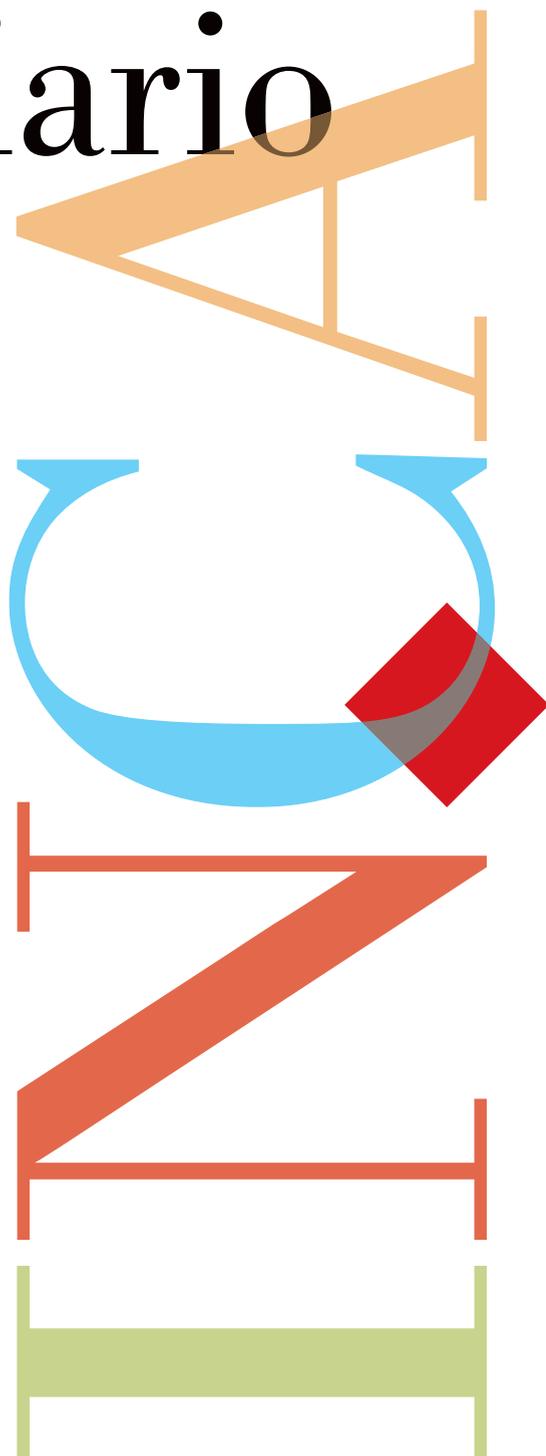




otizionario

NotiziarioINCAonline
N.3 / 2012

**■ Malattie professionali:
la tutela integrata
dell'Inca**





Notiziario INCA online Rivista Mensile | Inca Cgil

LA RIVISTA TELEMATICA È REGISTRATA PRESSO
IL TRIBUNALE CIVILE DI ROMA SEZIONE PER LA STAMPA
E L'INFORMAZIONE AL N. 176/2012 IN DATA 11/6/2012

DIRETTORE RESPONSABILE

Lisa Bartoli

REDAZIONE

Sonia Cappelli

EDITORE E PROPRIETARIO

Ediesse srl

Viale di Porta Tiburtina 36

00185 Roma

Tel. (06) 44870283/260

Fax (06) 44870335

www.ediesseonline.it

AMMINISTRAZIONE

Via Nizza 59 Roma

Tel./Fax (06) 8552208

Progetto grafico: Antonella Lupi

© EDIESSE SRL

Immagini tratte dal volume

Cgil. Le raccolte d'arte, 2005

CHIUSO IN REDAZIONE

NOVEMBRE 2012

Sommario

I protagonisti della sicurezza

■ di Morena Piccinini

5

Magistratura: quel diverso senso della legalità

■ Intervista con Beniamino Deidda di Lisa Bartoli

11

I percorsi della giustizia

Brevi riflessioni sullo «stato dell'arte» nella tutela del danno differenziale

■ di Giancarlo Moro

15

Che fine ha fatto la medicina del lavoro?

■ di Antonio Regazzo

20

I corpi dell'amianto sotto la luce di sincrotrone

Verso l'identikit di un assassino

■ di Lorella Pascolo e Mauro Melato

23

Storie familiari di fronte all'amianto

■ di Elisabeth Kruml

29

La salute nel contratto metalmeccanico

■ Intervista con Marcello Marcelli di Lisa Bartoli

37

L'Inca a Gorizia: un modello da esportare

■ Intervista con Paolo Liva di Sonia Cappelli

42

Tra passato, presente e futuro

■ di Claudio Ceron

46

«Oltre l'amianto» per una nuova cultura della sicurezza

■ di Franca Gasparri

48

Documentazione

■ Sentenza Tribunale di Palermo n. 4266/2009

51

■ Sentenza Tribunale di Gorizia n. 134/2012

61

■ Ctu nella causa Z.F. contro Inail Padova

92

■ Sentenza Pretura di Padova n. 39/81

96

**Malattie professionali:
la tutela integrata dell'Inca**



Giacomo Manzù, *Il nostro domani si chiama lavoro*, 1977

I protagonisti della sicurezza

■ di Morena Piccinini *

Quello delle malattie professionali è un tema sul quale stiamo investendo molto, sia direttamente come patronato Inca, sia più in generale nell'azione della Cgil e delle sue categorie. Siamo tutti consapevoli che, nell'ambito complessivo dell'impegno per la tutela della salute nei luoghi di lavoro, affrontare con più attenzione il tema delle malattie professionali vuol dire certamente darci strumenti per intervenire sull'organizzazione del lavoro attuale per realizzare una adeguata prevenzione, ma vuol dire anche mettere in atto azioni e mezzi ulteriori, più complicati e approfonditi, per tutelare quel numero enorme di malattie professionali che si manifestano a distanza di anni dall'esposizione al rischio. Noi, come patronato Inca, abbiamo investito molto in formazione degli operatori, in collaborazioni con professionisti medici e legali, in interventi diretti nei luoghi di lavoro e siamo orgogliosi di essere tra coloro che più hanno contribuito a far emergere un numero sempre maggiore di denunce di malattie professionali nel corso degli ultimi anni. Inoltre, assieme alla Cgil, ci siamo at-

tivati con tutti i nostri mezzi per sensibilizzare il legislatore e far riconoscere nelle tabelle utilizzate dall'Inail, malattie professionali che prima non erano riconosciute e che derivano dalla modifica intervenuta nel tempo nelle modalità lavorative e nelle sostanze utilizzate nei processi produttivi. È stato, questo, un primo importante risultato, dal quale dipende anche l'aumento delle denunce di malattie professionali, ma non possiamo dire che sia conclusivo del percorso di riconoscimento tabellare dei danni da lavoro.

L'impegno ad una maggiore presenza nei luoghi di lavoro, come patronato e insieme alle categorie, con il contributo importante delle Rsu, deriva dalla consapevolezza che la tutela più efficace dei lavoratori esposti a rischio necessita la conoscenza del rischio, l'analisi delle condizioni di lavoro, la ricostruzione del nesso intercorrente tra la condizione di salute dei lavoratori e la condizione di lavoro.

Ed è proprio da questa preziosa collaborazione con le categorie sindacali che esprimono rappresentanza nei luoghi di lavoro, a partire dai siti produttivi di maggiore di-

* Presidente Inca Cgil

mensione, che sono emerse delle situazioni degne di maggiore attenzione.

Da un lato i questionari conoscitivi che abbiamo sottoposto ai lavoratori, cercando di mettere in luce il rapporto tra la condizione di salute complessiva di una persona e la sua occupazione, le mansioni alle quali è adibito all'interno dell'azienda, i rischi ai quali è esposto, sono ricchi di dati e di riferimenti per la tutela della salute in senso lato ecc.

Questa conoscenza e la ricostruzione del nesso tra salute e lavoro è per noi un dovere, avendo assunto nel ruolo di rappresentanza anche l'impegno di tutela della salute, ma pensiamo che, prima ancora di noi, questo dovere di conoscenza dovrebbe essere assunto anche dai medici della medicina di base, dagli specialisti che assumono in cura i singoli lavoratori, dai centri oncologici e dai centri specialistici per particolari patologie, perché la ricostruzione di questo nesso di causalità può dare un contributo reale non solo alla tutela della salute del singolo lavoratore, ma anche all'esercizio del suo diritto all'indennizzo e, ancor più, alla costruzione di quei dati epidemiologici che possono permettere azioni di sistema in ambito preventivo. Perché per noi non basta parlare di diritto alla salute solo nei termini della cura successiva al danno ma soprattutto nei termini di adeguata prevenzione del danno medesimo.

Ancora, nello svolgere questa attività di conoscenza attraverso i questionari somministrati ai lavoratori, abbiamo appurato che sta crescendo la resistenza dei lavoratori a fare il passo successivo, quello della denuncia del danno subito e della richiesta di ricono-

scimento di malattia professionale. E ciò non perché i lavoratori non siano consapevoli del loro diritto ad avere un riconoscimento che è loro dovuto, sia in termini economici che, ancor prima, nella modifica dell'organizzazione del lavoro, ma proprio perché è in aumento la preoccupazione di mettere a rischio lo stesso posto di lavoro nel momento in cui si cimentano ad esigere questo diritto e la percezione, da parte dei lavoratori, del fatto che tutti i diritti sul luogo di lavoro sono oggi messi a rischio e il diritto alla salute passa in secondo piano rispetto al lavoro e al reddito immediato.

Ce lo dobbiamo dire con franchezza: oggi tutto è più difficile, perché è molto forte il ricatto occupazionale verso i lavoratori. E questo è il primo ostacolo da superare, sindacalmente e culturalmente.

Perché quelle imprese, grandi e piccole, già troppe e in numero crescente, che quotidianamente mettono in discussione l'applicazione del Ccnl, o del contratto aziendale, o la struttura della retribuzione, o i diritti basilari sul lavoro conquistati in decenni di lotte sindacali, sono le stesse imprese che considerano un lusso, da riservare per momenti migliori dal punto di vista economico, sia l'investimento in prevenzione che ridurre il rischio di nocività delle lavorazioni o delle sostanze usate.

Questo non lo vogliamo, né lo possiamo accettare. L'azione che stiamo facendo – e che sta facendo prima di tutto la nostra organizzazione nei luoghi di lavoro – è proprio quella di cercare di affermare il principio della connessione stretta tra lavoro di qualità, sicurezza e competitività della stessa impresa;

perché l'impresa sta nella competizione internazionale solo se unisce questi tre fattori. Si parla dell'Ilva, oggi, come esempio grave e concreto di quello che non deve più succedere e di come una cattiva politica industriale danneggi l'ambiente industriale, sia il suo interno, mettendo a rischio anche la stessa sopravvivenza dell'azienda e le aree circostanti. Eppure, ancora molti commentatori e giornalisti, da agosto ad oggi, in riferimento ai provvedimenti della magistratura, hanno equivocato sul tema, parlandone come se ci fosse un conflitto etico tra lavoro e salute, quasi che fossero i lavoratori a dover scegliere tra lavoro e salute, scegliere se tutelare la salute e accettare la chiusura dell'azienda o scegliere il posto di lavoro e ribellarsi alle ingiunzioni della magistratura affinché la fabbrica continui a produrre.

Come Cgil non abbiamo partecipato alle manifestazioni contro i provvedimenti della magistratura, perché non possiamo accettare questo conflitto; perché esiste, oggi come negli anni di colpevole disattenzione alle modalità produttive dell'Ilva, una strada che concilia il lavoro e salute sul lavoro e nel territorio, è una strada che si chiama investimenti e rispetto delle regole.

Come Cgil abbiamo chiesto e continuiamo a chiedere che ci siano interventi immediati, com'erano stati prescritti anche in passato, che possano permettere di mantenere l'azienda in produzione, ma nella sicurezza, salvaguardando così quei posti di lavoro.

La possibilità di uscita dalla drammatica crisi economica dell'oggi – in questo caso, come anche in termini più generali – nasce dal ridare valore non solo al lavoro, ma alla buona

occupazione, fatta di tutela della salute e di intervento in termini di prevenzione.

Dietro a questa deriva negativa c'è però anche una grande responsabilità pubblica, che va oltre la responsabilità dell'impresa.

C'è la responsabilità pubblica nel pretendere o meno il rispetto delle disposizioni a tutela dell'ambiente, c'è la responsabilità pubblica nel decidere se investire o meno negli istituti pubblici di prevenzione, di cura e di riabilitazione, c'è la responsabilità pubblica, a livello nazionale e a livello regionale, nel decidere se l'investimento in sicurezza appartiene o no alla sfera pubblica o solo al buon cuore dell'impresa.

È una scelta politica prima ancora che economica. Lo diciamo ancor più in questo periodo storico nel quale si fa sempre più forte la teorizzazione secondo la quale il pubblico si deve ritrarre da tutti i campi, e non solo con l'obiettivo di compressione della spesa pubblica.

Dietro tutto questo c'è un'idea di libera organizzazione di mercato che non tiene in nessun conto ciò che è necessario salvaguardare in termini di tutela della salute.

Certo, non si può fare di ogni erba un fascio. Abbiamo Regioni – ahinoi sempre meno – che investono nell'integrazione, nella relazione tra strutture, che investono nelle proprie responsabilità, ma anche nel costruire e agevolare le reti: del rapporto con l'Inail, con il sistema della piccola impresa, con i centri della formazione e con gli stessi strumenti di informazione. Un investimento attento su questo versante riesce a fornire buoni risultati in termini di salute, ma anche una riduzione dei costi finali perché non va

mai sottovalutato l'aspetto di quanto costa il mancato investimento. C'è però una grande divaricazione tra Regione e Regione su questo versante.

Poche altre considerazioni su come lavorare sul versante della prevenzione. Un tema, quello della cultura della prevenzione, sul quale occorre tenere sempre alta l'attenzione. Anche nei luoghi di lavoro nei quali sono stati fatti investimenti, questi non sono mai fatti una volta per tutte. Cambiano i lavoratori, cambiano i loro bisogni, cambia l'organizzazione del lavoro: questo fa sì che non si debba mai abbassare la guardia.

Quando si parla di prevenzione e d'informazione ai lavoratori, occorre una maggiore attenzione alle differenze nel mondo del lavoro a partire dalle due principali differenze: quello di genere e quello generato dai processi migratori.

La maggior presenza di lavoratrici in attività che in passato erano a prevalente presenza maschile porta alla necessità di ampliare anche lo studio della dimensione del rischio, di vederlo in un'ottica di genere, perché ciò che è considerato non rischioso per un uomo può non essere tale per una donna, così come può essere diverso l'impatto di una determinata organizzazione del lavoro, e questo vale sia per l'elaborazione dei dati epidemiologici e di rischio, sia per gli aspetti di cura e recupero rispetto all'eventuale danno subito.

Abbiamo fatto passi in avanti, anche con la costruzione delle nuove tabelle, però su questo tema occorre un maggior lavoro congiunto con l'Inail e con tutte le istituzioni preposte.

L'altro aspetto è quello dell'attenzione ai nuovi cittadini provenienti da altri Paesi. Gli immigrati in larga misura sono adibiti a lavorazioni pesanti, sulle quali gli investimenti in termini di prevenzione sono mediamente molto bassi, spesso in settori a rischio, ancora più spesso in piccole aziende. Troppo spesso accade che l'organizzazione del lavoro che abbiamo in larga misura superato, perché nociva, per i lavoratori italiani, torna ad affermarsi quando sono impegnati cittadini immigrati. L'abbassamento dei costi, delle tutele, dell'attenzione porta a questo.

Ci deve essere un'attenzione maggiore su questo versante.

Anche perché questi cittadini, quando sono infortunati gravemente ma soprattutto quando incorrono in malattie professionali e magari diventano non più collocabili o non più idonei per quel lavoro, spesso si trovano ad avere davanti a sé un'unica soluzione: quella di tornare nel loro Paese. E così, dopo essere stati sfruttati ben bene, sono costretti a tornare a casa loro e a cavarsela come possono.

Per chiudere. Nel nostro Paese, sui temi della salute e della sicurezza, c'è una legislazione tra le migliori, con disposizioni molto avanzate. Che vanno rese effettivamente applicabili, cogenti e un diritto reale di lavoratori e lavoratrici. Ma noi riteniamo necessario ancora oggi qualche cambiamento, non nella struttura di base, ma comunque molto importante per poter parlare di reale tutela per tutti.

In primo luogo, c'è il grosso tema della inidoneità al lavoro derivante da infortunio, ma soprattutto da malattia professionale. È

sempre più frequente l'allontanamento del lavoratore che non è più idoneo a quel lavoro. Anche in questi casi c'è una sempre maggiore difficoltà, come organizzazione sindacale, non solo come patronato, a far sì che tutte le norme di protezione siano effettivamente esercitate ed esigibili sul luogo di lavoro. Perché è vero che esiste una norma di protezione per il lavoratore non più idoneo alla specifica mansione e l'onere per il datore di lavoro di modificare anche la stessa organizzazione del lavoro, per permettere a quel lavoratore di poter continuare l'attività lavorativa, ma troppo spesso questo non avviene.

Ci sono però esperienze positive, sia in ambito infortunistico che in ambito extrainfortunistico, che ci dicono che, quando c'è una inidoneità alla specifica mansione e l'impossibilità per quel lavoratore di rimanere in quel luogo di lavoro, sono possibili norme di accompagnamento che costruiscono un sostegno al reddito e agevolano la ricollocabilità del lavoratore.

Le norme di accompagnamento – e anche le indennità economiche, come la rendita di passaggio –, che oggi sono previste solo per alcune patologie, penso all'asbestosi, dovrebbero essere riviste e allargate per accompagnare un lavoratore che non ce la fa più a rimanere in un dato luogo di lavoro. Anche perché, a mano a mano che si comprimono gli strumenti in termini di ammortizzatori sociali che in altri momenti erano stati utilizzati anche per alleviare la condizione di disagio, oggi c'è davvero bisogno di trovare il modo di accompagnare le persone nel rimettersi in gioco attraverso la ricerca di un diverso e nuovo lavoro.

C'è poi un grande bisogno di fare oggi un momento di approfondimento, vero, sull'attuazione del decreto legislativo 38/2000 dal punto di vista dell'indennizzo del danno previsto all'articolo 13 che, introdotto in via sperimentale, doveva essere sottoposto a verifica. Questa verifica non c'è mai stata. Noi pensiamo invece che ci siano gli spazi, anche economici, per farla. Perché proprio in attuazione di quelle disposizioni si sono prodotti grandi risparmi, come testimoniato dai bilanci dell'Inail degli ultimi anni. Sono risparmi cui lo Stato attinge continuamente per usi diversi, spesso impropriamente, e che in larga misura non vengono riutilizzati nel sistema. E questo è un male.

Come sindacati unitariamente da tempo sosteniamo che quelle risorse, così come sono utilizzate in parte per ridurre il premio di assicurazione per le aziende virtuose, che dimostrino di agire positivamente in termini di prevenzione e di riduzione del danno, allo stesso modo devono essere utilizzate anche per rivedere le attuali soglie di indennizzabilità. L'innalzamento dell'indennizzabilità, per rendita, al 16 per cento era stato fissato in via sperimentale, oggi dimostriamo che quella soglia è troppo alta e va abbassata. Così come dovrebbe essere rivista la soglia di indennizzabilità per quanto riguarda il danno biologico. Il 16 per cento è una soglia davvero troppo alta e proprio l'attuazione del decreto 81 ce ne ha dato la dimostrazione.

L'ultimo punto su cui vorrei riflettere è il fatto che la legislazione sociale, in generale quella pensionistica, e in particolare quella sul danno da lavoro, non tiene conto di una serie di mutamenti, avvenuti nelle nostre fami-

glie. Mi riferisco al riconoscimento delle famiglie di fatto. Questo è un grande tema per ciò che riguarda i danni da lavoro. Soprattutto nel caso di morti sul lavoro di lavoratori giovani, l'attuale legislazione restrittiva ha un impatto pesantissimo sui compagni e le compagne delle persone colpite, ha un impatto pesantissimo sulla famiglia.

Poco tempo fa, ai genitori di uno dei lavoratori rimasti uccisi dal crollo di un capannone dovuto al terremoto in Emilia sono stati liquidati 1.800 euro. Non contestiamo il fatto che l'Inail non possa liquidare altro, è la legge che lo prevede. Però questa situazione non è degna di un Paese civile.

Quando poi ci si trova in presenza di decessi e ci sono figli minori, e non c'è l'altro geni-

tore, la cifra che viene liquidata al figlio minore è un'indecenza. Questo vale per la pensione di reversibilità, oggi con il sistema contributivo, e vale per i danni da lavoro. Non vogliamo colpevolizzare nessuno. Diciamo che c'è bisogno di ricontestualizzare che cosa è oggi la prevenzione da un lato, la tutela della cura dall'altro e il riconoscimento del danno dall'altro. Quando facciamo queste analisi con gli addetti ai lavori troviamo sempre una consapevolezza comune. Il problema sorge quando si parla di risorse: la normativa nazionale, cioè, sembra diventare l'ostacolo principale. Ma il tema risorse in questo ambito non si dovrebbe neppure porre perché, dentro al premio assicurativo, quello che chiediamo è totalmente coperto ■

Magistratura: quel diverso senso della legalità

■ Intervista con Beniamino Deidda* di Lisa Bartoli**

«**I**n Italia, le leggi in materia di sicurezza e di prevenzione nei luoghi di lavoro ci sono e sono all'avanguardia, ma quello che ci distingue dal resto d'Europa è il diverso senso della legalità che ispira la nostra società nel suo complesso. Negli altri paesi – afferma Beniamino Deidda, procuratore generale della Toscana – ci sono leggi più semplici, ma vengono rispettate perché il loro senso della legalità li porta a ritenere che se non si applicassero le norme, regnerebbe il disordine con le nefaste conseguenze sociali. Il disordine significa più malattie, più infortuni, più costi umani e sociali; cioè un tributo pesantissimo non solo per le casse dello Stato, ma per tutta la collettività».

Si tratta, quindi, di avviare una battaglia culturale...

Deidda. Certamente. Si tratta di impostare una battaglia culturale oggettivamente molto complessa, date anche le caratteristiche produttive delle imprese che operano

nel nostro Paese. C'è una resistenza prima di tutto culturale e poi economica all'adeguamento dei luoghi di lavoro; e tutto questo vale non soltanto per l'Ilva, ma anche per le altre aziende. Senza temere di essere smentito credo che tra le categorie meno impegnate nella formazione in materia di salute e sicurezza ci sono i datori di lavoro. Poi c'è un secondo problema, quello della organizzazione produttiva del nostro Paese. Le indagini finora condotte sui decessi per malattie professionali, hanno riguardato, spesso, piccole e piccolissime ditte di appalto. In Italia siamo in presenza di una frammentazione produttiva, sconosciuta ad altri Paesi Europei. E allora se il 90% delle aziende ha meno di 10 addetti, la questione della programmazione degli interventi sulla salute diventa davvero particolare, perché si tratta di capire quale concreta attuazione possa avere la valutazione dei rischi.

La frammentazione produttiva si è portata dietro un altro pericoloso dato culturale che chiede più semplificazione e meno burocra-

* Procuratore generale di Firenze

** Responsabile Ufficio stampa Inca nazionale

zia nell'applicazione della normativa in materia di sicurezza e prevenzione.

Meno burocrazia e più semplificazione è quello che chiedono le stesse imprese. Non è anche questo un modo per aggirare l'applicazione delle norme?

Deidda. Infatti, bisogna fare molta attenzione. Se semplificare significa rinunciare alle dimensioni vere della salute e della sicurezza, mi pare profondamente sbagliato. Se, invece, si intende sottolineare che il sistema di sicurezza e di salute è stato finora pensato in funzione delle grandi aziende allora si pone un problema serio: cioè come si può modificarlo affinché la promozione della salute entri nel bagaglio culturale di queste realtà.

La scommessa che ci si presenta è proprio questa: riuscire a far passare decenti sistemi di gestione della salute nelle piccole e piccolissime aziende. Su queste materie non ci possono essere sconti perché non c'è differenza tra morire alla Montedison o in una piccola pelletteria, neppure per il Procuratore generale.

Come si comporta la magistratura quando arrivano segnalazioni di malattia professionale?

Deidda. Quando arriva un referto di sospetta malattia professionale, in carenza di altri elementi, non essendo chiaro in cosa consista il reato, a carico di chi lo si può addebitare, lo si iscrive, intanto, in un modello, il cosiddetto «modello 45», nel quale si raccolgono fatti non costituenti reati. Na-

turalmente, questo significa per i pubblici ministeri più avvertiti che bisogna cominciare a fare qualche indagine che circostanzi meglio l'episodio, il fenomeno o la malattia. Quando questo non avviene per carenza di sensibilità, di conoscenza approfondita del tema delle malattie professionali, si rischia l'archiviazione del modello 45. Per queste ragioni si celebrano pochi processi rispetto al numero delle malattie professionali. Si interviene con magistrati non sempre competenti perché la specializzazione è difficile, data la complessità della materia. Insomma, si interviene, qualche volta, senza tener conto che il fenomeno è un fenomeno che va studiato e analizzato, per poi in qualche modo essere risolto.

Che cosa si può e si deve fare?

Deidda. Il problema è la mancata specializzazione dei magistrati. Bisognerebbe rendere i pubblici ministeri più avvertiti della complessità del fenomeno. Bisogna capire che quando arriva un referto di sospetta malattia professionale è la superficie che viene offerta all'esame del magistrato e che questa va approfondita con le indagini. I magistrati in grado di affrontare con competenza questa materia in Italia sono molto pochi e il dato desta maggiore perplessità se si pensa all'imponente numero di processi penali in materia di sicurezza sul lavoro che si celebrano in Italia. Noi abbiamo circa un milione di infortuni sul lavoro all'anno, di cui 6.880 costituiscono reati procedibili di ufficio. A queste cifre, in Italia, corrisponde uno scarsissimo numero di giudici speciali-

sti. Tuttavia, devo dire che qualcosa negli ultimi tempi sta cambiando sia sotto il profilo legislativo, con una più puntuale elaborazione delle norme in materia di prevenzione, sfociata nel Decreto legislativo 81 del nuovo Testo Unico sulla sicurezza; sia per quanto riguarda un nuovo orientamento del Consiglio Superiore della Magistratura, che ha chiesto ai magistrati omogeneità nella trattazione e nei criteri di questi processi. Il risultato di questo cambiamento, è che il Csm da qualche anno ha organizzato dei corsi di formazione per i magistrati, finalizzati a illustrare i vari temi della complessa materia della prevenzione nei luoghi di lavoro. Inoltre, proprio quest'anno il Csm ha diffuso una circolare in cui, nel fornire i risultati di un'indagine fatta su tutte le Procure e i Tribunali, conclusasi lamentando una disomogeneità tra i vari uffici giudiziari, ha invitato severamente i capi degli uffici ad intervenire con provvedimenti per rendere effettiva la tutela dei lavoratori nei luoghi di lavoro.

In Italia, il primo processo penale si è svolto nel 1983. Ce lo può raccontare?

Deidda. Quel processo destò un notevole clamore sulla stampa. Circa 280 lavoratori delle Grandi Officine di riparazione delle Ferrovie dello Stato di Prato denunciarono di essere esposti alle fibre di amianto poiché i treni, nonostante la scoimbenzazione, contenevano ancora queste fibre. Quindi, poi partì un'indagine che portò alla chiusura dell'Isochimica di Avellino, che allora prov-

vedeva alla scoimbenzazione dei rotabili che poi ritornavano a Firenze. Io stesso sono andato ad Avellino per chiudere quella fabbrica e un'altra grande officina di Santa Maria La Bruna, vicino Napoli, che svolgeva lo stesso tipo di lavorazione nei rotabili ferroviari. Questo indusse Prato ad adottare le misure necessarie, prevedendo ambienti confinati per lavorare in sicurezza pur in presenza dell'amianto. In quella occasione scoprimmo 85 morti nelle Ferrovie, per effetto del mesotelioma pleurico.

Quali sono state le conseguenze di quel processo?

Deidda. Intanto, è successo che le Ferrovie, sotto la spinta del controllo della Procura della Repubblica scoimbenzarono circa 10 mila carrozze, con un piano che si è sviluppato per anni. Quindi, dal punto di vista della prevenzione quell'azione giudiziaria ottenne un risultato grandioso. Poi ci sono stati altri processi importanti, quali Montefibre, Porto Marghera, Enichem, Ilva, Casale Monferrato e Siracusa per l'Eternit, Trieste Monfalcone per la Fincantieri. Tuttavia, nonostante questi processi ancora oggi non c'è una vigilanza su tutto il territorio nazionale in grado di scovare e processare i responsabili dell'uso dell'amianto. Non dobbiamo dimenticare che dal dopoguerra ad oggi, l'Italia è ricorsa ad un uso massiccio di questa fibra. E lo ha fatto fino agli anni Ottanta.

Lei ha posto l'accento sul fatto che molti procedimenti non arrivano mai a dibattimento.

Deidda. Purtroppo, la sorte dei procedimenti è molto varia. Alcuni vanno a dibattimento quando il magistrato è uno specialista, quando la colpevolezza è evidente, ma tantissimi sono finiti male, a mio giudizio, per una cattiva gestione da parte del pubblico ministero delle indagini preliminari, poi dei giudici che non hanno capito bene il fenomeno, della Corte d'Appello che, magari, dopo una prima condanna in primo grado, ha emesso una sentenza di assoluzione. Ma il problema non è quello delle responsabilità individuali di questo o di quel magistrato, ma complessivamente si tratta di un fenomeno di una insufficiente preparazione generale ad affrontare processi difficili quali sono quelli riguardanti le malattie professionali.

Cosa pensa della proposta di istituire una procura nazionale sulle malattie professionali avanzata dal procuratore Guariniello?

Deidda. A mio parere non serve a niente perché la similitudine con la procura nazionale antimafia è insostenibile. Nella mafia, evidentemente, c'è una trama che tocca tutto il territorio nazionale e che quindi ha bisogno di una mente che coordini l'azione giudiziaria. Non c'è nessuna parentela tra un infortunio sul lavoro, avvenuto in una ditta di Siracusa o di Torino, e il fenomeno della criminalità organizzata. L'infortunio e

la malattia professionale sono legati a dinamiche strettamente connesse ai modelli di produzione di un determinato stabilimento. Non c'è bisogno di un coordinamento, ma di una maggiore preparazione dei magistrati, luogo per luogo, procura per procura, tribunale per tribunale. Il coordinamento si fa attraverso la formazione, attraverso criteri di protocollo che possono essere esportati nelle varie sedi giudiziarie. Non abbiamo bisogno di un nuovo carrozzone istituzionale che non cambia le cose.

Il protocollo regionale in Toscana, sottoscritto dalle imprese, dagli enti locali e dalla magistratura è una strada da esportare nelle altre realtà?

Deidda. Certamente. Questo protocollo è stato fortemente sollecitato dalla procura generale che si è fatta carico di stabilire con la Regione, con le 12 Asl della Toscana, che hanno il personale di polizia giudiziaria competente per questo genere di reati, con tutte e 10 le procure, regole comuni di comportamento. Questo protocollo individua le linee guida su come si fa un'indagine, su come conoscere meglio le notizie di reato in materia di infortuni e di malattie da lavoro; linee, in sostanza, che sappiano superare quelle carenze indicate come un freno nell'azione della magistratura ■

I percorsi della giustizia

Brevi riflessioni sullo «stato dell'arte» nella tutela del danno differenziale

■ di Giancarlo Moro*

L'esperienza dei processi per le vittime da amianto (la celeberrima sentenza penale della vicenda Eternit a Torino, le recenti sentenze del Giudice del Lavoro di Gorizia contro Fincantieri), la vicenda agli onori della cronaca dell'Ilva di Taranto, il risultato delle centinaia di processi patrocinati dalla nostra organizzazione nei territori in cui il danno differenziale viene preteso con sistematicità, ci consentono di formulare un giudizio non approssimativo e prospettico sullo stato della c.d. «tutela integrale» del lavoratore infortunato o ammalato, quando l'infortunio o la malattia siano imputabili a responsabilità datoriali. Si tratta di un quadro non privo di contraddizioni sul piano giurisprudenziale (anche se trascurabili quantitativamente) e di ombre più pesanti sul piano organizzativo, che rivela ancora oggi una marcata disomogeneità nelle prassi adottate dai nostri uffici.

Nella nostra pratica quotidiana di controverse in materia di danno differenziale nei confronti dei datori di lavoro, spesso ci con-

frontiamo con difese delle aziende convenute che supportano le loro tesi citando precedenti giurisprudenziali che suscitano una certa sorpresa, come ad esempio la sentenza del Tribunale di Palermo del 29 marzo 2010 (all. 1 in documentazione), che ha negato la pretesa del lavoratore al risarcimento del danno differenziale, affermando che l'estensione dell'indennizzo Inail all'area del danno biologico, attuata con la riforma del 2000 (art. 13 dl 38/00) esonererebbe il datore di lavoro da ogni conseguenza di carattere patrimoniale.

Si tratta per fortuna ed in realtà di pronunce molto isolate, ed ormai superate nell'ambito del dibattito scientifico e dottrinale, che appartengono augurabilmente alla fisiologica varietà della casistica giurisprudenziale e che si rivelano forse ispirate da ricorsi carenti, o non sufficientemente dettagliati, sul piano delle allegazioni e delle argomentazioni (si tratta ovviamente di mera ipotesi, tutta da verificare), o più verosimilmente da inadeguate riflessioni da parte dei singoli giudicanti.

L'azionabilità del diritto al risarcimento del

danno differenziale (ovvero della differenza tra quanto erogato dall'Inail a titolo di indennizzo ed il maggior importo spettante a titolo di risarcimento del danno civilistico), anche dopo la riforma introdotta dal dl n. 38 del 2000, costituisce ormai un approdo giurisprudenziale a dir poco consolidato e le sentenze della giurisprudenza di merito orientate in questo senso sono centinaia in tutta la penisola, tanto che la loro elencazione occuperebbe uno spazio eccessivo.

Per contro, l'ampiezza del danno civilistico ha assunto un contenuto ed una valenza sempre più rilevante con la diffusione su tutto il territorio nazionale, anche a seguito di alcune note sentenze della Suprema Corte (cfr. Cass., 7 giugno 2011, n. 12408), delle c.d. «tabelle milanesi».

Queste ultime costituiscono infatti un'apprezzabile sintesi tra la esigenza di individuare parametri omogenei e forfettari nella liquidazione del danno non patrimoniale e la contestuale necessità di ottemperare in modo ottimale ai criteri di «personalizzazione» del danno opportunamente affermati dalla Corte di Cassazione a Sezioni Unite nelle ormai famose sentenze di «San Martino» del 2008.

La dignità e la rilevanza del danno differenziale è bene rappresentata, solo in via esemplificativa, dalla recentissima pronuncia del Giudice del Lavoro di Gorizia (sentenza 28 settembre 2012, n. 134, G.L. dott.ssa Gallo), all. n. 2 in documentazione, che ha liquidato a favore di un soggetto già dipendente di Fincantieri s.p.a. affetto da una grave forma di asbestosi (con danno biologico valu-

tato dal Ctu, secondo i baremes civilistici, nella misura del 70%), un risarcimento del danno superiore ad euro 400.000,00 (con interessi e rivalutazione monetaria), già al netto dell'indennizzo Inail.

La capitalizzazione della rendita Inail per il mero indennizzo del danno biologico è risultata pari ad Euro 75.000,00, ed il valore «differenziale» tra le due somme non necessita di essere commentato.

È appena il caso di rammentare che il «differenziale» è assai significativo anche per percentuali di invalidità minori e che per i danni «in franchigia» (con grado inferiore al 6% di punteggio Inail) la richiesta di risarcimento del danno è l'unico strumento per il lavoratore per ottenere una riparazione economica per l'infortunio o la malattia.

I meccanismi di erosione dei sacrosanti diritti dei lavoratori (o dei loro familiari) a far valere la pretesa risarcitoria nei confronti del datore di lavoro, che si sia reso «responsabile» dell'infortunio o della malattia professionale, non si annidano negli orientamenti giurisprudenziali negativi (assai rari ed isolati, come si è detto) ma sono in verità altri, ben più insidiosi ed operanti su «larga scala».

L'esperienza maturata nel corso di oltre un decennio di buone prassi sindacali sulla tutela sistematica (aggettivo quest'ultimo, fondamentale) del diritto al risarcimento del danno differenziale ha rivelato che:

- astrattamente il diritto alla tutela riguarda la maggior parte degli infortuni e la

quasi totalità delle malattie, a causa della sostanziale indifferenza di troppi datori di lavoro alle norme in materia di sicurezza e igiene del lavoro;

- i lavoratori riconoscono al nostro Sindacato il «luogo naturale» in cui le tutele vengono loro accordate e solo in misura minoritaria (per quanto crescente, con l'affermarsi con la cultura della riparazione del danno) si rivolgono a professionisti esterni o ad agenzie infortunistiche, così che il silenzio del Sindacato sulla praticabilità delle tutele si trasforma assai spesso in una ratifica implicita ad un atteggiamento di inerzia e di rassegnazione, a cui consegue *la prescrizione di diritti più che fondati e talvolta decisivi per le sorti economiche del lavoratore o dei suoi famigliari*;
- le buone prassi risarcitorie incidono – direttamente ed immediatamente – sulla modifica dei comportamenti datoriali più pericolosi ed irresponsabili e provocano spesso scelte ed innovazioni quali:
 - la sostituzione di macchinari obsoleti o «non a norma»;
 - l'eliminazione o la riduzione di materie prime pericolose o di agenti nocivi dal ciclo produttivo;
 - la revisione di interi metodi produttivi ed organizzativi o il cambiamento delle modalità specifiche nello svolgimento delle mansioni lavorative.

È agevole concludere che in tal modo la sanzione economica (il risarcimento) e la prevenzione di infortuni e malattie si coniugano perfettamente.

Occorre aggiungere che l'affermazione della

responsabilità datoriale è spesso l'unica efficace difesa per il lavoratore licenziato per il superamento del periodo di comporto o per inidoneità fisica; la recente riforma c.d. «Fornero» (legge 92/2012) assicura a queste controversie una corsia privilegiata garantendo il rito accelerato anche quando il giudizio abbia per oggetto la valutazione circa l'addebitabilità dell'infortunio o della malattia al datore di lavoro tra i «fatti costitutivi» del licenziamento.

La tutela del danno differenziale, laddove viene praticata, ha promosso una nuova cultura negli uffici della nostra organizzazione e negli studi dei legali convenzionati, facendo emergere risorse assai preziose in un momento di generale e drammatica «recessione» dettata dalla crisi economica.

Queste annotazioni introducono un ultimo, per quanto scomodo, argomento.

L'esperienza degli uffici nei quali si pratica «automaticamente» la tutela del danno differenziale ha rivelato anche dati assai sconcertanti.

Non mi riferisco solo a quei casi (ognuno di noi ha, a tale proposito, una propria ed assai ampia aneddotica) in cui si è dovuto constatare che – per poche settimane o per pochi giorni – il diritto alla riparazione economica di un danno alla salute, magari molto rilevante, non era più azionabile perché il termine decennale di prescrizione si era appena compiuto.

Il pensiero, assai doloroso, va ai fenomeni epidemiologicamente più gravi e noti a tutti noi, alle vere e proprie stragi in corso.

Nella mia città, Padova, nella coorte di una sola azienda operante nel settore della produzione e riparazione di carrozze ferroviarie, sono deceduti per malattie asbesto correlate oltre cento lavoratori.

Eppure... Eppure nei nostri uffici era transitata una Ctù (espletata nel 1980!), all. n. 3 e n. 3 bis in documentazione, depositata in un giudizio promosso dal nostro stesso Patronato contro l'Inail, conclusosi con una sentenza favorevole del Giudice del lavoro del 1981, volto ad ottenere la rendita superstiti a favore della vedova di un lavoratore morto per mesotelioma da esposizione ad amianto in quella stessa azienda.

All'epoca, l'amianto veniva quotidianamente usato in larghissima quantità e la Ctù (che presumibilmente era stata preceduta da una consulenza o comunque da una valutazione del medico del Patronato) vaticinava implicitamente che a quel primo decesso per amianto, ne sarebbero seguiti molti altri.

Ciò nonostante, in quegli stessi giorni e per molti anni dopo l'amianto ha continuato ad essere largamente utilizzato, senza ritengo e senza alcuna cautela in quello stabilimento, che costituiva un vero «fiore all'occhiello» per i livelli di sindacalizzazione a favore del nostro Sindacato metalmeccanico. A Monfalcone, che gode del triste primato, certificato da uno studio commissionato dalla Procura della Repubblica di Gorizia, di essere afflitta da una vera e propria «ipe-rendemia» per i decessi da mesotelioma, «in primis» tra i dipendenti dei cantieri navali, la prima rendita superstiti per la vedova di un lavoratore colpito da questa terribile malattia risale al 1976.

In quella stessa Monfalcone e nei medesimi cantieri navali, nel successivo 1985 cominciava l'allestimento di una nave, denominata «Micoperi 7000» (ancora oggi, la più grande nave-officina del mondo), la cui costruzione si è protratta per due anni e per la quale è stato fatto ampio uso delle fibre del minerale killer sia come coibentante, sia come ausilio al lavoro di saldatura.

A questi dati consegue una conclusione ovvia.

Se alla vocazione tradizionale alla tutela «solo previdenziale» si sostituisce un «modus operandi» orientato alla tutela «integrale» del lavoratore, comprensiva delle prerogative risarcitorie per il danno al bene salute (valore costituzionale), se il tema della «colpa del datore di lavoro» viene dunque preso regolarmente in considerazione, se la reazione costituita dalla richiesta di una sanzione civile (economica) e penale è immediata e contestuale alla tutela previdenziale, per ogni infortunio e per ogni malattia, si potrà incidere in modo significativo sulla modifica, tempestiva, dei comportamenti illeciti, sia per singoli episodi, sia per vicende «seriali» e su larga scala.

È il caso di rammentare che le malattie professionali per loro natura (dipendendo da un fattore lesivo presente nella organizzazione e/o nel ciclo produttivo aziendale) sono spesso seriali (si pensi, per esempio, alle malattie da esposizioni ad agenti nocivi, alle patologie muscolo-scheletriche, ecc...).

Certi dati epidemiologici apocalittici, certe vere stragi di collettività di lavoratori (e a volte dei loro familiari: pensiamo alle donne che si sono ammalate lavando e spazzo-

lando le tute sporche di amianto dei mariti o dei figli, o alla prossimità delle abitazioni operaie agli stabilimenti inquinanti) non sono sempre, o non sono solo il frutto dell'ignoranza colpevole circa la nocività di questa o quella materia prima, di questo o quell'agente chimico, di questa o quella lavorazione, ma discendono da un approccio reticente e tardivo nella nostra «risposta» di fronte a modalità produttive lesive del bene salute.

Per ogni malattia, per ogni infortunio, va dunque condotta una valutazione sul tema della «responsabilità», in termini certo equilibrati, ma con rigore ed immediatezza.

La tutela individuale non può che essere integrale e non può sopportare compromessi o mediazioni politiche.

Nel recente incontro (settembre 2012) svoltosi a Casale Monferrato, preparatorio della Conferenza Governativa di novembre sull'amianto, il dott. Guariniello, celeberrimo P.M. nel processo Eternit, ha ribadito in termini assai efficaci, di fronte ai ministri del Lavoro, della Salute e dell'Ambien-

te, la necessità di istituire una Procura Nazionale per una più capillare repressione dei reati in tema di sicurezza ed igiene del lavoro, rilevando come, incomprensibilmente, vi siano distretti giudiziari in cui i reati di lesioni colpose o di omicidio colposo ai danni dei lavoratori vengono celermente ed efficacemente perseguiti ed altri in cui, anche a fronte di clamorose violazioni delle norme, nulla accade, o accade con grave ritardo.

Il magistrato ha terminato il proprio intervento, non privo di spunti ironici, chiedendosi retoricamente se «i reati vadano perseguiti», se «il bene-salute sia o no un valore costituzionale» in una Repubblica fondata sul lavoro, ed ancora se questa iniziativa non abbia seguito per il «timore» di taluno che la Procura Nazionale possa «funzionare».

Le repliche dei ministri hanno, con accenti più o meno rivelatori, fatto riferimento alle «resistenze» del campo datoriale.

Sostenere questa iniziativa con grande ed autentica convinzione costituirebbe un segnale vero ed inequivocabile di discontinuità e di attenzione al tema della salute nei luoghi di lavoro ■

Che fine ha fatto la medicina del lavoro?

di Antonio Regazzo*

La sorveglianza sanitaria degli esposti ed ex-esposti ad amianto è un argomento su cui si dibatte molto. Ma perché attuare la sorveglianza sanitaria? I vantaggi di un programma di sorveglianza sanitaria consistono in:

- utilità clinica attraverso la possibilità di pervenire ad una diagnosi precoce e controllo dello stato di salute,
- utilità di sanità pubblica per la possibilità di riduzione del rischio aggiuntivo,
- utilità etico-sociale (possibilità di informazione capillare e contatto individuale),
- utilità medico-legale (tempestività di certificazione di malattia professionale e di successivi benefici ad essa correlati),
- utilità epidemiologica (migliore conoscenza del rapporto causa/effetto).

La prima norma di riferimento sulla sorveglianza sanitaria risale al dpr 1.124 del 1965, quello per intenderci che ha riformato l'Inail e che è ancora oggi in vigore.

Già allora l'art. 157 prevedeva che i lavoratori addetti ad attività con esposizione all'amianto, dovevano essere sottoposti a visita medica per accertare l'idoneità fisica alle lavorazioni.

Dal 1965 ad oggi tante sono state le normative che si sono succedute nel tempo; segnaliamo il dl 257 del 2006, in attuazione della direttiva Cee del 2003 relativa alla protezione dei lavoratori ai rischi derivanti dall'esposizione all'amianto durante il lavoro, che nei primi 5 articoli modificavano il dl 264 e sanzionavano manchevolezze in tal senso.

La «necessità di sottoporsi ad accertamenti sanitari anche dopo la cessazione della attività che comporta ovvero ha comportato esposizione alla polvere proveniente dall'amianto o dai materiali contenenti amianto» indicata dall'art. 29 c. 4 del d.lgs. 277/91, confermata dall'art. 59 del d.lgs. n. 257/2006 e ora dall'art. 259 del d.lgs. n. 81/2008, *si scontra con le difficoltà di fornire indicazioni operative.*

In primo luogo, la mancanza di linee guida razionali e nazionali ha portato ad una evidente difformità di realizzazione di tali programmi nel territorio.

Successivamente alla legge 833/1978 – che ha istituito il Servizio Sanitario Nazionale – e come regolamentato dal Dm 347/2001 e L. 405/2001, lo Stato (o meglio il Ministero della Salute) ha formulato i principi fondamentali della sorveglianza, ma non è in-

tervenuto in maniera efficace ed efficiente su come dovessero essere attuati questi principi ed obiettivi, in quanto *ciò è di competenza esclusiva delle Regioni*.

In questo contesto, alcune Regioni italiane (Toscana, Piemonte, Lombardia, Veneto, Emilia Romagna, Lombardia, Friuli V.G.) hanno predisposto indirizzi operativi sulle modalità con cui attuare la sorveglianza sanitaria degli ex esposti ad amianto con evidenti somiglianze e differenze.

Tra le differenze principali compare «chi» deve prendere in carico il soggetto ex esposto:

- il medico di Medicina Generale come nel sistema implementato dal Piemonte;
- il medico dei Servizi di Medicina del Lavoro delle Usl come in Toscana, Emilia Romagna;
- il medico dei reparti ospedalieri di Medicina del Lavoro, e «come» si realizza l'approccio (che può essere passivo, come in Toscana, Emilia Romagna e Piemonte, oppure attivo come in Lombardia).

Pertanto, in questo scenario le Regioni recentemente hanno attuato autonomamente dei piani di sorveglianza sanitaria che hanno goduto di un entusiasmo e di uno slancio iniziale con finanziamenti stanziati ad hoc (vedi progetto Atom nel Friuli Venezia Giulia), ma che sono andati via via spegnendosi nel tempo, complice anche questo momento particolare di congiuntura e di recessione. In ottica di *spending review* è stato gioco forza ridurre o addirittura interrompere tali progetti. Sempre più restrittive pertanto le linee guida nel campo della sicurezza e della vigilanza, adducendo misure che sono im-

prontate al risparmio delle risorse, ma che talvolta vengono fatte passare come scrupolo per la salute delle persone ex esposte. Viene infatti addotto il pretesto che gli effetti nocivi delle radiazioni di esposizione ad una Tac spirale sono maggiori dei benefici che ne deriverebbero dalla esecuzione della stessa e pertanto si è passati, come in Friuli negli anni dal 2002 al 2005, da una situazione che vedeva l'esecuzione, per tutti i lavoratori ex esposti, di Tac ogni 6 mesi (pratica sanitaria francamente eccessiva), ad oggi dove soggetti fumatori, con certa esposizione (magari affetti da patologia pleurica – placche – per intenderci) ed età superiore ai 50 anni, non sono più controllati. Tali soggetti vengono sottoposti ad accertamenti (talvolta spirometria e semplice visita medica) solo se vanno a sollecitare le istituzioni preposte.

La Medicina del Lavoro che fa capo agli Spisal delle Asl si trova pertanto legata da un protocollo sanitario che deve correttamente ridurre al minimo l'esposizione a radiazioni e che deve evitare esami inutili e invasivi e da limitate risorse, ma che oggi non sono di fatto più preposte ad un serio e costruttivo piano sanitario di sorveglianza che sia efficace e di ampio effetto. Tali istituzioni sono comunque le uniche preposte alla salvaguardia della salute degli ex lavoratori esposti, e si trovano a far conto anche con situazioni contingenti, non ultime quelle comprensibili di ansia e stress presenti in molti ex esposti con placche pleuriche, i quali vivono in apprensione per la presenza di una patologia che, seppur oggi classificata come benigna, è indice certo di esposizione ad una sostanza cancerogena la quale

potrebbe «innescare» un temibile mesotelioma o una neoplasia polmonare.

La difficoltà della Medicina del Lavoro ad intercettare i lavoratori ex esposti è cronica e talvolta addirittura scoraggiante.

L'identificazione dei soggetti che sono stati esposti ad amianto avviene oggi attraverso l'accesso ai libri matricola aziendali delle ditte dove vi sono stati casi di mesotelioma (Registro Mesoteliomi) o asbestosi o placche pleuriche asbestosiche (da Spisal o Inail), per mezzo delle domande presentate all'Inail (dm 27 ottobre 2004) dai soggetti che richiedono riconoscimento dei benefici previdenziali ai sensi del d.lgs. 257/92 (e successive norme), tramite il ricorso alle associazioni di ex esposti, ai registri degli esposti previsti dal d.lgs. n. 277/91, d.lgs. n. 257/2006 e d.lgs. n. 81/2008 ed ai registri delle ditte «conosciute» dallo Spisal.

Se in molte realtà lo scambio di dati tra Inail, Spisal, Enti di patrocinio e reparti ospedalieri funziona, consci gli operatori di ciascun Ente dell'interesse sociale e del singolo che questa collaborazione produce, in altre realtà vengono rilevate difficoltà di incrocio dati per le diverse finalità nelle quali ciascun Ente opera. Ed ecco che viene così perso il beneficio razionale del programma di sorveglianza sanitaria, in cui il controllo periodico dello stato di salute degli ex esposti ha l'obiettivo di pervenire alla diagnosi precoce delle malattie asbesto correlate, che si manifestano anche a distanza di molti anni dalla cessazione della esposizione, al fine di assicurare le misure terapeutiche atte a modificare ovvero rallentare il decorso della malattia.

Gli Spisal, cronicamente affetti da deficit di risorse e di uomini, poco possono produrre in realtà dove il problema è molto presente, limitandosi molto spesso alla sorveglianza per neoplasia polmonare in soggetti a rischio (fumatori con età superiore a 50 anni), trascurando così le placche pleuriche asbesto-correlate in quanto definite benigne, non meritevoli di indagini e neppure di denuncia di malattia professionale all'Inail per l'errata convinzione che un eventuale riconoscimento di malattia professionale non approderebbe a nessun beneficio economico per il lavoratore.

Viene trascurato in questo modo tutto il grande capitolo di risarcimento del danno differenziale e di tutela Inail nella malaugurata – ma non remota – ipotesi che lo stesso lavoratore sia poi raggiunto da una malattia neoplastica pleurica o polmonare, che vedrebbe spianata – con la già riconosciuta malattia professionale per placche – la questione del nesso di causalità materiale tra neoplasia ed esposizione ad asbesto.

Per fornire alcuni dati, secondo il Registro Mesoteliomi del Veneto, solo nella Regione Veneto vi sono più di 30.000 soggetti ex esposti ad amianto ...

Allo stato di inerzia attuale, quale tutela riusciamo a garantire per questi ex lavoratori? Sarebbe più corretto domandarsi se in questo sfondo «dis»-organizzativo i lavoratori siano effettivamente tutelati!

Tante norme sono state scritte... Tuttavia la strada per realizzare la massima tutela possibile per chi ha svolto il proprio lavoro con impegno e sacrificio, è solo all'inizio ■

I corpi dell'amianto sotto la luce di sincrotrone

Verso l'identikit di un assassino

■ di Lorella Pascolo* e Mauro Melato*

L'amianto è un silicato fibroso con peculiari proprietà fisico-chimiche e di resistenza che lo hanno reso un materiale molto versatile ed ideale per vari scopi manifatturieri, soprattutto nell'edilizia. Per queste proprietà, note fin dall'antichità, è stato massivamente utilizzato per oltre 100 anni nonostante le sempre più allarmanti segnalazioni sulla sua tossicità e cancerogenicità. L'esposizione all'amianto è ora chiaramente associata allo sviluppo di malattie polmonari che includono il mesotelioma pleurico, il carcinoma polmonare e l'asbestosi (fibrosi polmonare causata dall'esposizione all'amianto). È rilevante segnalare che, in un recente resoconto dell'Agencia Internazionale per la Ricerca sul Cancro (Iarc), l'amianto (in tutte le forme conosciute) è stato definitivamente classificato come cancerogeno per gli esseri umani con evidenze sufficienti per diversi tipi di tumori, non solo quelli polmonari e pleurici¹. Anche se, dal 1990, l'uso e la commercializzazione industriale di amianto sono stati limitati e oggi praticamente aboliti, ciò è ve-

ro in 19 Paesi (tra cui l'Italia) e, a causa della caratteristica lunga latenza (20-40 anni), le malattie professionali amianto-correlate ed in particolare il mesotelioma rappresentano ancor oggi un problema di salute pubblica più che mai attuale. È stato infatti stimato che si stia andando incontro ad un aumento del numero di pazienti affetti da malattie amianto-correlate e si prevede che il numero massimo di casi di mesotelioma in Italia e nel mondo sarà raggiunto nei prossimi dieci anni²; e nell'Italia nord-orientale, soprattutto nelle province di Trieste e Gorizia dove in passato si è avuta una massiccia esposizione professionale all'amianto con conseguente iperendemia per il mesotelioma, questo aumento si sta già registrando. Però, mentre la tossicità dell'amianto è ormai scientificamente innegabile, i precisi meccanismi patogenetici e/o le specifiche co-causalità con cui le fibre di amianto inducono trasformazione neoplastica sono ancora poco compresi e ciò determina ritardi nella formulazione di strategie terapeutiche efficaci.

* Irccs «Burlo Garofolo», Trieste

Secondo le più recenti valutazioni da parte dei vari gruppi di ricercatori che si occupano di amianto nel mondo, i principali meccanismi mediante i quali questo materiale produce un danno a livello polmonare sono:

- la generazione di radicali liberi dell'ossigeno e dell'azoto,
- il rilascio di citochine,
- l'induzione di danni al Dna e l'alterazione delle risposte immunitarie³.

Si ritiene inoltre che l'esposizione a radiazioni ionizzanti e la presenza nell'organismo del virus SV40 possano svolgere un ruolo addizionale soprattutto per quel che concerne l'induzione del mesotelioma⁴.

Comunque, un punto fermo su cui convergono molti degli studi degli ultimi decenni è che la tossicità dell'amianto sia decisamente una conseguenza delle sue peculiari caratteristiche fisico-chimiche. Infatti, diversi decenni di studi tossicologici ed approfondite analisi dei diversi tipi di amianto hanno portato alla formulazione del cosiddetto «paradigma della patogenicità delle fibre» che evidenzia l'importanza di parametri come lunghezza, diametro e bio-persistenza⁵; ed a questi parametri vanno aggiunti la composizione chimica specifica e le proprietà superficiali. Sarebbe quindi da ricercare nelle diverse combinazioni di detti parametri quelle dotate di maggiori capacità oncogene.

Secondo alcuni autori, le proprietà fisico-chimiche dell'amianto che entrano maggiormente in gioco nel determinismo degli effetti infiammatori e, successivamente, di quelli genotossici sono la presenza di metal-

li di transizione nelle fibre e la loro capacità di assorbire metalli e tossine sulla superficie. In particolare, la presenza di ferro e, soprattutto, la capacità intrinseca di attrarne dall'ambiente sono fattori molto indagati dagli studiosi in quanto, oltre ad essere cruciali per la comprensione della tossicità dell'amianto, sono coinvolti nel fenomeno della formazione dei cosiddetti corpi dell'asbesto (o corpi dell'amianto), formazioni quanto mai caratteristiche nei polmoni dei pazienti esposti.

La presenza di corpi dell'asbesto nell'espettorato o nel parenchima polmonare sono infatti una caratteristica istopatologica distintiva di esposizione ad amianto e si ritengono l'effetto di una reazione dell'organismo alla presenza delle fibre inalate di amianto. Tali corpuscoli sono costituiti da una fibra di amianto circondata da un rivestimento, creato dall'organismo, contenente proteine ricche di ferro, come la ferritina e l'emosiderina. Non tutte le fibre che vengono inalate danno origine ai corpi dell'amianto, ma la presenza di queste formazioni si osserva in tutti i pazienti con patologia amianto-correlata.

La formazione dei corpi viene considerata da alcuni autori l'espressione di un meccanismo di inertizzazione biologica dell'amianto consistente in un tentativo dell'organismo di isolare il materiale potenzialmente dannoso. Tuttavia, dal momento che questo meccanismo determina un accumulo di ferro attorno alle fibre, il processo di supposta inertizzazione si associa ad una grande disponibilità di materiale ossidante (ossia il ferro) che, invece di una difesa del-

l'organismo, va a rappresentare una fonte attiva di radicali liberi che sostengono uno stato infiammatorio cronico capace di comportare danni del Dna⁶.

Ad oggi, non è ancora possibile stabilire con certezza quanto il processo di formazione dei corpi rappresenti un fenomeno protettivo o piuttosto uno oncogenico, né è noto perché alcune caratteristiche rendano le fibre più o meno reattive a livello polmonare.

Comunque, la presenza di ferro nelle fibre sembra essere un fattore che ne amplifica la reattività ed addirittura, secondo vari autori, è il principale responsabile degli effetti citotossici e genotossici di alcuni amianti commerciali quali la crocidolite e l'amosite (che contengono fino al 20-30% in peso di ferro) ritenuti quelli maggiormente carcinogenici. Inoltre, sono proprio questi tipi di amianto a dare origine con maggior frequenza ai corpi dell'asbesto nel tessuto polmonare dei soggetti esposti.

Alla luce di quanto premesso, uno dei punti chiave per comprendere la tossicità dell'amianto consiste nell'aver a disposizione la strumentazione adeguata per indagare le relazioni tra caratteristiche fisico-chimiche degli amianti ed effetti biologici indotti. E, in particolare, la comprensione del meccanismo di formazione dei corpi non può prescindere da accurate analisi di caratterizzazione morfologica e di loro composizione chimica.

A tale proposito, nei *report* presenti in letteratura sono stati proposti protocolli e tecniche spettroscopiche e microscopiche affidabili per identificare/quantificare le fibre ed i

corpi nei tessuti nonché, possibilmente, per analizzarne la composizione chimica.

Le tecniche principalmente utilizzate per individuare e caratterizzare le fibre di amianto sono la microscopia ottica e quella elettronica^{7,8} e, nelle indagini istologiche di routine su campioni tessutali, la microscopia ottica convenzionale consente di rilevare la presenza dei corpi ma difficilmente identifica le fibre non ricoperte che risultano al di sotto del potere di risoluzione. Quest'ultime vengono però ben identificate con la microscopia elettronica a trasmissione (Tem) o a scansione (Sem), tecniche con le quali si possono ottenere anche delle informazioni chimiche ma solo se fibre e corpi vengono estratti dai tessuti. In questo caso, tuttavia, le valutazioni risentono molto dei pre-trattamenti a cui i campioni vengono sottoposti e che, negli studi più significativi tesi ad indagare la composizione chimica dei corpi di amianto sono consistiti in procedure digestive.

Una nuova prospettiva analitica che combina al meglio le informazioni morfologiche con quelle chimiche, viene dall'utilizzo di tecniche di microscopia e spettroscopia a raggi X con luce di sincrotrone⁹. Infatti, le microscopie a raggi X operate presso i sincrotroni offrono la possibilità di ottenere immagini microscopiche, in assorbimento e contrasto di fase, ad alta definizione e con un'alta risoluzione spaziale. Inoltre, in abbinamento con *set-up* per la rilevazione della fluorescenza di raggi X (Xrf) forniscono contemporaneamente informazioni chimiche.

Bisogna ricordare che la tecnica della fluorescenza a raggi X (Xrf) rappresenta una

delle più importanti metodiche non distruttive per lo studio degli elementi presenti in un campione. Il principio fisico su cui si basa è il seguente: impiegando una radiazione X di energia ad intensità appropriata è possibile produrre dei salti energetici negli elettroni che sono contenuti nei diversi atomi (effetto fotoelettrico). Il riarrangiamento elettronico che ne consegue produce delle emissioni di fotoni a diverse energie caratteristiche di ciascun elemento chimico. L'alta penetranza e le caratteristiche della radiazione di sincrotrone assicurano quindi la massima efficienza nella rilevazione qualitativa e quantitativa degli elementi chimici identificati¹⁰.

In un nostro studio abbiamo analizzato campioni di tessuto polmonare di pazienti esposti all'amianto con un microscopio a radiazione X di sincrotrone presso la struttura Elettra di Trieste. Questa linea del sincrotrone (beamline TwinMic) usa raggi X molli ed è particolarmente adatta a rilevare la presenza di elementi chimici leggeri come ossigeno, azoto, silicio e magnesio, oltre che alcuni metalli di transizione come il ferro. Poiché l'amianto è costituito quasi essenzialmente da silicio, ossigeno e magnesio, il microscopio di TwinMic risulta particolarmente adatto a rivelare le fibre di amianto nei campioni.

Per studiare il meccanismo di formazione dei corpi dell'amianto con il microscopio TwinMic abbiamo analizzato queste strutture direttamente nel tessuto e ciò ci ha permesso di differenziare fibre di amianto originarie e rivestimento generato dall'organismo.

Nelle figure 1 e 2 sono raffigurati alcuni risultati ottenuti nel nostro studio. Com'era atteso, la presenza del silicio identifica nettamente la fibra originaria e le misure effettuate hanno inoltre permesso di rilevare un alto contenuto di magnesio, ferro ed ossigeno nel rivestimento dei corpi. Un dato molto interessante emerso è inoltre che magnesio e ferro sono presenti in notevoli quantità anche intorno ai corpi suggerendo un loro forte coinvolgimento nella risposta tessutale alla presenza delle fibre di amianto.

È questa la prima volta che il magnesio viene trovato nel rivestimento dei corpi dell'amianto e la sua presenza, essendo il magnesio spesso coinvolto in processi di calcificazione irreversibile, potrebbe spiegare la biopersistenza dei corpi dell'amianto nel polmone.

La presenza del ferro, pure osservata grazie alla tecnica usata nel rivestimento dei corpi, era più che attesa; tuttavia i nostri studi suggeriscono un suo coinvolgimento molto complesso sia nella formazione dei corpi che, più in generale, nelle patologie amianto-correlate. L'amianto sembra infatti determinare una profonda alterazione del metabolismo del ferro nel tessuto polmonare ed in particolare un suo aumento quantitativo ed una ridistribuzione nelle strutture cellulari idonei a provocare importanti squilibri fisiologici, fenomeno su cui stanno convergendo anche gli interessi di altri studiosi^{11, 12}.

Solo grazie a tecniche avanzate sarà possibile dare un vero volto ad un assassino che, sebbene ben noto, non si è ancora potuto fermare perché uso ad uccidere travestendo-

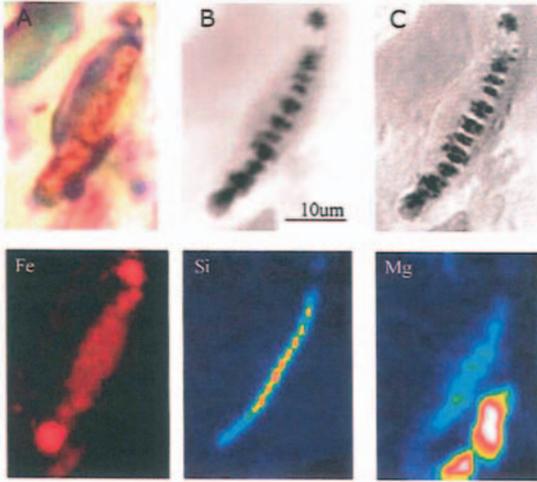


Figura 1. Immagine ottica (A), in assorbimento (B), contrasto di fase (C) e distribuzione degli elementi (ferro, silicio e magnesio) di un corpo dell'amianto . Dati ottenuti con il microscopio a fluorescenza X TwinMlc di Elettra .

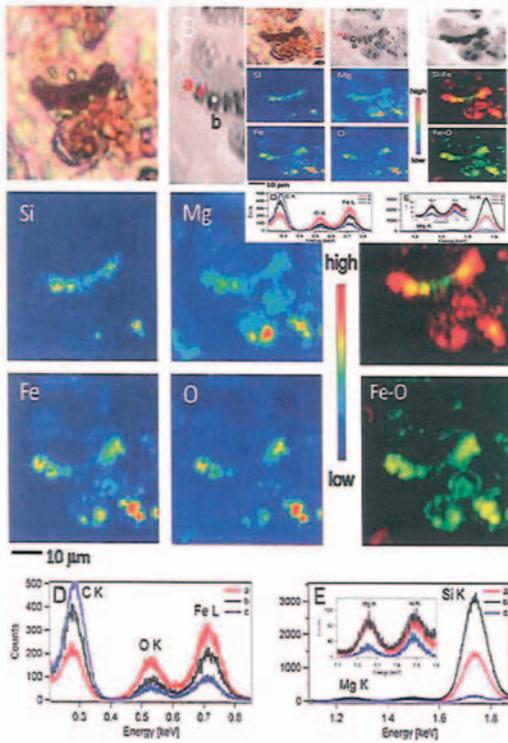


Figura 2. Immagine ottica (A), in assorbimento (C) e distribuzione degli elementi (silicio, magnesio, ferro e ossigeno) di un corpo dell'amianto ed altre formazioni nel tessuto polmonare con asbestosi.

si, questa è la nostra ipotesi, ed è proprio nella direzione di ricostruire l'identikit dell'assassino e le sue modalità di azione che intendiamo continuare la nostra ricerca.

Note bibliografiche

1. Straif, K. *et al.*, *A review of human carcinogens – part C: metals, arsenic, dusts, and fibres*, *Lancet Oncol* **10**, 453-454 (2009).
2. Brims, F.J., *Asbestos – a legacy and a persistent problem*, *J.R. Nav. Med. Serv.* **95**, 4-11 (2009).
3. Donaldson, K., Murphy, F.A., Duffin, R., & Poland, C.A., *Asbestos, carbon nanotubes and the pleural mesothelium: a review of the hypothesis regarding the role of long fibre retention in the parietal pleura, inflammation and mesothelioma. Part Fibre. Toxicol.* **7**, 5 (2010).
4. Comar, M. *et al.*, *SV40 multiple tissue infection and asbestos exposure in a hyperendemic area for malignant mesothelioma*, *Cancer Res* **67**, 8456-8459 (2007).
5. Donaldson, K., Murphy, F.A., Duffin, R., & Poland, C.A., *Asbestos, carbon nanotubes and the pleural mesothelium: a review of the hypothesis regarding the role of long fibre retention in the parietal pleura, inflammation and mesothelioma, Part Fibre. Toxicol.* **7**, 5 (2010).
6. Ghio, A.J., Stonehuerner, J., Richards, J., & Devlin, R.B., *Iron homeostasis in the lung following asbestos exposure*, *Antioxid. Redox. Signal.* **10**, 371-377 (2008).
7. Dodson, R.F., Hammar, S.P., & Poye, L.W., *A technical comparison of evaluating asbestos concentration by phase-contrast microscopy (Pcm), scanning electron microscopy (Sem), and analytical transmission electron microscopy (Atem) as illustrated from data generated from a case report*, *Inhal. Toxicol.* **20**, 723-732 (2008).
8. Dodson, R.F. *et al.*, *Analysis of ferruginous bodies in bronchoalveolar lavage from foundry workers*, *Br. J. Ind. Med.* **50**, 1032-1038 (1993).
9. Pascolo, L. *et al.*, *Synchrotron soft X-ray imaging and fluorescence microscopy reveal novel features of asbestos body morphology and composition in human lung tissues, Part Fibre. Toxicol.* **8**, 7 (2011).
10. Alberti, R., *Development of a low-energy x-ray fluorescence system with sub-micrometer spatial resolution*, *X-Ray Spectrometry* (2009).
11. Ghio, A., Tan, R.J., Ghio, K., Fattman, C.L., & Oury, T.D., *Iron accumulation and expression of iron-related proteins following murine exposure to crocidolite*, *J. Environ. Pathol. Toxicol. Oncol.* **28**, 153-162 (2009).
12. Kell, D.B., *Iron behaving badly: inappropriate iron chelation as a major contributor to the aetiology of vascular and other progressive inflammatory and degenerative diseases*, *BMC. Med. Genomics* **2**, 2 (2009) ■

Storie familiari di fronte all'amianto

■ di Elisabeth Kruml *

La fibra d'amianto si ritrova in molte storie familiari della popolazione del monfalconese e del basso Isontino. Il mio interesse come psicologa psicoterapeuta sistemico-relazionale è rivolto prevalentemente alla comprensione delle dinamiche interattive che intercorrono tra i membri delle famiglie che da anni fronteggiano gli effetti devastanti dell'esposizione alla fibra. Seguendo un approccio narrativo, si vuole dar voce alle singole storie dei componenti della famiglia, favorendo la relazionalità nella costruzione di molteplici racconti complementari. Ciò significa pertanto enfatizzare le descrizioni «sogettive» della realtà e ricercare ridondanze relazionali nelle storie delle famiglie che si sono prestate ad una conversazione informale con me, senza generalizzare semplicisticamente, prestando attenzione ad ogni singola storia, ad ogni caso particolare di attribuzione di significato.

Ho chiesto alle persone di raccontarmi, dal loro punto di vista, come si vive con una storia di esposizione all'amianto, quali sono le ricadute sulle dinamiche relazionali e sulla

qualità della vita, quali sono le aspettative per il futuro.

Mi chiedo se in queste famiglie, un'eventuale futura diagnosi infausta, susciterebbe altrettanto sgomento e sorpresa come avverrebbe in contesti familiari tradizionali senza un'esposizione preventiva all'amianto, o se, invece, nei familiari vengano anticipati dei vissuti e delle dinamiche relazionali che normalmente occorrono solamente in condizioni di diagnosi effettive di malattie oncologiche.

Colloqui con le famiglie

Ho effettuato, nel corso dell'estate del 2010, delle conversazioni informali con cinque famiglie della zona del basso Isontino, che hanno dovuto far fronte a lutti in famiglia legati all'esposizione e/o presentano tuttora componenti familiari esposti per anni alla fibra d'amianto. È stato difficile reperire gruppi familiari disposti a parlare della loro esperienza privata con l'amianto, sebbene fosse garantito l'anonimato. Nessuna famiglia

*È chiaro che ti cambia la vita,
perché sai che hai respirato qualcosa
e c'è il costante rischio di ammalarti*

* Psicologa e psicoterapeuta sistemico relazionale

si è presentata al completo: due persone si sono dichiarate disposte a parlarne da sole senza la famiglia, due coppie coniugali si sono presentate senza i figli, dicendo di non volerli coinvolgere, in un caso si è presentata una vedova accompagnata dal figlio. Attraverso opportune domande triadiche si è riusciti comunque a indagare le interazioni e i differenti punti di vista dei membri assenti attraverso i familiari presenti. I colloqui sono stati condotti secondo l'approccio conversazionale sistemico-relazionale, ossia chiedendo alle famiglie di rievocare la loro esperienza personale attraverso una ricostruzione narrativa biografica. Ciascun partecipante alla conversazione ha raccontato la propria versione della storia della famiglia, connettendosi ai racconti degli altri componenti del gruppo, in una costante ricerca di senso, di spiegazioni, di significati condivisi ruotanti attorno al problema «amianto». Nella famiglia i singoli componenti, legati da relazioni strette e vitali, condividono una storia che viene continuamente negoziata con il trascorrere del tempo. Ogni famiglia ci fa entrare così nella sua storia, nel suo peculiare modo di affrontare *qui ed ora* le drammatiche conseguenze dell'esposizione all'amianto.

Dal punto di vista sistemico, la famiglia viene identificata con il sistema di relazioni reciproche che legano i suoi componenti, la cui specificità emerge dalla loro appartenenza al nucleo. Si accentua la natura circolare delle relazioni familiari, ogni comportamento individuale influenza e resta influenzato dal comportamento degli altri e innesca un cambiamento nelle modalità di funzionamento dell'intero sistema. La famiglia è concepita

come totalità indivisibile di affetti e di pensieri, quanto accade nella vita di uno dei membri del sistema familiare modificherà profondamente il comportamento di tutti gli altri e le regole complessive.

Storie familiari complesse

Nella conversazione con le famiglie, dopo una breve presentazione dei componenti, si invita ognuno a esplorare le connessioni tra presente e passato della vita familiare, tra eventi previsti e imprevisti del ciclo evolutivo della famiglia, analizzando le descrizioni che i vari componenti danno delle relazioni familiari, nello specifico anche in relazione all'esposizione all'amianto e agli eventuali peggioramenti della salute psicofisica. Si vuole capire come la situazione problematica abbia modificato progressivamente l'interazione in famiglia, come siano cambiati i ruoli, le responsabilità, le alleanze, in che modo ogni componente abbia cercato di risolvere il problema, quale sia il coinvolgimento della rete sociale (il contesto amicale, i colleghi di lavoro, il sindacato, i medici), quali le aspettative per il futuro.

Dai racconti delle famiglie esposte all'amianto si notano forti parallelismi con la letteratura delle modificazioni nelle dinamiche familiari relazionali in contesti oncologici.

Vivere nell'incertezza

Quando si ha la consapevolezza che uno o più componenti familiari sono portatori delle cicatrici dell'esposizione, ossia che

hanno le placche pleuriche incastonate nel corpo, tutto cambia. Chi in famiglia ne è a conoscenza descrive questa situazione come una prova esistenziale sconvolgente che «suscita subito vissuti di sofferenza, di rottura del *continuum* della vita e incertezza del futuro, fantasie di morte». Agli esami di controllo o nelle lunghe notti di quiete, la famiglia racconta di vivere in uno stato di tempo sospeso, uno spazio intermedio, collocato tra la vita e la morte, nell'agitazione di un'eventuale comunicazione di peggioramento.

La notizia allarma la famiglia e talvolta si mettono in moto cambiamenti peculiari, in anticipo rispetto alle reali esigenze, in termini di riorganizzazione delle relazioni, di funzioni e responsabilità, di nuove aspettative reciproche. A livello delle dinamiche relazionali e dei vissuti emotivi, si ritrovano profondi vissuti di tristezza e di incertezza di ruolo della persona «malata» e profonde ripercussioni anche nei familiari. Vi è spesso l'immagine del familiare che «sfugge» e si modifica via via la sua funzione all'interno della famiglia, ad esempio assumendo l'immagine instabile di persona dipendente e da proteggere. I pensieri e le paure connessi a questi cambiamenti rimangono a lungo inespressi e sono fonte di grande sofferenza per tutti, spesso si ha grande difficoltà ad affrontare certi argomenti di discussione.

Si aggiungono l'incertezza per il futuro, la proiezione nel tempo di tutto ciò che forse non si riuscirà più a fare, le preoccupazioni per le ripercussioni a livello economico ed assistenziale.

Modi di affrontare la situazione

I modi e le capacità della famiglia di affrontare la situazione problematica variano nel tempo in funzione di una serie di fattori che riguardano le peculiarità dei nuclei stessi, il loro contesto relazionale e la gravità delle malattie. Per quanto riguarda le strategie di *coping* della famiglia bisogna tenere in considerazione molte variabili: la fase del ciclo vitale attraversato dalla famiglia in quel momento; le credenze dei vari componenti familiari sulla natura, gravità e sul decorso della patologia; il senso di autoefficacia della famiglia, ovvero le risorse che essa crede di possedere per far fronte alle difficoltà e le aspettative di risultato; l'organizzazione della rete familiare; le risorse umane effettive; il contesto socio-familiare in cui il paziente è inserito. La resilienza, ovvero la capacità di far fronte in maniera positiva agli eventi traumatici, dipende altresì dagli adattamenti precedenti della famiglia ai cambiamenti (ad esempio l'aver fronteggiato lutti ripetuti o gravi difficoltà), dalle concezioni riguardo la vita, la malattia e la morte, dalle variabili socio-culturali (usi e costumi, tradizioni, religione).

In ogni caso, l'adattamento e il contenimento della sofferenza emotiva saranno più o meno efficaci sulla base della qualità delle relazioni familiari precedenti alla malattia, ossia vi sarà una migliore riorganizzazione del sistema familiare se vi è coesione familiare, intimità affettiva tra i membri, assenza di conflittualità, una buona comunicazione. Certe volte, tuttavia, situazioni sconvolgenti possono portare a profonde rivalutazioni delle priorità, rafforzando i legami. Altre

volte ancora, situazioni traumatiche possono costruire modelli di relazione disfunzionali, ad esempio iper-protendendo la persona «malata» o, all'estremo opposto, disimpegnandosene totalmente.

Nell'affrontare la situazione problematica, non meno importanti sono fattori come il contesto sociale, ovvero il supporto dato dalla rete sociale e istituzionale.

Modifica dei confini

Le necessità pratiche che intervengono con il peggioramento dello stato di salute della persona esposta all'amianto e i connessi nuovi bisogni affettivi di sostegno, tendono a modificare i confini familiari. Spesso la famiglia allargata e i figli adulti vengono richiamati per fungere da consolatori o «regolatori» delle dinamiche della coppia genitoriale in difficoltà, lasciata sola nel fronteggiare la malattia. I figli raccontano di esser stati inclusi nell'accompagnamento dai medici, nella gestione della casa.

La rete sociale, familiare e istituzionale, si rivela essere un fondamentale aiuto e sostegno alle famiglie nel loro difficile percorso, promuovendo la salute in vari modi. Le famiglie raccontano quanto sia importante avere un supporto emozionale e un appoggio da parte dei propri cari, ma anche un aiuto pratico e logistico ad esempio da parte dei propri figli. La rete sociale contribuisce a offrire un senso alla vita che diventa la motivazione per occuparsi di se stessi, ad esempio prendendosi cura dei nipoti o chiedendo giustizia per i danni subiti; offre *feedback* sui segni di malattia e sulle deviazioni delle pratiche di sa-

lute, ad esempio sollecitando gli esami di controllo; previene l'isolamento, favorendo connessioni con terzi, come gli amici, gli ex colleghi, i membri del sindacato. Così racconta un figlio: «mio padre, seppur gravemente malato, a me non aveva detto nulla, arrivava la mattina a fare da babysitter alla sua nipotina e ci giocava con tutta l'energia che aveva [...] e così è andato avanti per mesi [...] era al mondo».

Nei racconti, emerge che la relazione che più risente del cambiamento è la coppia coniugale, mobilitando una grande quantità di energie nel partner «sano»:

«quando mio padre iniziava a tossire, seduto sul letto, anche mia madre non riusciva più a riaddormentarsi. I miei genitori passavano molte notti in bianco... Alle volte papà riusciva a riaddormentarsi prendendo una pastiglia per dormire, mamma invece stava sveglia a osservarlo, guardando se respirava ancora... La paura ti segna durante tutta la notte, è il momento peggiore, dovrebbe essere il momento della calma e della tranquillità e invece manca il respiro».

Il coniuge è riconosciuto come il principale fornitore di supporto materiale ed emotivo. La maggior parte delle coppie riporta tuttavia che la relazione coniugale è rimasta immutata o che sono aumentati la coesione ed i sentimenti di affetto reciproco. Il deterioramento del rapporto, invece, sembra per lo più essere la conseguenza di conflitti precedenti oppure indice di situazioni preesistenti di disequilibrio.

All'interno della coppia, l'aumento dell'incertezza per il futuro può portare con sé anche momenti di peggioramento della comunicazione, riducendosi la confidenza, la coesione e l'intimità.

Nei casi più fortunati il coniuge «sano» riesce a manifestare la sua partecipazione affettiva, la sua capacità di calore empatico e di sostegno, condividendo le esperienze e le difficoltà. In modo circolare, anche il sostegno affettivo che il «malato» dà alla famiglia alimenta il supporto che il sistema riuscirà poi a dargli.

Vissuto affettivo relazionale

I familiari sembrano compiere un percorso interiore simile a quello del «malato», per prepararsi e adattarsi all'eventualità della separazione, alla possibilità di perdere la persona amata. Spesso i tempi di elaborazione che i componenti della famiglia attraversano non sono coincidenti e contemporanei.

Dalla letteratura emerge che, nel processo di adattamento delle famiglie, i pensieri e le emozioni di disagio e sofferenza si alternano e si sovrappongono nel tempo, in un'ottica di ricerca di senso integrabile nella storia familiare.

Dopo un primo momento di *shock*, sopraggiungono quasi sempre preoccupazioni, ansia, paure riguardo la minaccia di morte e l'incertezza per il futuro. Vi è la perdita del senso del tempo, pensieri intrusivi soprattutto la notte, nel momento della calma e tranquillità. Contemporaneamente vi è però spesso la difficoltà a esprimere le proprie emozioni, soprattutto nel caso di uomini abituati a lavo-

rare sodo senza lamentarsi troppo, sviluppando al contempo disturbi psicosomatici quali insonnia, mal di testa, disturbi gastrointestinali. Alcune testimonianze:

«È una spada di Damocle, un pericolo incombente che non ti lascia pace; oggi stai abbastanza bene, ma potresti ammalarti da un momento all'altro, purtroppo la latenza è molto lunga...».

«Sto molto male quando i miei colleghi mi raccontano chi si è ammalato, non dormo la notte per colpa di tutti questi pensieri... ma poi viene l'alba e riprendo la vita di tutti i giorni, il discorso finisce lì, altrimenti psicologicamente si va fuori di testa».

«La mia più grande preoccupazione è che, prima o poi, dicano a mio marito che è peggiorato. Non mi immagino cosa potremo provare in quel momento... al contraccollo psicologico».

Le reazioni di ogni sistema familiare con le proprie specifiche caratteristiche sono molto varie e si modificano nel tempo: in alcuni momenti ci si distanzia per l'incapacità di accettare l'eventuale fine di se stessi o della persona amata; altre volte si cerca di attivarsi contro la malattia, ad esempio sollecitando il proprio caro a fare gli esami di controllo o a chiedere giustizia e risarcimento per il danno subito; altre volte si cerca di recuperare e intensificare i rapporti vivendo intensamente il tempo assieme, magari abbandonando l'idea di risparmiare e andando piuttosto in vacanza. In altri casi si impongono forti reazioni aggressive quando ci si sente intrappolati nell'inevitabilità della condizione di malattia.

Le persone raccontano di aver provato vissuti di collera contro il destino e contro i responsabili dell'esposizione («ma perché proprio a mio padre?», «perché non me lo hanno detto prima?»), oppure contro la persona che si potrebbe perdere («ho pensato ma perché si è ammalato proprio adesso?», «come farò senza di te?»). La rabbia è per l'inganno subito, per il non voler far sapere agli altri che si è ammalati. L'ostilità può essere rivolta a chi è più vicino, a chi si rende più disponibile, a chi si ama di più:

«C'è molta rabbia, non è giusto, mio marito, appena andato in pensione, si è ammalato gravemente.. proprio nel momento in cui finalmente avrebbe potuto avere una vita tranquilla [...] e pensare che c'è chi non riesce neppure ad andare in pensione, non è assurdo?»

«Quando alla visita mi hanno trovato le placche, mi sono arrabbiato, non è possibile che dopo tutti i controlli fatti ogni due anni mi viene detto improvvisamente che c'è l'ho [l'amianto], e allora prima non avevo niente? Come, tutto d'un tratto me lo vengono a dire?».

Le persone riferiscono anche reazioni depressive, sentimenti di tristezza e disperazione, periodi di solitudine affettiva e isolamento sociale, poca speranza, ridotta capacità di concentrazione, sentimenti di impotenza, auto-svalutazioni e sentimenti di colpa verso i familiari, pensieri di morte.

La maggior parte dei testimoni racconta che ad un certo punto si cerca di tornare a vivere come prima, per ritrovare coraggio si tenta

di attenuare man mano la paura, subentra il desiderio di «non parlarne», di «non sapere» per non soffrire ulteriormente (ad esempio non andando a fare più visite di accertamento, non frequentando ex colleghi di lavoro per non sentire i loro racconti di morte). Si tende a minimizzare o a vivere con eccessivo ottimismo, oppure si intellettualizza l'eventuale peggioramento della salute riconoscendone la gravità, ma togliendone la rappresentazione emotiva.

Si è costretti ad abbandonare questo genere di difese nelle fasi di reale peggioramento, quando il dolore inizia a imporsi con una certa evidenza e forza:

«Cerco di non pensarci, anche se non sempre ce la faccio, ma guai se dovessi avere continuamente l'assillo di questi pensieri. Inizialmente ci pensi sempre, sei sempre sul chi va là, sai che forse ti restano solo pochi mesi, pochi anni; passato un certo periodo però ti dici che se deve venirti non puoi farci nulla, pazienza, e tiri avanti cercando di non pensarci».

«Si cerca di dimenticare... Eviti di martellarti continuamente con tutti questi pensieri, altrimenti i dolori sono insopportabili... L'ossessione torna ad esempio quando devi fare delle visite di controllo».

«Io e il mio amico cerchiamo di sdrammatizzare ridendo, facciamo gli stessi ragionamenti, godiamoci la vita finché stiamo bene perché domani non si sa».

«Si cerca di non pensarci, si cerca di condurre una vita normale anche se si sa che l'esposizione alla fibra può portare a serie conseguenze... Ma non mi preoccupa

solo per me che ho lavorato direttamente a contatto con il materiale, ma anche per la mia famiglia... Io portavo a casa le tute da lavoro, mi viene male a pensare che i miei figli un domani potrebbero avere delle ripercussioni per causa mia...».

Difficoltà di comunicazione

La maggior parte delle volte è stata la coppia coniugale a dare la disponibilità per il colloquio, senza voler coinvolgere i figli, soprattutto se non ancora adulti. In alcune famiglie, i figli e i genitori anziani non erano neppure al corrente che uno dei loro genitori o figli porta dentro di sé le placche pleuriche. Sembra vengano messe in atto vere e proprie «congiure del silenzio» anche all'interno della coppia, non si parla dell'amianto e ancor meno dell'eventualità di un peggioramento della salute.

La riluttanza delle famiglie a discuterne si esprime anche fuori casa, è stato difficile reperire famiglie disposte ai colloqui, sembra esserci una sorta di pudore nel comunicare le proprie angosce. Vi è la convinzione che sia meglio tener fuori i propri cari da queste cose per non farli preoccupare, per proteggerli, e che sia preferibile non parlarne né in famiglia né fuori con gli amici e colleghi cercando invece di dimenticare.

La maggior parte delle famiglie sembra aver trovato un equilibrio nel «non pensarci», finché sarà possibile.

Nel processo difficile di accettazione viene attraversata tutta una serie di reazioni diverse: si è disorientati e si evita di pensare alla malattia per non rovinarsi la vita; si vive l'even-

tualità di ammalarsi con fatalismo; si vive in una sorta di preoccupazione ansiosa, in uno stato di tensione accompagnato da una sensazione di peggioramento di fronte ad ogni piccolo sintomo (ad esempio una famiglia racconta di prendere gocce calmanti prima di visite o esami di controllo, un'altra narra di allarmarsi subito non appena un componente in famiglia si ammala); ci si lascia andare avvilitosi, come se non ci fosse più speranza; ci si sostiene a vicenda non lasciandosi abbattere dalla paura e affrontando la vita giorno dopo giorno:

«Non ne ho mai parlato, mai approfondito il discorso in famiglia, mai. Il problema dell'amianto è là nel dimenticatoio, vedremo se salterà fuori quando peggiorerò».

«I miei figli e i miei genitori non sanno niente, il male è mio e devo tenermelo, perché dovrei far star male le persone che amo? quando avrò bisogno di loro chiederò aiuto».

«Ognuno si tiene per sé la paura, quando ci si ammala seriamente anche tra amici non si parla più, non si vuole che poi si sappia in giro "Sai, quello ha l'amianto!"».

Controlli medici

In alcune famiglie si riscontra un atteggiamento fatalista in merito alla possibilità di contrarre la malattia dopo una prolungata esposizione alla fibra d'amianto, si evita di effettuare i controlli medici per timore di riscontrare le placche o un peggioramento, c'è chi preferisce vivere «male» gli ultimi mesi

piuttosto che trascorrere gli ultimi anni «sapendo» che il corpo porta le tracce della fibra, consapevoli che «sapere» comporterebbe il non poter vivere più come prima.

Vi sono invece altre famiglie che vanno a fare regolarmente gli esami di controllo, avendo così la percezione di aver fatto il possibile per evitare il peggio, senza sensi di colpa e rimorsi, senza privarsi della possibilità di potersi curare.

Le famiglie variano molto in questo processo, influenzate anche dal contesto relazionale, dalla storia familiare, dalla posizione occupata dal «malato» in famiglia, dalla struttura della rete sociale di supporto:

«Mio padre faceva sempre i controlli, poi un giorno, accompagnandolo a fare la visita, il medico ci chiede chi ha visto l'ultima volta le lastre aggiungendo «sono un disastro»; da quella volta papà non è più voluto andarci».

«Come la malattia è venuta quasi a tutti i miei colleghi probabilmente verrà anche a me, però preferisco star male l'ultimo momento e non andare a fare nessuna visita. Sono trascorsi anni e dico che ho avuto una grande fortuna, sono qua a raccontarlo...».

«Facendo gli accertamenti cerchiamo di fare il possibile, senza aver poi sensi di colpa e rimorsi; sono riuscita a far ragionare anche mio marito in questo modo. Sul primo momento, devo essere onesto, non volevo fare i controlli, però dopo mi sono detto che se ho l'amianto sarebbe ancora peggio non saperlo, mi priverei della possibilità di potermi curare».

Considerazioni conclusive

Dai racconti sentiti non sembra esserci una sostanziale differenza nei termini di riorganizzazione delle relazioni, dei *pattern* di comunicazione e dei vissuti, nelle famiglie delle persone esposte all'amianto rispetto alle famiglie che devono affrontare una diagnosi effettiva di tumore. Quest'ultima viene solamente posticipata come altamente probabile portando con sé tutti i risvolti relazionali ed affettivi che normalmente occorrono nelle fasi conclamate di malattia oncologica. Si osserva che si muore in famiglia «un poco» già prima, spingendo il sistema a riorganizzarsi e a ristabilire un nuovo equilibrio.

Le modificazioni degli equilibri interni del sistema potrebbero dare avvio a patologie dello sviluppo della famiglia o del ciclo di vita in alcuni componenti o esasperare l'organizzazione precedente. Dal punto di vista clinico bisogna considerare il rischio che si possano sviluppare dinamiche patologiche e intervenire per tempo. Vi sono un gran numero di interventi psicologici possibili a vantaggio delle famiglie che richiedano aiuto: dai programmi informativi psico-educazionali riguardanti tutti gli argomenti attinenti la malattia e i possibili disequilibri relazionali ed emotivi, ai gruppi di mutuo-aiuto, alla consulenza psicoterapeutica familiare.

Le storie di vita delle famiglie di fronte all'amianto evidenziano quanto sia importante il sostegno sociale nella difesa dei diritti fondamentali della salute dei lavoratori e delle loro famiglie ■

La salute nel contratto metalmeccanico

■ Intervista con Marcello Marcelli* di Lisa Bartoli**

Si fa un gran parlare di aumentare la produttività per uscire dalla crisi. Eppure diminuiscono i posti di lavoro, le opportunità per i giovani, chiudono le fabbriche, che lasciano senza alcuna protezione centinaia di migliaia di persone. Il mondo del lavoro, composto di uomini e donne di tutte le generazioni, è nel vortice di una dicotomia tra disoccupazione e condizioni di lavoro sempre più a rischio. L'Ilva di Taranto è soltanto il caso più emblematico di una tra le più tragiche divisioni: il diritto alla salute contro il diritto al lavoro. Cosa sta succedendo nel settore metalmeccanico? Lo abbiamo chiesto a Maurizio Marcelli, responsabile nazionale della sicurezza della Fiom Cgil.

Marcelli. Per spiegare cosa succede nel settore metalmeccanico è emblematico ciò che sta accadendo sul versante dei rinnovi contrattuali. Dopo la presentazione di una piattaforma rivendicativa da parte di Fim e Uilm, per rinnovare il contratto del 2009, non sottoscritto dalla Fiom, il confronto sta procedendo sulla base di un documento di

Federmeccanica che chiede sostanzialmente una modifica della normativa sull'orario di lavoro. La Federazione degli imprenditori del settore, in altre parole, chiede di cancellare i tetti giornalieri, settimanali e mensili, introducendo il principio dell'orario medio, che può aumentare o diminuire a seconda delle necessità aziendali. La conseguente flessibilità è autonomamente e discrezionalmente gestita dalle imprese, senza alcun confronto con le rappresentanze sindacali. La stessa richiesta, non a caso, è presente anche sul cosiddetto tavolo della produttività aperto tra governo, associazioni datoriali e sindacati.

La seconda proposta di Federmeccanica è di definire nel contratto nazionale quello che già c'è negli accordi sottoscritti da Fim e Uilm, a suo tempo, con Fiat; e cioè l'obbligatorietà delle ore di straordinario, con ulteriori 120 ore di lavoro, anche in questo caso senza nessun confronto con i sindacati. Ma non basta. Nel documento di cui si sta discutendo c'è la cancellazione dei primi tre giorni di malattia retribuiti e c'è anche la

* Responsabile nazionale della sicurezza Fiom Cgil

** Responsabile Ufficio stampa Inca nazionale

possibilità per l'azienda di ricorrere al demansionamento (ipotesi, peraltro, presente anche sul tavolo nazionale tra governo, imprenditori e sindacati). In sostanza, si dà piena facoltà all'azienda in difficoltà o in crisi di collocare il lavoratore ad un'altra mansione, meno qualificata rispetto a quella precedentemente svolta.

Sono voluto partire da queste considerazioni perché in esse è insita un'idea ben precisa. E cioè che per il governo e per le imprese, l'uscita dalla crisi di produttività, ancora una volta, non si ottiene con il miglioramento dei processi innovativi, di qualità e di prodotto, ma semplicemente ed esclusivamente con la compressione dei costi e con l'aumento delle ore lavorate. Un'impostazione che rileva una contraddizione enorme perché l'aumento delle ore lavorate pro capite riduce la base occupazionale, senza risolvere la disoccupazione, i licenziamenti e il problema degli inoccupati che continuerebbero ad essere drammatici. Ciò è confermato anche da quanto dichiarano le stesse aziende all'Unione di Commercio, laddove affermano che anche quando nel 2014 dovessero sopravvivere alla crisi, potranno garantire lo stesso fatturato del 2009 solo a fronte di una riduzione del 30 per cento della manodopera.

In questo quadro la sicurezza e la prevenzione contro gli infortuni e le malattie professionali, indicate tradizionalmente come priorità dal sindacato, che fine hanno fatto?

Marcelli. Per il sindacato le priorità restano tutte. Il problema è di come praticarle. In

questo contesto, per la Fiom lo slogan e l'obiettivo «la salute non si scambia e non si monetizza» proposto negli anni 70 acquista un valore politico ancora più importante, perché sta accadendo proprio questo. Oggi nelle aziende sta ritornando questo scambio; forse non più tra salute e salario, ma tra salute e posto di lavoro. La vicenda dell'Ilva indica come i lavoratori siano sottoposti a questo ricatto: o si lavora nelle condizioni date oppure non c'è niente per nessuno. Le condizioni date sono quelle che stanno peggiorando terribilmente le condizioni di lavoro. Negli ultimi anni sono aumentate non soltanto le patologie muscoloscheletriche, ma anche malattie come i tumori, per effetto di agenti inquinanti. E poiché queste patologie hanno periodi di latenza lunghi vuol dire che il processo di deterioramento delle condizioni di lavoro è cominciato già da almeno un decennio.

Cosa si può fare per rimettere al centro il problema della sicurezza nei posti di lavoro?

Marcelli. Servirebbe una grande capacità del movimento sindacale di tenere la barra del timone ferma su due questioni: la prima, garantire la piena applicazione della legislatura in materia di sicurezza nei luoghi di lavoro, troppo spesso ignorata, con la valorizzazione dell'attività ispettiva nelle aziende. La seconda questione deve avere al centro un'azione più incisiva del sindacato per riprendere a contrattare l'organizzazione del lavoro. Ad oggi nelle imprese prevale l'idea che la possibilità di subire un controllo è talmente remota, da indurle ad omette-

re e a non osservare quanto è previsto dalla normativa. Un'azienda ha la probabilità di subire un'ispezione mediamente ogni 25 anni. Tutto questo non ha favorito e non favorisce la cultura della sicurezza, della prevenzione e della tutela del lavoratore che per le aziende italiane restano semplicemente un costo.

Si aggiunga anche che la riduzione del trasferimento finanziario alle Regioni in materia di salute non aiuta un processo di cambiamento virtuoso. Infatti, in alcune realtà si stanno depotenziando, se non addirittura cancellando, tutti i servizi di prevenzione, di politiche ambientali e di tutela della salute dei lavoratori.

Per quanto riguarda la contrattazione, come ci hanno insegnato le esperienze degli anni '70, per difendere la salute dei lavoratori occorre contrattare i ritmi, gli orari e le modalità di svolgimento del lavoro. Oggi la contrattazione aziendale interessa soltanto il 10 per cento delle imprese, mentre le altre sono escluse. E senza contrattazione è difficile tutelare la salute dei lavoratori e delle lavoratrici. Il caso dell'Ilva di Taranto è emblematico.

Perché?

Marcelli. Per decenni, l'azienda ha cercato di ostacolare in ogni modo l'azione sindacale in fabbrica, anche ricorrendo al licenziamento di delegati, soprattutto Fiom. Voglio ricordare che negli ultimi 5 anni tre delegati Cgil hanno ottenuto il reintegro nel posto di lavoro, solo grazie all'intervento della magistratura. Il basso tasso di sindacalizza-

zione, conseguente all'ostracismo dell'azienda, ha fatto sì che la contrattazione sulle condizioni di lavoro e sui miglioramenti degli impianti si sia fermato agli anni Ottanta. Il caso Ilva, oggi è ritornato alla ribalta delle cronache perché per decenni non c'è stato nessun investimento in tal senso.

E che il problema della sicurezza nei posti di lavoro sia avvertito oramai da tutti, lo dimostra il fatto che la Fiom, nonostante le difficoltà, a fronte di una piattaforma rivendicativa avanzata all'Ilva, ha raccolto oltre 3 mila adesioni tra i lavoratori, più del doppio degli iscritti al sindacato dei metalmeccanici della Cgil e più del numero dei tesserati Fim e Uilm insieme.

La vicenda Ilva, quindi, ci indica che la strada da percorrere per proporre un modello di produzione industriale rispettoso dell'ambiente e dei diritti dei lavoratori è solo quella della contrattazione.

Nel provvedimento sulle semplificazioni, il governo ha proposto di rivedere alcune norme in materia di sicurezza nei posti di lavoro. Cosa ne pensi?

Marcelli. Sono totalmente contrario e considero un risultato positivo il fatto che sia slittato l'esame del provvedimento. Con questa misura si tenta di far entrare in ambiti legislativi, con decreti e quant'altro, quello che Confindustria e Confapi stanno chiedendo da tempo: e cioè un periodo di sospensione della normativa in materia di sicurezza, considerandola un ostacolo per il superamento della crisi. Lo hanno detto espressamente in sede di Commissione par-

lamentare e oggi fanno pressione sul Governo per ottenere una norma di legge ad hoc. Vorrei ricordare che già prima dell'estate, c'è stato un tentativo, fortunatamente sventato per la forte opposizione dei sindacati e di diverse associazioni, di trasferire le competenze di controllo e di prevenzione in materia di sicurezza dalle Asl agli Enti certificatori privati, quelli che agiscono sul mercato fornendo i vari modelli Iso che tutti conosciamo.

Quali sono gli aspetti più negativi del provvedimento del governo?

Marcelli. Con il decreto sulle semplificazioni si chiede di cancellare alcuni elementi rilevanti, quale per esempio l'obbligatorietà per le aziende di redigere il Duvri (il documento unico di valutazione dei rischi da interferenze) che tutela il lavoratore in caso di appalto. Cioè si tratta di un documento in base al quale si obbliga sia l'azienda committente sia quella che riceve l'appalto a redigere e a sottoscrivere, ciascuna per la propria parte di competenza, i documenti nei quali si evidenziano i rischi legati all'attività, mettendoli a conoscenza dei lavoratori. Questo documento rappresenta l'unica tutela per tutti gli Rls per conoscere realmente il livello di rischio cui si va incontro nello svolgimento del lavoro, dando loro la facoltà di mettere in atto tutte le azioni necessarie per prevenire il rischio infortunistico.

Si tratta, dunque, di un documento fondamentale, senza il quale aumenteranno gli incidenti. Lo dimostra il fatto che allo sta-

bilimento petrolchimico Saras in Sardegna della famiglia Moratti, in due anni ci sono stati 4 morti. Le imprese di manutenzione metalmeccanica, che operavano nell'impianto, in una condizione di insicurezza, accertata dalle procure e dal Tribunale che ha condannato i dirigenti della Saras, non avevano redatto il Duvri. Quei lavoratori, non conoscendo i rischi ai quali erano stati esposti, si sono trovati a lavorare in ambienti non protetti nei quali non avrebbero dovuto operare. Se si cancella il documento dei rischi la situazione non può che peggiorare ovunque. Immaginiamo cosa possa succedere nei cantieri navali di Fincantieri dove esiste una miriade di lavoratori stranieri. Solo a Molfalcone, dove si costruiscono navi da crociera, quotidianamente lavorano circa 3 mila dipendenti di Fincantieri e altrettanti, se non di più, lavoratori di micro aziende d'appalto, di cui si ha solo una stima (circa 300), ciascuna specializzata in lavorazioni difficili e fortemente a rischio, come la verniciatura. Questo significa che la possibilità di tutelare efficacemente i lavoratori è estremamente difficile. Non è un caso che la gran parte degli infortuni denunciati riguarda i dipendenti di Fincantieri, mentre quelli che accadono nelle micro aziende sono solo gli eventi gravi per i quali non si è potuto evitare il ricorso alle strutture sanitarie. Peraltro, la realtà nei cantieri navali è per lo più inaccessibile ai sindacati perché la stessa Fincantieri mostra una certa riottosità nel fornire l'elenco delle micro aziende presenti. Qualcosa sta cambiando dopo l'accordo sottoscritto un anno fa dalla Fiom che prevede l'istituzione di un rappresentante di Si-

to alla sicurezza. Una figura centrale che affianca gli Rls di Fincantieri, con la facoltà di poter accedere nelle aziende presenti nel cantiere navale per controllare le condizioni di lavoro di chi vi opera.

Tre anni fa Fiom e Inca hanno sottoscritto un accordo nazionale per la tutela dei lavoratori che subiscono un infortunio o si ammalano. Qual è il bilancio?

Marcelli. Il bilancio è nettamente positivo perché ha cambiato profondamente la nostra cultura sindacale. Fino ad allora, infatti, abbiamo privilegiato l'azione di tutela collettiva, lasciando un po' che l'attività di tutela individuale del patronato percorresse strade parallele. Con questo accordo si è affermato che la tutela collettiva e quella individuale devono andare di pari passo ed è un'idea che oramai sta investendo non solo la Fiom, ma anche altre categorie della Cgil. Inoltre, questa intesa ha migliorato le competenze delle Rls, anche nella difesa dei servizi di prevenzione. Per quel che ci riguarda, nel settore metalmeccanico abbiamo vissuto molto positivamente l'esperienza di Fiat a Melfi dove, fino a poco tempo fa, il livello di riconoscimento delle malattie professionali era praticamente inesistente, a fron-

te, invece, di una condizione di salute precaria riconosciuta dalla stessa azienda attraverso le numerose prescrizioni di inidoneità dei lavoratori: circa 2.500 addetti su 5.000. Grazie all'azione congiunta di Fiom e Inca, le denunce di malattia professionale sono aumentate a 300. Questo significa che mettendo insieme le competenze dell'Inca e quelle del Sindacato si possono ottenere dei risultati importanti. Tanto è vero che abbiamo cominciato ad estendere questo modello di intervento nel settore degli elettrodomestici, in Veneto, nelle Marche, nel Trentino e in Umbria. L'ultima iniziativa, in ordine di tempo, l'abbiamo avviata nel settore petrolchimico che in Italia ha avuto e ha tuttora un impatto ambientale fortissimo, con un livello di inquinamento di notevoli proporzioni in diverse regioni. Solo in Sicilia ci sono tre siti importanti, Siracusa, Gela e Milazzo. In essi ci sono lavoratori chimici, meccanici, addetti alla manutenzione degli impianti, ma anche personale impiegato nei servizi. Il progetto già avviato prevede il lavoro congiunto delle diverse categorie e l'Inca per favorire attraverso la tutela individuale l'emersione delle malattie professionali e degli eventi infortunistici, ma al tempo stesso l'azione sindacale di tutela collettiva della prevenzione e della sicurezza ■

L'Inca a Gorizia: un modello da esportare

■ Intervista con Paolo Liva* di Sonia Cappelli**

Il nostro Paese è stato uno dei maggiori produttori e utilizzatori di amianto, con un consumo di oltre 3,5 milioni di tonnellate dal dopoguerra fino al 1992, data in cui è stato imposto dalla legge n. 257/92 il divieto di utilizzo della fibra minerale, responsabile della morte di migliaia e migliaia di persone.

I settori lavorativi che, fino al 1992, maggiormente utilizzavano l'amianto, erano quelli della cantieristica navale, dell'edilizia e dell'industria del cemento-amianto, mentre per circa il 10% dei casi l'esposizione ad amianto è avvenuta in ambito residenziale o familiare, come ad esempio all'Eternit di Casale Monferrato dove, ancora oggi, si contano decine di nuovi decessi per mesotelioma pleurico.

Nel quarto rapporto del Registro nazionale dei mesoteliomi si rileva che sono oltre 15.000 le persone colpite da tumori della pleura correlati all'uso di amianto e tante altre patologie oncologiche che interessano la laringe e le ovaie.

Stiamo, dunque, scontando ancora oggi, nonostante la normativa italiana in tema di amianto sia tra le più avanzate in Europa e nel mondo, le conseguenze derivanti da un uso indiscriminato della fibra killer, ancor più drammatiche se si considera la mancata bonifica dei siti in Italia, ancora fortemente contaminati.

In Italia, infatti, come rilevano i dati contenuti nella pubblicazione sullo «Stato dell'arte e prospettive in materia di contrasto alle patologie asbesto-correlate» predisposta dal Ministero della salute, sono ben 34.148 i siti dove esiste ancora una potenziale contaminazione d'amianto, di questi 373 sono quelli con «priorità 1», ossia a maggior rischio, ma il numero potrebbe salire a circa 500 non essendo stata ancora completata la mappatura di tutte le regioni.

Dunque una situazione di allarme rosso che, specialmente in alcune zone del Paese si fa drammatica. Come quelle cosiddette «macchie nere» per le malattie professionali rappresentate dai Comuni del Friuli Venezia Giulia: Monfalcone, Trieste e Muggia, ma

* Segretario Camera del lavoro Gorizia-Monfalcone

** Ufficio stampa Inca nazionale

anche nei Comuni della costa ligure di La Spezia, Genova, Savona e Cairo Montenotte, dove l'attività economica, rilevante per l'esposizione, è appunto la costruzione, la riparazione, la demolizione dei cantieri navali e la movimentazione portuale delle merci.

Nella sola Friuli Venezia Giulia muoiono ogni anno 60 persone per tumore da amianto, più di uno alla settimana. Gli iscritti al registro delle persone esposte sono ormai quasi 9 mila, di cui 5.884 a Trieste e 1.788 a Gorizia; la maggior parte (5.540) a causa dell'attività professionale. Un numero comunque che risulta, purtroppo, sottostimato tant'è che la Commissione amianto istituita con la legge regionale n. 22/2001 intende promuovere più ampie campagne di informazione e sensibilizzazione.

Un'azione sicuramente indispensabile, ma non sufficiente, come ha sottolineato il sostituto procuratore di Gorizia, Luigi Leghissa intervenendo alla V Conferenza nazionale sull'amianto del giugno scorso: «La normativa regionale necessita di un sostanziale aggiornamento in special modo per quanto riguarda l'assistenza delle persone colpite da mesotelioma pleurico, la prevenzione, la ricerca e, soprattutto, lo smaltimento ambientale».

Alle difficoltà oggettive nella tutela della salute dei cittadini e dei lavoratori si sommano quelle relative, in sede giudiziaria, al risarcimento civile delle vittime e dei loro superstiti. Nel maxi processo contro Fincantieri, avviato nell'aprile di due anni fa, dalla magistratura isontina, con 74 udienze svolte e 538 testimonianze, gli imputati accusati di omicidio colposo per la morte di lavoratori deceduti prima del 2000 potrebbero

evitare la pena per sopravvenuta decadenza dei termini.

Unica nota positiva è rappresentata dall'azione avviata dall'Inca e dalla Cgil di Gorizia-Monfalcone che hanno deciso di assicurare indennizzi immediati ai lavoratori ammalati e alle loro famiglie, evitando i lunghissimi tempi processuali e i conseguenti rischi di prescrizione. Dopo un certosino lavoro di indagine che ha permesso la ricostruzione dei tempi di esposizione dei lavoratori, il collegio legale dell'Inca friulana, è ricorso al giudice ottenendo risultati più che confortanti. Cinque milioni di euro di risarcimenti sono stati riconosciuti alle vittime e ai loro familiari, che pur non cancellando la tragedia, hanno contribuito a restituire dignità alle vittime del lavoro.

Tuttavia, molto resta da fare e a complicare le cose è sopraggiunta la crisi economica, come ha sottolineato in questa intervista Paolo Liva, segretario della Camera del Lavoro di Gorizia-Monfalcone: «Stiamo vivendo un periodo difficile, la crisi con cui dobbiamo fare i conti non è solo economica e finanziaria, ma è anche una crisi sociale, della coesione, del valore del lavoro. Deve però esserci in tutti noi la convinzione che tutto questo non può giustificare la mancanza di investimenti per la manutenzione dei macchinari e per la formazione del personale alla sicurezza e alla prevenzione. Bisogna osteggiare i tagli, facendo capire a tutti i livelli che la sicurezza non è un costo, ma un investimento».

Notiziario. *La presenza in Fincantieri di 1.830 dipendenti diretti, 2.200 operativi in aziende di subappalto, per lo più stranieri, e con tanti*

contratti diversi (commercio, turismo, chimici), rende difficile la tutela dei diritti dei lavoratori. Come interviene il sindacato?

Liva. Oltre alla pura assistenza, quello che dobbiamo fare è una battaglia, innanzitutto, culturale. Il primo sforzo che tutti assieme – Rsu, categorie e Inca – ci siamo impegnati a fare, attraverso lo sportello «ditte» insediato dal 2009 dentro lo stabilimento, è quello di aiutare le persone, che provengono da altre parti del mondo, dove la cultura dei diritti e della sicurezza non viene percepita, ad avere il coraggio di denunciare i soprusi, tanto più quando mettono a rischio la vita. Il secondo impegno è quello di provare ad organizzarli affinché si rendano conto che la loro vera forza è quella di essere coesi per rivendicare il rispetto delle regole e ottenere condizioni di lavoro migliori. Le difficoltà sono enormi e spesso la sola strada che dobbiamo percorrere è quella dell'esposto, della denuncia ai vari organi preposti, non esclusa la Procura della Repubblica.

Notiziario. In Fincantieri, dove lavorano tantissime aziende piccole e piccolissime, che spesso sfuggono ai controlli ispettivi, come interviene il sindacato per tutelare gli interessi dei lavoratori?

Liva. Fincantieri applica sempre nuovi modelli organizzativi, dai più recenti, quelli che hanno visto il passaggio dalle tre alle quattro navi costruite contemporaneamente ad altri più attuali per recuperare i notevoli carichi di lavoro persi. Questa continua ricerca è frutto di una competizione internazionale sempre

più «feroce», che porta con sé il rischio di un continuo ampliamento del «gap» tra i due cantieri, quello dei dipendenti diretti, tutelati, e quello dei lavoratori dell'indotto, esposti ad uno sfruttamento selvaggio. La Cgil ha sempre chiesto a Fincantieri un uso dell'appalto più ridotto, trasparente e di qualità, non disdegnando neppure un maggior ricorso a ditte locali del Friuli Venezia Giulia (lavoro a Km 0...). Ciononostante, attualmente, questo orientamento non supera il 19% del totale degli appalti.

Notiziario. In Italia sono molte, ancora, le realtà in cui il diritto alla salute dei lavoratori è un'utopia. Cosa si può fare per invertire questa tendenza?

Liva. Per quanto riguarda la nostra esperienza, nelle micro aziende dell'edilizia ma non solo, è necessaria una costante attenzione da parte degli ispettorati e delle forze dell'ordine per contrastare il lavoro nero, e tutte le forme di ricatto che mettono in secondo piano la sicurezza sul lavoro. Nelle aziende, dove è maggiormente presente il sindacato, dobbiamo aumentare la consapevolezza della piena partecipazione dei lavoratori alla difesa della loro salute e della loro sicurezza. Una scelta strategica che oltre ad aiutare i datori di lavoro ad individuare i problemi e a ricercare le soluzioni giuste, aumenta il patrimonio di conoscenza anche dei lavoratori per prevenire infortuni e malattie. Per incoraggiare questo percorso virtuoso, negli ultimi due anni in provincia, insieme all'Inca, abbiamo organizzato dei corsi di formazione per i Rappresentanti sindacali, gli Rsu.

Notiziario. *L'azione sinergica della tutela collettiva assieme alla tutela individuale in che modo può aiutare la soluzione di queste problematiche?*

Liva. Se oltre ai metodi «tradizionali», riusciamo ad entrare nella logica che di fronte ad un infortunio o a una malattia professionale sarebbe utile per il sindacato fare del diritto al risarcimento del danno differenziale (che è sempre individuale) una consuetudine, sicuramente avremo dei datori di lavoro più rispettosi delle norme. È dimostrato, infatti, che il riconoscimento di risarcimenti «importanti» costringe gli imprenditori, anche i più pericolosi e irresponsabili, a modificare i loro comportamenti. Quindi, la sanzione economica, il risarcimento, si coniugano perfettamente con la prevenzione di infortuni e malattie professionali.

Notiziario. *Il modello Gorizia è dunque esportabile anche in altre realtà territoriali? Penso ad esempio ad Ancona, Marghera, La Spezia, Castellammare di Stabia, ecc.*

Liva. Sicuramente sì. Ne sono la dimostrazione gli ottimi risultati raggiunti per il riconoscimento del danno differenziale, partendo da quelli derivanti dall'esposizione all'amianto. Un risultato ottenuto grazie all'impegno profuso da parte di tutto il sistema Cgil, dalle categorie (Fiom, Filcams, Fillea, Filt, Filctem), dall'ufficio vertenze, dalle consulenze legali, dall'Inca, dalla Camera del Lavoro, punto di sintesi e di governo. Uno sforzo notevole per la nostra piccola Camera del Lavoro, ma forse proprio per questo riproponibile su tutto il territorio nazionale ■

Tra passato, presente e futuro

di Claudio Ceron*

46

Incontrai per la prima volta una persona colpita da asbestosi nel 1987. Si trattava di un pensionato che era nato e risiedeva in un piccolo paese della provincia di Udine, che aveva lavorato come «trasfertista», fin dagli anni '60, in una ditta che faceva coibentazioni su impianti di diversa natura. A suo dire, guadagnava bene e, per questo, altri suoi paesani lo seguirono. Era iscritto allo SPI e aveva svolto le pratiche per la pensione presso una sede locale dell'Inca e, quindi, quando gli diagnosticarono la malattia, si rivolse ancora una volta al Patronato della Cgil. Trascorso qualche mese, tornò con un suo amico che negli anni '60 lo aveva seguito; poi sopraggiunse una terza persona e altre ancora, fino a ricostituire quel gruppo che si era aggregato anni prima. Tutti si erano ammalati di asbestosi. Per il riconoscimento dell'origine professionale delle loro malattie, ricordo che, nonostante l'eziologia fosse inequivocabile, dovemmo produrre tanta documentazione – che casualmente i lavoratori possedevano – sulle lavorazioni svolte e sui materiali utiliz-

zati. Alla fine, a tutti venne riconosciuta la rendita Inail.

Quando tre anni fa, a Monfalcone, cominciammo a riflettere sulla già lunga storia delle persone che avevano lavorato a contatto con l'amianto, mi resi conto di come, in quel tempo trascorso, fosse cambiata la cultura della tutela, sia nell'Inca che nella Cgil. Per quei pensionati del 1987 facemmo per ognuno una denuncia di malattia professionale che si concluse positivamente. Mentre ricordo dettagliatamente alcune delle documentazioni che avevamo prodotto e di come avevamo costruito su quelle pratiche le nostre ragioni per avviare un'azione di tutela individuale, faccio fatica a ricordare i volti di quelle persone; forse perché prevalse il «caso» piuttosto che l'individuo.

A Monfalcone, quando sono state invitate le persone, per ognuna delle quali c'era un fascicolo che riposava nei nostri archivi e che raccontava con sintesi tecnica della loro patologia, abbiamo dovuto spiegare perché noi promuovevamo quella forma di tutela; dovevamo dare un senso al nostro lavoro e non

* Coordinatore regionale Inca Cgil Friuli Venezia Giulia

era sufficiente dire che potevano rivendicare il riconoscimento di una rendita Inail.

Il senso di questa esperienza si è sviluppato in un lungo processo che si è andato formando nel reciproco ascoltarsi e parlarsi, comprendersi. In questo lasso di tempo, si è costruita una complicità reciproca che è andata ben oltre l'indispensabile piano tecnico dell'acquisizione degli elementi per redigere la domanda di rendita verso l'Inail.

Quelle persone chiedevano che venisse ristabilita la loro dignità, violata in nome di un lavoro che li aveva resi protagonisti di una storia collettiva drammatica sul piano della salute. Quelle persone sentivano di essere diventate semplicemente fattori di produzione e per questo prive di libertà.

Credo che l'avvocato Giancarlo Moro, nello spazio che gli è riservato in questo numero del «Notiziario» riferirà del valore della tutela «integrale», del valore tecnico e culturale di alcune sentenze ottenute grazie anche all'azione di tutela dell'Inca.

In questa affermazione del diritto della persona la dimensione collettiva è insita perché a quel diritto individuale corrisponde la *mission* che accomuna l'azione di tutti quei soggetti intermedi importanti e indispensabili per la promozione della protezione sociale solidale e universalistica.

Non possiamo ignorare che siamo stati parte di un dibattito che cercava di trovare un

profilo compiuto nel quale dar forma alla dimensione individuale e collettiva dell'esercizio del diritto, proprio come è scritto nell'articolo 13 dello Statuto della Cgil, che pone al centro la persona nella realizzazione della strategia dei diritti.

Quando ci siamo trovati, il primo giorno, a decidere il senso politico dell'attività che stavamo intraprendendo, per motivi culturali, per motivi politici, per motivi tecnici, la scelta è stata quella indicata dallo Statuto che ci rimanda direttamente alle questioni della rappresentanza, alla negoziazione sui temi del welfare locale, alla cultura della sicurezza, fondata sull'equilibrio del rapporto tra ambiente circostante e ambiente di lavoro, sull'elaborazione di un piano di bonifiche, nonché sulla sorveglianza sanitaria delle lavoratrici e dei lavoratori.

In questo contesto, anche la ricerca rappresenta un tema ineludibile sul quale occorre spenderci perché ci offre gli strumenti di conoscenza utili per affrontare le problematiche e per predisporre piani di intervento non empirici, ma sistemici.

La vicenda amianto è il paradigma di come un antico rischio, incarnato nelle persone che rappresentiamo, richieda all'Inca una forma di tutela pragmatica e riconoscibile, in continua costruzione, coerente con i temi sui quali la Cgil costruisce e sviluppa la sua capacità di rappresentanza ■

«Oltre l'amianto» per una nuova cultura della sicurezza

■ di Franca Gasparri*

Se si può considerare scarsa l'attenzione sul fenomeno degli infortuni sul lavoro, circoscritta agli eventi di una elevata gravità, quella riservata alle malattie professionali è pressoché nulla.

Molte Regioni, in virtù del loro potere legislativo, hanno proposto norme per il risarcimento e l'indennizzo delle vittime dei gravi infortuni sul lavoro, intervenendo tra l'altro su una normativa nazionale già presente, nulla invece hanno fatto per le vittime delle malattie professionali.

Questo significa che il tema, in qualche modo, è rimosso; e quando ciò avviene, diventa un problema per tutti noi, che deve essere riportato alla luce, in considerazione dell'aumento di patologie tumorali, ben più importante, anche rispetto al fenomeno degli infortuni sul lavoro.

Se ne è parlato per il caso Eternit. Se ne parla ancora, dato il clamore suscitato dall'intervento della magistratura, per il caso Ilva di Taranto. Risale a quattro anni fa, il primo intervento dell'Inca, insieme alla Fiom, in quell'area per intercettare le malattie profes-

sionali. Ciononostante, l'impegno del patronato è rimasto circoscritto, ad eccezione di alcune azioni di tutela da parte dell'Inail, o di qualche risarcimento ottenuto, non senza fatica, dall'azienda.

Già allora avevamo avuto la percezione della gravità della situazione; e l'intervento successivo della Magistratura ha obbligato tutti a prendere coscienza di ciò che era accaduto e che continuava ad accadere a Taranto.

Il caso Ilva è anche lo specchio della fragilità del sistema dei presidi territoriali e aziendali, preposti alla tutela della salute. Troppo debole è la figura dei Rappresentanti dei lavoratori alla sicurezza, che hanno bisogno di essere rafforzati, mettendoli in rete, favorendo la loro formazione e la conoscenza dei rischi legati al lavoro.

Con questa rinnovata consapevolezza, l'Inca ha avviato da tempo, insieme alle categorie di rappresentanza dei lavoratori attivi, una nuova fase di intervento per estendere il riconoscimento del danno differenziale a favore di quanti ancor oggi attendono giusti-

zia. Siamo partiti dalla Fincantieri di Monfalcone perché è diventato il luogo simbolo di una tragedia in cui hanno trovato la morte centinaia di lavoratori, dove si è registrato il più alto tasso di mesoteliomi e di altre malattie asbesto-correlate (placche pleuriche, asbestosi, ecc.), pari a circa 1.700 volte di più rispetto al resto del mondo. In quel cantiere, l'Inca e la Cgil hanno avviato un progetto di tutela integrata per garantire l'esigibilità dei diritti legati al riconoscimento del danno differenziale e, soprattutto, per favorire, attraverso la collaborazione anche con Istituti di ricerca, come il Ramazzini di Bologna, la diagnosi precoce delle malattie, la ricerca e lo studio delle patologie asbesto correlate.

Per aiutare l'affermazione di questo processo virtuoso, occorre estendere ad altre realtà

un analogo modello di intervento e favorire l'interazione fra tutti gli attori istituzionali affinché ciascuno, per la parte di propria competenza – Magistratura, Sindacati, Asl e Inail – attivino percorsi finalizzati alla tutela del bene collettivo della salute, anche per la riduzione dell'impatto ambientale degli agenti nocivi, oltre l'amianto, su cui si indaga ancora molto poco.

In questo contesto, l'azione di tutela individuale dell'Inca può rappresentare un contributo prezioso per garantire un presidio territoriale costante sia per le imprese, richiamandole alle loro responsabilità sociali, sia per le lavoratrici e i lavoratori che, anche attraverso il concreto esercizio dei loro diritti, possano far crescere una nuova cultura della sicurezza negli ambienti di lavoro, di cui il Paese sente un gran bisogno ■



DOCUMENTAZIONE

Allegato 1

**REPUBBLICA ITALIANA
TRIBUNALE DI PALERMO
SEZIONE LAVORO
IN NOME DEL POPOLO ITALIANO**

LAVORO
SENTENZA
NR. 4266/2009
CRON. N. 9796/2010
F.A. 29-03-10
②

Il Giudice Dante Martino ha pronunciato la seguente

SENTENZA

nel procedimento portante il n. 4990/2005 R.G. degli affari contenziosi civili promosso da

**BAIAMONTE GIUSEPPA, GIOCALIERO ANTONINO,
GIOCALIERO GIOVANNI, GIOCALIERO BALDASSARE,
GIOCALIERO ROSA MARIA RITA E GIOCALIERO
MICHELE**, in proprio e n.q. di eredi di **GIOCALIERO GIUSEPPE**,
rappresentati e difesi dall'avv.to Paolo Palma per mandato a margine del
ricorso ed elettivamente domiciliati presso il suo studio sito in Palermo, via
Marchese di Villabianca n. 4.

ricorrente

CONTRO

FINCANTIERI - CANTIERI NAVALI ITALIANI S.P.A., in
persona del suo legale rappresentante pro-tempore, rappresentata e difesa
dagli avv.ti Enzo Morrico e Lorenzo Infantino ed elettivamente domiciliata
presso lo studio del secondo sito in Palermo, via Marchese di Villabianca n.
54.

resistente

E NEI CONFRONTI DI

**SASA Assicurazioni Riassicurazioni S.p.a., Assicurazioni Generali
S.p.a.**, ciascuna in persona del proprio legale rappresentante pro-tempore,

ORUVAT
ASWITNIZ

tutti rappresentate e difese dagli avv.ti Lucia Spinoglio e Antonio Arena per mandato in calce alla copia notificata del ricorso ed elettivamente domiciliati presso lo studio del secondo sito in Palermo, via Massimo D'Azeglio n. 8.

FONDIARIA SAI s.p.a., in persona del proprio legale rappresentante pro-tempore, rappresentato e difeso dall'avv.to Fabrizio Errico e Luisa De Giacomo ed elettivamente domiciliata presso lo studio di quest'ultima sito in Palermo, via Messina n. 15.

chiamati in causa

OGGETTO: risarcimento danni

All'udienza del 4.12.2009 i procuratori delle parti hanno concluso come nei rispettivi atti processuali.

MOTIVI DELLA DECISIONE

Con ricorso depositato in data 4.8.2005 i ricorrenti indicati in epigrafe, convennero in giudizio la società Fincantieri – Cantieri Navali Italiani S.p.a., chiedendo condannarsi la stessa al pagamento di quanto loro dovuto *iure proprio* a titolo di risarcimento del danno esistenziale e morale patito a cagione della morte del proprio congiunto Giocaliero Giuseppe nonché *iure haereditario* a titolo di invalidità temporanea totale e relativa e di risarcimento del danno biologico, morale ed esistenziale patito del proprio dante causa, deceduto a causa di un mesotelioma pleurico asseritamente contratto a causa delle mansioni di operaio montatore espletate alle dipendenze della società dal 1956 al 1985.

Ritualmente instauratosi il contraddittorio resistette in giudizio la società convenuta, la quale chiese preliminarmente di essere autorizzata a chiamare in causa le società di assicurazioni SASA Assicurazioni Riassicurazioni S.p.a., Assicurazioni Generali e Fondiaria SAI s.p.a., in

ragione della polizza assicurativa siglata con le predette; sempre, in via preliminare, eccetti la decadenza ai sensi dell'art. 2113 c.c. per l'intervenuta transazione in ordine a tutte le pretese concernenti l'intercorso rapporto di lavoro, la prescrizione e l'inammissibilità delle domande azionate dai ricorrenti, nonché il proprio difetto di legittimazione passiva in ordine alle pretese relative al risarcimento del danno biologico e contestò nel merito la fondatezza delle domande attoree delle quali chiese il rigetto.

Autorizzata l'integrazione del contraddittorio, i chiamati in causa si costituirono in giudizio, contestando la fondatezza delle pretese attoree e delle domande di manleva avanzate nei loro confronti dalla Fincantieri.

All'udienza del 9.11.2007 il procuratore dei ricorrenti limitò le domande formulate in ricorso, non insistendo in quelle azionate dai primi *iure proprio* per il risarcimento del danno esistenziale e morale asseritamente patito.

La controversia, istruita con l'escussione dei testi indicati dalle parti, all'udienza del 4.12.2009, sulle conclusioni dei procuratori delle parti, è stata decisa come da separato dispositivo. 

In via preliminare va evidenziato che le domande avanzate dai ricorrenti per il risarcimento dei danni morali ed esistenziali dagli stessi patiti, a cagione della malattia e la morte del loro congiunto, non vanno esaminate in quanto il loro procuratore vi ha rinunciato.

Al riguardo è il caso di evidenziare che, secondo l'insegnamento della Suprema Corte, *"la rinuncia ai singoli capi della domanda rientra nella fattispecie di cui all'art. 184 c.p.c. (modifica della domanda), non in quella di cui all'art. 306 stesso codice (rinuncia agli atti del giudizio), per cui, rispetto ad essa, non trova applicazione la disposizione secondo cui la rinuncia deve provenire dalla parte o dal suo procuratore speciale e deve*

essere fatta verbalmente all'udienza o con atto sottoscritto dalla parte e notificato alle altre parti, giacché la rinuncia ad un capo della domanda rientra tra i poteri del difensore e può essere fatta senza l'osservanza di forme rigorose" (Cass., 4283/1997, nonché, nel medesimo senso, 1047/95).

Sempre in via preliminare, va rilevata l'infondatezza dell'eccezione di decadenza della domanda sollevata dalla resistente, sul presupposto della mancata impugnazione, nel termine di cui all'art. 2113 c.c. della rinuncia sottoscritta dal ricorrente dopo la cessazione del rapporto di lavoro.

Appare, al riguardo, sufficiente rilevare come il dante causa di parte ricorrente non poteva ritenersi, all'epoca della sottoscrizione del suddetto atto, consapevole della patologia che gli sarebbe insorta quasi due decenni dopo; e poiché una volontà transattiva o abdicativa presuppone la consapevolezza della titolarità di specifici diritti, determinati o determinabili e la cosciente volontà di disporre di essi (cfr. Cass. n. 9407 del 2001 e, più recentemente, Cass. nn. 5544 del 2003, 10172 del 2004, 11536 del 2006), deve logicamente negarsi che nell'atto in questione una volontà del genere sia perfino ipotizzabile.

Deve, invece, ritenersi fondata ed assorbente, nei termini che seguono, l'eccezione di difetto di legittimazione passiva sollevata dalla Fincantieri, rispetto alla domanda concernente il risarcimento del danno biologico.

Com'è noto, l'art. 13 d.lgs. n. 38/2000, dopo aver indicato al primo comma una definizione del danno biologico, sia pure limitata ai soli fini dell'assicurazione obbligatoria ed indicata come "sperimentale", ha previsto al secondo comma la sua copertura assicurativa da parte dell'INAIL e ha stabilito (lett. a e b) i criteri per la liquidazione del relativo indennizzo, distinguendo a seconda che le lesioni attingano una i.p.p. di livello inferiore al 6%, ovvero compresa tra il 6 ed il 15% o ancora pari o superiori al 16%.

Dall'esame di queste norme emerge che le menomazioni di grado inferiore al 6% non danno luogo ad alcuna prestazione, così come continua a non dar luogo ad indennizzo il danno biologico temporaneo; le menomazioni comprese tra il 6 ed il 15% danno luogo ad un indennizzo in somma capitale, rapportata al grado della menomazione; le menomazioni pari o superiori al 16%, danno luogo ad una rendita ripartita in due quote: la prima quota è determinata in base al grado della menomazione, cioè al danno biologico subito dall'infortunato, la seconda tiene conto delle conseguenze di natura patrimoniale della menomazione, che vengono presunte *iuris et de iure*.

Con successivo d.m. del 12.7.2000 sono stati determinati i criteri d'indennizzo del danno in questione, attraverso la previsione dei gradi percentuali di invalidità corrispondenti a ciascuna singola menomazione, del valore monetario del punto di invalidità in base al quale liquidare il danno biologico in forma di capitale, del valore monetario delle rendite in base alle quali liquidare il danno biologico in forma capitale e dei coefficienti in base ai quali moltiplicare il reddito dell'infortunato, per liquidare il danno da ridotta capacità lavorativa.

Tenuto conto che la nuova disciplina si applica agli infortuni occorsi e alle malattie professionali denunciate successivamente al 25.7.2000, data di pubblicazione del decreto, la prima e più evidente conseguenza della estensione della copertura assicurativa è che il lavoratore infortunato non deve più rivolgersi al datore di lavoro per ottenere il risarcimento del danno biologico: può e deve agire nei confronti dell'INAIL, salvo che l'i.p.p. scaturente dalla lesione sia inferiore alla misura minima indennizzabile dall'ente assicuratore.

Di conseguenza, per ciò che attiene al caso di specie, in cui la malattia in ipotesi professionale si è manifestata nel dicembre del 2003 (cfr. ricorso, pag. 2), deve escludersi la legittimazione a resistere della società resistente in favore di quella dell'INAIL, tanto più che, mentre nel comma primo dell'art. 13 d.lgs. n. 38/2000 il danno biologico viene definito puramente e semplicemente quale lesione dell'integrità psicofisica, nel successivo comma 2, lett. a), si precisa che le menomazioni sono valutate in base ad una specifica tabella "*comprensiva degli aspetti dinamico-relazionali*", onde – valorizzando tale definizione – si può ritenere che la nozione di danno biologico dettata con riferimento alla tutela previdenziale contro gli infortuni sul lavoro coincida con la nozione privatistica di danno alla salute: il quale, com'è noto, tende ad attrarre nell'ambito del danno biologico la tutela di tutti quei valori della persona in grado di garantirne il benessere psicofisico e sociale e che però sono esclusi da una nozione rigidamente naturalistica di danno biologico (cfr. Cass. n. 11940 del 2008).

E' senz'altro vero che l'art. 10 comma 2° T.U. n. 1124/1965 conosce un caso in cui la regola dell'esonero non opera: "*nonostante l'assicurazione predetta permane la responsabilità civile a carico di coloro che abbiano riportato condanna penale*", stabilisce la norma cit., e in virtù dei noti arresti della Corte costituzionale (v. Corte cost. nn. 102 del 1981 e 118 del 1986), deve ormai ritenersi che all'accertamento del fatto di reato possa procedere lo stesso giudice civile, investito di un'azione di regresso da parte dell'INAIL o di un'azione risarcitoria direttamente promossa dal lavoratore danneggiato (o, come nella specie, dai suoi eredi). Si tratta tuttavia di una responsabilità che presuppone la prova che l'indennizzo in capitale o la capitalizzazione della rendita concessi dall'INAIL non valgano a risarcire il danno concretamente verificatosi: a mente dell'art. 10 7° comma T.U. n.

1124/1965, "quando si faccia luogo a risarcimento, questo è dovuto solo per la parte che eccede le indennità liquidate a norma dell'art. 66 e ss."

Nel caso di specie, tuttavia, parte ricorrente non ha allegato (né peraltro chiesto di provare) quali potessero essere le specificità concrete che renderebbero inadeguato il ristoro conseguito (o comunque conseguibile) dall'INAIL, né tale inadeguatezza può essere altrimenti presunta: presuntivamente, anzi, vale proprio il contrario, anche in riferimento a quanto preteso da parte ricorrente a titolo di danno morale e danno esistenziale.

Non è, infatti, sufficiente diffondersi (come nel caso di specie) nella descrizione dei profili di danno esistenziale e morale asseritamente patiti dal proprio congiunto (senza, però, chiederne di provare l'effettiva esistenza) per superare la presunzione di legge, secondo cui l'indennizzo erogato, o erogabile dall'INAIL, sia destinato a risarcire il danno biologico, anche nelle sue sfaccettature "dinamico-relazionali".

Appare, in altri termini, necessario specificare perché ed in quale misura il suddetto indennizzo, non sia in grado di ristorare il danno alla persona patito dall'assicurato, nei suoi profili più strettamente "esistenziali" e "moralì".

In ordine al danno esistenziale giova, infatti, ribadire l'orientamento recentemente confermato dalla giurisprudenza di legittimità, secondo cui non è ammissibile nel nostro ordinamento l'autonoma categoria di "danno esistenziale", inteso quale pregiudizio alle attività non remunerative della persona (Cass. S.U. n. 26972 del 2008): infatti, ove in essa si ricomprendano i pregiudizi scaturenti dalla lesione di interessi della persona di rango costituzionale, ovvero derivanti da fatti-reato, essi sono già risarcibili ai sensi dell'art. 2059 c.c., interpretato in modo conforme a

Costituzione, con la conseguenza che la liquidazione di un'ulteriore posta di danno comporterebbe una duplicazione risarcitoria; ove invece si volessero includere in essa pregiudizi non lesivi di diritti inviolabili della persona, si tratterebbe di categoria del tutto illegittima, posto che simili pregiudizi sono irrisarcibili, in virtù del divieto di cui all'art. 2059 c.c..

Quanto al danno morale, poi, la stessa giurisprudenza di legittimità ha puntualizzato che il danno non patrimoniale da lesione della salute costituisce una categoria ampia ed omnicomprensiva, nella cui liquidazione il giudice deve tenere conto di tutti i pregiudizi concretamente patiti dalla vittima, senza dunque duplicare il risarcimento attraverso l'attribuzione di nomi diversi a pregiudizi identici. E poiché costituisce sicura duplicazione risarcitoria la congiunta attribuzione alla vittima di lesioni personali derivanti da reato del risarcimento sia per il danno biologico, sia per il danno morale, atteso che quest'ultimo, inteso quale sofferenza soggettiva, costituisce necessariamente una componente del primo, dal momento che qualsiasi lesione della salute implica necessariamente una sofferenza fisica o psichica (cfr. in termini Cass. S.U. n. 26972 del 2008, cit.), deve concludersi che – in assenza, ripetesì, di specifiche allegazioni circa il maggior danno patito dal *de cuius* rispetto alle indennità concretamente riconoscibili dall'INAIL – le relative domande non possano che rigettarsi.

Né, d'altro canto, può inficiare l'iter argomentativo appena esposto il richiamo, operato dai ricorrenti nelle note conclusive, alla recente pronuncia della Corte di Cassazione (Sez. L, Sentenza n. 12326 del 27/05/2009), secondo cui : *"In materia di assicurazione contro gli infortuni sul lavoro e le malattie professionali, il danno cosiddetto "tanatologico", nel caso che la morte (nella specie, in esito ad un infortunio "in itinere") segua le lesioni dopo breve tempo, riguardando il bene giuridico della vita, diverso da*

quello della salute (in quanto la perdita della vita non costituisce la massima lesione possibile del diritto alla salute), non rientra nella nozione di danno biologico recepita dall'art. 13 del d.lgs. 23 febbraio 2000, n. 38, che fa riferimento alla "lesione dell'integrità psicofisica", suscettibile di valutazione medico-legale e causativa di una menomazione valutabile secondo le tabelle di cui al d.m. 12 luglio 2000 del Ministero del Lavoro e della Previdenza sociale, operando entro detti limiti l'assicurazione sociale del danno biologico. Ne consegue che non è risarcibile la domanda proposta "iure hereditatis" dagli eredi del "de cuius" nei confronti dell'INAIL per il risarcimento del danno da "perdita del diritto alla vita".

La suddetta pronuncia, trova il suo logico fondamento (che ne rende palese l'inapplicabilità al caso di specie) sul breve lasso di tempo trascorso fra l'evento infortunistico occorso all'assicurato e la sua morte.

In tale caso, infatti, la giurisprudenza di legittimità ha più volte chiarito (Cass. Sez. 3, Sentenza n. 870 del 17/01/2008 Sez. 3, Sentenza n. 12253 del 25/05/2007) che non è configurabile per l'assicurato alcun danno biologico, "giacché la morte non costituisce la massima lesione possibile del diritto alla salute, ma incide sul diverso bene giuridico della vita, a meno che non intercorra un apprezzabile lasso di tempo tra le lesioni subite dalla vittima del danno e la morte causata dall'evento, nel qual caso, essendovi un'effettiva compromissione dell'integrità psicofisica del soggetto che si protrae per la durata della vita, è configurabile un danno biologico risarcibile in capo al danneggiato, che si trasferisce agli eredi, i quali potranno agire in giudizio nei confronti del danneggiante "iure hereditatis".

A contrario, ove, come nel caso di specie fra l'evento lesivo (ovvero la malattia contratta dal *de cuius*) e la morte trascorra un lasso di tempo

cospicuo, l'unico danno "tanatologico" configurabile è proprio il "danno biologico" o "morale" patito dal de cuius, come tale trasmissibile agli eredi, ma risarcibile nei limiti sopra descritti.

Alla luce di tutte le considerazioni che precedono, deve, quindi, rilevarsi il difetto di legittimazione passiva della Fincantieri in ordine a tutte le domande azionate dai ricorrenti a titolo di risarcimento del danno biologico, morale ed esistenziale patito dal loro congiunto ed a fortiori in ordine a quelle finalizzate alla percezione di provvidenze erogate tipicamente dall'Inail per l'inabilità temporanea assoluta e relativa del de cuius.

La complessità e novità delle questioni trattate e la difformità di talune pronunce di merito suggeriscono la compensazione tra tutte le parti delle spese di lite.

P.Q.M.

Rigetta il ricorso e dichiara interamente compensate le spese di lite tra tutte le parti ^{del} ~~di~~ giudizio.

Così deciso in Palermo, 4.12.2009.

TRIBUNALE DI PALERMO - SEZ. LAVORO DEPOSITATO
29. MAR. 2010
Il Cancelliere



Il Giudice
Dante Martino

Dante Martino

Copia Conforme all'Originale
Palermo 12 APR 2010. *
In Cancelliere C/1 (Giuseppe Valerio Gambino)

Gambino

Allegato 2

Sent. a verbale

N. 134/2012

Lev. 304/2010

d.d. 28 SET. 2012



REPUBBLICA ITALIANA

In nome del popolo italiano

Tribunale di Gorizia

Il Giudice del Lavoro, in persona della **dott.ssa Barbara GALLO**, ha pronunciato la seguente

SENTENZA

nella causa iscritta al n° 304/10 R.G.L. promossa, con ricorso ritualmente notificato assieme al decreto di comparizione, da:

- **GUZZON Licio** (C.F. GZZLCI34L25F356I), rappresentato e difeso dagli avv.ti Giancarlo Moro e Lucia Rupolo di Padova, con domicilio eletto presso la Camera del Lavoro di Gorizia, giusta procura a margine del ricorso introduttivo,

ricorrente;

contro

- **FINCANTIERI – CANTIERI NAVALI ITALIANI Spa** (C.F. 00397130584), con sede Trieste, in persona del Direttore dello Stabilimento di Monfalcone e legale rappresentante *pro-tempore* Ing. Carlo De Marco - in forza dei poteri conferitigli con atto del Notaio Daniela Dado di Trieste del 28.05.2010 n. 86260 di rep. -, rappresentato e difeso sia congiuntamente che

disgiuntamente dagli avv.ti Enzo Morrigo di Roma e Paola Suffi di Monfalcone, con domicilio eletto presso lo studio legale di quest'ultima, giusta procura in calce al ricorso notificato,

resistente;

avente ad oggetto: esiti da esposizione ad amianto.

Causa iscritta a ruolo il 24.06.2010 e decisa all'udienza del 28.09.2012.

MOTIVI DELLA DECISIONE

All'udienza del 28.09.2012, il Giudice del Lavoro ha ordinato la discussione orale della causa e all'esito ha pronunciato sentenza definitiva dando lettura contestuale del dispositivo e della seguente motivazione ex art. 429, comma 1°, c.p.c.

La parte ricorrente ha rassegnato le seguenti conclusioni: *"accertato quanto in premessa, condannarsi la Fincantieri - C.N.I. s.p.a., in persona del legale rappresentante pro tempore, con sede legale in Trieste, via Genova n. 1, al risarcimento del danno biologico permanente e temporaneo e dei restanti danni non patrimoniali di natura morale e/o esistenziale patiti dal ricorrente per le patologie descritte in narrativa oltre alla rifusione delle spese, e per l'effetto condannarsi la società convenuta ut supra rappresentata al pagamento della somma - al lordo dell'indennizzo erogato dall'Inail a titolo di danno biologico ex D.L. 38/00 - di € 450.000,00, oltre ad € 240,00 per spese mediche, o in alternativa le diverse somme, maggiori o minori, che risulteranno eque e di giustizia, oltre ad interessi e rivalutazione monetaria dalle rispettive diagnosi al saldo. Con rifusione di spese, diritti ed*

onorari”.

La resistente FINCANTIERI Spa (di seguito solo FINCANTIERI) ha concluso: *“in via preliminare, accertare e dichiarare la carenza di legittimazione passiva della Fincantieri con riguardo alla domanda di risarcimento del danno biologico stante l'applicabilità ratione temporis, alla presente fattispecie, della previsione di cui all'art. 13 D.Lgs. n. 38/2000 che ha inserito il danno biologico nella copertura assicurativa pubblica; nel merito, rigettare la domanda perché carente di prova in ordine alla riferibilità dell'evento lamentato alla odierna società scrivente per i motivi tutti esposti nel presente atto; accertare e dichiarare l'improponibilità e/o inammissibilità della domanda relativa al preteso risarcimento del danno morale per carenza del requisito di cui all'art. 2059 c.c.; accertare e dichiarare l'incumulabilità del preteso risarcimento del danno morale ed esistenziale con il risarcimento del danno biologico. Con vittoria di spese, competenze ed onorari di giudizio”.*

Dal ricorso introduttivo si evince che GUZZON Licio ha prestato la propria attività lavorativa subordinata alle dipendenze della società C.R.D.A. Spa, poi divenuta Italcantieri Spa ed infine FINCANTIERI Spa, dal 1952 al 1957 con mansioni di saldatore elettrico e dal 1957 al 1988 con mansioni di fabbro-nave o carpentiere leggero; che lo stesso ha ricevuto nell'autunno del 2001 una diagnosi di *“calcificazioni pleuriche bilaterali”* ed *“asbestosi”*, con riconoscimento INAIL della patologia professionale nella misura dell'8%; che il ricorrente ha sofferto da allora di un progressivo e costante

peggioramento delle proprie condizioni a causa dell'aggravarsi del quadro di "fibrosi polmonare da asbestosi pleurica e polmonare", da ultimo stimata dall'INAIL nella misura del 50%; che le patologie del ricorrente devono essere ricondotte a colpa e responsabilità della società convenuta per violazione dell'art. 2087 c.c.

La FINCANTIERI si è costituita ritualmente in giudizio e ha resistito alle domande dei ricorrenti; in particolare, ha eccepito la prescrizione dei diritti azionari e la carenza di legittimazione passiva quanto alla domanda avente ad oggetto il danno biologico; nel merito, la società ha contestato la fondatezza delle domande attoree sia nell'an sia nel *quantum*, chiedendone la reiezione.

La controversia è stata istruita con l'espletamento di una C.T.U. medico-legale e con l'acquisizione di diversi verbali contenenti le prove orali già assunte in altre cause promosse nei confronti della stessa FINCANTIERI ed aventi ad oggetto l'esposizione ad amianto e le conseguenti patologie. Inoltre sono state acquisite informazioni dall'INAIL circa le erogazioni effettuate in favore del GUZZON ai sensi del D.Lgs. n. 1124/1965 e del D.Lgs. n. 38/2000.

Ai fini della decisione, si deve ricordare - in via generale ed in estrema sintesi - che l'inalazione di fibre di asbesto può dare luogo a patologie polmonari, sia di tipo non neoplastico che di tipo neoplastico. Le malattie di tipo non neoplastico sono a carico della pleura o a carico del polmone. A carico della pleura si possono avere: placche pleuriche,

ispessimenti pleurici, versamenti pleurici. A carico del polmone, invece, si può avere la classica asbestosi che è una fibrosi polmonare irreversibile. Per quanto riguarda le malattie neoplastiche, l'amianto è ritenuto un carcinogeno certo per il polmone, la pleura e il peritoneo. Il mesotelioma maligno è un tumore del mesotelio, a livello di pleura, di peritoneo, di testicolo; il mesotelioma è tipicamente considerato un "evento sentinella" indicativo di progressa esposizione ad amianto, essendo dimostrata una correlazione strettissima tra l'esposizione all'asbesto e lo sviluppo del mesotelioma; il mesotelioma pleurico si distingue in modo netto dal tumore al polmone; mentre risulta accertata la correlazione tra cancro del polmone, fumo e amianto, possiamo considerare sostanzialmente ininfluente nello sviluppo del mesotelioma maligno della pleura il fatto che la persona fosse fumatore o meno; in letteratura è quindi ormai assodata l'affermazione che il fumo di sigaretta non aumenta il rischio di mesotelioma (v. Cass. 2.02.2001, est. Marzano, imp. Biorci, *Igiene e sicurezza lav.*, 2001, 331; Cass. 2.07.1999, est. Romis, imp. Giannitrapani, *Foro it.*, 2000, II, 260).

Per periodo di latenza si intende quello che intercorre fra la prima esposizione accertata ad amianto e il momento della diagnosi. Per periodo di sopravvivenza si intende invece quello che va dal momento della diagnosi al momento del decesso. Studi sull'argomento compiuti nel 1999 in Australia su 3578 casi di mesotelioma della pleura hanno evidenziato, con riguardo ad un primo registro dei mesoteliomi, periodi di latenza compresi fra un minimo di 4 anni e un massimo di 66 e, con riguardo ad un secondo registro, periodi



di latenza compresi fra un minimo di 6 anni e un massimo di 84. Il Registro Nazionale Italiano, che fa riferimento a casi accertati fra il 1992 e il 1997, evidenzia periodi di latenza compresi fra un minimo di 12 anni e un massimo di 74 anni, con una latenza media di 34 anni. Ne consegue che anche un periodo di latenza di 14/16 anni è un periodo di tempo "compatibile" con i dati scientifici disponibili.

Il concetto di dose *killer* o *trigger dose* (cioè di una dose, anche modesta di agente, idonea a innescare un autonomo processo patogenetico) è un concetto ormai superato, essendo il riferimento ad esso incompatibile con le attuali conoscenze in termini di oncogenesi. Appare, infatti, poco credibile che una singola dose, questa dose-grilletto che è stata ipotizzata a far tempo dagli anni '70, possa essere l'unica spiegazione per lo sviluppo di un mesotelioma apparendo, invece, - questo è documentato scientificamente - estremamente più credibile un modello che prevede una riduzione del tempo di latenza e un eccesso di rischio nello sviluppo della patologia all'aumentare della dose di esposizione.

In altri termini, sebbene l'azione inducente possa realizzarsi a breve distanza dall'inizio dell'esposizione, è altrettanto importante il ruolo di promozione, analogamente svolta dall'amianto, che si realizza con il progredire della dose e la durata dell'esposizione, in un arco di anni o decenni; ne deriva che sotto il profilo patogenetico assume rilevanza la complessiva esposizione ad amianto del soggetto, anche se avvenuta in tempi diversi, in circostanze di lavoro e con modalità operative e di



esposizione differenti; pertanto, benché il mesotelioma sia associato con un ampio *range* di esposizione, inclusa quella modesta, risulta evidente che la durata e la dose cumulativa di esposizione sono correlate con la probabilità di insorgenza del tumore.

Sicché, in definitiva, si può affermare che con l'aumentare della dose cumulativa di amianto inalata aumenta il rischio di mesotelioma; le incidenze relative del tumore nei grandi gruppi di popolazione, nelle diverse regioni e nei diversi tipi di occupazione ne sono attendibile prova. D'altro canto, già nel preambolo alla direttiva Cee 83/477 si legge testualmente: "*riducendo il tempo di esposizione ad amianto, diminuirà il rischio di malattie ad esso connesse*".

Ebbene, la probabilità di sopravvenienza del cancro tende ad aumentare in modo lineare con l'aumento della dose che il soggetto ha respirato nel tempo e quindi tanto più intensa è l'esposizione, tanto minore è il periodo di latenza. In effetti, le indagini epidemiologiche indicano una riduzione del tempo di latenza con l'aumentare della dose cumulativa di fibre d'amianto.

Costituisce, quindi, un dato della letteratura ormai assodato l'affermazione che si legge in Cass., Sez. IV., 09.05.2003, (in *Foro it.* 2004, II, 69 e ss.) secondo la quale se è vero che per il mesotelioma è sufficiente una dose bassa per l'insorgenza del tumore, è altrettanto certo che l'esposizione prolungata influisce sullo sviluppo del tumore, sulla proliferazione cellulare, sul periodo di latenza.



Tutto ciò premesso e considerato in linea generale, si deve considerare che le pretese risarcitorie avanzate in codesta sede si collegano alle gravi conseguenze delle patologie (v. placche pleuriche ed asbestosi polmonare) da cui è risultato affetto GUZZON Licio (nato il 25.07.1934), il quale ha lavorato dall'11.06.1952 al 31.12.1988 alle dipendenze della FINCANTIERI, sino al 1957 come saldatore elettrico e dal 1957 al 1988 come fabbro-nave o carpentiere leggero nei cantieri navali di Monfalcone.

Le copiose risultanze documentali portano a ritenere che le mansioni del GUZZON abbiano senz'altro implicato anche interventi di saldatura e di carpenteria su parti rivestite in amianto; comunque, per preriscaldare le lamiere venivano impiegate delle resistenze isolate proprio con amianto soggetto ad inevitabile deterioramento; tutto ciò comportava la produzione diffusa di polveri di amianto (per loro natura incolori, inodori, insapori, invisibili, mobili, volatili e perenni) che si depositavano all'interno degli ambienti di lavoro – spesso angusti e ristretti a bordo nave - che si presentavano privi di adeguati sistemi di ventilazione e di misure significative di smaltimento o riduzione delle polveri d'amianto.

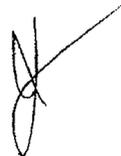
L'attività di saldatore elettrico (v. impiego di cannelli ossiacetilenici) e di carpentiere in ferro anche a bordo nave ha senz'altro comportato la contiguità con diverse lavorazioni asbestogene (v. applicazione come materiale isolante sotto forma di coppelle preformate in amianto pressato, di cuscini in tela d'amianto imbottiti con fibrette sempre d'amianto, di cemento/amianto impastato *in situ* utilizzando la polvere o i fili di asbesto

contenuti in sacchi di carta facilmente deteriorabili utilizzati dagli operai addirittura per sedersi sopra durante le pause, di amianto spruzzato, di pannelli di "marinite"), quali coibentazioni, decoibentazioni, installazioni varie, interventi di carpenteria leggera e falegnameria (appunto sulle guarnizioni e sui pannelli di "marinite") che avrebbero generato una dispersione consistente di polveri d'amianto.

La contemporaneità a bordo nave delle lavorazioni asbestogene dipendeva dal fatto che le stesse, spesso affidate a ditte esterne a contratto, venivano svolte in concomitanza di tempo e di luogo per la sempre impellente necessità del rispetto dei tempi contrattuali di ultimazione delle lavorazioni.

Come già detto, l'attività del ricorrente sarebbe stata caratterizzata dalla manipolazione diretta dell'amianto soprattutto nelle lavorazioni "a caldo" (v. saldature in corso di lavorazione nonché interventi di modifica/adattamento su parti già coibentate) da effettuare con l'impiego di coperte in amianto per il raffreddamento controllato dei pezzi preriscaldati e di indumenti protettivi in amianto (v. guanti, grembiuli, ghette), ciò sempre in situazioni di contiguità con altre lavorazioni dell'amianto a bordo nave.

Bisogna aggiungere che anche in officina era senz'altro presente l'amianto in quantità considerevoli, dal momento che i fabbro-nave impiegati in tale ambito avevano il compito di tagliare con seghe e scalpelli e di bucare con il trapano dei pannelli/fogli d'amianto per realizzare delle guarnizioni (in amiantite) a forma di disco da applicare alle condutture che venivano



preparate appunto in officina; inoltre nelle immediate vicinanze dell'officina ed in prossimità della banchina capitava che venisse preparato dagli addetti alle colbentazioni il composto di cemento e amianto destinato ai rivestimenti di bordo; detta operazione comportava inevitabilmente la dispersione considerevole di polveri in tutto l'ambiente circostante e quindi anche in officina che si presentava praticamente aperta da tutti i lati.

Tutto quanto evidenziato si evince dai verbali delle deposizioni testimoniali rese in procedimenti analoghi e basta per reputare altamente probabile che GUZZON Licio nel periodo compreso tra il 1952 ed il 1988 - ossia per oltre 35 anni - sia stato sicuramente esposto ad una concentrazione significativa di asbesto ben superiore a 200 fibre/litro, anche se dalla fine degli anni '70 (v. anni 1978-79) sino al 1992 (v. anno della proibizione dell'uso dell'amianto) l'esposizione sarebbe stata sensibilmente minore per la progressiva sostituzione dell'amianto con altri materiali isolanti (v. lana di vetro e lana di roccia).

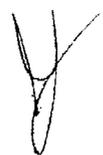
L'odierno ricorrente hanno agito nei confronti dell'ex datore di lavoro a titolo risarcitorio per ottenere la refusione dei pregiudizi derivati dalla patologia (v. placche pleuriche ed asbestosi polmonare) che lo ha colpito quale ex dipendente di FINCANTIERI.

Pare superfluo precisare che le pretese risarcitorie conseguenti a malattia professionale avanzate nei confronti del datore di lavoro, essendo finalizzate a far valere non già la lesione del generale precetto del *neminem laedere*, bensì la violazione dei doveri di tutela delle condizioni lavorative

specificamente incombenti sulla parte convenuta (che viene infatti evocata in giudizio nella sua pregressa qualità di datrice di lavoro), danno luogo ad una "controversia di lavoro" ex art. 409 c.p.c., rientrante come tale nella competenza funzionale del Giudice del Lavoro; ciò vale a maggior ragione quando nel ricorso introduttivo del giudizio vi sia un testuale accenno alla responsabilità contrattuale dell'imprenditore con riferimento agli obblighi di sicurezza di cui all'art. 2087 c.c.

La responsabilità di cui a tale norma è di carattere contrattuale, in quanto il contenuto del contratto individuale di lavoro risulta integrato per legge (ai sensi dell'art. 1374 c.c.) dalla disposizione che impone l'obbligo di sicurezza e lo inserisce nel sinallagma contrattuale, sicchè il riparto degli stessi oneri probatori della domanda di danno da infortunio sul lavoro si pone negli stessi termini che nell'art. 1218 c.c. sull'inadempimento delle obbligazioni. Dunque, il lavoratore deve allegare e provare l'esistenza dell'obbligazione lavorativa, del danno e del nesso causale di questo con la prestazione, mentre il datore di lavoro deve provare che il danno è dipeso da causa a lui non imputabile e cioè di aver adempiuto al suo obbligo di sicurezza apprestando tutte le misure per evitare il danno (v. Cass., sez. lav., 14.04.2008, n. 9817).

In altri termini, posto che la responsabilità datoriale non ha natura oggettiva, sul piano della ripartizione dell'onere probatorio al lavoratore spetta lo specifico obbligo di riscontrare il fatto costituente inadempimento dell'obbligo di sicurezza nonché il nesso di causalità materiale tra



l'inadempimento stesso ed il danno da lui subito, mentre – in parziale deroga al principio generale stabilito dall'art. 2697 c.c. – non è gravato dall'onere della prova relativa alla colpa del datore di lavoro danneggiante, sebbene concorra ad integrare la fattispecie costitutiva del diritto al risarcimento, onere che invece incombe sul datore di lavoro e che si concreta nel provare la non imputabilità dell'inadempimento (v. Cass., sez. lav., 10.01.2007, n. 238).

A questo punto, occorre fare riferimento ad un principio tacito - ma non per questo meno importante - in tema di prova: il principio di non contestazione.

Si tratta di un principio di consueta applicazione nelle controversie civili, di importanza essenziale per non rendere impossibile o comunque eccessivamente difficile l'onere probatorio delle parti ed in particolare della parte attrice, per evitare il compimento di attività inutili e quindi realizzare esigenze di semplificazione e di economia processuale.

Ridotto all'essenziale il principio di non contestazione comporta che, nei processi relativi a diritti disponibili, i fatti od elementi non contestati sono posti fuori del *thema probandum*, non hanno bisogno di essere provati, devono essere considerati come esistenti dal Giudice.

La non contestazione consiste in un comportamento omissivo della controparte. Il carattere omissivo della condotta rende particolarmente delicata l'individuazione da parte del Giudicante di quando un fatto sia effettivamente non contestato.

Orbene, nel rito del lavoro la contestazione delle circostanze allegare e documentate su cui si fonda la domanda attrice deve essere effettuata nella memoria di costituzione ex art. 416 c.p.c. ed assume rilievo solo quando non sia generica, ma involga specifiche situazioni di fatto suscettibili di dimostrare in modo puntuale la non rispondenza al vero degli assunti e delle pretese avversari, situazioni che devono risultare dagli atti o essere successivamente provate.

Il sistema di preclusioni che caratterizza il processo del lavoro tende a consentire all'attore di conseguire rapidamente il bene della vita reclamato ed obbliga il convenuto a prendere una posizione precisa, non limitata ad una generica contestazione, sui fatti affermati dall'attore; pertanto, diventano incontestabili tutte le situazioni in ordine alle quali non sussistono reali ed oggettive divergenze tra le parti.

Il datore di lavoro odierno resistente non ha fornito il benché minimo elemento concreto ed obiettivo volto a contrastare - nell'ordine - l'attività lavorativa svolta dal ricorrente (v. saldatore elettrico e fabbro-nave), la massiccia presenza di amianto a bordo nave fra il 1952 ed il 1988 (o perlomeno sino ai primi anni '80), la natura professionale delle patologie (v. intervenuto riconoscimento INAIL), la mancata informazione e adozione di qualsiasi accorgimento volto a neutralizzare o almeno a ridurre efficacemente i rischi connessi all'inalazione di polveri di qualunque tipo perlomeno sino alla fine degli anni '70.

Con specifico riguardo alle varie eccezioni della FINCANTIERI, giova



tenere presente che l'art. 13 D.Lgs. n. 38/2000 fa riferimento alla "lesione dell'integrità psicofisica", suscettibile di valutazione medico-legale e causativa di una menomazione stimabile secondo le tabelle di cui al D.M. 12 luglio 2000 del Ministero del Lavoro e della Previdenza Sociale, operando esclusivamente entro detti limiti l'assicurazione sociale del danno biologico.

In altri termini, la norma citata prevede l'erogazione di un indennizzo e non di un risarcimento del danno biologico, a sottolineare che il danno biologico indennizzabile in sede previdenziale (a condizione che la malattia professionale sia successiva al 9 agosto 2000, data di entrata in vigore del D.M. 12 luglio 2000 recante le tabelle valutative del danno biologico) si distingue rispetto a quello civile per l'assenza del presupposto della colpa; tale norma previdenziale prevede la corresponsione di un *minimum* sociale garantito (v. art. 38 Cost.); la copertura sociale indennizza, ma non risarcisce integralmente, dovendosi pertanto riconoscere il diritto del lavoratore ad ottenere dal datore di lavoro il risarcimento del danno biologico differenziale, consistente nel pregiudizio (anche esistenziale e/o biologico-dinamico) strettamente correlato alla lesione dell'integrità psicofisica (v. art. 32 Cost.), il quale va distinto dal danno complementare, costituito dal pregiudizio ulteriore e suscettibile di aumento personalizzato del risarcimento se puntualmente allegato e provato.

Del resto, in caso di lesione di diritti fondamentali della persona, la regola secondo la quale il risarcimento deve ristorare interamente i danni subiti impone di tenere conto dell'insieme dei pregiudizi sofferti, ivi compresi



quelli esistenziali, purché sia provata nel giudizio l'autonomia e la distinzione degli stessi, dovendo il Giudice - a tal fine - 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, dunque, delle particolarità del caso concreto e della reale entità del danno, considerate anche le ripercussioni "massimamente penalizzanti" della malattia professionale sulla vita del danneggiato, valorizzando la penosità della sofferenza, le quotidiane difficoltà, le cure estenuanti e l'assenza di ogni prospettiva di guarigione (v. Cass. civ., sez. lav., 21.04.2011, n. 9238).

In realtà, il danno non patrimoniale deve essere inteso e valutato in maniera unitaria; all'interno di esso le varie voci emerse dall'elaborazione dottrinarie e giurisprudenziale (v. danno all'immagine, professionale, morale ed, in particolare, esistenziale) devono essere intese non come altrettante fattispecie di danno, bensì solo come sintesi descrittiva di aspetti diversi dell'unico danno non patrimoniale. Tali diversi aspetti di un danno da considerare unitario dovranno essere considerati come altrettanti indici della gravità dello stesso e se ne dovrà, pertanto, tenere adeguato conto al momento della liquidazione.

Il danno non patrimoniale da lesione della salute costituisce una categoria ampia ed onnicomprensiva, nella cui liquidazione il Giudice deve tenere conto di tutti i pregiudizi concretamente patiti dalla vittima, ma senza



duplicare il risarcimento attraverso l'attribuzione di nomi diversi a pregiudizi identici; ne consegue che è inammissibile, perché costituisce una duplicazione, la congiunta attribuzione al danneggiato del risarcimento sia per il danno biologico, che per il danno morale, inteso quale sofferenza soggettiva, il quale costituisce necessariamente una componente del primo, posto che qualsiasi lesione della salute implica necessariamente una sofferenza fisica o psichica (v. Cass. civ., sez. lav., 18.01.2011, n. 1072).

Tutto ciò considerato, nella fattispecie concreta il CTU medico-legale dott. Stefano Faiferri di Padova ha evidenziato che a GUZZON Licio sono stati diagnosticati nel 2001 ispessimenti pleurici bilaterali ed asbestosi polmonare. Le c.d. placche pleuriche costituiscono una patologia benigna strettamente correlata all'esposizione ad amianto (che innesca un processo irritativo della pleura) e possono determinare una reazione fibrosante con formazione di ispessimenti fibrosi a carico della pleura parietale e diaframmatica e con evoluzione alle volte calcifica. Invece l'asbestosi è una fibrosi polmonare interstiziale diffusa che inizia come alveolite, provocata dall'inalazione di fibre di amianto, a cui seguono alterazioni dell'interstizio; tale patologia è conseguenza di una esposizione ad amianto importante e prolungata, è quindi dose-dipendente ed inizia in modo graduale per poi evolvere in un peggioramento con disturbi respiratori e deficit funzionale.

Nel caso in esame, la condizione del GUZZON ha avuto una progressione peggiorativa dal 2007, con gravi ripercussioni sulla quotidianità del soggetto dal settembre 2009, epoca in cui è comparsa dispnea allo

sforzo lieve e necessità di ossigenoterapia.

Il dott. Faiferri ha ritenuto che l'esposizione all'asbesto di GUZZON Licio sia stata senz'altro idonea - per durata e, con elevata probabilità, per intensità - a determinare le placche pleuriche e l'asbestosi polmonare che non possono non essere ritenute patologie di origine professionale.

Il perito ha concluso che il quadro patologico amianto indotto del ricorrente, allo stato attuale (v. perizia depositata il 09.11.2011), concretizza un danno biologico permanente con perdita dell'integrità psicofisica superiore ai 2/3, quantificabile nel 70%. La situazione in parola si sarebbe cristallizzata a partire dal settembre 2009, in corrispondenza del manifestarsi di gravi ripercussioni sulla quotidianità del GUZZON, mentre non vi sono certezze che la progressione peggiorativa del 2007 abbia comportato già un'incidenza negativa del 70%.

Per il CTU non sono quantificabili conseguenze di natura temporanea conseguenti all'esposizione professionale all'asbesto.

Come già sottolineato, in caso di qualunque "alterazione" permanente dell'integrità fisica occorsa a lavoratore esposto ad amianto, si configura la colpa specifica del datore di lavoro per violazione di norme anche quando la norma è posta a presidio di altro interesse e, cioè, per prevenire l'asbestosi, in quanto l'art. 21 d.p.r. 19 marzo 1956 n. 303 - pur se pensato in relazione alle malattie respiratorie connesse all'inalazione di polveri all'epoca conosciuta - è norma generale ed astratta, dettata per impedire qualsiasi danno al lavoratore da polveri che si producano nello

svolgimento del lavoro, e quindi tanto per evitare la produzione dei danni che sono conosciuti quando la norma è posta, quanto di qualsiasi altro danno la cui derivazione causale dall'inalazione di polveri era sconosciuta nel 1956.

In verità, appare un falso problema quello della conoscenza degli effetti letali dell'amianto anche a basse esposizioni, trattandosi di aspetto irrilevante ai fini della responsabilità di chi abbia comunque sottoposto i lavoratori ad esposizioni che non dovevano subire. L'obiezione cronologica riferita all'epoca della conoscenza della nocività dell'asbesto, sempre sollevata dalle difese datoriali, non ha nessun fondamento perché l'accertamento di questa epoca non è significativo ai fini della responsabilità datoriale ad esempio per il mesotelioma, dal momento che le misure protettive da adottare sarebbero state comunque quelle già prescritte dall'ordinamento per l'asbestosi, malattia mortale e comunque gravemente invalidante; le misure sarebbero state quelle prescritte per tutelare il medesimo bene salute offeso dall'una e dall'altra malattia; vi sono studi che attestano che adottando le misure di prevenzione vigenti contro l'asbestosi si sarebbero ridotti notevolmente i decessi per l'amianto ovvero sarebbe aumentato il periodo di latenza con allungamento della vita.

Il legislatore ha dettato una normativa particolareggiata in materia di igiene sul lavoro, dotando di contenuti viepiù specifici i generici precetti del codice civile; essa costituisce un presupposto imprescindibile per tutelare lo stato di salute dei lavoratori ed in particolare per la prevenzione delle



malattie professionali; il mancato rispetto di tali norme genera responsabilità per i soggetti obbligati qualora da tale omissione derivi qualunque conseguenza pregiudizievole permanente per un dipendente.

Il capo del d.p.r. 19 marzo 1956, n. 303, che si interessa degli "obblighi dei datori di lavoro, dei dirigenti, dei preposti e dei lavoratori", nell'art. 4 dispone che "i datori di lavoro, i dirigenti e i preposti che esercitano, dirigono o sovrintendono alle attività indicate all'art. 1" – attività alle quali sono addetti lavoratori subordinati o ad essi equiparati – "devono, nell'ambito delle rispettive attribuzioni e competenze:

- a) - attuare le misure di igiene previste nel presente decreto;
- b) - rendere edotti i lavoratori dei rischi specifici cui sono esposti e portare a loro conoscenza i modi di prevenire i danni derivanti dai rischi predetti;
- c) - fornire ai lavoratori i necessari mezzi di protezione;
- d) - disporre ed esigere che i singoli lavoratori osservino le norme di igiene ed usino i mezzi di protezione messi a loro disposizione".

Invero, per le violazioni delle norme di sicurezza e di igiene stabilite nel d.p.r. 19 marzo 1956 n. 303, si deve fare riferimento alla nozione di datore di lavoro definita dall'art. 2, 1° comma, lett. b), d.lgs. n. 626/1994.

Per quanto concerne la conoscenza della pericolosità della lavorazione dell'amianto (v. Cass. 20.08.1991, n. 8970), basta ricordare come già il r.d. 14 giugno 1909 n. 442 (epoca nella quale le nozioni scientifiche ed anche le esperienze in campo industriale erano certo assai inferiori a quelle che si avevano nel 1980) - che approvava il regolamento

per il t.u. della legge per il lavoro delle donne e dei fanciulli - all'art. 29 tabella B n. 12, includeva la filatura e tessitura dell'amianto tra i lavori insalubri o pericolosi nei quali l'applicazione delle donne minorenni e dei fanciulli era vietata o sottoposta a speciali cautele, con una specifica preclusione dei locali ove non fosse assicurato il pronto allontanamento del pulviscolo. Norma sostanzialmente identica seguiva nel regolamento per l'esecuzione della legge sul lavoro delle donne e dei fanciulli, emanato con decreto luogotenenziale 6 agosto 1916 n. 1136, art. 36, tabella B, n. 13.

Ancora, il r.d. 7 agosto 1936 n. 1720, che approvava le tabelle indicanti i lavori per i quali era vietata l'occupazione dei fanciulli e delle donne minorenni, prevedeva alla tabella B i lavori pericolosi, faticosi ed insalubri in cui era consentita l'occupazione delle donne minorenni e dei fanciulli, subordinatamente all'osservanza di speciali cautele e condizioni e, tra questi, al n. 5, la lavorazione dell'amianto, limitatamente alle operazioni di mescola, filatura e tessitura.

Lo stesso r.d. 14 aprile 1927 n. 530, agli artt. 10-16-17, conteneva diffuse disposizioni relative alla aerazione dei luoghi di lavoro, soprattutto in presenza di lavorazioni tossiche (ridurle per quanto possibile).

In epoca più recente, oltre alla legge delega 12 febbraio 1955 n. 52, che all'art. 1, lettera F, prevedeva di ampliare il campo della tutela, al citato d.p.r. 19 marzo 1956 n. 303 ed alle visite particolarmente accurate previste dal d.p.r. 20 marzo 1956 n. 648, si deve ricordare il regolamento 21 luglio 1960 n. 1169 che all'art. 1 prevedeva, specificamente, che la presenza



dell'amianto nei materiali di lavorazione potesse dar luogo - avuto riguardo alle condizioni delle lavorazioni - ad inalazione di polvere di silice libera o di amianto tale da determinare il rischio di patologie correlate.

Si può infine ricordare che il premio supplementare stabilito dall'art. 153 del t.u. n. 1124/1965, per le lavorazioni di cui all'allegato n. 8, presupponeva un grado di concentrazione di agenti patogeni superiore a determinati valori minimi.

Da tutto quanto esposto discende che normativamente era ben nota la intrinseca pericolosità delle fibre dell'amianto impiegato nelle lavorazioni, tanto che le stesse erano circondate legislativamente da particolari cautele.

E' appunto rispetto a tale rischio intrinseco a tale tipo di lavorazione che si imponeva il concreto accertamento della adozione di misure idonee a ridurre il rischio, in ottemperanza alla norma di chiusura di cui all'art. 2087 c.c. e all'art. 21 del d.p.r. 19 marzo 1956 n. 303, il quale stabilisce che nei lavori che danno normalmente luogo alla formazione di polveri di qualunque specie, il datore di lavoro è tenuto ad adottare provvedimenti atti ad impedirne o ridurre - per quanto è possibile - lo sviluppo e la diffusione nell'ambiente di lavoro, soggiungendo che le misure da adottare a tal fine devono tenere conto della natura delle polveri e della loro concentrazione, cioè devono avere caratteristiche adeguate alla pericolosità delle polveri.

Né si tratta di una prescrizione isolata, sol che si consideri che nello stesso d.p.r. n. 303 vi sono numerose norme che richiamano il dovere del datore di lavoro di evitare il contatto dei lavoratori con polveri nocive: l'art. 9



che prevede il ricambio d'aria; l'art. 15 che prevede (persino fuori dell'orario di lavoro) la riduzione al minimo del sollevamento della polvere nell'ambiente, e, proprio a tal fine, l'impiego di aspiratori; l'art. 18 che proibisce l'accumulo delle sostanze nocive; l'art. 19 che impone di adibire locali separati per le lavorazioni insalubri; l'art. 20 che difende l'aria dagli inquinamenti con prodotti nocivi specificamente mediante l'uso di aspiratori; l'art. 25 che prescrive, quando possa esservi dubbio sulla pericolosità dell'atmosfera, che i lavoratori siano forniti di apparecchi di protezione. (v. Cass., Sez. Lav., 9.05.1998, n. 4721, Foro it., Mass. 497).

Stando ancora all'insegnamento della Suprema Corte, già a fine degli anni '20 si era cominciato a parlare di patologia tumorale da amianto; se è vero che gli interessi dell'industria americana nel settore sono stati tesi a nascondere e a ritardare pubblicazioni in materia, è, però, altrettanto vero che sicuramente negli anni '50 vi erano descrizioni di tumori dipendenti da amianto, allorché in Inghilterra fu fatto un serio studio da *Dolli*; per il mesotelioma ci fu un lavoro del 1960 che ha prodotto grande eco nei paesi industrializzati; i primi casi di mesotelioma in Sud Africa riguardarono i ferrovieri (v. Cass. Sezione IV, 06.02.2001 (30.03.2000), n. 5037).

In Italia, le prime produzioni di studi epidemiologici veri e propri -- cioè di studi che prendono in considerazione gruppi di soggetti esposti all'asbesto --, incominciano ad uscire attorno agli anni '70. In particolare a Trieste, è noto che la prima indagine epidemiologica risale al 1972, e, già alla fine

degli anni '70, nel cantiere San Marco si giunge a stipulare accordi sindacali sul non uso dell'asbesto.

In questa sede si deve intendere bene l'insegnamento della Suprema Corte di Cassazione volto ad affermare l'esistenza del nesso di causalità tra condotta del datore di lavoro e malattia del lavoratore, malgrado l'impossibilità di individuazione della soglia al di sotto della quale il rischio cancerogeno sarebbe eliminato, ogniqualvolta – come nel caso di specie – un significativo abbattimento dell'esposizione avrebbe potuto agire positivamente sui tempi di latenza o di insorgenza delle malattie. (Cass. Sez. IV, 11.07.2002, in *Foro it.*, 2003, 324 e ss.).

A questo punto, vale la pena soffermarsi sul problema più generale costituito dall'esistenza dell'elemento soggettivo colposo in tutti i casi analoghi a quello che ci occupa.

La prevedibilità dell'evento non riguarda soltanto specifiche conseguenze dannose che da una certa condotta possono derivare, ma si riferisce a tutte le conseguenze dannose che possono derivare da una condotta che sia conosciuta come pericolosa per la salute o per altri beni tutelati dall'ordinamento.

Come sopra evidenziato, l'inalazione di amianto è ritenuta da ben oltre i tempi citati di grande lesività della salute e la tipica malattia da inalazione da amianto, l'asbestosi (conosciuta fin dai primi del novecento ed inserita nelle malattie professionali dalla l. 12 aprile 1943 n. 455), è ritenuta conseguenza diretta, potenzialmente mortale e comunque sicuramente



produttrice di una significativa abbreviazione della vita se non altro per le patologie respiratorie e cardiocircolatorie ad essa correlate. Ne consegue che la mancata eliminazione - o riduzione significativa - della fonte di assunzione comporterebbe il rischio del tutto prevedibile dell'insorgere di una malattia gravemente lesiva della salute dei lavoratori addetti. Se solo successivamente sono state conosciute altre conseguenze di particolare lesività, non v'è ragione per escludere il rapporto di causalità con l'evento ed il requisito della prevedibilità dell'evento medesimo. Non v'è ragione di escluderlo, in particolare, perché le misure di prevenzione da adottare per evitare l'insorgenza della malattia conosciuta erano identiche (fino all'approvazione della l. 27 marzo 1992 n. 257 che ha vietato in assoluto l'uso dell'amianto) a quelle richieste per eliminare o ridurre gli altri rischi, anche non conosciuti. Ne consegue, sotto il profilo obiettivo, che ben può affermarsi che la mancata adozione di "quelle" misure ha cagionato l'evento e, sotto il profilo soggettivo, che l'evento era prevedibile perché erano conosciute conseguenze potenzialmente letali della mancata adozione di quelle misure (Cass., Sez. IV, 11.07.2002, in Foro it., 2003, 324 e ss.; ma si vedano anche Cass. 30.03.2000, est. Battisti, imp. Camposano e altri, Foro it., 2001, II, 278; 11.05.1998, est. Tiozzi, imp. Calamandrei e altri, id., 1999, II, 236; 19.09.1997, est. Malzone, imp. Barbotto Beraud, id., Rep. 1998, voce Omicidio e Lesioni personali colpose, n. 23).

Per concludere, è senz'altro esatta l'affermazione che l'agente modello - *l'homo eiusdem conditionis et professionis* - cui fare riferimento ai

fini della prevedibilità di un evento ed ai fini della colpa o, meglio, ai fini dell'esigibilità dell'osservanza delle regole di condotta sia generiche (dettate dalla comune prudenza), sia specifiche (dettate dal legislatore), è l'agente del momento in cui è stata posta in essere la condotta che ha infranto la regola cautelare e, quindi, l'agente modello che tenga conto dello stato della scienza e della tecnica in quel determinato settore e in quel determinato momento. Tuttavia, il tema della ritenuta non esigibilità della condotta è davvero mal posto, allorché si accerti che le condizioni di lavoro erano pessime e che nulla o pressoché nulla era stato fatto in ordine al problema polveri.

In base alle risultanze istruttorie (documentali), nel caso concreto, lungi dall'essere stati adottati provvedimenti strutturali, non sarebbero state neppure effettuate quelle minime misure precauzionali che avrebbero potuto ridurre in maniera efficace la concentrazione delle polveri aspirate. Se si fossero installati gli aspiratori sopra ogni possibile fonte di dispersione delle polveri (cioè molteplici aspiratori localizzati) si sarebbe ridotta la fonte di inquinamento (si badi che i sistemi di estrazione adottati a livello ambientale ed individuale [v. c.d. manichette] servivano solo a garantire un ricambio d'aria per i fumi di saldatura, per ridurre la temperatura degli ambienti e per attenuare l'odore della verniciatura). Ancora, se per la pulizia si fosse controllata - con rigore - la bagnatura delle polveri mediante idranti, se si fosse attuata una separazione dei locali/ambienti e/o delle lavorazioni (v. differenziazione degli orari e dei turni con pulizia degli ambienti alla fine di



ogni lavorazione imbrattante/inquinante; v. consumazione dei pasti soltanto in ambienti diversi da quelli lavorativi; v. cambio degli indumenti da lavoro in stabilimento a fine turno, lavaggio aziendale delle tute, possibilità di fare la doccia a fine turno), se si fosse da subito imposto l'uso di mascherine altamente filtranti in relazione a tutte le lavorazioni implicanti la dispersione di polveri visibili ed invisibili, se - in altri termini - si fossero adottate misure di prevenzione dalle più semplici (al di là della mera distribuzione di latte) ed evidenti a quelle tecnologicamente più impegnative, si sarebbe raggiunto - con elevato grado di probabilità - un risultato significativo in termini quantomeno di sensibile contenimento del rischio di inalazione delle polveri.

Nella realtà, troppo poco sarebbe stato fatto dalla società odierna resistente per eliminare o almeno per ridurre sensibilmente l'inalazione di polveri, come puntualmente e chiaramente evidenziato.

Ebbene, preso atto del *petitum* risultante dal ricorso introduttivo avente ad oggetto il danno fatto valere dall'odierno ricorrente, esaminata la documentazione medica agli atti e viste le risultanze della CTU medico legale anche in termini di anamnesi, devono trovare senz'altro spazio le Tabelle aggiornate al 2011 del Tribunale di Milano (v. valore di invalidità temporanea, valori medi di liquidazione e percentuali massime di "personalizzazione" del danno permanente da lesioni alla integrità psico-fisica, tutti rivalutati al 2011) alle quali pare opportuno applicare dei "correttivi" in ragione della notevole portata del contenzioso in materia di amianto che ha coinvolto la FINCANTIERI in codesto ambito giudiziario.



Per danno biologico si intende la lesione temporanea e/o permanente all'integrità psico-fisica suscettibile di accertamento medico-legale che esplica un'incidenza negativa sulle attività quotidiane e sugli aspetti dinamico-relazionali della vita del danneggiato, indipendentemente da eventuali ripercussioni sulla sua capacità di produrre reddito (v. art. 13 D.Lgs. n. 38/2000 e artt. 138 e 139 D.Lgs. n. 209/2005).

Il danno morale è la sofferenza soggettiva in sé considerata; si tratta di voce di danno che attiene ad un diritto inviolabile della persona ovvero all'integrità morale, quale massima espressione della dignità umana, desumibile dall'art. 2 Cost. in relazione all'art. 1 della Carta di Nizza, contenuta nel Trattato di Lisbona, ratificato dall'Italia con l. 2 agosto 2008 n. 130.

Il danno esistenziale riguarda l'aspetto relazionale e la collocazione sociale del danneggiato; lo stesso si riferisce al complesso dei comportamenti di un soggetto non finalizzati ad un risultato economico, la cui lesione comporta un peggioramento della qualità della vita di carattere permanente; a differenza dal danno morale non è un patimento transeunte, ma ha natura duratura e consiste nella alterazione degli stili di vita e dei rapporti sociali. Tale danno risulta in realtà assorbito nel danno biologico dinamico che comprende anche le conseguenze relazionali della lesione psico-fisica (v. Cass. civ., sez. lav., 30.11.2009, n. 25236).

Se il danno esistenziale risulta ormai riconducibile al danno biologico onnicomprensivo, quanto al danno morale si deve considerare che le tabelle



per la quantificazione del danno non patrimoniale predisposte dal Tribunale di Milano hanno adeguato i valori monetari finora utilizzati nella liquidazione del danno biologico tenendo conto, in via presuntiva, di ogni altra conseguenza in termini di dolore e sofferenza soggettiva; il valore così ottenuto potrà essere personalizzato, con un incremento del dieci per cento, in relazione all'afflittività delle menomazioni.

A GUZZON Licio (nato il 27.07.1934), in considerazione della sintomatologia dolosa generale, della grave difficoltà respiratoria e delle complicazioni sempre crescenti che richiedono cicli di riabilitazione respiratoria in ambito ospedaliero e trattamenti di "ossigenoterapia" diurna per 8-9 ore al giorno, spetta:

IP 70% x € 10.680,41# (valore punto "danno non patrimoniale unitario" rivalutato al 2011 e maggiorato del 50%, da intendersi comprensivo del danno non patrimoniale biologico e di ogni altro danno non patrimoniale connesso alla lesione della salute) x 0,630 (coefficiente devalutazione età 75 anni, calcolata con riferimento al settembre 2009 quale momento a cui ricondurre la riconosciuta menomazione del 70%) = € 471.006#.

Tale somma appare adeguata a ristorare il ricorrente anche della preoccupazione emotiva e della prostrazione psico-fisica connesse al crescente deterioramento dello stato di salute senza alcun margine di miglioramento.

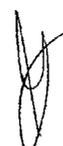
Pertanto, viene riconosciuta a GUZZON Licio a titolo risarcitorio la somma complessiva di € 471.006#, oltre agli interessi legali dal dì del dovuto



(v. settembre 2009) al saldo effettivo sulla somma via via - ossia progressivamente - devalutata (v. rivalutazione al 2011 dei valori di cui alle Tabelle di Milano) secondo gli indici ISTAT.

Pare superfluo precisare che dalla somma dovuta deve essere detratto quanto già riconosciuto e liquidato dall'INAIL al ricorrente come rendita (v. complessive 75.334,33# come quota-parte assegnata a titolo di indennizzo del danno biologico, attestata dall'Istituto con nota del 21.09.2010).

Difatti, ai sensi dell'art. 13 D.Lgs. n. 38/2000 e in considerazione della diversa natura delle prestazioni previdenziali INAIL di cui si è già detto, in caso di malattia professionale rispetto al risarcimento del danno, spetta al lavoratore o ai suoi eredi il diritto di agire in giudizio per ottenere il risarcimento del danno c.d. differenziale dal datore di lavoro, in relazione all'ipotesi in cui l'ammontare del danno, liquidato secondo gli ordinari criteri civilistici basati sulla citata valutazione equitativa tabellare, superi l'importo erogato dall'INAIL; in questo caso, per procedere al calcolo del danno differenziale, occorre effettuare un raffronto fra l'importo riconosciuto in sede giudiziale e l'ammontare delle prestazioni erogate dall'INAIL, attribuendo in favore del lavoratore o dei superstiti l'eventuale differenza; per le ipotesi in cui l'INAIL eroga una rendita riferita per una quota al danno biologico e per l'altra alle conseguenze patrimoniali dell'inabilità permanente, il raffronto deve essere operato - in virtù del disposto dell'art. 10, 6° e 7° comma, l.u. n. 1124/1965 - avuto riguardo all'ammontare complessivo dei rispettivi ristori, in



modo tale da evitare un eventuale ristoro superiore all'ammontare del danno effettivamente subito.

Le spese di lite della parte ricorrente seguono la soccombenza della resistente FINCANTIERI e si liquidano in dispositivo.

Devono essere poste definitivamente a carico della medesima resistente anche le spese per la consulenza tecnica d'ufficio.

P. Q. M.

Il Giudice del Lavoro, definitivamente pronunciando nella causa iscritta al n° 304/10 R.G.L., così decide:

1. **accoglie** il ricorso proposto, nel senso che a carico della FINCANTIERI Spa devono reputarsi poste le conseguenze pregiudizievoli per la salute (v. placche pleuriche ed asbestosi polmonare) derivate dall'accertata esposizione qualificata ad amianto (v. superamento dei valori soglia) di GUZZON Licio (nato il 27.07.1934) intervenuta nel periodo lavorativo svolto presso la resistente, e comunque presso i cantieri navali di Monfalcone, dall'11.06.1952 al 31.12.1988;
2. **accerta** che l'esposizione qualificata ad amianto di cui al punto 1. è senz'altro imputabile alla resistente società, la quale avrebbe omesso di adottare tutti gli indispensabili accorgimenti per ridurre in modo efficace l'inalazione di polveri e quindi anche di fibre di amianto da parte di GUZZON Licio;
3. **accerta** in favore del ricorrente il diritto di ottenere dalla società resistente il risarcimento dei pregiudizi connessi alla patologia che lo

affligge liquidati in complessive € 471.006#;

4. **condanna**, pertanto, la parte resistente a risarcire al ricorrente la somma di cui al punto 3., oltre agli interessi legali dal dì del dovuto (v. settembre 2009) al saldo effettivo sulla somma via via - ossia progressivamente - devalutata (v. rivalutazione al 2011 dei valori delle Tabelle di Milano) secondo gli indici ISTAT), detratto quanto già riconosciuto dall'INAIL al lavoratore in termini di danno biologico nella misura attestata di € 75.334,33#;
5. **condanna** la resistente a rifondere al ricorrente le spese di lite, che liquida nella misura di complessive € 16.300#, di cui € 7.700# di diritti, € 7.700# di onorari, € 900# di esborsi (compresa la CTP medico-legale), oltre oneri accessori dovuti come per legge, ciò con distrazione a favore dei difensori;
6. **pone** definitivamente a carico della resistente in modo integrale le spese relative alla consulenza tecnica d'ufficio.

Così deciso in Gorizia, il 28.09.2012.

Il Funzionario giudiziario
dott. Raffaella Polmonari

Il Giudice del Lavoro
(dott.ssa Barbara Gallo)

Depositato in cancelleria
28 SET. 2012

Il Funzionario giudiziario
dott. Raffaella Polmonari

Allegato 3

Oggetto:

Causa Zoppello Flora ved.
Tognon / INAIL di Padova

Spett. Pretura di Padova
Sezione Lavoro
Pretore Luciano Jauch

Il sottoscritto Sarto dr. Franco, assistente presso l'Istituto di Medicina del Lavoro dell'Università di Padova, nominato consulente Tecnico d'Ufficio il 14/5/1980 circa la causa Zoppello Flora ved. Tognon/INAIL, dichiara di aver preso visione degli atti e documenti che gli sono stati consegnati e cioè:

- 1- Cartella Clinica O.C. di PD con fo. racc. 27/10/77
- 2- Fo. INCA 18:3/78
- 3- Verbale di collegiale medica
- 4- Fo. INAIL del 18/2/78
- 5- Copia notificata ricorso avv. Maccari
- 6- Comparsa risposta
- 7- Fo INAIL del 28/2/79
- 8- Relazione ispettiva INAIL del 31-5/6-6 - 1978
- 9- Dichiarazioni rese il 31/5/78 da Romano ANTONIO, direttore delle Off. Meccaniche Stanga all'Ispettore dell'INAIL

Risposta al primo quesito

Dall'esame della Cartella Clinica ed in particolare dal risultato dell'autopsia e dall'esame isto-patologico della pleura del 9/12/77, risulta inequivocabilmente che il sig. Tognon Gildo è deceduto a causa di mesotelioma pleurico, rarissimo tumore maligno primitivo della pleura.

Dai referti radiografici dell'8/10/77 e del 18/10/77 firmati

rispettivamente dal dr. Mazzuccato e dal dr. Heber non risulta che esistano segni di asbestosi parenchimale. Questo dato viene pure confermato dal referto anatomico-istologico del polmone del 9/2/77 che non segnala segni di fibrosi polmonare. La conclusione è quindi che il Fognon non era affetto da asbestosi parenchimale.

A questo punto sono necessarie alcune puntualizzazioni. Per asbestosi parenchimale si intende una fibrosi medio-basale del polmone provocata dalla prolungata esposizione a polveri di asbesto. Questa però non è l'unica patologia causata dall'asbesto. L'esposizione al minerale può infatti essere responsabile della cosiddetta "asbestosi pleurica" caratterizzata dalla presenza di placche pleuriche fibrose e/o calcifiche, del carcinoma broncogeno e del mesotelioma. Oggi è inequivocabilmente dimostrato che la patologia neoplastica associata all'esposizione ad asbesto, ed in particolare il mesotelioma, non è necessariamente associata alla comparsa di un quadro di asbestosi parenchimale e/o pleurica; i dati dei vari Autori sono stati recentemente raccolti in un libro monografico da Selikoff e Lee (1978). Inoltre già in una conferenza organizzata dal "New York Academy of Sciences" nel 1965 fu dimostrato che per un aumento del rischio di mesotelioma sono sufficienti esposizioni all'amianto molto brevi (addirittura di alcuni mesi) e molto basse. Il mesotelioma è detto anche "tumore da vicinanza" in quanto in diverse parti del mondo sono stati segnalati significativi aumenti dell'incidenza e dei decessi per il tumore anche nella popolazione che vive nei dintorni dei bacini minerari di asbesto o delle città che possiedono una grossa cantieristica navale. (Selikoff I.J e Lee H.K., 1978). In conclusione, alla luce della letteratura recente, per dimo-

- 3 -

strare che esiste una relazione tra mesotelioma ed attività lavorativa è sufficiente dimostrare che quest'ultima espose ad un rischio significativo di inalazione di asbesto indipendentemente dalla presenza o meno di asbestosi.

Risposta al secondo quesito

Per rispondere al secondo quesito mi sono recato il giorno 7/7/80 con il Dr. De Rosa, perito dell'INAIL, presso le Officine Meccaniche Stanga. Il Dr. Bartolucci, consulente tecnico della vedova Tognon, non poté presentarsi quel giorno. In quest'occasione ho conferito con il sig. Franco Giuseppe, capo del reparto dove lavorava il Tognon, l'ing. Romano Antonio, direttore dello stabilimento, il dr. Ferrari, capo dell'Ufficio del personale. Oltre alla conferma delle notizie contenute nella relazione dell'Ispettore dell'INAIL del 31-5/6-6-1978, ho appreso quanto segue:

Il Tognon normalmente lavorava all'interno di carrozze ferroviarie; toglieva il rivestimento di legno dell'"imperiale" (il soffitto delle carrozze stesse) quindi la volta della carrozza veniva ricoperta con 8mm. circa di amianto spruzzato. Questa operazione avveniva in un locale separato e da persone che non erano dipendenti della Ditta Stanga. Il Tognon rimetteva il rivestimento di legno al soffitto quando lo strato di amianto era completamente asciutto. Queste operazioni, così come ci sono state riferite, non sembrano rappresentare un rischio significativo di inalare amianto.

Il Tognon, saltuariamente, applicava anche lastre rettangolari, già pronte, di amianto sopra le scaldiglie (stufe elettriche o a vapore) che si trovano, di solito, nel pavimento delle carrozze ferroviarie. L'operazione consisteva nell'incollare

la lastra sul pavimento e quindi nel fissarla mediante 4 viti. Il Tognò praticava quindi, mediante un trapano, 4 fori nelle lastre per infilare le viti. Ho visitato, nello stabilimento Stanga, 2 vecchie carrozze passeggeri in riparazione, dello stesso tipo di quelle sulle quali aveva lavorato il Tognò. Per ogni cabina passeggeri c'erano 2 scaldiglie ed in ogni carrozza c'erano 8 cabine. Il Tognò quindi in ogni carrozza praticava 64 fori con il trapano nelle lastre d'amianto. È molto importante notare che questa operazione espone all'inalazione di polvere di asbesto non solo nell'atto di trapanare (che poteva durare alcuni secondi) ma anche per diversi minuti successivi in quanto la polvere sollevata dalla punta del trapano rimane sospesa per un certo tempo. Nella cabina passeggeri, che ha piccola cubatura, per alcuni minuti si veniva quindi a creare una polverosità ambientale che era la somma di 8 operazioni di trapanamento dell'amianto.

In conclusione sembra certo che il lavoro eseguito dal Tognò esponeva ad un rischio significativo di inalare polveri d'asbesto. L'entità di questa esposizione non sembra fosse tale da poter provocare un quadro di asbestosi parenchimale ma sufficiente a produrre altra patologia da asbesto che, nel caso in questione, è rappresentata dal mesotelioma della pleura.

Bibliografia:

Asbestos and Diseases by Selikoff J.I. and Lee H.K.
Academic Press-New York, S. Francisco, London, 1978.

il C.T.U.
Dr. Franco Sarto

Allegato 3 bis

<i>incont.</i>	REPUBLICA ITALIANA	N° 777/78 R. G. LAV.
	IN NOME DEL POPOLO ITALIANO	N° <u>59/81</u> Sent.
	PRETURA DI PADOVA	N° <u>235/3</u> Cr.
	Sezione per le controversie del lavoro	N° / Rep.
	Il Pretore ha pronunciato la seguente	
	SENTENZA	
	nella controversia iscritta al N° 777 del Reg. Gen. dell'anno 1978	
	e promossa con ricorso notificato in data 31.10.1978	
	da: ZOPPELLO FLORA ved. TOGNON, per sè e per il figlio	
	Minore TOGNON PIETRO	RICORRENTE
	con il procuratore e domiciliatario AVV. SILVIO MACCARI per	
	mandato a margine del ricorso	
	contro: I.N.A.I.L.	CONVENUTO
	con il procuratore e domiciliatario avv. PIETRO GIUDICE per	
	mandato a margine della copia notificata del ricorso.	
	OGGETTO: <u>RICONOSCIMENTO DI DIRITTO A RENDITA AI SUPERATI</u>	
	<u>STILI.</u>	
	Conclusioni Per la parte attrice: Dichiarare il diritto dei	
	ricorrenti a fruire a carico dell'INAIL per la causale	
	indicata in premessa, delle prestazioni di competenza	
	nei modi, quantum e decorrenza di cui alla vigente	
	normativa, con il favore delle spese della procedura	
	Per la parte convenuta: da distrarsi a favore del sotto-	
	scritto procuratore.	

ISTAT/M/201/270

←

di Medicina del Lavoro di Padova, ed infine, all'udienza del 17.12.1980, al termine della discussione orale il Pretore dava lettura del dispositivo.

Ritiene in effetti lo scrivente che la domanda attorea possa essere accolta.

Le precise e ~~18~~ documentate conclusioni della relazione peritale consentono invero di disattendere con tranquillità le generiche argomentazioni dell'INAIL.

In primo luogo, infatti, il C.T.U. ha inequivocabilmente ribadito che il Tognon è deceduto a causa di mesotelioma pleurico, ma che egli non era affetto da asbestosi parenchimale. Il dr. Sarto ha però subito

precisato, con ampi riferimenti alla letteratura scientifica, che per stabilire un nesso causale tra mesotelioma ed attività lavorativa è sufficiente

dimostrare che quest'ultima esponeva ad un rischio significativo di inalazione di asbesto indipendente-
mente dalla presenza o meno di asbestosi.

Successivamente il C.T.U. ha ispezionato di persona presso le Officine Stanga le operazioni lavorative e suo tempo effettuate dal Tognon, ed ha potuto così constatare che questi, tra l'altro, applicava lastre rettangolari di amianto, già pronte, sopra le "scaldie" che si trovano nel pavimento delle carrozze ferroviarie costruite dalle Officine in questione:

per svolgere tale operazione - che comportava tra l'altro il fissaggio di ciascuna lastra con quattro viti - il [redacted] doveva anche praticare con un trapano quattro fori in ogni lastra per poi introdurre le viti (in totale, 64 fori per ogni carrozza ferroviaria). Tenuto quindi conto della ristrettezza dell'ambiente di lavoro (vale a dire le singole cabine passeggeri di ciascuna carrozza), il [redacted] era esposto - come ha giustamente dedotto il C.T.U. - ad un significativo rischio di inalare la polvere di asbesto provocata dalle operazioni di trapanatura. Di conseguenza, pur non avendo contratto una vera e propria asbestosi, il defunto ha comunque conseguito un'altra patologia da asbesto, vale a dire il mesotelioma della pleura. Tali convincenti risultanze peritali vengono pienamente condivise dal giudicante, per cui - trattandosi nella fattispecie di decesso provocato da una malattia professionale tutelata - l'INAIL dovrà erogare ai ricorrenti le prestazioni da essi invano richieste in sede amministrativa, con gli arretrati e gli interessi dalle singole scadenze fino al saldo. Le spese, liquidate come in dispositivo, seguono la soccombenza, ed anche la liquidazione del C.T.U. resta definitivamente a carico dell'INAIL. La presente sentenza è provvisoriamente esecutiva

ex art.447 C.P.C..

P.Q.M.

Il Pretore, contrariis reiectis, accerta e dichiara che Tognon Gildo è deceduto in esito ai postumi di una malattia professionale tutelata; dichiara pertanto l'INAIL tenuto ad erogare ai ricorrenti le relative prestazioni ai sensi della vigente normativa, con gli arretrati e gli interessi dalle singole scadenze fino al saldo effettivo; condanna l'INAIL alla rifusione delle spese in favore dei ricorrenti, con distrazione in favore del proc. attoreo antistatario, liquidate in complessive lire 300.000, oltre IVA; ferma restando definitivamente a carico dell'INAIL la liquidazione del C.T.U., come da separato provvedimento di data odierna; dichiara provvisoriamente esecutiva la presente sentenza.

Padova, li 17.12.1980

Il Cancelliere
 (Angelo B. Scardola)

Il Pretore
 (dr. Luciano Jauch)

6 NOV. 1981
 093570



TRIBUNALE DI PADOVA
 ON. GIULIANO LINDO
 27 GEN. 1981
 DEPOSITATO

Per copia conforme all'originale
 Padova, li 12 FEB. 1981
 Il Cancelliere
 (Angelo B. Scardola)

100

DOCUMENTAZIONE

