

I lavoratori esposti all'amianto: tutela legislativa e profili previdenziali

AGATA LUGLI*

SOMMARIO: 1. PREMESSA. 2. L'AMIANTO. 3. STORIA DELLE CONOSCENZE SCIENTIFICHE SULLA PERICOLOSITÀ DELL'USO DELL'AMIANTO. 4. LA LEGISLAZIONE ITALIANA DAL 1909 AL 1991. 5. LA LEGGE 27 MARZO 1992, N. 257 E LA NORMATIVA SUCCESSIVA. 6. LA TUTELA DEI LAVORATORI CONTRO GLI INFORTUNI SUL LAVORO E LE MALATTIE PROFESSIONALI. 7. LE MALATTIE PROFESSIONALI. 8. LA DENUNCIA DELLA MALATTIA PROFESSIONALE E LA PROCEDURA PER IL RICONOSCIMENTO. 9. LE PRESTAZIONI PREVIDENZIALI EROGATE DALL'INAIL IN CASO DI MALATTIA PROFESSIONALE. 10. CONCLUSIONI.

1. PREMESSA

Il saggio proposto ha lo scopo di esaminare un tema del quale, nonostante si sia a lungo dibattuto, riveste ancora oggi estrema attualità: quello dell'esposizione all'amianto.

La lunga latenza tra l'inalazione delle fibre di amianto e la comparsa delle patologie asbesto-correlate pone ancora oggi all'ordine del giorno il problema dei decessi e della manifestazione delle malattie stesse, soprattutto nelle zone del Paese dove questo materiale fu abbondantemente impiegato, principalmente nei

* Dottoressa in Giurisprudenza.

settori della navalmeccanica e dell'edilizia. Ogni anno, infatti, nel nostro Paese sono circa 1.500 i casi accertati di mesotelioma pleurico (circa 4 casi al giorno) e 6.000 invece i decessi causati da patologie asbesto correlate¹. Ciò che rende tali dati ancor più preoccupanti, è l'amara constatazione che le funeste conseguenze provocate dall'inalazione delle fibre del minerale amianto saranno visibili ancora per molti anni, in quanto le malattie da esso determinate compaiono in media a distanza di trenta-quaranta anni dall'esposizione.

Attraverso l'esame degli interventi legislativi in tema amianto è possibile evincere significative informazioni sul livello di diffusione delle conoscenze scientifiche in merito alla pericolosità di tale minerale, ai contrasti che hanno portato a modificare il quadro normativo ed alle pressioni esercitate nei confronti del legislatore dalle potenti lobbies italiane ed internazionali legate all'industria amiantiera². A tal fine, di seguito si vuole fornire un quadro storico relativo alla produzione ed all'utilizzo del minerale amianto, proseguendo con la disamina delle norme che, in stretta relazione a tale impiego, si sono via via susseguite negli anni, fino ad arrivare alla definitiva messa al bando della produzione e della commercializzazione in Italia dell'amianto e dei materiali che lo contengono, avvenuta attraverso l'emanazione dalla Legge n. 257 del 1992 intitolata *Norme relative alla cessazione dell'impiego dell'amianto*.

2. L'AMIANTO

Con il termine "*amianto*" (dal greco *amiantos*, ossia inattaccabile, incorruttibile) o "asbesto" (dal greco *asbestos*, inestinguibile³, cioè che non brucia) si indica un gruppo di minerali a struttura microcristallina e di aspetto finemente fibroso, composti da silicato di magnesio, calcio e ferro. Con l'espressione amianto si individuano sei composti, appartenenti a due distinti gruppi: il serpentino e gli anfiboli. Il primo gruppo comprende il crisotilo, detto anche "amianto bianco" il quale, grazie alle sue fibre di lunghezza variabile, alla sua sofficià e resistenza meccanica, ha rappresentato il 95% della produzione totale di amianto. Il secondo invece raggruppa altri cinque tipi di amianto: la crocidolite (dal greco "fiocco di lana") o "amianto blu", è ritenuta la più letale per l'uomo, l'amosite (acronimo di "Asbestos Mines Of South Africa") o "amianto bruno", la tremolite (dal nome della Val Tremola in Svizzera), l'antofillite (dal greco "garofano") e l'actinolite ("pietra raggiata")⁴.

1 Cfr. INAIL, *Il Registro Nazionale dei Mesoteliomi. Sesto rapporto*, Dipartimento di medicina, epidemiologia, igiene del lavoro e ambientale, Monte Porzio Catone (RM), 2018, pp. 13-20.

2 Cfr. A. MORENA, *Polvere. Storia e conseguenze dell'uso dell'amianto dei cantieri navali di Monfalcone*, Kappa VU, Udine, 2000, p. 36.

3 Cfr. *Dizionario della lingua italiana*, Zingarelli, Bologna, 1970, p. 69.

4 Cfr. E. BONANNI, *La storia dell'amianto nel mondo del lavoro. Rischi, danni, tutele*, Riv. Diritto dei lavori (anno VI, n. 1 - numero speciale), Bari, 2012, p. 15.

L'amianto è presente naturalmente quasi ovunque nel mondo e si ottiene facilmente dalla roccia-madre, dopo le operazioni di macinazione ed arricchimento, in genere in miniere a cielo aperto. La sua resistenza alle fonti di calore, all'usura, agli agenti naturali e chimici e la sua facile e pronta reperibilità a basso costo, così come la maneggevolezza, ne spiegano il largo impiego a livello industriale ed i motivi della sua fortuna fin dai tempi antichi. Quella che viene considerata come una fibra di amianto è in realtà costituita da un agglomerato di migliaia di fibre che, sottoposto a sollecitazioni, può scomporsi e rilasciare fibre singole ed estremamente sottili: è proprio tale peculiarità che lo rende pericoloso perché sono le singole fibre rilasciate ad essere responsabili delle patologie riconosciute⁵. Per renderne la proporzione basti pensare che in un centimetro lineare è possibile disporre affiancati 250 capelli oppure 500 fibre di lana, 1.300 di nylon e ben 335.000 fibre di amianto⁶. Grazie alla natura fibrosa, tale minerale presenta una forte resistenza meccanica ed un'alta flessibilità, ma allo stesso tempo risulta filabile e può essere tessuto; inoltre si lega bene con materiali da costruzione come gesso, cemento e calce, nonché con altri composti, ad esempio la gomma. Particolari proprietà risultano poi la resistenza agli agenti corrosivi e l'elevata resistenza al calore: proprio tale caratteristica era già conosciuta ai tempi degli antichi Romani, i quali definivano il minerale "lana della salamandra", l'animale demoniaco che, secondo le leggende, si riteneva potesse sfidare indenne le fiamme. Infatti, già al tempo dell'Impero romano erano conosciute le proprietà essenziali dell'amianto e largo era il suo impiego, soprattutto per scopi magici e rituali. Lo storico Plutarco narrava di un tipo di lino incombustibile, impiegato per la produzione di tovaglioli, reti e cuffie e nella *Naturalis Historia* di Plinio il Vecchio, si apprende che i Romani disponevano di manufatti in amianto per avvolgere i cadaveri da cremare, allo scopo di ottenere ceneri più pure e chiare. Si rileva inoltre che nell'arco della storia antica, l'amianto fu utilizzato anche per la produzione di farmaci ed addirittura come pasta per le otturazioni dentali.

Alla fine del XVIII secolo vennero messi in atto dalla studiosa italiana Helena Perpentì i primi tentativi di produzione ed utilizzo a livello industriale del minerale, con il brevetto dei primi guanti d'amianto ignifughi. Da quel momento in poi, il sorgere della rivoluzione industriale, i conseguenti sviluppi scientifici e tecnologici, nonché la domanda sempre più incessante e crescente di materiali poco costosi e utilizzabili sia in campo lavorativo che domestico, portarono l'asbesto ad un successo senza precedenti e alla sua ascesa fra la fine dell'Ottocento ed i primi decenni del Novecento. Per fissare poi una data di inizio dell'impiego dell'amianto nell'età contemporanea si può far riferimento ad un articolo apparso nel 1883 sulla rivista "The Engineer" intitolato *Asbestos and its applications* nella quale si trattava della prima applicazione industriale dell'asbesto, introdotta da John Bell nel 1879, consistente nell'isolamento di motori a vapore. Tale realiz-

5 Cfr. M. VALLETRISCO - S. CASADIO, *Materiali a base di amianto*, Giappichelli, Torino, 1997, p. 6.

6 Cfr. F. CARNEVALE - E. CHELLINI, *Amianto. Miracoli, virtù, vizi*, Edizioni Tosca, Firenze, 1992, p. 230.

zazione trovò un utilizzo immediato nelle marine militari della Gran Bretagna e della Germania⁷. Successivamente, durante la prima guerra mondiale, l'uso dell'amianto si estese in maniera consistente nella costruzione di flotte belliche e mercantili di tutto il mondo⁸. Infatti, dagli inizi del Novecento, si diffuse nei più svariati settori produttivi, anche se, solo a partire dagli anni Cinquanta, esplose in Italia ed in Europa la sua utilizzazione.

I settori nei quali si registrò un più alto impiego del minerale furono quello dell'edilizia (con l'utilizzo prevalente del c.d. "cemento-amianto") e quello navale. Il primo assorbì il 70% della produzione a livello mondiale⁹: il cemento-amianto veniva infatti spruzzato nei rivestimenti, nelle coperture e tettoie, nelle tubature degli acquedotti e delle fognature, nei prefabbricati, nella posa di intonaci, nelle controsoffittature e nei pavimenti¹⁰. Nella navalmeccanica, invece, era impiegato soprattutto come isolante termico e acustico, uso che ha portato a devastanti conseguenze. Gravi risultano inoltre gli effetti della spruzzatura dell'asbesto applicato nei rivestimenti antincendio, sotto forma di intonaco protettivo¹¹. Successivamente alla Seconda Guerra Mondiale, la produzione, lavorazione ed il successivo utilizzo del minerale continuarono ad aumentare esponenzialmente, «senza che si tenesse conto di quanto già cominciava ad emergere dagli studi epidemiologici, circa la salute cagionevole e le patologie, aggressive e galoppanti, di cui erano affetti i lavoratori esposti all'amianto»¹².

In relazione a tali molteplici materiali ed usi, bisogna considerare che per decenni, centinaia di migliaia di lavoratori italiani hanno operato esposti all'amianto, senza essere consapevoli dei gravi rischi a cui andavano incontro. L'amianto non rappresentava infatti un pericolo immediatamente percepibile anche perché, a differenza di altre polveri, non produceva irritazioni e fastidi, pertanto non creava i presupposti per i quali i lavoratori stessi potessero pensare alla nocività. I lavoratori erano spesso privi dei necessari dispositivi di protezione e nessun ambiente lavorativo era immune, in quanto il minerale, nelle sue varietà era onnipresente: dalle strutture, ai macchinari, alle materie prime. L'esposizione poi

7 Cfr. E. BULLIAN, *Il male che non scompare. Storia e conseguenze dell'uso dell'amianto nell'Italia contemporanea*, Il Ramo d'Oro Editore, Trieste, 2015, p. 18.

8 Cfr. ISPESL, *Il Registro Nazionale dei Mesoteliomi. Secondo rapporto*, Grafiche Ponticelli Spa, Castrocioelo, 2006, pp. 149-150.

9 Cfr. C. BIANCHI - T. BIANCHI, *Amianto. Un secolo di sperimentazione sull'uomo*, Hammerle, Trieste, 2002, p. 36.

10 Cfr. E. BULLIAN, *Il male che non scompare. Storia e conseguenze dell'uso dell'amianto nell'Italia contemporanea*, cit., p. 20.

11 Cfr. U. VERDEL - A. IOTTI - G. CASTELLET Y BALLARA, *Mappa storica della esposizione all'amianto nell'industria italiana*, Rivista degli infortuni e delle malattie professionali, maggio-giugno 1997, fascicolo 3, pp. 357-358.

12 Cfr. E. BONANNI, *Lo Stato dimentica l'amianto killer. Diritti negati. Ricorso a Strasburgo*, Osservatorio Nazionale sull'Amianto-ONA Onlus, Sesto San Giovanni, 2014, p. 65.

era causata sia dalla manipolazione diretta, ma anche dall'interazione con gli altri dipendenti, in un unico ambiente lavorativo chiuso, molte volte in assenza di aspirazione e ricambio d'aria. Infatti, le condizioni di lavoro erano terribili: ambienti chiusi, polverosi, sporchi e senza impianti di aerazione. Le polveri di amianto si miscelevano a quelle di altri materiali, ai solventi, agli acidi ed altri cancerogeni in un "cocktail micidiale"¹³.

Tra i Paesi considerati maggiori produttori di amianto, primo fra tutti il Sudafrica: innanzitutto perché ivi vennero sfruttati tutti e tre i tipi di asbesto di maggiore importanza commerciale (crisotilo, crocidolite e amosite), in secondo luogo perché il Sudafrica fu uno dei pochi produttori di crocidolite, la varietà di asbesto ritenuta più pericolosa. I primi giacimenti di tale varietà furono scoperti all'inizio del 1800, nella parte settentrionale della provincia del Capo, presso la località di Prieska. Nel 1893 la Cape Asbestos Company iniziò lo sfruttamento a nord di Prieska. La domanda di crocidolite aumentò poi nel periodo della prima guerra mondiale e in quello successivo: nel 1930 le miniere di crocidolite avevano una produzione annua di 7.000 tonnellate¹⁴. Un ulteriore incremento si verificò dopo la seconda guerra mondiale e la produzione raggiunse l'apice nel 1977 con 200.000 tonnellate annue. Successivamente si registrò un progressivo declino fino a quando, all'inizio del 1997, le operazioni di estrazione cessarono del tutto.

In Canada, e precisamente nel Québec, il complesso ofiolitico della regione era composto da pezzi del fondo di un antico oceano denominato Iapetus: il termine ofiolitico è stato suggerito dal colore verdastro delle rocce, che ricordano la pelle di un serpente. Nella regione del Thetford Mines, l'amianto fu scoperto nel 1876 e lo sfruttamento iniziò l'anno successivo. Fino al 1890 si stabilirono in quella zona circa trenta compagnie che producevano ed esportavano l'amianto verso i mercati inglesi e americani.

Un'importante giacimento di crisotilo fu scoperto in Russia nel 1720, sulle pendici orientali degli Urali, ma lo sfruttamento del deposito iniziò nel 1889. La quantità complessiva di crisotilo estratto fino alla fine degli anni Novanta superò 50 milioni di tonnellate. Infatti nel XX secolo, l'URSS divenne con il Canada uno dei due maggiori produttori mondiali di amianto.

Nel mercato mondiale dell'amianto, l'Italia per molti anni rivestì un ruolo di primato, sia come produttore che come esportatore ed importatore. Con il rapido sviluppo industriale della seconda metà del Novecento, nel nord d'Italia l'impiego dell'amianto divenne molto intenso. La cava di Balangero, situata a circa 40 chilometri a nord-ovest da Torino, fu la più importante cava di amianto d'Europa per oltre settanta anni: l'attività iniziò nel 1917 e la produzione aumentò

13 Come lo definisce E. BONANNI in *Lo Stato dimentica l'amianto killer. Diritti negati. Ricorso a Strasburgo*, Osservatorio Nazionale sull'Amianto-ONA Onlus, Sesto San Giovanni, 2014, p. 67.

14 Cfr. C. BIANCHI - T. BIANCHI, *Amianto. Un secolo di sperimentazione sull'uomo*, Hammerle, Trieste, 2002, p. 24.

progressivamente nei decenni seguenti, raggiungendo, negli anni Sessanta, una produzione pari a 100.000/150.000 tonnellate annue. Nel 1933 la Società stipulò impegni di vendita per oltre 1.600 tonnellate di fibra, destinati a Eternit di Casale Monferrato, Cementi Isonzo, Dalmine, Cementifera Italiana, Italo Russa ed altre ancora ed intrattenne affari anche in mercati esteri attraverso l'esportazione del minerale in paesi come Spagna, Inghilterra e America del Nord. Primo Levi, nel novembre del 1941, venne inviato come chimico nella miniera di Balangero e nel suo libro *Il sistema periodico*, al capitolo *Nichel*, raccontò di tale esperienza, lasciando una dettagliata descrizione della miniera e del ciclo produttivo di quegli anni. Si legge infatti: «In una collina tozza e brulla, tutta scheggioni e sterpi, si affondava una ciclopica voragine conica, un cratere artificiale del diametro di quattrocento metri: era in tutto simile alle rappresentazioni schematiche dell'Inferno, nelle tavole sinottiche della Divina Commedia [...]. C'era amianto dappertutto, come una neve cenerina: se si lasciava per qualche ora un libro su di un tavolo, e poi lo si toglieva, se ne trovava il profilo in negativo; i tetti erano coperti da uno spesso strato di polverino, che nei giorni di pioggia si imbeveva come una spugna, e ad un tratto franava violentemente a terra»¹⁵. Non solo Levi, ma anche Italo Calvino, allora giornalista de *L'Unità*, nel 1954 fornì sul quotidiano la cronaca di una vertenza sindacale in corso a Balangero, nell'articolo intitolato *La fabbrica nella montagna*, dal quale si vuole riportare un breve estratto, di grande valore emblematico: «Ma non ce n'è di lepri nel bosco, non crescono funghi nella terra rossa dei ricci di castagno, non cresce frumento nei duri campi dei paesi intorno, c'è solo il grigio polverone d'asbesto della cava che dove arriva brucia, foglie e polmoni, c'è la cava, l'unica così in Europa, la loro vita e la loro morte»¹⁶.

Il territorio del nostro Paese risultò geograficamente strategico per l'industria amiantiera, basti ricordare che in provincia di Alessandria era sita la fabbrica più estesa del Continente: l'Eternit di Casale Monferrato, specializzata nella produzione di fibrocemento ed attiva tra il 1907 ed il 1985. Altri stabilimenti di Eternit esistevano anche a Cavagnolo (Torino), Bagnoli (Napoli), Priolo (Siracusa) e Ruberia (Reggio Emilia). Inoltre, grazie ai suoi numerosi porti, l'Italia rivestì un ruolo considerevole nel campo delle importazioni e delle esportazioni di amianto: tra i porti più importanti figuravano quello di Trieste (che tra il 1971 e il 1973 vide il passaggio di 12.000 tonnellate di amianto), Genova, La Spezia e Venezia. In aggiunta, per il suo legame al mare, l'Italia presentava le caratteristiche necessarie affinché le industrie di asbesto proliferassero anche nel settore navalmecanico. I principali siti, quasi tutti di proprietà di Fincantieri, si trovavano a Monfalcone (il maggiore per dimensioni e capacità produttiva), Marghera, Sestri Ponente e Revi Trigoso, Muggiano, Ancona, Palermo e Castellamare di Stabia.

Ulteriori settori di rilevante importanza per l'Italia furono quello siderur-

15 Cfr. P. LEVI, *Il sistema periodico*, Einaudi, Torino, 1975, pp. 67-69.

16 Cfr. I. CALVINO, *La fabbrica nella montagna*, *L'Unità*, edizione di Torino, 31, 51, 28 febbraio 1954, p. 3 in Id., *Romanzi e racconti*, III, a cura di M. BARENGHI - B. FALCETTO, Milano, Mondadori, 1994, p. 941.

gico e metalmeccanico, nel quale l'impresa Breda, per tutto il Novecento, rivestì un ruolo di primo piano nella industria pesante. Vi era poi un altro grande comparto, quello ferroviario, nel cui ambito l'asbesto fu utilizzato per la coibentazione delle tubazioni delle caldaie e per le guarnizioni delle locomotive a vapore. Infine, anche il settore petrolchimico si servì del minerale amianto ed i principali poli si insediarono a Marghera, Brindisi, Ravenna, Gela, e nella Solvay di Monfalcone¹⁷.

3. STORIA DELLE CONOSCENZE SCIENTIFICHE SULLA PERICOLOSITÀ DELL'USO DELL'AMIANTO

La ricostruzione storica delle conoscenze medico-scientifiche sui rischi per la salute derivanti dall'esposizione all'amianto assume particolare rilievo soprattutto per mettere in evidenza il ritardo con il quale il Legislatore ha recepito l'allarme, che già a partire dai primi anni del XX secolo era stato lanciato da alcuni studiosi, sulle terribili conseguenze derivanti dall'inalazione di fibre di asbesto.

Si ha evidenza che la pericolosità dell'amianto cominciò ad esser nota già nel 1898 quando Miss Deane Streatfeild, dell'Ispettorato del Lavoro dell'Inghilterra e del Galles, rilevò il rischio morbigeno collegato all'esposizione alle polveri, tra le quali quelle di amianto, e riferì quanto emerso dall'esame al microscopio delle particelle di amianto descrivendole come fusiformi e sospese nell'aria, che se inalate, in grado di determinare patologie delle vie respiratorie, e conseguenti decessi¹⁸. Nello stesso anno, il medico londinese, H. Montague Murray osservò, in un cardatore di fibre di asbesto, una grave insufficienza respiratoria e l'autopsia rilevò profonde alterazioni polmonari di tipo sclerotico. La deduzione scientifica di Murray fu nel senso di porre in relazione quelle alterazioni con la polvere di asbesto presente nell'ambiente di lavoro¹⁹. Nel 1918, negli Stati Uniti, F. L. Hoffmann, un assicuratore della Prudential Insurance Company, si mostrò così convinto della pericolosità dell'amianto da proporre di non stipulare più contratti di assicurazione sulla vita con lavoratori dell'amianto²⁰ e nello stesso anno, per la prima volta vennero descritte alterazioni radiologiche del torace nei lavoratori a contatto con l'amianto. Nel 1924 lo studioso W. E. Cooke segnalò il decesso di una donna per fibrosi polmonare, ritenendone la morte collegata al lavoro svolto da questa in una tessitura, a contatto con l'amianto. Nel 1935, un'indagine condotta all'interno di fabbriche che impiegavano asbesto,

17 Cfr. C. BIANCHI - T. BIANCHI, *Amianto. Un secolo di sperimentazione sull'uomo*, Hammerle, Trieste, 2002, pp. 47-58

18 Cfr. E. BONANNI, *La storia dell'amianto nel mondo del lavoro. Rischi, danni, tutele*, Riv. Diritto dei lavori (anno VI, n. 1 - numero speciale), Bari, 2012, p. 39.

19 Cfr. H. M. MURRAY, *Report of the department committee on compensation for industrial disease*, H.M. Stationery Office, Londra, 1907, p. 58.

20 Cfr. F. L. HOFFMAN, *Mortality from respiratory disease in dusty trades*, Washington Government Printing Office, 1918, pp.176-180.

constatò che due terzi dei 126 radiogrammi eseguiti risultavano patologici²¹. Ma, mentre nel 1931 la legislazione inglese fu la prima ad affermare l'esigenza di un controllo delle polveri di amianto nel settore industriale ed a riconoscere l'importanza di un risarcimento dei danni, in Italia, nel 1949, la rivista *Oggi* pubblicava un articolo significativamente intitolato *Il mondo ha fame del nostro amianto*, in cui si glorificavano le qualità e le conseguenti applicazioni del minerale, rivendicando per l'Italia un ruolo di primo livello nel mercato mondiale amiantiero.

La certezza scientifica e statistica della relazione asbesosi-esposizione ad amianto fu acquisita in Italia nel corso degli anni Quaranta e Cinquanta, quando venne riconsiderato il problema delle pneumoconiosi nei lavoratori portuali²², venne ulteriormente approfondito lo studio delle patologie cardiovascolari associate all'asbestosi²³ e cominciarono ad essere descritti diversi casi di mesotelioma, un tumore molto raro in assenza di amianto. Negli anni Sessanta la comunità scientifica internazionale attestò definitivamente l'esistenza di effetti cancerogeni dell'amianto, responsabili dell'insorgenza del mesotelioma e del carcinoma²⁴. Nel 1960, infatti, il medico ricercatore J. Christopher Wagner, rese noti numerosi casi di mesotelioma fra i lavoratori delle miniere di crocidolite del Sudafrica, prospettando un rapporto causale fra l'amianto e il tumore pleurico²⁵. La ricerca poi si estese fuori dall'Africa e vennero riscontrati casi della stessa patologia in Gran Bretagna, Stati Uniti e alcune città del Mare del Nord, in relazione alla cantieristica navale²⁶. Infine la correlazione fu dimostrata inconfutabilmente dagli studi del medico Ian Webster, presentati nel 1969 alla Conferenza Internazionale sulla Pneumoconiosi e dal rapporto di Wagner del 1971 su ottocento casi riscontrati in Gran Bretagna. In Italia nel 1976, venne pubblicato, sulla rivista scientifica *Sapere*, un articolo intitolato *Cancro da lavoro a Trieste: il mesotelioma della pleura*, con sottotitolo che specificava: «L'esposizione nel luogo di lavoro e nell'ambiente in generale, all'amianto, provoca un tumore maligno, il mesotelioma della pleura»²⁷. Ed ancora, nel 1979 la rivista *Medicina del Lavoro* riportava uno studio che considerava il rappor-

21 Cfr. A. J. LANZA ed altri, *Effects of inalation of asbestos dust*, Public Health Reports, Sage Publications, Inc., 1935, pp. 1-12.

22 Cfr. F. MOLFINO - D. ZANNINI, *Malattie polmonari da polveri nei lavoratori dei porti*, *Folia Medica* 39, 1956, pp. 525-539.

23 Cfr. G. ODAGLIA - D. ZANNINI, *Contributo allo studio dell'apparato cardiovascolare nell'asbestosi*, *Lav. Um.*, VIII, 1956, pp. 529-550.

24 Cfr. A. MORENA, *Polvere. Storia e conseguenze dell'uso dell'amianto dei cantieri navali di Monfalcone*, Kappa VU, Udine, 2000, p. 30.

25 Cfr. J. C. WAGNER - C. A. SLEGGES - P. MARCHAND, *Diffuse pleural mesothelioma and asbestos exposure in the North-Western Cape province*, *Brit. J. Indust. Med.*, 17, 1960, pp. 260-271.

26 Cfr. C. BIANCHI, *Cantiere malato. La lezione del mesotelioma maligno della pleura e i lavoratori dei cantieri navali di Monfalcone*, *Il Territorio*, maggio-agosto 1988, n. 23, pp. 26-27.

27 Cfr. P. M. BIAVA - R. FERRI - B. SPACAL - R. DE GENNARO, *Cancro da lavoro a Trieste: il mesotelioma della pleura*, *Sapere*, Agosto 1976, n. 793, pp. 41-45.

to tra mesotelioma ed asbesto indubitabile: la ricerca giungeva alla conclusione che, nei casi di decessi in cui il contatto con l'asbesto non risultasse individuato con certezza, ciò fosse dovuto ad un'esposizione al minerale non ancora rilevata e riconosciuta, probabilmente avvenuta al di fuori degli ambienti di lavoro²⁸.

4. LA LEGISLAZIONE ITALIANA DAL 1909 AL 1991

Risalgono ai primi anni del Novecento i primi Regi Decreti che già preannunciavano la necessità di far fronte alla situazione di emergenza che si era creata e che si stava creando a causa dell'utilizzo dell'asbesto. Ciononostante va ricordato che la legislazione italiana ha a lungo sottovalutato la pericolosità della fibra, pronunciandosi con inammissibili ritardi, come si vedrà di seguito.

Alcune accortezze nei confronti dei lavoratori che manipolavano amianto furono previste per la prima volta dal Regio Decreto n. 442 del 14 giugno 1909, firmato da Vittorio Emanuele II: la filatura e la tessitura delle fibre del minerale vennero classificate tra i lavori insalubri o pericolosi, nei quali l'applicazione delle donne minorenni e dei fanciulli²⁹ era vietata o sottoposta a speciali cautele³⁰. Venne infatti esclusa l'attività lavorativa degli stessi nei locali ove non fosse assicurato il pronto allontanamento del pulviscolo.

Successivamente, con il Regio Decreto n. 530 del 14 aprile 1927, venne approvato il *Regolamento generale per l'igiene del lavoro* il quale prevedeva che: «*In tutti i lavori nei quali si svolgano gas irrespirabili o tossici od infiammabili, qualunque sia il luogo ove vengono eseguiti, e nei locali chiusi nei quali si sviluppano normalmente vapori, odori, fumi o polveri di qualunque specie, l'esercente ha il dovere di adottare provvedimenti atti ad impedire od a ridurre, per quanto possibile, lo sviluppo e la diffusione nell'ambiente dove lavorano gli operai. L'aspirazione dei gas, vapori, odori, fumo o polveri deve farsi, per quanto è possibile, immediatamente vicino al luogo dove si producono*»³¹. Da osservare che tale norma risultava espressamente rivolta anche i datori di lavoro di imprese in cui si trattava l'amianto, in capo ai quali si statuiva l'obbligo di adottare le misure necessarie ad impedire o ridurre le polveri presenti nell'ambiente di lavoro.

Con il Regio Decreto n. 928 del 13 maggio 1929 venne poi estesa la tutela dei lavoratori assicurati contro gli infortuni sul lavoro anche alle malattie professionali nell'industria. La normativa, entrata in vigore cinque anni dopo (il 1 gennaio

28 Cfr. B. ZIGOLI, *Sembrava nevicasse. La Eternit di Casale Monferrato e la Fibronit di Broni: due comunità di fronte all'amianto*, Storia Franco Angeli, Milano, 2016, pp. 24-25.

29 L'art. 1 del Regio Decreto n. 442/1909 prevede che "per fanciulli si intendono le persone, d'ambo i sessi, che non hanno superato i 15; e per donne minorenni quelle che, compiuti i 15 anni, non hanno superato i 21".

30 Cfr. Art. 29, tabella B, n. 12, del Regio Decreto n. 442/1909.

31 Cfr. Art. 17 del Regio Decreto n. 530 del 14 aprile 1927.

1934) incluso sei tipologie occupazionali: intossicazione da piombo, da mercurio, da fosforo, da solfuro di carbonio, da benzolo e l'anchilostomiasi³². Non comprendeva però l'asbestosi.

Solo con la Legge n. 455 del 12 aprile 1943, denominata *Estensione dell'assicurazione obbligatoria contro le malattie professionali da silicosi ed asbestosi*, venne introdotta l'assicurazione obbligatoria contro la silicosi e l'asbestosi. Per la prima volta il legislatore si riferiva esplicitamente ad una patologia occupazionale dovuta all'esposizione all'amianto, che, consapevolmente, considerava potesse essere mortale o comunque determinare una significativa abbreviazione della vita e una invalidità permanente al lavoratore, che doveva essere indennizzata dall'ente assicuratore (art. 7)³³. Inoltre la norma fu emanata allo scopo di includere, nell'elenco delle malattie causate dal lavoro, la silicosi e l'asbestosi, a causa dell'estensione e della diffusione dei danni provocati dal silicio e dall'asbesto. Secondo l'art. 13 della stessa legge, i titolari delle aziende risultavano obbligati a denunciare all'ente assicuratore i propri dipendenti addetti in specifiche lavorazioni che potessero provocarne l'asbestosi e la silicosi, al fine di versare un premio supplementare di assicurazione, obbligo che se violato comportava, a carico del datore di lavoro, la pena di un ammenda (art. 16). In aggiunta, gli addetti a tali lavorazioni, ai sensi dell'art. 5 e seguenti, erano obbligati a sottoporsi, a cura e spese del datore di lavoro, a visita medica al momento dell'assunzione ed a visite successive periodiche. Nonostante tali prescrizioni, Enrico Bullian ricorda che, nel Dopoguerra, l'applicazione della Legge n. 455/1943 risultò estremamente carente e non vennero garantiti ai lavoratori gli adeguati risarcimenti assicurativi per l'asbestosi³⁴.

Successivamente, durante l'Italia repubblicana, furono emanate diverse norme sul tema amianto, tra le quali il Decreto del Presidente della Repubblica n. 303 del 1956 intitolato *Norme generali per l'igiene del lavoro*, che abrogava il precedente Regio Decreto n. 530/1927. Tale norma fu frutto di un vivace dibattito, sviluppatosi negli anni seguenti la Liberazione, in relazione al tema dell'igiene e della sicurezza dei lavoratori, le cui decisioni in merito erano però state rinviate ed adottate solo nella metà degli anni Cinquanta. Pertanto, gli enti preposti alla sicurezza e all'igiene sul lavoro, vennero soltanto parzialmente ridefiniti, restando inadeguati a svolgere un ruolo efficace per tutelare la salute dei lavoratori. Tra il 1952 e il 1956 vennero riorganizzati l'Ente Nazionale per la Prevenzione degli Infortuni (ENPI) e l'Ispettorato del Lavoro: il primo, occupandosi di promozione, sviluppo e diffusione della prevenzione degli infortuni sul lavoro, non contribuì sufficientemente alla lotta contro la nocività dell'amianto, il secondo, nonostante gli ampi poteri di accesso alle

32 Cfr. A. DI AMATO, *La responsabilità penale da amianto*, Giuffrè, Milano, 2003, pp. 55-56.

33 Cfr. E. BULLIAN, *Il male che non scompare. Storia e conseguenze dell'uso dell'amianto nell'Italia contemporanea*, Il Ramo d'Oro Editore, Trieste, 2015, p. 137.

34 Cfr. E. BULLIAN, *op. ult. cit.*, p. 139.

aziende, di prevenzione e repressione, non svolse, anch'esso, un ruolo incisivo nei confronti degli esposti all'amianto. Così, nel 1955, il Parlamento approvò la Legge n. 51 che delegava al potere esecutivo la facoltà di legiferare in materia di prevenzione degli infortuni e igiene del lavoro. Frutto di tale delega furono diversi D.P.R., tra i quali appunto il D.P.R. n. 303 del 1956. Tale norma, all'art. 21, comma 1, prevedeva l'adozione da parte del datore di lavoro, nelle attività che davano luogo alla formazione di polveri di qualsiasi specie³⁵, di provvedimenti che avessero la finalità di impedire o ridurre la diffusione delle stesse nell'ambiente lavorativo, imponendo specificatamente l'installazione di impianti di ventilazione e aspirazione in modo da difendere l'aria da inquinamenti derivanti da prodotti nocivi. Tale statuizione, già prevista similmente dall'art. 17 del R.D. n. 530 del 1927, veniva precisata ed ampliata al comma 3: si sottolineava infatti l'esigenza, ove non fosse possibile sostituire il materiale di lavoro polveroso, di «*adottare procedimenti lavorativi in apparecchi chiusi ovvero muniti di sistemi di aspirazione e di raccolta delle polveri, atti ad impedirne la dispersione*» e l'aspirazione doveva essere effettuata, per quanto possibile, immediatamente vicino al luogo di produzione delle polveri. Al comma 4 era previsto che, qualora non fossero attuabili le misure tecniche di prevenzione indicate nel comma precedente, e la natura del materiale polveroso lo consentisse, si dovesse provvedere all'inumidimento del materiale stesso. L'art. 4 disponeva inoltre che i datori di lavoro, i dirigenti e i preposti dovessero, nell'ambito delle rispettive attribuzioni e competenze, attuare le misure di igiene previste nel decreto, rendere edotti i lavoratori dei rischi specifici ai quali erano esposti e portare a loro conoscenza le modalità di prevenzione dei danni derivanti dai rischi predetti, fornire ai lavoratori i necessari mezzi di protezione, disporre ed esigere che i singoli lavoratori osservassero le norme di igiene ed usassero i mezzi di protezione messi a loro disposizione. Importante tale ultima disposizione, ovvero l'obbligo, in capo ai datori di lavoro, fornire ai lavoratori i mezzi necessari di protezione, esigendone l'adozione. Stando ai fatti però, il D.P.R. n. 303 del 1956 disponeva misure di «buon senso», del tutto inutili ed inapplicabili³⁶, come emerge anche dalle testimonianze dei lavoratori dei cantieri navali di Monfalcone, i quali riferivano la pressoché totale assenza di misure di sicurezza ambientali o personali rispetto alla polvere d'amianto, anche a distanza di alcuni decenni dalla promulgazione del D.P.R. n. 303/1956. Gli operai riportavano che «*l'amianto spuzzato cadeva in parte sui ponteggi e in tutta la sala macchine. Essiccandosi produceva una tal polvere che non si vedeva da una parte all'altra. Non esisteva estrazione di fumi, né sistema di aereazione [...]. L'amianto era polvere e basta.*

35 Va evidenziato che le polveri di cui si parla nel DPR sono polveri "in generale" e non quelle da amianto in particolare. Una disciplina specifica in materia di polveri da amianto si ebbe solamente con il Decreto Legislativo n. 277 del 1991.

36 Cfr. F. CARNEVALE - A. BALDASSERONI, *Mal da lavoro. Storia della salute dei lavoratori*, Editori Laterza, Torino, 2000, pp. 195-198.

Nella sala macchine nei giorni di bonaccia non si vedeva da una parete all'altra. Dal cofano aperto veniva un fumo bianco che in realtà era polvere d'amianto»³⁷.

Nel 1956 fu promulgato un altro importante Decreto del Presidente della Repubblica, il n. 648, trasfuso nel D.P.R. n. 1124 del giugno 1965 intitolato *Testo unico delle disposizioni per l'assicurazione obbligatoria contro gli infortuni sul lavoro e le malattie professionali*. Esso complessivamente riprendeva, modificandole, le disposizioni previste dalla legge n. 455 del 1943. All'Allegato n. 8, denominato «*Tabella delle lavorazioni per le quali è obbligatoria l'assicurazione contro la silicosi e l'asbestosi e del periodo massimo di indennizzabilità dalla cessazione del lavoro*», veniva inserito un espresso riferimento a patologie legate all'esposizione professionale all'amianto. Fra le malattie per le quali era resa obbligatoria l'assicurazione, risultava infatti l'asbestosi, contratta nelle attività di «*estrazione e successive lavorazioni dell'amianto nelle miniere; lavori nelle manifatture e lavori che comportano impiego ed applicazione di amianto e di materiali che lo contengono o che comunque espongono ad inalazione di polvere d'amianto*»³⁸. Si precisa però che tra le conseguenze da inalazione d'amianto, il D.P.R. n. 1124 includeva solo l'asbestosi ma non altre patologie amianto-correlate derivanti dall'inalazione dell'asbesto, quali il carcinoma polmonare o il mesotelioma pleurico³⁹ e comunque all'asbestosi era riservato spazio molto limitato all'interno della corpora normativa.

Infine, è opportuno accennare al contenuto di alcune previsioni stabilite da tale Decreto, delle quali va sottolineato l'elevato contenuto previdenziale, spesso però ampiamente disatteso. Innanzitutto la previsione di un versamento all'INAIL, da parte delle aziende, di un sovra-premio per i lavoratori che manipolavano amianto: nella pratica però tale versamento supplementare raramente veniva effettivamente corrisposto ed inoltre non comprendeva l'esposizione complessiva a cui erano sottoposti gran parte dei lavoratori e non solo quelli previsti nelle attività a rischio. L'inserimento di un obbligo in capo al datore di lavoro di far sottoporre, a sue spese, i dipendenti esposti a visite mediche, in particolare ad una radiografia del torace, ad intervalli non superiori ad un anno: tuttavia raramente si trattava di accertamenti specifici e mirati. Infine, la previsione all'art. 147 di liquidazioni di rendite per inabilità permanente o per morte conseguenti a silicosi o ad asbestosi: rilevante è la discordanza tra la consapevolezza del legislatore sulle nefaste conseguenze dell'utilizzo dell'amianto ed il periodo di emanazione della norma, ovvero in una fase ancora crescente di impiego dell'amianto.

Dunque nel 1965 il Legislatore recepì, seppure parzialmente, quanto da anni era già noto a medici e studiosi ed ampiamente comprovato da moltissimi studi

³⁷ Cfr. A. MORENA, *Polvere. Storia e conseguenze dell'uso dell'amianto dei cantieri navali di Monfalcone*, Kappa VU, Udine, 2000, p. 37.

³⁸ Cfr. Allegato n. 8 al D.P.R. n. 1124 del 1965, punto f.

³⁹ Queste malattie saranno inserite tra le malattie provocate dall'inalazione di asbesto, solo con il Decreto Ministeriale del 18 aprile 1973.

epidemiologici e ricerche statistiche e, sebbene con i limiti appena menzionati, il D.P.R. n. 1124 rappresentò un passaggio estremamente importante nel quadro normativo, poiché per la prima volta l'amianto e la sua pericolosità trovarono uno spazio specifico nel panorama legislativo italiano⁴⁰.

Dal 1971 (anno di promulgazione del D.M. 12 febbraio 1971 contenente l'*Elenco delle industrie insalubri di cui all'art. 216 del Testo Unico delle leggi sanitarie*) alla seconda metà degli anni Ottanta, proprio mentre risultavano sempre più evidenti le deleterie conseguenze dell'esposizione all'amianto, si ebbe una lunga paralisi del Legislatore italiano⁴¹. In quegli stessi anni la Repubblica Italiana non aveva ratificato nemmeno la Convenzione n. 162 della Organizzazione Internazionale del Lavoro (OIL) denominata *Convenzione sulla sicurezza nell'utilizzo dell'amianto*, la quale, avendo riguardo di precedenti convenzioni sul tema della sicurezza dei lavoratori, sulle malattie professionali e sull'ambiente di lavoro, adottava proposte relative alla sicurezza nell'utilizzo dell'amianto. La Convenzione poneva infatti diversi divieti, tra i quali quello di utilizzare l'amianto o altri prodotti che contenessero questo minerale in determinati sistemi di lavoro (art. 10), il divieto di impiego della crocidolite e dei prodotti che la contenessero (art. 11), il divieto della floccatura dell'asbesto sotto qualsiasi forma (art. 12)⁴².

Durante tutto l'arco degli anni Ottanta furono poi emanate molte direttive CEE in tema di amianto, molte aventi ad oggetto prevalentemente la tutela degli interessi economici collegati allo stesso, altre rivolte alla prevenzione dei rischi connessi all'esposizione al minerale. Tra quest'ultime la *Direttiva 83/477/CEE del Consiglio del 19 settembre 1983 sulla protezione dei lavoratori contro i rischi connessi con un'esposizione all'amianto durante il lavoro*⁴³, di cui di seguito si vogliono evidenziare i punti rilevanti. Innanzitutto interesse assumono le premesse alle disposizioni normative, nelle quali al terzo «considerando» si faceva esplicito riferimento alla pericolosità dell'amianto in quanto ritenuto «un agente nocivo presente in numerose situazioni di lavoro e che, pertanto, un elevato numero di lavoratori risulta esposto ad un potenziale rischio per la salute» ed al quarto «considerando» si sottolineava come non vi fosse una soglia al di sotto della quale si potesse dichiarare l'assenza di rischio, ma che ogni esposizione potesse essere dannosa per l'organismo umano. Lasciando impregiudicata la facoltà degli Stati membri di applicare o introdurre disposizioni che garantissero una maggiore protezione dei lavoratori, la *Direttiva 83/477/CEE* prevedeva la necessità di sostituire l'amianto con prodotti alternativi meno pericolosi (art. 1), l'elencazione delle tipologie di

40 Cfr. A. MORENA, *op. ult. cit.*, p. 38.

41 Cfr. E. BULLIAN, *Il male che non scompare. Storia e conseguenze dell'uso dell'amianto nell'Italia contemporanea*, Il Ramo d'Oro Editore, Trieste, 2015, p. 144.

42 Cfr. E. BONANNI, *Lo Stato dimentica l'amianto killer. Diritti negati. Ricorso a Strasburgo*, Osservatorio Nazionale sull'Amianto-ONA Onlus, Sesto San Giovanni, 2014, pp. 102.

43 Seconda direttiva particolare ai sensi dell'art. 8 della direttiva 80/1107/CEE.

amianto (art. 2), l'adozione di misure di limitazione del rischio (art. 3) attraverso la sua preventiva valutazione (art. 4), il divieto dell'uso dell'amianto per la sola applicazione a spruzzo (art. 5), la riduzione dell'esposizione «al livello più basso ragionevolmente praticabile» ed il numero dei lavoratori esposti limitato al minimo possibile (art. 6) ed in ogni caso al di sotto dei valori limite fissati dall'art. 8⁴⁴. L'art. 18, infine, prevedeva in capo agli Stati membri l'obbligo di adottare le disposizioni legislative, regolamentari ed amministrative necessarie per conformarsi a tale direttiva, anteriormente al 1 gennaio 1987, tuttavia tale data era rinviata al 1 gennaio 1990 relativamente alle attività estrattive. La Direttiva però non venne recepita entro il termine e la Commissione, atteso il perdurare dell'inadempimento della Repubblica Italiana, avviò la procedura d'infrazione (n. 240 del 1989) cui seguì il giudizio della Corte di Giustizia.

Solo dopo la condanna della Corte di Giustizia, la Direttiva venne recepita, con quattro anni di ritardo, attraverso il Decreto Legislativo n. 277 del 1991 di *Attuazione delle direttive CEE in materia di protezione dei lavoratori contro i rischi derivanti da esposizione ad agenti chimici, fisici o biologici durante il lavoro a norma dell'art. 7 della legge 30 luglio 1990 n. 212*. La norma, per la parte relativa ai rischi connessi all'esposizione all'amianto, appariva una fotocopia della direttiva 83/477/CEE. All'art. 22 prevedeva che le norme in esso contenute si applicassero «a tutte le attività lavorative nelle quali vi è rischio di esposizione alla polvere proveniente dall'amianto o di materiali contenenti amianto» ed all'art. 23 definiva il termine amianto, comprendendovi tutti i tipi in commercio e non più solo la crocidolite. Il Decreto, dunque, riconosceva e limitava i rischi emergenti dall'esposizione ad amianto, tutelando il lavoratore e creando un sistema di monitoraggio degli esposti, vietava l'utilizzo dell'amianto applicato "a spruzzo", (pratica già in disuso in molti paesi dell'Europa Occidentale, poiché nota per la sua pericolosità⁴⁵), inoltre stabiliva valori limite che presupponevano la presenza di misuratori della concentrazione di asbesto presente nell'aria. L'art. 30, infatti, prevedeva che «ai fini della misurazione si prendono in considerazione unicamente le fibre che hanno una lunghezza superiore ai 5 micron, una larghezza inferiore ai 3 micron ed il cui rapporto lunghezza/larghezza sia superiore a 3:1» e l'art. 31 stabiliva che i valori limite di esposizione fossero 0,6 fibre per centimetro cubo per il crisotilo, 0,2 fibre per centimetro cubo per tutte le altre varietà di amianto. Ed ancora, il Decreto introduceva i concetti di «bonifica» e «rimozione» dell'amianto presente negli edifici, strutture ed impianti, affidava l'obbligo al datore di lavoro della compilazione di un registro degli esposti e attribuiva agli Stati membri l'obbligo della stesura di un registro dei casi accertati di

44 Cfr. M. FABIANI - E. BONANNI, *Il danno da amianto. Profili risarcitori e tutela medico legale*, Giuffrè Editore, Milano, 2013, pp. 66-67.

45 Cfr. C. BIANCHI - T. BIANCHI, *Tumori da amianto: la situazione attuale, le responsabilità in Atti del Convegno Nazionale Amianto*, Sabato 8 maggio 2004, Isola di San Servola, Venezia, a cura di Associazione Esposti Amianto e ad Altri Rischi Ambientali Venezia, Stamperia Cetid s.r.l., Venezia, 2005, p. 23.

asbestosi e di mesotelioma. A tal proposito, all'art. 36 era previsto che l'ISPESL⁴⁶ gestisse il Registro dei tumori contenente i casi accertati di asbestosi e di mesotelioma asbesto-correlati, ma il regolamento, per il modello e le modalità di tenuta del registro, venne definito appena nel dicembre del 2002, restando per undici anni in una sorta di *impasse*⁴⁷.

In conclusione, nonostante attraverso la Direttiva 83/477/CEE (ed il Decreto Legislativo n. 277/1991) non si pose la questione della definitiva messa al bando dell'amianto, si può comunque notare la volontà di creare le condizioni per un monitoraggio degli esposti a tale minerale e la previsione di norme volte alla tutela dei lavoratori⁴⁸. Infatti, gli articoli del Decreto Legislativo «sembrano indicare come l'emergenza amianto e le sue gravissime conseguenze sulla salute dei lavoratori che lo manipolano siano ormai significativamente entrate nella consapevolezza del legislatore. I toni sono cambiati, la considerazione del problema costituito dall'utilizzo di questo materiale appare fortemente aumentata»⁴⁹.

5. LA LEGGE 27 MARZO 1992, N. 257 E LA NORMATIVA SUCCESSIVA

Fino al 1991 l'utilizzo dell'amianto restò consentito purché ne venisse disciplinato e garantito un "uso sicuro" dello stesso. Nel 1992 si assistette ad un repentino cambiamento normativo e l'utilizzo dell'amianto venne bandito completamente, attraverso l'emanazione della Legge n. 257 del 1992, denominata *Norme relative alla cessazione dell'impiego dell'amianto*. Secondo alcuni la Legge n. 257/1992 fu una "conseguenza naturale" del Decreto Legislativo n. 277/1991; va osservato comunque che la legge del 1992, a differenza ad esempio di quella del 1991, invertì la "sequenza" del recepimento delle direttive europee, precedendo il divieto europeo sull'utilizzo dell'amianto di almeno dieci anni⁵⁰. Contribuirono

46 Cfr. L'ISPESL, Istituto Superiore per la Prevenzione e la Sicurezza del Lavoro, era un ente, sotto il controllo del Ministero della Salute, di ricerca e svolgeva, per conto del Servizio Sanitario Nazionale, un'attività di ricerca, controllo, sperimentazione, consulenza, formazione e informazione in diverse materie, tra cui: sicurezza sul lavoro, malattie professionali, promozione delle migliori regole per il miglioramento delle condizioni di vita dei luoghi e degli ambienti di lavoro. Nel 2010, però, l'ISPESL venne soppresso, con il Decreto Legge n. 78/2010, convertito, successivamente, nella Legge n. 122 del 2010 e le sue funzioni spostate all'INAIL.

47 Cfr. E. BULLIAN, *Il male che non scompare. Storia e conseguenze dell'uso dell'amianto nell'Italia contemporanea*, Il Ramo d'Oro Editore, Trieste, 2015, p. 146.

48 Cfr. E. BULLIAN, *La sicurezza sul lavoro e la navalmeccanica dal secondo dopoguerra ad oggi. Il caso del cantiere di Monfalcone*, Tesi di Dottorato di ricerca in scienze umanistiche, indirizzo storico ed artistico, Università degli Studi di Trieste, Trieste, a.a. 2011-2012, p. 116.

49 Cfr. A. MORENA, *Polvere. Storia e conseguenze dell'uso dell'amianto dei cantieri navali di Monfalcone*, Kappa VU, Udine, 2000, p. 41.

50 Questo in quanto la Direttiva 1999/77/CE della Commissione del 26 luglio 1999 prevedeva l'attuazione della proibizione entro il 1 gennaio 2005, lasciando, ai Paesi membri ampio margine di tempo per adeguarsi.

no poi certamente ed in modo determinante le grida d'allarme della comunità scientifica, le innumerevoli pubblicazioni medico-scientifiche sull'argomento e gli incontestabili risultati delle indagini epidemiologiche; tuttavia un peso significativo lo ebbe anche la mobilitazione sociale, le associazioni dei familiari dei malati e delle vittime, le organizzazioni ambientaliste.

La Legge n. 257/1992 fu frutto del contesto storico-politico italiano: il Paese infatti stava ridimensionando la quantità di amianto utilizzata nelle lavorazioni e le aziende statali e parastatali, come i cantieri navali, le centrali termoelettriche, Ansaldo, Ferrovie dello Stato ed altri importanti attori, che detenevano grandi interessi economici grazie all'amianto, avevano già provveduto alla sua sostituzione, nel ciclo produttivo, con materiali succedanei, proprio negli anni precedenti alla legge⁵¹. Inoltre, l'industria del cemento-amianto si trovava in crisi a causa del relativo calo delle vendite dovuto anche alla diffusione della conoscenza sulla nocività del materiale. Negli ultimi anni Ottanta il Parlamento era dunque diviso tra due orientamenti in tema di amianto: un orientamento che premeva per il definitivo divieto di utilizzo dell'amianto in qualsiasi forma ed un orientamento favorevole ad un "uso sicuro" del minerale, al fine di renderlo non pericoloso. A favore di questo secondo orientamento, militava, solo per citarne una, L'Associazione Utilizzatori Amianto (A.U.A.) che mise in atto una campagna di stampa con dichiarate minacce relative ai rischi occupazionali che sarebbero derivati in caso di approvazione di una legge che vietasse l'utilizzazione dell'amianto⁵².

La norma del 1992 nasce dunque come tentativo di incontro tra le proposte di diverse forze politiche e quelle delle associazioni, a seguito di un iter lungo e travagliato (che non poteva essere diversamente visto il coinvolgimento di migliaia di lavoratori, soggetti istituzionali, economici, previdenziali, assicurativi e altri ancora).

Venendo al contenuto della legge, essa sancisce, oltre alla messa al bando di qualsiasi attività di manipolazione dell'amianto (ad eccezione della rimozione), il censimento e l'eventuale bonifica dei siti in cui sia ancora presente, il prepensionamento per alcune categorie di lavoratori esposti all'asbesto, l'agevolazione nella riconversione produttiva delle aziende utilizzatrici, l'istituzione di una Commissione nazionale e la promozione di una Conferenza governativa. L'art. 1, comma 2, prevedeva la concessione di un anno di tempo per l'adeguamento di imprese e privati, ma l'articolo divenne tassativo due anni dopo, a partire dal 28 aprile 1994, poiché fu concesso un anno di proroga per la cessazione della produzione e della commercializzazione di alcuni materiali contenenti il materiale (ad esempio le lastre piane ed ondulate o le guarnizioni di attrito per veicoli a motore). Di grande rilevanza ed attualità risultano gli articoli da 8 a 12, del capo

⁵¹ Cfr. E. BULLIAN, *Il male che non scompare. Storia e conseguenze dell'uso dell'amianto nell'Italia contemporanea*, Il Ramo d'Oro Editore, Trieste, 2015, pp. 149-150.

⁵² Si legga, ad esempio, la nota dell'A.U.A. pubblicata il 14 marzo 1991, su tutti i giornali a diffusione nazionale.

III intitolato *Tutela dell'ambiente e della salute* i quali prevedono Piani Regionali di protezione dell'ambiente, di decontaminazione, di smaltimento e di bonifica ai fini della difesa dai pericoli derivanti dall'amianto; azioni che al giorno d'oggi risultano, però, ancora in fase di completamento o addirittura non ancora intraprese. Ulteriore norma di estrema importanza risulta l'art. 13, intitolato *Trattamento straordinario di integrazione salariale e pensionamento anticipato*, ed in particolare i commi 7 ed 8, così come modificati dalla Legge n. 271/1993. La modifica del 1993 eliminava infatti il riferimento esplicito ai soli lavoratori di imprese che utilizzavano ovvero estraevano l'amianto, consentendo di attribuire i benefici previdenziali dell'integrazione salariale e del pre-pensionamento a tutti i lavoratori esposti anche indirettamente all'amianto o con malattia professionale da esso causata⁵³. Il comma 7 statuiva infatti che «*Ai fini del conseguimento delle prestazioni pensionistiche per i dipendenti delle imprese di cui al comma 1, anche se in corso di dismissione o sottoposte a procedure fallimentari o fallite, che abbiano contratto malattie professionali a causa dell'esposizione all'amianto documentate dall'Istituto nazionale per l'assicurazione contro gli infortuni sul lavoro (INAIL), il numero di settimane coperto da contribuzione obbligatoria relativa a periodi di prestazione lavorativa per il periodo di provata esposizione all'amianto è moltiplicato per il coefficiente di 1,5*». Il comma 8, invece, prevedeva un'assicurazione obbligatoria, contro le malattie professionali, gestita dall'INAIL, che agevolasse il prepensionamento a tutti i lavoratori esposti all'asbesto per un periodo ultradecennale: «*Ai fini del conseguimento delle prestazioni pensionistiche i periodi di lavoro soggetti all'assicurazione obbligatoria contro le malattie professionali derivanti dall'esposizione all'amianto gestita dall'INAIL quando superano i 10 anni sono moltiplicati per il coefficiente di 1,5*»⁵⁴. Veniva dunque agevolato il prepensionamento dei lavoratori assicurati INAIL esposti almeno per un periodo ultradecennale, ma non necessariamente ancora ammalati, mentre per coloro che si trovavano già in pensione, ma che non avevano raggiunto la massima contribuzione, si prevedeva una revisione migliorativa della pensione. L'applicazione del comma 8 ha portato però a profonde disuguaglianze nella certificazione dei benefici previdenziali fra le diverse categorie dei lavoratori: infatti, mentre i lavoratori assicurati INAIL beneficiavano dell'agevolazione, altri, come i dipendenti pubblici, i portuali, i marittimi e molti altri, ne rimanevano del tutto scoperti. Ulteriore carenza normativa era data dal fatto che la legge non appariva rivolta agli ex-lavoratori esposti all'amianto, ossia a coloro i quali erano andati in pensione prima del 1992. In aggiunta, la procedura burocratica per ottenere il riconoscimento del pre-pensionamento risultava molto complessa e la legge n. 257 non specificava nulla a tal proposito. Solo dopo l'approvazione della stessa Legge, quando si era reso necessario individuare l'ente preposto a riconoscere l'e-

53 Cfr. E. BULLIAN, *La sicurezza sul lavoro e la navalmeccanica dal secondo dopoguerra ad oggi. Il caso del cantiere di Monfalcone*, Tesi di Dottorato di ricerca in scienze umanistiche, indirizzo storico ed artistico, Università degli Studi di Trieste, Trieste, a.a. 2011-2012, p. 118.

54 Cfr. Art. 13, comma 8, legge n. 257/1992 così come modificata dalla legge n. 271/1993.

sposizione del lavoratore, si erano aperte le trattative fra Stato, enti previdenziali e parti sociali⁵⁵. Le fasi dell'intricata procedura possono essere così sintetizzate: innanzitutto, il lavoratore che riteneva di aver diritto al riconoscimento dei benefici previdenziali doveva farne richiesta all'INAIL. Se il lavoratore si trovava in possesso di una certificazione rilasciata dall'azienda, che attestasse il pagamento del premio per l'asbestosi al lavoratore stesso, l'INAIL, effettuati gli accertamenti amministrativi, rilasciava al lavoratore la dichiarazione che gli consentiva di proseguire le pratiche di riconoscimento all'INPS per il pensionamento anticipato e per il calcolo dell'importo pensionistico. Se, invece, l'azienda non aveva pagato il premio per l'asbestosi del lavoratore esposto all'amianto (come si è verificato nella maggioranza dei casi) la procedura diveniva più complessa poiché il dipendente aveva l'onere di richiedere all'impresa il proprio curriculum professionale con la specifica indicazione delle mansioni svolte in ogni periodo lavorativo. Di qui le prime difficoltà: in primis perché tali dichiarazioni costituivano una sorta di auto-denuncia da parte dei datori di lavoro e pertanto ben si può intuire che questi ultimi non si siano dimostrati collaborativi, ulteriori difficoltà derivavano poi nel caso l'impresa non fosse più attiva. Nel caso in cui il lavoratore riuscisse ad ottenere tale documentazione, poteva procedere con la richiesta all'INAIL di certificazione dell'esposizione ultradecennale. A quel punto la documentazione prodotta, integrata dagli elementi di valutazione dell'INAIL, veniva assoggettata alla valutazione della Consulenza Tecnica Accertamento Rischi Professionali (CONTARP) regionale. Il parere della CONTARP, la documentazione prodotta dal lavoratore ed i registri dell'INAIL consentivano a quest'ultimo di formulare il giudizio sull'effettiva esposizione dichiarata dal lavoratore⁵⁶. Quale ultima fase, in caso di giudizio positivo, ossia se fosse stata constatata l'esposizione ultradecennale, il lavoratore poteva accedere al beneficio previdenziale presentando la certificazione ottenuta all'INPS. Si vuole sottolineare che, a causa della complicatezza e della lunghezza dei tempi della procedura, i primi riconoscimenti dei benefici previdenziali si ebbero appena a partire dal 1995 e molte delle domande presentate non furono accolte.

A prescindere da tali difficoltà, si può affermare che la Legge n. 257 del 1992 ha rappresentato una grande vittoria per coloro che da anni lottavano contro il "killer silenzioso" ed ha costituito, per la sua valenza rigidamente definitiva, una sorta di spartiacque legislativo di portata storica⁵⁷. Ciononostante va ricordato che anche tale norma contiene alcune disposizioni che sulla carta apparivano lungimiranti e innovative, ma che, soprattutto agli albori della propria applicazione, nella pratica restavano del tutto o in parte inapplicate o mal applicate, a

55 Cfr. E. BULLIAN, *Il male che non scompare. Storia e conseguenze dell'uso dell'amianto nell'Italia contemporanea*, Il Ramo d'Oro Editore, Trieste, 2015, p. 165.

56 Cfr. A. MORENA, *Polvere. Storia e conseguenze dell'uso dell'amianto dei cantieri navali di Monfalcone*, Kappa VU, Udine, 2000, p. 45.

57 Cfr. A. MORENA, *Polvere*, op. ult. cit., p. 36.

causa di difetti di progettazione, di esecuzione, dell'inadeguatezza dell'apparato statale e degli altri soggetti coinvolti⁵⁸.

Ai lavoratori non iscritti all'INAIL, ad esempio i lavoratori marittimi, i militari, i vigili del fuoco, non inclusi tra i potenziali fruitori dei benefici previdenziali previsti dalla Legge n. 257 del 1992, vennero estese le tutele appena nel 2003, attraverso l'art. 47 del Decreto Legge n. 269 del settembre 2003. Allo stesso tempo però, appariva peggiore e più complesso l'accesso al risarcimento previdenziale: infatti, il coefficiente previsto dal comma 8 dell'art. 13 Legge n. 271/1993, da utilizzare per i lavoratori con un'assicurazione diversa dall'INAIL, veniva ridotto da 1,5 a 1,25 ed inoltre lo stesso risultava applicabile al solo fine della determinazione dell'importo delle prestazioni pensionistiche e non del raggiungimento del diritto dal prepensionamento⁵⁹. Ulteriore elemento peggiorativo era dato dal fatto che i benefici previdenziali potevano essere concessi esclusivamente «ai lavoratori che, per un periodo non inferiore a dieci anni, sono stati esposti all'amianto in concentrazione media annua non inferiore a 100 fibre/litro come valore medio su otto ore al giorno»⁶⁰.

Tale norma, nella sua prima formulazione, causò molte proteste, poiché nonostante dovesse essere rivolta a tutti i nuovi richiedenti del beneficio, la stessa veniva applicata soltanto ai lavoratori non assicurati INAIL, mentre per quelli assicurati INAIL restava in vigore ciò che era stato previsto in precedenza: il coefficiente di 1,5 e il prepensionamento. Enrico Bullian evidenzia infatti la grave regressione, rispetto alla Legge n. 257/1992, delle disposizioni contenute nel Decreto, in quanto veniva stabilito un valore limite di esposizione per ottenere il riconoscimento, aspetto che appare in contraddizione con quanto la scienza medica afferma, ovvero che non esiste un valore al di sotto del quale non ci sia rischio⁶¹. Ma il problema principale era ancora un altro: il limite delle 100 fibre/litro risultava del tutto strumentale, convenzionale e soprattutto inattuabile. Infatti richiedeva di eseguire una valutazione della quantità di fibre di amianto nell'aria presenti in lavorazioni avvenute decine di anni prima della valutazione stessa ed in ambienti lavorativi modificati, diversi o non più esistenti!⁶² A tal proposito la Cassazione, nel 2005, ha precisato che è sufficiente «la semplice verosimiglianza di quel superamento, la probabilità che quella soglia esista anche soltanto nell'ambiente», infatti, «al fine del riconoscimento di tale beneficio, non è

58 Cfr. P. GINSBORG, *L'Italia del tempo presente. Famiglia, società civile, Stato 1980-1996*, Einaudi, Torino, 1998, p. 315.

59 Cfr. Art. 47 comma 1, Legge n. 326/2003:
"A decorrere dal 1° ottobre 2003, il coefficiente stabilito dall'articolo 13, comma 8, della legge 27 marzo 1992, n. 257, è ridotto da 1,5 a 1,25. Con la stessa decorrenza, il predetto coefficiente moltiplicatore si applica ai soli fini della determinazione dell'importo delle prestazioni pensionistiche e non della maturazione del diritto di accesso alle medesime."

60 Cfr. Art. 47 comma 3, Legge n. 326/2003.

61 Cfr. E. BULLIAN, *Il male che non scompare. Storia e conseguenze dell'uso dell'amianto nell'Italia contemporanea*, Il Ramo d'Oro Editore, Trieste, 2015, p. 172.

62 Si tenga presente che la soglia delle 100 fibre/litro era già utilizzata nelle perizie della CON-TARP, ma precedentemente all'art. 47 non era mai stata presentata all'interno di una legge.

necessario che il lavoratore fornisca la prova atta a quantificare con esattezza la frequenza e la durata dell'esposizione, potendo ritenersi sufficiente, qualora ciò non sia possibile, avuto riguardo al tempo trascorso e al mutamento delle condizioni di lavoro, che si accerti, anche a mezzo di consulenza tecnica, la rilevante probabilità di esposizione del lavoratore al rischio morbigeno, attraverso un giudizio di pericolosità dell'ambiente di lavoro, con un margine di approssimazione di ampiezza tale da indicare la presenza di un rilevante grado di probabilità di superamento della soglia massima di tollerabilità»⁶³.

Il Decreto Legge fissava, come termine ultimo per richiedere all'INAIL la certificazione di esposizione ultradecennale (che doveva essere avvenuta necessariamente entro il 2 ottobre del 2003) il 15 giugno 2005. Tutti coloro che non hanno presentato la domanda entro tale termine sono stati definitivamente esclusi dalla fruizione del beneficio previdenziale.

All'interno del Decreto Legislativo n. 81 del 9 aprile 2008, c.d. *Testo unico in materia di tutela della salute e sicurezza sul lavoro* sono state inserite diverse norme dedicate all'amianto. All'art. 29, come modificato per effetto del Decreto Legislativo n. 106/2009, sono state previste le modalità di effettuazione della valutazione dei rischi ed al capo III del Titolo IX norme rivolte alla protezione dai rischi connessi all'esposizione all'amianto. All'art. 246 il Legislatore ha poi dettato il campo di applicazione nella normativa, prevedendo che, «Fermo restando quanto previsto dalla Legge 27 marzo 1992, n. 257, le norme del presente decreto si applicano a tutte le rimanenti attività lavorative che possono comportare, per i lavoratori, un'esposizione ad amianto, quali manutenzione, rimozione dell'amianto o dei materiali contenenti amianto, smaltimento e trattamento dei relativi rifiuti, nonché bonifica delle aree interessate». Con l'art. 247, che riproduce l'art. 2 della Direttiva 83/477/CEE, si è stabilito che con il termine amianto si individuano: l'actinolite d'amianto (n. CAS 77536-66-4), la grunerite d'amianto (n. CAS 12172-73-5), l'antofillite d'amianto (n. CAS 77536-67-5), il crisotilo (n. CAS 12001-29-5), la crocidolite (n. CAS 12001-28-4) e la tremolite d'amianto (n. CAS 77536-68-6). La classificazione del legislatore, però, non è in grado di riprodurre la variegata diversità di questi minerali, sia perché ognuno di essi ha una differente formula chimica, sia perché ce ne sono molti altri, come l'erionite e la fuoro-edenite, che hanno le stesse caratteristiche fisico-chimiche e sono in grado di determinare gli stessi rischi per l'uomo e danni per l'ambiente⁶⁴ dei minerali contemplati nella norma⁶⁵. La mancata classificazione di altri minerali asbestiformi quali

63 Cfr. Cass. Sez. Lav., 1 agosto 2005, n. 16119, in A. GARLATTI - B. NEFRI, *Licenziamento, agenzia, demansionamento, appalto, previdenza. Questioni processuali*, Giuffrè Editore, Milano, 2008, p. 300.

64 Cfr. E. BELLUSO - G. FERRARIS - A. ALBERICO, *Amianto, la componente ambientale: dove, quali e come sono gli amianti nelle Alpi Occidentali?*, Pime, Pavia, 1997, p. 170.

65 Le fibre asbestiformi come la erionite e la fuoro-edenite sono state inserite per la prima volta tra gli agenti che possono causare malattie come il mesotelioma pleurico ed il mesotelioma peritoneale, nell'elenco delle malattie per le quali è obbligatoria la denuncia ai sensi e per gli effetti dell'articolo 139 del Testo Unico, pubblicato in allegato al Decreto Ministero del Lavoro e delle Politiche Sociali del 10 giugno 2014.

minerali di amianto priva, infatti, di tutela (preventiva e risarcitoria) molti lavoratori⁶⁶.

La Sezione II del capo III ha definito poi gli obblighi del datore di lavoro, tra i quali, ai sensi dell'art. 248, prima di intraprendere lavori di demolizione o di manutenzione, il dovere di adottare ogni misura necessaria volta ad individuare la presenza di materiali a potenziale contenuto d'amianto ed, ai sensi dell'art. 249, il dovere di valutare i rischi dovuti alla polvere proveniente dall'amianto e dai materiali contenenti amianto, al fine di stabilire la natura e il grado dell'esposizione e le misure preventive e protettive da attuare. Ai sensi del comma 3 del medesimo articolo, tale valutazione deve essere effettuata nuovamente, «ogni qualvolta si verificano modifiche che possono comportare un mutamento significativo dell'esposizione dei lavoratori alla polvere proveniente dall'amianto o dai materiali contenenti amianto». Anche in tale occasione va osservato che la valutazione in relazione al superamento o meno della soglia di esposizione è stata affidata al datore di lavoro, prevedendo inoltre che, nel caso in cui questi ritenga che non si superi il limite di soglia, non avrà l'obbligo di applicare le disposizioni di cui agli artt. 250, 251 comma 1, 259 e 260 comma 1, del Decreto Legislativo n. 81/2008, ossia gli obblighi di notifica all'organo di vigilanza competente per territorio dello svolgimento di attività in esposizione all'amianto, di riduzione al minimo dell'esposizione dei lavoratori alla polvere di amianto, di sorveglianza sanitaria e di iscrizione al registro di esposizione. Da sottolineare che in alcuni casi, quella che dovrebbe essere qualificata come un'eccezione, si trasforma in prassi, con una conseguente drammatica elusione del precetto di tutela della salute ed in aggiramento delle disposizioni di cui all'art. 32 della Costituzione⁶⁷.

L'art. 252 ha previsto poi le misure igieniche da adottare, l'art. 253 l'obbligo del controllo dell'esposizione e l'art. 254 ha mantenuto il limite tollerato di esposizione all'amianto a 0,1 fibre per centimetro cubo di aria, nella media delle otto ore lavorative. Nel caso di superamento di tale limite «il datore di lavoro individua le cause del superamento e adotta il più presto possibile le misure appropriate per ovviare alla situazione. Il lavoro può proseguire nella zona interessata solo se vengono prese misure adeguate per la protezione dei lavoratori interessati»⁶⁸. Secondo il comma 4, in ogni caso, se l'esposizione non può essere ridotta con altri mezzi, per rispettare il valore limite è necessario l'uso di un dispositivo di protezione individuale delle vie respiratorie. Ove si ritenga invece che, anche con l'adozione delle misure tecniche preventive per limitare la concentrazione dell'amianto nell'aria, si superi il valore limite, l'art. 255 ha previsto che il datore di lavoro debba adottare adeguate misure per la protezione dei lavoratori nel caso di determinate operazioni lavorative⁶⁹. Anche tale statuizione ha fatto sor-

66 Cfr. M. FABIANI - E. BONANNI, *Il danno da amianto. Profili risarcitori e tutela medico legale*, Giuffrè Editore, Milano, 2013, pp. 74-75.

67 Cfr. M. FABIANI - E. BONANNI, *op.ult.cit.*, p. 79.

68 Cfr. Art. 254, comma 2, Decreto Legislativo n. 81/2008.

69 Cfr. Art. 255, del Decreto Legislativo n. 81/2008.

gere quesiti interpretativi, quali cosa si debba intendere per “adeguate misure” per la protezione dei lavoratori addetti o se per le altre attività le misure di protezione non debbano invece essere “adeguate”. La Corte di legittimità ha avuto più volte modo di affermare che l’obbligo del datore di lavoro di prevenzione contro gli agenti chimici scatta pur quando le concentrazioni atmosferiche non superino predeterminati parametri quantitativi, ma risultino comunque tecnologicamente possibili di ulteriori abbattimenti⁷⁰ e si è osservato che «nell’attuale contesto legislativo italiano non c’è spazio per una interpretazione del concetto dei valori limite come soglia a partire dalla quale sorga per i destinatari dei precetti l’obbligo prevenzionale nella sua dimensione soggettiva ed oggettiva, giacché ciò comporterebbe inevitabili problemi di legittimità costituzionale, e che è implicita e connaturata all’idea stessa del valore-limite una rinuncia a coprire una certa quantità di rischi ed una certa fascia marginale di soggetti, quei soggetti che, per condizioni fisiche costituzionali o patologiche, non rientrano nella media, essendo ipersensibili ed ipersuscettibili all’azione di quel determinato agente nocivo, ancorché assorbito in quantità inferiore alle dosi normalmente ritenute innocue. Pertanto i valori limite vanno intesi come semplici soglie di allarme, il cui superamento, fermo restando il dovere di attuare sul piano oggettivo le misure tecniche, organizzative e procedurali concretamente realizzabili per eliminare o ridurre al minimo i rischi, in prelazione alle conoscenze, acquisite in base al progresso tecnico, comporti l’avvio di un’ulteriore e complementare attività di prevenzione soggettiva, articolata su un complesso e graduale programma di informazioni, controlli e fornitura di mezzi personali di protezione diretto a limitare la durata dell’esposizione degli addetti alle fonti di pericolo»⁷¹. Pertanto le norme finora esaminate, per la loro formulazione, se venissero interpretate secondo il loro tenore letterale sarebbero in palese contrasto con la normativa costituzionale e comunitaria ed è proprio per evitare problemi di legittimità costituzionale che i valori limite vanno intesi come semplici soglie di allarme, il cui superamento impone ulteriori misure di sicurezza e che pertanto, anche nei casi in cui si preveda il non superamento della soglia dettata dall’art. 254 del Decreto Legislativo n. 81/2008, il datore di lavoro debba comunque adottare tutte le misure di prevenzione tecnica e di protezione individuale per evitare l’esposizione, ovvero per ridurla al minimo (artt. 2087 del codice civile e 4, 32, 35, 36 e 41 comma 2, della Costituzione)⁷².

Rilevanti risultano anche le previsioni contenute dall’art. 257, comma 1, in merito all’informazione dei lavoratori sui rischi per la salute dovuti all’esposizione alla polvere proveniente dall’amianto o dai materiali contenenti amianto, sulle specifiche norme igieniche da osservare, sulle modalità di pulitura e di uso degli indumenti protettivi e dei dispositivi di protezione individuale, sulle misure di precau-

70 Cfr. Cass. Pen., IV Sez., 5 ottobre 1999-20 marzo 2000, Hariolf, in CED Cass, n. 3567/2000.

71 Cfr. Cass. Pen., IV Sez., 4 novembre 2010, n. 38991, in *Il Corriere del Merito. Mensile di giurisprudenza civile, penale e amministrativa commentata*, 10, Ipsoa, Milano, 2011, p. 953.

72 Cfr. M. FABIANI - E. BONANNI, *Il danno da amianto. Profili risarcitori e tutela medico legale*, Giuffrè Editore, Milano, 2013, p. 82.

zione particolari da prendere nel ridurre al minimo l'esposizione e sull'esistenza del valore limite di cui all'art. 254 e la necessità del monitoraggio ambientale, e dall'art. 258 in relazione alla necessità di prevedere una formazione dei lavoratori esposti "sufficiente ed adeguata" e "ad intervalli regolari". L'articolo successivo ha disposto poi che i lavoratori addetti alle opere di manutenzione, rimozione dell'amianto o dei materiali contenenti amianto, smaltimento e trattamento dei relativi rifiuti, nonché bonifica delle aree interessate di cui all'articolo 246, prima di essere adibiti allo svolgimento dei suddetti lavori e periodicamente, almeno una volta ogni tre anni, o con periodicità fissata dal medico competente, debbano essere sottoposti a sorveglianza sanitaria ed al momento della risoluzione del rapporto di lavoro, che il medico competente debba fornire al lavoratore le indicazioni relative alle prescrizioni mediche da osservare ed all'opportunità di sottoporsi a successivi accertamenti sanitari. Secondo l'art. 260, il datore di lavoro è sottoposto all'obbligo di iscrivere i lavoratori che siano rimasti esposti a concentrazioni superiori a quelle previste dall'art. 251, comma 1, lettera b), e che i siano trovati nelle condizioni di cui all'art. 240, nel registro di cui all'art. 243, comma 1, di cui ne invia copia agli organi di vigilanza e all'ISPESL (ora INAIL), con obbligo di trasmissione della cartella sanitaria al momento della risoluzione del rapporto ed obbligo di conservazione a carico di ISPESL per un periodo di quaranta anni.

L'ultima norma del capo III contiene infine il rimando alle sanzioni per il datore di lavoro e i dirigenti. Tali sanzioni, assieme a quelle previste per il preposto e il medico competente, sono state riformulate e alleggerite con il Decreto Legislativo n. 106 del 2009, il quale ha introdotto nuove sanzioni, ma di natura soltanto amministrativa la quali, secondo gli avvocati Massimiliano Fabiani e Ezio Bonanni, hanno svilito le capacità interdittive e soprattutto dissuasive di quelle norme penali finalizzate a presidiare e salvaguardare la salute e l'incolumità psicofisica dei lavoratori, prima che le stesse vengano lese⁷³.

6. LA TUTELA DEI LAVORATORI CONTRO GLI INFORTUNI SUL LAVORO E LE MALATTIE PROFESSIONALI

Al termine della disamina della più considerevole normativa in tema di amianto è necessario osservare che il Legislatore, parallelamente al sistema di tutela preventiva, ha dovuto costruire un sistema di tutela previdenziale, avente quale scopo quello di fornire un sostegno immediato a quei lavoratori che hanno subito le conseguenze dell'esposizione all'amianto, creando un sistema, seppur complesso, che fornisca a questi una tutela successiva, nel caso in cui quella preventiva, da sola, non sia sufficiente.

La storia della tutela dei lavoratori contro gli infortuni sul lavoro e le malattie professionali ha inizio nel nostro Paese e negli altri paesi europei, geografica-

73 Cfr. M. FABIANI - E. BONANNI, *op.ult.cit.*, p. 84.

mente e culturalmente vicini, negli ultimi decenni del XIX secolo. Nel secolo che è seguito il sistema di tutela si è sviluppato ed esteso attraverso importanti leggi, in particolare: il Decreto Luogotenenziale n. 1450 del 1917 che estendeva l'assicurazione obbligatoria al settore agricolo; il Regio Decreto n. 928/1929⁷⁴ introduttivo della tutela contro le malattie professionali; il Regio decreto n. 1765/1935⁷⁵ che trasformava il precedente obbligo a contrarre una polizza di copertura del rischio infortunistico con una privata compagnia, nell'assicurazione obbligatoria gestita dallo Stato attraverso il suo ente strumentale INAIL; il Decreto del Presidente della Repubblica n. 1124/1965, *Testo Unico per l'assicurazione contro gli infortuni sul lavoro e le malattie professionali*, che sistematizzava la materia; il Decreto Legislativo n. 38/2000⁷⁶ che ha mutato l'oggetto stesso della tutela previdenziale: non più la capacità di lavoro generica, bensì l'integrità psico-fisica del lavoratore⁷⁷.

Il sistema di tutela contro gli infortuni sul lavoro e le malattie professionali poggia oggi sul sistema indennitario costituito dall'assicurazione obbligatoria in favore dei lavoratori prevista dall'art. 38, comma 2, della Costituzione e svolge la funzione di garantire una protezione sanitaria ed economica ai lavoratori che hanno subito un infortunio o affetti da malattie professionali ed, in caso di decesso, ai familiari superstiti. La Costituzione, all'art. 32, sancisce inoltre il diritto alla salute come interesse collettivo, ossia un diritto che non comprende solo la dimensione individuale, ma «che impone interventi dello Stato e delle sue strutture periferiche anche prima e per evitare che venga meno quello che è considerato un bene fondamentale per l'esercizio di qualsiasi altro diritto, e di cui l'indennizzo e anche l'integrale risarcimento non possono ritenersi soddisfattivi, perché non lo reintegrano, per la irreversibilità della lesione»⁷⁸.

Nell'arco di vent'anni, sul finire del XIX secolo, tutti i Paesi europei si sono dotati di un sistema di tutela dei lavoratori subordinati contro gli infortuni sul lavoro nell'industria, sulla base di una matrice politico-ideologica e giuridica comune. La rivoluzione industriale ha, da una parte, aggravato le condizioni di lavoro rispetto agli anni precedenti, dell'altra parte, con la concentrazione della manodopera ha consentito il rafforzamento della capacità di pressione dei lavoratori; infine, con l'incremento economico, ha liberato fasce di persone dal bisogno di sopravvivenza, le quali hanno potuto così acquisire una presa di coscienza

74 Cfr. Regio Decreto 13 maggio 1929, n. 928 denominato "Assicurazione obbligatoria contro le malattie professionali".

75 Cfr. Regio Decreto 17 agosto 1935, n. 1765 denominato "Disposizioni per l'assicurazione obbligatoria degli infortuni sul lavoro e delle malattie professionali".

76 Cfr. Decreto Legislativo 23 febbraio 2000, n. 38 "Disposizioni in materia di assicurazione contro gli infortuni sul lavoro e le malattie professionali, a norma dell'articolo 55, comma 1, della legge 17 maggio 1999, n. 144".

77 Cfr. A. DE MATTEIS, *Infortuni sul lavoro e malattie professionali*, Giuffrè, Milano, 2016, p. 3.

78 Cfr. M. FABIANI - E. BONANNI, *Il danno da amianto. Profili risarcitori e tutela medico legale*, Giuffrè Editore, Milano, 2013, p. 91.

più umanistica della condizione esistenziale ed una consapevolezza più propositiva dell'esigenza di miglioramento⁷⁹. In particolare era emerso il fenomeno degli infortuni causati dalla produzione di massa. In Italia, negli anni successivi all'Unità, si erano susseguite iniziative da parte delle società operaie, di mutuo soccorso, delle casse di previdenza settoriali e locali, dibattiti parlamentari, disegni e proposte di legge⁸⁰, inchieste e studi giuridici sulla protezione dagli infortuni sul lavoro e dalle malattie professionali. In tale fervore, la realizzazione più significativa fu la costituzione, il 18 febbraio 1883, della Cassa Nazionale di Assicurazione per gli infortuni degli operai sul lavoro. Essa aveva come oggetto il risarcimento dei danni causati da infortuni che colpivano gli operai sul lavoro e, coerentemente con lo spirito del tempo, si presentava come una iniziativa benefica di imprese benestanti, quelle del credito, a favore dei lavoratori, volontaria sia nella costituzione che nella tutela assicurativa.

L'assicurazione obbligatoria era esercitata, dunque, alle origini, da una pluralità di organismi assicurativi: compagnie e società private di assicurazione, casse e sindacati di mutua assicurazione. Tale sistema non era privo di inconvenienti a causa della pluralità degli operatori, del sistema dell'obbligo a contrarre con tutti i limiti di tutela che ne derivano dall'operatività dei meccanismi civilistici, della mancanza di fondi di garanzia adeguata per i casi di inoperatività della copertura contrattuale, ed infine il verificarsi di casi di mancanza di correttezza da parte di alcuni operatori privati⁸¹. «Ciò spiega perché, in concomitanza con la rielaborazione della tutela infortunistica sfociata nel Regio Decreto 17 agosto 1935, n. 1765, si pensasse all'unificazione della gestione assicurativa in un solo Istituto»⁸². Venivano dunque concentrate le attività assicurative nella Cassa nazionale infortuni, che assumeva la denominazione di Istituto Nazionale Fascista Assicurazione Contro gli Infortuni sul Lavoro (I.N.F.A.I.L.), un ente nazionale avente personalità giuridica di diritto pubblico e gestione autonoma, per la previdenza in via quasi completamente esclusiva della tutela infortunistica. Tale Ente, poi divenuto INAIL, con il Decreto Legislativo n. 81 del 2008, e con il successivo assorbimento dell'ISPEMA e dell'ISPELS, è divenuto l'ente pubblico nazionale esclusivo in materia di salute e sicurezza sul lavoro. I nuovi compiti dell'Istituto sono previsti agli articoli 23 e 24 del Decreto Legislativo n. 38/2000, nonché agli articoli 9, 10, e 11 del Decreto Legislativo n. 81/2008, con le integrazioni, semplificazioni e completamenti funzionali che derivano dai Decreti Legislativi del 2015, n. 149 e n. 151. Dunque l'INAIL, Istituto Nazionale Assicurazione contro gli Infortuni sul Lavoro, oggi è un Ente pubblico non economico, dotato di personalità giuridica e con gestione autonoma, che eroga servizi ed

79 Cfr. A. DE MATTEIS, *L'assicurazione obbligatoria contro gli infortuni e le malattie professionali*, Utet, Torino, 1996, p. 4

80 Cfr. G. ALIBRANDI, *Infortuni sul lavoro e malattie professionali*, Giuffrè, Milano, 2002, p. 28.

81 Cfr. G. ALIBRANDI, *op. ult. cit.*, p. 330.

82 Cfr. A. DE MATTEIS, *Infortuni sul lavoro e malattie professionali*, Giuffrè, Milano, 2020, p. 333.

amministra autonomamente l'assicurazione obbligatoria contro gli infortuni sul lavoro e le malattie professionali⁸³. Gli obiettivi di tale Ente sono quelli di ridurre il fenomeno infortunistico, assicurare i lavoratori che svolgono attività a rischio, garantire il reinserimento nella vita lavorativa degli infortunati sul lavoro, realizzare attività di ricerca e sviluppare metodologie di controllo e di verifica in materia di prevenzione e sicurezza. La tutela nei confronti dei lavoratori, anche a seguito delle recenti innovazioni normative, ha infatti assunto sempre più le caratteristiche di un "sistema integrato di tutela"⁸⁴.

Oggi, ogni datore di lavoro risulta obbligato dalla legge ad assicurare i lavoratori contro gli infortuni sul lavoro e le malattie professionali. Ai fini della costituzione del rapporto assicurativo, pertanto, non è necessaria la volontà delle parti. È la stessa legge inoltre che stabilisce che l'istituto assicuratore sia l'INAIL, che i soggetti assicurati siano i lavoratori e che l'assicurante sia il datore di lavoro, obbligato al pagamento dei premi. Il D.P.R. n. 1124/1965 impone un'assicurazione infortunistica obbligatoria presso l'INAIL, qualora ricorrano precise condizioni, riguardanti sia la natura dell'attività lavorativa, che le qualità proprie dei lavoratori coinvolti⁸⁵. Tale assicurazione risulta infatti obbligatoria per tutti i datori di lavoro che occupano lavoratori dipendenti e parasubordinati nelle attività che la legge individua come rischiose (ai sensi dell'art. 1 commi 1, 2 e 3 del D.P.R. n. 1124/1965) ed ha come finalità la tutela del lavoratore contro i danni derivanti da infortuni e malattie professionali causati dalla attività lavorativa e l'esonero del datore di lavoro dalla responsabilità civile conseguente ai danni subiti dai propri dipendenti.

In base al principio dell'automaticità delle prestazioni, inoltre, l'INAIL tutela i lavoratori che subiscono un infortunio sul lavoro o contraggono una malattia professionale (tecnopatici), mediante l'erogazione di prestazioni economiche, sanitarie e integrative, anche se il datore di lavoro non ha versato regolarmente il premio assicurativo.

Per le competenze attribuitegli dal legislatore in materia di malattie professionali, l'INAIL svolge oggi un ruolo centrale nei confronti della "questione amianto" e, oltre agli indennizzi a favore dei lavoratori che hanno contratto patologie asbesto-correlate e dei loro superstiti, ne gestisce le problematiche negli ambiti della prevenzione, nell'accertamento dell'esposizione qualificata, nel sostegno economico ai piani di smaltimento delle imprese e nel controllo della situazione delle discariche, con politiche strategiche strutturali a breve, medio e lungo termine, che comprendono anche una costante attività di ricerca scientifica.

83 Cfr. A. Rossi, *L'infortunio sul lavoro e le malattie professionali. Normativa e adempimenti nei confronti dell'INAIL*, Maggioli Editore, Santarcangelo di Romagna (RN), 2010, p. 15.

84 Cfr. sito ufficiale dell'INAIL: <https://www.INAIL.it>

85 Cfr. A. Rossi, *op. ult. cit.*, p. 23.

Di centrale importanza, per il proseguimento della trattazione, è dunque definire cosa si intenda per malattia professionale e come essa si distingua dall'infortunio sul lavoro. La malattia professionale è una patologia la cui causa agisce lentamente e progressivamente sull'organismo, ossia una causa diluita e non una causa violenta e concentrata nel tempo. La stessa causa deve essere diretta ed efficiente, cioè in grado di produrre l'infermità in modo esclusivo o prevalente: il Testo Unico del 1965, infatti, parla di malattie contratte «nell'esercizio e a causa delle lavorazioni rischiose». È ammesso, tuttavia, il concorso di cause extraprofessionali, purché queste non interrompano il nesso causale in quanto capaci di produrre da sole l'infermità⁸⁶. L'infortunio, invece, è una lesione personale dovuta ad una causa violenta in occasione di lavoro, le cui cause sono immediate: morte, l'inabilità permanente o l'inabilità assoluta temporanea per più di tre giorni.

Per le malattie professionali, quindi, non basta l'occasione di lavoro come per gli infortuni, cioè un rapporto anche mediato o indiretto con il rischio lavorativo, ma deve esistere un rapporto causale, o concausale, diretto tra il rischio professionale e la malattia, ossia un nesso eziologico tra la prestazione lavorativa e la malattia. Il rischio può essere provocato dalla lavorazione che l'assicurato svolge, oppure dall'ambiente in cui la lavorazione stessa si svolge, il cosiddetto "rischio ambientale"⁸⁷. I requisiti di una malattia per essere classificata come professionale sono quindi due: 1) essere causata dall'esposizione a determinati rischi correlati al tipo di lavoro, come il contatto con polveri e sostanze nocive, rumore, vibrazioni, radiazioni, o misure organizzative che agiscono negativamente sulla salute; 2) il rischio deve agire in modo prolungato nel tempo e quindi la causa deve essere lenta.

La tutela delle malattie professionali ed il relativo obbligo assicurativo originariamente riguardava solo sei tecnopatie, tutela estesa a quaranta malattie nel 1952, rimanendo limitata solo al settore industriale fino al 1958, quando la protezione assicurativa fu estesa anche ai lavoratori agricoli. Tali malattie erano contenute in due liste riferite a due settori, agricolo ed industriale, le quali furono successivamente aggiornate con il D.P.R. n. 482 del 1975 e con il

⁸⁶ Definizione di malattia professionale che l'INAIL fornisce, nella sezione dedicata alle malattie professionali, sul proprio sito ufficiale: www.INAIL.it.

⁸⁷ Cfr. Cass. Sez. Lav., 8 ottobre 1992, n. 10949, in *Repertorio generale annuale della Giurisprudenza italiana*, Utet, Torino, 1992, pag. 2173. Con tale pronuncia la Cassazione sostiene che ai fini del rischio ambientale e della conseguente indennizzabilità delle malattie professionali ad esso collegate, assume rilievo l'esecuzione di un'attività lavorativa che, per esigenze obiettive, debba costantemente e normalmente, anche se non quotidianamente, svolgersi in connessione ambientale con la lavorazione protetta, tale da determinare l'esposizione del lavoratore al rischio cui è esposto l'addetto di queste lavorazioni.

D.P.R. n. 336 del 1994⁸⁸. Si definiscono dunque malattie tutelabili e tabellate quelle che rispettano tre requisiti, ossia se: 1) sono indicate nelle due tabelle, una per l'industria e una per l'agricoltura; 2) se sono provocate da lavorazioni indicate nelle stesse tabelle; 3) se vengono denunciate entro un determinato periodo dalla cessazione dell'attività rischiosa, fissato nelle tabelle stesse, detto "periodo massimo di indennizzabilità". Nell'ambito del sistema tabellare, il lavoratore è sollevato dall'onere di dimostrare l'origine professionale della malattia. Infatti, una volta che egli abbia provato l'adibizione a lavorazione tabellata o comunque l'esposizione a un rischio ambientale provocato da quella lavorazione, l'esistenza della malattia anch'essa tabellata ed abbia effettuato la denuncia nel termine massimo di indennizzabilità, si presume per legge che quella malattia sia di origine professionale. È questa la cosiddetta "presunzione legale d'origine", superabile soltanto con la rigorosissima prova, a carico dell'INAIL, che la malattia è stata determinata da cause extraprofessionali e non dal lavoro⁸⁹. L'INAIL, infatti, per poter superare la presunzione legale ha l'onere di eccepire e dimostrare che la patologia è insorta per altre cause, le uniche e sole sufficienti ad averla determinata, e la maniera sporadica e occasionale della lavorazione tabellare, tale da renderla insufficiente a determinare la patologia, che ha per ciò stesso esclusiva origine extra-lavorativa⁹⁰.

L'applicazione del solo sistema tabellare comportava però una grave limitazione in quanto, se da un lato vigeva il principio della presunzione legale, dall'altro la tutela era rivolta alle sole malattie indicate nella tabella. «Si è cercato dunque di sopperire a tale inconveniente ampliando di volta in volta la lista delle malattie indicate dalla legge ed introducendo quelle tecnopatie i linea con l'evoluzione delle lavorazioni comportanti dei rischi, ma l'evoluzione tabellare non ha mai tenuto il passo con i tempi, risultando esigua ed alquanto lenta»⁹¹. Tale limitazione è stata eliminata definitivamente con le sentenze n. 179 del 18 febbraio 1988 e n. 206 del 25 febbraio 1988 della Corte Costituzionale, con le quali è stato introdotto nella legislazione italiana il definitivo superamento del sistema delle due tabelle e sancito, con il cosiddetto "sistema misto", l'indennizzabilità anche per le malattie per le quali sia comunque provata la causa di lavoro. La Corte Costituzionale, con tali sentenze ha dichiarato l'illegittimità costituzionale dell'art. 3, comma 1, e dell'art. 211 del T.U. 1124, nella parte in cui non prevedono che l'assicurazione è obbligatoria anche per le malattie diverse da quelle comprese nelle tabelle relative

88 Cfr. A. Rossi, *L'infortunio sul lavoro e le malattie professionali. Normativa e adempimenti nei confronti dell'INAIL*, Maggioli Editore, Santarcangelo di Romagna (RN), 2010, p. 227.

89 Cfr. Cass. Civ., Sez. VI, 04 febbraio 2019, n. 3207, in P. LATTARI-T. COCO-R. SPANU, *Mobbing, violenze e molestie nei luoghi di lavoro. Le tutele*, Key editore, Milano 2019, p. 136.

90 Cfr. Cass. Sez. Lav., 26 giugno 2004, n. 14023, in M. ANDREIS, *La tutela della salute tra tecnica e potere amministrativo*, Giuffrè Editore, Milano, 2006, p. 17.

91 Cfr. A. Rossi, *op.ult.cit.*, p. 228.

alle malattie professionali, purché si tratti di malattie delle quali l'interessato abbia provato l'eziologia professionale, e dell'art. 134 T.U. nella parte in cui richiede che l'inabilità o la morte si verifichino nei limiti temporali indicati, nella tabella allegato 4, per ciascuna malattia⁹².

In base al sistema misto, il sistema tabellare resta in vigore, con il principio della presunzione legale d'origine, ma è affiancato dalla possibilità, per l'assicurato, di dimostrare che la malattia non tabellata di cui è portatore, pur non ricorrendo le tre condizioni previste nelle tabelle, è comunque di origine professionale. Dunque si introduce un doppio metodo di definizione della domanda di prestazione previdenziale, che incide unicamente sul piano probatorio, mentre le prestazioni restano del tutto identiche⁹³. Tra le plurime pronunce della Cassazione in merito, è di interesse riportare quella nella quale la Corte ha sostenuto che, «poiché per conseguire il diritto a una rendita da malattia professionale ai sensi del D.P.R. n. 1224/1965, la quale, a seguito della sentenza della Corte Costituzionale n. 179/1988, è configurabile relativamente ad ogni infermità, di cui sia provata l'origine lavorativa, e cioè la connessione eziologica con un rischio specifico o anche soltanto generico aggravato dall'attività lavorativa protetta, il lavoratore addetto ad una lavorazione non tabellata è tenuto a dimostrare, in base ai principi in tema di onere probatorio fissati dall'art. 269 del codice civile, l'avvenuta esposizione a rischio, nonché le particolari caratteristiche dell'affezione che la distinguono dalle altre patologie di natura comune»⁹⁴. La Cassazione ha precisato inoltre che, «anche nella materia degli infortuni sul lavoro e delle malattie professionali, trova diretta applicazione la regola contenuta nell'art. 41 del codice penale, per cui il rapporto causale tra evento e danno è governato dal principio dell'equivalenza delle condizioni, secondo il quale va riconosciuta l'efficienza causale ad ogni antecedente che abbia contribuito, anche in maniera indiretta e remota, alla produzione dell'evento, mentre solo se possa essere ravvisato con certezza l'intervento di un fattore estraneo all'attività lavorativa, che sia per sé sufficiente a produrre l'infermità tanto da far degradare altre evenienze a semplici occasioni, deve escludersi l'esistenza del nesso eziologico previsto dalla legge»⁹⁵.

Dunque, nel caso di patologie non comprese nelle tabelle, il lavoratore, ai fini del riconoscimento della malattia professionale, deve produrre idonea documentazione comprovante l'esposizione al rischio con riferimento alle mansioni svolte, alle condizioni di lavoro ed alla durata e all'intensità dell'esposizione⁹⁶,

92 Cfr. A. DE MATTEIS, *Infortuni sul lavoro e malattie professionali*, Giuffrè, Milano, 2020, p. 368.

93 Cfr. Cass. Sez. Un., 9 marzo 1990, n. 1919, in *Rivista degli infortuni e delle malattie professionali*, Fascicolo n. 2/2016, I, Roma, 2006, p. 319.

94 Cfr. Cass. Sez. Lav., 21 marzo 1997, n. 2500, in N. D'ANGELO, *Infortuni sul lavoro e responsabilità penale*, Maggioli Editore, Santarcangelo di Romagna (RN), 2009, p. 164.

95 Cfr. Cass. Sez. Lav., 4 novembre 2010, n. 22441, in A. DI AMATO, *Codice di diritto penale delle imprese e delle società: annotato con la giurisprudenza*, Giuffrè Editore, Milano, 2011, p. 224.

96 Cfr. Cass. 23 marzo 2009, n. 6978, in www.cortedicassazione.it.

l'esistenza della malattia, attestata da certificazione sanitaria e la presunta origine professionale della malattia, attestata nel primo certificato medico⁹⁷. Tale documentazione deve essere avallata dalla denuncia del datore di lavoro qualora la malattia si sia manifestata in costanza di rapporto di lavoro.

Sul tema delle malattie professionali è intervenuto poi l'art. 10 del Decreto Legislativo n. 38/2000 il quale ha consentito non solo di adeguare tempestivamente le tabelle delle malattie professionali allegata al Testo Unico n. 1124/1965, ma anche di costituire un osservatorio delle patologie di probabile o possibile origine lavorativa, a disposizione di tutto il mondo della sanità, della prevenzione e della ricerca⁹⁸. Con questo articolo, il legislatore ha confermato l'attuale sistema misto di tutela delle malattie professionali, ha reso più semplice e tempestivo il sistema di revisione periodica delle tabelle allegata al Testo Unico, da effettuarsi con decreto ministeriale su proposta della Commissione scientifica appositamente istituita che ne propone, periodicamente, la modifica e/o l'integrazione, ha istituito presso la banca dati dell'INAIL un Registro delle malattie causate dal lavoro ovvero a esso correlate al quale potranno accedere, oltre alla Commissione stessa, tutti gli organismi competenti, per lo svolgimento delle funzioni di sicurezza della salute nei luoghi di lavoro nonché per fini di ricerca e approfondimento scientifico ed epidemiologico.

Ulteriore questione in tema di riconoscimento delle malattie professionali è stata causata da problemi interpretativi. Infatti, l'art. 3⁹⁹ dell'attuale Testo Unico n. 1124, ripetendo la formulazione delle origini, richiede che le malattie professionali siano contratte «nell'esercizio e a causa delle lavorazioni specificate nella tabella». Con il termine «esercizio» all'origine il legislatore intendeva tutelare solo la malattia professionale contratta nella lavorazione che costituiva la mansione esclusiva o principale del lavoratore, in coerenza con il sistema tabellare rigido allora vigente, cui l'art. 3 rinvia. Si è viceversa affermato da subito un orientamento, originato in fattispecie relative a sordità da rumori, prima di merito e poi di legittimità, che ha interpretato l'articolo in esame nel senso che l'indennizzabilità della malattia non va condizionata all'esercizio immediato e diretto, da parte del lavoratore colpito, di una delle lavorazioni tassativamente elencate,

97 Cfr. A. ROSSI, *L'infortunio sul lavoro e le malattie professionali. Normativa e adempimenti nei confronti dell'INAIL*, Maggioli Editore, Santarcangelo di Romagna (RN), 2010, p. 230.

98 Cfr. D. DE PAOLI - G. CAMPO - A. PAPALE - M.G. MAGLIOCCHI, *L'evoluzione della tutela delle malattie professionali in Italia*, Istituto Superiore per la Prevenzione e la Sicurezza del Lavoro (ISPESL), Dipartimento Processi Organizzativi, Roma, p. 5.

99 Cfr. Art. 3 del Decreto del Presidente della Repubblica n. 1124/1965: «L'assicurazione è altresì obbligatoria per le malattie professionali indicate nella tabella allegata n. 4, le quali siano contratte nell'esercizio e a causa delle lavorazioni specificate nella tabella stessa ed in quanto tali lavorazioni rientrino fra quelle previste nell'art. 1. La tabella predetta può essere modificata o integrata con decreto del Presidente della Repubblica su proposta del Ministro per il lavoro e la previdenza sociale, di concerto con il Ministro per la sanità, sentite le organizzazioni sindacali nazionali di categoria maggiormente rappresentative. Per le malattie professionali, in quanto nel presente titolo non siano stabilite disposizioni speciali, si applicano quelle concernenti gli infortuni.»

ma è semplicemente richiesto che la malattia professionale sia contratta dal lavoratore nell'ambiente lavorativo al quale egli è addetto, in occasione ed a causa di una delle menzionate lavorazioni¹⁰⁰. Tale interpretazione, dunque, non esclude che nell'ambiente di lavoro la lavorazione morbigena possa essere stata eseguita direttamente da un soggetto diverso da quello colpito dalla malattia, oppure in mansioni che non comportano lo svolgimento delle lavorazioni tabellate, bensì attività complementari ed accessorie¹⁰¹.

Questo rilievo in origine non risultava però risolutivo, perché l'ampliamento della tutela avveniva pur sempre restando nel perimetro della lavorazione "tabellata". È la sentenza n. 179 del 1988 che ha avuto effetti sistematici sconvolgenti: nel momento in cui essa ha ammesso la prova di una malattia contratta in qualsiasi lavorazione, ha slegato la norma di cui all'art. 3, che associava la nozione di causa alle lavorazioni tabellate, e l'ha ricondotta al medesimo nesso funzionale con l'attività lavorativa in sé: come si esprime la sentenza della Cassazione n. 22974/2013, il lavoro deve dunque costituire la *condicio sine qua non* della malattia¹⁰². Tale orientamento è condiviso dalla dottrina e ad esso si è adeguato l'INAIL, nel senso di ammettere alla tutela i lavoratori che abbiano contratto la malattia anche se addetti a lavorazioni accessorie o complementari alle lavorazioni tabellate, purché svolte nello stesso ambiente in cui vengono effettuate le lavorazioni principali stesse; inoltre tale orientamento è stato recepito dalla Corte Costituzionale e costituisce oggi *jus receptum*¹⁰³. Siffatta evoluzione è stata recepita anche dalla Legge n. 780 del 1975, che ha sostituito all'art. 140 del Testo Unico del 1965, relativo a silicosi ed asbestosi, il precedente dettato «contratta nell'esercizio ed a causa dei lavori specificati nella tabella» con l'attuale «contratta nei lavori». Si precisa che è necessario che la malattia sia contratta durante la lavorazione, ma la sua manifestazione può avvenire anche dopo la cessazione di essa, nei termini temporali massimi di indennizzabilità, previsti dalla tabella allegato 4 (alla terzo colonna), in corrispondenza di ciascuna patologia.

Un particolare e rilevante problema è stato posto per le patologie multifattoriali, ovvero quelle malattie dovute ad una varietà di fattori genetici ed ambientali. Aldo De Matteis riferisce che secondo un orientamento condiviso da autorevoli giuristi, ove uno dei fattori della malattia multifattoriale risulti tabellato, non vi dovrebbe essere dubbio sul fatto che scatti la presunzione legale¹⁰⁴. Viceversa, però, si rileva nella giurisprudenza di legittimità l'affermazione che la presunzione legale di origine professionale non vale nel caso di patolo-

100 Cfr. A. DE MATTEIS, *Infortuni sul lavoro e malattie professionali*, Giuffrè, Milano, 2016, p. 355.

101 Cfr. Cass. 16 novembre 1973, n. 3057, in *Riv. Inf. Mal. Prof.*, 1974, II, p. 2.

102 Cfr. A. DE MATTEIS, *Infortuni sul lavoro e malattie professionali*, Giuffrè, Milano, 2020, p. 370.

103 Cfr. A. DE MATTEIS, *Infortuni sul lavoro e malattie professionali*, Giuffrè, Milano, 2016, p. 356.

104 Cfr. A. DE MATTEIS, *Infortuni sul lavoro e malattie professionali*, Giuffrè, Milano, 2020, pp. 373-378

gie multifattoriali¹⁰⁵, come ad esempio il tumore. Il regime probatorio di tali malattie viene parificato a quello delle malattie non tabellate. La motivazione alla base di tale indirizzo risulta quella secondo la quale il nesso di causalità non può essere oggetto di semplici presunzioni tratte da ipotesi teoricamente possibili, ma necessita di una dimostrazione specifica in relazione alla concreta esposizione al rischio ambientale e alla sua determinazione dell'evento morboso. Tale principio compromette alla radice il sistema di tutela presuntiva delle malattie professionali disegnato dal Testo Unico: innanzitutto perché le patologie che possono essere qualificate come professionali con assoluta certezza scientifica costituiscono oramai una limitata casistica¹⁰⁶ ed inoltre perché tale tesi contrasta con il principio di equivalenza causale.

La silicosi e l'asbestosi sono state le prime malattie ad essere tutelate nelle tabelle professionali con la Legge n. 455/1943. Più in generale con il termine "pneumoconiosi" si intendono tutti i quadri morbosi caratterizzati da reazioni fibrose croniche polmonari in seguito alla prolungata inalazione di quantità eccessive di polveri lesive. La malattia assume diversa denominazione a seconda delle polveri inalate: antracosi (carbon fossile), siderosi (polveri ferruginose), asbestosi (amianto o asbesto) e così via. La silicosi è una fibrosi polmonare provocata da inalazione di polvere di biossido di silicio allo stato libero. L'asbestosi è una fibrosi polmonare progressiva, provocata dall'inalazione di fibre di amianto. Le fibre di asbesto provocano la cicatrizzazione del tessuto polmonare, cui si mescolano con conseguente irrigidimento e perdita della capacità funzionale e di scambio di ossigeno tra aria respirata e sangue¹⁰⁷. Tale patologia è prodotta da un accumulo di polvere di amianto nel tessuto polmonare che avviene a seguito dell'inalazione attraverso la bocca ed il naso, procedendo poi attraverso la laringe, la trachea e i bronchi fino ad arrivare agli alveoli polmonari. Parte dell'asbesto che viene respirato non riesce ad essere espulsa e resta negli alveoli dove provoca un'irritazione (alveolite): sembra che questo sia il primo passo per l'instaurarsi di lesioni cicatriziali e quindi di una vera e propria asbestosi¹⁰⁸. Nei pazienti i sintomi dell'asbestosi sono rappresentati da tosse insistente, respiro aspro e rantoli fini¹⁰⁹. È una malattia tipica dei lavoratori direttamente esposti all'amianto «in particolare, il rischio di asbestosi è risultato più alto nelle attivi-

105 Cfr. Cass. 5 agosto 2010, n. 18270, in E. MONTEMARANO, *Formulario del lavoro*, Gruppo24ore, Milano, 2012, p.120.

106 Sovrintendenza medica generale dell'INAIL, circolare 16 febbraio 2006, prot. 7876-bis.

107 Cfr. E. BONANNI, *Lo Stato dimentica l'amianto killer. Diritti negati. Ricorso a Strasburgo*, Osservatorio Nazionale sull'Amianto-ONA Onlus, Sesto San Giovanni, 2014, p. 78.

108 Cfr. A. MORENA, *Polvere. Storia e conseguenze dell'uso dell'amianto dei cantieri navali di Monfalcone*, Kappa VU, Udine, 2000, p. 22.

109 Cfr. M. CUCCHI, *Il pericolo dell'amianto: storia antica, problematiche moderne*, in *Medicina e Diritto*, Santarcangelo di Romagna, 2012, p. 344.

tà di tessitura dell'amianto e di produzione dei manufatti in cemento-amianto piuttosto che in quelle di estrazione del minerale; tale rischio deriva cioè dalla peculiarità del processo tecnologico e dai conseguenti livelli di esposizione alle fibre del cancerogeno»¹¹⁰. L'insorgenza della patologia avviene in maniera lenta e progressiva, manifestandosi dopo circa quindici anni e, a volte, anche dopo più anni¹¹¹. Anche se l'aspettativa di vita può essere considerata discreta, la prognosi spesso è infausta e la morte sopraggiunge per insufficienza cardio-respiratoria o per l'instaurarsi della patologia cronica cuore polmonare; inoltre spesso sopraggiungono complicanze e neoplasie polmonari o pleuriche che abbreviano la sopravvivenza dei malati¹¹².

Entrambe le patologie, silicosi e asbestosi, sono definite "dose-correlate", ossia la loro gravità dipende dalla quantità di fibre inalate e dal loro accumulo nel tempo nell'apparato respiratorio. La Legge n. 780/1975¹¹³, respingendo ogni precedente definizione legale di silicosi e asbestosi, oggetto di critiche di carattere medico-legale, ha previsto, come condizione per la loro indennizzabilità, che siano contratte nell'esercizio dei lavori specificati nell'apposita tabella (allegato 8 al T.U. n. 1224/1965), la quale risulta già di per se molto comprensiva: menziona infatti non solo l'estrazione, la lavorazione o l'utilizzo dell'amianto, ma con una formula aperta in chiusura considera i materiali che «contengono o che comunque espongono ad inalazione di polvere di amianto»¹¹⁴. In aggiunta, come precedentemente illustrato, la sentenza della Corte Costituzionale n. 179/1988 agisce anche sull'art. 140¹¹⁵ del Testo Unico, nella parte in cui non consente lavorazioni e agenti patogeni diversi da quelli indicati nella tabella 8. Infine, il periodo massimo di indennizzabilità, stabilito inizialmente a dieci anni dalla Legge n. 455/1943 ed elevato a quindici anni nel 1956, è stato soppresso nel 1965 dal Testo Unico.

L'amianto è stato classificato come un cancerogeno certo per l'uomo dall'US Department of Health and Human Service, dall'Environmental Protection Agency

110 Cfr. Tribunale di Torino, 13 febbraio 2012, imp. Schmidheiny e altri, in www.tribunale.torino.giustizia.it.

111 Cfr. V. FOA - C. COLOSIO, *Amianto: aspetti medici con storia degli impieghi industriali ed evoluzione dei livelli espositivi e degli aspetti normativi*, in L. SPAGNUOLO VIGORITA, *Rischio amianto. Contribuzione aggiuntiva. Responsabilità dell'impresa*, Giuffrè, Milano, 1997, p. 36.

112 Cfr. E. BONANNI, *Lo Stato dimentica l'amianto killer. Diritti negati. Ricorso a Strasburgo*, Osservatorio Nazionale sull'Amianto-ONA Onlus, Sesto San Giovanni, 2014, p. 79.

113 Cfr. Legge 27 dicembre 1975, n. 780 denominata "Norme concernenti la silicosi e l'asbestosi nonché la rivalutazione degli assegni continuativi mensili agli invalidi liquidati in capitale".

114 Cfr. A. DE MATTEIS, *Infortuni sul lavoro e malattie professionali*, Giuffrè, Milano, 2020, p. 390.

115 Cfr. Art. 140, comma 1, del Decreto del Presidente della Repubblica n. 1124/1965: "Nell'assicurazione obbligatoria per le malattie professionali contemplata dall'art. 3 del presente decreto, sono comprese la silicosi e l'asbestosi, sempreché esse siano contratte nell'esercizio e a causa delle lavorazioni specificate nella tabella allegato n. 8, ed in quanto tali lavorazioni rientrano fra quelle previste dall'art. 1."

e dall'Agenzia Internazionale per la Ricerca sul Cancro¹¹⁶. Inoltre le patologie asbesto-correlate possono derivare anche da meccanismi completamente diversi da quelli dell'asbestosi e possono essere cagionate anche dall'inalazione di una sola fibra: per tale motivo si ritiene che non esista una soglia al di sotto della quale la concentrazione di fibre di amianto non sia pericolosa.

Oltre all'asbestosi, l'inalazione delle polveri di asbesto può favorire l'insorgere di diverse patologie, in generale caratterizzate da un lungo periodo di latenza, ossia da un lungo intervallo di tempo che intercorre tra la prima esposizione all'amianto e la comparsa della malattia. Tale periodo può essere compreso tra i trenta e i settant'anni¹¹⁷ ed, essendo stato utilizzato un grande quantitativo di asbesto tra gli anni Sessanta ed Ottanta del secolo scorso, si prevede che il picco delle malattie si stia verificando e si verificherà tra il 2015 e il 2030.

Le placche pleuriche in passato sono state considerate come un'alterazione priva di significato funzionale, tuttavia da diversi anni varie ricerche hanno dimostrato che la presenza di tali placche si accompagna spesso ad una compromissione della funzione respiratoria¹¹⁸. La pleura è una membrana sottile e trasparente, incollata alla superficie esterna dei polmoni (pleura viscerale). Le placche consistono in chiazze biancastre o bianco-giallastre di inspessimento fibroso che si formano sulla pleura parietale. Generalmente l'estensione della placca pleurica è proporzionale all'intensità dell'esposizione all'asbesto: placche piccole con diametro di qualche centimetro indicano generalmente un'esposizione modesta, in caso di esposizione molto intensa, invece, le placche possono coinvolgere l'intera superficie della pleura parietale¹¹⁹. Le placche pleuriche si formano lentamente, solitamente dopo dieci-venti anni dal momento in cui è iniziata l'esposizione all'amianto e tendono ad accrescere con il tempo. In genere questa patologia non dà origine a tumori e non provoca il decesso della persona colpita, ma, proprio perché segno visibile e concreto dell'esposizione all'amianto le placche «comportano nel lavoratore che le ha una sofferenza intima, esistenziale, derivata dall'ansia, dal timore di un peggioramento delle proprie condizioni fino ad un esito mortale»¹²⁰. Inoltre le placche possono

116 Cfr. G. MORO - R. TOSATO, *Malattie da amianto. Danni alla persona ed esperienze giurisprudenziali*, Ediesse, Roma, 2012, p. 20.

117 Cfr. C. BIANCHI - A. BROLLO - L. RAMANI - C. ZUCH - G. GRANDI - L. GIARELLI, *Malignant pleural mesothelioma in the Trieste-Monfalcone area, Italy: a study of 430 cases*, in K. CHIYOTANI - Y. HOSODA - Y. AIZZAWA, *Advances in the Prevention of Occupational Respiratory Disease*, Elsevier Science BV, Amsterdam, 1998, pp. 295-298.

118 Cfr. E. L. BAKER - T. DAGG - R.E. GREENE, *Respiratory illness in the construction trades. I. The significance of asbestos-associated plural disease among sheet metal workers*, *J Occup Med* 27, 1985, pp. 483-489.

119 Cfr. C. BIANCHI - T. BIANCHI, *Amianto. Un secolo di sperimentazione sull'uomo*, Hammerle, Trieste, 2002, p. 13.

120 Cfr. G. MORO - R. TOSATO, *Malattie da amianto. Danni alla persona ed esperienze giurisprudenziali*, Ediesse, Roma, 2012, p. 97.

essere considerate come un indicatore di rischio per lo sviluppo di mesoteliomi e carcinomi polmonari asbesto-correlati¹²¹.

Il mesotelioma maligno è invece un tumore che prende origine da una membrana sierosa: le sierose sono infatti membrane sottili che rivestono le cavità interne del corpo. Le pleure rivestono le due metà della cavità toracica, il pericardio riveste la cavità pericardica che contiene il cuore, il peritoneo riveste la cavità addominale. Il mesotelioma della pleura ha origine in corrispondenza della pleura parietale; nei pazienti affetti da tale patologia si osserva un ispessimento della membrana, la quale forma una sorta di guscio che avvolge completamente il polmone¹²². Il rischio di ammalarsi di mesotelioma pleurico è molto alto per le persone che hanno avuto un'intensa esposizione all'amianto, tuttavia la scienza dimostra che tale malattia può insorgere anche in soggetti esposti per un breve periodo di tempo. Sono noti, infatti, casi di mesotelioma pleurico insorti in donne che avevano lavato i vestiti da lavoro dei loro familiari contenenti polvere di asbesto: è stata dunque sufficiente un'esposizione all'apparenza minima per causare il tumore¹²³. È quindi impossibile stabilire soglie di esposizione al di sotto delle quali non si possa contrarre il mesotelioma¹²⁴, tuttavia è certo il periodo di latenza della malattia: esso è compreso tra i trenta e i cinquanta anni e solo in alcuni casi eccezionali è inferiore o pari a vent'anni. Il mesotelioma peritoneale, invece, è più raro di quello pleurico e insorge nel peritoneo. Questa membrana aumenta fortemente di spessore e di consistenza: ne consegue una compressione, stiramento e strozzamento delle viscere addominali. Questa tipologia di tumore è più frequente nelle categorie professionali con esposizione molto intensa all'amianto. Il mesotelioma del pericardio, infine, si osserva solo eccezionalmente.

La lesione derivante dal mesotelioma è definita "patognomonica", cioè tipica dell'esposizione all'amianto. Dunque il mesotelioma costituisce una delle poche forme tumorali di cui si ha una sostanziale certezza eziopatogenetica: la causa di insorgenza di questo tumore è infatti attribuibile pressoché interamente all'esposizione alle fibre di amianto¹²⁵. Il mesotelioma è molto aggressivo e resiste

121 Cfr. BIANCHI C. - BROLLO A. - RAMANI L. - ZUCH C., *Pleural plaques as risk indicators for malignant pleural mesothelioma: a necropsy-based study*, Am. J. Ind. Med. 32, 1997, pp. 445-449.

122 Cfr. C. BIANCHI - T. BIANCHI, *Amianto. Un secolo di sperimentazione sull'uomo*, Hammerle, Trieste, 2002, pp. 17-18.

123 Cfr. C. BIANCHI - A. BROLLO - L. RAMANI - T. BIANCHI - L. GIARELLI, *Asbestos exposure in malignant mesothelioma of the pleura: a survey of 557 cases*, Ind Health 39, 2001, pp. 161-167.

124 Cfr. G. HILLERDAL, *Mesothelioma: cases associated with non occupational and low exposure*, in *Occup Environ Med*, Londra, 1999, p. 505.

125 Cfr. V. TOTIRE, *I problemi della cura, riabilitazione e indennità delle vittime dell'amianto*, in *Bollettino d'informazione dell'AEA n. 9*, Atti del Convegno internazionale Bastamianto organizzato da B.A.E.F. (Ban Asbestos European Federation), Milano, 17-18 aprile 1993, in Cfr. A. MORENA, *Polvere. Storia e conseguenze dell'uso dell'amianto dei cantieri navali di Monfalcone*, Kappa VU, Udine, 2000, p. 23.

alle comuni terapie e dal momento della sua diagnosi consente una sopravvivenza media di 7,7 mesi. Ne sono maggiormente colpiti gli uomini di età tra i quaranta e i sessant'anni che rappresentano il 60% dei casi. Questo cancro, negli ultimi tempi ha visto aumentare la sua incidenza nel mondo, con circa 2,2 casi per milione di abitanti ed in Italia con circa un caso ogni centomila abitanti¹²⁶.

Infine, il carcinoma polmonare, è una grave forma tumorale dei polmoni, ma è una patologia multifattoriale: può essere riconducibile, oltre che all'amianto, che favorisce o comunque accelera l'insorgere del tumore, anche ad altri fattori, come sostanze chimiche minerali quali il radon, silice, uranio, cromo, nichel e anche il fumo di sigaretta. Infatti l'insorgenza del tumore è favorita da esposizioni intense e prolungate ad amianto e dalla concomitante azione del fumo di sigaretta (c.d. "effetto sinergico moltiplicativo"), che aumenta la probabilità di tumore fino ad ottanta-novanta volte rispetto a coloro che non fumano e che non sono esposti¹²⁷. Questo aspetto assume particolare importanza per quanto riguarda il riconoscimento delle malattie professionali, in quanto il carcinoma polmonare ha maggiori difficoltà di riconoscimento rispetto al mesotelioma¹²⁸. I periodi di latenza di tale malattia polmonare vanno dai dieci ai quaranta anni dall'esposizione¹²⁹.

Da non dimenticare che, nei soggetti esposti all'amianto, aumentano anche i tumori della laringe, dell'esofago, dello stomaco, della faringe, della bocca, del colon-retto, dei reni e delle ovaie. Dal rapporto redatto dall'Osservatorio Nazionale Amianto (ONA), in Italia ogni anno 6.000 persone muoiono per patologie asbesto-correlate, delle quali 1.500 per mesotelioma, 3.000 a causa di tumore polmonare e la restante parte per le altre patologie tumorali¹³⁰.

8. LA DENUNCIA DELLA MALATTIA PROFESSIONALE E LA PROCEDURA PER IL RICONOSCIMENTO

Il riscontro della malattia professionale avviene tramite l'operato dei medici, a carico dei quali, ai sensi dell'art. 139¹³¹ del D.P.R. n. 1124/1965, qualora ne

126 Cfr. E. BONANNI, *Lo Stato dimentica l'amianto killer. Diritti negati. Ricorso a Strasburgo*, Osservatorio Nazionale sull'Amianto-ONA Onlus, Sesto San Giovanni, 2014, p. 80.

127 Cfr. M. CUCCI, *Il pericolo dell'amianto: storia antica, problematiche moderne*, Medicina e Diritto, Santarcangelo di Romagna, 2012, p. 353.

128 Cfr. E. BULLIAN, *Il male che non scompare. Storia e conseguenze dell'uso dell'amianto nell'Italia contemporanea*, Il Ramo d'Oro Editore, Trieste, 2015, p. 32.

129 Cfr. A. M. DE PADOVA, *Tumori professionali. Norme e tutele*, Edizioni Lavoro, Roma, 2008, p. 93.

130 Cfr. E. BONANNI, *Primo rapporto sul mesotelioma in Italia*, Roma, 2015, in www.osservatorioamianto.com

131 Cfr. Art. 139, commi 1 e 2, del Decreto del Presidente della Repubblica n. 1124/1965: *"È obbligatoria per ogni medico, che ne riconosca l'esistenza, la denuncia delle malattie professionali, che saranno indicate in un elenco da approvarsi con decreto del Ministro per il lavoro e la previdenza sociale di concerto con quello per la sanità, sentito il Consiglio superiore di sanità. La denuncia deve essere fatta all'Ispettorato del lavoro competente per territorio, il quale ne trasmette copia all'Ufficio del medico provinciale"*.

rilevino l'esistenza, è previsto l'obbligo di denunciare all'ispettorato del lavoro territorialmente competente ogni malattia professionale compresa fra quelle indicate in un apposito elenco da approvarsi con decreto ministeriale, il primo dei quali è stato emanato il 18 aprile 1973¹³². Tale obbligo di denuncia è assolto, a decorrere dal 22 marzo 2016, con la comunicazione telematica all'INAIL che qualunque medico deve inviare ai sensi dell'art. 53 del Testo Unico del 1965, riformato dall'art. 21 del Decreto Legislativo n. 151/2015¹³³. La finalità di tale obbligo è di carattere statistico-epidemiologico e prevenzionale¹³⁴. In considerazione di ciò, l'obbligo di denuncia scatta in ogni caso, anche di mero sospetto, della tecnopatia indicata nell'elenco. I destinatari dell'obbligo sono tutti i medici che, nell'esercizio della loro attività professionale, diagnostica e terapeutica, sia come liberi professionisti, sia come dipendenti di enti pubblici e privati, o convenzionati con essi, vengano a conoscenza di una patologia inclusa nell'elenco delle malattie causate da lavoro ovvero ad esse correlate, previsto dall'art. 10, comma 5, del Decreto Legislativo n. 38/2000. Per quanto concerne il lavoratore interessato, non è necessario che rientri tra i soggetti assicurati contro gli infortuni e le malattie professionali, non rileva nemmeno il periodo di esposizione al rischio, né il grado della malattia soggetta a denuncia¹³⁵.

Inoltre l'art. 10 ha disposto la costituzione di una Commissione scientifica per effettuare la revisione periodica dell'elenco delle malattie, inserendo in esso anche liste di malattie di probabile e di possibile origine lavorativa, da tenere sotto osservazione ai fini della revisione delle tabelle delle malattie professionali di cui agli articoli 3 e 211 del Testo Unico n. 1124/1965. La Commissione ha completato la revisione dell'elenco e sulla Gazzetta Ufficiale n. 212 del 12 settembre 2014 è stato pubblicato il Decreto del Ministero del Lavoro e delle Politiche Sociali del 10 giugno 2014 contenente *L'approvazione dell'aggiornamento dell'elenco delle malattie per le quali è obbligatoria la denuncia ai sensi e per gli effetti dell'articolo 139 del Testo Unico approvato con decreto del Presidente della Repubblica 30 giugno 1965 n.1124 e successive modificazioni e integrazioni*. I lavori di revisione sono stati condotti secondo il principio per il quale, sulla base delle attuali conoscenze, non può essere attribuita ad alcuna malattia professionale l'assoluta certezza dell'origine. Seguendo tale principio la Commissione ha compilato tre liste: Lista 1, malattie la cui origine lavorativa è di elevata probabilità, che costituiscono la base per la revisione delle tabelle secondo gli articoli 3 e 211 del D.P.R. n. 1124; Lista 2, malat-

132 Cfr. A. DE MATTEIS, *Infortuni sul lavoro e malattie professionali*, Giuffrè, Milano, 2020, p. 403.

133 Cfr. Decreto Legislativo 14 settembre 2015, n. 151 "Disposizioni di razionalizzazione e semplificazione delle procedure e degli adempimenti a carico di cittadini e imprese e altre disposizioni in materia di rapporto di lavoro e pari opportunità, in attuazione della legge 10 dicembre 2014, n. 183".

134 Cfr. G. CORSALINI, *Il nuovo elenco delle malattie di obbligatoria denuncia all'INAIL*, in Riv. Dir. Soc., 2004, p. 767.

135 Cfr. G. CORSALINI, *Il nuovo elenco delle malattie di obbligatoria denuncia all'INAIL*, in Riv. Dir. Soc., 2004, p. 768.

tie la cui origine lavorativa è di limitata probabilità, per le quali non sussistono ancora conoscenze sufficientemente approfondite perché siano incluse nel primo gruppo; Lista 3: malattie la cui origine lavorativa si può ritenere possibile e per le quali non è definibile il grado di probabilità per le sporadiche e ancora non precisabili evidenze scientifiche. Il nuovo elenco si distingue dal precedente per la suddivisione in tre liste, perché opera un aggiornamento ed un incremento delle patologie e degli agenti di rischio e per la sua struttura del tutto innovativa: mentre nell'elenco del 1973 le malattie venivano richiamate in maniera generica e mancava una chiara distinzione tra patologie ed agenti di rischio, ora ogni lista è stata suddivisa in tre colonne contenenti la prima gli agenti di rischio, la seconda le malattie correlate a tali agenti e la terza il codice identificativo uniformato al corrispondente sistema di codifica internazionale¹³⁶.

È importante delineare la relazione tra tabelle di cui agli artt. 3 e 211 del Testo Unico del 1965 e l'elenco di cui all'art.139: le presunzioni legali dell'origine professionale della malattia sono solo quelle previste dalle tabelle 4 e 5 indicate dagli artt. 3 e 211, mentre l'elenco previsto dalla Commissione scientifica ha una funzione prevenzionale, in quanto l'iscrizione della malattia in esso, anche ripetuta nel tempo, non vale ad attribuire alla stessa il valore di presunzione legale¹³⁷; tuttavia l'inclusione di una malattia nella Lista 1 potrebbe valere sul piano della prova a carico del lavoratore, per le malattie non tabellate, della elevata probabilità di origine professionale¹³⁸.

Per quanto riguarda le patologie asbesto-correlate, il Decreto del Ministero del Lavoro e delle Politiche Sociali del 10 giugno 2014 ha previsto l'inserimento delle stesse nelle tre liste secondo la seguente disposizione. Lista 1: Asbestosi (J61), Placche e ispessimenti pleurici con o senza atelettasia rotonda (J92), Mesotelioma pleurico (C45.0), Mesotelioma pericardico (C45.2), Mesotelioma peritoneale (C45.1), Mesotelioma della tunica vaginale del testicolo (C45.7), Tumore del polmone (C34), Tumore della laringe (C32), Tumore dell'ovaio (C56). Nella Lista 2 sono comprese le malattie causate dall'asbesto la cui origine lavorativa è di limitata probabilità: Tumore alla faringe (C10-C13); Cancro dello stomaco (C16); Cancro del colon retto (C18- C20). La Lista 3 comprende una patologia asbesto-correlata, la cui origine lavorativa è ritenuta possibile: Tumore all'esofago 8 (C15).

Ciò premesso, la denuncia della malattia professionale deve poi essere presentata, alla sede INAIL competente¹³⁹, dal datore di lavoro, indipendentemente

136 Cfr. A. DE MATTEIS, *Infortuni sul lavoro e malattie professionali*, Giuffrè, Milano, 2020, p. 405.

137 Cfr. Cass. 2 agosto 2012, n. 13868, in tema di tumori gastroenterici da asbesto, www.olympus.it.

138 Cfr. G. CORSALINI, *Il nuovo elenco delle malattie di obbligatoria denuncia all'INAIL*, in *Riv. Dir. Soc.*, 2004, p. 769.

139 Per «sede INAIL competente» si intende quella nel cui ambito territoriale rientra il domicilio dell'assicurato, cioè la sede principale dei suoi affari ed interessi.

da ogni valutazione personale sul caso, entro cinque giorni dalla data in cui ha ricevuto il certificato medico riferito alla malattia stessa¹⁴⁰. Si ricorda che il lavoratore, ai sensi dell'art. 52 del D.P.R. n. 1124/1965, deve informare il datore di lavoro (o il preposto all'azienda) della malattia professionale contratta, entro 15 giorni dal manifestarsi dei primi sintomi per evitare la perdita del diritto all'indennità relativa ai giorni precedenti la segnalazione e contestualmente allegare il certificato medico¹⁴¹. Il certificato medico consente all'INAIL di avviare il procedimento che permetterà di accedere alle prestazioni economiche, sanitarie e riabilitative previste in caso di riconoscimento malattia professionale. Una copia di detto certificato deve essere consegnata subito al proprio datore di lavoro ed una copia deve essere conservata in originale dal lavoratore. In caso di ricovero, sarà l'ospedale a inviare direttamente la copia dei certificati all'INAIL e al datore di lavoro. Se il lavoratore non svolge più attività lavorativa, egli stesso può presentare la denuncia di malattia professionale all'INAIL.

Si perde il diritto alle prestazioni INAIL dopo tre anni e 150 giorni (210 per le revisioni) sia dal giorno in cui si è manifestata la malattia professionale, ossia dal primo giorno di completa astensione dal lavoro o per le malattie che non determinano astensione dal momento in cui, secondo criteri di normale conoscibilità, il lavoratore abbia avuto cognizione di essere affetto da malattia di probabile origine professionale (ad esempio, dalla certificazione sanitaria che attesta che la malattia è di origine professionale); sia dalla data in cui i postumi permanenti hanno raggiunto la misura minima indennizzabile, ai fini del conseguimento dell'indennizzo in capitale del danno biologico o della rendita diretta.

9. LE PRESTAZIONI PREVIDENZIALI EROGATE DALL'INAIL IN CASO DI MALATTIA PROFESSIONALE

Gli articoli 1 e 4 del Testo Unico del 1965 definiscono i criteri oggettivi e soggettivi per stabilire quali sono i lavoratori tutelati contro gli infortuni sul lavoro e le malattie professionali. L'art. 67 prevede che «*Gli assicurati hanno diritto alle prestazioni da parte dell'Istituto assicuratore anche nel caso in cui il datore di lavoro non abbia adempiuto agli obblighi stabiliti nel presente titolo*», e l'art. 38, comma 2, della Costituzione rinforza tale diritto considerandolo quale diritto fondamentale del lavoratore nei confronti dello Stato o del suo ente strumentale. Come già anticipato, infatti, in base al c.d. "principio dell'automatismo", l'INAIL è obbligato a corrispondere la prestazione anche quando l'assicurante non abbia versato i premi-contributi e perfino qualora abbia ommesso di dichiarare la prestazione di lavoro, da cui sorge il rapporto previdenziale: «*esso significa l'irrelevanza di qualsiasi aspetto contrattuale, non solo in termini di validità, ma anche di esistenza, per-*

140 Cfr. A. ROSSI, *L'infortunio sul lavoro e le malattie professionali. Normativa e adempimenti nei confronti dell'INAIL*, Maggioli Editore, Santarcangelo di Romagna (RN), 2010, p. 231.

141 Cfr. V. GREGORIC - N. MURGIA - M. CUCCI - G. ROSSI - F. MARTINI - D. GHIO - C. ALTOMARE, *Amianto. Responsabilità e risarcimento dei danni*, Maggioli, Santarcangelo di Romagna (RN), 2012, p. 131.

ché l'obbligo di erogare le prestazioni sorge dalla sussistenza delle circostanze di fatto, assunte dalla legge come presupposto delle stesse»¹⁴².

Originariamente, le prestazioni previste a carico degli istituti assicuratori, erano di carattere unicamente indennitario; oggi tali prestazioni si possono distinguere in prestazioni economiche, prestazioni sanitarie e prestazioni assistenziali in genere. L'art. 66 del D.P.R. n. 1124/1965, così come modificato dal Decreto Legislativo n. 38/2000, specifica le prestazioni assicurative in favore di lavoratori vittime di infortunio o malattia professionale: 1) un'indennità giornaliera per l'inabilità temporanea; 2) una rendita per l'inabilità permanente; 3) un assegno per l'assistenza personale continuativa; 4) una rendita ai superstiti e un assegno una volta tanto in caso di morte; 5) gli accertamenti, le certificazioni e ad ogni altra prestazione medico-legale sui lavoratori infortunati e tecnopatici, le prime cure ambulatoriali, l'assistenza sanitaria riabilitativa non ospedaliera, le cure necessarie al recupero dell'integrità psicofisica utilizzando servizi pubblici e privati d'intesa con le regioni interessate; 6) l'assistenza protesica; 7) un indennizzo in capitale per menomazioni dell'integrità psicofisica di grado compreso tra 6% e il 15%; 8) una rendita per menomazioni dell'integrità psicofisica di grado pari o superiore al 16%; 9) interventi per il reinserimento e l'integrazione lavorativa delle persone con disabilità da lavoro.

Le prestazioni economiche erogate dall'INAIL sono da considerarsi prestazioni previdenziali, che assolvono a diverse funzioni: funzione alimentare di base, sostitutiva del reddito perduto e parzialmente risarcitoria¹⁴³. L'art. 13¹⁴⁴ del Decreto Legislativo n. 38/2000 qualifica le prestazioni INAIL come prestazioni indennitarie e di sostegno sociale. Tale interpretazione è avallata dalla dottrina che intende per indennità una somma dovuta a titolo di corrispettivo obbligatorio, per ristorare un danno subito, ad esso proporzionato, ma senza obbligo di integrale risarcimento del danno¹⁴⁵. Ciascuna prestazione ha, comunque, autonomi presupposti ed autonomo riconoscimento.

Al lavoratore va corrisposta un'indennità giornaliera per l'inabilità temporanea in caso di impossibilità fisica assoluta (e non parziale¹⁴⁶), derivante dall'infortunio o dalla malattia professionale, di prestare l'attività lavorativa. Ai sensi

142 Cfr. A. DE MATTEIS, *Infortuni sul lavoro e malattie professionali*, Giuffrè, Milano, 2020, p. 422.

143 Cfr. A. DE MATTEIS, *op. ult. cit.*, p. 445.

144 Cfr. Art. 13, comma 1, del Decreto Legislativo n. 38/2000:

"In attesa della definizione di carattere generale di danno biologico e dei criteri per la determinazione del relativo risarcimento, il presente articolo definisce, in via sperimentale, ai fini della tutela dell'assicurazione obbligatoria contro gli infortuni sul lavoro e le malattie professionali il danno biologico come la lesione all'integrità psicofisica, suscettibile di valutazione medico legale, della persona. Le prestazioni per il ristoro del danno biologico sono determinate in misura indipendente dalla capacità di produzione del reddito del danneggiato."

145 Cfr. G. ALIBRANDI, *Infortuni sul lavoro e malattie professionali*, Giuffrè, Milano, 2002, p. 142.

146 Cfr. Cass. 13 febbraio 2015, n. 2894, in M. DEL VECCHIO, *I diritti umani nelle disposizioni anticipative di trattamento*, Key Editore, Milano, 2018, p. 146.

dell'art. 68 del D.P.R. n. 1124/1965, tale indennità è corrisposta «a decorrere dal quarto giorno successivo a quello in cui è avvenuto l'infortunio o si è manifestata la malattia professionale e fino a quando dura l'inabilità assoluta». L'INAIL eroga l'indennità giornaliera nella misura del 60% della retribuzione media giornaliera fino al novantesimo giorno e nella misura del 75% della retribuzione media giornaliera dal novantunesimo giorno fino alla guarigione clinica, senza limiti di tempo. L'indennità di temporanea si calcola secondo le disposizioni previste dagli articoli da 116 a 120 del T.U., secondo due modi alternativi, uno generale ed uno particolare. Secondo il primo metodo, il calcolo si effettua sulla base della retribuzione effettivamente corrisposta al lavoratore nei 15 giorni precedenti l'evento. Per alcune categorie di lavoratori, invece, il calcolo viene effettuato sulla base delle retribuzioni convenzionali stabilite con decreto ministeriale, salvo i casi di retribuzione più favorevole stabiliti a livello provinciale dal contratto collettivo in base alla qualifica di assunzione del lavoratore¹⁴⁷.

La funzione dell'indennità giornaliera per l'inabilità temporanea assoluta è quella di compensare la perdita della retribuzione nel periodo di inabilità al lavoro. A tale ipotesi il Testo Unico del 1965 equipara le assenze dal lavoro per determinate necessità terapeutiche: ai sensi dell'art. 89, comma 1, «*anche dopo la costituzione della rendita di inabilità l'istituto assicuratore dispone che l'infortunato si sottoponga a speciali cure mediche e chirurgiche quando siano ritenute utili per la restaurazione della capacità lavorativa*» ed in tale ipotesi, ai sensi del comma 2 del medesimo articolo, durante tutto il periodo delle cure e fino a quando l'infortunato non possa attendere al proprio lavoro, l'Istituto integra la rendita di inabilità fino alla misura massima dell'indennità per inabilità temporanea assoluta.

Nel caso particolare di lavoratori affetti da silicosi o asbestosi che per l'esecuzione delle cure o degli accertamenti diagnostici siano obbligati ad astenersi dal lavoro, l'art. 148, comma 3, del T.U. prevede che «*l'Istituto assicuratore gli corrisponde, durante il periodo di astensione, un assegno giornaliero nella misura corrispondente all'indennità di infortunio per inabilità temporanea assoluta*».

Per ciò che concerne l'inabilità permanente, va premesso che i due istituti della liquidazione in rendita e dell'indennizzo in capitale si sono intersecati nella storia della tutela infortunistica: il Regio Decreto n. 51/1904 prevedeva esclusivamente un sistema di indennizzo in capitale; il Regio Decreto n. 1765/1935 introdusse l'indennizzo in rendita per l'inabilità permanente, limitatamente al settore industriale, mentre l'estensione al settore agricolo dell'indennizzo in rendita si ebbe nel 1950. L'art. 66 del Testo Unico n. 1124 prevedeva, prima della modifica ad opera dell'art. 13 del Decreto Legislativo n. 38/2000, una sola prestazione per l'inabilità permanente: la rendita¹⁴⁸. L'art. 74, comma 2, garantiva il diritto a tale rendita in caso di inabilità permanente tale da ri-

147 Cfr. A. ROSSI, *L'infortunio sul lavoro e le malattie professionali. Normativa e adempimenti nei confronti dell'INAIL*, Maggioli Editore, Santarcangelo di Romagna (RN), 2010, p. 289.

148 Cfr. A. DE MATTEIS, *Infortuni sul lavoro e malattie professionali*, Giuffrè, Milano, 2020, p. 466.

durre l'attitudine al lavoro in misura superiore al 10% per i casi di infortunio e al 20% nei casi di malattia professionale. Tale differenza di soglia è poi stata abolita dalla Corte Costituzionale nel 1977¹⁴⁹.

L'art. 13 del Decreto Legislativo n. 38/2000, ha integrato l'originario sistema ed ha stabilito che, in sostituzione della rendita per l'inabilità permanente, di cui all'art. 66, comma 1, numero 2, che resta prevista per infortuni verificatisi e malattie professionali denunciate prima della data di entrata in vigore del D.M. 12 luglio 2000 (ossia antecedenti al 25 luglio 2000), sia erogato l'indennizzo del danno biologico, ove abbia causato un'inabilità di natura permanente, capace di menomare l'integrità psicofisica del soggetto e di ripercuotersi su tutte le sue attività e capacità¹⁵⁰. Lo stesso articolo, al comma 2, ha stabilito che, per le menomazioni conseguenti alle lesioni dell'integrità psicofisica di cui al comma 1, valutate in base a specifica *Tabella delle menomazioni*, comprensiva degli aspetti dinamico-relazionali, l'indennizzo delle menomazioni di grado pari o superiore al 6% ed inferiore al 16% è erogato in capitale, dal 16% è erogato in rendita, nella misura indicata nell'apposita *Tabella indennizzo danno biologico*. Le menomazioni di grado pari o superiore al 16% danno diritto all'erogazione di un'ulteriore quota di rendita per l'indennizzo delle conseguenze delle stesse, commisurata al grado della menomazione, alla retribuzione dell'assicurato e al coefficiente di cui all'apposita *Tabella dei coefficienti*. L'indennizzo in capitale costituisce dunque la forma ordinaria ed esclusiva per le menomazioni di grado superiore al 6% ed inferiore al 16%, che danno luogo ad un indennizzo per il danno biologico e non per le conseguenze di ordine patrimoniale. Nel caso in cui, per le condizioni della lesione, non sia ancora determinabile il grado di menomazione dell'integrità psicofisica ma sia comunque presumibile che questa rientri nei limiti dell'indennizzo in capitale, l'INAIL può liquidare un indennizzo in misura provvisoria, con riserva di procedere alla liquidazione definitiva tra 6 mesi ed 1 anno dalla data di ricevimento del certificato medico attestante la cessazione dell'inabilità temporanea assoluta.

I due sistemi previsti dal D.P.R. n. 1124/1965 e dal Decreto Legislativo n. 38/2000, costituiscono due sistemi normativi autonomi e separati¹⁵¹, che coesisteranno fino all'esaurimento dei casi ricadenti nel primo¹⁵², e cioè fino allo scadere dei termini revisionali delle rendite costituite per eventi verificatisi o denunciati prima del 9 agosto del 2000. È prevista infatti (dall'art. 83 del D.P.R. n. 1124/1965

149 Cfr. Corte Cost. 30 maggio 1977, n. 93, Foro It., 1977, I, p. 1615.

150 Cfr. M. FABIANI-E. BONANNI, *Il danno da amianto. Profili risarcitori e tutela medico legale*, Giuffrè Editore, Milano, 2013, p. 111.

151 Cfr. Corte Cost. 19 dicembre 2006, n. 426; Cass. 12 ottobre 2007, n. 21452; Cass. 8 aprile 2008, n. 9128; Cass. 19 giugno 2008, n. 12613; Cass. 13 aprile 2010, n. 8761; Cass. 3 marzo 2014, n. 4944, in *Riv. Mal. Prof.*, 2014, II, p. 44.

152 Cfr. G. ALIBRANDI, *Infortuni sul lavoro e malattie professionali*, Giuffrè, Milano, 2002, p. 396; Cfr. Cass. 18 giugno 2015, n. 12629, in www.cortedicassazione.it.

per gli infortuni e dall'art. 137 per le malattie professionali) la possibilità di rivedere nel tempo la misura della rendita: «non assolverebbe infatti alla sua funzione di provvedere mezzi adeguati alle esigenze di vita una rendita che, in rapporto alle condizioni fisiologiche del malato, che possono mutare nel tempo in meglio o in peggio, fosse divenuta sperequata, in più o in meno, rispetto a tali esigenze»¹⁵³. Tale possibilità va però temperata con il principio di stabilizzazione dei postumi, basato sulle scienze medico-legali, secondo cui si presume che dopo un certo tempo gli esiti della malattia professionale o dell'infortunio si stabilizzano. Per la silicosi e l'asbestosi, invece, non vi sono limiti di tempo per chiedere la revisione (ai sensi dell'art. 146, comma 5, T.U. con disciplina richiamata ed adattata al nuovo regime dall'art. 13, commi 4 e 7, del Decreto Legislativo n. 38/2000).

Si ha cessazione della rendita in tre ipotesi: la prima, in caso di morte del titolare di rendita, in questo caso la rata in corso alla data della morte viene corrisposta agli eredi. La seconda ipotesi si ha nel caso di recupero dell'attitudine al lavoro nei limiti del minimo indennizzabile, accertato in sede di revisione. Nel terzo caso, si ha liquidazione della rendita in capitale dopo il decennio, a norma dell'art. 75 del Testo Unico n. 1124, ma solo per gli infortuni avvenuti entro il 9 agosto 2000 e le malattie professionali denunciate entro quella data ed a condizione che sia scaduto il decennio dalla costituzione della rendita¹⁵⁴.

Il 23 aprile 2019 è stata adottata la nuova *tabella indennizzo danno biologico* in capitale con Decreto Ministeriale n. 45/2019, che sostituendo la precedente, ne segue i medesimi principi. In particolare, i canoni di riferimento conservati sono tre: l'indennizzo è a-reddituale, prescinde cioè dalla retribuzione dell'assicurato, in quanto la menomazione in sé produce lo stesso pregiudizio alla persona per tutti gli esseri umani; l'indennizzo è crescente al crescere della gravità della menomazione, al crescere della percentuale di invalidità, aumenta il peso di ciascun punto percentuale aggiuntivo, in quanto va ad incidere su di un quadro clinico maggiormente compromesso; l'indennizzo è variabile in funzione dell'età, cioè decresce al crescere dell'età. Invece, la principale novità della nuova tabella consiste nell'eliminazione della differenziazione di genere nella determinazione del ristoro patrimoniale. La nuova tabella trova applicazione per gli infortuni e le malattie professionali denunciate a partire dal 1 gennaio 2019. Circa l'ambito di applicazione, operano i meccanismi stabiliti dall'art. 13 del Decreto Legislativo n. 38/2000, ovvero: per gli accertamenti provvisori dei postumi effettuati su eventi dal 1 gennaio 2019 si utilizzano gli importi dei valori capitali previsti nella nuova Tabella mentre per gli accertamenti provvisori effettuati su eventi antecedenti a tale data, si utilizzano gli importi dei valori capitali previsti nelle tabelle previgenti.

Le prestazioni sanitarie furono introdotte con la riforma del 1935, con la quale si prevedeva per la prima volta l'obbligo, a carico dell'INAIL, di prestare a proprie

153 Cfr. A. DE MATTEIS, *Infortuni sul lavoro e malattie professionali*, Giuffrè, Milano, 2016, p. 462.

154 Cfr. A. DE MATTEIS, *Infortuni sul lavoro e malattie professionali*, Giuffrè, Milano, 2020, p. 523.

spese le cure mediche e chirurgiche necessarie per tutta la durata dell'inabilità temporanea e anche dopo la guarigione chirurgica, in quanto necessarie a recuperare la capacità lavorativa. Con tale statuizione, ancor prima della Costituzione, si attribuiva valore centrale alla cura della salute del lavoratore, seppure finalizzata al recupero della capacità lavorativa¹⁵⁵. Tale diritto, oggi di derivazione costituzionale, va considerato quale diritto soggettivo perfetto¹⁵⁶.

Il Testo Unico del 1965 distingue tra cure necessarie e cure utili: le prime, previste all'art. 86, sono quelle prestate sia durante la inabilità temporanea che dopo la guarigione clinica, in quanto occorrenti al recupero della capacità lavorativa. Le seconde, indicate dall'art. 89, sono quelle ritenute utili per la restaurazione della capacità lavorativa, pertanto prestate anche dopo la costituzione della rendita di inabilità ed anche dopo il consolidamento dei postumi.

Per quanto interessa le singole prestazioni sanitarie, nei casi di soccorsi d'urgenza, generalmente prestati in caso di infortunio, sono a carico dell'assicurante le spese di trasporto al pronto soccorso dell'infortunato, sono a carico dell'INAIL invece, ai sensi dell'art. 12, comma 2, della Legge n. 67/1988, le spese relative alle prime cure ambulatoriali necessarie in caso di infortunio sul lavoro e di malattia professionale, stipulando, se necessario, apposite convenzioni con le Regioni al fine di garantire il coordinamento con le Unità Sanitarie Locali. Le cure ambulatoriali e farmaceutiche possono essere effettuate in via diretta, nelle strutture sanitarie dell'INAIL, o in via indiretta, mediante convenzione con strutture pubbliche e private. In entrambi casi gli oneri risultano a carico dell'Istituto, il quale deve garantire l'uniformità dei livelli di prestazione su tutto il territorio nazionale, anche in misura eccedente i livelli di assistenza cui è tenuto il Servizio Sanitario Nazionale¹⁵⁷. Anche gli accertamenti medico-legali sono garantiti dall'INAIL e sono funzionali all'erogazione delle prestazioni previdenziali come l'indennità giornaliera per inabilità temporanea, alla fornitura di dispositivi tecnici durante il periodo di inabilità temporanea assoluta, al rimborso spese sostenute per l'acquisto di farmaci in presenza di specifiche condizioni, alla fornitura protesi. Essi sono finalizzati anche all'ottenimento della rendita diretta per inabilità permanente (per eventi antecedenti il 25 luglio 2000), dell'indennizzo in capitale ed in rendita per la menomazione della integrità psicofisica (per eventi dal 25 luglio 2000), dell'integrazione della rendita diretta, della rendita di passaggio per silicosi e asbestosi, dell'assegno per assistenza personale continuativa, dell'assegno di incollocabilità, della prestazione economica aggiuntiva (Fondo vittime dell'amianto)¹⁵⁸ e così via.

Per quanto riguarda le disposizioni speciali in materia di silicosi e asbestosi, ai sensi dell'art. 148, comma 1, del Testo Unico del 1965, anche in presenza di tali

¹⁵⁵ Cfr. G. MIRALDI, *Gli infortuni sul lavoro e le malattie professionali*, CEDAM, Padova, 1979, p. 236.

¹⁵⁶ Cfr. G. PELLETIERI, *Le prestazioni nell'assicurazione contro gli infortuni sul lavoro e le malattie professionali*, Trattato della previdenza sociale, vol. IV, Padova, 1981, p. 330.

¹⁵⁷ Cfr. A. DE MATTEIS, *Infortuni sul lavoro e malattie professionali*, Giuffrè, Milano, 2020, pp. 559-561.

¹⁵⁸ Errore. Riferimento a collegamento ipertestuale non valido.

tecnopatie gli accertamenti diagnostici competono all'INAIL e le cure sono fornite dal Servizio Sanitario Nazionale. Il lavoratore affetto da silicosi o asbestosi non ha diritto ad indennità di temporanea, poiché si ritiene che tali malattie non comportino un'inabilità temporanea assoluta al lavoro. Ciò nonostante, ai sensi del comma 3 del medesimo articolo, se per l'esecuzione degli accertamenti o delle cure l'assicurato è obbligato ad astenersi dal lavoro, «l'Istituto assicuratore gli corrisponde, durante il periodo di astensione, un assegno giornaliero nella misura corrispondente all'indennità di infortunio per inabilità temporanea assoluta». Se per l'esecuzione delle cure e degli accertamenti l'assicurato viene ricoverato in una casa di cura, a tale assegno si applicano le limitazioni previste dall'art. 72 per l'indennità giornaliera per inabilità temporanea. Infine, nel caso in cui l'assicurato sia già titolare di rendita per inabilità permanente al lavoro, per tutto il periodo delle predette cure la rendita deve essere integrata dall'INAIL fino alla misura massima dell'indennità di temporanea.

Nell'ambito del sistema di tutela previdenziale garantito dall'INAIL, sono previste poi ulteriori prestazioni integrative in favore dei soggetti affetti da malattia professionale o da infortunio. L'assegno per l'assistenza personale continuativa, istituito nel dopoguerra, ed ora disciplinato dall'art. 76 del Testo Unico n. 1124/1965 per il settore industria e dall'art. 218 per il settore agricoltura, assolve ad una funzione analoga all'indennità di accompagnamento per gli invalidi civili¹⁵⁹. I presupposti necessari per l'erogazione di tale assegno sono: a) fino al 31 dicembre 2006, una inabilità pari al 100% come definita dall'articolo 74, comma 1, quale abolizione totale o permanente dell'attitudine al lavoro mentre a decorrere dal primo gennaio 2007, un'inabilità permanente di qualsiasi grado, conseguente a menomazioni della tabella di cui alla lettera b) che segue; b) che sia conseguente a determinate menomazioni elencate nella tabella allegato n. 3 del Testo Unico: si tratta di sette fattispecie di notevole gravità e indicate nel dettaglio, mentre l'ottava prevede tutte quelle «malattie o infermità che rendano necessaria la continua o quasi continua degenza a letto»; c) e che renda indispensabile un'assistenza continuativa. Vale la pena soffermarsi, per quanto riguarda la previsione della lettera b), sul fatto che, come già visto, inizialmente alla tabella allegato n. 3 veniva attribuito carattere tassativo. Ciò fino alle aperture della Corte Costituzionale in tema di malattie professionali non tabellate, a seguito delle quali è stata sollevata questione di legittimità costituzionale anche sulla tassatività di tale tabella. Il problema è stato risolto in via interpretativa, sia dalla Corte di legittimità che dalla Corte Costituzionale: è stata infatti adottata un'interpretazione estensiva sia delle singole voci della tabella, sia della formula di chiusura «continua o quasi continua degenza a letto», statuendo che detta nozione è compatibile con limitata possibilità di deambulazione, e con la possibilità di stare alcune ore seduto e di muoversi con l'ausilio di un doppio appoggio. In tal modo, le singole patologie che non possono rientrare tra le previsioni dei numeri da 1 a 7, possono essere ricomprese nella statuizione del n. 8.

159 Cfr. A. DE MATTEIS, *Infortuni sul lavoro e malattie professionali*, Giuffrè, Milano, 2020, p. 527.

La natura giuridica dell'assegno è economica. Esso non è soggetto a tassazione Irpef e non è cumulabile con altri assegni di accompagnamento, inoltre viene sospeso durante il periodo di ricovero¹⁶⁰. L'articolo 76 del T.U. lo qualifica come integrazione della rendita. L'assegno è determinato in misura fissa ed è rivalutato con cadenza annuale, con apposito decreto del Ministero del lavoro e delle politiche sociali, sulla base della variazione effettiva dei prezzi al consumo. Per il 2019 l'importo è stato stabilito a euro 545,02.

La rendita di passaggio per silicosi ed asbestosi è stata introdotta dalla Legge n. 455/1943, sia nell'interesse dei lavoratori, sia al fine di porre rimedio al contenzioso risarcitorio formatosi in tema di silicosi nei confronti dei datori di lavoro. La rendita di passaggio è una prestazione economica particolare, di durata annuale, riconosciuta ai soli lavoratori affetti da silicosi o asbestosi per effetto delle norme di cui agli articoli 150 e 151 dei D.P.R. n. 1124/1965, al fine di incentivare l'abbandono della lavorazione nociva¹⁶¹. Tale prestazione si differenzia infatti, rispetto alle altre prestazioni infortunistiche, per la finalità preventiva: consiste infatti in un'indennità differenziale, erogata per il periodo di un anno dall'abbandono della lavorazione suscettibile di aggravare la silicosi o l'asbestosi, calcolata in modo da assicurare un reddito prossimo alla retribuzione percepita nella lavorazione abbandonata¹⁶². La finalità preventiva della rendita di passaggio comporta che essa si rivolga non soltanto nei confronti dei lavoratori nei quali il male ha già raggiunto un notevole grado di avanzamento, tale da essere indennizzato, ma soprattutto, nei confronti di coloro che sono affetti dalla malattia, ma non ancora in forma grave, in quanto è proprio nei confronti di questi ultimi che un tempestivo intervento avrebbe buone probabilità di successo¹⁶³. Infatti sono tre i presupposti previsti dall'art. 150 del Testo Unico: il primo, che il lavoratore sia già affetto da silicosi o da asbestosi con grado di inabilità permanente compreso tra l'1% e l'80% (valutata sulla base alle tabelle allegate al Testo Unico del 1965) per i casi denunciati fino al 31 dicembre 2006, ovvero con un grado di menomazione dell'integrità psicofisica/danno biologico compreso tra l'1% e il 60%, (valutata secondo le tabelle di cui al D.M. 12 luglio 2000) per i casi denunciati a decorrere dal 1 gennaio 2007. Il secondo requisito, che la silicosi o l'asbestosi sia stata contratta nella lavorazione che il lavoratore intende abbandonare: è richiesto dunque l'attualità dell'impiego dell'assicurato nella lavorazione morbigena. Il terzo, che l'abbandono di tale lavorazione sia funzionale ad evitare l'aggravamento della malattia. Per quanto riguarda secondo presupposto, anche in tal caso è prevista la possibilità, per il lavoratore, di

160 Cfr. A. ROSSI, *L'infortunio sul lavoro e le malattie professionali. Normativa e adempimenti nei confronti dell'INAIL*, Maggioli Editore, Santarcangelo di Romagna (RN), 2010, p. 304.

161 Cfr. M. FABIANI - E. BONANNI, *Il danno da amianto. Profili risarcitori e tutela medico legale*, Giuffrè Editore, Milano, 2013, p. 114.

162 Cfr. A. DE MATTEIS, *Infortuni sul lavoro e malattie professionali*, Giuffrè, Milano, 2020, pp. 548-529.

163 Cfr. G. ALIBRANDI, *Infortuni sul lavoro e malattie professionali*, Giuffrè, Milano, 2002, p. 640.

provare di aver contratto la malattia in una lavorazione non prevista dalla tabella allegato n. 8. Inoltre, l'accertamento del carattere morbigeno della lavorazione che deve essere abbandonata per ragioni profilattiche, va compiuto tenendo conto anche del rischio ambientale¹⁶⁴, ossia quando sia provata l'esistenza, nel luogo in cui si svolge la lavorazione, di polvere di silicio o di asbesto, che influisca, aggravandola, sulla silicosi/asbestosi già contratta dal lavoratore.

L'importo della rendita, nel caso in cui il beneficiario rimanga temporaneamente disoccupato, è pari ai due terzi della retribuzione media giornaliera percepita nei trenta giorni precedenti l'abbandono della lavorazione nociva, in caso di occupazione in un'altra lavorazione, l'importo della rendita è pari ai due terzi della differenza tra la retribuzione media giornaliera percepita nei trenta giorni precedenti l'abbandono della lavorazione e quella percepita per la nuova lavorazione. Per quanto concerne le modalità di richiesta, il lavoratore deve inoltrare la domanda di rendita di passaggio all'INAIL entro il termine di 180 giorni dalla data di abbandono della lavorazione nociva; la prestazione decorre poi dalla data di effettivo abbandono della lavorazione. Anche tale prestazione è esente da tassazione Irpef. La rendita di passaggio può essere riconosciuta una seconda volta, sempre per la durata di un anno, entro il termine di 10 anni dalla cessazione della prima, a condizione che la nuova lavorazione risulti comunque dannosa.

L'art. 180 del D.P.R. n. 1124/1965 stabilisce il diritto dei titolari di rendita INAIL, che rispettano determinati requisiti, ad un assegno continuativo mensile, detto assegno di incollocabilità, che svolge una funzione sostitutiva nei confronti degli invalidi che hanno perso ogni capacità lavorativa, dunque che siano impossibilitati ad essere collocati in qualsiasi settore lavorativo¹⁶⁵, o che «per il grado e la natura dell'invalidità potrebbero essere nocivi per l'incolumità degli altri lavoratori o per la sicurezza degli impianti»¹⁶⁶.

Per ottenere l'assegno devono sussistere i seguenti presupposti: un'età non superiore ai 65 anni; un grado di inabilità non inferiore al 34%, riconosciuto dall'INAIL secondo le tabelle allegate al Testo Unico del 1965, per infortuni sul lavoro verificatesi/malattie professionali denunciate fino al 31 dicembre 2006, o un grado di menomazione dell'integrità psicofisica/danno biologico superiore al 20%, riconosciuto secondo le tabelle di cui al D.M. 12 luglio 2000 per gli infortuni verificatisi e per le malattie professionali denunciate a decorrere dal 1 gennaio 2007¹⁶⁷.

L'importo dell'assegno viene pagato mensilmente, fino all'età pensionabile, insieme alla rendita ed è rivalutato annualmente con apposito decreto del Mi-

164 Cfr. Cass. 29 novembre 1991, n. 12817 in A. DE MATTEIS, *Infortuni sul lavoro e malattie professionali*, Giuffrè, Milano, 2020, p. 550.

165 Cfr. M. FABIANI-E. BONANNI, *Il danno da amianto. Profili risarcitori e tutela medico legale*, Giuffrè Editore, Milano, 2013, p. 113.

166 Cfr. Cass. 3 marzo 1986, n. 1338, in *Foro It.*, 1986, I, 802.

167 Cfr. A. ROSSI, *L'infortunio sul lavoro e le malattie professionali. Normativa e adempimenti nei confronti dell'INAIL*, Maggioli Editore, Santarcangelo di Romagna (RN), 2010, p. 306.

nistero del lavoro e delle politiche sociali (dal 1 luglio 2019 l'importo mensile dell'assegno di incollocabilità è rivalutato nella misura di euro 262,06).

L'assicurazione obbligatoria ha la finalità di tutelare anche l'evento di maggior gravità causato dall'infortunio o dalla malattia professionale, costituito dalla morte dell'assicurato. «In tal caso è connaturale che il sistema di protezione appresti delle misure a sostegno dei familiari del lavoratore deceduto, i quali dal suo lavoro traevano i mezzi di sopravvivenza o che comunque si giovavano del suo apporto economico»¹⁶⁸.

La rendita ai superstiti è stata introdotta dall'art. 27 del Regio Decreto n. 1765/1935. Dopo molteplici modifiche e miglioramenti apportati da diversi interventi legislativi, la disciplina attuale è contenuta nelle norme di cui agli articoli 85 (così come modificato dall'art. 7, comma 1, della Legge n. 251/1982), 105 e 106 del D.P.R. n. 1124/1965 i quali stabiliscono che, qualora l'infortunio o la malattia professionale abbiano cagionato la morte dell'assicurato, ai superstiti spetta, dal giorno successivo, una rendita proporzionata alla retribuzione annua del lavoratore deceduto. Due sono dunque i presupposti del diritto dei superstiti a vedersi riconosciuta tale rendita: a) che la morte del lavoratore sia conseguente all'infortunio o alla malattia professionale; b) che sussista un vincolo familiare.

Per superstiti si intendono il coniuge¹⁶⁹ o l'unito civilmente e i figli ed in caso di mancanza di essi, i genitori (naturali o adottivi) o fratelli e sorelle. Più precisamente, la prestazione economica è erogata al coniuge o unito civilmente fino alla morte o a nuovo matrimonio. Ai figli: fino al 18° anno di età, senza necessità di ulteriori requisiti; fino al 21° anno di età, se studenti di scuola media superiore o professionale, viventi a carico e senza un lavoro retribuito, per tutta la durata normale del corso di studio; non oltre il 26° anno di età, se studenti universitari, viventi a carico e senza un lavoro retribuito, per tutta la durata normale del corso di laurea; maggiorenni inabili al lavoro, finché dura l'inabilità. In mancanza di coniuge o unito civilmente e figli la prestazione viene dunque erogata agli altri superstiti qualora sussista il requisito della vivenza a carico, così come definito dall'art. 106 T.U. ed interpretato ai sensi del comma 1126, lett. h) della Legge 145/2018 (Legge di bilancio 2019). La rendita spetta quindi ai genitori naturali o adottivi se viventi a carico e fino alla morte, ai fratelli e sorelle se viventi a carico e conviventi, con gli stessi requisiti previsti per i figli. Ai superstiti viene erogata la rendita calcolata sulla componente patrimoniale della rendita goduta in vita dal *de cuius* (con esclusione della componente per danno biologico) nella misura

168 Cfr. A. DE MATTEIS, *Infortuni sul lavoro e malattie professionali*, Giuffrè, Milano, 2020, p. 529.

169 Cfr. Cass. 23 agosto 2000, n. 11025, in Arch. civ., 2000, p. 1221. Secondo tale pronuncia, per «coniuge» si intende anche colui che risulta legalmente separato al momento dell'infortunio ed indipendentemente dal fatto che sia destinatario di un assegno di mantenimento. Il diritto non spetta invece al convivente *more uxorio*: a tal proposito si legga Corte Cost. 27 marzo 2009 n. 86, in *Famiglia e diritto*, 7, pp. 699-675 con nota di R. NUNIN in *Infortuni sul lavoro: convivenza more uxorio e rendita dell'orfano*.

del: 50% al coniuge o unito civilmente, 20% a ciascun figlio (legittimo, naturale, riconosciuto o riconoscibile, adottivo, o concepito)¹⁷⁰, 40% a ciascun figlio orfano di entrambi i genitori, 40% a ciascun figlio di una coppia di fatto. In mancanza di coniuge/unito civilmente e figli: 20% a ciascun genitore naturale o adottivo e 20% a ciascuno dei fratelli e delle sorelle¹⁷¹.

La Cassazione precisa che la rendita ai superstiti costituisce una prestazione previdenziale che spetta *iure proprio* e non *iure successionis*¹⁷². La somma totale delle quote di rendita che spettano ai superstiti non può superare il 100% della retribuzione presa a base per il calcolo della rendita stessa; in caso contrario le quote di rendita vengono proporzionalmente adeguate¹⁷³. Infine, la rendita viene rivalutata annualmente, a seguito di apposito decreto del Ministero del lavoro e delle politiche sociali.

In caso di morte del titolare della rendita per inabilità permanente, per una patologia diversa da quella riconosciuta come professionale, spetta al coniuge e ai figli superstiti un assegno continuativo mensile, pari ad una quota della predetta rendita. La quota viene erogata per le malattie professionali denunciate entro il 31 dicembre 2006 e gli infortuni sul lavoro verificatisi fino tale data, con grado di inabilità permanente non inferiore al 65% (riconosciuto dall'INAIL secondo le tabelle allegate al Testo Unico del 1965) mentre per le malattie professionali denunciate a decorrere dal 1 gennaio 2007 e per gli infortuni sul lavoro verificatisi dalla stessa data, con grado di menomazione all'integrità psicofisica/danno biologico non inferiore al 48% (riconosciuto secondo le tabelle di cui al D.M. 12 luglio 2000)¹⁷⁴. Sul piano soggettivo, la prestazione è erogata solo al coniuge ed ai figli superstiti. Ulteriore requisito per l'erogazione della prestazione è la condizione che gli aventi diritto non percepiscano rendite, prestazioni economiche previdenziali o altri redditi (escluso il reddito della casa di abitazione), di importo pari o superiore a quello dell'assegno speciale¹⁷⁵. Per quanto concerne il calcolo dell'assegno, si applicano le misure percentuali all'importo della rendita diretta percepita in vita dal lavoratore deceduto, in modo analogo rispetto a quelle esaminate per la rendita ai superstiti. Per ottenere la prestazione è necessario presentare domanda alla sede INAIL competente tassativamente entro i 180 giorni, non più dal decesso, bensì dal ricevimento della comunicazione con la quale

170 Per tutti i figli così come indicati, per l'erogazione della rendita si prescinde dalla vivenza a carico: a tal proposito di legga Cass. 6 dicembre 1971, n. 3549, in Riv. Inf. Mal. Prof., 1972, II, p. 118.

171 Cfr. A. DE MATTEIS, *Infortuni sul lavoro e malattie professionali*, Giuffrè, Milano, 2020, p. 540.

172 Cfr. Cass. 4 marzo 2002, n. 3069, in Riv. Inf. Mal. Prof., 2002, II, p. 7.

173 Cfr. M. FABIANI - E. BONANNI, *Il danno da amianto. Profili risarcitori e tutela medico legale*, Giuffrè Editore, Milano, 2013, p. 116.

174 Cfr. A. DE MATTEIS, *op. ult. cit.*, p. 544.

175 Cfr. A. ROSSI, *L'infortunio sul lavoro e le malattie professionali. Normativa e adempimenti nei confronti dell'INAIL*, Maggioli Editore, Santarcangelo di Romagna (RN), 2010, p. 307.

l'Istituto assicuratore¹⁷⁶ avverte i superstiti della facoltà di proporre domanda per la concessione dell'assegno continuativo mensile. L'assegno viene rivalutato annualmente, a seguito di apposito Decreto del Ministero del lavoro e delle politiche sociali, sulla base della variazione effettiva dei prezzi al consumo.

L'assegno funerario è una prestazione *una tantum*, erogata per contribuire alle spese sostenute in occasione della morte di lavoratori deceduti in seguito ad una malattia professionale o ad un infortunio sul lavoro. Questa è rivolta al coniuge o all'unito civilmente, ai figli, agli ascendenti, ai fratelli e alle sorelle, o in mancanza dei predetti aventi diritto, è corrisposto a chiunque dimostri di aver sostenuto le spese in occasione della morte del lavoratore, così come stabilisce l'art. 86 del D.P.R. del 1965¹⁷⁷.

Dal 1 gennaio 2019 l'importo è pari a 10.000 euro, ai sensi dell'art. 1, comma 1126, lett. i), della legge n. 145/2018. L'importo dell'assegno è rivalutato annualmente, a partire dal primo luglio di ogni anno, con apposito decreto del Ministero del Lavoro e delle politiche sociali, sulla base della variazione effettiva dei prezzi al consumo ed anche tale prestazione di natura economica non soggetta a tassazione Irpef.

Con la dichiarazione di Bruxelles del 23 settembre 2005, emessa nel corso della Conferenza Europea sull'amianto, gli stati membri dell'Unione Europea si sono impegnati ad creare fondi finalizzati a garantire assistenza alle vittime dell'amianto e alle persone che vi sono state esposte¹⁷⁸. In Italia, l'art. 1, comma 241, della Legge Finanziaria del 2008 (Legge n. 244/2007) ha istituito il Fondo Vittime dell'Amianto, a favore di tutte le persone che «hanno contratto patologie asbesto-correlate per esposizione all'amianto e alla fibra fiberfrax, e in caso di premorte in favore degli eredi», le cui prestazioni «non escludono e si cumulano ai diritti di cui alle norme generali e speciali dell'ordinamento» (art. 1, comma 242). Il Fondo, ai sensi dell'art. 1, comma 243, «eroga, nel rispetto della propria dotazione finanziaria, una prestazione economica, aggiuntiva alla rendita, diretta o in favore di superstiti, liquidata ai sensi del testo unico di cui al decreto del Presidente della Repubblica 30 giugno 1965, n. 1124, o dell'articolo 13, comma 7, della legge 27 marzo 1992, n. 257, e successive modificazioni, fissata in una misura percentuale della rendita stessa definita dall'INAIL». Si tratta di un ulteriore indennizzo economico destinato ai titolari di rendite per malattie correlate all'esposizione all'amianto e, in caso di morte, in favore dei loro eredi titolari di rendita a superstiti. Hanno dunque diritto alle prestazioni assistenziali del Fondo: a) i lavoratori titolari di rendita diretta ai quali sia stata riconosciuta dall'INAIL una patologia asbesto-correlata per esposizione ad amianto o alla fibra fiberfrax, la cui inabi-

176 Cfr. Corte Cost. 28 luglio 2010, n. 284, in www.cortecostituzionale.it.

177 Cfr. M. FABIANI-E. BONANNI, *Il danno da amianto. Profili risarcitori e tutela medico legale*, Giuffrè Editore, Milano, 2013, p. 118.

178 Cfr. M. FABIANI-E. BONANNI, *op. ult. cit.*, p. 171.

lità o menomazione abbia contribuito al raggiungimento del grado minimo di indennizzabilità in rendita; b) i familiari dei lavoratori vittime dell'amianto e della suddetta fibra, individuati ai sensi dell'art. 85 del T.U. e titolari di rendita ai superstiti, nel caso in cui la patologia asbesto-correlata abbia avuto un ruolo determinante della morte dell'assicurato; c) i malati di mesotelioma che hanno contratto la patologia o per esposizione familiare a lavoratori impiegati nella lavorazione o per esposizione ambientale comprovata; d) gli eredi di malati di mesotelioma, che hanno contratto la patologia o per esposizione familiare a lavoratori impiegati nella lavorazione, ovvero per esposizione ambientale comprovata¹⁷⁹.

A proposito di tale ultima ipotesi, con la Legge di stabilità 2015 (Legge n. 190/2014), all'art. 1, comma 116, i benefici del Fondo sono stati estesi in via sperimentale, per gli anni 2015, 2016 e 2017, ai malati di mesotelioma non professionale che abbiano contratto la patologia o per esposizione familiare a lavoratori impiegati nella lavorazione dell'amianto o per esposizione ambientale attraverso l'erogazione di una prestazione una tantum di 5.600 euro. L'esposizione familiare è comprovata se il soggetto ha convissuto in Italia con il familiare in un periodo in cui quest'ultimo era impiegato in una lavorazione che lo esponeva all'amianto. In particolare, l'insorgenza della patologia deve essere compatibile con i periodi della convivenza. In assenza di esposizione familiare, invece, l'esposizione ambientale è provata se il soggetto è stato residente sul territorio nazionale in periodi compatibili con l'insorgenza del mesotelioma. La prestazione *una tantum* è stata successivamente prorogata per il triennio 2018-2020 ed aumentata da 5.600 euro a 10.000 euro (Legge n. 8/2020). Con la legge di bilancio per l'anno 2021 anche questa prestazione è stata stabilizzata con un ammontare fissato a euro 10.000.¹⁸⁰

La legge n. 244/2007 prevedeva che il finanziamento del Fondo fosse a carico, per tre quarti, del bilancio dello Stato e, per un quarto, delle imprese, attraverso un'addizionale sui premi assicurativi relativi ai settori di attività che hanno comportato una maggiore esposizione all'amianto. La legge di bilancio 2018 (n. 205/2017), per il periodo 2018-2020, ha sospeso l'addizionale per le aziende prevedendo un finanziamento a carico del bilancio l'INAIL. Con la legge di bilancio 2021 (n. 178/2020) è stata soppressa l'addizionale a carico delle imprese ed il finanziamento della prestazione è stato posto interamente a carico del bilancio dello Stato. Fino al 2020 il Regolamento prevedeva che la prestazione fosse erogata mediante acconti e conguaglio; la legge di bilancio 2021 ha stabilizzato la prestazione fissando direttamente l'importo della stessa nella misura del 15% della rendita in godimento e ne ha modificato le modalità di erogazione: a partire

179 Cfr. A. DE MATTEIS, *Infortunati sul lavoro e malattie professionali*, Giuffrè, Milano, 2016, p. 377.

180 Cfr. INAIL, *Fondo per le vittime dell'amianto*, Direzione centrale pianificazione e comunicazione, Comitato amministratore del Fondo per le vittime dell'amianto, Tipografia INAIL, Milano, luglio 2021, pp. 7-12.

dal 1 gennaio 2021 la prestazione è erogata mensilmente in un'unica soluzione, unitamente al rateo di rendita in godimento. La prestazione aggiuntiva, fissata in una misura percentuale della rendita diretta o in favore dei superstiti, e la prestazione *una tantum* a favore dei malati di mesotelioma non professionale non sono soggette a tassazione Irpef.

Per l'erogazione della prestazione il Fondo si avvale, a titolo gratuito, degli uffici e delle competenti strutture dell'INAIL. Per accedere alla prestazione, l'interessato deve presentare alla sede territoriale INAIL competente per domicilio o trasmettere tramite raccomandata o tramite posta elettronica certificata, apposita istanza utilizzando il modulo 190 reperibile sul sito dell'INAIL. L'istanza deve essere corredata dalla documentazione sanitaria che attesta che il soggetto è affetto da mesotelioma e contenere l'indicazione dell'epoca della prima diagnosi, per consentire la valutazione della compatibilità dei periodi di esposizione, familiare o ambientale, all'amianto con l'insorgenza della patologia. Se a presentare l'istanza sono gli eredi di un malato di mesotelioma non professionale, la prestazione *una tantum* deve essere richiesta solo da uno degli eredi, utilizzando il modulo 190/E, corredata da idonea documentazione. È importante sottolineare che la domanda da parte dell'interessato o degli eredi, in caso di decesso, deve essere presentata, a pena di decadenza, entro tre anni dall'accertamento della malattia.

10. CONCLUSIONI

Alla luce degli studi effettuati si può concludere prendendo atto in primo luogo che il diritto, ed in questo caso il diritto preposto alla tutela della salute del lavoratore, non può consistere solamente in un complesso di norme riferite a fattispecie astratte e lontane, ma deve essere lo strumento per affermare e salvaguardare l'uomo. Il diritto alla salute ed il diritto al lavoro si articolano nel diritto ad un lavoro salubre, questo in quanto il lavoro non può trasformarsi nella causa di lesione dei diritti fondamentali. La triste vicenda dell'amianto evidenzia invece che il riconoscimento di questo diritto non è stato, e tuttora non è, così immediato. In Italia e nel Mondo, infatti, la pericolosità del minerale amianto era già nota dai primi decenni del Novecento e nonostante il (tardivo) divieto di utilizzo del materiale conseguente alla Legge n. 257 del 1992, si devono ritenere inammissibili i ritardi e gli inadempimenti del Legislatore, dei datori di lavoro e degli enti preposti alla sorveglianza della salute dei lavoratori.

In considerazione di quanto sovraesposto si è dovuto costruire un sistema di norme e di tutele avente quale scopo quello di fornire un sostegno immediato a quei lavoratori, e non, che hanno subito le conseguenze di un'esposizione all'amianto. Ciò ha riguardato non soltanto il campo del diritto penale e le problematiche conseguenti alle richieste dei risarcimenti civili, ma anche le questioni degli aspetti previdenziali e delle tutele delle malattie professionali.

Resta necessario un forte impegno nel campo della prevenzione, perché l'estrema diffusione dell'utilizzo dell'amianto nella seconda metà del secolo scorso

ha comportato l'attuale presenza di enormi quantitativi del materiale in tutto il territorio italiano. Si deve ricordare infatti che i rischi legati all'esposizione amianto, pur molto inferiori rispetto al passato, sono tuttora presenti: è il caso dei lavoratori, talvolta inconsapevoli, che si trovano esposti alla fibra di asbesto poiché addetti alle ristrutturazioni o alle demolizioni di impianti, strutture o edifici in stato di abbandono. Per tali motivi importanti sono innanzitutto la messa in sicurezza e la bonifica dei siti contaminati, l'individuazione di idonei impianti di smaltimento dei rifiuti contenenti amianto, il potenziamento dei servizi pubblici di prevenzione e la realizzazione e sviluppo di centri di ricerca scientifica e di cura specializzati. In aggiunta è fondamentale informare il singolo ed i suoi congiunti sui rischi legati all'attuale o passata esposizione all'amianto, avvertire sulle possibilità diagnostiche, terapeutiche e medico legali disponibili per le patologie asbesto-correlate, acquisire dati utilizzabili per la ricerca e lo sviluppo di tecniche di diagnosi precoce e, nel caso di comparsa di una malattia professionale, favorirne l'immediato riconoscimento ed indennizzo.

BIBLIOGRAFIA

- ALIBRANDI G., *Infortuni sul lavoro e malattie professionali*, Giuffrè, Milano, 2002.
- ANDREIS M., *La tutela della salute tra tecnica e potere amministrativo*, Giuffrè Editore, Milano, 2006.
- BAKER E. L. - DAGG T. - GREENE R. E., *Respiratory illness in the construction trades. I. The significance of asbestos-associated plural disease among sheet metal workers*, *J Occup Med* 27, 1985.
- BELLUSO E. - FERRARIS G. - ALBERICO A., *Amianto, la componente ambientale: dove, quali e come sono gli amianti nelle Alpi Occidentali?*, Pime, Pavia, 1997.
- BIANCHI C., *Cantiere malato. La lezione del mesotelioma maligno della pleura e i lavoratori dei cantieri navali di Monfalcone*, *Il Territorio*, maggio-agosto 1988, n. 23.
- BIANCHI C. - BIANCHI T., *Amianto. Un secolo di sperimentazione sull'uomo*, Hammerle, Trieste, 2002.
- BIANCHI C. - BIANCHI T., *Tumori da amianto: la situazione attuale, le responsabilità in Atti del Convegno Nazionale Amianto*, Sabato 8 maggio 2004, Isola di San Servola, Venezia, a cura di Associazione Esposti Amianto e ad Altri Rischi Ambientali Venezia, Stamperia Cetid s.r.l., Venezia, 2005.
- BIANCHI C. - BROLLO A. - RAMANI L. - BIANCHI T. - GIARELLI L., *Asbestos exposure in malignant mesothelioma of the pleura: a survey of 557 cases*, *Ind Health* 39, 2001.
- BIANCHI C. - BROLLO A. - RAMANI L. - ZUCH C., *Pleural plaques as risk indicators for malignant pleural mesothelioma: a necropsy-based study*, *Am. J. Ind. Med.* 32, 1997.
- BIANCHI C. - BROLLO A. - RAMANI L. - ZUCH C. - GRANDI G. - GIARELLI L., *Malignant pleural mesothelioma in the Trieste-Monfalcone area, Italy: a study of 430 cases*, in K. CHIYOTANI-Y. HOSODA - Y. AIZAWA, *Advances in the Prevention of Occupational Respiratory Disease*, Elsevier Science BV, Amsterdam, 1998.
- BIAVA P. M. - FERRI R. - SPACAL B. - DE GENNARO R., *Cancro da lavoro a Trieste: il mesotelioma della pleura*, *Sapere*, Agosto 1976, n. 793.
- BONANNI E., *La storia dell'amianto nel mondo del lavoro. Rischi, danni, tutele*, *Riv. Diritto dei lavori* (anno VI, n. 1 - numero speciale), Bari, 2012.
- BONANNI E., *Lo Stato dimentica l'amianto killer. Diritti negati. Ricorso a Strasburgo*, Osservatorio Nazionale sull'Amianto-ONA Onlus, Sesto San Giovanni, 2014.
- BONANNI E., *Primo rapporto sul mesotelioma in Italia*, Roma, 2015, in www.osservatorioamianto.com
- BULLIAN E., *Il male che non scompare. Storia e conseguenze dell'uso dell'amianto nell'Italia contemporanea*, Il Ramo d'Oro Editore, Trieste, 2015.
- BULLIAN E., *La sicurezza sul lavoro e la navalmeccanica dal secondo dopoguerra ad oggi. Il caso del cantiere di Monfalcone*, Tesi di Dottorato di ricerca in scienze umanistiche, indirizzo storico ed artistico, Università degli Studi di Trieste, Trieste, a.a. 2011-2012.
- CALVINO I., *La fabbrica nella montagna*, *l'Unità*, edizione di Torino, 31, 51, 28 febbraio 1954.
- CARNEVALE F., *La strana storia dei rapporti tra la pericolosità dell'amianto e il titolo accademico del dottor Selikoff*, *Epidemiologia e Prevenzione*, Edizioni Inferenze, 2005.

- CARNEVALE F. - BALDASSERONI A., *Mal da lavoro. Storia della salute dei lavoratori*, Editori Laterza, Torino, 2000.
- CARNEVALE F. - CHELLINI E., *Amianto. Miracoli, virtù, vizi*, Edizioni Tosca, Firenze, 1992.
- CORSALINI G., *Il nuovo elenco delle malattie di obbligatoria denuncia all'INAIL*, Riv. Dir. Soc., 2004.
- CUCCI M., *Il pericolo dell'amianto: storia antica, problematiche moderne*, Medicina e Diritto, Santarcangelo di Romagna, 2012.
- DE MATTEIS A., *Infortuni sul lavoro e malattie professionali*, Giuffrè, Milano, 2016.
- DE MATTEIS A., *Infortuni sul lavoro e malattie professionali*, Giuffrè, Milano, 2020.
- DE MATTEIS A., *L'assicurazione obbligatoria contro gli infortuni e le malattie professionali*, Utet, Torino, 1996.
- DE PADOVA A.M., *Tumori professionali. Norme e tutele*, Edizioni Lavoro, Roma, 2008.
- DE PAOLI D. - CAMPO G. - PAPALE A. - MAGLIOCCHI M. G., *L'evoluzione della tutela delle malattie professionali in Italia*, Istituto Superiore per la Prevenzione e la Sicurezza del Lavoro (ISPESL), Dipartimento Processi Organizzativi, Roma.
- DEL VECCHIO M., *I diritti umani nelle disposizioni anticipate di trattamento*, Key Editore, Milano, 2018.
- DI AMATO A., *Codice di diritto penale delle imprese e delle società: annotato con la giurisprudenza*, Giuffrè Editore, Milano, 2011.
- DI AMATO A., *La responsabilità penale da amianto*, Giuffrè, Milano, 2003.
- FABIANI M. - BONANNI E., *Il danno da amianto. Profili risarcitori e tutela medico legale*, Giuffrè, Milano, 2013.
- FOÀ V. - COLOSIO C., *Amianto: aspetti medici con storia degli impieghi industriali ed evoluzione dei livelli espositivi e degli aspetti normativi*, Rischio amianto, Giuffrè, Milano, 1997.
- GINSBORG P., *L'Italia del tempo presente. Famiglia, società civile, Stato 1980-1996*, Einaudi, Torino, 1998.
- GREGORIC V. - MURGIA N. - CUCCI M. - ROSSI G. - MARTINI F. - GHIO D. - ALTOMARE C., *Amianto. Responsabilità e risarcimento dei danni*, Maggioli, Santarcangelo di Romagna (RN), 2012.
- HILLERDAL G., *Mesothelioma: cases associated with non occupational and low exposure*, in *Occup Environ Med*, Londra, 1999.
- HOFFMAN F. L., *Mortality from respiratory disease in dusty trades*, Washington Government Printing Office, 1918.
- IOCCA G., *Casale Monferrato: la polvere che uccide*, Ediesse, Roma, 2011.
- LANZA A. J. ed altri, *Effects of inalation of asbestos dust*, Public Health Reports, Sage Publications, Inc., 1935.
- LEVI P., *Il sistema periodico*, Einaudi, Torino, 1975.
- MIRALDI G., *Gli infortuni sul lavoro e le malattie professionali*, CEDAM, Padova, 1979.
- MOLFINO F. - ZANNINI D., *Malattie polmonari da polveri nei lavoratori dei porti*, Folia Medica, 39, 1956.

- MONTEMARANO E., *Formulario del lavoro*, Gruppo24ore, Milano, 2012
- MORENA A., *Polvere. Storia e conseguenze dell'uso dell'amianto dei cantieri navali di Monfalcone*, Kappa VU, Udine, 2000.
- MORO G. - TOSATO R., *Malattie da amianto. Danni alla persona ed esperienze giurisprudenziali*, Ediesse, Roma, 2012.
- MURRAY H. M., *Report of the department committee on compensation for industrial disease*, H. M. Stationery Office, Londra, 1907.
- ODAGLIA G. - ZANNINI D., *Contributo allo studio dell'apparato cardiovascolare nell'asbestosi*, Lav. Um., VIII, 1956.
- PELLETTIERI G., *Le prestazioni nell'assicurazione contro gli infortuni sul lavoro e le malattie professionali*, Trattato della previdenza sociale, diretto da BUSSI, PERSIANI, vol. IV, Padova, 1981.
- POGGIALI C., *Il mondo ha fame del nostro amianto. Circa due secoli fa una ragazza italiana inventò il modo per tessere l'amianto*, Oggi, 06/10/1949, n. 42.
- ROGLI V. L. - BENNING T. L., *Asbestos bodies in pulmonary hilar lymph nodes*, Mod Pathol 3, 1990.
- ROSSI A., *L'infortunio sul lavoro e le malattie professionali. Normativa e adempimenti nei confronti dell'INAIL*, Maggioli Editore, Santarcangelo di Romagna (RN), 2010.
- TIRABOSCHI M. - FANTINI L., *Il Testo Unico della salute e sicurezza del lavoro dopo il correttivo (d. lgs. n. 106/2009)*, Giuffrè, Milano, 2009.
- TOTIRE V., *I problemi della cura, riabilitazione e indennità delle vittime dell'amianto*, in Bollettino d'informazione dell'AEA n. 9, Atti del Convegno internazionale Bastamianto organizzato da B.A.E.F. (Ban Asbestos European Federation), Milano, 17-18 aprile 1993.
- VALLETRISCO M.-CASADIO S., *Materiali a base di amianto*, Giappichelli, Torino, 1997.
- VERDEL U. - IOTTI A. - CASTELLET Y BALLARÀ G., *Mappa storica della esposizione all'amianto nell'industria italiana*, Rivista degli infortuni e delle malattie professionali, maggio-giugno 1997, fascicolo 3.
- WAGNER J. C. - SLEGGS C. A. - MARCHAND P., *Diffuse pleural mesothelioma and asbestos exposure in the North-Western Cape province*, Brit. J. Indust. Med., 17, 1960.
- ZIGOLI B., *Sembrava nevicasse. La Eternit di Casale Monferrato e la Fibronit di Broni: due comunità di fronte all'amianto*, Storia Franco Angeli, Milano, 2016