento personalizzato, la penosità della sofferenza, le quotidiane difficoltà, le cure estenuanti e l'assenza di ogni prospettiva di guarigione, proprie di una persona affetta da una grave forma tumorale maligna ad esito infausto, che lo aveva condotto alla morte dopo quasi tre anni di malattia. La motivazione adottata dai giudici di merito individua le fonti di convincimento e giustifica in modo logicamente plausibile ed in assenza di errori di diritto la decisione, sicché si sottrae ad alcuna censura in sede di legittimità.

Con il quarto motivo la società ricorrente prospetta, ai sensi dell'articolo 360 c.p.c., n. 3, ulteriore violazione dell'articolo 2059 c.c., per costituire duplicazione non consentita del danno la attribuzione agli eredi di un danno non patrimoniale iure hereditatis (per invalidità temporanea totale e relativa personalizzazione) ed il contestuale riconoscimento iure proprio di un danno non patrimoniale per la morte del congiunto. Il motivo è infondato. Quindi, il principio di diritto che abbiamo richiamato nel testo si fonda su solide basi ermeneutiche e su una interpretazione letterale, sistematica, teleologica e secundum constitutionem di tutto il complesso corpus normativo che attiene alla materia della tutela della dignità della persona umana e dell'integrità psico-fisica e delle conseguenze delle violazioni sul piano civilistico-risarcitorio.

in *D & G*, 6, 2015, 55 ss.; Cass., 18.11.2014, n. 24473, in *D & G*, 19.11.2014; Cass., 18.11.2014, n. 23778, ined.; Cass., 8.7.2014, n. 15491, in *D & G*, 9.7.2014. Con particolare riferimento al rapporto di lavoro, Cass., 28.6.2013, n. 16413, in *Danno e resp.*, 2013, 1081 ss.; Cass., 17.4.2013, n. 9231, in *D & G*, 18.4.2013; Trib. Pistoia, 8.9.2012, ined.; Cass., 18.5.2012, n. 7963, in *Notiz. giur. lav.*, 2006, 632 ss.; Cass., 24.3.2011, n. 6737, ined.; Cass., 26.4.2010, n. 9921, ined.; Trib. Pavia, 19.11.2010, in *Note informative*, 2011; Cass., 10.3.2010, n. 5770, in *Arch. giur. circ.*, 2011, 605 ss.). La quantificazione dovrà basarsi quindi su criteri di adeguatezza e proporzione, in modo che l'ammontare del risarcimento corrisponda **comunque** alla totalità dei pregiudizi patrimoniali e non patrimoniali subiti da ogni singola vittima.

Con la sentenza n. 15350 del 22 luglio 2015, le SS.UU. hanno risolto il contrasto sorto in giurisprudenza (in particolare tra Cass. 1361/2014 ed il precedente costante orientamento) ritenendo che non sussista il diritto alla risarcibilità *iure hereditatis* del danno da perdita del bene vita, immediatamente conseguente alle lesioni derivanti da un fatto illecito, ma ribadendo che il defunto ha comunque diritto al risarcimento dei danni, trasmissibili *mortis causa*, qualora il decesso segua dopo un apprezzabile lasso di tempo (sebbene parte della giurisprudenza si riferisca ad un danno biologico terminale, mentre altra ad un danno catastrofe).

La Corte specifica che una eventuale non risarcibilità di tali danni contrasterebbe con la tutela del bene della vita che è riconosciuto sia dalla coscienza sociale che dall'ordinamento penale, e dalle stesse Carte Internazionali, come bene protetto, e, conseguentemente, tutti i pregiudizi debbono essere risarciti, anche ex art. 185 c.p., tanto più che tali illeciti costituiscono persino reato.

La Corte di Cassazione ha confermato che debba essere comunque risarcito il «**danno biologico terminale**» (Cass. n. 11169 del 1994, n. 12299 del 1995, n. 4991 del 1996, n. 1704 del 1997, n. 24 del 2002, n. 3728 del 2002, n. 7632 del 2003, n. 9620 del 2003, n. 11003 del 2003, n. 18305 del 2003, n. 4754 del 2004, n. 3549 del 2004, n. 1877 del 2006, n. 9959 del 2006, n. 18163 del 2007, n. 21976 del 2007, n. 1072 del 2011), liquidabile come invalidità assoluta temporanea, sia utilizzando il criterio equitativo puro che le apposite tabelle (in applicazione dei principi di cui alla sentenza n. 12408 del 2011) ma con il massimo di personalizzazione in considerazione della entità e intensità del danno» **ó e al di là del danno che il secondo orientamento citato classifica come «catastrofe**» (con riferimento alla sofferenza provata dalla vittima

nella cosciente attesa della morte seguita dopo apprezzabile lasso di tempo dalle lesioni), tutti i pregiudizi biologici, della vittima primaria, debbono essere oggetto di integrale ristoro.

Infatti, le Sezioni Unite, precisano che *«Il danno catastrofale, inoltre, per alcune decisioni, ha natura di danno morale soggettivo (Cass. n. 28423 del 2008, n. 3357 del 2010, n. 8630 del 2010, n. 13672 del 2010, n. 6754 del 2011, n. 19133 del 2011, n. 7126 del 2013, n. 13537 del 2014) e, per altre, di danno biologico psichico (Cass. n. 4783 del 2001, n. 3260 del 2007, n. 26972 del 2008, n. 1072 del 2011)»,* specificando che ciò non genera conseguenze rilevanti, dal momento che comunque tutti i danni patiti dalla vittima primaria vengono risarciti e, con essi, quelli subiti dai familiari. *«Non sembrano derivare differenze rilevanti sul piano concreto della liquidazione dei danni»* chiarisce la Corte *«perché, come già osservato, anche in caso di utilizzazione delle tabelle di liquidazione del danno biologico psichico dovrà procedersi alla massima personalizzazione per adeguare il risarcimento alle peculiarità del caso concreto, con risultati sostanzialmente non lontani da quelli raggiungibili con l'utilizzazione del criterio equitativo puro utilizzato per la liquidazione del danno morale»*.

Conclusioni

La disamina, lunga e travagliata, degli effetti biologici dell'amianto e in particolare sulle sue capacità di generare il mesotelioma, un cancro tra i più aggressivi e con conseguenze purtroppo quasi sempre infauste, ci impone di dire che la cosiddetta prevenzione secondaria e terziaria rappresenta comunque e pur sempre una sconfitta perché il cancro si è ormai manifestato e, pertanto, tenendo conto della poca efficacia dei trattamenti, l'unica tutela veramente tale è quella terziaria, che consiste nell'erogare le prestazioni previdenziali e il risarcimento dei danni alla vittima e ai suoi famigliari.

In ogni caso, il risvolto epidemiologico e l'approccio indennitario e risarcitorio rilevano perché influenzano anche la prevenzione primaria e secondaria in quanto rendono evidente lo stato epidemico e il peso, economico e finanziario, umano e sociale e non solo giudiziario, che determina oltre all'innaccettabilità del sacrificio di migliaia di vite umane che potevano essere salvate.

Per tali ragioni, proprio il coniugio della prevenzione secondaria e terziaria, che in questa sede abbiamo voluto affrontare, rafforza l'impegno principale, che è quello della prevenzione primaria e cioè un vero e proprio messaggio sociale e culturale, oltre che giuridicamente radicato su solide basi legislative (Carta Costituzionale), della tutela della salute attraverso il divieto di ogni forma di esposizione e di prevenzione rispetto al rischio amianto e di tutti gli altri agenti patogeni e cancerogeni.

Occorre quindi bonificare, bonificare e bonificare, rimuovere i materiali di amianto da tutti i luoghi di vita e lavoro, solo così la salute potrà ritenersi massivamente tutelata.

Occorre vincere e sconfiggere questo oceano di indifferenza e abbattere questo muro dietro il quale si nasconde un vero e proprio olocausto del terzo millennio, fermo l'impegno dell'associazione per tentare di sconfiggere, anche dal punto di vista clinico e sanitario, questo flagello costituito dal mesotelioma e dalle altre patologie asbesto correlate.

Queste sono le sfide che ci attendono per un mondo migliore.

Roma, 4 agosto 2017

Avv. Ezio Bonanni
Presidente dell'ONA Onlus

Bibliografia

AA.VV., *Agenti cancerogeni e mutageni. Lavorare sicuri. Rischi e prevenzione*, INAIL, Roma, 2015, ISBN 9788874842797

AA.VV., *Il Registro Nazionale dei Mesoteliomi. Quarto rapporto*, INAIL, Roma, 2012, ISBN 9788874842810

AA.VV., *Liberi dall'amianto. I piani regionali, le bonifiche e l'impatto sulla salute*, Legambiente, Roma, 2015

AA.VV., *Mappatura delle discariche che accettano in Italia i Rifiuti Contendenti Amianto e loro capacità di smaltimento passate, presenti e future*, INAIL, Roma, 2013, ISBN 9788874843374

AA.VV., *SENTIERI. Studio Epidemiologico Nazionale dei Territori e degli insediamenti Esposti a Rischio di Inquinamento. Mortalità, incidenza oncologica e ricoveri ospedalieri*, Supplemento a *Epidemiologia & Prevenzione*, Rivista dell'Associazione Italiana di Epidemiologia, Edizioni Inferenze, Milano, 2014

Ariad S, Barchana M, Yukelson A, Geffen DB. *A worrying increase in the incidence of mesothelioma in Israel*. IMAJ 2000 2, 828632.

Aziz T, Jilaihawi A, Prakash D. *The management of malignant pleural mesothelioma; single centre experience in 10 years*. Eur J Cardiothorac Surg. 2002;22(2):298-305.

Bayram M, Bakan ND. *Environmental exposure to asbestos: from geology to mesothelioma*. Curr Opin Pulm Med. 2014 May;20(3):301-7. doi: 10.1097/MCP.0000000000000053.

Bianchi C, Brollo A, Ramani L, Bianchi T. *Malignant mesothelioma in Europe*. Intl J Med Biol Environ 2000 28, 10367.

Bianchi C, Ramani L, Bianchi T. *Malignant mesothelioma in Europe and the Mediterranean region*. Int J Cancer Suppl 2002 13, 420 (abstract).

Bianchi C, Bianchi T. *Malignant Mesothelioma: Global incidence and Relationship with asbestos*. Industrial Health 2007, 45, 379-387.

Bonanni Ezio, *Secondo rapporto sul mesotelioma in Italia*, Edizioni ONA Onlus, Roma, 2017, ISBN 978-88-99182-25-0

Bonanni Ezio, *Primo rapporto sul mesotelioma in Italia*, Edizioni ONA Onlus, Roma, 2015, ISBN 978-88-99182-10-6

Bonanni Ezio, *Lo stato dimentica l'amiante killer*, Edizioni ONA Onlus, Roma, 2013, ISBN 978-88-909105-4-8

Bonanni Ezio, *La storia dell'amiante nel mondo del lavoro. Rischi, Danni e Tutele. Prestazioni previdenziali e risarcimenti*, Edizioni ONA Onlus, Roma, 2012, ISBN 9788890910524

Bonanni Ezio, Ugazio Giancarlo, *Patologie ambientali e lavorative. MCS, Amianto e Giustizia*, Edizioni Minerva Medica, Torino, 2011, ISBN 9788877116987

Bovolato P, Casadio C, Billè A, Ardisson F, Santambrogio L, Ratto GB, Garofalo G, Bedini AV, Garassino M, Porcu L, Torri V, Pastorino U *Does surgery improve survival of patients with malignant pleural mesothelioma?: a multicenter retrospective analysis of 1365 consecutive patients*. J Thorac Oncol. 2014 Mar;9(3):390-6. doi: 10.1097/JTO.0000000000000064.

Burdorf A, Järholm B, Englund A. *Explaining differences in incidence rates of pleural mesothelioma between Sweden and The Netherlands*. Int J Cancer 2005 113, 2986301.

Carbone M, Pass HI. *Re: Debate on the link between SV40 and human cancer continues*. J Natl Cancer Inst. 2002 Feb 6;94(3):229-30.

Christoph DC, Eberhardt WE *Systemic treatment of malignant pleural mesothelioma: new agents in clinical trials raise hope of relevant improvements*. Curr Opin Oncol. 2014 Mar;26(2):171-81. doi: 10.1097/CCO.0000000000000053.

Comité aviseur sur l'amiante au Québec (2003) *Épidémiologie des maladies reliées à l'exposition à l'amiante au Québec*. Institut National de Santé Publique du Québec. <http://www.inspq.qc.ca>. Accessed April 30, 2004.

Cristaudo A, Foddis R, Vivaldi A, Buselli R, Gattini V, Guglielmi G, Cosentino F, Ottenga F, Ciancia E, Libener R, Filiberti R, Neri M, Betta P, Tognon M, Mutti L, Puntoni R. *SV40 enhances the risk of malignant mesothelioma among people exposed to asbestos: a molecular epidemiologic case-control study*. Cancer Res. 2005 Apr 15;65(8):3049-52.

Cui A, Jin XG, Zhai K, Tong ZH, Shi HZ. *Diagnostic values of soluble mesothelin-related peptides for malignant pleural mesothelioma: updated meta-analysis*. BMJ Open. 2014 Feb 24;4(2):e004145. doi: 10.1136/bmjopen-2013-004145.

Curin K, Saric M, Strnad M. *Incidence of malignant pleural mesothelioma in coastal and continental Croatia: epidemiological study*. Croat Med J 2002 43, 4986502.

Dianzani I, Gibello L, Biava A, Giordano M, Bertolotti M, Betti M, Ferrante D, Guarrera S, Betta GP, Mirabelli D, Matullo G, Magnani C. *Polymorphisms in DNA repair genes as risk factors for asbestos-related malignant mesothelioma in a general population study*. *Mutat Res*. 2006 Jul 25;599(1-2):124-34.

Fasola G, Belvedere O, Aita M, Zanin T, Follador A, Cassetti P, Meduri S, De Pangher V, Pignata G, Rosolen V, Barbone F, Grossi F. *Low-dose computed tomography screening for lung cancer and pleural mesothelioma in an asbestos-exposed population: baseline results of a prospective, nonrandomized feasibility trial--an Alpe-adria Thoracic Oncology Multidisciplinary Group Study (ATOM 002)*. *Oncologist*. 2007;12(10):1215-24.

Fiumi Lorenza, Rucco Michele (a cura di), *Atti della Seconda Conferenza Internazionale òLotta all'amianto: il diritto incontra la scienzaö*, Auletta dei Gruppi Parlamentari della Camera dei Deputati e Sala Tirreno Regione Lazio, Roma, 20-21 marzo 2014, Edizioni ONA Onlus, Roma, 2014, ISBN 9788890910555

Fiumi Lorenza, Rucco Michele (a cura di), *Atti del Convegno òAmianto tra scienza e dirittoö*, Scuola Superiore di studi universitari e di perfezionamento Sant'Anna, Pisa, 18 luglio 2013, Edizioni ONA Onlus, Roma, 2013, ISBN 9788890910500

Fiumi Lorenza, Rucco Michele (a cura di), *Atti del Primo Convegno Internazionale òLotta all'amianto: il diritto incontra la scienzaö*, Auletta dei Gruppi Parlamentari della Camera dei Deputati, Roma, 14 novembre 2012, Edizioni ONA Onlus, Roma, 2013, ISBN 9788890910517

Furuya S, Natori Y, Ikeda R. *Asbestos in Japan*. *Int J Occup Environ Health* 2003 9, 260-65.

Gemignani F, Landi S, Vivant F, Zienolddiny S, Brennan P, Canzian F. *A catalogue of polymorphisms related to xenobiotic metabolism and cancer susceptibility*. *Pharmacogenetics*. 2002 Aug;12(6):459-63.

Goldberg M, Imbernon E, Rolland P, Gilg Soit Ilg A, Saves M, de Quillacq A, Frenay C, Chammingø S, Arveux P, Boutin C, Launoy G, Paireon JC, Astoul P, Galateau-Salle F, Brochard P. *The French National Mesothelioma Surveillance Program*. *Occup Environ Med* 2006 63, 390-65.

Gordon Ronald E., *Danni biologici asbesto correlati*, edizioni ONA Onlus, Roma, 2015, ISBN 9788899182045

Hagemeyer O, Otten H, Kraus T. Asbestos consumption, asbestos exposure and asbestos-related occupational diseases in Germany. *Int Arch Occup Environ Health* 2006 79, 613620.

Hasegawa S. *Extrapleural pneumonectomy or pleurectomy/decortication for malignant pleural mesothelioma*. *Gen Thorac Cardiovasc Surg*. 2014 Mar 19. [Epub ahead of print]

Hayes JD, Flanagan JU, Jowsey IR. *Glutathione transferases*. *Annu Rev Pharmacol Toxicol*. 2005;45:51-88.

Hilleman MR. *Discovery of simian virus 40 (SV40) and its relationship to poliomyelitis vaccines*. *Dev Biol Stand* 1998;94:183e90.

Hirvonen A, Pelin K, Tammilehto L, Karjalainen A, Mattson K, Linnainmaa K. *Inherited GSTM1 and NAT2 defects as concurrent risk modifiers in asbestos-related human malignant mesothelioma*. *Cancer Res*. 1995 Jul 15;55(14):2981-3.

Hirvonen A, Saarikoski ST, Linnainmaa K, Koskinen K, Husgafvel-Pursiainen K, Mattson K, Vainio H. *Glutathione S-transferase and N-acetyltransferase genotypes and asbestos-associated pulmonary disorders*. *J Natl Cancer Inst*. 1996 Dec 18;88(24):1853-6.

Hollevoet K, Reitsma JB, Creaney J, Grigoriu BD, Robinson BW, Scherpereel A, Cristaudo A, Pass HI, Nackaerts K, Rodríguez Portal JA, Schneider J, Muley T, Di Serio F, Baas P, Tomasetti M, Rai AJ, van Meerbeeck JP. *Serum mesothelin for diagnosing malignant pleural mesothelioma: an individual patient data meta-analysis*. *J Clin Oncol*. 2012 May 1;30(13):1541-9. doi: 10.1200/JCO.2011.39.6671.

Huncharek M. *Genetic factors in the aetiology of malignant mesothelioma*. *Eur J Cancer*. 1995 Oct;31A(11):1741-7. Review.

Huuskonen MS, Rantanen J. *Finnish Institute of Occupational Health (FIOH): prevention and detection of asbestos-related diseases, 1987-2005*. *Am J Ind Med* 2006 49, 215620.

Ismail-Khan R, Robinson LA, Williams CC Jr, Garrett CR, Bepler G, Simon GR. *Malignant pleural mesothelioma: a comprehensive review*. *Cancer Control*. 2006 Oct;13(4):255-63. Review.

Kjaergaard J, Anderson M. *Incidence rates of malignant mesothelioma in Denmark and predicted future number of cases among men*. *Scand J Work Environ Health* 2000 26, 11267.

Kjellstrom TE. *The epidemic of asbestos-related diseases in New Zealand.* Int J Occup Environ Health 2004 10, 21269.

Kovac V, Debevec M, Plaper-Vernik M, Debeliak A, Erzen J, Remskar Z, Kern I. *Malignant pleural mesothelioma (MPM) in Slovenia, 1980-1997.* Lung Cancer 2001 32 (Suppl 1), S57 (abstract).

Lacourt A, Gramond C, Rolland P, Ducamp S, Audignon S, Astoul P, Chamming's S, Gilg Soit Ilg A, Rinaldo M, Raheison C, Galateau-Salle F, Imbernon E, Paireon JC, Goldberg M, Brochard P. *Occupational and non-occupational attributable risk of asbestos exposure for malignant pleural mesothelioma.* Thorax. 2014 Feb 7. doi: 10.1136/thoraxjnl-2013-203744.

Lafon-Hughes L, Di Tomaso MV, Méndez-Acuña L, Martínez-López W. *Chromatin-remodelling mechanisms in cancer.* Mutat Res. 2008 Mar-Apr;658(3):191-214. doi: 10.1016/j.mrrev.2008.01.008.

Landi S, Gemignani F, Neri M, Barale R, Bonassi S, Bottari F, Canessa PA, Canzian F, Ceppi M, Filiberti R, Ivaldi GP, Mencoboni M, Scaruffi P, Tonini GP, Mutti L, Puntoni R. *Polymorphisms of glutathione-S-transferase M1 and manganese superoxide dismutase are associated with the risk of malignant pleural mesothelioma.* Int J Cancer. 2007 Jun 15;120(12):2739-43.

Lee HS, Oei HP, Chia KS. *Asbestos in Singapore: country report. In: Proceedings of the Asbestos Symposium for the Asian Countries, September 26-27, 2002, Kitakyushu, Japan. Takahashi K, Lehtinen AS and Karjalainen A (Eds.).* J UOEH 2002 24 (Suppl. 2), 366-41.

Leigh J, Davidson P, Hendrie L, Berry D. *Malignant mesothelioma in Australia, 1945-2000.* Am J Ind Med 2002 41, 188-201.

Lopez Abente G, Hernandez-Barrera V, Pollan M, Aragonés N, Perez-Gomez B. *Municipal pleural cancer mortality in Spain.* Occup Environ Med 2005 62, 195-69.

Mándi A, Posgay M, Vadász P, Major K, Rödelsperger K, Tossavainen A, Ungváry G, Voitowitz HJ, Galambos É, Németh L, Soltész I, Egerváry M, Böszörményi Nagy G. *Role of occupational asbestos exposure in Hungarian lung cancer patients.* Int Arch Occup Environ Health 2000 73, 555-660.

Marinaccio A, Montanaro F, Mastrantonio M, Uccelli R, Altavista P, Nesti M, Seniori Costantini A, Gorini G. *Predictions of mortality from pleural mesothelioma in*

Italy: a model based on asbestos consumption figures supports results from age-period-cohort models. Int J Cancer 2005 115, 14267.

McElvenny DM, Darnton AJ, Price MJ, Hodgson JT. *Mesothelioma mortality in Great Britain from 1968 to 2001.* Occup Med 2005 55, 79687.

Melino G, Ciliberto G. *Argomenti di biologia molecolare vita, morte e miracoli.* Edizione 2006.

Ministero Della Salute, *Piano Nazionale Amianto. Linee di intervento per un'azione coordinata delle amministrazioni statali e territoriali*, Roma, Marzo 2013

Ministero Della Salute, *Atti della Seconda Conferenza Governativa sull'amianto e le patologie asbesto-correlate*, Fondazione Cini, Venezia, 22-24 novembre 2012,

Ministero Della Salute, *Stato dell'arte e prospettive in materia di contrasto alle patologie asbesto correlate*, Quaderni del Ministero della Salute n. 15, Roma, 2012, ISSN 20385293

Mossman BT, Shukla A, Heintz NH, Verschraegen CF, Thomas A, Hassan R. *New insights into understanding the mechanisms, pathogenesis, and management of malignant mesotheliomas.* Am J Pathol. 2013;182(4):1065-77. doi: 10.1016/j.ajpath.2012.12.028.

Nakas A, Waller D. *Predictors of long-term survival following radical surgery for malignant pleural mesothelioma.* Eur J Cardiothorac Surg. 2014 Jan 30 [Epub ahead of print]

Neuberger M, Vutuc C. *Three decades of pleural cancer and mesothelioma registration in Austria where asbestos cement was invented.* Int Arch Occup Environ Health 2003 76, 16166.

Paek D. *Asbestos problems yet to explode in Korea.* Int J Occup Environ Health 2003 9, 266-71.

Papaspyros S, Papaspyros S *Surgical Management of Malignant Pleural Mesothelioma: Impact of Surgery on Survival and Quality of Life-Relation to Chemotherapy, Radiotherapy, and Alternative Therapies.* ISRN Surg. 2014 Feb 3;2014:817203. E Collection 2014.

Parlamento Unione Europea, *Risoluzione 2012/20165(INI) del 14 marzo 2013 relativa a "Minacce per la salute sul luogo di lavoro legate all'amianto e prospettive di eliminazione di tutto l'amianto esistente"*

Peto J, Hodgson JT, Matthews FE, Jones JR. *Continuing increase in mesothelioma mortality in Britain.* Lancet 1995;345:535-539.

Peto J, Decarli A, La Vecchia C, Levi F, Negri E. *The European mesothelioma epidemic.* Br J Cancer 1999;79(3/4):666-672.

Pitotto Paolo, *Aspetti medico legali delle patologie asbesto correlate,* Edizioni ONA Onlus, Roma, 2017, ISBN 978-88-99182-24-3

Pitotto Paolo, *La datazione delle conoscenze dei rischi da esposizione all'amianto,* Edizioni ONA Onlus, Roma, 2015, ISBN 9788899182069

Price B, Ware A. *Mesothelioma trends in the United States: an update based on Surveillance, Epidemiology, and End Results Program data for 1973 through 2003.* Am J Epidemiol 2004 159, 107612.

Rodriguez EI. *Asbestos banned in Argentina.* Int J Occup Environ Health 2004 10, 20268.

Ruta Alessandro, *Danni psicologici secondari ad esposizione all'asbesto,* Edizioni ONA Onlus, Roma, 2017, ISBN 978-88-99182-22-9

Santarelli L, Strafella E, Staffolani S, Amati M, Emanuelli M, Sartini D, Pozzi V, Carbonari D, Bracci M, Pignotti E, Mazzanti P, Sabbatini A, Ranaldi R, Gasparini S, Neuzil J, Tomasetti M. *Association of MiR-126 with soluble mesothelin-related peptides, a marker for malignant mesothelioma.* PLoS One. 2011 Apr 1;6(4):e18232. doi: 10.1371/journal.pone.0018232.

Saric M. *Asbestos exposure and asbestos-related diseases in Croatia.* Eur J Oncol ó Library 2004 3, 17624.

Soffritti Morando, *Il mesotelioma quale patologia dose dipendente,* Edizioni ONA Onlus, Roma, 2015, ISBN 9788899182076

Szeszenia-Dabrowska N, Wilczynska U. *General problems related to asbestos exposure in Poland.* Eur J Oncol- Library 2004 3, 33641.

Tomasetti M, Nocchi L, Staffolani S, Manzella N, Amati M, Goodwin J, Kluckova K, Nguyen M, Strafella E, Bajzikova M, Peterka M, Lettlova S, Truksa J, Lee W, Dong LF, Santarelli L, Neuzil J. *MicroRNA-126 Suppresses Mesothelioma Malignancy by Targeting IRS1 and Interfering with the Mitochondrial Function.* Antioxid Redox Signal. 2014 Apr 23. [Epub ahead of print]

Tomasetti M, Staffolani S, Nocchi L, Neuzil J, Strafella E, Manzella N, Mariotti L, Bracci M, Valentino M, Amati M, Santarelli L. *Clinical significance of circulating*

miR-126 quantification in malignant mesothelioma patients. Clin Biochem. 2012 May;45(7-8):575-81. doi: 10.1016/j.clinbiochem.2012.02.009.

Ugazio Giancarlo, *Patologie da esposizioni ambientali e lavorative*, Edizioni ONA Onlus, Roma, 2015, ISBN 9788899182083

Ugazio Giancarlo, *Asbesto/Amianto. Ieri, oggi, domani. Viaggio tra verità, ipocrisia, reticenza e dolore*, Aracne Editrice, Roma, 2012, ISBN 9788854849495

Ulvestad B, Kjaerheim K, Moller B, Andersen A. *Incidence trends of mesothelioma in Norway, 1965-1999.* Int J Cancer 2003 107, 9468.

Upadhyay D, Kamp DW. *Asbestos-induced pulmonary toxicity: role of DNA damage and apoptosis*, Exp Biol Med (Maywood). 2003 Jun;228(6):650-9.

Vaishnav AK, Gollob J, Gamba-Vitalo C, Hutabarat R, Sah D, Meyers R, de Fougères T, Maraganore J. *A status report on RNAi therapeutics.* Silence. 2010 Jul 8;1(1):14.

Varin E, Denoyelle C, Brotin E, Meryet-Figuière M, Giffard F, Abeilard E, Goux D, Gauduchon P, Icard P, Poulain L. *Downregulation of Bcl-xL and Mcl-1 is sufficient to induce cell death in mesothelioma cells highly refractory to conventional chemotherapy.* Carcinogenesis. 2010 Jun;31(6):984-93. Epub 2010 Feb 8.

Wagner JC, Sleggs CA, Marchand P. *Diffuse pleural mesothelioma and asbestos exposure in the North Western Cape Province.* Br J Ind Med. 1960 Oct;17:260-71.

Weill H, Hughes JM, Churg AM. *Changing trends in US mesothelioma incidence.* Occup Environ Med 2004 61, 438641.

Edizioni ONA Onlus – il catalogo

Atti dei Convegni (a cura di Fiumi Lorenza e Rucco Michele)

- 001 – Convegno Internazionale “Lotta all’amianto: il diritto incontra la scienza”, Camera dei deputati, Roma, 14 novembre 2012
- 002 - Convegno “Amianto tra scienza e diritto”, Scuola Superiore Sant’Anna, Pisa, 18 luglio 2013
- 003 - Secondo Convegno Internazionale “Lotta all’amianto: il diritto incontra la scienza”, Camera dei deputati, Roma, 20-21 marzo 2014
- 004 - Convegno “S.O.S. Amianto”, Aula Magna UNI ASTISS, Asti, 21 maggio 2014
- 005 - Conferenza Regione Abruzzo “Contro l’amianto”, Politeama Ruzzi, Vasto (CH), 27 settembre 2014
- 006 - Conferenza “Amianto nelle scuole, nelle caserme, negli ospedali e negli altri luoghi di vita e di lavoro: emergenza sanitaria e tutela legale”, Aula consiliare del Comune di Livorno, 26 marzo 2015
- 007 - Convegno “Contaminazione ambientale da amianto e rischi sulla salute”, Cinema Comunale, Acri (CS), 30 aprile 2015
- 008 – Convegno “La bonifica amianto: un’economia che nasce, un territorio che risorge”, Castello di Ceglie del Campo, Bari, 11 luglio 2015
- 009 – Conferenza “Responsabilità penale per esposizione ad amianto”, Auditorium della Regione Toscana, Firenze, 21 novembre 2015
- 010 – Incontri di studio “Amianto, altri cancerogeni e patologie collegate”, Auditorium della Regione Toscana, Firenze, 15 aprile 2016; Palazzo dei Congressi, Cecina (LI), 16 aprile 2016
- 011 – Progetto “Conoscenza e Tutela della Salute Ambientale”, Cosenza, febbraio-maggio 2016
- 012 – L’azione sussidiaria dell’ONA Cosenza - 2016
- 013 – Convegno “Asbestos: closer than EU think”, Parlamento Europeo, Bruxelles, 8 dicembre 2015
- 014 – Convegno “Angeli del soccorso senza tutela”, Istituto Superiore Antincendi, Roma, 6 dicembre 2016

QTO – Quaderni tematici dell’ONA

- 101 – Bonanni Ezio, La storia dell’amianto nel mondo del lavoro
- 102 – Esposito Rita, L’educatore professionale come mediatore sistemico
- 103 – Bonanni Ezio, Lo stato dimentica l’amianto killer
- 104 – Infusini Giuseppe, La CTU come mezzo di prova di esposizione all’amianto
- 105 – Lonetti M. A., L’esposizione all’amianto: tutela del lavoratore e responsabilità dell’impresa
- 106 – Frenzo Tommaso, Rischio amianto: la responsabilità del datore di lavoro
- 107 – Guzzo Silvana, Analisi delle misure di sicurezza nelle attività di bonifica dell'amianto
- 108 – Documenti: Le sentenze del processo Eternit
- 109 –Gordon Ronald E., Danni biologici asbesto correlati
- 110 –Pitotto Paolo, La datazione delle conoscenze dei rischi da esposizione all’amianto
- 111 –Soffritti Morando, Il mesotelioma quale patologia dose dipendente
- 112 –Ugazio Giancarlo, Patologie da esposizioni ambientali e lavorative
- 113 – Negrisolo Omero, Inquinamento da metalli pesanti: il caso della valle del Brenta
- 114 – Documenti: Primo rapporto sul mesotelioma in Italia
- 115 – Infusini Giuseppe, Accertamento dell’esposizione ad amianto presso l’ex Consorzio di Bonifica della Piana di Sibari
- 116 – Ugazio Giancarlo, Omertà pro asbesto contro la salute e la vita
- 117 – Ugazio Giancarlo & Xenia Tkacova, Ftalati – Alimenti – Salute
- 118 – Ruta Alessandro, Danni psicologici secondari ad esposizione all’asbesto
- 119 – Ugazio Giancarlo, Chiaroscuri della produzione e del consumo dell’olio di palma rossa
- 120 – Paolo Pitotto, Aspetti medico legali delle patologie asbesto correlate
- 121 – Bonanni Ezio, Secondo rapporto sul mesotelioma in Italia
- 122 - Ugazio Giancarlo, MSC - TILT
- 123 – Bonanni Ezio, Come curare e sconfiggere il mesotelioma

Approfondimenti

- 501 – Giancarlo Ugazio, Patologia Ambientale: Passato, Presente, Futuro

La collana

I QTO - Quaderni Tematici dell'ONA sono monografie pensate come contributo di approfondimento tecnico e scientifico. I temi affrontati sono quelli di più stringente attualità ed interesse per tutti coloro che a vario titolo sono impegnati nella tutela della salute, intesa come benessere psicofisico ed esistenziale della persona, e nella tutela dell'ambiente, inteso come contesto ecologico naturale, mentale e sociale dell'esplicazione e dello sviluppo della personalità.

I QTO - Quaderni Tematici dell'ONA sono sfogliabili online su Calameo e su SlideShare e sono acquistabili nella loro versione digitale su KDP Amazon e nella loro versione cartacea o su CD ROM richiedendoli a edizioni.ona@gmail.com.

Come curare e sconfiggere il mesotelioma e ottenere le tutele previdenziali e il risarcimento dei danni

Attraverso questo breve manuale, rivolto in particolare, ma non esclusivamente, a coloro cui è stata diagnosticata la presenza di un mesotelioma (pleurico, pericardico, peritoneale o dello tunica vaginale del testicolo), l'autore (che è anche il presidente dell'Osservatorio Nazionale sull'Amianto e che ha dedicato gli ultimi 20 anni per lottare contro l'amianto, per la prevenzione primaria, secondaria e terziaria) intende costituire uno strumento di divulgazione semplice e lineare di quelli che sono i presidi medici, clinico-sanitari e al tempo stesso legali e giuridici per cercare di ottenere, per quanto possibile, una diagnosi precoce attraverso la sorveglianza sanitaria, le terapie più efficaci e le prestazioni previdenziali e assistenziali per la vittima e per i famigliari e il risarcimento dei danni.

Ezio Bonanni

Avvocato in Roma e Latina, abilitato al patrocinio innanzi alla Corte di Cassazione e alle altre Magistrature superiori, svolge questa professione da oltre 25 anni, dedicando particolare attenzione a tutte le problematiche connesse con il lavoro e l'ambiente di lavoro. Per il suo pluriennale impegno nella difesa degli esposti e delle vittime dell'amianto dal novembre 2011 è Presidente dell'Osservatorio Nazionale sull'Amianto. Autore di diverse pubblicazioni e relatore in conferenze sul territorio nazionale e internazionale, tra le quali nel 2009 la "World Asbestos Conference" di Taormina, nel 2011 la "Johnson Conference on Asbestos", presso l'Università del Vermont e il "28th Annual International Symposium on Acupuncture, Electro-Therapeutics, & The Latest Related Medical Topics And Advancements" presso la Facoltà di Medicina della Columbia University di New York.