



ALESSANDRO RUTA

**Danni psicologici secondari
ad esposizione all'asbesto**

QUADERNI TEMATICI DELL'ONA

QTO n. 118

QUADERNI TEMATICI DELL'ONA

QTO 118

Alessandro Ruta

Danni psicologici secondari
ad esposizione all'asbesto

Editore: Osservatorio Nazionale sull'Amianto – ONA Onlus

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

Prima edizione: 31 Luglio 2017

ISBN 978-88-99182-22-9

Curatore: dott. Michele Rucco, Segretario Generale dell'Osservatorio Nazionale sull'Amianto – ONA Onlus.

©Osservatorio Nazionale sull'Amianto – ONA Onlus
Proprietà letteraria riservata
ISBN 978-88-99182-22-9

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

Copyright © 2017 by Osservatorio Nazionale sull'Amianto – ONA Onlus, Roma.

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

INDICE

<i>INTRODUZIONE</i>	6
<i>I. PREVENZIONE DELL'INSORGENZA DEI DANNI PSICOLOGICI SECONDARI DOVUTI ALL'ASBESTO.</i>	7
<i>II. LE PRINCIPALI PSICOPATOLOGIE SECONDARIE ALLA MALATTIA ONCOLOGICA</i>	14
<i>III. AMIANTO: IL "DANNO DA PERICOLO", OVVERO IL DANNO PSICOLOGICO DA ESPOSIZIONE ALL'ASBESTO</i>	34
<i>IV. IL CASO FRANCESCO</i>	39
<i>V. IL DIPARTIMENTO DI PSICODIAGNOSTICA CLINICA E DELLE PSICOPATOLOGIE CORRELATE ALL'ASBESTO ED ALTRI CANCEROGENI NELL'AMBIENTE DI VITA E DI LAVORO</i>	49
<i>VI. IL DIPARTIMENTO DI ASSISTENZA PSICOLOGICA ON LINE</i>	51
<i>VII. L'ONA ASCOLTA L'ANGOSCIA DELLE MADRI DI POMEZIA</i>	55
<i>VIII. PRESENTAZIONE DEL QUESTIONARIO SOMMINISTRATO AL TRULLO</i>	59
<i>IX. IL QUESTIONARIO</i>	61
<i>X. VALUTAZIONE DEI DATI EMERSI DAI QUESTIONARI RACCOLTI</i>	66
<i>APPENDICE:</i>	71
1. Locandina Convegno "Il danno da amianto", Sala Consiliare, Comune di Monterotondo (RM), 21 maggio 2016;	
2. Sito https://osservatorioamianto.jimdo.com Dipartimento di assistenza psicologica on line;	
3. Atto di esposto presentato in data 25 giugno 2012 alla	

Procura della Repubblica di Roma per la presenza di amianto presso la struttura del Genio Militare sita in Roma, Via del Trullo n. 508;

4. *Tribunale di Massa, Sentenza n. 212 del 17 maggio 2013;*
5. *Ezio Bonanni – Emanuela Sborgia, “La tutela dell’integrità psico-fisica del cittadino e l’intervento nel processo delle formazioni intermedie”, in Diritto dei Lavori, Anno IV, n.1, gennaio 2010;*
6. *Ramona Cristina Chelarescu, “L’assistenza al ‘Sistema Famiglia’ nel percorso post-trattamento del mesotelioma da esposizione all’amianto”, Tesi per il Corso di Laurea in Infermieristica di Pistoia, Anno Accademico 2014-2015, Fondazione Onlus “Attilia Pofferi”, Pistoia.*

INTRODUZIONE

L'approccio psicologico nel considerare le conseguenze della esposizione ad amianto, sia lavorativa sia extralavorativa, risponde alla sempre maggiore attenzione oggi dedicata non solo alla salute intesa in senso fisico come assenza di malattia, ma soprattutto alla salute intesa come benessere psicofisico, diritto fondamentale ed inalienabile della persona e condizione per la sua piena realizzazione.

L'amianto è stato oggetto di un largo utilizzo industriale a partire dalla fine del Milleottocento grazie al suo basso costo ed alle sue eccezionali proprietà chimico-fisiche e tecnologiche.

In Italia l'utilizzo si è protratto anche oltre il 1992, anno di introduzione della Legge n. 257 con la quale si è stabilita (almeno nominalmente) la cessazione dell'impiego dell'amianto; ha esposto professionalmente una significativa popolazione di lavoratori, il più delle volte senza l'adozione delle precauzioni pur previste dalla normativa tempo per tempo vigente; ha disseminato sul territorio milioni di tonnellate di materiali compatti e friabili contenenti amianto, anche all'interno di edifici pubblici e privati (basti pensare alle lastre di cemento-amianto, conosciute come Eternit, utilizzate come coperture).

L'aerodispersione della polvere di amianto e la conseguente inalazione di fibre può causare una serie di patologie, fra le quali la più grave è sicuramente il mesotelioma, una neoplasia rara, con una latenza lunghissima (anche 20-40 anni) e, purtroppo, con prognosi infausta: ricevere una diagnosi di mesotelioma è come ricevere una condanna a morte.

Un'esperienza molto difficile e straziante non solo per la persona colpita e per i suoi familiari ma anche per tutti coloro che, avendo consapevolezza di poter subire o aver subito una esposizione e quindi di poter incorrere in questa patologia, si trovano a vivere in una situazione di estremo disagio a causa del pensiero angoscioso del pericolo che grava sulle loro vite.

In questo lavoro, l'autore affronta, con casi concreti e con ricerche sul campo, proprio queste tematiche in termini essenzialmente dei danni ricevuti sul piano psicologico e sul piano della qualità della vita, dall'esposizione ad amianto in ambiti sia lavorativi sia extralavorativi, fornendo, nel contempo, anche le linee per gli interventi di sostegno psicologico atti a ridurre il tumulto emotivo e l'incertezza del futuro, nonché per gli interventi di ristoro del danno subito.

Roma, 31 luglio 2017

Michele Rucco
Segretario Generale
Osservatorio Nazionale sull'Amianto
ONA Onlus

I. PREVENZIONE DELL'INSORGENZA DEI DANNI PSICOLOGICI SECONDARI DOVUTI ALL'ASBESTO.

(Relazione tenuta al Convegno "Il danno da amianto", Sala Consiliare, Comune di Monterotondo (RM), 21 maggio 2016)

Qualunque sia la diagnosi di tumore, la prognosi, e le diverse risposte alle terapie, non esistono tumori di scarsa rilevanza. Il tumore infatti rappresenta sempre, per il paziente una prova esistenziale sconvolgente, che comprende tutti gli aspetti della vita: il rapporto con il proprio corpo, il significato dato alla sofferenza, alla malattia, alla morte, così come le relazioni familiari, sociali, professionali (Grassi et al, 1998).

Ogni individuo reagisce in maniera diversa all'eventuale esperienza traumatica della diagnosi, non necessariamente si configura lo stesso livello di problematicità. Infatti, la risposta patologica dipende da numerosi fattori tra cui, oltre alle condizioni mentali della persona al momento del verificarsi dell'evento, il modo del tutto personale di spiegarsi l'evento all'interno della storia della propria vita e il significato personale che la persona stessa attribuisce all'evento (Toppetti F., 2005). Freud (1985) scriveva che *"qualsiasi esperienza che susciti una situazione penosa – quale la paura, l'ansia, la vergogna o il dolore fisico – può agire da trauma"*, e definì i traumi *"eventi di provocare una eccitazione psichica tale da superare la capacità del soggetto di sostenerla ed elaborarla"*¹.

L'osservazione clinica e numerosi studi hanno rilevato un rapporto causale tra eventi di vita e l'insorgenza di alcune sindromi psicopatologiche e i cambiamenti della personalità che possiamo generalmente definirla come *"un'organizzazione di modi di essere, di conoscere e di agire, che assicura unità, coerenza, continuità, stabilità e progettualità alle relazioni dell'individuo con il mondo"*. Bisogna tenere presente che ogni individuo è unico come è unica anche la modalità di reagire a questo drammatico evento che minaccia la vita; e che ci sono alcuni fattori psicologici che possono incidere diversamente durante questo periodo di crisi, come:

- la localizzazione e il tipo di tumore;
- la fase del ciclo vitale individuale (infanzia, adolescenza, adulto);
- la fase del ciclo familiare (nascita del figlio, matrimonio, ecc.);
- il tipo di sostegno che riceve dai familiari, dai servizi sociali e dall'equipe curante.

¹ Freud S.: "Introduzione alla psicoanalisi" 1915-1917. Boringhieri.

Se il trattamento del paziente oncologico deve avere come obiettivo principale quello di migliorare la Qualità della Vita, allora l'intervento psicologico deve essere considerato essenziale quanto qualunque tipo di intervento medico indirizzato a limitare le conseguenze peggiorative.

In un ottica di prevenzione del disagio psichico, diventa fondamentale prestare subito attenzione alle prime reazioni emozionali della persona e monitorarle nei mesi che seguono, essendo il suo equilibrio psicologico destabilizzato da una moltitudine di intense turbolenze emozionali tali da superare la capacità del soggetto di sostenerle o elaborarle. In questa situazione può succedere che l'individuo per far fronte a situazioni così cariche di angoscia, mette in atto meccanismi difensivi che possono determinare sintomi nevrotici (nei casi estremi anche psicotici), che andrebbero poi a configurarsi come un vero e proprio disturbo dell'io e della personalità, tale da condizionare la vita futura del malato.

Alcuni studiosi (Grassi et al, 2003), hanno distinto tre fasi del percorso psicologico che la persona attraversa dal momento in cui si accorge della malattia: una prima fase di allarme pre-diagnostico, una seconda fase acuta e una terza fase elaborativa. Propongo questa suddivisione perché essendo molto semplice mette in luce le principali emozioni emergenti ed i principali meccanismi di difesa psicologici messi in atto, i quali possono essere responsabili in alcuni casi dell'insorgenza di veri e propri disturbi psicologici. Tali fasi non devono essere intese come stadi che si succedono in modo rigidamente sequenziale, potendosi piuttosto riproporsi o sovrapporsi in vari momenti della malattia. Osservando le emozioni principali all'interno delle fasi proposte, si evince che:

1) nella **fase di allarme pre-diagnostico**, che è quella relativa al sospetto della malattia, perché iniziano a comparire i primi sintomi, le reazioni più frequentemente riscontrate sono di allarme e l'ansia. La persona, infatti, può sperimentare un alto livello di preoccupazione rispetto al sintomo ed un'ansia, che se estremamente elevata, può innescare meccanismi di difesa di minimizzazione o di negazione del significato dei sintomi, ritardando così per la messa in atto di comportamenti di evitamento la possibilità di una diagnosi. Le difese di evitamento e di negazione delle emozioni inizialmente possono rappresentare un sollievo, ma a lungo termine rinforzano il senso di isolamento, solitudine e disperazione, sentimenti che se perdurano possono dare l'avvio allo sviluppo di patologie dell'asse timico (es. disturbi depressivi).

2) nella **fase acuta**, che avviene subito dopo aver ricevuto la diagnosi, la persona sperimenta sentimenti di incredulità, di anestesia affettiva e di angoscia. Spesso reagisce negando quanto le sta capitando, così da proteggersi da una realtà troppo dolorosa e che non è pronta ad affrontare. Diciamo che in questo modo la disperazione è anche tenuta dentro confini tollerabili. Ma se la difesa persiste e al

posto della negazione potrebbe comparire il diniego della malattia, le cose si complicano, in quanto possono emergere variazioni dell'asse timico verso stati maniacali, fantasie di trionfo sulla malattia, estrema indifferenza verso la diagnosi e possono mettersi in atto comportamenti infantili, rabbiosi verso i medici ed il contesto familiare.

3) Segue poi una **fase elaborativa**, una fase destralmente delicata, in quanto comincia una graduale elaborazione, accettazione e riorientamento della propria esistenza. Questa è una fase molto delicata perché si cerca di dare un senso a ciò che è successo, di rispondere ad alcune domande esistenziali. Si cominciano ad elaborare le perdite: le parti perdute di sé, l'immagine corporea, il lavoro, le relazioni familiari e sociali. Si entra, quindi in un stato depressivo e di riadattamento alla condizione personalità dell'individuo diversi disturbi psicologici.

Dal dato sconcertante delle ricerche condotte in Italia sulla prevalenza dei disturbi psichiatrici in oncologia, che concordano con quelli internazionali, apprendiamo che circa il 30-50% dei pazienti oncologici sviluppa disturbi psichiatrici (Grassi et al 2004, Grassi et al 2005). Inoltre, si è anche accertato che la presenza di disturbi psichiatrici nel malato oncologico peggiori la qualità della vita (Surtees et al 2003; Ganz et al 2004; Zhou et al 2005), diminuisce la compliance al trattamento² e la percezione del supporto sociale, e che, in caso di depressione, può addirittura influenzare negativamente l'evoluzione della malattia (Torta e Mussa 1997), accelerandola o ricercandola attraverso il tentato suicidio. La ricerca scientifica di area psicologica, psichiatrica e psiconcologica, a partire dalla fine degli anni '70 del secolo scorso, ha iniziato a verificare in maniera più o meno precisa l'entità dell'incidenza e della prevalenza di sofferenza psichica nelle patologie oncologiche, descrivendone i quadri psicopatologici che possono insorgere. I disturbi psicologici e psichiatrici più frequentemente riscontrabili attraverso l'impiego dei sistemi nosologici più noti in oncologia (DSM-ICD 10)³, comprendono:

- Disturbi dell'Adattamento: si stima una prevalenza del 27%-35%.
- Disturbi Depressivi: la loro prevalenza è compresa tra il 6% ed il 30%.
- Disturbi d'Ansia: possono essere presenti tra il 10 ed il 15 %.

² Il concetto di compliance, è stato introdotto nel 1972 e non in campo oncologico per caratterizzare il fenomeno della aderenza alle terapie. Essa viene definita da McMaster (1972) *aderenza*, da parte del malato, alle prescrizioni mediche includendo in ciò, i farmaci, gli esami di laboratorio, i controlli clinici e quanto altro attenga alla cura della malattia.

³ Per la valutazione di questi disturbi sono stati solitamente utilizzati seguiti i criteri diagnostici messi a punto dall'American Psychiatric Association (Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders - IV Edition, DSM-IV), oppure, i criteri stabiliti dall'Organizzazione Mondiale della Sanità (International Classification of Diseases - 10 Edition, ICD-10).

- Disturbi della Sessualità: restano misconosciuti per la scarsa tendenza da parte dei medici di esplorare questa naturale area dell'esistenza e per la reticenza dei pazienti ad aprirsi spontaneamente. La stima è compresa tra il 40% ed il 100%.
- Disturbi Psicotici: poco frequenti, dati non disponibili.
- I disturbi Psichiatrici e Neuropsichiatrici su base organica: comprendono i disturbi cognitivi, ed il delirium. Si presentano con una prevalenza compresa tra il 5% ed il 40%, a seconda del tipo di neoplasia, dello stadio e delle terapie effettuate.

E' importante chiarire, che la letteratura scientifica recente ha evidenziato che sono diversi i problemi emersi nell'impiego dei sistemi nosologici più noti (DSM e ICD), che si sono rilevati limitanti per cogliere altre dimensioni di sofferenza mentale riscontrate nel malato oncologico, quali (Grassi at all, 1998):

- Ansia per la salute
- Nosofobia
- Tanatofobia
- Negazione di malattia
- Somatizzazione persistente
- Sintomi di conversione
- Reazione da anniversario
- Umore irritabile
- Demoralizzazione
- Alessitimia

Questi disturbi possono presentarsi singolarmente o associati ai quadri sopraesposti. A seconda della loro intensità nei casi più gravi possono creare una condizione di infermità mentale, cioè una condizione patologica di sovvertimento della struttura psichica nei rapporti tra rappresentazione ed esperienza, ricordi e vita vissuta, emozioni e concetti che le esprimono. Nei casi meno gravi, possono creare una modificazione peggiorativa dell'equilibrio psicologico e dello stile di vita nell'ambito dei rapporti sociali, della famiglia e degli affetti in ottica relazionale ed emotiva; sono disturbi che possono comunque condizionare marcatamente la qualità della vita, la progettualità e le aspettative. Pertanto diventa fondamentale prevenire il disagio psichico e monitorare la salute psicologica del paziente, attraverso una azione di prevenzione psicodiagnostica per poter intervenire tempestivamente, considerando le diverse problematicità evidenziate dalla ricerca in ambito psiconcologico:

- che la sofferenza psicologica può esordire in tempi rapidi o lenti, determinare conseguenze a lungo termine variando anche il quadro sintomatologico iniziale;
- che specifici disturbi psicologici possono emergere nella fase avanzata e terminale di malattia;

- che anche le persone guarite dal tumore possono mantenere un livello di sofferenza psichica;
- inoltre va anche detto che dall'esperienza clinica si evince che il disagio psichico può emergere ed evolversi anche in un disturbo psichiatrico anche in assenza di malattia conclamata, in quei casi di sola esposizione all'amianto o qualsiasi altra sostanza cancerogena considerata pericolosa per la vita, quando sono soddisfatti i criteri di contatto continuativo ed intenso con la sostanza per un tempo lungo (es. sul posto di lavoro).

La letteratura scientifica, sul tema del disagio psichico e della psicopatologia in oncologia è molto vasta, ma nonostante questa evoluzione, si osserva che in molte aree della medicina nella pratica clinica oncologica prevale una netta tendenza alla medicalizzazione dei problemi e alla sottovalutazione del disagio psichico della persona ammalata ed anche dei suoi familiari. Ciò comporta che un'elevata percentuale dei pazienti che presentano livelli elevati di sofferenza non acceda – come sarebbe loro diritto – ad appropriate cure psicosociali. E visto che le reazioni alla malattia possono essere influenzate anche dal tipo di sostegno familiare, quindi, diventa necessario intervenire anche sul sistema familiare, dato che la diagnosi di tumore determina notevoli ripercussioni sull'equilibrio affettivo relazionale familiare incidendo a seconda i casi:

- sulla qualità degli scambi relazionali e affettivi, la capacità di comunicazione e la capacità di risolvere i conflitti;
- sulla gestione dei ruoli e dei sottoinsiemi familiari, il mantenimento dei ruoli interpersonali, le funzioni di controllo e responsabilità all'interno del nucleo familiare.
- Il modo in cui la famiglia reagisce a questo evento può lasciare delle conseguenze spesso gravi e durature per quanto riguarda la cura del paziente. Infatti, il rifiuto del trattamento in oncologia non è così raro, visto che può avere diverse origini, tra cui:
 - anche causato da dinamiche relazionali nel sistema malato-famiglia-équipe, spesso si osservano giochi di alleanza e di esclusione che a volte possono persino condurre al rifiuto del trattamento, al ricorso a medicine alternative (e al rifiuto di tutto ciò che è medico) o, al contrario, ad un'alleanza troppo stretta curante famiglia che può escludere il paziente (cose non dette, richiesta di eutanasia da parte di terzi ecc.).
 - Spesso ci può essere un cattivo funzionamento nella relazione curante – curato; che a volte può risolversi in un'impasse tale da condurre ad una rottura della relazione con il curante.

- Il rifiuto può essere anche causato da quei pazienti che hanno già dei disturbi della personalità o psichiatrici, i quali, anche se in minima parte sono responsabili di una piccola parte di questi rifiuti.

Alla luce di queste considerazioni l'Osservatorio Nazionale sull'Amianto - ONA Onlus – per far fronte alle difficoltà psicologiche delle vittime di asbesto e alle difficoltà psicologiche delle vittime che a causa della sola esposizione all'asbesto ed altri materiali cancerogeni nell'ambiente di lavoro e di vita si sono ammalate, ha istituito il Dipartimento Psicodiagnostica Clinica.

L'obiettivo istituzionale è quello di contribuire alla promozione e al mantenimento della salute psichica e della qualità della vita, attraverso un'azione prevenzione psicodiagnostica e di monitoraggio del disagio psichico, indicando l'intervento terapeutico (psicologico, psichiatrico) più appropriato.

II. LE PRINCIPALI PSICOPATOLOGIE SECONDARIE ALLA MALATTIA ONCOLOGICA

A partire dalla fine degli anni '70 del secolo scorso, la ricerca scientifica di area psicologica, psichiatrica e psiconcologica ha iniziato a verificare in maniera precisa l'entità dell'incidenza e della prevalenza di sofferenza psichica nelle patologie oncologiche, descrivendone i quadri clinici principali e le dimensioni psicosociali che interferiscono con la qualità della vita. La letteratura scientifica, sul tema del disagio psichico e della psicopatologia in oncologia è molto vasta e si è modificata nel corso del tempo in funzione dell'affinarsi degli strumenti di misura, dei criteri adottati per la valutazione dei singoli quadri psicopatologici e dell'accumularsi delle conoscenze relative all'area psiconcologica clinica. Per la valutazione di questi disturbi sono stati solitamente utilizzati e seguiti i criteri diagnostici messi a punto dall'American Psychiatric Association (Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders - IV Edition, DSM-IV), oppure, i criteri stabiliti dall'Organizzazione Mondiale della Sanità (International Classification of Diseases - 10 Edition, ICD-10). I disturbi psicologici e psichiatrici più frequentemente riscontrabili attraverso l'impiego dei sistemi nosologici più noti in oncologia comprendono:

- Disturbi dell'adattamento
- Disturbi depressivi
- Disturbi d'ansia
- Disturbi della sessualità
- Disturbi psicotici
- i disturbi psichiatrici e neuropsichiatrici su base organica (disturbi cognitivi, delirium).

E' importante chiarire, come vedremo successivamente, che la letteratura scientifica recente ha evidenziato che sono diversi i problemi emersi nell'impiego dei sistemi nosologici più noti (DSM e ICD), che si sono rilevati limitanti per cogliere altre dimensioni di sofferenza mentale riscontrate nel malato oncologico e nella persona costantemente esposta a materiale cancerogeno, quali:

- Ansia per la salute
- Nosofobia
- Tanatofobia
- Negazione di malattia
- Somatizzazione persistente
- Sintomi di conversione
- Reazione da anniversario
- Umore irritabile
- Demoralizzazione
- Alessitimia.

Per cogliere tali manifestazioni lo strumento diagnostico indicato è il Diagnostic Criteria for Psychosomatic Research (DCPR).

IL DISTURBO DELL'ADATTAMENTO (DA)

Brevi cenni sulla letteratura scientifica internazionale

Il primo studio multicentrico ad aver indagato sistematicamente la patologia psichiatrica in oncologia, utilizzando i criteri DSM, è stato condotto negli Stati Uniti nel 1983 (Psychosocial Collaborative Oncology Group – PSYCOG; Derogatis et al 1983). Per circa la metà del campione, costituito da 215 pazienti, è stata effettuata una diagnosi psichiatrica ed è risultata una netta prevalenza di diagnosi di Disturbo dell'Adattamento (DA). La prevalenza riscontrata nei diversi studi varia da una percentuale del 21% nei pazienti oncologici ospedalizzati (Razavi et al 1990) ad una percentuale del 32% nello studio PSYCOG (Derogatis et al 1983). Nonostante si ipotizzi che i DA sono reazioni disadattive, ma transitorie, nei pazienti con neoplasia possono persistere a lungo e, se trascurati, evolvere verso disturbi psichiatrici cronici come depressione, distimia e disturbo d'ansia generalizzato (Grassi e Rosti 1996).

I disturbi dell'adattamento rappresentano certamente i quadri più frequentemente riportati in ogni fase della malattia, descrivendo l'insieme delle reazioni emozionali secondarie ai molteplici *stressors* collegati alle patologie neoplastiche e coinvolgendo il 20-25% dei pazienti. I lavori condotti in Italia sulla prevalenza dei disturbi psichiatrici in oncologia concordano con quelli internazionali: circa il 27% dei pazienti oncologici sviluppa disturbi dell'adattamento (Grassi et al 2000; Pasquini et al 2006).

Quadro di sintomatologico associato al Disturbo dell'Adattamento

I disturbi dell'adattamento rappresentano i quadri di sofferenza psicologica più frequentemente diagnosticabili nei pazienti con tumore. Con tale termine si intendono i disturbi in cui, in assenza di una particolare vulnerabilità individuale, un evento stressante (quale la diagnosi di tumore e i trattamenti ad essa legati) rappresenta il fattore causale e tendenzialmente esclusivo di insorgenza di sintomi che, si presume, non sarebbero altrimenti occorsi. Essi presentano caratteristiche e intensità tali da influire negativamente sull'adattamento del soggetto alla malattia e sul funzionamento psicofisico generale.

I sintomi possono essere variamente rappresentati da reazioni depressive, d'ansia o miste (ansioso-depressive), reazioni con altri aspetti emozionali (irritabilità, aggressività e collera, labilità emotiva) o con disturbi della condotta (comportamenti inadeguati). Importante risulta la diagnosi differenziale con i disturbi d'ansia e depressivi più specifici. In genere, i disturbi dell'adattamento vengono superati senza residui emozionali se il paziente riceve un adeguato sostegno psicologico. Se non trattati, possono cronicizzare o aggravarsi sconfinando in quadri psicopatologici più severi, quali disturbi depressivi persistenti e disturbi d'ansia generalizzata.

DISTURBI DEPRESSIVI

Brevi cenni sulla letteratura scientifica internazionale e nazionale

I disturbi depressivi sono secondi per prevalenza a quelli dell'adattamento (22-29%) (Weissmann et al 1993; De Florio e Massie 1995; Grassi et al 2000, 2004; Raiser e Miller 2003). La depressione maggiore risulta il quadro più studiato, benché diverse indagini indichino anche l'importanza delle forme "minori" di depressione, inclusive delle forme *subthreshold* e delle forme ansioso-depressive.

Gli episodi maniacali e/o ipomaniacali sono rari (0,5-1,4%) e nella maggioranza dei casi risultano essere secondari alla malattia o ai suoi trattamenti (Derogatis et al 1983; Akechi et al 2001). La presenza di depressione è spesso associata ad una cattiva prognosi e ad un incremento della mortalità (Spiegel e Bloom 1983; Spiegel et al 1994; Watson et al 1999; Stommel et al 2002; Butler et al 2003; Spiegel e Giese-Davis 2003). Diverse alterazioni biologiche (neuro-ormonali, metaboliche e, soprattutto, attivazione del complesso delle citochine pro-infiammatorie) secondarie a chemioterapia, a terapie ormonali o alla stessa malattia rendono inoltre possibile la comparsa di quadri depressivi. I lavori condotti in Italia sulla prevalenza dei disturbi psichiatrici in oncologia concordano con quelli internazionali: i disturbi più frequentemente diagnosticati sono quelli dell'adattamento (27%) seguiti da quelli depressivi (23%) (Grassi et al 2000; Pasquini et al 2006).

Quadro sintomatologico associato ai Disturbi Depressivi

I disturbi depressivi si pongono come problema significativo in oncologia. Secondo vari studi la loro prevalenza è compresa tra il 6% ed il 30% a seconda della fase di malattia, del contesto psicosociale e delle specifiche caratteristiche cliniche di depressione. Vengono in questo ambito considerati più frequenti gli episodi depressivi maggiori, seguiti dalle forme persistenti (ad es. distimia) e dalle depressioni croniche. Se i sintomi depressivi sono presenti in maniera intensa e continua (almeno due settimane), è verosimilmente presente un quadro depressivo maggiore. Se la durata del disturbo si prolunga per un periodo di tempo più considerevole, siamo di fronte a quadri persistenti o ad andamento cronico.

La diagnosi non è sempre facile: è stabilito che, in genere, non devono essere impiegati i cosiddetti criteri somatici del disturbo (astenia, perdita di peso e dell'appetito), che sono spesso determinati dalla malattia neoplastica e che, se usati, porterebbero ad una sovrastima di depressione ("falsi positivi"). E' necessario invece basarsi soprattutto sui criteri affettivo cognitivi quali sentimenti di anedonia, demoralizzazione, impotenza, inutilità, disperazione, colpa e idee di morte larvate o suicidarie franche. La concomitante presenza di dolore facilita lo sviluppo di quadri depressivi, in particolare di quelli più severi, quali la depressione maggiore, aumentando anche il rischio suicidario. Le conseguenze della depressione nei pazienti con tumore sono molteplici e comprendono, oltre al rischio di suicidio, effetti negativi sulla qualità della vita del paziente e della famiglia, problemi nella compliance al trattamento e, più in generale, alterazioni della relazione medico-paziente. Nella diagnosi e nel trattamento dei disturbi depressivi un intervento psichiatrico strutturato è sempre necessario.

DISTUBI D'ANSIA

Brevi cenni sulla letteratura scientifica Internazionale e nazionale

I disturbi d'ansia sono relativamente comuni fra i pazienti oncologici (Bergenmar et al 2004; Kissane et al 2004). Nella maggior parte dei casi si tratta di sintomi reattivi che non costituiscono un ben definito disturbo psichiatrico (Derogatis et al 1983). All'interno dei disturbi d'ansia è necessario soffermarsi sul Disturbo post-traumatico da stress (DPTS), vista la peculiarità del tumore come evento stressante. La malattia non ha caratteristiche catastrofiche in quanto si snoda in un arco temporale lungo e il paziente ha la percezione di poter intervenire sugli eventi correlati ad essa. Solo con la stesura del DSM-IV (nel 2004), la malattia grave e a prognosi infausta viene riconosciuta tra gli eventi di eccezionale gravità o inusuali, quindi alla stregua di eventi catastrofici. Nello studio di Kissane e colleghi (2004) il DPTS era diagnosticato nel 1,7% dei pazienti nella prima fase di malattia (Cordova et al 1995; Alter 1996; Green et al 1998). Riconoscere la presenza di DPTS risulta particolarmente importante dal momento che la valutazione traumatica dell'evento si associa a strategie di coping basate sull'evitamento e l'isolamento sociale (Widows et al 2000), i quali determinano una minor compliance terapeutica.

La presenza di disturbi d'ansia e disturbi depressivi frequentemente si associa con la presenza di sintomi somatici (dolore, affaticabilità, alterazioni sensoriali) che possono persistere anche in fase di risoluzione o guarigione (Chaturvedi e Maguire 1998). Dai dati in letteratura emerge che circa un terzo dei pazienti con tumore (Spiegel e Giese-Davis 2003) sviluppa psicopatologia, quale un disturbo d'ansia, disturbi dell'umore e disordini cognitivi (Grassi et al 2005; Voogt et al 2005).

Quadro sintomatologico associato ai Disturbi d'Ansia

L'ansia può rappresentare, in oncologia, uno dei sintomi o il sintomo principale di una serie di disturbi che hanno però caratteristiche cliniche, prognostiche e terapeutiche diverse tra loro. Dal punto di vista sintomatologico, l'ansia si manifesta con sintomi di tipo psicologico (paure, sensazione di presagi vissuti in chiave pessimistica ecc.) e con sintomi di tipo somatico (sudorazione, tachicardia, fame d'aria ecc). I disturbi d'ansia si possono manifestare in forme acute, più frequenti nelle fasi immediatamente successive alla diagnosi di malattia o di recidiva. Tali quadri sono caratterizzati da insonnia marcata, pensieri continui della malattia, rievocazioni di immagini intrusive, similmente a quanto si verifica dopo un evento catastrofico o un trauma violento. Per tale ragione, essi vengono anche definiti col termine di Sindrome Post-traumatica da Stress (PTSD). Una forma specifica di disturbo d'ansia a carattere acuto è rappresentata dalla Sindrome di Nausea e Vomito Anticipatorio, caratterizzata da meccanismi di condizionamento per cui i sintomi di nausea e di vomito, secondari alla chemioterapia, vengono sperimentati dal paziente prima della chemioterapia stessa. Forme ad andamento più cronico (quali il disturbo d'ansia generalizzata) sono caratterizzate da sentimenti di tensione soggettiva, accompagnata da problemi dell'addormentamento o di mantenimento del sonno, preoccupazione costante per la malattia (che può avere carattere ipocondriaco) e per il futuro, difficoltà nei rapporti interpersonali dovute al senso di vergogna, diversità e inadeguatezza.

I disturbi d'ansia possono essere presenti nel 10 -15% dei casi (la nausea e il vomito anticipatori anche nel 40-50% dei casi). L'intervento specialistico (supporto psicologico, psicoterapia e, se necessario, psicofarmacoterapia) rappresenta una modalità d'azione imprescindibile per il loro trattamento.

DISTURBI DELLA SESSUALITA'

Brevi cenni sulla letteratura scientifica Internazionale e nazionale

Un'ampia letteratura si è concentrata sui disturbi della sessualità come area estremamente importante in oncologia, ma, come detto, molto sottovalutata nella pratica clinica benché coinvolga il 25-40% dei pazienti. Diversi studi hanno riportato come le patologie oncologiche della mammella, dell'ovaio e dell'utero si accompagnino a diminuzione o perdita del desiderio sessuale, alterazioni della risposta genitale femminile (diminuzione o perdita della lubrificazione) e del raggiungimento dell'orgasmo, vaginismo e dispareunia.

D'altra parte, nel sesso maschile, altri studi hanno indicato come i tumori del testicolo e della prostata abbiano conseguenze importanti sulla sessualità, in particolare evitamento della sessualità e ansia da prestazione, eiaculazione precoce, disturbi dell'erezione e inibizione dell'orgasmo. Sono infine riportati problemi della sessualità anche a seguito di patologie neoplastiche che, indipendentemente dal sesso, hanno effetti estremamente negativi sulla vita sessuale quali i tumori della testa-collo, della vescica o del colonretto.

Diversi elementi svolgono un ruolo molteplice nel determinare tali difficoltà, tra cui le alterazioni dell'immagine corporea, gli effetti della chemioterapia e della radioterapia a livello generale e dell'apparato genitale, la perdita di peso, le stomie (ad esempio urostomia, colostomia), le conseguenze della chirurgia e l'incontinenza. L'applicazione, in questo contesto delicato e specifico, del DSM o dell'ICD risulta da molto tempo poco utile con necessità di strumenti più specifici e in grado di investigare in maniera corretta i problemi dei pazienti e delle coppie e di cogliere i livelli di disagio. Ad oggi non esiste un gold standard per la valutazione dei problemi della sfera sessuale anche se vengono utilizzati vari modelli di screening per la diagnosi e il trattamento. Il rischio di disfunzioni sessuali inoltre assume un'importanza sempre più crescente tra i pazienti che sopravvivono ad una diagnosi di tumore.

Quadro sintomatologico associato ai Disturbi della Sessualità

Un problema sessuale viene considerato una disfunzione sessuale, secondo l'American Psychiatric Association (APA) se si ripresenta e persiste nel tempo causando notevole disagio personale e difficoltà interpersonali. L'APA ha definito cinque categorie: disturbo da desiderio sessuale ipoattivo (HSDD), disordine di eccitazione sessuale nella donna (FSAD), disordine dell'orgasmo nella donna, dispareunia e vaginismo. Se non trattati i disturbi della sessualità tendono a cronicizzare, interferendo in misura notevole sulla qualità della vita del paziente e della coppia.

I DISTUBI PSICOTICI

Brevi cenni sulla letteratura scientifica Internazionale e nazionale

Non frequenti in oncologia, salvo le situazioni in cui il paziente presenti una storia di grave sofferenza psicopatologica a livello anamnestico, comprendono quadri caratterizzati da agitazione intensa, disturbi del comportamento, deliri ed allucinazioni, in assenza di un interessamento organico del S.N.C. Tali sintomi possono essere presenti quali espressione di disturbi affettivi (ad es. fase maniacale del disturbo bipolare o maniaco-depressivo, agitazione melanconica nella depressione maggiore c.d. psicotica) o di disturbi dello spettro schizofrenico (ad es. bouffees deliranti acute, episodi psicotici transitori, schizofrenia). Necessitano di un intervento psichiatrico strutturato di tipo sia farmacologico (neurolettici) che gestionale (ricovero psichiatrico). I lavori condotti in Italia sulla prevalenza dei disturbi psichiatrici in oncologia concordano con quelli internazionali: circa il 30-50% dei pazienti oncologici sviluppa disturbi psichiatrici (Grassi et al 2004, Grassi et al 2005).

Quadro sintomatologico associato ai Disturbi Psicotici

Con “disturbo psicotico” si intende un disturbo psichiatrico grave caratterizzato da un distacco dall’ambiente che lo circonda, da forti difficoltà ad iniziare delle attività e a provare sentimenti autentici nei confronti delle altre persone; c’è quindi una grave alterazione dell’equilibrio psichico dell’individuo con compromissione dell’esame di realtà e disturbi formali del pensiero.

Tali disturbi hanno come caratteristica predominante i sintomi psicotici, raggruppabili in:

- *Disturbi di forma del pensiero*: alterazioni del flusso ideico, fino alla fuga delle idee e all’incoerenza, alterazione dei nessi associativi;
- *Disturbi di contenuto del pensiero*: ideazione prevalente o delirante (i cosiddetti deliri); in particolare, è molto nota la cosiddetta paranoia;
- *Disturbi della sensopercezione*: allucinazioni uditive, visive, olfattive, tattili, gustative.

Quindi una persona che presenta sintomi psicotici può non riuscire ad affrontare i suoi problemi quotidiani perché non riesce più a pensare con chiarezza oppure perché è convinta che qualcosa o qualcuno influenzi i suoi pensieri. Con una psicosi, il soggetto può non riuscire più a lavorare come prima, come se avesse perso la capacità di fare cose che prima sapeva fare o come se non potesse più concentrarsi a prendere decisioni. Inoltre può avere difficoltà a parlare con altre persone o non averne più voglia e non provare più piacere a farlo.

I principali disturbi psicotici o forme di psicosi sono: Schizofrenia, Disturbo delirante, Disturbo schizofreniforme, Disturbo schizoaffettivo, Disturbo psicotico breve.

Il trattamento delle psicosi punta a ristabilire un corretto funzionamento biochimico del sistema nervoso centrale. Generalmente il trattamento della psicosi, soprattutto nella fase acuta, è di tipo farmacologico (esistono attualmente molti nuovi farmaci antipsicotici), al quale è fondamentale associare un intervento psicoterapeutico – riabilitativo.

DISTURBI PSICHIATRICI SU BASE ORGANICA

Brevi cenni sulla letteratura scientifica Internazionale e nazionale

Alcuni disturbi psichiatrici in oncologia possono avere un'origine prevalentemente organica. Il delirium è una delle più comuni complicazioni neuropsichiatriche nei pazienti con tumore avanzato, con una prevalenza stimata del 15-20% (Breitbart 1994; Akechi et al 2001; Liubisavljevic e Kelly 2003; Milisen e Foredam 2004).

Sul piano eziologico sono chiamati in causa fattori che interessano direttamente le strutture cerebrali (neoplasie e metastasi cerebrali) o che comportano disturbi del Sistema Nervoso Centrale (processi infettivi, disturbi del metabolismo, problemi di vascolarizzazione cerebrale). I fattori che incrementano il rischio di delirium sono: l'età avanzata (> 65 anni), funzioni renali compromesse (creatinina > 1,5 mg/dl), alte dosi di farmaco, terapia multifarmaco, complicanze derivate da agenti chemioterapici (Raison et al 2005). Tali disturbi comprendono alcuni quadri psichiatrici che si presentano con una prevalenza compresa tra il 5% ed il 40%, a seconda del tipo di neoplasia, dello stadio e delle terapie effettuate. Sul piano eziologico sono infatti chiamati in causa sia i fattori che direttamente interessano le strutture cerebrali (ad es. neoplasie primarie cerebrali o più frequentemente metastasi cerebrali) sia i fattori che indirettamente comportano disturbi del Sistema Nervoso Centrale (ad es. processi infettivi, disturbi del metabolismo, dell'equilibrio idro-elettrolitico, della vascolarizzazione cerebrale; farmaci con azione tossica sul S.N.C., quali gli oppioidi) (31). Tra i quadri psico-organici più frequentemente osservabili, in particolare nelle fasi avanzate di malattia, sono gli stati confusionali, oggi noti con il termine di delirium.

Quadro sintomatologico associato ai Disturbi Psichiatrici

I sintomi del delirium sono rappresentati da disturbi della memoria e dell'attenzione, disorientamento temporospaziale, agitazione psicomotoria (talvolta rallentamento psicomotorio), disturbi del comportamento e, non infrequentemente, disturbi del pensiero (delirio) e della percezione (allucinazioni). L'impatto del delirium sul paziente (profonda angoscia), sui familiari (preoccupazione per la "trasformazione" della personalità del proprio caro) e sullo staff (difficoltà nella gestione della situazione) rende ragione dell'utilità di monitorare le funzioni cognitive dei pazienti in maniera regolare cogliendo, quando possibile, i sintomi prodromici del disturbo (ad es. ipersonnia diurna, insonnia notturna; fluttuazioni dell'attenzione e dell'orientamento). Il trattamento è sia farmacologico (neurolettici) che interpersonale (gestione del disturbo del comportamento, riorientamento del paziente, illuminazione della stanza, presenza di figure significative più facilmente riconoscibili). Ulteriori quadri sono rappresentati dai disturbi a livello cognitivo ad andamento più cronico con interessamento delle funzioni dell'attenzione, della memoria o della concentrazione. Spesso tali quadri sono il risultato di terapie (ad es. irradiazione) che lasciano come esito danni al S.N.C. In alcune circostanze la gravità dell'interessamento delle funzioni superiori può portare a quadri di demenza.

ALTRI DISTURBI PSICOPATOLOGICI DIFFICILMENTE DIAGNOSTICABILI DAI SISTEMI NOSOLOGICI NOTI DI RIFERIMENTO (DSM-ICD)

Come già accennato, è importante chiarire, che la letteratura scientifica recente ha evidenziato che sono diversi i problemi emersi nell'impiego dei sistemi nosologici più noti (DSM e ICD), che si sono rilevati limitanti per cogliere altre dimensioni di sofferenza mentale riscontrate nel malato oncologico e nella persona costantemente esposta a materiale cancerogeno. Un tentativo di chiarificazione a questo ultimo proposito è stato effettuato con l'introduzione di criteri per quadri diagnostici aggiuntivi o sostitutivi del DSM definiti Diagnostic Criteria for Psychosomatic Research (DCPR, rif. bibliografico n. 45).

L'interesse per i DCPR sta diventando sempre maggiore sia nel settore della ricerca psiconcologica e medica, sia nel settore della psicodiagnostica che in quello giuridico assicurativo. Rappresentano indubbiamente un interesse multidisciplinare per la possibilità di approfondire aspetti qualitativamente significativi del disagio psicologico con dati estremamente interessanti relativi al fatto che alcuni disturbi categorizzabili con il DSM, non necessariamente comprendono e corrispondono ad alcune dimensioni di sofferenza colte dai DCPR, quali la demoralizzazione, l'ansia per la salute e l'irritabilità. Più recentemente, Grassi et al. (rif. n. 51), attraverso una valutazione congiunta con l'impiego del DSM-IV e dei DCPR in oncologia, hanno messo in evidenza come, rispetto a 44,5% dei pazienti con una diagnosi DSM-IV (disturbi di adattamento 28% e disturbi dell'umore 10,3%), il 71,2% degli stessi presentasse sintomi per almeno una sindrome DCPR (in particolare ansia per la salute: 37,7%; demoralizzazione: 28,8%; alexithymia: 26%; irritabilità: 11,6%). Le diverse descrizioni dei disturbi psicologici che seguono fanno riferimento, in parte, alla elencazione eseguita anche dalla Società Italiana di Psiconcologia.

ANSIA PER LA SALUTE (IPOCONDRIA)

L'ansia per la salute diventa un vero e proprio problema quando la preoccupazione diventa continua ed arriva a compromettere diverse ambiti (relazionale, lavorativa, scolastica, ricreativa) e la qualità di vita. I fattori predisponenti possono essere vari e diversificati, tra cui l'esperienze familiari di malattia o morte o l'esposizione a situazioni stressanti e a rischio di malattia. Il termine "ansia per la salute" è stato coniato recentemente in sostituzione al più noto termine "ipocondria" che veniva spesso frainteso e rifiutato dalle persone in quanto ritenevano di essere considerate "malati immaginari". In realtà è ormai chiaro che chi si preoccupa di avere una malattia sperimenta realmente i sintomi che riporta al medico. L'ansia per la salute è una condizione che comporta costi rilevanti sia a livello di benessere dell'individuo, che a livello socio-economico per l'eccessivo ricorso all'assistenza sanitaria. Le caratteristiche (o sintomi) principali che assume l'ansia per la salute sono:

- *Paura o preoccupazione persistente di avere una malattia* (per lo più scatenate da sintomi come cuore che batte più veloce, mal di testa, formicolii, tensioni allo stomaco ma anche la lettura di articoli medici o l'esposizione a notizie della tv può innescare il timore).

- Ricerca costante di rassicurazioni (visite mediche, letture approfondite, ricerche su internet).
- Attenzione eccessiva al proprio corpo.
- In alcuni casi, la paura di scoprire qualcosa di brutto porta ad un evitamento costante di medici, visite ed accertamenti.
- Rinuncia di certe attività come se si fosse effettivamente malati o per evitare l'insorgenza di malattie.

Il timore essenziale delle persone affette da ansia per la salute è quello di contrarre una *malattia lunga e debilitante, che porterà sofferenza e dolore* non solo al soggetto ma a tutto il nucleo familiare che dovrà subire la sua condizione. Le persone con ansia per la salute temono la lenta agonia e i dolori atroci. In alcuni è necessario l'intervento psicofarmacologico associato a psicoterapia.

NOSOFOBIA

Coloro che patiscono di questo disordine molte volte son chiamati in modo sbagliato ipocondriaci. L'ipocondria è un disordine in cui la persona è convinta di patire malattie. La nosofobia è stata considerata con frequenza come un caso ristretto di ipocondria, poiché la persona ha il timore alla malattia, ma non è convinta di patirla. I nosofobici, seguendo la classifica del DSM-IV, avrebbero diagnosi di ipocondria. Tuttavia, empiricamente la differenza tra l'autentica ipocondria e la nosofobia sembra essere chiaramente stabilita. La paura dell'ipocondriaco della malattia è diversa nei seguenti aspetti:

- - Mentre gli ipocondriaci non considerano che la loro paura sia eccessiva né irrazionale, i fobici sì.
- - I pazienti ipocondriaci non temono di contrarre una malattia nel futuro (come invece fanno i fobici) ma di averla già contratta, di averla e che non sia stata fatta una diagnosi.
- - I pazienti ipocondriaci non evitano i medici e gli ospedali, né presentano risposte di ansia immediata andando incontro ai precedenti.

In qualsiasi caso, diversi studi fattoriali hanno trovato che esistono due diverse dimensioni nell'ipocondria, la nosofobia da un lato e la convinzione della malattia dall'altro. Esistono evidenze che le terapie di condotta e di esposizione sarebbero più efficaci nei pazienti fobici mentre i trattamenti centrati su cambiamenti cognitivi funzionerebbero meglio con quei pazienti che sono convinti di patire la malattia.

TANATOFOBIA

La tanatofobia è la paura della morte, delle cose morte o di qualsiasi altra cosa ad essa associata. Questo disturbo è spesso associato con altre problematiche quali l'ansia, gli attacchi di panico, la depressione e l'ipocondria. Pur essendo un timore naturale, può però diventare una fobia in seguito ad trauma, e diventare una patologia nel momento in cui il pensiero della morte è così intenso e invadente da condizionare la vita del soggetto impedendo a chi la vive di agire, di scegliere, di cambiare, di vivere. Per quanto riguarda la tanatofobia la psicoterapia è la cura più efficace. Scopo della terapia

psicologica è comprendere quali siano le cause dell'insorgenza della fobia innanzitutto cercando di capire se quella del soggetto è una paura localizzata e superficiale, legata a un trauma specifico, oppure se è una paura di tipo esistenziale, più profonda. La psicoterapia può essere affiancata, in alcuni casi, dalla terapia farmacologica che aiuta a controllare i sintomi.

SOMATIZZAZIONE PERSISTENTE

Il termine somatizzazione è ampiamente utilizzato da medici e psicologi per indicare in modo generico una serie di condizioni patologiche nelle quali la sintomatologia fisica è ritenuta espressione di problemi psicologici e dello stress. Secondo una definizione più precisa la somatizzazione è *“la tendenza transitoria o persistente a provare e comunicare la sofferenza psicologica sotto forma di sintomi somatici e a cercare aiuto medico per questi”*. (Lipowski, 1988).

Generalmente non è possibile identificare un'interazione o una lesione organica che spieghi la presenza di questi disturbi che possono interessare parti del corpo, apparati, e funzioni molto differenti tra loro. La somatizzazione, come categoria diagnostica, risulta vaga e allo stesso tempo restrittiva: da un lato la sua genericità permette di ricorrervi ogni volta che ci si trova di fronte a sintomi fisici inspiegabili, dall'altro non si tiene conto che l'espressione nel corpo delle tensioni emotive è una funzione di base dell'organismo umano che si manifesta continuamente sia in salute che in malattia (Trombini G.; Baldoni F., 1999).

Nella scelta della localizzazione entrano in gioco fattori diversi:

- vi può essere un processo di identificazione con un'altra persona.
- Alcune parti del corpo possono assumere un particolare significato inconscio.
- I sintomi possono assumere la valenza di un linguaggio primitivo simbolico.
- Una ferita o una malattia possono costituire un focus intorno al quale si organizza il nuovo sintomo.

Tutti questi meccanismi operano in maniera inconscia e fanno sì che i sintomi somatici acquisiscano dei significati che li integrano nel resto della personalità (Bassi R., 2006). Nel considerare lo stress e la sofferenza psichica occorre distinguere la somatizzazione occasionale da quella persistente. La prima è una condizione di cui tutti possono soffrire in circostanze di sovraccarico emozionale. Nella somatizzazione cronica invece, il paziente non ricerca consigli o rassicurazioni, né un miglioramento dei propri sintomi fisici, ma necessità di una relazione umana all'interno della quale ritenersi ascoltato e capito e chiede che ci si renda conto che è malato. Le reazioni corporee, anche se avvertite soggettivamente come un sintomo fastidioso, non sono in genere accompagnate da danni fisici, in quanto i processi fisiologici associati agli affetti nello stress psicologico sono tendenzialmente reversibili e di per sé non hanno conseguenze patologiche sui tessuti e gli organi interessati.

SINTOMI DA CONVERSIONE

Si tratta di una patologia che causa la comparsa di sintomi fisici causati da un conflitto psichico, convertiti inconsciamente in sintomi simili a quelli di un disturbo neurologico. Generalmente, l'esordio dei sintomi è collegato a eventi stressanti di tipo sociale o psicologico. Il disturbo di conversione tende a insorgere nell'adolescenza o nella prima età adulta ma può manifestarsi a qualsiasi età, specialmente per cause traumatiche. Sembra abbastanza più comune nel sesso femminile. Per definizione, i sintomi si manifestano in maniera inconscia e sono limitati a quelli che suggeriscono un disturbo neurologico (di solito, compromissione della coordinazione o dell'equilibrio, debolezza, oppure paralisi di un braccio o di una gamba, o ancora perdita della sensibilità in un parte del corpo). Gli altri sintomi comprendono le pseudoconvulsioni; la perdita di uno dei sensi specifici, come la vista (cecità, visione doppia) o l'udito (sordità); l'afonia; le difficoltà nella deglutizione; la sensazione di groppo in gola; e infine la ritenzione urinaria.

REAZIONE D'ANNIVERSARIO

La Reazione d'Anniversario, solitamente compare con una sintomatologia depressiva, in modo insidiosa e violenta, in occasione delle festività o dell'anniversario di un lutto o di un'altra perdita significativa. E' una forma di lutto differito, che a volte può essere più intensa e grave della depressione vissuta al momento della perdita reale. I sentimenti e le emozioni possono essere così intrusivi ed invalidanti che in alcuni casi se non curata e compresa, consegna chi ne soffre ad un sentimento di incomprendimento umiliante, di solitudine sconfortata, di perdita di speranza che può arrivare al suicidio. La depressione da anniversario, può colpire chiunque anche a distanza di molti anni dal lutto reale. Questa forma di depressione non va mai sottovalutata. La cura psicofarmacologica in alcuni casi è fondamentale, quanto un intervento psicoterapeutico per esplorare le aree che impediscono l'elaborazione del lutto e sostenere l'intero processo.

UMORE IRRITABILE

Il disturbo dell'umore irritabile, si caratterizza essenzialmente per una cronica, grave e persistente irritabilità, che si esprime principalmente attraverso due tipi di manifestazioni:

- scoppi di collera verbali e comportamentali improvvisi contro cose e persone (danneggiamento di oggetti o proprietà altrui, aggressione fisica di coetanei, genitori, insegnanti ecc.), in risposta a una profonda frustrazione interna, con o senza cause scatenanti riconoscibili;
- un umore irritabile e "arrabbiato", mantenuto in modo costante e persistente tra uno scoppio di collera e l'altro.

Il disturbo diventa così invalidante che incide anche nella vita socio-relazionale-affettiva. E' consigliata la psicoterapia affiancata, in alcuni casi, anche ad una cura psicofarmacologica.

SINDROME DA DEMORALIZZAZIONE

La dimensione (o sindrome) della demoralizzazione in particolare è stata approfondita nella sua espressione clinica in ambito oncologico e medico in senso lato negli ultimi anni, come condizione non obbligatoriamente associata alla depressione maggiore, non coincidente con le depressioni sotto-soglia e caratterizzata per la presenza di alcuni sintomi/dimensioni *core*. I sintomi proposti per la diagnosi di sindrome di demoralizzazione sono:

- 1) sintomi affettivi di distress esistenziale, inclusi disperazione e perdita di significato e propositi per la vita.
- 2) Atteggiamenti cognitivi di pessimismo, inerzia/inaiutabilità, senso di intrappolamento, fallimento personale o mancanza di un futuro che abbia un valore.
- 3) Assenza protratta di spinta o motivazione che abbia un valore;
- 4) Elementi associati di alienazione sociale o isolamento e mancanza di supporto.
- 5) Fluttuazione nell'intensità dei sintomi.
- 6) Disturbo depressivo maggiore o altro quadro psichiatrico che non sia presente come condizione primaria.

Il disturbo diventa così invalidante che incide anche nella vita socio-relazionale-affettiva. E' consigliata la psicoterapia affiancata, in alcuni casi, anche ad una cura psicofarmacologica.

ALESSITIMIA

Taylor, Bagby e Parker (2000) hanno considerato l'Alessitimia un disturbo dell'elaborazione degli affetti che interferisce con i processi di auto-regolazione e riorganizzazione delle emozioni. Questo potrebbe spiegare la tendenza dei soggetti alessitimici ad assumere alcuni comportamenti compulsivi quali: l'abbuffarsi di cibo, l'abuso di sostanze o il vivere in modo perverso la sessualità per liberarsi dalle tensioni causate da stati emotivi non elaborati. L'Alessitimia può svilupparsi in risposta a traumi estremi per proteggere gli individui dall'esperire affetti estremamente dolorosi (Krystal, 2007): disturbi dell'espressione e delle esperienze emotive sono spesso presenti nei pazienti che hanno sviluppato un disturbo post-traumatico da stress. In breve tempo, infatti, dopo essere stati esposti a un evento traumatico estremo, questi pazienti possono cominciare a sperimentare uno sconvolgimento delle esperienze emotive: se da un lato possono sperimentare stati emotivi intensi correlati al trauma, dall'altro è frequente che i soggetti sviluppino nel tempo una marcata riduzione della capacità di provare emozioni, di entità variabile, fino ad arrivare a una vera e propria "anestesia emozionale" (Stone AM, 1993). Inoltre, altre ricerche hanno dimostrato una forte correlazione tra il disturbo depressivo e quello alessitimico (Havilandet al., 1998; Honkalampiet al., 2000; Honkalampiet al., 2005; Lipsanen, Saarijarvi, Lauerma, 2004; Saarijarvi, Salminen, Toikka, 2001) evidenziando una difficoltà-incapacità della persona depressa di identificare ed esprimere i propri sentimenti. Per la cura, è consigliata la psicoterapia affiancata, in alcuni casi, anche da una cura psicofarmacologica.

Bibliografia

1. Holland JC, Breitbart WS, Jacobsen PB, et al. (eds). *Psycho-Oncology*. 2nd edition. New York: Oxford University Press, 2010.
2. Grassi L, Biancosino B, Marmai L, Rossi E, Sabato S. Psychological factors affecting oncology conditions. In Porcelli P, Sonino N (eds). *Psychological factors affecting medical conditions. A new classification for DSM-V*. Vol 28. Basel: Karger, 2007; pp 57-71.
3. Grassi L, Holland JC, Johansen C, Koch U, Fawzy F. Psychiatric concomitants of cancer, screening procedures and training of health care professionals in oncology: the paradigms of psycho-oncology in the psychiatry field. In: Christodoulou GN (ed). *Advances in psychiatry*. Vol. II. Geneva: World Psychiatric Association, 2005; pp. 59-66.
4. American Psychiatric Association. *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders*. 4th Edition. Washington: American Psychiatric Association, 1994.
5. American Psychiatric Association. *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders*. 4th Edition. Text revision. Washington: American Psychiatric Association, 2000.
6. World Health Organization. *The ICD-10 classification of mental and behavioural disorders: clinical descriptions and diagnostic guidelines*. Geneva: WHO, 1992.
7. Grassi L, Albieri G, Rosti G, Marangolo M. Psychiatric morbidity after cancer diagnosis. *Exp Clin Psychiatry* 1987; 3: 199-205.
8. Morasso G, Costantini M, Baracco G, et al. Assessing psychological distress in cancer patients: validation of a self-administered questionnaire. *Oncology* 1996; 53: 295-302.
9. Razavi D, Delvaux N, Farvacques C, Robaye E. Screening for adjustment disorders and major depressive disorders in cancer in-patients. *Br J Psychiatry* 1990; 156: 79-83.
10. Kissane DW, Clarke DM, Ikin J, et al. Psychological morbidity and quality of life in Aus-109 tralian women with early stage breast cancer: a cross-sectional survey. *Med J Aust* 1998; 169:192-6.
11. Grassi L, Sabato S, Rossi E, Biancosino B, Marmai L. Use of the diagnostic criteria for psychosomatic research in oncology. *Psychother Psychosom* 2005; 74: 100-7.
12. Mercadante S, Vitrano V, Catania V. Sexual issues in early and late stage cancer: a review. *Support Care Cancer* 2010; 18: 659-65.
13. Snyder S, Strain JJ, Wolf D. Differentiating major depression from adjustment disorder with depressed mood in the medical setting. *Gen Hosp Psychiatry* 1990; 12: 159-65.
14. Casey P, Dowrick C, Wilkinson G. Adjustment disorders: fault line in the psychiatric glossary. *Br J Psychiatry* 2001; 179: 479-81.
15. Grassi L, Mangelli L, Fava GA, et al. Psychosomatic characterization of adjustment disorders in the medical setting: some suggestions for DSM-V. *J Affect Dis* 2007; 101: 251-4.
16. Chochinov HM. Depression in cancer patients. *Lancet Oncol* 2001; 2: 499-505.
17. Massie MJ. Prevalence of depression in patients with cancer. *J Natl Cancer Inst Monogr* 2004; 32: 57-71.

18. Mitchell AJ, Chan M, Bhatti H, et al. Prevalence of depression, anxiety and adjustment disorder in oncological, haematological, and palliative care settings: a meta-analysis of 94 interview-based studies. *Lancet Oncol* 2011; 12:160-74.
19. Endicott J. Measurement of depression in patients with cancer. *Cancer* 1984; 53: 2243-8.
20. Bukberg J, Penman D, Holland JC. Depression in hospitalized cancer patients. *Psychosom Med* 1984; 46: 199-212.
21. Von Ammon Cavanaugh SV. Depression in the medically ill. Critical issues in diagnostic assessment. *Psychosomatics* 1995; 36: 48-59.
22. Chochinov HM, Wilson KG, Enns M, Lander S. Prevalence of depression in the terminally ill: effects of diagnostic criteria and symptom threshold judgments. *Am J Psychiatry* 1994;151: 537-40.
23. Akechi T, Ietsugu T, Sukigara M, et al. Symptom indicator of severity of depression in cancer patients: a comparison of the DSM-IV criteria with alternative diagnostic criteria. *Gen Hosp Psychiatry* 2009; 31: 225-32.
24. Clarke DM, Kissane DW. Demoralization: its phenomenology and importance. *Austr NZ J Psych.* 2002;36:733-42.
25. Raison CL, Miller AH. Depression in cancer: new developments regarding diagnosis and treatment. *Biol Psychiatry* 2003; 54: 283-9.
26. Lloyd-Williams M. Screening for depression in palliative care patients: a review. *Eur J Cancer Care* 2001; 10: 31-5.
27. Wasteson E, Brenne E, Higginson IJ, et al. Depression assessment and classification in palliative cancer patients: a systematic literature review. *Palliat Med* 2009; 23: 739-53.
28. Rayner L, Loge JH, Wasteson E, Higginson IJ, European Palliative Care Research Collaborative (EPCRC). The detection of depression in palliative care. *Curr Opin Support Palliat Care* 2009; 3: 55-6.
29. Breitbart W, Holland JC (eds). *Psychiatric aspects of symptom management in cancer patients*. Washington DC: American Psychiatric Press, 1993.
30. Smith MY, Reed WH, Peyser C, Vogl D. Post-traumatic stress disorder in cancer: a review. *Psycho-Oncology* 1999; 8: 521-37.
31. Smit SK, Zimmerman S, Williams CS, Preisser JS, Clipp EC. Post-traumatic stress outcomes in non-hodgkin's lymphoma survivors. *J Clin Oncol* 2008; 26: 934-41.
32. Marshall RD, Olfson M, Hellman F, et al. Comorbidity, impairment, and suicidality in subthreshold PTSD. *Am J Psychiatry* 2001; 158: 1467-73.
33. Stein MB, Walker JR, Hazen AL, Forde DR. Full and partial posttraumatic stress disorder: a community survey. *Am J Psychiatry* 1997; 154: 1114-9.
34. Gurevich M, Devins GM, Rodin GM. Stress response syndromes and cancer: conceptual and assessment issues. *Psychosomatics* 2002; 43: 259-81.
35. Tedstone JE, Tarrier N. Posttraumatic stress disorder following medical illness and treatment. *Clin Psychol Rev* 2003; 23: 409-48.
36. Elena S, Ratne ES, Foran KA, Schwartz PE, Minkin MJ. Sexuality and intimacy after gynecological cancer. *Maturitas* 2010; 66: 23-6.

37. Roth AJ, Carter J, Nelson CJ. Sexuality after cancer. In: Holland JC, Breitbart WS, Jacobsen PB, et al. (eds). *Psycho-Oncology*. 2nd edition. New York: Oxford University Press, 2010; pp. 245-50.
38. Greenberg DB. The measurement of sexual dysfunction in cancer patients. *Cancer* 1984; 53: 2281-5.
39. Cull AM. The assessment of sexual function in cancer patients. *Eur J Cancer* 1992; 28: 1680-6.
40. Stead ML, Brown JM, Fallowfield L, Selby P. Communication about sexual problems and sexual concerns in ovarian cancer: a qualitative study. *BMJ* 2001; 323: 836-7.
41. Hordern AJ, Street AF. Constructions of sexuality and intimacy after cancer: patient and health professional perspectives. *Soc Sci Med* 2007; 64: 1704-18.
42. Park ER, Norris RL, Bober SL. Sexual health communication during cancer care: barriers and recommendations. *Cancer J* 2009; 15: 74-7.
43. Van't Spijker A, Trijsburg RW, Duivenvoorden HJ. Psychological sequelae of cancer diagnosis: a meta-analytical review of 58 studies after 1980. *Psychosom Med* 1997; 59: 280.
44. Porcelli P, Sonino N (eds). *Psychological factors affecting medical conditions. A new classification for DSM-V*. Vol 28. Basel: Karger 2008; pp. 57-71.
45. Fava GA, Freyberger HJ, Bech P, et al. Diagnostic criteria for use in psychosomatic research. *Psychother Psychosom* 1995; 63: 1-8.
46. Fava GA, Mangelli L, Ruini C. Assessment of psychological distress in the setting of medical disease. *Psychother Psychosom* 2001; 70: 171-5.
47. Grassi L, Rosti G, Albieri G, Marangolo M. Depression and abnormal illness behavior in cancer patients. *Gen Hosp Psychiatry* 1989; 11: 404-11.
48. Grassi L, Rosti G. Psychiatric and psychosocial concomitants of illness behaviour in patients with cancer. *Psychother Psychosom* 1996; 65: 246-52.
49. Porcelli P, Tulipani C, Maiello E, et al. Alexithymia, coping, and illness behavior correlates of pain experience in cancer patients. *Psychooncology* 2007; 16: 644-50.
50. Grassi L, Rosti G, Lasalvia A, Marangolo M. Psychosocial variables associated with mental adjustment to cancer. *Psychooncology* 1993; 2: 11-20.
51. Grassi L, Sabato S, Rossi E, Biancosino B, Marmai L. Use of the diagnostic criteria for psychosomatic research in oncology. *Psychother Psychosom* 2005; 74: 100-7.
52. Grassi L, Rossi E, Sabato S, et al. Diagnostic criteria for psychosomatic research and psychosocial variables in breast cancer patients. *Psychosomatics* 2004; 45: 483-91.
53. Mangelli L, Fava GA, Grandi S, et al. Assessing demoralization and depression in the setting of medical disease. *J Clin Psychiatry* 2005; 6: 391-4.
54. de Figueredo JM. Depression and demoralization: phenomenological differences and research perspectives. *Compr Psychiatry* 1993; 34: 308-11.
55. Kissane DW, Clarke DM, Street AF. Demoralization syndrome. A relevant psychiatric diagnosis for palliative care. *J Pall Care* 2001; 17: 12-21.
56. Kissane DW, Wein S, Love A, et al. The Demoralization Scale: a report of its development and preliminary validation. *J Pall Care* 2004; 20: 269-76.
57. Holland JC. Preliminary guidelines for the treatment of distress. *Oncology* 1997; 11:109-14.

58. National Comprehensive Cancer Network. NCCN practice guidelines for the management of psychosocial distress. *Oncology* 1999; 13: 113-47.
59. Holland JC, Andersen B, Breitbart WS, et al. Distress management. *J Natl Compr Canc Netw* 2010; 8: 448-85.
60. Mitchell AJ. Pooled results from 38 analyses of the accuracy of distress thermometer and other ultra-short methods of detecting cancer-related mood disorders. *J Clin Oncol* 2007; 25:4670-81.
61. Bultz B, Berman BJ. Branding distress as the 6th vital sign: policy implications. In: Holland JC, Breitbart WS, Jacobsen PB, Lederberg MS, Loscalzo MJ, McCorkle R (eds). *Handbook of psycho-oncology*. New York: Oxford University Press, 2010; pp. 663-5.
62. Smith AB, Rush R, Wright P, Stark D, Velikova G, Sharpe M. Validation of an item bank for detecting and assessing psychological distress in cancer patients. *Psychooncology* 2009;18: 195-9.
63. Cleeland CS, Sloan JA, ASCPRO Organizing Group. Assessing the symptoms of cancer using patient-reported outcomes (ASCPRO): searching for standards. *J Pain Symptom Manage* 2010; 39: 1077-85.
64. Robson A, Scrutton F, Wilkinson L, MacLeod F. The risk of suicide in cancer patients: a review of the literature. *Psychooncology* 2010; 19: 1250-8.
65. Spoletini I, Gianni W, Caltagirone C, et al. Suicide and cancer: where do we go from here? *Crit Rev Oncol Hematol* 2010; 19: 1250-8.
66. Grassi L, Caruso R, Nanni MG. Dealing with depression. Communication to depressed cancer patients and grieving families. In: Surbone A, Zwitter M, Rajer M, Stiefel R (eds). *New challenges in communication with cancer patients*. New York: Springer; in press.
67. Breitbart W, Pessin H, Kolva E. Suicide and desire for hastened death in people with cancer. In: Kissane DW, Maj M, Sartorius N (eds). *WPA programme on depression in persons with physical diseases. Depression and cancer*. Hoboken, NJ: WileyBlackwell, 2010.
68. Walker J, Waters RA, Murray G, et al. Better off dead: suicidal thoughts in cancer patients. *J Clin Oncol* 2008; 26: 4725-30.
69. Chochinov HM, Wilson KG, Enns M, et al. Desire for death in the terminally ill. *Am J Psychiatry* 1995; 152: 1185-91.
70. Rodin G, Zimmermann C, Rydall A, et al. The desire for hastened death in patients with metastatic cancer. *J Pain Symptom Manage* 2007; 33: 661-75.
71. Breitbart W, Rosenfeld B, Pessin H, et al. Depression, hopelessness, and the desire for hastened death in terminally ill patients with cancer. *JAMA* 2000; 284: 2907-11.
72. Tiernan E, Casey P, O'Boyle C, et al. Relations between desire for early death, depressive symptoms and antidepressant prescribing in terminally ill patients with cancer. *J Royal Soc Med* 2002; 95: 386-90.
73. Kelly B, Burnett P, Pelusi D, et al. Factors associated with the wish to hasten death: a study of patients with terminal illness. *Psychol Med* 2003; 33: 75-81.
74. O'Mahony S, Goulet J, Kornblith A, et al. Desire for hastened death, cancer pain and depression: report of a longitudinal observational study. *J Pain Symptom Manage* 2005; 29: 446-57.

75. Recklitis C, Lockwood R, Rothwell M, et al. Suicidal ideation and attempts in adult survivors of childhood cancer. *J Clin Oncol* 2006; 24: 3852-7.
76. Recklitis CJ, Diller LR, Li X, et al. Suicide ideation in adult survivors of childhood cancer: a report from the childhood cancer survivor study. *J Clin Oncol* 2010; 28: 655-61.
77. Akechi T, Okamura H, Yamawaki S, Uchitomi Y. Why do some cancer patients with depression desire an early death and others do not? *Psychosomatics* 2001; 42: 141-5.
78. Louhivuori KA, Hakama M. Risk of suicide among cancer patients. *Am J Epidemiol* 1979; 109: 59-65.
79. Fox BH, Stanek EJ 3rd, Boyd SC, et al. Suicide rates among cancer patients in Connecticut. *J Chronic Dis* 1982.
80. Allebeck P, Bolund C, Ringback G. Increased suicide rate in cancer patients: a cohort study based on the Swedish Cancer-Environment Register. *J Clin Epidemiol* 1989; 42: 611-6.
81. Storm HH, Christensen N, Jensen OM. Suicides among Danish patients with cancer: 1971 to 1986. *Cancer* 1992; 69: 1507-12.
82. Tanaka H, Tsukuma H, Masaoka T, et al. Suicide risk among cancer patients: experience at one medical center in Japan, 1978-1994. *Jpn J Cancer Res* 1999; 90: 812-7.
83. Crocetti E, Arniani S, Acciai S, et al. High suicide mortality soon after diagnosis among cancer patients in central Italy. *Br J Cancer* 1998; 77: 1194-6.
84. Fang F, Keating NL, Mucci LA, et al. Immediate risk of suicide and cardiovascular death after a prostate cancer diagnosis: cohort study in the United States. *J Natl Cancer Inst* 2010;102: 307-14.
85. Schairer C, Brown LM, Chen BE, et al. Suicide after breast cancer: an international population-based study of 723,810 women. *J Natl Cancer Inst* 2006; 98: 1416-9.
86. Bjorkenstam C, Edberg A, Ayoubi S, et al. Are cancer patients at higher suicide risk than the general population? *Scand J Public Health* 2005; 33: 208-14.
87. Hem E, Loge JH, Haldorsen T, et al. Suicide risk in cancer patients from 1960 to 1999. *J Clin Oncol* 2004;22:4209-16.
88. Yousaf U, Christensen ML, Engholm G, et al. Suicides among Danish cancer patients, 1971-1999. *Br J Cancer* 2005; 92: 995-1000.
89. Misono S, Weiss NS, Fann JR, Redman M, Yueh B. Incidence of suicide in persons with cancer. *J Clin Oncol* 2008; 26: 4731-8.
90. Henriksson MM, Isometsä ET, Hietanen PS, Aro HM, Lönnqvist JK. Mental disorders in cancer suicides. *J Affect Disord* 1995; 36: 11-20.
91. Turaga KK, Malafa MP, Jacobsen PB, Schell MJ, Sarr MG. Suicide in patients with pancreatic Cancer. *Cancer* 2010; 117: 642-7.
92. Grassi L, Biondi M, Costantini A. *Manuale Pratico di Psiconcologia*. Roma: Il Pensiero Scientifico Editore, 2003.
93. Dietrich J, Monje M, Wefel J, Meyers C. Clinical patterns and biological correlates of cognitive dysfunction associated with cancer therapy. *Oncologist* 2008; 13: 1285-95.
94. Taillibert S, Voillery D, Bernard-Marty C. Chemobrain: is systemic chemotherapy neurotoxic? *Curr Opin Oncol* 2007; 19: 623-7.

95. Ricard D, Taillia H, Renard JL. Brain damage from anticancer treatments in adults. *Curr Opin Oncol* 2009; 21: 559-65.
96. Soussain C, Ricard D, Fike JR, et al. CNS complications of radiotherapy and chemotherapy. *Lancet* 2009; 374: 1639-51.
97. Davis B, Fernandez F, Adams F, et al. Diagnosis of dementia in cancer patients. *Psychosomatics* 1987; 28: 1175-9.
98. Breitbart WS, Lawlor P, Friedlander M. Delirium in the terminally ill. In: Chochinov HM, Breitbart WS (eds). *Handbook of psychiatry in palliative medicine*. 2nd ed. New York: Oxford University Press, 2009; pp. 81-100.
99. Caraceni A, Grassi L. Delirium. Acute confusional states in palliative medicine. 2nd ed. Oxford: Oxford University Press, 2011.
100. Miovic M, Block S. Psychiatric disorders in advanced cancer. *Cancer* 2007; 110: 1665-76.
101. Lee BN, Dantzer R, Langley KE, et al. A cytokine-based neuroimmunologic mechanism of cancer-related symptoms. *Neuroimmunomodulation* 2004; 11: 279-92.
102. Miller AH, Ancoli-Israel S, Bower JE, Capuron L, Irwin MR. Neuroendocrine-immune mechanisms of behavioral comorbidities in patients with cancer. *J Clin Oncol* 2008; 26: 971-82.
103. Jehn CF, Kuehnhardt D, Bartholomae A, et al. Biomarkers of depression in cancer patients. *Cancer* 2006; 107: 2723-9.
104. Costanzo ES, Lutgendorf SK, Sood AK, et al. Psychosocial factors and interleukin-6 among women with advanced ovarian cancer. *Cancer* 2005; 104: 305-13.
105. Lutgendorf SK, Weinrib AZ, Penedo F, et al. Interleukin-6, cortisol, and depressive symptoms in ovarian cancer patients. *J Clin Oncol* 2008; 26: 4820-7.
106. Loftis JM, Huckans M, Morasco BJ. Neuroimmune mechanisms of cytokine-induced depression: current theories and novel treatment strategies. *Neurobiol Dis* 2010; 37: 519-33.
107. Grassi L, Rossi E, Cobianchi M, et al. Depression and serotonin transporter (5-HTTLPR) polymorphism in breast cancer patients. *J Affect Disord* 2010; 124: 346-50.
108. Carver CS, Pozo-Kaderman C, Harris SD, et al. Optimism versus pessimism predicts the quality of women adjustment to early stage breast cancer. *Cancer* 1994; 73: 1213-20.
109. Grassi L, Malacarne P, Maestri A, Ramelli E. Depression, psychosocial variables and occurrence of life events among patients with cancer. *J Affect Disord* 1997; 44: 21-30.
110. Bloom JR, Kessler L. Emotional support following cancer: a test of the stigma and social activity hypothesis. *J Health Soc Behav* 1994; 35: 118-33.
111. Maya J, Schroevers MJ, Helgeson VS, Sanderman R, Ranchor AV. Type of social support matters for prediction of posttraumatic growth among cancer survivors. *Psychooncology* 2010; 19: 46-53.
112. Baider L, Goldzweig G, Ever-Hadani P, Peretz T. Psychological distress and coping in breast cancer patients and healthy women whose parents survived the Holocaust. *Psychooncology* 2006; 15: 635-46.

113. Baider L, Goldzweig G, Ever-Hadani P, Peretz T. Breast cancer and psychological distress: mothers' and daughters' traumatic experiences. *Support Care Cancer* 2008; 16: 407-14.
114. Ford S, Fallowfield L, Lewis L. Can oncologists detect distress in their out-patients and how satisfied are they with their performance during bad news consultations? *Br J Cancer* 1994; 70: 767-70.
115. Passik SD, Dugan W, McDonald MV, et al. Oncologists' recognition of depression in their patients with cancer. *J Clin Oncol* 1998; 16: 1594-600.
116. Lampic C, Nordin K, Sjöden PO. Agreement between cancer patients and their physicians in the assessment of patient anxiety at follow-up visits. *Psychooncology* 1995; 4: 301-10.
117. Cull A, Stewart M, Altman DG. Assessment and intervention for psychosocial problems in routine oncology practice. *Br J Cancer* 1995; 72: 229-35.
118. Sharpe M, Strong V, Allen K, et al. Major depression in outpatients attending a regional cancer centre: screening and unmet treatment needs. *Br J Cancer* 2004; 90: 314-20.
119. Hewitt M, Rowland JH. Mental health service use among adult cancer survivors: analyses of the National Health Interview Survey. *J Clin Oncol* 2002; 20: 4581-90.
120. Kadan-Lottick NS, Vanderwerker LC, Block SD, Zhang B, Prigerson HG. Psychiatric disorders and mental health service use in patients with advanced cancer: a report from the coping with cancer study. *Cancer* 2005; 104: 2872-81.
121. Kissane DW, Smith GC. Consultation-liaison psychiatry in an Australian oncology unit. *Austr NZ J Psychiatry* 1996; 30: 397-404.
122. Pascoe S, Edelman S, Kidman A. Prevalence of psychological distress and use of support services by cancer patients at Sydney hospitals. *Aust NZ J Psychiatry* 2000; 34: 785-91.
123. Grassi L, Gritti P, Rigatelli M, Gala C. Psychosocial problems secondary to cancer: an Italian multicenter survey of consultation-liaison psychiatry in oncology. *Eur J Cancer* 2000; 36: 579-85.
124. Carlson LE, Bultz BD. Cancer distress screening. Needs, models, and methods. *J Psychosom Res* 2003; 55: 403-9.
125. Jacobsen PB. Screening for psychological distress in cancer patients: challenges and opportunities. *J Clin Oncol* 2007; 25: 4526-7.
126. Vodermaier A, Linden W, Siu C. Screening for emotional distress in cancer patients: a systematic review of assessment instruments. *J Natl Cancer Inst* 2009; 101: 1464-88.
127. Zwahlen D, Hagenbuch N, Carley MI, Recklitis CJ, Buchi S. Screening cancer patients' families with the Distress Thermometer (DT): a validation study. *Psychooncology* 2008; 17:959-66.
128. Hegel MT, Collins ED, Kearing S, Gillock KL, Moore CP, Ahles TA. Sensitivity and specificity of the Distress Thermometer for depression in newly diagnosed breast cancer patients. *Psychooncology* 2008; 17: 556-60.
129. Grassi L, Sabato S, Rossi E, Marmai L, Biancosino B. Affective syndromes and their screening in cancer patients with early and stable disease: Italian ICD-10 data and

- performance of the Distress Thermometer from the Southern European Psycho-Oncology Study (SEPOS). *J Affect Disord* 2009; 114: 193-9.
130. Thekkumpurath P, Venkateswaran C, Kumar M, Newsham A, Bennett MI. Screening for psychological distress in palliative care: performance of touch screen questionnaires compared with semistructured psychiatric interview. *J Pain Symptom Manage* 2009; 38: 597-605.
131. Strong V, Waters R, Hibberd C, et al. Emotional distress in cancer patients: the Edinburgh Cancer Centre symptom study. *Br J Cancer* 2007; 9: 868-74.
132. Walker J, Postma K, McHugh GS, et al. Performance of the Hospital Anxiety and Depression Scale as a screening tool for major depressive disorder in cancer patients. *J Psychosom Res* 2007; 63: 83-91.
133. Thekkumpurath P, Walker J, Butcher I, et al. Screening for major depression in cancer outpatients: the diagnostic accuracy of the 9-item patient health questionnaire. *Cancer* 2010. Epub ahead of print.
134. Grassi L, Nanni MG, Caruso R. Emotional distress in cancer: screening policy, clinical limitations and educational needs. *Journal of Medicine and the Person* 2010; 8: 51-9.
135. Kissane DW, Bultz BD, Butow PM, Fnlay IG (eds). *Handbook of communication in oncology and palliative care*. New York: Oxford University Press, 2010.
136. Grassi L, Travado L, Gil F, Campos R, Lluch P, Baile W. A communication intervention for training southern European oncologists to recognize psychosocial morbidity in cancer. I - development of the model and preliminary results on physicians' satisfaction. *J Cancer Educ* 2005; 20: 79-84.
137. Costantini A, Baile WF, Lenzi R, et al. Overcoming cultural barriers to giving bad news: feasibility of training to promote truth-telling to cancer patients. *J Cancer Educ* 2009; 24: 180-5.
138. Lenzi R, Baile WF, Costantini A, Grassi L, Parker PA. Communication training in oncology: results of intensive communication workshops for Italian oncologists. *Eur J Cancer Care (Engl)* 2011; 20: 196-203.
139. International Psycho-Oncology Society. Multilingual core curriculum in psychosocial oncology 2005-2009. www.ipos-society.org
140. Walker J, Sharpe M. Depression care for people with cancer: a collaborative care intervention. *Gen Hosp Psychiatry* 2009; 31: 436-41.
141. Strong V, Waters R, Hibberd C, et al. Management of depression for people with cancer (SMaRT Oncology 1): a randomised trial. *Lancet* 2008; 372: 40-8.

III. AMIANTO: IL “DANNO DA PERICOLO”, OVVERO IL DANNO PSICOLOGICO DA ESPOSIZIONE ALL’ASBESTO

L’accreciuta consapevolezza che anche le persone non direttamente esposte alle lavorazioni di amianto si possono ammalare di mesotelioma, ha lasciato a livello psicologico un’impronta allarmante e provocato reazioni di diverse intensità emotive (paura, ansia, angoscia, disperazione, rabbia, ecc.), primi fra tutti, su tutti quei cittadini che vivono in zone considerate ad alto rischio.

Da una parte, si osserva, che la percezione di una minaccia ambientale, non adeguatamente spiegata e affrontata pubblicamente da una classe politica, ha portato molte persone ad una totale mancanza di fiducia nelle istituzioni garanti della salute e a considerare ogni loro possibile azione inefficace ad eliminare il pericolo ambientale in cui si trovano a vivere. Dall’altra, molti di loro, una volta apprese le lacune del sistema, per una questione di giustizia, hanno costituito associazioni ed enti, per realizzare fini di solidarietà sociale, come strumento per perseguire insieme la piena realizzazione ed esplicazione dei valori e dei diritti della nostra Costituzione. Non è un caso che negli ultimi decenni sono in continuo aumento le richieste di risarcimento dei danni cd *Toxic Tort*, ossia gli illeciti nei quali il danno è causato dalla sola esposizione a sostanze tossiche, indipendentemente dall’insorgenza di patologia.

Non è difficile immaginare come la sola esposizione a materiale cancerogeno, porta la persona a vivere un forte disagio, tensione e preoccupazione che, normalmente, si sperimenta di fronte a situazioni ambientali considerate potenzialmente minacciose per la propria vita.

Solitamente l’individuo sano di fronte ad una minaccia ambientale risolve il problema eliminandolo ma se questo non è possibile, la costante esposizione diventa quel fattore responsabile di quell’affaticamento mentale che si considera produttore di stress; ed il quale, a certi livelli altera il funzionamento cognitivo ed emotivo dell’individuo, condizionando gravemente la qualità del modo di vivere nel suo ambiente, le relazioni affettive, sociali e ricreative. In base a quanto è stato rilevato sino ad oggi in letteratura scientifica e dalla ricerca sul campo, si possono ipotizzare, e in molti casi confermare, diversi effetti dovuti allo stress ambientale sull’individuo che è costretto a subirlo: disturbi cognitivi, timore di ammalarsi, ipocondria, sindromatologie psicosomatiche, nevrosi e idee ossessive, depressione, riduzione delle

ore di sonno, disturbi di attacchi di panico, abbassamento del sistema immunitario, problemi cardiocircolatori, ecc..

I disagi psichici possono presentarsi singolarmente e/o associati ad altri disturbi, e quando sono costanti ed eccessivi finiscono per costituire una vera e propria patologia psichica, non di rado si richiede anche l'intervento psicofarmacologico per contrastare i sintomi. In altre situazioni, invece, l'alterazione psicologiche non solo tali da produrre una psicopatologia (danno psichico), ma piuttosto, producono una modificazione peggiorativa dell'equilibrio psicologico e dello stile di vita nell'ambito dei rapporti sociali, della famiglia e degli affetti in un ottica relazionale ed emotiva; e ciò condiziona marcatamente la qualità della vita, la sua progettualità e le aspettative (danno esistenziale).

Ed è quello che già sta succedendo a quelle persone che una volta appresa la notizia di una minaccia ambientale nelle vicinanze delle loro abitazioni, per paura di ammalarsi di un tumore, si sono difese attivando comportanti, condotte, strategie non adatte a fronteggiare l'incombente del danno.

Il cambiamento catastrofico del loro abituale modo di vivere la quotidianità, si evince dal fatto che vivono nelle loro case con le tapparelle sempre abbassate per non correre il pericolo di respirare fibre di amianto, evitano di andare a passeggiare o fare sport nei parchi di zona, o cominciano a fantasticare di vendere casa, o posticipano il progetto di mettere su famiglia, ecc. Ciò che, invece, andrebbe approfondito, sono gli studi sugli effetti di una minaccia ambientale nel sistema di attaccamento genitore/bambino. La letteratura internazionale si è ampiamente focalizzata sulla responsabilità del *caregiver* nel favorire uno stile di attaccamento sicuro nel bambino, sottolineando, l'importanza della qualità delle risposte del genitore nei confronti delle preoccupazioni del bambino alla separazione ed esplorazione dell'ambiente. Si evidenziano come i disturbi psicologici del genitore, ma anche periodi di ansia e /o depressione non patologica, possono modificare gli atteggiamenti genitoriali verso il bambino e diventare patogeni (ad esempio, una madre che per proteggere il proprio bambino dai pericoli ambientali, cambia improvvisamente il suo stile di educazione, diventa eccessivamente protettiva, severa, e non tollera più che il proprio bambino sia fuori dalla portata del suo controllo visivo quando esplora l'ambiente; tutto questo in un clima di tensione).

Per quanto riguarda la giurisdizione nel nostro paese, si rileva che sta affrontando questo vasto problema e propende per la sua risarcibilità anche da parte di quei cittadini che abitando nelle vicinanze delle grandi imprese di estrazione o lavorazione di asbesto, abbiano vissuto con la preoccupazione costante di poter contrarre malattie polmonari gravi.

Avvicinandoci al nostro tema di interesse, purtroppo, c'è anche da dire, che molte domande di risarcimento per danno da esposizione sono state rigettate per mancanza di allegazione della documentazione medica/psicologica necessaria e che provasse l'effettiva sofferenza patita dalla vittima. Di fatto, il danno non patrimoniale costituisce un "danno conseguenza", ossia un danno che deve essere provato dal danneggiato, di conseguenza dovrebbe essere di suo particolare interesse allegare tutte le prove necessarie per la verifica della risarcibilità del danno da pericolo, che consiste nelle conseguenze negative che la preoccupazione di subire un pregiudizio comporta, indipendentemente dallo sviluppo della patologia fisica, e come tale da classificarsi a seconda delle sfumature quale pregiudizio del danno psichico, esistenziale o morale.

E' bene ricordare che la prima pronuncia dei giudici di Cassazione che aprì la strada a richieste risarcitorie, fu la sentenza 2515 del 21 febbraio 2002 intervenuta sulla vicenda del caso Seveso, che prevedeva che *"in caso di compromissione dell'ambiente a seguito di disastro colposo (art. 449 c.p.), il danno morale soggettivo lamentato dai soggetti che si trovano in una particolare situazione (in quanto abitano e/o lavorano in detto ambiente) e che provino in concreto di avere subito un turbamento psichico (sofferenze e patemi d'animo) di natura transitoria a causa dell'esposizione a sostanze inquinanti ed alle conseguenti limitazioni del normale svolgimento della loro vita, è risarcibile autonomamente anche in mancanza di una lesione all'integrità psico-fisica (danno biologico) o di altro evento produttivo di danno patrimoniale, trattandosi di reato plurioffensivo che comporta, oltre all'offesa all'ambiente ed alla pubblica incolumità, anche l'offesa ai singoli, pregiudicati nella loro sfera individuale"*.

Ed ancora, facendo riferimento a fatti più recenti, anche a Torino all'interno del processo Eternit, veniva accolta la costituzione di parte civile delle persone fisiche residenti nei paesi in cui erano collocati vecchi stabilimenti Eternit o in zone limitrofe, che avanzano nei confronti degli imputati una pretesa risarcitoria fondata sulla presunta esistenza di un danno da "mera esposizione" all'amianto, dalla quale deriverebbe la sottoposizione ad uno stress psicologico da paura di ammalarsi. In quella sede i giudici hanno stabilito, da un lato, che *"il danno definito dalle difese quale "esistenziale" può attualmente farsi rientrare nella nozione di danno non patrimoniale (ovvero di danno biologico), eventualmente risarcibile, qualora provato"* e, dall'altro, che *"lo stato di sofferenza o di turbamento della pretesa morale non potrà che essere provato caso per caso, ed essere valutato in sede di esame della fondatezza"*. In ogni modo, la risarcibilità di un danno da esposizione dipende dall'assolvimento di precisi oneri probatori relativi: alla gravità dell'evento; all'effettivo turbamento psichico subito; al nesso causale fra turbamento ed evento dannoso.

Come provare il danno psicologico da esposizione? E' importante chiarire in che consiste la prova documentale che il danneggiato deve consegnare al suo legale e quale è la figura professionale più idonea alla valutazione del danno non patrimoniale, con pregiudizi esistenziali.

Molto probabilmente non tutti sanno che nel lontano 1986 quando la figura del danno biologico di natura psichica venne definitivamente affermata come *"ingiusta lesione all'integrità psico-fisica della persona, che incide sul valore uomo in tutta la sua dimensione concreta"* (Corte Cost. 14/07/1986), l'unica disciplina professionale riconosciuta che poteva svolgere valutazioni diagnostiche nell'accertamento del danno alla persona era quella Medico Legale. Questo fino al 1989, anno in cui la legge n.56, istituendo l'Albo professionale degli Psicologi, affermava che tra le competenze dello psicologo vi era (e vi è tutt'ora) la diagnosi psicologica e psicopatologica.

E' giusto osservare che il medico legale è competente per l'accertamento a carattere clinico medico di lesioni fisiche e non psicologico del danno alla persona, in particolare in presenza di evidenti patologie psichiatriche, lo Psichiatra Forense è la figura principale. Ad oggi, nonostante la continua evoluzione giuridica e sociale del sistema risarcitorio italiano, dove anche la pronuncia della Cassazione (Cassazione Sez. Unite, sentenza nr. 26972-73-74-75) per quanto concerne l'accertamento medico-legale, afferma che *"si tratta del mezzo di indagine al quale correntemente si ricorre, ma la norma non lo eleva a strumento esclusivo e necessario"*, persiste comunque una tradizione nel campo giuridico (magistrati ed avvocati) a rivolgersi ai medici legali, ed un interesse di questi ultimi a sottolineare, anche utilitaristicamente, la loro competenza specifica in materia.

Il risultato di questo comportamento è una confusione e sovrapposizione di ruoli e competenze tra Medico Legale e Psicologo Forense, con il rischio per il giurista di allegare relazioni sul danno non patrimoniale (psichico o esistenziale), eseguite in modo incompleto, superficiale e che non si basano su presupposti metodologici e scientifici opportuni alla valutazione della lesione psichica, come ad esempio le *"Linee Guida per l'accertamento e la valutazione psicologica – giuridica del danno biologico-psichico e del danno da pregiudizio esistenziale"*, pubblicate dall'Ordine degli Psicologi del Lazio (ultimo aggiornamento nel 2012).

Per avere chiarimenti sulle procedure adottate nella valutazione del danno non patrimoniale, è importante richiedere una consulenza psicologica assicurativa, la quale si occupa fondamentalmente, della tutela legale della salute psichica dell'individuo e per chiarire questioni di tipo Medico-legale e Assicurativo. Può essere richiesta per valutare qualsiasi danno dovuto a comportamento ingiusto altrui che produca una lesione dell'integrità psicofisica (danno biologico di natura psichica), o una grave sofferenza morale (danno morale) o un sostanziale sconvolgimento delle abitudini e

delle attività realizzatrici di un individuo (danno esistenziale). E' consigliato di munirsi di tutta la documentazione medica che faccia riferimento:

- all'evento lesivo (certificati di pronto soccorso, impegnative, prescrizioni di farmaci nel caso sono stati somministrati, ecc.);
- al periodo della malattia (certificati dei diversi professionisti, se ad esempio si è ricorso alla psicoterapia e/o dallo psichiatra);
- alla prognosi di guarigione (certificato del medico di base) che non sempre è un traguardo raggiunto.

Per eseguire una corretta valutazione dell'entità del danno subito, il danneggiato si dovrà sottoporre ad un approfondito esame psicologico clinico e psicodiagnostico (il numero degli incontri varia da caso a caso), dove viene valutato lo stato psicologico attuale e pregresso, ed il nesso di causalità tra l'evento lesivo e le conseguenze psicologiche ed esistenziali riportate.

A differenza, dunque, delle figure professionali del medico legale (competente nell'esecuzione di accertamenti a carattere squisitamente clinico medico tesi a valutare la presenza di danno biologico-fisico), lo psicologo forense esegue le proprie valutazioni al fine di accertare, oltre alla possibile presenza di un danno psichico, anche la presunta sofferenza "esistenziale", indagando entro tre precisi ambiti:

- a) quello delle modificazioni peggiorative della personalità e dell'assetto psicologico della vittima (nel suo adattamento, nei suoi stati emotivi, nella sua efficienza, nella sua autonomia, nella sua autostima e nella percezione della propria immagine) rispetto al periodo precedente l'evento traumatico;
- b) quello delle eventuali alterazioni in senso peggiorativo del funzionamento familiare della vittima;
- c) quello delle eventuali compromissioni delle attività realizzatrici della vittima (attività di riposo, ricreative, sociali, lavorative, sessuali).

Terminati gli incontri sarà consegnata una Relazione Psicologica e Psicodiagnostica, comprendente il punteggio di invalidità del danno subito sia a livello psichico che esistenziale. La valutazione delle conseguenze psichiche ed esistenziali che l'illecito produce, in alcuni ambiti, terranno conto non solo delle condizioni soggettive, individuali della vittima, ma anche dei turbamenti psicologici che ricadono ai familiari, in modo tale da garantire un risarcimento integrale e personalizzato (Cass. Civ. SS.UU. 26972/2008) e che tenga conto del rispetto della vittima e la solidarietà verso la stessa (ex art. 2 Cost.).

IV. IL CASO FRANCESCO

Ho deciso di presentare un caso, seguito personalmente, di richiesta di risarcimento per un danno da esposizione, che narra la storia di un dipendente della Marina Militare, in quanto nella sua specificità evidenzia una drammatica attualità oltre quella che la prolungata esposizione a materiale cancerogeno può essere la causa dell'insorgenza di una psicopatologia.

Il protagonista di questa triste vicenda, che chiamerò Francesco, non è l'unico lavoratore a doversi confrontare con il fenomeno del "mobbing" (sia verticale che orizzontale)⁴, una volta che abbia informato il suo datore di lavoro della presenza di amianto nel proprio luogo di lavoro.

Tutto ha inizio nel 1987 quando all'età di 25 anni Francesco, vincendo un concorso indetto dal Ministero della Difesa, fu assunto con le mansioni iniziali di accumulatore sulle navi e sui sommergibili della Marina Militare.

Francesco racconta che per i primi due anni *"... non sapevo neanche cosa fosse l'amianto. Incominciai a rendermi conto della sua presenza solamente verso la fine del secondo anno di servizio, quando il nonno di un mio caro amico morì di mesotelioma ..."*. Fu allora che iniziò a prestare attenzione al suo ambiente di lavoro, scoprendo la presenza di amianto in condizioni di grave deterioramento sia nelle tubazioni che in svariati locali delle navi.

La sua prima reazione fu di stupore, terrore e sconvolgimento emotivo *"... Mi sono spaventato all'idea di potermi ammalare respirando fibre di amianto sparse nell'aria ... c'era amianto dappertutto, ovunque ti giravi. L'amianto sfaldato veniva spostato a mani nude ... I superiori negavano il problema, non fornivano nessuna protezione ..."*.

Questi furono i motivi che lo spinsero a maturare l'idea di licenziarsi, così Francesco cominciò a parlarne con i suoi familiari, i quali si mostrarono subito in disaccordo. Racconta che prima di vincere il concorso aveva attraversato un periodo molto difficile di lavoretti saltuari o di totale disoccupazione, per cui essere assunto dalla Marina, finalmente, gli permetteva di voltare pagina ed avere una vita più

⁴ **Mobbing verticale**, con questo termine, si intendono quelle vessazioni esercitate da una persona o più collaboratori, che hanno una posizione gerarchica superiore rispetto alla vittima. Viene definita da Ege (1997) come "una forma di terrorismo psicologico che viene programmato dall'azienda stessa o dai vertici dirigenziali ai danni di dipendenti divenuti in qualche modo scomodi" e che si vogliono eliminare. **Mobbing orizzontale**: con questo termine, si intendono quelle azioni vessatorie volte all'isolamento della persona dal gruppo e al blocco delle informazioni (Einarsen et al., 1997 in Maier, 2003). Questa forma viene esercitata da uno o più colleghi nei confronti di un soggetto.

dignitosa e l'idea di poter contribuire alle finanze familiari lo aveva fatto sentire un uomo autorealizzato. D'altra parte il suo successo nel campo lavorativo aveva avuto degli effetti positivi anche sul clima emotivo familiare, che fino a quel momento era frustrato dal veder il proprio figlio "non ancora sistemato". Con rabbia e sconforto racconta quanto sia stata breve quella sensazione che le cose stessero andando per il verso giusto e tanto desiderato, perché a rendere la scelta di licenziarsi sempre più difficile sembra sia stata proprio la reazione emotiva dei suoi familiari.

Ogni volta che attraversava un periodo di crisi (crisi sempre causate dall'esposizione all'asbesto) lo contrastavano fortemente, dissuadendolo dal licenziarsi, in quanto sarebbe stato difficile ritrovare un altro posto di lavoro che poteva garantirgli una busta paga, uno stipendio sicuro ed una futura pensione "... non avevo scelta. I miei genitori non ci capivano molto di amianto, non sapevano nulla. Per loro era importante solo che avessi trovato un lavoro. Da una parte avevano ragione, in quel periodo non era facile trovare un posto di lavoro. Decisi di proseguire, per non sentirmi in colpa verso di loro ...".

Non riuscendo a fronteggiare i malumori genitoriali di cui si sentiva responsabile, il suo vissuto di fallimento personale e la prospettiva di un futuro lavorativo incerto, Francesco proseguì nell'impiego in Marina sforzandosi di non vedere il problema, senza sapere che si sarebbe presto ammalato in quanto stava andando incontro a sforzi mentali superiori rispetto alle sue effettive capacità di sopportazione ed elaborazione.

Infatti, è a partire dal terzo anno di servizio che si osserva la comparsa dei primi segni di un disagio mentale "... quando andavo a lavorare non mi sentivo più motivato come all'inizio, se sapevo di coprire un turno di lavoro in un locale considerato a rischio, mi sentivo triste, demoralizzato, mi sentivo ansioso ...".

L'oscillazione dell'umore era, quindi, accompagnata da una costante preoccupazione di essere contaminato dalle particelle di amianto, e non potendo eliminare lo stress "amianto" dal suo ambiente lavorativo, la preoccupazione di ammalarsi in breve tempo si intensificò. Di conseguenza, questi disagi psicologici si riflettevano sulla sue performance per cui le attività lavorative non venivano più svolte con quella attenzione e concentrazione che richiedevano. Le difese della personalità di Francesco, infatti, erano concentrate a trovare una nuova strategia di adattamento al suo ambiente lavorativo stressogeno.

La ricerca scientifica svolta dalla Disciplina della Psicologia Ambientale ci insegna che quando un individuo si trova di fronte ad uno stimolo stressogeno durevole, che non può eliminare e che subisce, può ammalarsi di disturbi psicologici e/o psicosomatici, a causa dell'attivazione di difese non adattive. La discussione che segue permette di vedere proprio questo: Francesco non potendo eliminare lo stimolo

stressogeno, per far fronte al timore di ammalarsi non aveva altra scelta che innalzare i livelli di allarme, attivare strategie di controllo e di evitamento sull'ambiente per cui, come racconta, *"... quando mi trovavo in un luogo saturo di amianto mi sentivo teso, agitato, cercavo di evitare il più possibile il contatto con l'amianto, camminavo alla larga il più possibile, ero sempre attento a tutto quello che toccavo ..."*.

Nel contempo comparvero comportamenti compulsivi di pulizia *"... mentre lavoravo se mi veniva un attacco di angoscia facevo di tutto per andare al bagno a lavarmi, questo inizialmente mi assicurava ..."*; così ogni qual volta che terminava di lavorare, si affrettava a cercare una bombola di aria compressa che veniva utilizzata per espellere quelle che nella sua fantasia sarebbero state le particelle di amianto infiltratesi sia nei tessuti dei suoi vestiti sia tra i capelli e sul corpo. Comportamenti compulsivi che non erano circoscritti solo all'ambiente lavorativo, perché, quando rientrava nella sua abitazione, la preoccupazione principale era quella di levarsi in fretta gli indumenti di lavoro, lavarli e stenderli subito nel balcone all'aria aperta per poi ricominciare a lavarsi meticolosamente.

L'accumulo di angoscia e di continue tensioni diurne si rifletteva anche sulla qualità del sonno, in primis ritardando la fase iniziale di addormentamento, successivamente riducendo drasticamente la durata del sonno a causa della comparsa di frequenti risvegli angosianti e di incubi *"... a volte sognavo di trovarmi nel letto dell'ospedale, essere ricoverato perché mi ero ammalato di mesotelioma ..."*. Le difficoltà di addormentamento erano causate da una attività persistente ed intrusiva di pensieri e di ruminazioni legate al timore di essere stato troppo tempo in contatto con l'amianto, pertanto per riuscire a contenerla, si assicurava con l'immaginazione ripercorrendo tutti i luoghi lavorativi dove durante il giorno era entrato in contatto con l'amianto e ripensando a tutte le misure di precauzione messe in atto per non rimanere contaminato.

Con il passar del tempo il quadro sintomatologico peggiorò sempre più per la comparsa di manifestazioni anche somatiche che lo costrinse già dal 1991 a rivolgersi alla XX Unità Sanitaria Locale per un consulto psichiatrico: gli fu diagnosticata una sindrome ansiosa depressiva e prescritta una terapia psicofarmacologica che durò ben 25 lunghi anni (Xanax, Levopraid, Ludiomil)⁵, dalla quale, come si deduce dalla

⁵ **Xanax:** È comunemente usato per il trattamento di disturbi da panico o ansia, come il disturbo d'ansia generalizzato (DAG) o il disturbo d'ansia sociale (DAS).

Valeans: è indicato nel trattamento dei disturbi d'ansia. Valeans è anche efficace nel trattamento dell'ansia associata a depressione e nel trattamento del disturbo da attacchi di panico con o senza evitamento fobico.

Il **Levopraid:** trova indicazione nella risoluzione della sindrome dispeptica ovvero nella cura di tutti quei disturbi che possono comparire in persone con digestione molto difficoltosa anche a causa di una peculiare propensione verso l'ansia e la somatizzazione di nervosismo e agitazione quotidiana.

documentazione medica accumulata nel tempo, non ebbe sostanziali cambiamenti (Xanax alternato al Valeans). Inoltre, dalle certificazioni mediche emerge che, nonostante la cura psicofarmacologica venisse aumentata durante i periodi di riacutizzazione, Francesco non beneficiava di un sufficiente contenimento per quanto riguarda la fobia di contrarre il mesotelioma *“... era più forte di me, nonostante avessi preso le medicine, se mi trovavo di fronte a materiale di amianto, poteva succedere che cominciavo a sentirmi male, mi veniva la nausea, il vomito, mi sentivo soffocare, mi veniva il mal di testa, dovevo scappare da quella situazione ...”*.

I comportamenti apparentemente bizzarri di Francesco cominciarono ad incuriosire alcuni suoi colleghi, con qualcuno cominciò anche a confidarsi, ma si rese subito conto che l'argomento “amianto” era considerato un argomento “tabù”: *“... tutti sapevano, ma non se ne poteva parlare apertamente, era un argomento che scottava ... avevano paura a parlarne e se insistevo o facevo notare le condizioni dell'amianto sfaldato al posto di ringraziarmi, mi guardavano storto, venivo isolato, mi ritrovavo sempre solo ...”*.

A Febbraio del 1992, lamentando un problema di asma al sindacato, riuscì a farsi trasferire al reparto Telecomunicazioni per riparare le schede elettroniche guaste. Le cose andarono bene fino a quando ricominciarono a fargli fare turni di lavoro a bordo delle navi ed un giorno, purtroppo, assistette ad un drammatico incidente: *“... cadde un elicottero sulla nave e morì il pilota. L'incidente aveva causato la distruzione del locale delle Telecomunicazioni e si erano sparse le voci che vi erano fibre di amianto ... chiesi subito di essere trasferito altrove ...”*.

A novembre del 1992, Francesco, sempre tramite l'intervento del sindacato, fu trasferito al reparto Radar guerra elettronica con funzioni di addetto alla manutenzione dell'officina dove, racconta, *“... feci non da subito una pessima scoperta ...”*: nei locali sotterranei dell' officina vi erano tubi coibentati di amianto, in alcuni punti rotti, in condizioni pessime *“... praticamente era lo stesso ambiente cancerogeno che c'era sulle navi. Purtroppo dovevo andare spesso in quei locali, i quali erano tutti collegati dallo stesso impianto di condizionamento ...”*.

Non perdendosi d'animo, decise di affrontare il problema e parlarne con i suoi superiori del settore; *“... la situazione era veramente assurda perché alcuni dicevano che non c'era nulla, altri invece, dicevano che avrebbero fatto fare la bonifica dei locali contaminati, minimizzavano il problema, non mostrando nessun vero interesse per la salute dei loro lavoratori ...”*.

Ludiomil: viene utilizzato per il trattamento delle depressioni e dei disturbi dell'umore caratterizzati da sintomi quali tristezza, ansia, agitazione, irrequietezza, perdita d'interesse, incapacità di lavorare, elucubrazioni sterili, senso di sconfitta o di colpevolezza. Ludiomil agisce anche su determinati sintomi fisici provocati dalla depressione: stanchezza, disturbi del sonno, giramenti di capo, mal di testa e dolori articolari, disturbi cardiaci e digestivi.

Non ottenendo una risposta esaustiva, decise di rivolgersi al sindacato “.. inizialmente si presentò un ammiraglio che sembrava sensibile al problema e fece dare un prodotto nei punti dove l'amianto si rompeva. I lavori li fecero, però mi trovai il risentimento da parte dei colleghi di quell'officina che stavano facendo una battaglia per ottenere delle strumentazioni Radar, ovviamente fatte di amianto. La mia lotta contro l'amianto non l'hanno mai appoggiata ...”. Francesco, in quel periodo riceve anche diversi avvertimenti: “... è capitato che venivano a dirmi con tono minaccioso che non dovevo interessarmi della questione dell'amianto ... mi prendevano in giro, mi davano del matto ... trovavo le ruote della macchina bucate ... Cominciavo a sentirmi l'unico scemo, mi sentivo solo e avevo paura”.

Riferisce che alla fine non gli rimaneva che denunciare i fatti alle forze dell'ordine, ma scoraggiato dalla misteriosa morte di una giornalista, che all'epoca dei fatti si stava occupando dello smaltimento di materiale tossico, rinunciò ad esporsi per timori della incolumità sua e della famiglia. Segnalò nuovamente il suo problema di salute al sindacato e a marzo del 1997, fu trasferito al reparto SIET (Sistemi di impianti elettrici di terra), con le funzioni di elettricista; “... ma anche qui per diversi anni dovetti tribolare perché facendo interventi in tutto l'arsenale capitava di andare in posti dove era presente l'amianto e io non stavo bene ...”.

Questi vani tentativi di fare emergere il problema gli procurarono solo un profondo senso di delusione, impotenza, solitudine e smarrimento che nel tempo divennero stati di insoddisfazione cronica con la quale Francesco imparò a convivere. La sintomatologia era così persistente che fu costretto ad iniziare una terapia psicologica di sostegno a cadenza settimanale con un psicoterapeuta.

Nel 1999 gli viene diagnosticato il *Lichen ruber planus*, una malattia dermatologica, che, come viene certificato dall'Ospedale San Martino di Genova, Dermatologia, presenta un quadro sintomatologico tendente ad esacerbarsi in seguito ad eventi particolarmente stressanti sempre legati a fatti lavorativi.

A quel punto l'attività lavorativa veniva svolta in modo automatico ed anaffettivo: “... facevo le cose meccanicamente ... mi sentivo una nullità, impotente, non aveva senso stare lì, ma lo dovevo fare per non perdere il posto di lavoro. Dovevo stare zitto e lavorare come faceva la maggior parte dei miei colleghi, ma non era più possibile ...”.

Ovviamente Francesco era diventato un personaggio molto scomodo, in quanto scardinava in qualche modo un gruppo già collaudato e dotato di propri equilibri interni che, come è risaputo, nelle Istituzioni militari tendono spesso ad appiattare la personalità e la professionalità dei singoli; racconta che “... mi è capitato solo in rare occasioni che qualche collega, in modo privato, mi abbia sostenuto in quello che dicevo.

Ma poi non volevano più parlarne, perché vedevano come venivo trattato; mi dicevano di lasciare perdere perché era una battaglia persa ...”.

Non è sbagliato affermare che negli ambienti militari esiste una specie di omertà professionale, che innalza un muro di silenzio dietro cui superiori o/e colleghi possono agire indisturbati, mettendo in atto strategie comportamentali volte alla distruzione psicologica, sociale e professionale di un altro collega. Non è facile giustificare questi comportamenti di gruppo sostenuti da una implicita connivenza, il fenomeno del mobbing diventa comprensibile solo se si tiene conto che in questi casi la paura di essere coinvolti, di avere ritorsioni di qualche genere, di perdere eventualmente il posto di lavoro può prendere il sopravvento. E' proprio questo il terreno fertile per le azioni di mobbing (sia verticale che orizzontale), in quanto esso si sviluppa perché nessuno lo impedisce: i colleghi di Francesco erano spettatori silenziosi che non tentavano di fermare le angherie nei suoi confronti, anzi, con il loro silenzio, lo favorivano e se uno spettatore non agisce, molto spesso si può tramutare in un altro temibile aggressore.

Nell'anno 2004 Francesco, non di sua volontà, fu spostato nel reparto magazzino con le funzioni di magazziniere: *“... ero completamente isolato da tutti, era come se fossi in galera, ai capi non ero simpatico ... ero obbligato a stare sempre lì dentro ... oltretutto i colleghi cercavano di mettermi in mezzo dicendo che dal magazzino spariva del materiale ... rubavano loro e poi mi incolpavano ...”.* Fortunatamente, un suo collega gli propose un cambio settore, e così a marzo del 2005, Francesco cominciò a lavorare nell'officina S.E.N. (Servizio Emergenza Navi) fino al giorno del suo prepensionamento.

Negli ultimi anni di servizio, le crisi fobiche divennero sempre più frequenti e difficili da gestire; nelle situazioni in cui sentiva arrivare un attacco di panico, l'unico modo che aveva per sopravvivere alla sensazione di soffocamento e di morte, era quello di allontanarsi frettolosamente dal posto di lavoro inventando qualche urgenza come scusa oppure chiedere permessi per malattia: *“... venivano in modo improvviso ... Mi sentivo male, mi sembrava di non respirare, avevo paura di morire, l'unico pensiero era quello di allontanarmi, chiudermi al bagno o allontanarmi dal posto di lavoro!!.* Quando queste strategie non potevano essere messe in atto, allora si vedeva costretto a rivolgersi urgentemente ai medici dell'ospedale dell'Armeria, che una volta diagnosticato l'attacco di panico concedevano un permesso di allontanamento dal posto di lavoro“... *La maggior parte dei permessi che ho preso per uscire dal lavoro per 2 o 3 ore prima avevano tutti a che fare con gli attacchi di panico ... ”.*

Nell'anno 2013, Francesco prende contatto con l'Osservatorio Nazionale sull'Amianto – ONA Onlus che gli prospetta l'idea di poter fare causa alla Marina Militare; dopo che ebbe parlato di questa possibilità con il sindacato, iniziarono a

circolare voci e nel momento in cui i suoi superiori appresero questa notizia “ ... *da quel momento sono diventato una specie di sorvegliato speciale ... Dovevo avvertire di ogni spostamento, anche se dovevo andare al bagno ... non capivo più di quale collega mi potevo fidare ... avevo paura di una reazione violenta che mi avrebbero fatto del male ... era diventata una situazione invivibile ...*”.

Negli anni a seguire il quadro psicopatologico peggiorò gravemente, le relazioni lavorative ormai erano caratterizzate dalla presenza di una *angoscia confusionale* e le componenti paranoiche inquinavano la maggior parte dei suoi rapporti lavorativi. Questa è una caratteristica tipica che si riscontra in quei lavoratori che una volta denunciata una criticità lavorativa ai propri superiori, di contro subiscono un diniego del problema e ostracismo, al punto che i suddetti lavoratori non riescono più a far chiarezza, a distinguere le persone con caratteristiche positive, da quelle con caratteristiche negative, di cui non ci si può fidare.

Nel caso di Francesco la paura per la propria incolumità aveva preso il sopravvento, l'esame di realtà ormai vacillava, tanto che nel 2017 ad una visita ambulatoriale presso l'Azienda Ospedaliera – Università Pisana – U.O. Psichiatria gli venne diagnosticato un disturbo delirante (parafrenia), associato ad un disturbo dell'umore (Depressione Maggiore) e ad un disturbo di attacco di panico: la terapia psicofarmacologica per l'ansia si arricchì anche con un antipsicotico (Zyprexa).

Solamente dopo quasi un anno di malattia gli viene riconosciuto un pensionamento anticipato; attualmente Francesco è in attesa dell'inizio della causa contro la Marina Militare, che sarà presa in considerazione dall'Avv. Ezio Bonanni, Presidente dell'ONA Onlus, per vedersi riconosciuti non solo i benefici contributivi per esposizione ad amianto, ma anche per richiedere il risarcimento per il *danno psichico* da sola esposizione (di cui è stato sopra discusso) e il *danno esistenziale*⁶. Poiché, in seguito all'aggravarsi delle sue condizioni psicologiche, sono divenuti evidenti anche cambiamenti in senso peggiorativo nel rapporto con i propri familiari, con le amicizie, con l'altro sesso in generale e nelle abituali attività ricreative, gli hobby.

⁶ Il Danno Esistenziale è un'alterazione (temporanea e/o permanente), in senso peggiorativo, del modo di essere di una persona nei suoi aspetti sia individuali che sociali. Sul *Piano Individuale* si presenta come: una modificazione della personalità e dell'assetto psicologico nel suo adattamento, nei suoi stati emotivi, nella sua efficienza e nella sua autonomia. Sul *Piano Sociale* si presenta come un'alterazione del manifestarsi del proprio modo di essere nei seguenti ambiti: relazioni familiari e affettive, attività di riposo, interpersonali/relazionali, di svago, sociali/culturali e di autorealizzazione. La definizione proposta (richiama fortemente l'art. 2 della Costituzione e permette di distinguere all'interno del Danno Esistenziale tre macrocategorie:

1. personalità e assetto psicologico;
2. relazioni familiari e affettive;
3. attività di riposo, interpersonali/relazionali, di svago, sociali/culturali, religiose, di autorealizzazione e autodeterminazione.

Aprendo velocemente una piccola finestra sul *danno esistenziale*, abbiamo già osservato che prima dei suddetti esiti psicopatologici, i primi conflitti familiari cominciarono presto, quando veniva contrastato nella scelta del licenziamento e successivamente, l'insorgenza di una psicopatologia provocò una regressione del suo sviluppo di personalità accentuando marcatamente la dipendenza dal suo sistema familiare, dal quale Francesco non è più riuscito a svincolarsi.

La rinuncia ad avere una relazione sentimentale stabile con l'altro sesso sembra essere associata ad un disturbo d'impotenza sessuale comparso in seguito all'assunzione di psicofarmaci (1991). Da allora per non rivivere l'esperienza traumatica di non essere all'altezza della situazione "... *ho rinunciato a cercare una relazione affettiva fissa e all'idea di fare famiglia ... la mia fidanzata mi ha lasciato per questo, non è facile bisogna trovare una donna che sappia capire il problema ...*".

Anche la qualità degli scambi relazionali e affettivi esterni al sistema familiare subì un grave peggioramento; l'alterazione risultava essere grave, in quanto a causa dei vissuti depressivi e persecutori, il comportamento di Francesco era caratterizzato da un lato dalla tendenza a preferire situazioni di solitudine e di distacco con disinteresse e diffidenza verso l'ambiente esterno, dall'altro la qualità dell'incontro con l'altro era caratterizzata prevalentemente da un atteggiamento poco amichevole e sfavorevole. Emergevano difficoltà a moderare la propria emotività e le proprie reazioni in situazioni di fastidio, accompagnata da fragilità, irritabilità e insicurezza. Inoltre, la sintomatologia fobica nei momenti di maggiore stress emergeva anche al di fuori del suo ambiente lavorativo e in alcuni casi ostacolava marcatamente anche le sue abituali attività ricreative "... *Una volta ero con un gruppo di amici a passeggiare in un sentiero di montagna e mi accorsi che c'era dell'amianto abbandonato in condizioni pessime, improvvisamente cominciai a tremare, non c'è l'ho fatta, mi sono messo a correre riprendendo la via del ritorno. I miei amici, mi hanno preso per pazzo, non capivano cosa mi fosse successo e per me non è stato facile spiegargli il mio problema, era veramente una situazione spiacevole ...*"⁷.

Così, per quanto riguarda l'area delle attività di auto-realizzazione, come il lavoro, risultavano alterate le capacità lavorative, la progettualità, e le chances lavorative, poiché la qualità dei rapporti con i colleghi ed i superiori si sono presto deteriorati a causa di un vissuto persecutorio e castrante. La marginalizzazione a cui è

⁷ In data 02/11/2013, il Dr. F. E, Medico Chirurgo – Spec. in Psicologia Clinica, certifica: "*Aggiornamento della situazione clinica ... si riferisce che a fronte di un miglioramento stabile delle componenti timiche, permangono i contenuti fobici, sia legati ad ambienti confinanti che, anche all'aperto, ad eventuali esposizioni a sostanze tossiche, in particolare l'amianto. Tali disturbi non sembrano beneficiare anche di incrementi della terapia farmacologica e limitano le possibilità di frequentazione dello stesso sia in ambito relazionale che lavorativo*".

stato sottoposto, ha contribuito in modo diretto al suo isolamento e alla sua vittimizzazione, incidendo drasticamente sulla possibilità di esprimere gli aspetti creativi della propria personalità e del proprio modo individuale di essere.

In conclusione, questo caso, permette di osservare un fenomeno drammatico e molto esteso negli ambienti militari, i quali mostrano nei confronti di alcune categorie di soggetti scarsa sensibilità e attenzione, non riconoscendo la loro sofferenza, provocando ferite altrettanto profonde del trauma stesso dal momento in cui diventano vittime di un sistema che non si prende cura e non tutela la salute psicofisica dei propri lavoratori.

Persone che per ragioni fisiche, psicologiche, familiari, culturali o sociali risultano in particolar modo più vulnerabili rispetto ad altre, ma ciò non basta, perché oltre agli aspetti personali, le condizioni che favoriscono un processo di vittimizzazione sono anche la posizione debole sul piano sociale e giudiziario, nonché la scarsa possibilità di denunciare il reato, di far emergere il problema, di segnalare la difficoltà e l'offesa alle quali sono state esposte.

La drammatica esperienza di Francesco, durata circa 30 anni, mette in luce non solo l'assenza istituzionale nella tutela dei lavoratori dei settori militari, ma anche la lentezza dei sindacati nelle azioni di tutela e la scarsa accessibilità a servizi di sostegno per coloro che hanno il coraggio di denunciare situazioni critiche in ambienti lavorativi "complessi" come quelli del settore militare.

D'altra parte le carenze evidenziate sono colmate, in parte, dalle associazioni che tutelano le vittime, così è stato per Francesco che una volta preso contatto con l'associazione ONA Onlus fu inserito subito in un percorso di sostegno psicologico che prevede di accompagnarlo per tutto l'iter giudiziario. E' attraverso questo percorso psicologico che maturò l'idea di rendere pubblica la sua esperienza lavorativa, per spirito altruistico, per informare, per evitare sofferenze ed aiutare tante persone che come lui si trovano nelle stesse difficoltà.

Benché l'esperienza lavorativa di Francesco abbia prodotto una condizione di malumore cronico per come si è conclusa, attualmente, ai vissuti di impotenza ed inferiorità sembrano si alternino vissuti di speranza e giustizia ogni qual volta sui quotidiani locali o sul Notiziario Amianto dell'ONA Onlus viene riportata una notizia che fa riferimento alle indagini negli ambienti dell'Arsenale Militare *"... sono sicuro che anche altri colleghi stanno facendo causa. Purtroppo ognuno si fa gli affari suoi. Tutti hanno paura di perdere il posto di lavoro o rischiare anche di finire male. Ma finalmente ci sono associazioni come l'ONA e giornalisti che hanno ripreso a parlare della quantità di amianto nell'arsenale Militare e dei decessi che vengono occultati ..."*.

In questa conclusione è la speranza di Francesco.

Bibliografia

- Ege, H. (1997), *Il Mobbing in Italia: introduzione al mobbing culturale*, Pitagora Editrice Bologna.
- Ege, H. (1998), *I Numeri del Mobbing: la prima ricerca italiana*, Pitagora Editrice Bologna.
- Maier, E. (2003), *Il mobbing come fenomeno psicosociale*, in Depolo, M. (a cura di). *Mobbing: quando la prevenzione è intervento: Aspetti giuridici e psicosociali del fenomeno*,: Franco Angeli, Milano
- A. Ruta “*Amianto: il danno da pericolo, ovvero il danno psicologico da esposizione*”, <https://www.onanotiziarioamianto.it/wp/ona/amianto-danno-pericolo-ovvero-danno-psicologico-esposizione-allasbesto-parte/>
- Maria Emanuela Torbidone, Angela Mazzocco, Alessandro Ruta., (2008), *Proposta di valutazione metodologica del danno esistenziale e di modello di quesito per i ctu*, Altalex <http://www.altalex.com/documents/news/2008/07/11/danno-esistenziale-valutazione-metodologica-e-modello-di-quesito-per-i-ctu>

V. IL DIPARTIMENTO DI PSICODIAGNOSTICA CLINICA E DELLE PSICOPATOLOGIE CORRELATE ALL'ASBESTO ED ALTRI CANCEROGENI NELL'AMBIENTE DI VITA E DI LAVORO

L'Osservatorio Nazionale sull'Amianto - ONA Onlus – di fronte al dato sconcertante rilevato dalla letteratura scientifica italiana e internazionale, che evidenzia come la presenza di disturbi psichiatrici nel malato oncologico peggiori la qualità della vita (Surtees et al 2003; Ganz et al 2004; Zhou et al 2005), diminuisca la compliance al trattamento, e la percezione del supporto sociale, e che, in caso di depressione, può addirittura influenzare negativamente l'evoluzione della malattia (Torta e Mussa 1997), per far fronte alle difficoltà delle vittime di asbesto o altri cancerogeni, ha istituito il Dipartimento Psicodiagnostica Clinica.

L'obiettivo istituzionale è quello di contribuire alla promozione e al mantenimento della salute psichica e della qualità della vita, attraverso un'azione d'informazione e prevenzione del disagio psichico secondario alla malattia oncologica.

Il Dipartimento di Psicodiagnostica si occupa: di valutazioni psicodiagnostiche, di monitorare il disagio mentale ed indicare l'intervento terapeutico (psicologico, psichiatrico) più appropriato.

Considera le diverse problematiche evidenziate dalla ricerca in ambito psiconcologico:

- che il disagio psichico può emergere anche in assenza di malattia conclamata, in quei casi di sola esposizione all'amianto o qualsiasi altra sostanza considerata pericolosa per la vita, quando sono soddisfatti i criteri di vicinanza, contatto continuativo ed intenso con la sostanza (es. sul posto di lavoro);
- che la sofferenza psicologica può esordire in tempi rapidi o lenti, determinare conseguenze a lungo termine variando anche il quadro sintomatologico iniziale;
- che specifici disturbi psicologici possono emergere nella fase avanzata e terminale di malattia;
- che anche le persone guarite dal tumore possono mantenere un livello di sofferenza psichica;

- che, le diverse fasi evolutive della vita (infanzia, adolescenza, fase adulta e senile) o lo stato di salute del paziente, richiedono la somministrazione di specifici strumenti psicodiagnostici.

E' possibile, per i pazienti affetti da questa terribile malattia, avere informazioni o usufruire del servizio secondo le regole stabilite inviando una mail all'indirizzo: osservatorioamianto@gmail.com oppure contattando la dott.ssa Sabrina Melpignano (psicologa psicoterapeuta, sabrinamelpignano@libero.it , cell. 333-6541889) oppure il dott. Alessandro Ruta (psicologo psicoterapeuta, [dott a ruta@yahoo.it](mailto:dott_a_ruta@yahoo.it) , cell. 392-1737595).

L'Associazione ha costituito il Dipartimento anche con il compito istituzionale di raccogliere studi, pubblicazioni di ricerche scientifiche in tema di psicodiagnosi e promuovere attività di ricerca scientifica.

VI. IL DIPARTIMENTO DI ASSISTENZA PSICOLOGICA ON LINE

L'Osservatorio Nazionale sull'Amianto - ONA Onlus- di fronte alle difficoltà emotive delle vittime dell'esposizione all'amianto e/o dei loro familiari, difficoltà che si ripercuotono significativamente sulla loro qualità della vita, ha istituito il servizio di consulenza psicologica on line che permette di raggiungere lo psicologo nel momento stesso in cui se ne sente il bisogno.

Il servizio di consulenza psicologica on line è rivolto alle vittime, ai familiari o ai parenti, cioè a tutti coloro che sono coinvolti nella sofferenza legata alla malattia, propria o altrui, e per questo provano disagio relazionale, emotivo, traumi legati a lutti, disturbi d'ansia, depressione, disturbi di personalità o qualsiasi altra domanda sul mondo della psicologia o psicopatologia correlata all'asbesto. L'obiettivo è quello di dare una prima risposta immediata alla sofferenza della persona, comprendendo le ragioni che sottostanno al malessere.

I vantaggi di una consulenza on line sono:

- permette un supporto immediato;
- è un servizio che rimane sempre a disposizione, anche del paziente impossibilitato a muoversi da casa, quindi se ne può usufruire comodamente e tranquillamente nell'intimità del proprio ambiente;
- è utile come primo passo per individuare l'intervento più adatto;
- la "presenza virtuale" favorisce l'espressione delle proprie problematiche diminuendo la resistenza: è un modo efficace per abbattere la paura di rivelare se stessi;
- il tempo di risposta a disposizione aumenta le riflessioni e la possibilità di introspezione, perché il solo fatto di scrivere dei propri problemi o conflitti (riferito ad esempio alla consulenza via mail o via chat) aiuta a "distaccarsi" dalle problematiche e favorisce l'elaborazione delle stesse;
- è utile come approccio preventivo, per informare e sensibilizzare le persone a ridurre i problemi prima che sfocino in sindromi;
- non ha costi;
- l'efficacia del trattamento viene sempre di più confermata dalle numerose ricerche;
- una maggiore trasparenza dei dati professionali (esposti nei siti relativi e possibili di verifica), concernenti la formazione e l'esperienza lavorativa del terapeuta.

La consulenza psicologica on line può essere svolta in diverse modalità:

- **via e-mail**, con invio di materiale e relativo feedback. Questa modalità è maggiormente indicata per coloro che amano scrivere e trovano naturale parlare di sé e dei propri problemi scrivendo; inoltre (come dimostrano alcuni autori) a volte scrivere è terapeutico già di per sé;
- **via chat**: è una modalità indicata per coloro che, non solo amano scrivere, ma hanno necessità di un'interazione più veloce e immediata; è adatta, quindi, ad un'utenza abituata a tale tipologia di comunicazione (Whatsapp, Skype, Facebook);
- **via audio o audio/video** attraverso Skype, il programma che permette le telefonate gratuite via Internet (scaricabile dal Web gratuitamente) o Hangout di Google. Oppure, solo via audio, con Messenger su FB o telefono.

Per l'utilizzo di Skype o Hangout è necessario avere un microfono ben funzionante e una webcam, incorporati al pc o esterni, per la chat non sono necessari anzi, in quest'ultimo caso, chi ha un profilo su Facebook non ha bisogno di scaricare Skype basta chiedere l'amicizia **QUI** e connettersi negli orari stabiliti o lasciare un messaggio per prendere appuntamento.

Scaricare Skype: il programma è scaricabile dal Web gratuitamente. Una volta scaricato, bisogna creare il profilo personale che permette di ottenere il proprio nome di contatto Skype. A questo punto cercare fra i nuovi contatti il nome di uno dei professionisti volontari dell'ONA Onlus, aggiungerlo ai propri contatti e lasciare un messaggio di richiesta appuntamento.

Come richiedere i servizi di consulenza on line

I servizi di consulenza on line si possono richiedere con chiamata telefonica o via mail, in quest'ultimo caso, la richiesta sarà presa in esame entro 48 ore e otterrà risposta all'indirizzo e-mail indicato con l'invio di un modello di "richiesta di consulenza on line" che andrà scaricato e compilato. Dopo la compilazione, occorre salvare le modifiche e inviare nuovamente il modello, sempre via e-mail.

A questo punto bisogna solo attendere una e-mail di risposta attraverso la quale il professionista darà indicazioni su come proseguire. Potrebbe fissare direttamente l'appuntamento, nelle modalità scelte dalla persona richiedente, oppure potrebbe aver bisogno di chiarimenti, o potrebbe accadere che la richiesta non rientri nelle sue aree di competenza o, ancora, può trattarsi di una situazione che necessita di una visita in studio. Quando la richiesta può essere soddisfatta si concorda la data della consulenza on line.

Normativa del servizio di consulenza on line

La consulenza psicologica on line non può sostituire una consulenza effettuata presso lo studio caratterizzata di un contatto più personale con lo psicologo. I minori non possono accedere a questo tipo di servizio di consulenza se non attraverso i genitori (almeno nei colloqui iniziali). Le richieste anonime non saranno prese in considerazione. Le informazioni personali di chi accede a questo servizio sono considerate confidenziali e saranno tutelate a norma di legge. I professionisti indicati sono gli unici responsabili del trattamento dei dati e saranno gli unici a prendere in visione tutte le richieste. I dati forniti saranno tenuti rigorosamente riservati e saranno usati unicamente per lo svolgimento dell'attività professionale attinente la richiesta dell'utente. I professionisti sono soggetti al **Segreto Professionale**, come disciplinato dai seguenti articoli tratti dal Codice Deontologico:

Art. 11: Lo psicologo è strettamente tenuto al segreto professionale. Pertanto non rivela notizie, fatti o informazioni apprese in ragione del suo rapporto professionale, né informa circa le prestazioni professionali effettuate o programmate, a meno che non ricorrano le ipotesi previste dagli articoli seguenti.

Art. 12: Lo psicologo si astiene dal rendere testimonianza su fatti di cui è venuto a conoscenza in ragione del suo rapporto professionale. Lo psicologo può derogare all'obbligo di mantenere il segreto professionale, anche in caso di testimonianza, esclusivamente in presenza di valido e dimostrabile consenso del destinatario della sua prestazione. Valuta, comunque, l'opportunità di fare uso di tale consenso, considerando preminente la tutela psicologica dello stesso.

Art. 13: Nel caso di obbligo di referto o di obbligo di denuncia, lo psicologo limita allo stretto necessario il riferimento di quanto appreso in ragione del proprio rapporto professionale, ai fini della tutela psicologica del soggetto. Negli altri casi, valuta con attenzione la necessità di derogare totalmente o parzialmente alla propria doverosa riservatezza, qualora si prospettino gravi pericoli per la vita o per la salute psicofisica del soggetto e/o di terzi.

Consenso Informato

Informativa ex art. 13 D.lgs. 196/2003 - "Codice in materia di protezione dei dati personali"

Il D.lgs. n. 196/2003 prevede la tutela delle persone e di altri soggetti rispetto al trattamento dei dati personali. Secondo la normativa indicata, tale trattamento sarà improntato ai principi di correttezza, liceità e trasparenza e di tutela della riservatezza e dei diritti del richiedente. In particolare e ai sensi dell'articolo 13 del D.lgs. n.196/2003, vengono fornite le seguenti informazioni:

1. Il trattamento riguarderà anche dati personali rientranti nel novero dei dati "sensibili", vale a dire dati idonei a rivelare l'origine razziale ed etnica, le convinzioni religiose, filosofiche o di altro genere, le opinioni politiche, l'adesione a partiti, sindacati, associazioni od organizzazioni a carattere religioso, filosofico, politico o sindacale, nonché i dati personali idonei a rivelare lo stato di salute e la vita sessuale. Il trattamento che sarà effettuato su tali dati sensibili, nei limiti indicati dall'Autorizzazione generale del Garante n. 2/2002, avrà le medesime finalità di cui al punto 2. della presente informativa. Il trattamento sarà, inoltre, effettuato con le modalità di cui al punto 3. della presente informativa. In ogni caso, i dati idonei a rivelare lo stato di salute non potranno essere diffusi (art.26, comma 5 del D.lgs. 196/2003).

2. Tutti i dati forniti verranno trattati esclusivamente ai fini di prevenzione, diagnosi, cura e prestazioni connesse allo svolgimento dei compiti e degli obblighi derivanti dall'incarico affidato al professionista dal richiedente stesso.

3. Il trattamento dei dati sarà effettuato secondo modalità sia manuali, sia informatiche e, in ogni caso, idonee a proteggerne la riservatezza, nel rispetto delle norme vigenti e del segreto professionale.

4. Il professionista potrebbe dover rendere accessibili i dati che riguardano il richiedente, alle Autorità Sanitarie e/o Giudiziarie, sulla base di precisi doveri di legge; in tutti gli altri casi, ogni comunicazione potrà avvenire solo previa esplicita richiesta del richiedente e, in ogni caso, esclusivamente per i fini di cui al punto 1. della presente informativa.

Consenso dell'interessato al trattamento dei propri dati sensibili

Il richiedente, acquisite le informazioni fornite su questo sito dal titolare del trattamento, ai sensi dell'articolo 13 del D.Lgs. 196/2003, attraverso il download, la compilazione e la restituzione via e-mail del modello di "richiesta di consulenza on-line", presta il suo consenso per il trattamento dei dati sensibili necessari per lo svolgimento delle operazioni indicate nell'informativa.

L'ordine degli Psicologi del Lazio è stato informato dell'esistenza di questo sito, come richiesto dalle linee guida per le prestazioni psicologiche a distanza.

VII. L'ONA ASCOLTA L'ANGOSCIA DELLE MADRI DI POMEZIA

Giornata impegnativa sabato 20 maggio 2017 per l'Osservatorio Nazionale sull'Amianto - ONA Onlus. Primo appuntamento presso l'Istituto Paritario S. Elisabetta di Ostia per rispondere alle domande dei genitori preoccupati per i propri figli riguardo alla vicenda dell'incendio nello stabilimento EcoX di Pomezia⁸. Nel pomeriggio, invece, una Conferenza Stampa ha riunito i cittadini di Pomezia presso l'hotel Enea per evidenziare come ambiente e salute sono diritti fondamentali della persona umana e per dar loro la possibilità di conoscere meglio i risvolti di una simile catastrofe.

La grande nube tossica prodotta dall'incendio dello stabilimento EcoX dopo essersi innalzata verso l'alto a forma di fungo (ricordando quelle nubi che si formano subito dopo la caduta di una bomba) si è spostata, a causa della corrente dei venti, su tutta la città diffondendo il panico. La maggior parte dei cittadini è stata costretta a rinchiudersi nelle proprie case, a chiudere le attività commerciali e prendere decisioni drastiche quali famiglie con bambini piccoli di lasciare la propria abitazione ed evitare così il rischio di esporsi all'inalazioni di sostanze tossiche, delle quali, a tutt'oggi, non sono stati ancora chiariti dalle analisi tossicologiche quali composti chimici nella combustione abbiano prodotto quella grande nube oscura.

Senza dubbio, la percezione di una minaccia ambientale, come le notizie discordanti sulla presenza o meno di amianto, diossina, PCD, ecc., hanno messo i cittadini di Pomezia in una condizione di avvertire un maggior senso di "malessere", a causa anche della loro impotenza di fronte ad un evento che non potevano controllare.

Evento che possiamo considerare dal punto di vista psicologico con le caratteristiche traumatiche in quanto non voluto, giunto in modo improvviso ed inaspettato e soprattutto perché minaccioso per la salute presente e futura dell'intera comunità.

L'incontro dell'ONA Onlus con i cittadini di Pomezia ha permesso di dar voce ai singoli disagi, provando l'esistenza di differenze individuali nell'elaborazione dello

⁸ La mattina di venerdì 5 maggio 2017 a Pomezia, all'interno dello stabilimento della ECO X, azienda di smistamento di materiali in plastica e carta e di altri rifiuti, è divampato un maxi incendio che è stato possibile estinguere soltanto nella giornata di lunedì 8 maggio. Dal rogo si è sviluppata un'altissima colonna di denso fumo nero, che ha formato una vera e propria nuvola interessando, oltre al cielo di Pomezia, anche i cieli dei Castelli Romani e della zona sud di Roma. Per la presenza di amianto sul tetto del capannone e per la diossina sviluppata dalla combustione fin da subito si è parlato di nube tossica, anche se ancora non si era potuto né misurare l'entità ed il grado di inquinamento generato né valutare eventuali danni al terreno e alla filiera alimentare.

stesso evento traumatico, il cui impatto ha colpito differentemente ogni persona coinvolta che ha bisogno di supporto con tempistiche differenti.

Tra gli innumerevoli temi trattati sull'emergenza di inquinamento ambientale è emersa, prima fra tutte, la preoccupazione delle madri per la salute dei propri bambini, alcune delle quali in stato interessante. Alcuni genitori disperati, residenti nei pressi dello stabilimento di Pomezia, lamentavano evidenti sintomi di intossicazione nei loro figli, causati dall'inquinamento atmosferico: irritazione cutanea, problemi respiratori, riacutizzazioni allergiche, ipertosse, asma.

Non è un dato nuovo quello che i bambini e le madri gravide siano le persone più colpite dalle catastrofi ambientali.

I dati che ci pervengono dalla letteratura scientifica in tema di esposizione a sostanze cancerogene e i loro effetti sulla salute sono allarmanti. In uno studio sulla diossina e PCB (Lundqvist C. et al. Arnhem, Paesi Bassi. Ottobre 2006), sostanze inquinanti ambientali altamente persistenti e tossiche, derivanti prevalentemente dall'incenerimento e dalla contaminazione alimentare, evidenziano una elevata correlazione con patologie endocrine, del sistema cognitivo e della riduzione del QI (quoziente Intellettivo), in alcune persone anche modificazioni del comportamento; nel neonato sono attribuibili a tale contaminazione alcune conseguenze, quali il ridotto peso alla nascita e un aumento delle anomalie congenite (cranio piccolo).

Tutto avrebbe il suo inizio dall'esposizione dei neonati in gravidanza a livelli elevati di inquinamento, ma la vulnerabilità alla malattia secondo gli esperti si protrae fino all'età pediatrica. Secondo il dr. J. Sunyer, docente di Medicina Preventiva e Salute Pubblica all'Università di Pompeu Fabra di Barcellona *“gli agenti inquinanti depositati nel tratto respiratorio possono raggiungere il sistema nervoso centrale attraverso i centri olfattivi, causando danni neurologici con meccanismi infiammatori e stress ossidativo, soprattutto nei bambini, nei quali il cervello non è ancora completamente sviluppato ed è quindi più indifeso”*.

I danni neurologici provocati da una seria esposizione colpiscono soprattutto gli individui più fragili; secondo la stima dell'Organizzazione Mondiale Sanitaria, più del 33% delle malattie dell'età pediatrica è dovuta a fattori legati all'inquinamento ambientale. C'è anche da dire che l'altezza dei bambini in età pediatrica li espone facilmente ai metalli pesanti come ad esempio quelli che fuoriescono dai tubi di scappamento delle macchine.

Gli studi epigenetici, condotti dal Dr. Sapia, ci dicono che l'ambiente influenza il genoma, e questo scambio avviene già nel corso della gravidanza dove il corredo genetico dei feti può essere contaminato da elementi inquinati che la madre assorbe attraverso il cibo ingerito e inconsapevolmente trasmette al feto stesso. Tra le tante

sostanze nocive ad esempio i metalli pesanti sono in grado di alterare il sistema endocrino e influenzare negativamente diverse funzioni vitali, per questo vengono così detti “interferenti endocrini”.

I danni causati da un inquinamento ambientale si estendono anche sulla salute mentale degli individui colpiti e possono impedire, se non presi in tempo, il ritorno alla precedente normalità. Pensiamo, ad esempio, a quelle famiglie che abitando nei pressi dello stabilimento EcoX sono dovuti “scappare” velocemente per emergenza, lasciando tutte le loro cose e traslocare in altri luoghi, che non sempre sono famigliari, con conseguente alterazione dei normali ritmi di vita e modificazioni delle normali attività quotidiane soggettive, personali e relazionali, a discapito della serenità e degli equilibri raggiunti a livello di adattamento.

Ritengo, come psicologo clinico, di prestare molta attenzione a quei genitori che, abitando o frequentando la zona a rischio, hanno assistito all'emergenza di una sintomatologia di intossicazione nel proprio bambino. La loro preoccupazione che nel futuro possa contrarre gravi malattie, i sensi di colpa, la rabbia e la disperazione che possano affliggerli, potrebbero attivare comportamenti negativi sul bambino stesso, (es. iperprotezione, ipercontrollo, eccesso di cure, ecc.).

I genitori, angosciati, perderebbero la propria spontaneità nella relazione affettiva con il bambino, poiché i processi di identificazione “mettersi nei panni del bambino” sarebbero disturbanti, tenendo presente che lo sviluppo cognitivo e affettivo nell'età pediatrica si evolve velocemente.

Una società che non presta attenzione alla salute delle madri non si prenderà cura neanche dei loro figli; per garantire la tutela dei minori nelle situazioni di emergenza occorre prestare attenzione simultaneamente anche alla salute mentale dei loro genitori, tenendo presente, però, che non tutti presenteranno gli stessi segni di disagio.

Perché per alcuni genitori uno stesso evento è fortemente traumatico e per altri meno? La traumaticità di un evento è il prodotto della combinazione di una serie fattori, come:

- É le caratteristiche oggettive dell'evento stressante;
- É l'età del soggetto;
- É le capacità soggettive di gestione delle emozioni associate allo stress;
- É il grado di sostegno sociale;
- É la storia evolutiva del soggetto;
- É la presenza o meno nel soggetto di un disturbo psichiatrico precedente all'evento stressante

Il trauma psicologico si ha come conseguenza di un evento (o una sequenza di eventi) con caratteristiche tali da interrompere la continuità normalmente avvertita da un soggetto nella sua storia. Per essere chiamato "traumatico" l'evento deve produrre nell'individuo un'esperienza vissuta come "critica", eccedente, cioè l'ambito delle esperienze normalmente da lui prevedibili e gestibili. Il trauma (dal greco: "rottura") è quindi un esempio di stress di gravità estrema, che minaccia l'integrità stessa della coscienza. Non importa se un evento è traumatico o meno, le ricerche dell'Infant Research sulla relazione madre/ bambino hanno messo in risalto ampiamente quanto anche bassi ma frequenti livelli di angoscia del *caregiver* (la figura di riferimento del bambino) possano incidere negativamente sul suo sviluppo cognitivo affettivo.

I segni di un disagio nel bambino in età pediatrica sono visibili nell'area del comportamento. Spesso nel gioco i bambini ripetono in modo compulsivo e senza elaborazione simbolica alcuni aspetti dell'esperienza traumatica; possono fare domande ricorrenti sull'evento, oppure, manifestare reazioni di angoscia alla sollecitazione del ricordo, incubi, appiattimento dell'affettività, riduzione delle capacità ludiche e delle competenze acquisite in quella specifica fase di sviluppo (ad esempio nell'area del linguaggio, controllo sfinterico, ecc.). Quando un genitore fatica ad empatizzare con una particolare gamma di emozioni del bambino - gioia, pianto, bisogno di essere cullato - questi comincia ad evitare di esprimerle e forse anche di provarle. In questo modo, numerose emozioni cominciano ad essere cancellate dal repertorio delle relazioni intime.

Per questi motivi è fondamentale nell'emergenza mettere al centro le madri e i loro bambini, che a causa di altri tipi di interventi considerati primari rischiano di non essere visti, ma ignorati e sottovaluti. E' importante impegnarsi e ripristinare nelle zone colpite un sistema di vita sicuro e normale, dando loro la possibilità di poter tornare a godere dei propri diritti tra cui poter giocare, studiare e sentirsi protetti.

VIII. PRESENTAZIONE DEL QUESTIONARIO SOMMINISTRATO AL TRULLO

L'ex caserma Donato del Genio Civile è situata in Roma, all'incrocio di Via Del Trullo e Via Tempio di Dia, zona del Trullo, quartiere Magliana; la proprietà è in parte del Demanio dello Stato, tramite il Ministero della Difesa, e in piccola parte del Comune di Roma. E' tristemente famosa per la presenza di decine di capannoni la cui copertura è realizzata con centinaia di metri quadrati di lastre di Eternit, attualmente in gran parte deteriorate. Da anni i cittadini denunciano la loro preoccupazione in quanto la struttura si trova a pochi metri dalle abitazioni: nel 2012 hanno presentato un esposto denuncia alla Procura della Repubblica di Roma; nell'estate del 2016 si è occupata del caso anche la trasmissione "Striscia la notizia".

Poiché al di là dei danni alla salute, provocati dalle fibre di amianto, la situazione è tale da consentire il riscontro anche di problematiche di natura psicologica, l'Osservatorio Nazionale sull'Amianto – ONA Onlus ha incaricato il dott. Alessandro Ruta di sottoporre a test diagnostico i cittadini della zona che si rendessero disponibili.

Nel successivo capitolo VIII è riportato il questionario che il dott. Ruta ha predisposto e somministrato ad alcuni residenti della zona del Trullo, recandosi sul posto coadiuvato dalla dr.ssa Carmen Marrone, anch'essa psicologa.

Il questionario è stato accompagnato dalla seguente lettera di presentazione che illustrava in poche righe lo scopo dell'indagine: *"Il Dipartimento di Psicodiagnostica dell'ONA, vorrebbe indagare come e se è cambiata la qualità della vita dei residenti di alcuni quartieri di Roma dopo essere venuti a conoscenza della presenza nel quartiere di un sito con presenza di amianto valutato come potenzialmente dannoso per la salute. L'indagine verrà effettuata attraverso la somministrazione di un breve questionario a domanda aperte (in cui tutte le domande prevedono risposte aperte, fornite dall'intervistato con parole proprie), rispettando per chi lo desidera l'anonimato del cittadino partecipante. Le informazioni che saranno ricavate dalla compilazione del questionario ci permetteranno di aver una visione più chiara dei bisogni e dei disagi emersi ma che ancora non sono stati espressi, per dar loro la possibilità di essere adeguatamente esposti alle istituzioni competenti. Il responsabile del progetto si rende disponibile per qualsiasi chiarimento al seguente contatto: Dott. A. Ruta cell. 392-1737597 - Email: studio.psiruta@yahoo.it".*

Dall'analisi delle risposte al questionario il dott. Ruta si aspetta di approfondire e comprendere meglio diversi aspetti, quali, ad esempio:

- la percezione del rischio da parte dei cittadini esposti;

- la reazione emotiva alla notizia dell'esistenza di un sito con presenza di amianto;
- i cambiamenti adottati nelle proprie abitazioni per proteggersi da questo pericolo (chiusura tapparelle durante il giorno, ecc);
- i cambiamenti nel clima emotivo familiare (ad esempio: una donna di Firenze ha riferito che tra lei e il marito sono insorti forti conflitti sull'educazione del figlio ... lei troppo attenta ed iperprotettiva, lui estremamente distaccato, tratta il problema con superficialità ... si contrastano e litigano da quando hanno scoperto che davanti casa loro c'è un sito con presenza di amianto..);
- gli adattamenti nella personalità (sintomi fobici, disturbi psicosomatici, demoralizzazione, ecc);
- eccetera ...

L'ideale, per il dott. Ruta, sarebbe poter somministrare il questionario a più residenti di diversi quartieri di Roma, ovviamente, già segnalati come siti ad alto rischio di contaminazione per esposizione ad amianto, in modo di avere a disposizione , di conseguenza, un campione più numeroso e quindi più attendibile. Purtroppo si tratta di un lavoro che richiede molto tempo: andare sul posto, spiegare e consegnare i questionari, ritirarli, analizzare le risposte, e poi scrivere un articolo e/o restituire l'analisi dei dati ai residenti (un incontro con tutti loro oppure indirizzarli ad una pagina in rete che sintetizza il lavoro). Per questo, il dott. Ruta si chiede se fosse possibile

- aprire una pagina nel sito ONA;
- oppure, creare una pagina su Facebook e sollecitare alla partecipazione le persone interessate magari attraverso il questionario inserito in rete ... così riducendo i tempi ed i costi (benzina, fotocopie) del professionista volontario in campo;
- inoltre, nel caso in cui il questionario fosse in rete, potrebbe essere utilizzato anche fuori Roma, superando le difficoltà connesse con la consegna ed il ritiro.

IX. IL QUESTIONARIO

QUESTIONARIO (DIPARTIMENTO DI PSICODIAGNOSTICA CLINICA E RICERCA - ONA)

Il questionario può essere compilato anche in forma anonima da tutti coloro che risiedono nei pressi di una zona dove è stata rilevata la presenza di amianto. Possono partecipare anche coloro che per diverse ragioni non abitano più in zona (es. figli che sono usciti dal nucleo familiare; divorziati; separati). Se lo spazio di risposta a disposizione vi sembra limitato, girate il foglio, sulla parte bianca proseguite a scrivere la vostra risposta specificando il numero della domanda. Non rispondete alle domande che non vi appartengono. Ad esempio le domande che sono comprese dal numero 13 al 16, sono rivolte solamente a coloro che posseggono figli minori.

Nome e Cognome _____ Età _____ Quartiere _____

Uomo Donna Coniugato/a Celibe Nubile

Età: _____ Titolo di studio: _____ Professione: _____

Da quanto tempo risiede in questo quartiere: _____
oppure, che non risiede più in questo quartiere: _____

Composizione del nucleo familiare: _____

Età del primo figlio: _____ Sesso: M F Scuola: _____

Età del secondo figlio: _____ Sesso: M F Scuola: _____

Età del terzo figlio: _____ Sesso: M F Scuola: _____

1. Come e da quanto tempo, siete venuti a conoscenza della presenza di amianto o di altre sostanze cancerogene vicino la vostra abitazione?
2. Quanto considerate pericolosa la presenza di materiale cancerogeno vicino al vostro ambiente di vita? Specificare se è visibile dalla vostra abitazione e la distanza

3. Cosa avete provato subito dopo aver appreso la notizia, può descrivere le prime reazioni emotive? (es.: non ho provato nulla; nessuna reazione in particolare, ero sereno; ho avuto paura, rabbia, tristezza, disperazione, angoscia, panico, altro ...)
4. Avete preso o partecipato a qualche tipo d’iniziativa per allertare le autorità competenti (Comitati, Comune, Asl, Vigili, altro)? Se si, avete ricevuto una risposta?
5. Avete adottato precauzioni all’interno della vostra abitazione per proteggervi dal rischio di esposizione all’amianto? Se si, quanto e in cosa sono cambiate le vostre abitudini quotidiane e come questo ha influenzato la serenità familiare?
6. Avete notato dei cambiamenti nel vostro modo abituale di vivere il vostro quartiere, oppure, quando siete nei pressi della vostra abitazione, oppure, vicino al luogo dove risiede il materiale cancerogeno? Se si, potete descriverci a cosa avete rinunciato e quanto pesa questa rinuncia nella vostra vita? (ad es. evito di passeggiare vicino quel posto ...)
7. A seguito dell’evento avete notato delle alterazioni nella vostra personalità anche se lievi (es. sono più nervoso di prima; ho sonno leggermente disturbato; sono ingrassato/dimagrito, ecc.). Specificare il periodo dell’esordio di uno o più disagi, la loro durata, anche se si tratta di cambiamenti transitori (es. il primo mese ero arrabbiato poi è passato; dal primo mese ad oggi mi sento triste).

8. Se avete notato delle alterazioni nel comportamento del vostro partner/genitori/parente (Ad es.: nonni residenti nella stessa abitazione o in zona), specificare il periodo dell'esordio di uno o più disagi, la loro durata ed anche quelli transitori.
9. Dopo la notizia, avete notato dei cambiamenti nel clima emotivo/affettivo familiare, o di relazione di coppia. Se pensate di aver trasmesso, involontariamente, delle ansie/tensioni/paure, descrivete quali (es. dopo la notizia, per qualche mese c'è stata un po' di tensione perché poi tutto è ritornato come prima).
10. Avete un particolare legame affettivo con la vostra abitazione, con il vostro quartiere, o le persone che ci vivono?
11. Qualcuno della tua famiglia ha mai espresso il desiderio di voler vendere la casa, affittarla, oppure andare ad abitare altrove? Se sì, potete spiegare il motivo e la reazione di tutti i membri della famiglia?

<p>12. Dopo l'evento come vivete i momenti di separazione/allontanamento dai vostri figli/genitori/parenti (se residenti in zona), quando sapete che frequentano la zona, o i propri bambini giocano nel cortile? (es. non noto nessun cambiamento sono sereno/a come prima; mi sento più agitato/a di prima perché.....)</p>
<p>13. Cosa avete raccontato ai vostri figli? Quanto pensate che sono coscienti della gravità della situazione? Descrivi la loro reazione.</p>
<p>14. Pensate di aver trasmesso o di trasmettere, involontariamente, angosce/paure/tensioni ai vostri figli? se si, cosa ve lo fa pensare? Vi sentite incolpa per questo?</p>
<p>15. Ha notato dei cambiamenti nel modo di giocare del vostro bambino o nel modo di esplorare l'ambiente, in seguito all'evento? se avete in mente un episodio particolare, descrivetelo.</p>
<p>16. E' cambiato qualcosa nel modo di educare vostro figlio? Sono insorte delle divergenze di pensiero tra voi genitori?</p>

17. Vi sentite preoccupati per la vostra salute, dei vostri familiari, o del partner? se si in che modo?
18. Conoscete persone che si sono ammalate, o sono decedute, per cause riconducibili all'esposizione di materiale cancerogeno? Se si, specificare il tipo di legame parentale ed affettivo (es: familiari, amici, conoscenti, oppure, se è stata una notizia appresa dai media, o altro....).

Se avete terminato e volete raccontarci ancora qualcos'altro fatelo sul retro del foglio, specificando n°19.

Vi ringraziamo per la Vostra preziosa collaborazione.

X. VALUTAZIONE DEI DATI EMERSI DAI QUESTIONARI RACCOLTI

I cittadini residenti nei pressi della caserma del Trullo sono esposti da tempo ad una situazione ambientale relativamente stabile che ormai è il caso di parlare di **stress ambientale** e cioè di una *“condizione ambientale fisica e sociale che la persona percepisce come attualmente o potenzialmente rischiosa e dannosa per la propria salute”* (Lepore & Evans, 1996).

Prima di entrare nel merito, cioè prima di affrontare gli effetti dello stress ambientale sui cittadini del Trullo, è importante considerare che l'ambiente residenziale è, tra i luoghi con cui una persona sviluppa una relazione di attaccamento, senza dubbio il più importante per la sua salienza relazionale e temporale nell'arco della vita della persona. Possiamo parlare di *“attaccamento di luogo”* (Brown & Perkins, 1992) riferendoci a quei condizionamenti positivi, a volte inconsapevoli, che si acquisiscono nel tempo, grazie ai legami comportamentali, affettivi e cognitivi tra gli individui e/o i gruppi e il loro ambiente socio-fisico. Dunque, i sentimenti che noi proviamo riguardo ai nostri luoghi (e alle relative comunità di cui facciamo parte) definiscono meglio la nostra identità, nello specifico *“l'identità di luogo”*⁹ e contribuiscono a dare un significato alla nostra esistenza.

Infatti, l'identità delle persone è legata agli ambienti che si sperimentano, poiché i processi psicologici che la strutturano e la definiscono comprendono non solo la relazione con le persone, ma anche le relazioni con gli oggetti, i luoghi, i simboli. L'attaccamento di luogo ha importanti funzioni, come dare stabilità, sicurezza e difesa dell'identità personale; è un processo dinamico, in quanto se avvengono improvvisi cambiamenti che stravolgono la percezione della sicurezza, possono emergere cambiamenti nelle modalità di attaccamento e reazioni comportamentali che non sempre sono adattivi.

Ad una prima osservazione sul campo avvenuta in un incontro con i residenti delle abitazioni più esposte, emergeva subito che, a livello psicologico, il terrore di contrarre una patologia aveva minato *“la propria serenità e tranquillità”* del vivere quotidianamente il proprio habitat, al punto di diventare un sottofondo abituale della

⁹ L'identità di luogo è un costrutto centrale della Psicologia Ambientale. Con l'identità di luogo si intende una sub-struttura cognitiva dell'identità, che favorisce le funzioni integrative del Sé e che si alterna tra dimensione individuale e sociale.

loro vita, provocando reazioni emotive di diversa intensità (ansia, angoscia, disperazione, rabbia, impotenza).

Le modificazioni dei normali ritmi di vita e delle attività quotidiane, avvenute in seguito alla scoperta di vivere in un ambiente altamente cancerogeno, hanno prodotto uno stato di allerta psicologica che, pur non sfociando in una vera e propria psicopatologia, incideva negativamente sulla qualità della vita. Emergeva, quindi, un danno alla persona dovuto dalla sola esposizione, ciò che in giurisprudenza viene definito nel concetto di danno esistenziale (risarcibile in base agli art. 2059 c.c. e art 2 Cost.), poiché si vedono lesi gli interessi costituzionalmente protetti¹⁰.

In seguito a questo incontro ed in funzione di una possibile futura richiesta di risarcimento, il Dipartimento di Psicodiagnostica Clinica dell'ONA Onlus ha deciso di indagare quale aree del danno esistenziale fossero maggiormente danneggiate dagli effetti dello stress da esposizione attraverso la somministrazione di un questionario a domande aperte, ottenendo dei resoconti, self report, riguardanti le possibili alterazioni che comprendono le tre macroaree del danno esistenziale:

1. alterazioni nell'assetto psicologico;
2. modificazioni dello stile di vita nell'ambito dei rapporti affettivi familiari, sociali;
3. alterazioni nelle attività ricreative, culturali e di svago.

E' importante chiarire che le informazioni ottenute dai questionari non possono essere trattate alla stregua dei dati quantitativi rivenienti dall'applicazione dei protocolli di una ricerca scientifica, ma tuttavia hanno permesso un'indagine conoscitiva degli effetti psicologici riscontrabili a livello clinico su una parte della comunità più esposta del Trullo, consentendo di dare un rapido sguardo ai cambiamenti generali avvenuti nell'esistenza delle persone e di discuterli in una forma qualitativa.

Dalla modesta partecipazione dei cittadini nella compilazione del questionario (circa 40 persone, miste per sesso) le risultanze dei dati, che ci vengono forniti, ci suggeriscono una realtà che ancora non si eleva a livello di allarme sociale, ma che, comunque, evidenzia come il problema sia attuale ed importante soprattutto per gli abitanti più a rischio.

Nei cittadini che hanno partecipato alla compilazione del questionario, le alterazioni esistenziali più frequentemente riscontrate possono riassumersi con riguardo:

¹⁰ Ricordiamo che il danno esistenziale si presenta come un trauma che altera l'equilibrio psicologico e modifica lo stile di vita nell'ambito dei rapporti sociali, della famiglia e degli affetti in un' ottica relazionale ed emotiva, condizionando marcatamente la qualità della vita.

1. alla prima area, quella dell'assetto psicologico: si evince che i sintomi maggiormente lamentati rientrano tra i disturbi d'ansia e la paura di ammalarsi. La reazione principale alla scoperta di un sito di amianto di fronte le proprie abitazione ha generato uno stato di angoscia e di terrore di ammalarsi e/o che un membro della famiglia si possa ammalare. Alcuni soggetti hanno riferito che temono di farsi le analisi e di scoprire di essere malati; che soffrono di pensieri intrusivi ossessivi riguardo la possibilità di aver inalato fibre di amianto. Si osserva che in presenza dell'innalzamento dei livelli di ansia hanno attivato comportamenti di ipervigilanza, che a loro volta creano un sovraccarico di tensione con inevitabili ricadute sul funzionamento cognitivo globale (attenzione, concentrazione, memoria) e sulla qualità del sonno. Tali disagi non sono sempre costanti, in quanto, i meccanismi di difesa che operano la negazione del pericolo sembrano subentrare in difesa della personalità, ma si riacutizzano in relazione ad alcuni fatti che vengono investiti di un particolare significato emotivo, come ad esempio gli eventi meteorologici (grandine, temporali che possono sfaldare le fibre dei capannoni di eternit) o gli eventi mediatici (ad es. quando ascoltano il "bollettino di morte" dei malati di amianto). E' presente una drastica diminuzione dell'inclinazione ad essere curiosi per il proprio quartiere e la qualità dell'incontro con l'altro sembra essere caratterizzata prevalentemente da un atteggiamento poco amichevole e sfavorevole. E' emerso anche un atteggiamento di scoraggiamento, pessimismo, disperazione legati all'impotenza di poter risolvere il problema tempestivamente.
2. alla seconda area, quella delle relazioni familiari: sono emersi contrasti nelle coppie con prole nel modo di educare i figli ai pericoli dell'ambiente. Le madri hanno manifestato, rispetto ai padri, una maggiore preoccupazione nei confronti della salute dei propri figli, attivando un comportamento mal adattivo di iperprotezione e di controllo, impostato su rigidi divieti nell'esplorazione del proprio habitat. Di contro, il differente modo di percepire il pericolo di alcuni padri che ostentano un atteggiamento più ottimistico e/o più fatalistico e/o più superficiale è la causa di continui conflitti e litigi di coppia. In alcuni casi, i litigi sono insorti anche in modo marcato poiché uno dei partner ha manifestato il desiderio di voler cambiare luogo di abitazione.
3. alla terza area, quella delle attività ricreative e realizzatrici del Sé: si evidenzia che le modificazioni che inevitabilmente si sono sviluppate nella personalità a causa soprattutto della costante paura di ammalarsi, hanno impresso uno stile di vita basato essenzialmente sull'evitamento dei luoghi di ritrovo del quartiere. Il peggioramento riscontrabile è dovuto in realtà ad un non poter più fare o ad un "diminuito ventaglio delle attività realizzatrici in confronto a ciò che avrebbero potuto fare laddove il fatto ingiusto non avesse avuto luogo". Per molti di loro la scelta di frequentare luoghi ricreativi (palestra, sale da ballo, cinema, parchi

giochi) e di culto religioso ha imposto lo spostamento in altre zone di Roma considerate meno a rischio.

Come si evince, il danno da sola esposizione, pur non essendo un vero e proprio danno psichico, può pur tuttavia cagionare nella vittima aspetti clinici che presentano caratteristiche assimilabili a problematiche nevrotiche medio-lievi: come si è osservato, la vittima di danno esistenziale può manifestare dei cambiamenti nella personalità, nel proprio modo di essere, nella chiusura in se stesso, in disturbi del sonno, di coppia, ecc.

Si evidenzia, inoltre, come questi disturbi psicologici, causati da periodi transitori di ansia/depressione non patologica, possano modificare gli atteggiamenti genitoriali verso i bambini e diventare patogeni. Come nel caso di una madre che, per proteggere il proprio figlio dal pericolo ambientale, ha cambiato improvvisamente il suo stile di educazione, divenendo eccessivamente protettiva, severa e non tollerando più che l'esplorazione dell'ambiente da parte del bambino avvenisse al di fuori della portata del suo controllo visivo.

Sotto il profilo psicologico giuridico, il danno esistenziale si determina in un *“non essere”*, cioè in un *“non poter più condurre l'esistenza come in precedenza al danno”* e rappresenta, di fatto *“l'insorgere di una sorta di coazione ad agire, a comportarsi in modo “diverso da prima”, con conseguenza alterazioni dei normali ritmi di vita e modificazioni delle normali attività quotidiane soggettive, personali e relazionali “comuni a tutti e non comuni a tutti”, a discapito della serenità e degli equilibri raggiunti a livello di adattamento.*

L'alterazione riguarda in questo caso, proprio i processi di adattamento alla vita quotidiana con conseguenti difficoltà comportamentali e relazionali (Paolo Capri). Si ritiene, infatti, che la sofferenza psichica sofferta dalle vittime sia prevalentemente:

1. sofferenza o ansia persecutoria: legata principalmente al timore di ammalarsi e al timore del mondo esterno, vissuto come pericoloso, ostile. Emerge, infatti, verso le autorità istituzionali competenti della tutela della salute, un marcato senso di sfiducia e di oppressione, di limitazione della propria libertà, perché viene impedito di avere il controllo sull'ambiente e di raggiungere i loro obiettivi per cercare di ridurre l'impatto che l'evento stressante ha su di loro. Ciò ha causato la perdita del senso di giustizia, di fiducia con conseguente senso di solitudine e visione pessimistica della vita, sentendosi costretti a vivere in modo passivo.
2. sofferenza o ansia depressiva: legata principalmente alla perdita di una identità di luogo che non corrisponde più alle aspettative di un luogo abitabile; l'habitat familiare non è più un luogo sicuro che protegge dove sia possibile condividere

un progetto di vita, bensì un luogo di malessere, di coercizione, di noia e sofferenza.

Di conseguenza in una richiesta di risarcimento il calcolo per il danno da esposizione sarà necessariamente personalizzato, poiché se un certo tipo di danno può aver influito sugli aspetti relazioni di un soggetto in una certa misura, su di un altro soggetto l'incidenza sarà sicuramente diversa. Il danno da esposizione, quindi, deve essere valutato caso per caso.

Bibliografia

Bowlby J., *L'attaccamento alla madre*, Bollati Boringhieri, Torino 1972.

Linda Steg, Agnes E. Van den Berg, Judith L.M. Groot, *Manuale di Psicologia Ambientale e dei comportamenti Ecologici*, Ed. Ferrari Sinibaldi, Milano 2013.

Mirilia Bonnes, Gianfranco Secchiaroli, *Psicologia Ambientale*, Arti Grafiche Editoriale srl, Urbino 2007.

Maria Rosa Baroni, *Psicologia Ambientale*, Il Mulino Editore 2012.

Alessandro Ruta, *Amianto: il "Danno da pericolo", ovvero il danno psicologico da esposizione all'asbesto*, in questo stesso volume

Appendice

1. *Locandina Convegno “Il danno da amianto”, Sala Consiliare, Comune di Monterotondo (RM), 21 maggio 2016;*
2. *Sito <https://osservatorioamianto.jimdo.com> Dipartimento di assistenza psicologica on line;*
3. *Atto di esposto presentato in data 25 giugno 2012 alla Procura della Repubblica di Roma per la presenza di amianto presso la struttura del Genio Militare sita in Roma, Via del Trullo n. 508;*
4. *Tribunale di Massa, Sentenza n. 212 del 17 maggio 2013;*
5. *Ezio Bonanni – Emanuela Sborgia, “La tutela dell’integrità psico-fisica del cittadino e l’intervento nel processo delle formazioni intermedie”, in Diritto dei Lavori, Anno IV, n.1, gennaio 2010;*
6. *Ramona Cristina Chelarescu, “L’assistenza al ‘Sistema Famiglia’ nel percorso post-trattamento del mesotelioma da esposizione all’amianto”, Tesi per il Corso di Laurea in Infermieristica di Pistoia, Anno Accademico 2014-2015, Fondazione Onlus “Attilia Pofferi”, Pistoia.*



MONTEROTONDO CONVEGNO



MONTEROTONDO

CONVEGNO IL DANNO DA **AMIANTO**

Modera:

Dott.ssa Valentina RENZOPOLI - Giornalista

Presiede:

Avv. Ezio BONANNI - Presidente Nazionale ONA Onlus

Intervengono:

Dott. Alessandro RUTA - Psicologo clinico

Dott.ssa Paola CALVARESI - Medico del lavoro

Avv. Pericle CALVARESI



ONA
OSSERVATORIO NAZIONALE AMIANTO

MONTEROTONDO (RM) SALA CONSILIARE **DALE ORE 17.00**

21 MAGGIO 2016



DIPARTIMENTI >> Dipartimento di assistenza psicologica on-line

Dipartimento di assistenza psicologica on-line

Il Dipartimento ha anche il compito istituzionale di raccogliere studi, pubblicazioni e dati sulle patologie di pertinenza, causate o concausate dall'esposizione ad amianto e ad altre sostanze tossiche e cancerogene.

Il Dipartimento di Assistenza Psicologica è stato fortemente voluto [dall'Avv. Ezio Bonanni](#), al fine di fornire ulteriore gratuito servizio a tutti coloro che ne hanno necessità per essere stati vittime dell'amianto oppure per aver avuto un loro familiare già colpito da questo big killer, ovvero per lo stato di preoccupazione e frustrazione che si lega alla condizione di *"lavoratore esposto all'amianto"*.

Coloro che hanno una patologia asbesto correlata, nel 75% dei casi hanno uno stato di depressione, ovvero di deflessione del tono dell'umore, con spunti fobici che sussistono anche tra coloro che sono semplicemente stati esposti e che ancora non presentano uno stato di malattia e che vivono nell'attesa della patologia.

L'Avv. Ezio Bonanni è fortemente convinto che le capacità del sistema immunitario siano influenzate direttamente e fortemente dallo stato e dalla condizione psicologica e che occorra agire anche preventivamente per tentare di prevenire, anche attraverso la migliore condizione psicologica, uno stato di malattia e perseguire il benessere che si sostanzia nella migliore condizione e con l'equilibrio psichico.

È dimostrato che anche coloro che hanno già contratto la patologia, se sono assistiti psicologicamente, hanno un più elevato periodo di sopravvivenza e a migliori condizioni.

È stato quindi costituito il dipartimento di assistenza psicologica, che è stato affidato alla direzione e al coordinamento del **Prof. Francesco Pesce**, psicoterapeuta revisore, il quale ha costituito una equipe composta dalla **Dott.ssa Maria Cristina Pesce**, psicoterapeuta, **Dott.ssa Anna Luisa Pesce**, psicografologa, **Dott.ssa Carlotta Vitiello**, psicologa, e della **Dott.ssa**



Lo **SPORTELLO DI ASCOLTO PSICOLOGICO ON LINE** è attivo 24 ore su 24, per tutti coloro che hanno necessità di un primo supporto e orientamento in caso di condizione di difficoltà e sofferenza e, in caso di necessità, di assistenza e consiglio immediato.

Tutti i cittadini possono quindi rivolgersi all'Osservatorio Nazionale Amianto / Sportello di Assistenza psicologica / Psicologica Online inoltrando un'email all'indirizzo osservatorioamianto@gmail.com, con la specifica "c.a. Prof. Francesco Pesce" e/o ad uno dei seguenti professionisti:

Prof. Francesco Pesce (Coordinatore Nazionale dello Sportello di Ascolto Psicologico On-line)
francesco.pesce14@tin.it - 338-7218308

Dott.ssa Maria Cristina Pesce (psicoterapeuta - coordinatore Sportello Amianto ONA Onlus Regione Campania)
pescemariacristina27@yhao.it - 3922415909

Dott.ssa Anna Luisa Pesce (psicografologa - Coordinatore Sportello Amianto ONA Onlus Regione Toscana)
annaluisapesce@outlook.it - 3388521893

Dott.ssa Carlotta Vitiello (psicologa - Coordinatore Sportello Amianto ONA Onlus Regione Abruzzo)
mariacarlottavitiello@yahoo.it - 3343866528

Dott.ssa Sabrina Melpignano (psicologa psicoterapeuta)
sabrinamelpignano@libero.it - 333/6541889

Dott. Alessandro Ruta (psicologo psicoterapeuta)
dott_a_ruta@yahoo.it - 392-1737595



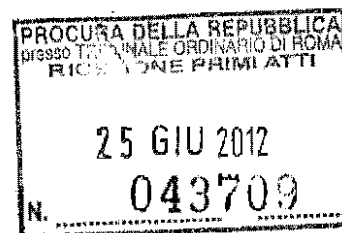
Prevenzione dell'insorgenza dei danni psicologici secondari dovuti all'asbesto

Prevenzione dei danni psicologici second

Documento Adobe Acrobat [135.5 KB]

Procura della Repubblica di Roma

Atto di esposto



Il sottoscritto *Sig. Ceccarelli Massimiliano*, nato a Roma il 22.01.1976 ed ivi residente in Via del Tempio di Dia, n. 32, sia in proprio sia quale appartenente all'Osservatorio Nazionale Amianto, con il presente

espone

quanto segue con ogni conseguenza di legge.

Circa i fatti:

il sottoscritto Sig. Ceccarelli Massimiliano è residente in Roma alla Via Tempio di Dia, in zona Trullo.

In questa zona di Roma c'è rischio morbigeno per la presenza di polveri e fibre di amianto, e a tal fine il sottoscritto rileva come già il Dott. Augusto Santori ebbe a comunicare quanto segue:

CONSIGLIERE DOTT. AUGUSTO SANTORI
COMUNE DI ROMA XV MUNICIPIO
Via MAZZACURATI, 73-75 00148 ROMA
TEL. PERS. 347.8020091
augustosantori@virgilio.it
WWW.AUGUSTOSANTORI.COM

Al XV Gruppo della Polizia Municipale
All'UOT Municipio XV

Al Dipartimento X
Comune di Roma

All'ASL - ROMA/D
All'Ufficio del Difensore Civico Comune di Roma

Roma, 25 Novembre 2009

OGGETTO: Esposto per verifica presunto tetto in eternit presso struttura del Genio Militare sita in Via del Trullo 508

Con la presente, su segnalazione di diversi residenti della zona, si chiede intervento di verifica in merito alla eventuale pericolosità che risulterebbe dal presunto tetto in eternit presso la struttura del Genio Militare, di proprietà del Ministero della Difesa, il cui ingresso è sito specificatamente in Via del Trullo 508.

Tale richiesta nasce dalle diverse preoccupazioni manifestate dai residenti della zona Trullo e Monte delle Picche, che richiederebbe necessarie rassicurazioni in merito alla salubrità dei materiali da cui risulta essere composta la struttura in oggetto al presente esposto.

Restando in attesa di cortesi e necessari riscontri in merito alla presente segnalazione, colgo l'occasione per augurare buon lavoro.

Cordialmente.

In fede

Augusto Santori

Orbene, si allegano in CD le foto che dimostrano il rischio morbigeno cui è esposto il sottoscritto e anche l'intera popolazione.

Il sottoscritto ha aderito all'Osservatorio Nazionale Amianto.

L'Osservatorio Nazionale sull'Amianto - ONA Onlus nasce per raccogliere la sofferenza, il disagio e le difficoltà dei lavoratori esposti all'amianto e dei familiari delle vittime dell'amianto, troppo spesso lasciati soli ad affrontare le conseguenze di quello che non potrà mai, per sua natura, essere definito un "problema privato".

L'iniziativa ha progressivamente aggregato intorno a sé lavoratori esposti all'amianto, familiari delle vittime, professionisti medici e legali, ricercatori, semplici cittadini; oggi l'Osservatorio è presente in quasi tutte le Regioni italiane, può contare sul supporto di un Comitato Tecnico Scientifico di cui fanno parte insigni professori universitari e affermati professionisti, intrattiene rapporti di collaborazione con agenzie ed istituzioni di tutto il mondo.

Gli scopi, i contenuti e la struttura dell'Associazione sono ispirati a principi di solidarietà, trasparenza e democrazia. Essa promuove e tutela la salute in ogni ambito di esplicazione della vita umana; persegue scopi di rappresentanza, tutela, assistenza morale e materiale dei lavoratori esposti ad amianto, ad altri patogeni e ad altri rischi professionali, nonché delle vittime dell'amianto e dei loro familiari; tutela i diritti costituzionalmente garantiti a ogni persona, con particolare riferimento alle lavoratrici e ai lavoratori, e alle persone che, loro malgrado, sono escluse, emarginate e discriminate a causa di ragioni fisiche, psichiche, economiche, sociali e familiari.

L'Osservatorio, che è iscritto all'anagrafe delle ONLUS – Organizzazioni non lucrative di utilità sociale, ha sede legale in Roma, Via Crescenzo, n. 2 – 00193.

*** **

a) Rischio morbigeno per esposizione ad amianto¹.

L'amianto è un cancerogeno pericoloso e dannoso per la salute umana, come si evince dalla letteratura scientifica internazionale, ed è concausa di tutte le patologie tumorali, oltre che responsabile di danni funzionali, (come messo anche in evidenza in altra sede *Patologie ambientali e lavorative, MCS - amianto & giustizia - Ezio Bonanni - Giancarlo Ugazio, Edizioni Minerva Medica, Torino, gennaio 2011*), come si può così evidenziare:

a.1) Aspetti biomedico-ambientali: Effetto della reiterazione dell'esposizione alle concentrazioni definite dai limiti di legge $1 + 1 + 1 + 1 + 1 + 1 + 1 = 6$ fibrille in una settimana: effetto di sommatoria.

L'amianto, detto anche asbesto, è un minerale costituito sostanzialmente da silicati di varia composizione chimica. Questa diversità condiziona sia la forma delle fibrille (strutture con una lunghezza tre volte maggiore del diametro), sia la loro denominazione, sia ancora la loro nocività per l'uomo e per animali sinantropici, come il cane. L'azione patogena, oltre ad una prima fase prodromica irritativo-flogistica sulle strutture dell'organismo di primo impatto, implica effetti cancerogeni a carico di diversi tipi cellulari, tessutali, e d'organo. L'azione cancerogena dell'amianto era già nota, per molti versi e ad opera della ricerca biomedica, quasi contemporaneamente alla sua introduzione come materia prima in parecchie tecnologie richieste dalla rivoluzione industriale che fu attuata a cavallo tra XIX e XX secolo. Successivamente sono intervenuti provvedimenti normativi allo scopo di prevenire l'esposizione a rischio e per proteggere la salute della collettività (lavoratori e popolazione generale). In molti paesi il minerale è stato bandito dal tardo XX secolo (anni 1980-1990). Parecchi altri paesi continuano ad estrarre il minerale naturale, a lavorarlo, e a venderlo. Oggigiorno, i limiti di legge prescritti sembrano dare sicurezza agli esposti, ed a chi controlla la loro salute, ma generalmente non si tiene conto che anche pochissime fibrille assunte quotidianamente, col tempo, si sommano nel nostro organismo, raggiungendo il carico

¹ Riferimenti Bibliografici: Battiste G., Belli S., Combo P., Fiumalbi C., Grignoli M., Loi F., Orsi D., Paredes I. *Mortality due to asbestos-related causes among railway carriage construction and repair workers. Mortalità dovuta a cause correlate all'asbesto tra i lavoratori della costruzione di vetture ferroviarie e dalla loro riparazione.* *Occup Med (Lond)*, 49, 536-539, 1999; Becker N., Berger J., Bolm-Audorf U., *Asbestos exposure and malignant lymphomas - a review of the epidemiological literature.* Esposizione ad asbesto e linfomi maligni - una rassegna della letteratura epidemiologica. *Int Arch Occup Environ Health*, 74, 459-469, 2001. *Review*; Cotruvo J. A., *COMMENTARY: Asbestos in Drinking Water: A Status Report*; *COMMENTARIO: Asbesto nell'acqua da bere: un rapporto sullo stato dell'arte.* *Environ. Health Perspect*, 53, 181-183, 1983; T.J. Delahunty & D. Hollander, *Toxic effect on rat small intestine of chronic administration of asbestos in drinking water.* Effetto nocivo sull'intestino tenue del ratto da somministrazione cronica di asbesto nell'acqua da bere. *Toxicol Letters*, 39, 205-209, 1987; Donham K. J., Berg J. W., Will L. A., Leininger J. R., *The Effects of Long-Term Ingestion of Asbestos on the Colon of F344 Rats.* Gli effetti dell'ingestione prolungata di asbesto sul colon di ratti F344. *Cancer* 45, 1073-1084, 1980; Hallenbeck W.H., Hesse C.S., *A review of the health effects of ingested asbestos.* Una rassegna degli effetti sulla salute dell'asbesto ingerito. *Rev. Environ. Health* 2, 157-166, 1977; Kagan E., Jacobson R.J., *Lymphoid and plasma cell malignancies: asbestos-related disorders of long latency.* Tumori maligni di cellule linfoidi e di plasmacellule: disturbi correlati all'asbesto con una lunga latenza. *Am J Clin Pathol* 80, 14-20, 1983; Kagan E., Jacobson R.J., Yeung K.Y., Haidak D.J., Nachmani G.H., *Asbestos-associated neoplasms of B cell lineage.* Neoplasie asbesto-correlate della linea cellulare B. *Am J Med* 67, 325-330, 1979; Pepek W. E., *Effect of exposure route on potency of carcinogens.* Effetto della via di esposizione sulla potenza dei cancerogeni. *Regulat. Toxicol. Pharmacol.*, 13, 3-17, 1991; Waxweiler K., Robinson C., *Asbestos and non-Hodgkin's lymphoma.* Asbesto e linfoma non-Hodgkin. *Lancet*, 1(8317), 189-190, 1983.

(*body burden* dei ricercatori anglosassoni) di rottura del *tiro-alla-fune* tra cancerogeni e difese dell'organismo contro il cancro. A questo proposito, già fin d'ora, è utile rammentare il monito di René Truhaut, secondo cui non esistono limiti ammissibili per i cancerogeni, ciò significa: "*rischio zero*".

a.2) Fibrille inalate od ingerite - Assorbimento attraverso la mucosa delle vie respiratorie o del tubo gastroenterico

Le fibrille di amianto possono raggiungere l'individuo esposto sia dalla cava del minerale, sia dalla materia prima, sia dal manufatto durante l'uso, sia dallo stesso manufatto dopo l'esaurimento della vita di impiego, quando è in disuso e in via di smaltimento. Vale a dire il rischio patogeno ci può essere "*prima, durante, dopo*" il suo uso. È ragionevole condividere l'aforisma di L. Mutti (Primario ASL 11 VC) "*Dobbiamo giungere al rischio zero perché l'unica fibra di amianto innocua è quella che noi non respiriamo*". Ma non basta non inalare fibrille di amianto, perchè molte altre se ne possono ingerire, con le bevande e anche coi cibi².

a.3) Recircolazione delle fibrille nel torrente sanguigno

Una volta inalate od ingerite, le fibrille raggiungono l'epitelio della mucosa dell'apparato respiratorio o dell'apparato gastroenterico, rispettivamente. Non è difficile, per gli intrusi *killer*, superare queste labili barriere per entrare nei capillari sottomucosi, poi nel sistema venulare, quindi in quello venoso centripeto, con l'interposizione o meno del piccolo circolo polmonare, caratterizzato dal fatto che il circolo venoso trasporta sangue ossigenato, al contrario del grande circolo. Infine il cuore provvede a redistribuire il tutto in tutto l'organismo.

a.4) Diffusione in tutti i tessuti ed organi - Localizzazione in qualunque tessuto.

A seguito di questa diffusione ubiquitaria, quasi biologicamente "*ecumenica*", non c'è un tessuto, un organo, che possa ritenersi indenne di localizzazione delle fibrille *killer*. Dal momento in cui un tessuto bersaglio si trova ad ospitare una o più fibrille

² La ricerca biomedica, sia quella sperimentale, sia quella epidemiologica osservazionale, ha dimostrato la nocività dell'amianto ingerito. La pubblicazione più significativa è quella di Hallenbeck & Hosse (1977) secondo la quale gli studi dell'ingestione negli animali e delle autopsie umane suggeriscono che le fibre di asbesto possono penetrare nella parete intestinale e migrare verso altre localizzazioni nell'organismo. Poi Donbari et al. (1980) hanno evidenziato l'insorgenza di un mesotelioma maligno, del tipo provocato da asbesto iniettato intraperitoneo, nel ratto alimentato con dieta contenente asbesto; in base all'evidenza della penetrazione delle fibre di asbesto nei tessuti del colon, indagini di microscopia elettronica, questi autori concludono che l'asbesto ingerito non è innocuo per il colon, né per distretti dell'organismo in cui si localizzano le fibrille *killer*. Infine Cotruvo (1983) ha riferito che l'evidenza epidemiologica del rischio da ingestione di acqua contenente fibre di asbesto non è convincente, tuttavia il cancro gastrointestinale di origine occupazionale può indicare un rischio da ingestione. Secondo Delahunty e Hallander (1987) la somministrazione cronica di fibre di asbesto nell'acqua da bere nel ratto porta alla diminuzione della capacità della parete intestinale di assorbire zuccheri scarsamente metabolizzabili impiegati come modello sperimentale; tale fenomeno dimostra un danno funzionale diretto sulle pareti intestinali dovuto all'asbesto ingerito. Pepekko (1991) ha studiato le differenze del potere cancerogeno di alcuni agenti morfogeni, nel ratto e nel topo, dipendenti dalle vie di somministrazione, inalatoria e gastrointestinale, nel ratto, differenze nella potenza superiori a 10 volte furono trovate per l'asbesto, il cloruro di vinile, e l'idrazina. Nel caso dell'asbesto, l'agente si trovava comunemente sotto forma di materiale particellare relativamente insolubile. Secondo questo autore, la maggiore potenza cancerogena espressa dalla somministrazione per via inalatoria, rispetto a quella orale, è verosimilmente dovuta alla maggiore lunghezza del tempo di soggiorno negli alveoli polmonari rispetto a quello nell'intestino; ciò favorirebbe una maggiore biodisponibilità con una maggiore azione morfigena. Parallelamente, nel corso degli ultimi decenni, altri autori hanno riferito risultati negativi per la cancerogenicità dell'asbesto ingerito.

esso innesca una sequela di eventi reattivi. Il tipo e l'entità di questi fenomeni sono condizionati dalla costituzione del tessuto stesso, o meglio di quella parte di esso in cui si sono annidate le fibrille. È comprensibile che tale funzione di risposta sia svolta dal tessuto connettivo che circonda il vaso di afferenza, oppure da quello che fa da impalcatura stromale di un organo parenchimale. Infatti le cellule attrici della risposta flogistica (infiammatoria) sono prevalentemente quelle connettivali. La reazione infiammatoria non è di tipo acuto, in quanto le fibrille di amianto, nel superare le barriere delle mucose interessate, si sono lasciate alle spalle i batteri eventualmente concomitanti, gli agenti flogogeni che avrebbero richiamato i leucociti PMN (polimorfonucleati) per formare il secreto infiammatorio purulento. Quindi non si tratta di un foruncolo microscopico, bensì di un microgranuloma, classica espressione di una flogosi di tipo cronico, costituito da una corteccia di cellule linfocitarie (leucociti ematici mononucleati), cellule connettivali e da fibre connettivali, che tutte insieme inglobano la fibrilla d'amianto. Si è venuta così formando un'entità reattiva detta "*corpuscolo dell'asbesto*" nella quale il *core* è destinato a durare a lungo.

a.5) Reazione flogistica di tipo cronico nel punto di localizzazione, con formazione dei corpuscoli dell'asbesto (microgranulomi - Reperto autoptico di corpuscoli dell'asbesto in molti organi del corpo umano).

La letteratura scientifica riporta il ritrovamento, come reperto autoptico a seguito di autopsie di lavoratori esposti all'amianto nei seguenti tessuti: cervello, tiroide, polmone, fegato, pancreas, rene, cuore, milza, surrene, prostata. Questa distribuzione testimonia la diffusione delle fibrille di amianto in tutto il circolo sanguigno ed in tutti gli organi che esso irrorava.

a.6) Cancerogenesi a carico delle membrane sierose: pleura, pericardio, peritoneo, tonaca vaginale del testicolo, coi rispettivi mesoteliomi.

Un altro aspetto peculiare che riguarda la localizzazione delle fibrille di amianto a distanza dal punto di ingresso nell'organismo (nel circolo sanguigno) trova conferma dalla localizzazione di una specifica e grave forma di neoplasia maligna di membrane sierose particolarmente suscettibili di tale tipo di cancerogenesi. Si tratta di mesoteliomi che colpiscono la pleura (sierosa che avvolge il polmone), il pericardio (che avvolge il cuore), il peritoneo (sierosa che avvolge tutti i tratti del tubo gastroenterico, tenue e crasso) e la tonaca vaginale del testicolo, che è una derivazione embrionaria del peritoneo. Fin che si tratta della pleura, la sierosa più frequentemente colpita dal mesotelioma, si potrebbe considerare in modo ingannevole questa maggiore frequenza

di morbilità come conseguenza della vicinanza della sierosa con la via più comune di ingresso dell'amianto: le coane (narici). Al contrario, le fibrille *killer* aggrediscono i tessuti bersaglio raggiungendoli alle spalle, cioè attraverso il circolo. La lunghezza del tragitto da superare, chilometri di capillari, venule, arteriole, vene, arterie, interposta tra narici e/o bocca da un lato e sierosa colpita, dall'altro, non è certo una difficoltà insormontabile. Infatti, dobbiamo considerare che il tempo di circolo si aggira normalmente attorno a pochi minuti secondi. Tra l'altro, la letteratura scientifica biomedica segnala casi clinici che si pongono fuori dai novero dei fenomeni morbosi più frequentemente descritti come tipici all'amianto. Si tratta dei danni diretti sulla molecola del DNA nucleare dei leucociti circolanti di lavoratori esposti, e di mesotelioma primitivo dell'ovaio in lavoratrici esposte ad amianto, oltre a casi di carcinoma ovarico in operaie che, nelle loro mansioni, avevano usato talco contaminato con il minerale *killer*. Queste indagini riferiscono casistiche rare, generalmente imprevedibili, ma dimostrano in un modo ancora più completo la pericolosità ubiquitaria dell'amianto per la salute umana.

a.7) Rischio ambientale di esposizione: limite soglia = 0,1 fibra/ml d'aria (DM 6/9/94 ed artt. 24 e 31 del D.Lgs. 277/91).

Il nostro ordinamento giuridico include un provvedimento legislativo che configura un limite soglia di concentrazione di fibrille d'amianto nell'aria in ambiente occupazionale, quale livello di riferimento quale prova di responsabilità, o meno. Tale limite è stato localizzato dal DM 6 settembre 1994, e dagli artt. 24 e 31 del D.Lgs. 277/91, in 100 fibrille per litro d'aria, anche con riferimento alle condizioni storiche - pregresse dell'ambiente di lavoro. E' intuitivo come sia estremamente difficile, "contare" strumentalmente, e l'unica valutazione può essere quella presuntiva che si fonda sui parametri sanciti dal successivo D.M. 27.10.04, all'art. 3, e cioè dalla letteratura scientifica, dai casi analoghi, dagli studi epidemiologici etc..

a.8) Meccanismo della cancerogenesi.

Voytek *et al.* (1990) hanno riferito con chiarezza il meccanismo dell'azione cancerogena delle fibrille di amianto. Secondo questi autori, le fibrille del minerale localizzate nei diversi tessuti dell'organismo vanno incontro ad un'alterazione metabolica che porta alla formazione di amianto-epossido, la molecola che è il cancerogeno finale, responsabile della lesione della molecola del DNA. Tutto questo avviene quando la molecola bersaglio è il DNA dei nuclei dei leucociti circolanti, delle cellule parenchimali dell'ovaio, delle cellule delle sierose: pleurica, pericardica,

peritoneale, o della tonaca vaginale del testicolo. Questo fenomeno di trasformazione di un pre-cancerogeno, l'amianto tal quale, in cancerogeno vero e proprio, l'amianto-epossido, è favorito dallo squilibrio della bilancia perossidativa dei tessuti in senso pro-ossidante. Quando i fattori pro-ossidanti sopraffanno quelli anti-ossidanti si verifica l'intervento di un agente patogeno che, di per se stesso insufficiente a causare patologia, agisce quale concausa efficace che non va trascurata. Infatti, a questo proposito, si può evocare l'immagine di una pistola come arma di un omicidio. Non è sufficiente l'arma con il proiettile in canna, ma occorrono che la sicura sia disattivata e che un dito preme il grilletto, sebbene questi due elementi (concause), senza i primi, non bastino per uccidere, ma sono cofattori efficaci perchè l'arma uccida.

Anche per l'amianto, per esso l'amianto epossido, il meccanismo della cancerogenesi parte dalla prima tappa, comune a tutti i cancerogeni: l'alterazione del DNA. La lesione primaria, se non eccede in quantità e durata i meccanismi di difesa dell'organismo, può anche essere riparata, in prima battuta grazie agli enzimi riparatori specifici, in seconda istanza, dal sistema immunitario che rigetta le cellule arrivate ad essere cancerose. Si è visto che le fibrille del minerale nocivo possono localizzarsi in qualunque distretto dell'organismo, e dovunque possono danneggiare la molecola del DNA. Quindi, semplicisticamente, potremmo anche aspettarci un tipo di tumore uniformemente monotono in tutte le sedi; al contrario, ogni tipo di tessuto risponde allo stimolo morboso a modo suo, condizionando non solo le caratteristiche morfologiche della neoplasia, ma anche il tempo di latenza, la frequenza - o prevalenza - in una popolazione esposta, la velocità di crescita, in breve, la storia naturale dell'affezione maligna. Tutto ciò poi si integra anche con le caratteristiche metaboliche dei tessuti dell'individuo colpito dalla *noxa* morbigena: vale a dire, l'età del soggetto, il suo stato nutrizionale, soprattutto l'equilibrio della bilancia perossidativa, oltre alla presenza od assenza di altre esposizioni nocive. Queste condizioni biologiche, attraverso il contributo del sinergismo e del potenziamento, possono stare alla base dell'estrema variabilità delle risposte patologiche al medesimo agente nocivo, che si affiancano alle patologie classiche asbesto-correlate, qual'è il mesotelioma pleurico.

Il cumulo di tutte queste considerazioni ed informazioni potrebbe costituire un patrimonio unico e prezioso, nelle mani dei sanitari più o meno "*competenti*" *ope legis*, chiamati ad esercitare sul paziente - o sul soggetto ancora solamente esposto alle fibrille killer - la cosiddetta sorveglianza sanitaria. Infatti, la salute del Nostro avrebbe bisogno di tanta scienza e di altrettanta coscienza.

A proposito di patologia amianto-correlata di tessuti dell'organismo diversi dalle sierose (pleura, pericardio, peritoneo, ecc.) la letteratura scientifica citata in precedenza ha dato un'idea della partecipazione anche dell'apparato gastroenterico. Altre pubblicazioni recenti, reperibili liberamente nelle fonti bibliografiche, hanno descritto la partecipazione dei tessuti linfemopoietici alla funzione di bersaglio del cancerogeno amianto, basate su ricerche sperimentali e/o epidemiologiche osservazionali. Si tratta di: Kagan (1979) - leucemia linfocitaria cronica, mieloma IgA e mieloma IgG, Waxweiler e Robinson (1983) - linfoma non-Hodgkin, Kagan e Jacobson (1983) - leucemia cronica linfocitaria, mieloma IgG e mieloma IgA, Battista *et al.* (1999) – mieloma multiplo, e Becker *et al.* (2001) – linfomi maligni. In termini concreti, ciò significa che, almeno dal 1979 in poi, non sarebbe stato più possibile ascrivere all'esposizione ad amianto il solo mesotelioma pleurico, ma anche ad una moltitudine di altre affezioni letali: letteratura scientifica *docet*.

a.9) Potenziamiento tossicologico 1 + 1 + 1 = 9, 10 e più:

La letteratura scientifica ha messo in evidenza che l'abitudine di fumare tabacco comporta un potenziamento del rischio, e della patologia amianto-correlata. Questo fenomeno trova un'espressione significativa nell'equazione che suggerisce i rapporti quantitativi degli effetti dei due agenti patogeni: Fumo di tabacco + Amianto = [10 x + 13 x] non 23 x ma 50-60 volte.

Altrettante considerazioni meritano di essere fatte a proposito di un'altra circostanza, questa volta iatrogena, che può essere considerata quale possibile concausa effettiva della patologia amianto-correlata. Si tratta di una terapia marziale attuata col proposito di curare un'anemia somministrando Fe inorganico per via parenterale: questo comporta un aumento delle specie reattive dell'ossigeno, con squilibrio della bilancia perossidativa in senso pro-ossidante. Effetti analoghi possono essere realizzati con altre pratiche iatrogene, questa volta a scopo diagnostico e non terapeutico, come l'esposizione a radiazioni ionizzanti: esse comportano un depauperamento delle difese organiche contro i cancerogeni.

b. Quanto alle ipotesi di reato di cui agli artt. 434 e 437 c.p.

La norma di cui all'art. 434 c.p., il cui bene giuridico tutelato è l'incolumità pubblica in tutte le sue estensioni con riferimento ad ogni possibile disastro o pericolo di disastro che non sia preveduto dagli articoli precedenti o successivi. La figura criminosa in esame, solitamente definita come **disastro innominato**, è destinata, quindi, a colmare talune lacune delle norme concernenti la tutela dell'incolumità pubblica (*Relazione*

ministeriale sul Progetto del codice penale, in *Lav. prep.*, V, II, Roma, 1929, 224. Ma v., per l'esclusione delle ipotesi di dolo eventuale e della colpa, Riondato, *Profili penali della normativa sul rischio di incidente rilevante connesso ad attività industriali*, in *RTDPE*, 1989, 1065).

La fattispecie in esame ha dunque **carattere sussidiario** e postula l'accertamento dell'inoperatività degli artt. 422-433. Non si rinvengono specifici riferimenti al carattere disastroso dell'evento di epidemia di cui all'art. 438(cfr. artt. 449 e 452).

La previsione del disastro c.d. innominato è stata oggetto di censura in riferimento al principio di determinatezza della fattispecie, stante la formulazione eccessivamente vaga della disposizione (Marinucci, *Crollo di costruzioni*, in *ED*, XI, Milano, 1962, 411; Ardizzone, *Crollo di costruzioni e altri disastri colposi*, in *Digesto pen.*, III, Torino, 1989, 274.

La quasi totalità delle fattispecie del titolo VI capo I (fa eccezione l'art. 435) e delle corrispondenti ipotesi colpose (artt. 449, 450, 451) ruotano attorno al dato tipico «**disastro**».

L'espressione disastro *tout court* designa un accadimento caratterizzato da una complessità e gravità di effetti materiali corrispondenti a danni alle cose astrattamente considerati quali veicoli di pericolo per l'incolumità pubblica (cfr. *Relazione del Guardasigilli al progetto definitivo*, II parte, 221: «... danno di tale rilevanza da potersene dedurre l'attitudine a mettere in pericolo la pubblica incolumità»). Nel capo I, infatti, la qualifica di disastro viene fatta esplicitamente corrispondere agli eventi (di pericolo c.d. astratto o presunto) di frana, inondazione e valanga (*ex artt. 427 e 426*), nonché di crollo (art. 434, 1° co.). Inoltre, tramite l'art. 449(«... incendio o altro disastro») il termine «disastro» concorre a designare l'incendio (art. 423, 1° co.), il naufragio e la sommersione (art. 428, 1° co.), senza che a tale qualifica corrisponda una speciale gravità dell'accadimento preveduto dal capo I (Manzini, 295), né alcun'altra differenza sostanziale. Infine, si collegano a tale nozione il disastro aviatorio (art. 428) e il disastro ferroviario (art. 437) (oltre alla fattispecie colposa di cui all'art. 449). Tutte le fattispecie citate sono quindi riconducibili ad un'**unica classe** con riferimento al mero disastro in tal modo definito.

In contrario si è da taluno sostenuto che l'espressione disastro equivale sempre a «*pericolo effettivo e reale per l'incolumità pubblica*» (inteso però come rottura delle condizioni di sicurezza) e serve solo a denotare un maggior pericolo, ritenuto tale dal legislatore, rispetto a situazioni non definite come disastro (così Ardizzone, *La*

fattispecie obiettiva del crollo colposo di costruzioni, in *RIDPP*, 1970, 794). Tuttavia, a parte la considerazione che il venir meno di una condizione di sicurezza non implica di per sé il pericolo concreto per l'incolumità pubblica, se il disastro significasse maggior pericolo non si spiegherebbe la ragione per cui soltanto a certi disastri è espressamente collegato il requisito del concreto pericolo per l'incolumità pubblica. Inoltre, un pericolo «ritenuto», cioè in definitiva presunto, non è comparabile con un pericolo concreto, trattandosi di entità non omogenee.

L'identificazione di disastro e pericolo per l'incolumità pubblica viene in alcuni casi fatta derivare da un'arbitraria assimilazione in un'unica nozione di genere di dati che al contrario sono autonomamente tipizzati (disastro e pericolo per l'incolumità pubblica), talvolta persino nella stessa disposizione, talaltra da un'indebita assimilazione tra gli indici che sul piano probatorio si ritiene concorrano a rivelare l'esistenza del disastro (danno ingente a cose e persone) e i requisiti tipici necessari e sufficienti ad integrarlo. Si tratta, però, o di un inammissibile procedimento di accertamento del pericolo *ex post*, cioè per il sol fatto della verifica del danno a più persone quale esito di un accadimento disastroso, o di una identificazione del disastro col danno all'incolumità pubblica, il che è contraddetto da quanto già evidenziato *supra* (per la necessità che il disastro si concretizzi nella rilevante lesione di beni personali, oltre che patrimoniali, v. Fiandaca, Musco, 521. Cfr. Battaglini, Bruno, 550; Ratiglia, 207; Antolisei, *Manuale*, 18).

Per la giurisprudenza, che a volte incorre nel medesimo equivoco, e per ulteriori notazioni, si rinvia al commento ai singoli articoli, in particolare all'art. 449 (v., comunque, la pronuncia C., Sez. IV, 16.7.1993).

A siffatto orientamento non è estranea la considerazione del principio di offensività, il cui impiego tuttavia dissolve nell'inequivoca indicazione fornita dal sistema del titolo VI circa l'esistenza di ipotesi di delitti di pericolo c.d. presunto o astratto, e vanifica di conseguenza la modulazione della tecnica di tutela impiegata dal legislatore (così Marini, *Incolumità*, 154, il quale peraltro ribadisce non doversi prescindere da un accertamento della effettiva lesività). Valgono, al contrario, ad ulteriormente precisare il rapporto tra disastro e pericolo concreto per l'incolumità pubblica le considerazioni che seguono.

Si danno ipotesi in cui **alla previsione del disastro si aggiunge il pericolo concreto per l'incolumità**, pericolo che, con riferimento al momento in cui si colloca nella fattispecie, o precede o segue l'avverarsi del disastro. Nell'ambito delle fattispecie

che si riferiscono al disastro, è dunque possibile individuare, oltre alla classe che è stata sopra evidenziata, altre quattro classi.

Una prima classe comprende le varie ipotesi di cui all'art. 434, 2° co. (cfr. Marinucci, *Crollo*, 417; riguardo alla configurabilità dell'ipotesi colposa ex artt. 434 e 449) nelle quali si ha **disastro preceduto da pericolo concreto per l'incolumità pubblica**. Nell'art. 434 trova previsione, oltre al crollo, il **disastro c.d. innominato**, la cui definizione, svincolata dalla tipizzazione dell'evento disastroso o comunque dell'oggetto/fonte materiale del disastro, discende in via interpretativa dai connotati essenziali dei fenomeni espressamente qualificati come disastrosi (frana, inondazione, incendio, etc.) alla luce del bene tutelato (Riondato S., *Profili*, 1065, con notazioni critiche circa la riconducibilità del disastro innominato alla previsione colposa prevista dall'art. 449).

Una seconda classe ricomprende le ipotesi di **disastro seguito da pericolo concreto contro l'incolumità pubblica** di cui agli artt. 423, 2° co., 428, 2° co. e nelle varie ipotesi colpose (ex art. 449).

Una terza classe comprende le ipotesi di **pericolo di disastro** (artt. 424, 1° co., 427, 1° co., 429, 1° co., 431, 1° co., 450). Si tratta di pericolo concreto, ma il termine finale di riferimento del giudizio di pericolo di disastro non è il danno all'incolumità pubblica bensì l'accadimento materiale definibile come disastroso.

A tale proposito la giurisprudenza parla di probabilità di disastro (così C., Sez. IV, 5.5.1988; C., Sez. IV, 21.1.1981).

In un'ultima classe si possono ricomprendere il **disastro preceduto da pericolo per la sicurezza dei trasporti pubblici** e il **disastro preceduto da attentato alla sicurezza degli impianti** (ex artt. 433 e 432). Si ha **sicurezza**, riferita a cose, quando l'insieme delle condizioni di fatto delle cose medesime non è astrattamente pericoloso per una pluralità di persone. La sicurezza è, in questo senso, «assenza di pericolo» (v. sul punto Parodi Giusino, 270). Si ha, quindi, «danno» alla sicurezza quando la situazione delle cose è astrattamente pericolosa per le persone, e «pericolo per la sicurezza» quando esiste una situazione di fatto il cui sviluppo causale probabile ne comprende un'altra (che quindi è termine finale di riferimento di un giudizio di pericolo concreto com'è nell'art. 432, 1° co.; v. *supra*) che a sua volta è astrattamente pericolosa per le persone (sull'attentato alla sicurezza ex art. 433). Si è in presenza, dunque, di una **forte anticipazione di tutela** (cfr. Ardizzone, *Naufragio, disastro aviatorio, disastro ferroviario*, in *Digesto pen.*, VIII, Torino, 1994, 226: «Il pericolo per la

sicurezza dei trasporti indizia un'anticipazione del pericolo per l'incolumità pubblica» e Bonanni, *“La tutela dell'integrità psico-fisica del cittadino (e del lavoratore) e l'intervento nel processo delle formazioni sociali intermedie. La costituzione di parte civile e l'intervento di Enti ed Associazioni, nel procedimento penale, nel microsistema di cui agli artt. 434, 437 e 451 c.p., tra luci ed ombre, risultati raggiunti e prospettive”*, pubblicato su Diritto Dei Lavori (in internet su www.csddl.it), anno IV n. 1, gennaio 2010 e Bonanni, Ugazio *“Patologie ambientali e lavorative. MSC – Amianto & Giustizia”* – Edizioni Minerva Medica, Torino 2011, in ragione dell'interesse e dei diritti coinvolti, quali l'ambiente e la salute pubblica.

Il 1° co. prevede **due distinte ipotesi delittuose** concretantisi rispettivamente nel fatto diretto a cagionare il **crollò di una costruzione** e nel fatto diretto a cagionare un **altro disastro** (per quando riguarda l'individuazione dei soggetti titolari di un obbligo di garanzia per l'omesso impedimento del pericolo per l'incolumità pubblica o per l'omesso impedimento del crollo o del disastro, v. Corbetta, *Delitti contro l'incolumità pubblica. I delitti di comune pericolo mediante violenza*, in *Tratt. Marinucci, Dolcini*, parte spec., II, 1, Padova, 2003, 586).

Ad entrambe le ipotesi si riferisce il requisito della creazione di un **pericolo concreto** per la pubblica incolumità (C., Sez. I, 26.10.1960).

La S.C. ha precisato che nell'ipotesi di cui all'art. 434, 1° co. la soglia per integrare il reato è **anticipata al momento in cui sorge il pericolo** per la pubblica incolumità e, qualora il disastro si verifichi, risulterà integrata la fattispecie aggravata prevista dal 2° co. dello stesso art. 434 (C., Sez. IV, 17.5.2006). Nella giurisprudenza di merito si è di recente affermato che la **prova del pericolo** per la pubblica incolumità deve sussistere a prescindere dalla verifica o meno del disastro che incide esclusivamente sull'inquadramento della condotta nell'ipotesi del primo comma o in quella, aggravata, del 2° co. (T. Nola 28.5.2007).

La tesi secondo cui si tratta di fattispecie di pericolo concreto è accolta anche in dottrina [Ardizzone, *Crollo*, 275; Battaglini, Bruno, *Incolumità pubblica (delitti contro la)*, in *NN.D.I.*, VIII, Torino, 1962, 555; Santoro, *Manuale di diritto penale*, parte spec., III, Torino, 1965, 91].

È stato precisato che l'idoneità dell'azione, valida per integrare le fattispecie di crollo o altro disastro, deve essere considerata sotto il profilo potenziale, indipendentemente da ogni altro evento esterno o sopravvenuto; mentre la inidoneità, onde configurare nella specie un reato impossibile, deve essere assoluta in virtù di una

valutazione astratta della inefficienza strutturale e strumentale del mezzo che non deve consentire neppure una attuazione eccezionale del proposito criminoso (C., Sez. I, 27.1.1987).

Si tratta di **delitti a consumazione anticipata**: il dolo tipico abbraccia un risultato che sta al di fuori degli elementi obiettivi (Marinucci, 414). In particolare, la dottrina tradizionale riscontra nelle figure criminose in esame la struttura del tentativo rispetto all'evento non verificatosi di crollo o disastro, mentre la realizzazione di un pericolo concreto per l'incolumità pubblica è intesa come **condizione di punibilità** [Battaglini, Bruno, 556; Manzini, *Trattato di diritto penale italiano*, VI, a cura di Pisapia, Torino, 1983, 349; Santoro, 91; Vannini, *Manuale di diritto penale*, in parte spec., Milano, 1949, 158; Lai, *Incolumità pubblica (reati contro la)*, in *EG*, XVI, Roma, 1989, 12]. Detta concezione è stata, tuttavia, criticata muovendo dalla considerazione che l'offesa al bene giuridico (pericolo concreto per l'incolumità pubblica) è espressamente legata da nesso di causalità alla condotta tipica - evento - il che escluderebbe la configurabilità di una condizione di punibilità, la quale postula, invece, l'estraneità del dato condizionante al bene giuridico tutelato (Ardizzone, *La fattispecie obiettiva del crollo colposo di costruzioni*, in *RIDPP*, 1970, 783; Marinucci, 414. In diversa prospettiva propugna la tesi del pericolo come modalità della condotta Antolisei, *Manuale di diritto penale*, parte spec., II, Milano, 2008, 5).

È stato precisato che il concetto di **crollo**, totale o parziale, di una costruzione implica la rovina, lo sfasciamento, la caduta e ogni altra disintegrazione delle strutture essenziali di essa in modo che la forza di coesione tra i singoli elementi costruttivi venga superata e vinta dalla forza di gravità (C., Sez. IV, 29.4.1994; C. 21.12.1988; C., Sez. II, 31.1.1975. V. anche C., Sez. IV, 19.5.2000). Non basta, quindi, ad integrare il reato il pericolo di un qualsiasi distacco con conseguente caduta al suolo di singoli elementi costruttivi, ancorché stabilmente inseriti nella costruzione, qualora non sia probabile che le strutture essenziali di essa risultino definitivamente compromesse [C., Sez. II, 31.1.1975; v. anche C., Sez. IV, 29.4.1994, secondo la quale non sussiste il reato di crollo (colposo) «qualora non sia possibile che le strutture essenziali di essa risultino definitivamente compromesse» (nella fattispecie, a seguito di un'esplosione causata dall'accensione del motore di un veicolo, custodito nell'autorimessa di un edificio, da cui era fuoriuscito GPL, erano stati gravemente danneggiati alcuni garages vicini, le cui porte erano state divelte verso l'esterno, e l'appartamento sovrastante; la Corte di Cassazione ha escluso che ricorressero gli estremi del crollo); C., Sez. I, 23.6.1987,

secondo cui necessita che le strutture principali della costruzione risultino definitivamente compromesse].

La dottrina è concorde nel ritenere che il crollo deve presentare le **proporzioni del disastro**, sicché, con riferimento al 2° co., si deve accertare se in dipendenza di esso si sia verificato un concreto pericolo per l'incolumità pubblica (Marinucci, 418).

Del medesimo avviso è anche la giurisprudenza dominante. La Suprema Corte ha in proposito precisato che per la sussistenza del delitto si richiede che il crollo della costruzione abbia assunto la fisionomia di un disastro, cioè di un avvenimento grave e complesso con conseguente pericolo per la vita e la incolumità delle persone, indeterminatamente considerate (C., Sez. IV, 5.2.1991; v. anche C., Sez. IV, 21.6.1974; C., Sez. IV, 4.12.1963). La qualifica di disastro, quindi, attiene anche al crollo (in questo senso C., Sez. IV, 17.11.1970; *contra* C., Sez. I, 26.10.1960). Pertanto non ogni disfacimento o dissesto di opere può definirsi crollo, ma solo quello che assuma proporzioni notevoli per la rilevanza e l'estensione del danno ed il numero delle persone offese o esposte a pericolo (C., Sez. II, 31.1.1975, secondo la quale la norma richiede, altresì, l'insorgere di un sentimento di pubblica commozione, sia pure in una collettività limitata, quale effetto del crollo; C., Sez. II, 8.6.1954, ove si nega il requisito della eccezionalità dell'avvenimento).

Un **sisma** non costituisce di per sé causa sopravvenuta da sola sufficiente a determinare l'evento, in assenza del crollo totale di tutte le altre costruzioni dello stesso centro abitato (C., Sez. IV, 27.1.2010, n. 24732).

La **costruzione** cui inerisce il crollo può essere in muratura o non, come nel caso di strutture di legno, metallo, materie plastiche, vetro o altre sostanze. Non è necessario che si tratti di edifici; il crollo può riguardare anche un ponte, una passerella, come pure una complessa impalcatura di sostegno, anche se sotterranea, come nel caso delle miniere (Manzini, 347; Santoro, 92).

L'espressione «**altro disastro**» contenuta nel 1° co., e richiamata implicitamente nel 2° co., designa genericamente un complesso di risultati concretamente offensivi di una vasta e indefinita cerchia di persone (Battaglini, Bruno, 550; Marinucci, 418; Ranieri, *Manuale di diritto penale*, parte spec., II, Padova, 1962, 472). Siffatta nozione, secondo un orientamento dottrinale, si caratterizza, rispetto a quella di «pericolo per l'incolumità pubblica», in quanto, una volta realizzatosi, il disastro comporta una situazione di maggior pericolo per il bene tutelato (Ardizzone, *La fattispecie*, 796). La dottrina vi riconduce l'ipotesi di caduta di ascensore, lo scoppio di

materie esplosive (dinamite) o di gas (Battaglini, Bruno, 556; Antolisei, 26; Nappi, *Crollo di costruzioni o altri disastri dolosi*, in *Giur. sist. dir. pen. Bricola, Zagrebelsky*, parte spec., IV, 2^a ed., Torino, 1996, 615; Fiandaca, Musco, *Diritto penale*, parte spec., I, Bologna, 2007, 515; conf. *Relazione ministeriale*, 224).

Requisito del "disastro" di cui all'art. 434 è la potenza espansiva del nocumento unitamente all'attitudine ad esporre a pericolo, collettivamente, un numero indeterminato di persone, sicché, ai fini della configurabilità del medesimo, è necessario **un evento straordinariamente grave e complesso** ma non eccezionalmente immane (C., Sez. III, 16.1.2008, in fattispecie di disastro ambientale). Nella fattispecie in esame la giurisprudenza ha fatto rientrare casi di incidenti automobilistici particolarmente gravi [C., Sez. II, 3.2.1955; cfr. anche C., Sez. IV, 20.12.1989, secondo cui nel caso di incidente automobilistico, provocato da colpa dei conducenti, con conseguenze particolarmente gravi alle persone e alle cose, ben può ricorrere, col concorso di altre condizioni, l'ipotesi di disastro colposo di cui all'art. 449 in relazione all'art. 434 (anche se più specificamente l'incidente che abbia posto in pericolo la sicurezza di un pubblico trasporto è inquadrabile nella previsione dell'art. 432, prima ed ultima parte) ritenendo non esclusa la sussistenza del disastro quando siano rimaste vittime soltanto le persone trasportate, poiché la nozione di disastro prescinde dalla qualità dei soggetti passivi del reato e richiede un evento particolarmente grave e complesso che colpisca persone e cose, sia suscettibile di mettere in pericolo e realizzare il danno di un certo numero di persone, indipendentemente dalla loro più o meno intensa esposizione al rischio e di diffondere, altresì, un esteso senso di commozione e di allarme].

Sotto il profilo della tecnica legislativa è stata peraltro evidenziata l'inopportunità della previsione di tale ipotesi più generica accanto a quella del crollo, anziché in un distinto articolo (Erra, *Disastro ferroviario, marittimo, aviatorio*, in *ED*, XIII, Milano, 1963, 12).

Discussa è la natura giuridica dell'ipotesi di cui al 2° co. Essa costituisce, secondo la dottrina tradizionale, una circostanza aggravante (Battaglini, Bruno, 556; Maggiore, *Diritto penale*, parte spec., 4^a ed., Bologna, 1950, 383; Manzini, 350; Santoro, 91; cfr. Ardizzone, *Crollo*, 277). In prospettiva diversa, tuttavia, la figura in esame è stata intesa sia quale evento aggravatore del delitto (Ardizzone, *La fattispecie*, 808 e Autori ivi citati) sia come figura autonoma di reato (Marinucci, 418. Per la possibilità di ravvisare nella figura in commento l'evento relativo a una fattispecie

autonoma di reato di danno v. Zuccalà, nota introduttiva al capo II, titolo III, libro I, in *Comm. Crespi, Forti, Zuccalà*, Padova, 2008, 229).

Sulla sussumibilità del "disastro ambientale, ecologico o chimico" nel largo e generico concetto di "disastro" di cui all'art. 434, v. Gargani, *Reati contro l'incolumità pubblica. Reati di comune pericolo mediante violenza*, in Grosso, Padovani, Pagliaro (diretto da), *Trattato di diritto penale*, parte spec., IX, 1, Milano, 2008, 468, con riferimento in particolare al caso Seveso e alla vicenda giudiziaria concernente il "Petrochimico" di Porto Marghera.

Elemento soggettivo

Il **dolo** richiesto dalla norma in esame è quello **generico**: occorre cioè la coscienza e la volontà di compiere un fatto diretto a cagionare il crollo o il disastro.

Se nell'ipotesi di cui al 1° co. si individua una condizione di punibilità in relazione al pericolo per il bene tutelato, questa opera obiettivamente (Manzini, 349). La tesi opposta, invece, richiede un atteggiamento finalistico verso il crollo, che rappresenta lo scopo verso cui è indirizzata l'azione criminosa (dolo intenzionale); poi, in congiunzione con questo elemento intenzionale, la previsione e l'accettazione implicita nell'agire, malgrado la persistente previsione, che dalla realizzazione della condotta è possibile che si verifichi un diverso e maggiore evento, il pericolo per l'incolumità pubblica (dolo eventuale) (Marinucci, 415).

Si tende ad escludere il dolo eventuale con riferimento al crollo o al disastro, ritenendosi necessario il dolo intenzionale (Marinucci, 415; Ardizzone, *Crollo*, 276).

Il dolo eventuale è incompatibile con le ipotesi delittuose, come quella descritta dall'art. 434, in cui l'elemento soggettivo è tipizzato nei termini di volontà diretta al raggiungimento di uno scopo preciso (C., Sez. I, 7.10.2009, n. 41306). Nella giurisprudenza di merito v., in senso conforme, T. Nola 28.5.2007.

Il dolo nel reato di crollo di costruzioni è intenzionale rispetto all'evento di disastro ed è eventuale rispetto al pericolo per la pubblica incolumità (C., Sez. I, 14.12.2010, n. 1332).

Per quanto concerne il 2° co., in esso si ravvisa una figura autonoma di reato proprio in quanto necessita che il dolo investa il verificarsi del crollo o disastro con le caratteristiche proprie di questi eventi (Marinucci, 418. *Contra* Battaglini, Bruno, 556; Antolisei, 25; Ardizzone, *La fattispecie*, 803, che ravvisano una circostanza aggravante. Fiandaca, Musco, 515 e Nappi, 617, osservano che non mancano casi in cui

è la stessa legge penale a qualificare circostanza aggravante un evento che costituisce oggetto del dolo).

E' prevista anche la stessa ipotesi colposa, nella norma di cui all'art. 449 c.p.

In particolare, vengono in considerazione, oltre l'incendio, l'inondazione, la frana, la valanga, il naufragio, la sommersione, il disastro aereo, il disastro ferroviario, il disastro derivante da attentati alla sicurezza dei trasporti, il disastro derivante da attentati alla sicurezza degli impianti di energia elettrica, di gas o delle pubbliche comunicazioni, il crollo di costruzioni, il disastro innominato (per esempio: dissesto del sottosuolo consistente in rottura di falda acquifera, con conseguente sversamento e instabilità degli edifici residenziali sovrastanti, causato da opere di costruzione sotterranea limitrofa, quali parcheggi interrati o simili), il disastro derivante dalla rimozione od omissione di cautele contro gli infortuni sul lavoro (ex artt. 423, 426, 428, 430, 432, 433, 434, 437) (esclude che la norma si riferisca al disastro di cui all'art. 437 Manzini, 372; *contra* La Cuta, *Manuale di diritto penale del lavoro*, Napoli, 1983, 157. Per l'affermazione che il disastro innominato di cui all'art. 434 non rientra tra i disastri contemplati dall'art. 449 v. Riondato, *Profili penali della normativa sul rischio di incidente rilevante connesso ad attività industriali*, in *RTDPE*, Padova, 1989, 1064. Per ulteriori indicazioni in dottrina si rinvia al commento degli artt. 423 ss.).

L'inciso «al di fuori delle ipotesi previste nel 2° co. dell'art. 423 bis» è stato inserito con L. 21.11.2000, n. 353 (Legge quadro in materia di incendi boschivi).

L'incendio boschivo colposo è previsto dall'art. 423 bis, 2° co. cui si rinvia.

Non viene in considerazione, invece, il delitto di strage che può essere esclusivamente doloso.

In giurisprudenza v. C., Sez. IV, 17.5.2006, che rileva altresì l'incompatibilità della fattispecie colposa con il dolo specifico (il "fine di uccidere") che caratterizza la fattispecie dolosa di strage (nella medesima sentenza si precisa altresì che anche il reato di cui all'art. 437 è previsto nella sola forma dolosa).

L'art. 449, 2° co. prevede un aumento di pena se si tratta di disastro ferroviario o di naufragio o di sommersione d'una nave adibita a trasporto di persone o di caduta di un aeromobile adibito a trasporto di persone. In giurisprudenza prevale la tesi secondo cui si tratterebbe di un **titolo autonomo di reato** (C., Sez. IV, 4.3.2004; C. 27.3.1984; C. 18.3.1982; C., Sez. VI, 7.5.1975; *contra* C., Sez. V, 17.5.1977, secondo cui trattasi di circostanza aggravante).

Conformi, in dottrina, Battaglini, Bruno, *Incolunità pubblica (delitti contro la)*, in *NN.D.I.*, VIII, Torino, 1962, 571; Erra, *Disastro ferroviario, marittimo, aviatorio*, in *ED*, XIII, Milano, 1963, 14.

Una questione di legittimità costituzionale dell'art. 449 è stata recentemente sollevata in riferimento agli artt. 3 e 27 Cost., relativamente all'ipotesi di incendio colposo, nella parte in cui il reato predetto viene equiparato *quoad poenam* ad altre più gravi ipotesi di disastro (T. Siena 7.12.2000). La Corte Costituzionale ha dichiarato manifestamente infondata la questione, affermando che il relativo presupposto (equiparazione tra le pene per differenti titoli di reato, quello oggetto del giudizio principale e quelli indicati *atertia comparationis*) è contraddetto dalla disciplina legislativa vigente, che è nel senso della differenziazione (ord. C. Cost. 28.12.2001, n. 438).

Elemento oggettivo

Nella dizione "**disastro**" impiegata dalla norma in esame non rientrano gli eventi di pericolo di cui al successivo art. 450, né il pericolo di incendio, frana o valanga e il pericolo di uno dei disastri c.d. generici di cui agli artt. 432 e 433, che non trovano espressa previsione tra i delitti colposi (per quanto concerne le operazioni colpose che possono creare pericolo di incendio v., sulla disciplina prima dell'abrogazione dell'art. 9, L. 1.3.1975, n. 47, Mazza, *L'art. 9 della legge 1.3.1975 n. 47 e le incriminazioni di incendio e di danneggiamento seguito da incendio di boschi*, in *GA*, 1975, 1, 647; cfr. ora L. 21.11.2000, n. 353).

La condotta è a forma libera, attiva od omissiva (C. 16.3.1984).

Si è precisato, in giurisprudenza, con riferimento al disastro aviatorio colposo, che nei reati colposi omissivi impropri l'addebito della responsabilità presuppone l'individuazione di una **posizione di garanzia** da cui discenda l'obbligo giuridico di impedire l'evento, il quale si caratterizza rispetto agli altri obblighi di agire in ragione della previa attribuzione al garante degli adeguati poteri di impedire accadimenti offensivi di beni altrui (C., Sez. IV, 20.2.2008).

Sul tema del ruolo della **causalità scientifica** all'interno del reato colposo, si è di recente affermato, nella giurisprudenza di merito, in ipotesi di crollo di costruzioni, che se un edificio con muratura in pietrame non avrebbe potuto, con molte probabilità, reggere alla forza d'urto di un terremoto di particolare entità, è evidente che, pur ipotizzando come realizzate le condotte colpose ritenute carenti in sede di progettazione e realizzazione (o ristrutturazione o sopraelevazione) dell'edificio, l'evento si sarebbe

Nel 2000 escono tre lavori che sostanzialmente confermano l'alto rischio di mesoteliomi pleurici a seguito di esposizioni professionali, anche se si può avere l'insorgenza per esposizione domestica o ambientale⁶. Viene inoltre evidenziato come anche nelle esposizioni ambientali il rischio aumenti sensibilmente vicino alle zone estrattive di amianto o in luoghi in cui vi sono industrie che producono o manipolano manufatti di amianto⁷⁻⁸.

Da quanto esposto, si evince chiaramente che anche nell'ambito della prevenzione da neoplasie da amianto possono e debbono essere adottate tutte le norme di buona tecnica che regolano la prevenzione delle fibrosi, unitamente al consiglio di evitare il fumo di tabacco, per il noto effetto sinergico nella genesi del tumore polmonare.

E' sufficiente qui riportare quanto precisa lo IARC:

“At present, it is not possible to assess whether there is a level of exposure in humans below which an increased risk of cancer would not occur” (cfr. doc. I).

Quindi, come risulta in modo incontrovertibile, non c'è una soglia sotto la quale non c'è rischio.

*** **

Per quanto sopra, il sottoscritto **Sig. Ceccarelli Massimiliano**, nella qualità e come in premessa generalizzato,

chiede

all'On.le Sig. Procuratore della Repubblica di Roma, che in sua equità e giustizia valuti se far disporre la totale e completa bonifica dei siti, e ciò per evitare il perdurare del rischio morbigeno e il pericolo concreto che cittadini e lavoratori possano contrarre mesotelioma ed altre gravi patologie, e se nel caso di specie sussistano dei reati, in particolare quelli di cui agli artt. 434 e 437 c.p., anche in relazione a quelli che sono i motivi della Sentenza del Tribunale di Torino con la quale sono stati condannati gli imputati, amministratori dell'Eternit, a 16 anni di reclusione, che si acclude nel CD, e che si intende riscritta e parte integrante del presente esposto, con subsunzione della fattispecie nel nomen iuris, affidata alla saggezza dell'Autorità Giudiziaria Ill.ma ed Ecc.ma, con ogni vittoria di giustizia e di ragione.

La parte sottoscritta, chiede di essere avvertita in caso di richiesta di archiviazione da parte del PM al GIP, e riserva di proporvi opposizione, al fine di ottenere la

⁶ A. Agudo, C. Gonzales, *Occupation and risk of malignant pleural mesothelioma: a case-control study in Spain*, *Ann. J. Med.* 37 : 159 – 168, 2000.

⁷ C. Magnani, A. Agudo & al., *Multicentric study on malignant pleural mesothelioma and non-occupational exposure to asbestos*, *British J. Of Cancer* (2000) 83 (1), 104 – 11.

⁸ V.Bourdes, P. Boffetta, P.Pisani, *Environmental exposure to asbestos and risk of pleural mesothelioma: review and meta analysis*, *Eur. J. Epidemiol.* 2000, May; 16 (5) : 411 – 7.

prosecuzione delle indagini preliminari, con il rinvio a giudizio dei responsabili, e chiede altresì di essere avvertito in caso di richiesta di proroga del termine dell'indagine preliminare e riserva di depositare memorie al GIP ex art. 406, III comma, c.p.p., per far valere ogni loro diritto.

La parte sottoscritta nomina quale suo procuratore e difensore l'Avv. Ezio Bonanni del Foro di Roma, affinché la rappresenti e difenda, compia indagini difensive e ogni altro atto che riterrà opportuno nell'interesse mio e della giustizia e al quale conferisce ogni più ampio potere e facoltà di legge che discende dal mandato.

Allega, oltre al documento sub n. 1, anche CD contenente le foto del sito e copia della Sentenza Eternit del Tribunale di Torino.

Con ossequi.

Lì, _____

Sig. Ceccarelli Massimiliano
in proprio e quale aderente dell'O.N.A. ONLUS

CONSIGLIERE DOTT. AUGUSTO SANTORI
COMUNE DI ROMA XV MUNICIPIO
VIA MAZZACURATI, 73-75 00148 ROMA
TEL. PERS. 347.8020091
augustosantori@virgilio.it
WWW.AUGUSTOSANTORI.COM

Al XV Gruppo della Polizia Municipale

Al ~~Ufficio~~ Municipio XV

**Al Dipartimento X
Comune di Roma**

Al ~~Ufficio~~ ASL È ROMA/D

Al ~~Ufficio~~ Ufficio del Difensore Civico Comune di Roma

Roma, 25 Novembre 2009

OGGETTO: Esposto per verifica presunto tetto in eternit presso struttura del Genio Militare sita in Via del Trullo 508

Con la presente, su segnalazione di diversi residenti della zona, si chiede intervento di verifica in merito alla eventuale pericolosità che risulterebbe dal presunto tetto in eternit presso la struttura del Genio Militare, di proprietà del Ministero della Difesa, il cui ingresso è sito specificatamente in Via del Trullo 508.

Tale richiesta nasce dalle diverse preoccupazioni manifestate dai residenti della zona Trullo e Monte delle Picche, che richiederebbe necessarie assicurazioni in merito alla salubrità dei materiali da cui risulta essere composta la struttura in oggetto al presente esposto.

Restando in attesa di cortesi e necessari riscontri in merito alla presente segnalazione, colgo l'occasione per augurare buon lavoro.

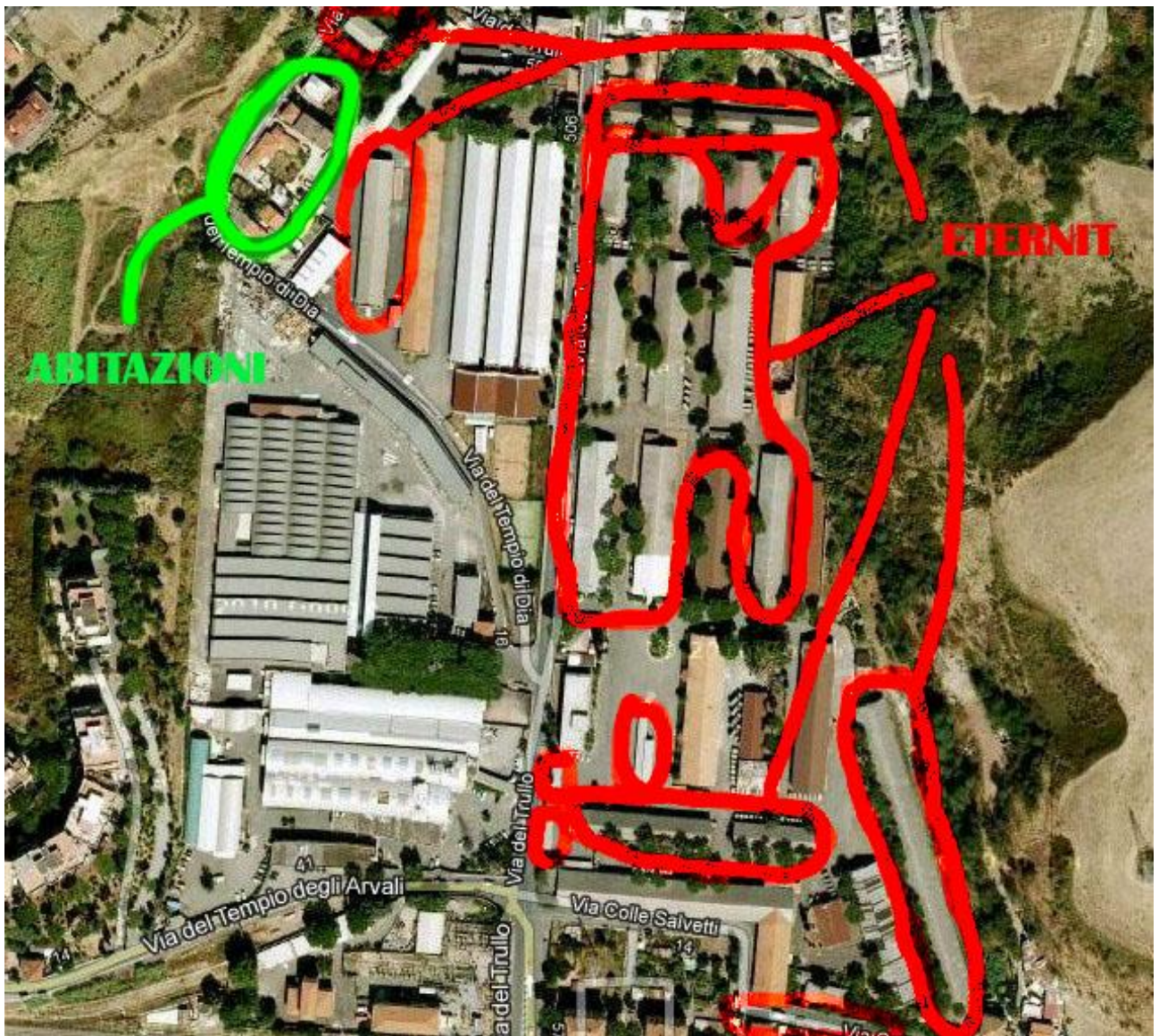
Cordialmente.

In fede

Augusto Santori







LA TUTELA DELL'INTEGRITA' PSICO-FISICA DEL CITTADINO (E DEL LAVORATORE) E L'INTERVENTO NEL PROCESSO DELLE FORMAZIONI SOCIALI INTERMEDIE

La costituzione di parte civile e l'intervento di Enti ed Associazioni,
nel procedimento penale, nel microsistema di cui agli artt. 434, 437 e 451 c.p.,
tra luci ed ombre, risultati raggiunti e prospettive

di Ezio Bonanni e Emanuela Sborgia

Sommario: 1. Premessa. 2. Fondamento normativo della costituzione di parte civile e dell'intervento nel procedimento penale. 3. Microsistema penale di cui agli artt. 434, 437 e 451 c.p.. 4. Legittimazione processuale delle associazioni e dei comitati alla costituzione di parte civile nei procedimenti penali nei casi di violazione delle norme di cui agli artt. 434 e 437 c.p.. 5. Atto di intervento. 6. Conclusioni.

1. Premessa

La tutela dell'integrità psicofisica del cittadino, nel territorio e nei luoghi di lavoro, dove si estrinseca la sua personalità, rappresenta un obiettivo primario degli ordinamenti giuridici moderni.

La Costituzione Repubblicana, anche sulla scia della disposizione di cui all'art. 2087 c.c., ha costruito il nuovo Stato sull'architettura di cui agli artt. 2 e 4, il cui sistema consacra i diritti inviolabili del singolo, anche nelle formazioni sociali, attraverso le quali meglio si estrinseca la sua personalità, si tutelano i suoi diritti e si riaffermano i fini e gli interessi propri della persona umana, che è elevata a centro di imputazione di tutti i diritti ed i doveri, che si riaffermano diritti inviolabili e dei quali persegue la piena esplicazione.

Il sistema costituzionale presuppone l'irrinunciabilità del diritto alla salute, di

cui la salubrità dell'ambiente lavorativo e del territorio sono un aspetto non secondario, inoltre, le finalità di profitto, proprie dell'iniziativa economica pubblica e privata, sono ad esso subordinate ed acquistano legittimazione, solo nella misura in perseguono l'utilità sociale nel rispetto della *sicurezza, libertà e dignità umana* (art. 41, comma 2, Cost.).

Questo quadro normativo è stato integrato, nel corso degli anni, da un sistema punitivo, prevalentemente di tipo contravvenzionale, articolato capillarmente in varie leggi speciali: il D.P.R. n. 541/55, il D.P.R. n. 503/56, il D.lgs n. 231/01 (art. 25 septies), fino al D.lgs. n. 81/08 (artt. 61, 262, 263, 264 e 265), tutte ispirate al criterio di concorso formale e/o materiale di reati con le fattispecie delittuose contemplate nel codice penale, tra le quali quelle del microsistema di cui gli artt. 434 e 437 c.p. e 451 c.p. (alle quali si aggiungono altre fattispecie quali quelle di cui agli artt. 589, co. 2, e 590 co. 3 c.p. per i casi in cui la condotta degli imputati ha determinato la concreta lesione alla integrità psicofisica delle vittime).

La norma di cui all'art. 9 della legge n. 300/70 (per altro mai completamente ed effettivamente applicata) ha recepito l'esperienza dei gruppi di lavoratori che nel corso degli anni precedenti avevano svolto attività nelle singole realtà industriali per la tutela della salubrità e sicurezza dei luoghi di lavoro.

Per impulso della legislazione comunitaria (Direttiva Comunitaria n. 89/391), queste esigenze furono recepite con il D.lgs. n. 626/94, che tuttavia non costituiva una trasposizione fedele, mostrandosi del tutto insufficiente e lacunoso, tanto che la Corte di Giustizia delle Comunità Europee con sentenza del 15.11.2001, C-49/2000, *Commissione c. Repubblica Italiana*¹, condannava la Repubblica Italiana.

Dopo un lungo travaglio, veniva finalmente alla luce il D.lgs. n. 81/08, che costituisce una risistemazione normativa dell'intera materia, riformulato con l'ultimo intervento, c.d. correttivo, consacratosi con l'emissione del D.lgs. n. 106/09 (oggetto di denuncia alla Commissione Europea da parte di alcune associazioni di lavoratori e vittime dell'amianto).

Tuttavia, i recenti dati statistici, relativi agli infortuni mortali che si sono verificati negli ultimi anni nei luoghi di lavoro, ed il continuo aumento delle malattie professionali (è sufficiente pensare che ogni anno, solo per patologie asbesto-correlate, di natura professionale, perdono la vita oltre 4.000 persone) dimostrano, in modo incontrovertibile, l'inefficacia degli strumenti legislativi prevenzionistici, peraltro mai effettivamente applicati.

Nel tentativo di arginare il progressivo dilagare di infortuni sul lavoro e l'insorgenza di malattie professionali e, dunque, di fornire una pronta risposta punitiva a siffatti fenomeni di evidente allarme sociale, il legislatore è intervenuto nel corso del 2008, con l'approvazione della norma di cui all'art. 132-bis delle norme di att. al c.p.p., così sostituito dall'art. 2 bis del D.L. n. 92 del 2008,

¹ Condanna della Corte di Giustizia delle Comunità Europee del 15.11.2001, C-49/2000, *Commissione c. Repubblica Italiana*, per non corretta trasposizione degli artt. 6 e 7 della Direttiva n. 89/391/Ce, per difetto dell'art. 4 del D.Lgs. 626/94, in tema di valutazione dei rischi e di aggiornamento in funzione del progressivo sviluppo delle condizioni e delle ricerche scientifiche.

convertito con modificazioni nella L. 24 luglio 2008 n. 125.

In siffatto articolo è disposto che, nella formazione dei ruoli di udienza e nella trattazione dei processi, è assicurata la priorità assoluta, oltre che a quei processi specificatamente elencati nelle lettere a), c), d) ed f), anche “*ai processi relativi ai delitti commessi in violazione delle norme relative alla prevenzione degli infortuni e all'igiene sul lavoro*” (art. 132 bis lettera b, norme di attuazione c.p.p.).

In realtà, tale previsione non risolve i problemi scaturenti dal maturare dei termini di prescrizione: in alcuni casi l'inizio del processo penale avviene a distanza di molti anni dalla commissione delle condotte delittuose e la necessità di giungere in tempi brevi ad una sentenza definitiva compromette inevitabilmente le modalità di accertamento del nesso di causalità.

In tale apparato normativo è da segnalare l'inasprimento delle pene previste dal D.lgs. n. 81/08 (artt. 262, 263, 264 e 265), che però, nel corso del 2009, sono state alleggerite.

Il legislatore, infatti, sotto la spinta delle associazioni di categoria degli industriali, è nuovamente intervenuto con il D.lgs. n. 106/09, di cui si evidenzia una dubbia legittimità, poichè statuisce una drastica riduzione delle pene, le quali, proprio per effetto delle disposizioni comunitarie (cfr. art. 5, comma 3, Direttiva n. 89/391/Cee², e tra le altre l'art. 20 della Direttiva 2009/148/Ce del 30.11.2009³ - sulla protezione dei lavoratori contro i rischi connessi con

² Non può essere intaccato il principio della responsabilità del datore di lavoro (peraltro confermato in Corte di Giustizia Comunità Europee, 14.06.2007, *Commissione c. Regno Unito*).

³ La Direttiva Comunitaria n. 2009/148/Ce del Parlamento Europeo del 30.11.2009, che detta le norme sulla protezione dei lavoratori contro i rischi connessi con un'esposizione all'amianto, all'art. 20 recita testualmente: “*Gli Stati membri prevedono l'applicazione di sanzioni adeguate in caso di violazione della normativa nazionale adottata ai termini della presente direttiva. Le sanzioni devono essere effettive, proporzionate e dissuasive*”.

un'esposizione all'amianto durante il lavoro) devono essere *effettive, proporzionate e dissuasive* e non sembra, quindi, che la legislazione interna sia coerente con quella comunitaria e con la sua *primauté*.

Alle difficoltà di natura esegetica, causate principalmente dalla complessità di una trattazione organica ed unitaria dell'articolato e composito sistema normativo in materia antinfortunistica, caratterizzato dalla presenza di molteplici norme costantemente integrate, rivedute e corrette, si aggiungono, inoltre, le difficoltà da affrontare in campo, qualora la vittima si inserisca nel percorso procedimentale diretto all'accertamento della verità processuale.

Molti dei reati contravvenzionali posti in essere dai datori di lavoro, possono essere estinti con l'oblazione e/o con l'esecuzione delle misure prescritte dall'Autorità di controllo (che ex art. 24 del D.Lgs. 748 del 1994⁴ determina l'estinzione del reato).

Per le residuali ipotesi delittuose, il più delle volte si arriva alla prescrizione, i cui tempi sono stati ridotti con la legge n. 251 del 05.12.05 (cosiddetta ex Cirielli), alla quale si è aggiunto l'indulto per effetto della legge 241 del 31.07.06, quale causa di estinzione della pena (fino a 3 anni di reclusione, e parzialmente per tre anni, nel caso di pene maggiori).

⁴ Art. 24 del D.lgs. 758 del 19.12.1994: "*1. La contravvenzione si estingue se il contravventore adempie alla prescrizione impartita dall'organo di vigilanza nel termine ivi fissato e provvede al pagamento previsto dall'art. 21, comma 2. 2. Il pubblico ministero richiede l'archiviazione se la contravvenzione è estinta ai sensi del comma 1. 3. L'adempimento in un tempo superiore a quello indicato nella prescrizione, ma che comunque risulta congruo a norma dell'art. 20, comma 1, ovvero l'eliminazione delle conseguenze dannose o pericolose della contravvenzione con modalità diverse da quelle indicate dall'organo di vigilanza, sono valutate ai fini dell'applicazione dell'art. 162 bis e del codice penale. In tal caso, la somma da versare è ridotta al quarto del massimo dell'ammenda stabilita per la contravvenzione commessa*".

Gli stessi imputati possono accedere a riti alternativi, quali l'applicazione della pena, che non consente al giudice di decidere sulla domanda risarcitoria presentata dalla parte civile (art. 444, c. 2, c.p.p.), o il rito abbreviato, ed in entrambe le ipotesi è previsto uno sconto di 1/3 della pena.

Anche in caso di condanna, è praticamente impossibile finire in carcere, in quanto alle pene edittali abbastanza modeste si aggiunge la possibilità, per gli incensurati, di ottenerne la sospensione condizionale, ed anche nel caso in cui la pena detentiva fosse maggiore, è sempre possibile essere ammessi a godere di misure alternative.

Questo quadro rende evidente l'effetto dell'assenza della funzione dissuasiva e retributiva della sanzione penale.

Rimane il solo campo operativo della tutela civilistica delle vittime, che tuttavia debbono scontrarsi con la parte forte dotata di risorse smisurate, ma soprattutto con la cronica lentezza della macchina giudiziaria nazionale, e spesso, quando la causa è finita, molte di queste società responsabili si sono rese insolventi.

Si aggiungono, a smorzare la capacità dissuasiva del sistema giudiziario, la copertura assicurativa dell'INAIL e per il differenziale di Istituti Privati (con annullamento di qualsiasi rischio di conseguenze concrete anche in caso di condanna).

Nel tentativo di arginare il triste fenomeno delle cosiddette *morti bianche* il legislatore è intervenuto con il D.lgs n. 231/01, che disciplina la responsabilità amministrativa delle persone giuridiche, il quale prevede, nell'art. 25 *septies*, inserito dalla L. n. 123/07, art. 9), che "*in relazione ai delitti di cui agli articoli 589 e 590 ter del codice penale, commessi con violazione delle norme antinfortunistiche sulla tutela dell'igiene e della salute sui luoghi di lavoro, si applica una pena pecuniaria in misura non inferiore a mille quote. Nel caso di condanna per i delitti di cui al comma 1, si applicano le sanzioni interdittive di cui all'art. 9, comma 2,*

della durata non inferiore e tre mesi e non superiore ad un anno”.

Tuttavia, come reso evidente, pur con tutti gli sforzi legislativi, l'obiettivo della sicurezza sui luoghi di lavoro è ben lungi dall'essere raggiunto, ed anzi, in relazione a quanto sopra abbiamo evidenziato, l'assenza di rischio concreto in caso di condanna, dissuade i datori di lavoro ed i loro dirigenti dal perseguirlo tenacemente.

C'è, inoltre, da registrare un evidente squilibrio di forze in campo, da una parte vi sono, quali vittime dei reati, i lavoratori ed i loro familiari, assolutamente indifesi, dall'altra i datori di lavoro, che potendo contare su enormi risorse economiche e, sui tempi biblici del sistema giudiziario, rimangono impuniti.

Tutto ciò si palesa in contrasto con i valori costituzionali (cfr. tra gli altri, quelli di cui agli artt. 2, 3 e 4 e ss. e con quello di cui all'art. 32 della Costituzione, che consacra la salute come *interesse della collettività*), che spesso rimangono solo sulla carta, mentre invece le condizioni di lavoro sono ancora tragiche e drammatiche, e la legalità pura utopia. Infatti il prestatore d'opera è spesso posto innanzi al bivio di cercare la tutela della sua salute, e rischiare il posto di lavoro necessario per vivere, o accettare condizioni di non sicurezza pur di sfamare la famiglia, destinato così al rischio di gravi patologie ed infortuni.

Lo stesso sistema prevenzionistico, come sopra evidenziato, fondato sulla concezione della valutazione del rischio ai fini della sua limitazione e non sul suo totale annullamento, così come, invece, imporrebbe il dettato Costituzionale, si pone in palese contrasto proprio con la norma di cui all'art. 32 della Costituzione e si dimostra fallimentare.

Apprese le lacune del sistema e spinti da insopprimibile voglia di giustizia, ai cittadini e ai lavoratori è consentito costituire associazioni ed enti, anche non riconosciuti, per realizzare fini di solidarietà sociale, utilizzando questo strumento, contemplato dall'art. 18 della Costituzione, per conseguire insieme la piena realizzazione ed esplicazione dei

valori e dei diritti della nostra Carta Costituzionale, dalla valorizzazione della persona umana, come centro di imputazione di diritti e doveri (art. 2), fino alla uguaglianza sostanziale (art. 3, comma 2), oltre che degli altri diritti tutti, i quali presuppongono l'integrità del territorio (art. 9 Cost.), la salute e l'integrità psicofisica. Sono questi diritti, contemplati anche dall'art. 32 Cost., che fa del diritto alla salute un inalienabile diritto del singolo ed un *interesse della collettività*, che non può essere subordinato ad altri diritti e ad altri interessi, primi fra i quali quelli del profitto (cfr. art. 41, comma 2, Cost.).

Tra le finalità di ordine particolare, che le formazioni sociali perseguono, vanno ricomprese anche quelle di tutela, sotto ogni profilo, dei diritti dei lavoratori esposti e delle vittime di cancerogeni, di tutti quelli che per questo motivo hanno contratto patologie e dei loro familiari, i quali esprimono ed invocano giustizia per loro e per la collettività intera.

Le stesse associazioni, il più delle volte, oltre all'impegno sociale, svolgono in contemporanea, attività di sensibilizzazione, di approfondimento e studiano, anche con l'ausilio di esperti di settore, gli effetti dei cancerogeni, dei mutageni e delle altre sostanze tossiche sulla salute umana, e tutto questo patrimonio, fatto anche di drammatiche esperienze, può essere indispensabile nella dialettica del dibattimento penale, al fine di supportare l'attività della Pubblica Accusa e di accertare la responsabilità penale degli autori delle condotte delittuose.

Nel microsistema penale di cui agli artt. 434 e 437 c.p., vari fattori interagiscono tra loro, in relazione agli interessi protetti immediatamente e mediamente dalla norma penale incriminatrice. La diffusività del rischio, gli effetti lungolatenti provocati dalle condotte di reato, inducono a far retroagire la consumazione del reato alla semplice messa in pericolo, potenziale ed astratta, con la conseguenza che anche l'intera collettività può subire gli effetti

lesivi devastanti provocati dalla condotta dei rei (come accade nei disastri provocati dal rischio di contaminazioni ambientali, anche in ambito lavorativo).

Tutti questi fattori, ai quali va sommata l'afflizione, la frustrazione e la preoccupazione degli associati, qualificano l'interesse ad agire delle formazioni sociali, interesse che si sostanzia con l'esercizio dell'azione civile o con l'intervento nell'ambito del processo penale.

2. Fondamento normativo della costituzione di parte civile e dell'intervento nel procedimento penale

Le norme di cui agli artt. 2043 e 2059 c.c. e quelle di cui agli artt. 185 c.p. e 74 e 75 c.p.p., l'art. 61 del D.lgs n. 81/2008, costituiscono il sistema normativo legittimante l'esercizio dell'azione civile nel processo penale, finalizzato al risarcimento dei danni ed alle restituzioni.

In particolare l'art. 61 del D.lgs n.81/08, nel contemplare l'esercizio dei diritti della persona offesa, prevede che *“in caso di esercizio dell'azione penale per i delitti di omicidio colposo o di lesioni personali colpose, se il fatto è commesso con violazione delle norme per la prevenzione degli infortuni sul lavoro o relative all'igiene sul lavoro o che abbia determinato una malattia professionale, il pubblico ministero né da immediata notizia all'Inail ed all'Ipsema, in relazione alle rispettive competenze, ai fini dell'eventuale costituzione di parte civile e dell'azione di regresso. Le organizzazioni sindacali e le associazioni dei familiari delle vittime di infortuni sul lavoro hanno facoltà di esercitare i diritti e le facoltà della persona offesa di cui agli articoli 91 e 92 del codice di procedura penale, con riferimento ai reati commessi con violazione delle norme per la prevenzione degli infortuni sul lavoro o relative all'igiene sul lavoro o che abbiano determinato una malattia professionale”*.

La norma di cui all'art. 74⁵ c.p.p., in combinato disposto con quella di cui all'art. 78, lettera a), c.p.p., e quindi anche con l'art. 61 del D.lgs n. 81/08, sancisce la possibilità di esercitare l'azione civile nel processo penale, anche per le associazioni e gli enti non riconosciuti.

In assenza di pregiudizio, le medesime possono, inoltre, intervenire nel procedimento penale, nella forma *atipica* dell'intervento, secondo le disposizioni normative di cui all'art. 91 c.p.p. e con le formalità di cui all'art. 93 c.p.p..

Sono legittimati ad esercitare l'azione civile nel processo penale, i soggetti passivi del reato, titolari dell'interesse protetto dalla norma penale incriminatrice, i quali devono, però, risultare anche danneggiati dal reato, a prescindere dal fatto che siano singoli od enti (cfr. Cass. pen., Sez. IV, 21 febbraio 2005, Ca., rv. 231210; Cass. pen., Sez. V 12 maggio 2000, To., rv. 216115; Cass. pen., Sez. VI, 10 novembre 1997).

Il pregiudizio giuridicamente rilevante, ai fini della legittimazione attiva all'esercizio dell'azione civile nel processo penale nei confronti degli imputati, è costituito dal diritto al ristoro per la lesione subita di qualsiasi diritto, anche di natura non patrimoniale.

Sono meritevoli di tutela, anche risarcitoria, i diritti non patrimoniali a copertura costituzionale, oltre che gli altri tipizzati in altre fonti del diritto, ed alla loro lesione, eziologicamente riferibile all'azione od all'omissione del soggetto attivo del reato, si lega il risarcimento, da determinare, eventualmente in separato giudizio civile (Cass. Sez. Unite 26972/08,

⁵ Legittimazione processuale, nella formulazione di cui all'art. 74 c.p.p., è rocciosamente ancorata alla pretesa risarcitoria della parte che intende costituirsi, e che trova il suo fondamento nel reato.

Al termine “persona” è stato sostituito, nel testo vigente, quello di “soggetto”, affinché, come si legge nella relazione ministeriale *“legittimati all'esercizio dell'azione civile in sede penale non sono soltanto le persone fisiche e gli enti o le associazioni dotate di personalità giuridiche, ma anche le figure soggettive non personificate, come associazioni non riconosciute, comitati, etc.”*.

richiamata da Cass. Pen. 16 aprile 2009, n. 16031).

Nello specifico della nostra indagine, i reati si consumano già con il rischio potenziale ed astratto per la pubblica incolumità.

I singoli associati, e dunque le loro associazioni, in ragione della frustrazione, della preoccupazione, e del rischio potenziale di lesione individuale, al di là degli altri parametri, di cui di seguito, sono perciò stesso danneggiati e dunque legittimati alla costituzione di parte civile (tra le altre Cassazione 10 marzo 1993 confermata da Cassazione 29 settembre 1992).

Si pensi alla serenità, al pieno benessere psicologico, e ad altri aspetti, che integrano i diritti irrinunciabili della persona umana, come tali riconosciuti e contemplati nell'art. 2 della Costituzione, e che costituiscono essi stessi gli scopi e le finalità delle associazioni, che li perseguono e tutelano collettivamente.

La formazione sociale riunisce, sotto l'aspetto meramente soggettivo, più soggetti danneggiati, ed è comunque dotata di un collegamento inscindibile con il reato, determinato dalla sussistenza al suo interno di varie posizioni giuridicamente tutelate in capo ad ogni soggetto leso e che è in essa aggregato (nei termini di cui alla già richiamata Cass. Pen. 16 aprile 2009, n. 16031 che riferisce a Cass. Sez. Unite 26972/08), collegamento che, quindi, pur non identificandosi necessariamente con l'offesa del bene protetto dalla norma incriminatrice in via primaria o secondaria, è ad essa strettamente attinente, così da ricollegarsi causalmente, direttamente o mediatamente, alla stessa.

Tra i diritti ed interessi meritevoli di tutela, per espressa statuizione della Corte Regolatrice (con la Sentenza della VI^a Sezione Penale n. 16031 del 16 aprile 2009), ci sono anche quelli facenti capo alle Associazioni e ai loro iscritti.

Le ragioni che legittimano la costituzione di parte civile delle formazioni sociali nel giudizio penale, possono identificarsi nella lesione di quei diritti, la

cui tutela rientra nelle finalità indicate nello Statuto, prevalentemente dotati di copertura costituzionale, e di contenuto immediatamente precettivo (si pensi al diritto all'ambiente salubre, di cui all'art. 9, al luogo di lavoro salubre, di cui all'art. 41, in riferimento all'art. 32, ai diritti fondamentali della persona umana - art. 2 - anche nei luoghi di esplicazione della persona umana, di cui agli artt. 3, 4 e 35 e ss. della Costituzione), oltre che nella sofferenza e nel patimento subiti dalle formazioni sociali per effetto delle condotte di reato ascritte agli imputati.

Le eventuali finalità di assistenza, anche in sede giudiziaria delle vittime, da estendersi a favore anche di coloro che non fanno parte del sodalizio, rendono evidenti gli scopi di solidarietà sociale perseguiti dalle stesse.

3. *Microsistema penale di cui agli art. 434, 437 e 451 c.p.*

Come già abbiamo anticipato, le norme di cui agli artt. 434 e 437 c.p., ed anche quella di cui all'art. 451 c.p., costituiscono un microsistema penale, che si aggiunge alle altre ipotesi di reato contemplate nel codice penale (es. 589 e 590 c.p.) ed alle contravvenzioni codificate nel D.lgs. n. 81/08 ed in altre leggi speciali.

Entrambe le ipotesi delittuose sono insolitamente collocate nella parte del codice penale (titolo VI del secondo libro) dedicata ai delitti contro l'incolumità pubblica e nel primo capo, dedicato a quelli di comune pericolo mediante violenza.

Oggetto di tutela di entrambe le ipotesi delittuose è la pubblica incolumità come *"complesso delle condizioni, garantite dall'ordinamento giuridico, che costituiscono la sicurezza della vita, dell'integrità personale e della sanità, come beni di tutti e di ciascuno, indipendentemente dall'appartenenza a determinate persone"* (Manzini, *Trattato*, Volume VI, 1960), e la cui tutela risulta anticipata al rischio potenziale, ed al pericolo presunto (Ferrante), poiché non è

richiesto che il bene oggetto di tutela sia stato effettivamente posto a rischio.

L'evento costituisce aggravante specifica contemplata rispettivamente nel secondo comma dell'art. 434 c.p. e 437 c.p..

Entrambi i reati, al di là della specificità della fattispecie, si concretizzano con il solo pericolo astratto (Cotugno) e la potenzialità lesiva generica, in danno di un numero indeterminato di cittadini e di lavoratori, tra i quali vi rientrano tutti coloro la cui incolumità è posta astrattamente in pericolo, per effetto della condotta omissiva o commissiva del reo.

Come già evidenziato, si tratta di reati plurioffensivi, che per ciò stesso, hanno una molteplicità di oggetti giuridici, inoltre, alla tutela degli interessi particolari, lesi o messi in pericolo, per effetto della condotta, si aggiunge anche la salvaguardia dell'interesse generale all'assenza di rischio, anche astratto, per la pubblica incolumità, e per la sicurezza sociale.

La consumazione del reato, in tali reati, arretra alla potenziale ed astratta messa in pericolo della pubblica incolumità nei confronti di chiunque che, in modo indeterminato e potenziale, ne possa essere coinvolto (c.d. *delitti vaganti*⁶ cfr. Antolisei).

⁶ Un caso esemplificativo è quello all'esame del Tribunale di Torino, cosiddetto Processo Eternit, afferente la condotta di due imputati che violando le disposizioni prevenzionistiche hanno determinato l'insorgenza di malattie professionali asbesto correlate, in migliaia di lavoratori, molti dei quali deceduti, e contemporaneamente utilizzando il prodotto industriale (per la realizzazione di manufatti in cemento amianto) hanno contaminato l'intero territorio nazionale, disperdendo nell'ambiente siffatto materiale nocivo alla pubblica incolumità.

Questi prodotti, indistruttibili, per effetto del decorso del tempo, e della erosione indotta anche dai fenomeni atmosferici, continueranno a rilasciare polveri e fibre di amianto, che anche a basse dosi hanno fatto insorgere e lo faranno ancora, anche tra i cittadini che non hanno vissuto in prossimità degli stabilimenti e che non vi hanno lavorato, patologie asbesto correlate, che porteranno alla morte nel volgere di pochi mesi.

Il reato si può configurare a titolo colposo, nel caso di realizzazione dell'evento e a titolo doloso, ex art. 43 c.p., sul duplice presupposto della consapevolezza dell'omissione e della rappresentazione del pericolo (Cass. pen. 27 maggio 1984, in Cass. pen. 1986, 287), sufficiente per la consumazione del reato, ed anche in concorso formale eterogeneo di reati con quelli contemplati nelle altre norme del codice penale (es. artt. 589 e 590 c.p.) e delle leggi speciali, attesa la diversità strutturale dei vari titoli di reato, i quali sono tutti punibili, senza integrare alcuna lesione del principio del *ne bis in idem*⁷.

Non esiste soglia entro la quale si è al riparo dal rischio di insorgenza di patologie asbesto correlate, anche se naturalmente questo aumenta, proporzionalmente alla durata ed alla intensità dell'esposizione.

Proprio la rilevanza di qualsiasi esposizione, anche a basse dosi, ai fini dell'aumento del rischio, della diminuzione dei tempi di latenza e della accelerazione del processo cancerogeno hanno portato la Corte di Cassazione, IV Sez. Penale, con la Sent. 42128/2008, ad affermare il ruolo concausale di qualsiasi esposizione e conseguentemente la sussistenza del fatto reato, nel caso di insorgenza di patologie e, atteso il concorso, delle norme in esame con quelle di cui agli artt. 589 e 590 c.p., la sussistenza del reato e dunque, della legittimazione di tutti i cittadini esposti e delle loro associazioni, alla costituzione di parte civile, nel procedimento penale, per domandare il risarcimento del danno, anche quello non patrimoniale, per lesione dei diritti costituzionali (cfr. si pensi alle preoccupazioni di questi cittadini e lavoratori, che magari, inconsapevolmente, hanno nel passato utilizzato frigoriferi con amianto, cassoni dell'acqua in cemento amianto, o costruito la loro abitazioni con manufatti in cemento amianto, tutti oggetti prodotti negli stabilimenti della società di cui quegli imputati erano titolari, ed anche da altre società, i cui titolari stanno per essere sottoposti al relativo procedimento, come per esempio nel caso ex Fibronit, etc.).

⁷ Cass. pen. 28 aprile 1981, KNOPFLER, in Cass. pen. 1982, 1549; contra Cass. pen. 30 giugno 1981, TORELLO, in Cass. pen. 1983, 317; Cass. pen. 27 settembre 1984, SLIMBENE, in Giust. pen. 1985, II, 281; Cass. pen. Sez. IV, 1993/195696; in CRESPI, STELLA, ZUCCALA', Commentario al Codice penale, cit.; Cass. pen. Sez. I, 1974/128873, in CRESPI, STELLA, ZUCCALA', Commentario al Codice penale, cit.; Cass. pen. Sez. IV, 81/149687, in

Sono soggetti attivi di questi reati, tutti coloro sui quali grava l'onere di sicurezza e che rivestono la cosiddetta posizione di garanzia, e chiunque altro metta in pericolo la pubblica incolumità, l'elemento materiale si estrinseca in forma omissiva (art. 40 c. 2), e commissiva.

Il contenuto del precetto di entrambe le ipotesi di reato deve essere integrato con il richiamo alle irrinunciabili disposizioni di cui all'art. 2087 c.c. e di quelle delle leggi speciali, da quelle di cui al D.P.R. n. 303/56 e del DP.R. n. 547/55, fino alle altre ora contemplate nel D.lgs. n. 81/08.

La norma di cui all'art. 2087 c.c., seppur posta a chiusura del sistema prevenzionistico, nella misura in cui tutela "la personalità morale dei prestatori d'opera" oltre alla loro "integrità fisica", assurge a principio fondamentale di pietra miliare del nostro sistema prevenzionistico, che la giurisprudenza, con la sua interpretazione ha adattato all'evoluzione dei tempi, proprio a tutela degli inalienabili diritti della persona umana.

Con la lettura costituzionalmente orientata della disposizione normativa di cui all'art. 2087 c.c. e con la declaratoria di immediata precettività delle norme di cui agli artt. 2, 32 e 41, comma 2 della Costituzione, si statuisce l'immediata risarcibilità di tutti i danni per lesione dei diritti non patrimoniali, che hanno in dette norme di diritto, la loro tipizzazione (Cass. SS.UU. Sent. N. 26972/08⁸), anche

CRESPI, STELLA, ZUCCALA', Commentario al Codice penale, cit.; Cass. 9 aprile 1984 CARONE, in Cass. pen. 1985, 1380.

⁸ "L'imprenditore è tenuto ad adottare nell'esercizio dell'impresa le misure che, secondo la particolarità del lavoro, l'esperienza e la tecnica, sono necessarie a tutelare l'integrità fisica e la personalità morale dei prestatori di lavoro, inserendo nell'area del rapporto di lavoro interessi non suscettivi di valutazione economica (l'integrità fisica e la personalità morale) già implicava che, nel caso in cui l'inadempimento avesse provocato la loro lesione, era dovuto il risarcimento del danno non patrimoniale. Il presidio dei detti interessi della persona ad opera della Costituzione, che li ha elevati a diritti inviolabili, ha poi rinforzato la tutela. Con la conseguenza che la loro lesione è suscettiva di dare luogo al

mediante esercizio dell'azione civile nel processo penale (Cass. VI[^] Pen. 16 aprile 2009, Sent. n. 16031).

L'obbligazione risarcitoria, sia essa contrattuale, ma ancor più extra contrattuale, si estende dal singolo lavoratore che ha subito un danno ingiusto, alla pluralità dei consociati e, se quest'ultimi si sono aggregati, conformemente a quanto statuito nell'art. 18 della Costituzione, in *formazioni sociali* (associazioni ed enti non riconosciuti etc.), per perseguire nel modo migliore le loro comuni finalità, con siffatto strumento di espressione della loro personalità, evidentemente sussiste anche per loro legittimazione all'esercizio dell'azione civile nel processo penale.

La legittimazione di questi enti, che, come sopra abbiamo anticipato, sono intermedi e sintetizzano la pluralità dei soggetti lesi per effetto del reato, si rafforza nel momento in cui gli stessi perseguono la tutela dei diritti contemplati nella Carta Costituzionale, tra i quali la ricerca della parità sostanziale e si rilevano utili strumenti di rimozione delle disuguaglianze, nella realizzazione dei fini statuari.

L'interpretazione sistematica e costituzionalmente orientata del complesso normativo di cui agli artt. 434 e 437 c.p.,

risarcimento dei danni conseguenza, sotto il profilo della lesione dell'integrità psicofisica (articolo 32 Cost.) secondo le modalità del danno biologico, o della lesione della dignità personale del lavoratore (articoli 2, 4, 32 Cost.), come avviene nel caso dei pregiudizi alla professionalità da dequalificazione, che si risolvano nella compromissione delle aspettative di sviluppo della personalità del lavoratore che si svolge nella formazione sociale costituita dall'impresa. Nell'ipotesi da ultimo considerata si parla, nella giurisprudenza di questa Corte (sent. n. 6572/2006), di danno esistenziale. Definizione che ha valenza prevalentemente nominalistica, poichè i danni-conseguenza non patrimoniali che vengono in considerazione altro non sono che pregiudizi attinenti alla svolgimento della vita professionale del lavoratore, e quindi danni di tipo esistenziale, ammessi a risarcimento in virtù della lesione, in ambito di responsabilità contrattuale, di diritti inviolabili e quindi di ingiustizia costituzionalmente qualificata".

sotto l'aspetto sostanziale, in combinato disposto con gli artt. 74 e 78 lettera a) c.p.p., e 185 c.p., per gli aspetti processuali, deve essere messa in relazione con le norme di cui agli artt. 2043 e 2059 c.c. e degli artt. 2, 4, 9, 32, 35 e ss. della Costituzione.

La nozione di pubblica incolumità, quale *diritto di tutti e di ciascuno* determina, quindi, la conseguente legittimazione di tutti gli enti e le associazioni, che quella finalità hanno inglobato nel loro statuto sociale e che fanno, di quei diritti e di quei valori, i cardini ed i presupposti della loro azione (tra i quali il perseguimento del rischio zero, la rimozione dei cancerogeni e dei mutageni etc., che si aggiunge ai profili di danno già sopra evidenziati quali frustrazione, preoccupazione etc., e che esprime l'*affectio societatis*).

Le formazioni sociali, costituite dai lavoratori e dai cittadini, che si riuniscono al fine di perseguire insieme quei valori, in linea con quelli costituzionali, svolgono un ruolo dunque decisivo, anche ai fini della compiuta realizzazione della personalità umana e di realizzazione dello stato sociale: così, come evidenziato nell'ambito della "Rassegna" della giurisprudenza della Corte di Cassazione penale dell'anno 2008 che, nella parte seconda, al paragrafo n. 9), pg. 145, così recita: *"il divieto di analogia in materia penale (artt. 25 comma secondo, della Costituzione e 14 disp.prel. c.c.) non consente alla Corte di Cassazione di ampliare l'ambito della tutela penale oltre i confini delimitati dalle norme penali incriminatrici; nondimeno, la giurisprudenza di legittimità si trova al cospetto della necessità di adeguare le astratte previsioni normative a nuove emergenze di volta in volta profilatesi ex ante dal legislatore, e di dovere, pertanto, di attualizzare il dictum normativo.*

In questo ambito si è mossa anche nel corso del 2008 la Corte di Cassazione, sempre particolarmente sensibile alla tutela dei diritti delle persone e delle formazioni sociali intermedie, ed alle possibili implicazioni dei principi

solidaristici accolti dall'art. 2 della Costituzione, che comporta la configurazione, a carico dei consociati, quale ideale contropartita dei diritti ad essi riconosciuti, di nuovi doveri di collaborazione per la realizzazione delle finalità dello Stato sociale, con conseguente ampliamento dell'ambito delle responsabilità penali per omissione (art. 40, comma secondo, c.p.), al fine di rendere sempre più incisiva la tutela di beni (si pensi, ad es., al diritto alla salute ad all'ambiente anche lavorativo salubre) il cui valore, in passato sottovalutato, si è progressivamente accresciuto nell'idem sentire fino ad ottenere un generalizzato riconoscimento di rilevanza costituzionale primaria, in quanto strumentali alla compiuta realizzazione della personalità umana".

4. Legittimazione processuale delle associazioni e dei comitati alla costituzione di parte civile nei procedimenti penali nei casi di violazione delle norme di cui agli artt. 434 e 437 c.p.

Occorre valutare se, ed in base a quali presupposti, sia o meno ammissibile la costituzione di parte civile di associazioni ed enti nel processo penale, in caso di disastro ambientale.

In particolare, se siffatta legittimazione sussiste qualora si siano verificati il decesso di migliaia di lavoratori esposti all'amianto e la contaminazione dell'intero territorio nazionale, in seguito alla realizzazione di manufatti in cemento amianto impiegati per l'edilizia, per le industrie ed in altri settori della società civile, così provocando ripercussioni non solo sulla salubrità ambientale, ma anche sulla salute di tutti i cittadini ed anche sulle generazioni future, determinate dall'impossibilità di immediata bonifica e dall'assenza di soglia sotto la quale si annulla il rischio (essendo sufficienti, in alcuni casi, anche poche fibre per determinare patologie mortali, quali il mesotelioma, anche se il rischio è

proporzionale all'intensità e alla durata delle esposizioni).

Le associazioni e gli enti che nel loro statuto hanno assunto, come fine sociale, quello di bandire l'amianto ed altri cancerogeni e di perseguire la tutela della salute nei luoghi di lavoro e nel territorio, e che raggruppano i lavoratori esposti, o i familiari dei deceduti in seguito a malattia asbesto correlate, o per altri cancerogeni, e si prefigurano il compito di garantire la sicurezza sui luoghi di lavoro, la giustizia e i diritti dei lavoratori esposti e vittime dei cancerogeni, hanno piena legittimazione a costituirsi parte civile nell'ambito dei processi penali che hanno come ipotesi di imputazione quelle di cui agli art. 434 e 437 c.p..

La loro situazione soggettiva è stata realmente danneggiata dal reato in quanto, così come affermato dalla Corte di Cassazione, *“quando il fatto lesivo incida su una situazione giuridica della persona giuridica o dell'ente che sia equivalente ai diritti fondamentali della persona umana garantiti dalla Costituzione, e fra tali diritti rientra l'immagine della persona giuridica o dell'ente, allorché si verifichi la lesione di tale immagine è risarcibile, oltre al danno patrimoniale, se verificatosi, o se dimostrato, il danno non patrimoniale costituito dalla diminuzione della considerazione della persona giuridica o dell'ente che esprime la sua immagine, sia sotto il profilo dell'incidenza negativa che tale diminuzione comporta nell'agire delle persone fisiche che ricoprono gli organi della persona giuridica o dell'ente e, quindi, nell'agire dell'ente, sia sotto il profilo della diminuzione della considerazione da parte dei consociati in genere o di settori o di categorie di essi con le quali la persona giuridica o l'ente di norma interagisce ...”* (Cass. Sent. n. 12929 del 2007), si viene, quindi, a pregiudicare la realizzazione del fine sociale, facendola apparire come puramente utopistica, scoraggiando gli stessi associati, ed eventuali nuovi associati, che potrebbero desistere dall'aderire al sodalizio, e provocando ulteriori effetti pregiudizievoli.

Sussiste altresì legittimazione all'azione risarcitoria in sede penale degli enti che hanno ricevuto un danno ad un interesse proprio, assunto nello statuto a ragione stessa della loro esistenza ed azione, qualora la condotta delittuosa si ponga come lesione del *“l'interesse perseguito da un'associazione in riferimento ad una situazione storicamente circostanziata, da essa associazione assunta nello statuto della ragione stessa della propria esistenza ed azione, come tale oggetto di un diritto assoluto ed essenziale dell'ente a causa dell'immedesimazione fra il sodalizio e l'interesse perseguito”* (Cass. pen, Sez. III, 03 dicembre 2007, n. 15983).

La lesione *all'immagine* ed alla *ragione della propria esistenza* dell'associazione, determinano anche un'ulteriore conseguenza lesiva, in virtù proprio dell'immedesimazione tra l'ente stesso e l'interesse perseguito, individuabile nella compromissione dell'*affectio societatis* verso l'interesse prescelto, inoltre la sua lesione, in seguito alla commissione del fatto di reato, produce una offesa e l'insorgenza di un danno non patrimoniale da reato in virtù, appunto della suddetta provocata frustrazione ed afflizione generata negli associati (Cass. pen. Sez. VI, 01 giugno 1989; Sez. III, 11 aprile 1992; Sez. III, 29 settembre 1992).

Quanto detto assume rilevanza, alla luce dei principi enunciati dalla Cass. Sez. Unite, Sentenza n. 26972/08, come richiamata da Cass. VI[^] Pen., 18 giugno 2007, n. 16031, estesi a qualsiasi altro diritto, purché tipizzato nella Costituzione o in altre fonti del diritto.

Il danno risarcibile in favore dell'associazione, secondo parte della dottrina (Mendoza, in commento a Cass. Sez. III, 21 maggio 1993, e in giurisprudenza Pretura Verona 24 giugno 1992, Ch., *Giur. it.* 1993, II, 420; Tribunale di Massa, 20 maggio 1993, De., in *Arch. proc. pen.* 1993, 40. Ancora in dottrina E. Albamonte, *in tema di consenso della persona offesa quale requisito legittimamente la partecipazione al giudizio delle associazioni ambientaliste,*

nota a Cass. pen., Sez V, 12 gennaio 1996 numero 2361, in *Cass. pen.* 1996, 11), è strettamente non patrimoniale e concerne l'afflizione e la frustrazione degli affiliati per il pregiudizio arrecato nell'interesse preso a cuore dall'associazione, e per la lesione alla loro personalità, anche in seguito a pregiudizio sofferto dalla stessa formazione sociale (che è uno degli strumenti di affermazione della persona umana), meritevole di tutela, per le finalità e per i parametri di cui agli art. 2 e 3 secondo comma, anche in relazione alle norme di cui agli art. 9, 32 e 41 secondo comma della Costituzione (conforme a Cass. VI[^] Pen., 18 giugno 2007, n. 16031).

La Corte di Cassazione, proprio con la Sentenza 16 aprile 2009 n. 16031 della VI[^] Sez. Pen., ha ritenuto sussistente il pregiudizio e, dunque risarcibile il danno (e conseguentemente la legittimazione processuale ai fini della costituzione di parte civile) non solo:

- (a) quando il fatto illecito sia configurabile come reato, e il danneggiato sia il soggetto passivo;
- (b) e quando ricorre una delle fattispecie in cui la legge espressamente consente il ristoro del danno non patrimoniale anche nel caso dell'ipotesi di reato;
- (c) ma anche e, nel nostro caso soprattutto, *“quando il fatto illecito abbia violato in modo grave diritti inviolabili della persona, come tali oggetto di tutela costituzionale; in tal caso la vittima* (sia essa direttamente, sia attraverso la formazione sociale, ma non solo anche la stessa formazione sociale, dove il singolo esplica la sua personalità come personificazione del fine, meritevole di tutela alla stregua dell'ordinamento costituzionale) *avrà diritto al risarcimento del danno non patrimoniale scaturente dalla lesione di interessi, che, al contrario delle prime due ipotesi, non sono individuati ex ante dalla legge, ma dovranno essere selezionati caso per caso dal Giudice”* (Sez. Un. Civ., 11 novembre 2008, n. 26972).

Prescindendo dai rilievi e dalle implicazioni scaturenti dalla lettura di

siffatto principio di diritto enunciato dalla Suprema Corte, appare evidente che, anche in ambito civilistico, vi sia una sempre più crescente attenzione alle problematiche connesse alla risarcibilità del danno non patrimoniale subito da persone giuridiche private ed enti di fatto, problematiche che si riflettono inevitabilmente anche in ambito processualistico in materia di ripartizione dell'onere probatorio e sulla possibilità di ottenere una *“declaratoria iuris da cui esula ogni accertamento relativo sia alla misura sia all'esistenza del danno, il quale è rimesso al giudice della liquidazione ... escludendosi perciò l'estensione del giudicato penale alle conseguenze economiche del fatto illecito commesso dall'imputato”* (cfr. Cass. Sez. Pen. III, Sentenza n. 37384 del 10 luglio 2007, già sopra richiamata).

Anche le associazioni e gli enti esponenziali, che tutelano l'ambiente ed altri interessi diffusi, che assurgono a rango di diritti soggettivi (e lo sono in relazione alla norma di cui all'art. 9 Cost., in riferimento di cui agli artt. 2 e 32 e 41, comma 2, Cost.) sono legittimate a costituirsi parte civile nei procedimenti penali.

L'ambiente costituisce di per sé un bene giuridico tutelato da norme civili, penali, amministrative, la cui protezione è imposta da precetti costituzionali (artt. 9 e 32 della Costituzione) *“per cui esso assurge a valore primario e assoluto”*, pertanto, la responsabilità conseguente a fatti commissivi od omissivi, colposi o dolosi, che violino le leggi di protezione, cagionino una compromissione dell'ambiente e dunque provochino un danno, deve essere inserita nell'ambito e nello schema della tutela aquiliana, ai sensi e per gli effetti dell'art. 2043 codice civile⁹.

Con la sentenza della Suprema Corte n. 796 del 05 aprile 2002 è stato ribadito che *“il danno ambientale non consiste soltanto in una compromissione dell'ambiente in violazione di leggi ambientali ma anche, contestualmente e inscindibilmente, in*

⁹ Cfr. Sentenza Corte Costituzionale n. 641/1987.

una offesa della persona umana nella sua dimensione individuale e sociale; [...] la costituzione di parte civile delle associazioni ecologiste e di protezione ambientale è ammissibile quando l'interesse diffuso alla tutela dell'ambiente non è astrattamente connotato ma si concretizza in una determinata realtà storica di cui il sodalizio ha fatto il proprio scopo e che è diventata la ragione e, perciò elemento costitutivo di esso, purché dal reato sia derivata la lesione di un diritto soggettivo inerente lo scopo specifico perseguito."

Secondo la Suprema Corte di Cassazione *"in tema di legittimazione degli enti e delle associazioni ecologistiche a costituirsi parte civile, deve ritenersi che quando l'interesse diffuso alla tutela dell'ambiente non sia astrattamente connotato, ma si concretizza in una determinata realtà storica di cui il sodalizio ha fatto il proprio scopo, diventando la ragione e, perciò, elemento costitutivo di esso, è ammissibile la costituzione di parte civile di tale ente, sempre che dal reato sia derivata una lesione di un diritto soggettivo inerente allo scopo specifico perseguito. Pertanto è, in primis, configurabile, in capo alle associazioni ecologistiche, la titolarità di un diritto soggettivo e di un danno risarcibile, individuabile nella salubrità dell'ambiente, sempre che un'articolazione territoriale colleghi le associazioni medesime ai beni lesi, sicché esse sono legittimate all'azione aquiliana per la difesa del proprio diritto soggettivo alla tutela dell'interesse collettivo alla salubrità dell'ambiente; è, inoltre, ipotizzabile la lesione del diritto della personalità dell'ente e la conseguente facoltà delle associazioni di protezione ambientale di agire per il risarcimento dei danni morali e materiali relativi all'offesa, diretta ed immediata, dello "scopo sociale", che costituisce la finalità propria del sodalizio"*¹⁰.

¹⁰ Cfr. Cass. Sez. III n. 8699 del 09 luglio 1996-26 settembre 1996.

Non è esclusa la possibilità di intervenire nel procedimento penale, con la formula della costituzione di parte civile *ad adiuvandum*, anche nel senso prospettato dalla norma di cui all'art. 105, comma 2, c.p.c., ed ora esplicitamente riconosciuta dall'art. 61 del D.lgs. 81/08¹¹, se ciò corrisponde ad un interesse giuridicamente ritenuto rilevante dall'ente e dall'associazione, in riferimento ai fini degli associati, fatti propri dal sodalizio e contemplati nello statuto (cfr. Cass. VI[^] Pen. 16 aprile 2009 Sentenza n. 16031, conforme Sez. IV[^] 16 luglio 1993, Sentenza n. 10048).

Tra tali fini vanno ricompresi quello di ottenere giustizia per il rischio apportato non solo alla salute, che è *fondamentale diritto dell'individuo ed interesse della collettività* (art. 32 Cost.), ma anche alla sicurezza sociale, ed ai valori tutti recepiti dalla Costituzione, e radicati nella cultura e nel tessuto morale della Nazione, nel recepimento dell'idea stessa di solidarietà e fratellanza, nel superamento della concezione individualistica ed egoistica, nell'esaltazione dei diritti irrinunciabili ed inalienabili della persona umana di cui l'ente intermedio è una semplice emanazione e strumento.

5. Atto di intervento

L'art. 91 c.p.p., da leggere in combinato disposto con l'art. 212 delle disp.att. c.p.p., consente alla formazioni sociali una forma partecipativa definita *"atipica"*, quale espressione di un'istanza di partecipazione proveniente dalla persona offesa che, priva di una posizione soggettiva differenziata, in forza della quale sarebbe legittimata ad agire in veste

¹¹ Il D.Ls. 81/09 contiene *"disposizioni in tema di processo penale"* e sancisce con l'art. 61 l'esercizio dei diritti della persona offesa, qualificando tale anche *le organizzazioni sindacali e le associazioni dei familiari delle vittime degli infortuni sul lavoro... o che abbiano determinato una malattia professionale che possono esercitare i diritti e le facoltà della persona offesa di cui agli artt. 91 e 92 c.p.p.*

di soggetto danneggiato dal reato, riveste il ruolo di particolare centro di imputazione degli interessi lesi dal reato, o comunque, protetti dalle norme penali che si assumono essere state violate.

L'atto di intervento può qualificarsi come un'azione diretta a supportare la pubblica accusa nella tutela degli interessi, di cui le formazioni sociali sono portatrici, e che risultano lesi dalle condotte di reato contestate agli imputati.

Con il suo supporto, in buona sostanza, l'associazione intervenuta nel processo penale contribuisce all'accertamento delle verità processuale, ponendo a disposizione dell'Autorità Giudiziaria quelle esperienze, quelle professionalità e quegli atti e documenti che potrebbero rivelarsi essenziali nel contraddittorio delle parti, ed inserirsi nella dinamica processuale.

L'art. 505 c.p.p., infatti, riconosce agli enti intervenuti nel processo, a norma dell'art. 93 c.p.p., l'esercizio di specifiche facoltà, che si sostanziano in una forma di partecipazione attiva e collaborativa da esperirsi nel corso dell'istruttoria dibattimentale e che consistono nel *"chiedere al presidente di rivolgere domande ai testimoni, ai periti, ai consulenti tecnici e alle parti private che si sono sottoposte ad esame"*, e nel diritto di chiedere al giudice l'ammissione di nuovi mezzi di prova utili all'accertamento dei fatti.

La predisposizione dell'atto di intervento ad opera degli enti e delle associazioni deve sottostare, infine, ad una serie di condizioni previste a pena di inammissibilità (art. 93 lett. a c.p.p.). *In primis* l'ente deve essere dotato dei requisiti di legittimazione alla tutela degli interessi dallo stesso rappresentati.

La teoria sostanzialistica elaborata dalla dottrina subordina la legittimazione alla tutela della rappresentatività degli enti esponenziali alla sussistenza dei seguenti indici:

- a) fine istituzionale;
- b) possibilità concreta dell'ente, per organizzazione e struttura, di perseguire lo scopo
- c) la c.d. *vicinitas*.

Nell'ambito del procedimento penale avente ad oggetto reati contro la pubblica incolumità, in particolare disastro doloso provocato dall'inosservanza delle norme per la prevenzione degli infortuni sul lavoro, la formazione sociale che intenda intervenire, ex artt. 91 e ss. c.p.p., non solo deve perseguire finalità statutarie dirette a proteggere i beni a fruizione collettiva offesi dalle condotte di reato (ambiente salubre, anche lavorativo e salute), ma deve anche essere dotata di una struttura idonea a garantire gli scopi statutari, oltre che essere stabilmente radicata nel territorio.

L'associazione, quindi, deve essere un organismo rappresentativo degli interessi collettivi diretti alla salvaguardia della salubrità dell'ambiente, anche e in particolar modo dell'ambiente lavorativo, in aderenza all'art. 2 della Costituzione, il quale garantisce la funzione degli organismi intermedi, esponenziali di interessi che trascendono il singolo per coinvolgere una pluralità di individui.

Analogamente a quanto previsto per l'atto di costituzione di parte civile, anche nell'atto di intervento è prescritta l'esposizione sommaria delle ragioni che giustificano l'intervento (art. 93 lett. d).

L'indicazione di siffatte ragioni si sostanziano nella dimostrazione dell'effettiva compromissione degli interessi collettivi che l'associazione si prefigge di tutelare.

Cosicché, se le formazioni sociali che intendono intervenire nel processo perseguono scopi di solidarietà sociale, e se gli stessi si sostanziano nella tutela dell'integrità psicofisica nei luoghi di lavoro e dell'intera cittadinanza, appare evidente che la condotta delittuosa integrante i reati di cui agli artt. 434, 437 c.p.p., è senza dubbio lesiva degli interessi di cui la stessa è portatrice.

La natura plurioffensiva di siffatti reati contro l'incolumità pubblica, definiti anche come *"reati a soggetto passivo indeterminato"*, induce la dottrina

prevalente¹² a prescindere dalla prestazione del consenso all'atto di intervento della singola persona offesa (art. 93 c.p.p.), poiché il soggetto passivo è una collettività indeterminata.

Diversamente, qualora si dovesse optare per un'applicazione asettica dell'art. 93 c.p.p., la tutela giurisdizionale dell'interesse leso dal reato, di cui l'ente esponenziale è rappresentativo, verrebbe senza dubbio pregiudicata.

Appare, quindi, sotto quest'ultimo aspetto, che la disciplina processuale necessita di un'adeguata riforma, alla luce degli interessi di cui le formazioni sociali si fanno portatrici in materia di violazione delle norme stabilite in materia di prevenzione degli infortuni sul lavoro, al fine di facilitare il loro intervento nelle dinamiche processuali.

6. Conclusioni

Se le associazioni e gli enti sono strumenti di sintesi di fini individuali, divenuti così collettivi, se i reati in esame si consumano con il solo astratto e potenziale rischio per la pubblica incolumità, se contemporaneamente sono già morti migliaia di lavoratori e cittadini, ed altri ne moriranno ancora in tutto il territorio nazionale, se il disastro ambientale così provocato ha indotto alla contaminazione di vasti territori, se non dell'intero suolo, con concreta esposizione anche di altri cittadini per il futuro, è evidente l'interesse di quelle associazioni, le cui finalità sono quelle di tutela della persona umana, della sua sicurezza, della tutela dei diritti tutti, a costituirsi parte civile nel processo penale, o comunque, ad intervenire nello stesso.

L'azione civile esercitata dalle formazioni sociali è quindi diretta ad ottenere in primo luogo giustizia, per il decesso di quelli che considerano loro fratelli (nel superamento dell'ottica individualistica ed egoistica propria delle

dittature ormai superate, alle quali si oppone la Costituzione e la coscienza civile individuale e collettiva), ma anche e soprattutto mira a rendere concreta la possibilità, prevista nel codice di procedura penale, di partecipare attivamente alla dialettica dibattimentale, facendo conferire nel procedimento penale tutto quel bagaglio di esperienza e conoscenza di cui le stesse sono dotate, al fine di ottenere, contestualmente alla pronuncia di condanna degli autori delle condotte delittuose, il risarcimento dei danni, anche in forma simbolica (risulta che nel processo Eternit le associazioni che si siano costituite abbiano quantificato in € 1 il danno sofferto dal sodalizio e comunque lasciandolo all'equo apprezzamento del Giudice adito), per il pregiudizio sofferto e provocato dalla lesione dei beni giuridici (di cui sono portatrici) protetti dalle norme incriminatrici e violati dalle acclarate condotte delittuose.

¹² Amodio, Dominioni in Commentario al nuovo c.p.p., I, 559.

Sent. 212/13



Sent. . . . N.° 212/13
Cron. L. . . N.° 1637
Fase . . . N.° 1310/05 +
Riuniti

TRIBUNALE DI MASSA
IN COMPOSIZIONE MONOCRATICA
IN FUNZIONE DI GIUDICE DEL LAVORO
REPUBBLICA ITALIANA
IN NOME DEL POPOLO ITALIANO

Il Giudice dott.ssa Erminia Agostini

Nei proc. riuniti nn. 1310 /2005, 1416/05, 1418/05, 1452/05,
1456/05

all'esito di discussione orale svoltasi ai sensi dell'art. 281
sexies c.p.c. all'odierna udienza ha pronunciato la seguente

SENTENZA

NELLA CAUSE DI LAVORO PROMOSSE DA A1 A2

A3 , A4 , A5

Avv. ' . . .

C o n t r o

C1

Avv. . . .

Avv. . . .

MOTIVI DELLA DECISIONE

I ricorrenti, i quali promuovevano altrettanti procedimenti poi riuniti, dipendenti per alcuni decenni della C1 sede di Massa, con mansioni, rispettivamente, di saldatore, addetto costruzione scambiatori, carpentiere, fornaiolo e fresatore, deducevano che avevano lavorato per diversi anni a stretto contatto con le fibre d'amianto sul posto di lavoro; che all'interno dello stabilimento, ove si producevano manufatti di caldereria pesante di grosse dimensioni (reattori, scambiatori di calore, serbatoi), con lavorazioni a temperature elevatissime di diverse centinaia di gradi, in ambienti enormi, detti "campate", utilizzando, per evitare la dispersione del calore su tutta la superficie del manufatto e per la protezione termica degli addetti, teli d'amianto, non vi erano gli appositi sistemi di sicurezza ed igiene sul lavoro; che fino al momento della dismissione dell'amianto, avvenuta all'interno dello stabilimento nel 1984, quasi tutti i dipendenti (calandratori, calderai, saldatori, molatori, elettricisti etc.) avevano respirato amianto, anche durante le pause di lavoro; che, in particolare, fino al 1975 non c'erano stati estrattori per catturare le polveri libere nell'aria, mentre quelli successivamente impiegati erano totalmente inefficaci; che nulla era mai stato detto loro circa la nocività dell'amianto, le protezioni da utilizzare e soprattutto le precauzioni da impiegare con l'amianto; che dopo il pensionamento aveva saputo come diversi ex colleghi di lavoro si fossero ammalati di patologie tumorali, ed alcuni fossero deceduti; che soltanto nei primi mesi del 2004 alcuni dei dipendenti avevano preso coscienza dei fatti; che erano morti per patologie inerenti l'amianto i colleghi X, Y, Z, K, Q, H, mentre si erano ammalati di asbestosi o di altre patologie L, M, N, O, P, S etc.; che il C1 nel 1981 era stato sanzionato dall'INAIL per l'omessa contribuzione, fino al 1975, ai fini del rischio asbestosi; che solo nel 2001 il Ministero del Lavoro aveva riconosciuto il beneficio previdenziale rischio amianto perché

sino ad allora il datore di lavoro aveva sempre negato l'esistenza dell'agente morbigeno nella ditta.

Lamentavano i ricorrenti che tutto ciò aveva provocato loro ansia e turbamento psichico, oltre che un disagio, sempre di natura psicologica, causato dall'incertezza, perché non era possibile accertare se la malattia, caratterizzata da una lunga latenza, sarebbe insorta e quando; che il pensiero del pericolo a cui erano stati sottoposti aveva procurato loro insonnia, ansia, perdita della concentrazione e svogliatezza, nonché una sottile angoscia che sovente li attanagliava.

I ricorrenti, quindi, lamentavano di aver subito e di subire tutt'ora, come conseguenza del comportamento colpevole dell'ex datore di lavoro, un danno morale (soggettivo), sia legato all'offesa della loro personalità (morale) all'epoca del rapporto di lavoro perché erano stati sottoposti ad un pericolo per la loro incolumità, sia agli stress, ai disagi, ai perturbamenti d'animo verificatisi dal momento della presa di coscienza, nonché un danno esistenziale e/o da interesse costituzionalmente garantito in quanto la loro qualità della vita quotidiana era stata stravolta, essendosi prodotta una violazione, permanente, della loro "peace of mind".

Evidenziavano i ricorrenti che l'operato del C1, nella persona dei propri dirigenti, direttori e responsabili della sicurezza che nel tempo si erano succeduti, aveva violato l'art. 2087 c.c., nonché specifiche disposizioni di legge e cioè gli artt. 4, 19, 21 della L. 303/1956, che imponevano di tutelare i lavoratori, tra l'altro, rendendoli edotti dei rischi specifici, fornendo loro i necessari mezzi di protezione ed esigendo che fossero osservate le norme di igiene e protezione, nonché di separare i lavori nocivi e di adottare misure per difendere i dipendenti dalla diffusione delle polveri; che, quindi, era stata prodotta una concreta lesione di diritti costituzionalmente garantiti dai dettati degli artt. 2, 3, 4, 32, 38 e 41 comma 2° Costituzione, ovvero di quell'insieme di norme che tutelavano la personalità, non solo fisica, ma anche morale del lavoratore; che

a ciò doveva comunque aggiungersi (attraverso una lettura costituzionalizzata) la responsabilità ex artt. 2043, 2059 c.c., per gli stessi motivi.

Lamentavano pertanto i ricorrenti, messi al corrente di quanto avvenuto, la lesione (accertata e/o tentata, atteso il lungo termine di latenza delle malattie afferenti all'amianto) del proprio diritto alla salute ed integrità fisica, oltre che i danni morale ed esistenziale e/o da interesse costituzionalmente garantito (per l'incertezza, l'angoscia e l'ansia loro procurata, oltre che la lesioni dei propri diritti costituzionali sul luogo di lavoro) e chiedevano il risarcimento dei danni, quantificandolo, in via equitativa, nella somma di € 25.000,00 o in alternativa quella somma minore o maggiore rimessa all'equo apprezzamento del Giudice.


Rassegnavano quindi le seguenti conclusioni:

1. "Voglia il sig. Giudice Ill.mo, in funzione di Giudice del lavoro, dichiarare che il ricorrente A1 ha subito un danno di natura non patrimoniale (morale ed esistenziale e/o da interesse costituzionalmente garantito) per responsabilità contrattuale e/o extracontrattuale del proprio datore di lavoro, C1 sede di Massa, nella persona dei suoi dirigenti, direttori e responsabili della sicurezza succedutisi nel corso degli anni, per i fatti e le violazioni di cui alle premesse del presente ricorso, e conseguentemente previa CTU ambientale se ritenuta necessaria, condannare la C1 a sede di Massa (i ESSENI del ESSENI), in persona del Suo Direttore pro-tempore al risarcimento del danno non patrimoniale (morale ed esistenziale e/o da interesse costituzionalmente garantito) che si quantifica nella somma di € 25.000,00, in via equitativa ex combinato artt. 1256 e 2056 C.c. e artt. 32 e 38 Cost., come da disposizioni di legge ed elaborazioni giurisprudenziali, o in alternativa quella somma minore o maggiore rimessa all'equo apprezzamento del Giudice.

2. Voglia il sig. Giudice Ill.mo, in funzione di Giudice del lavoro, riconoscere ed accertare la rivalutazione e gli interessi sul risarcimento così come sarà determinato.

3. Il tutto con vittoria di spese ed onorari".

Analoghe conclusioni formulavano i ricorrenti degli altri procedimenti riuniti A2, A3 e A4 e AS

Ciò posto, deve evidenziarsi che il CTU "ambientale", dopo approfonditi accertamenti, acquisizione di un' imponente quantità di materiale e di informazioni, a seguito di un serrato contraddittorio con i CTP, ha dapprima descritto in una relazione i luoghi e le condizioni di lavoro, ricostruendo il ciclo produttivo dell'azienda, che produceva manufatti di caldareria pesante di grandi dimensioni, quali reattori, scambiatori di calore etc.. e le diverse maestranze impiegate, dando indicazioni di massima in ordine alla nocività dell'ambiente lavorativo; che in seguito il predetto ha depositato una relazione integrativa in cui ha dato conto dei livelli di esposizione all'amianto, sebbene in via di approssimazione; che successivamente il CTU ha depositato anche relazioni individuali afferenti la posizione di ciascun lavoratore. 

E' risultato che il ciclo produttivo consisteva nella calandratura delle lamiere metalliche, le quali venivano riscaldate a temperature elevatissime (800 gradi circa) per poter essere forgiate in forma di "virola" circolare, i cui lembi esterni venivano saldati in modo da formare un corpo cilindrico.

Per evitare che il manufatto si raffreddasse troppo velocemente pregiudicandone le caratteristiche ed al fine di tutelare i lavoratori addetti alle diverse fasi della lavorazione dal rischio di scottature e stress termico da calore eccessivo, i pezzi da trattare venivano rivestiti e coibentati con materiale ignifugo, precisamente teli di amianto, caratterizzati da un'elevata resistenza al calore.

Peraltro tali teli di amianto, sottoposti ad usura, a stress termico, usurati e riutilizzati più volte (soltanto a partire dal

1980 l'ASMIU ha cominciato a ritirare i teli usurati), sfaldandosi, provocavano l'emissione di fibre d'amianto nell'unico capannone, suddiviso in diverse sezioni produttive, denominate "campate", comunicanti l'una con l'altra e delimitate solo da pilastri di cemento armato che sorreggevano la struttura, con la conseguenza che le diverse maestranze, operanti all'interno di tale unico grande ambiente, erano esposte al rischio di inalare le fibre di asbesto sparse nell'aria, le cui potenzialità nocive erano accresciute dalla presenza delle altre polveri inerti e metalliche.

In modo diretto erano particolarmente esposti i saldatori, i calandratore, i calderai, i fornaioli, gli elettricisti (i quali svolgevano attività di manutenzione degli impianti e delle macchine ubicate in ogni luogo dello stabilimento), gli addetti ai collaudi.

E' anche risultato come ciascun lavoratore eseguisse non solo la mansione cui era addetto in via principale, ma anche altre, in base alle esigenze del ciclo produttivo.

Quanto ai livelli di esposizione, il ctu, non potendo procedere a campionamenti ora per allora, ha anzitutto fatto riferimento agli esiti delle indagini svolte nel 1974 dall'Istituto di Medicina del Lavoro dell'Università Cattolica del S. Cuore e dal Servizio di Medicina Preventiva dei lavoratori del Comune di Massa, le cui relazioni sono state prodotte dai ricorrenti.

In particolare l'Università Cattolica del S. Cuore, che ha effettuato prelievi conimetrici, ha accertato, in corrispondenza delle posizioni occupate dagli addetti alla saldatura, in presenza di aspirazione localizzata, circa 15 fibre di amianto per cc di lunghezza superiore ai 5 micron, con stima passibile di errori in difetto.

Si consideri che c'erano anche postazioni di lavoro dove non erano utilizzati sistemi di aspirazione, come quella dei calderai.

Il ctu ha anche evidenziato che quando l'Istituto del S. Cuore ha eseguito l'analisi la situazione era migliorata in quanto parte resistente aveva appena adottato sistemi di aspirazione fissa,

mentre negli anni precedenti erano stati utilizzati aspiratori mobili inefficaci, che, privi di idonei filtri di abbattimento, riversavano le fibre nocive nell'ambiente di lavoro, portandole nuovamente in circolo.

In punto responsabilità è evidenziarsi che il datore di lavoro non ha adempiuto alle prescrizioni del DPR 303/1956; che il predetto era consapevole dei rischi fatti correre alle maestranze, come si evinceva dal documento denominato "Ambiente omogeneo n. 8" (cfr. allegato n. 43 della CTU), redatto dal C1 el 1976, ove sono descritte in modo dettagliato le varie fasi lavorative con riguardo ad una campata, ritenuta peraltro dal CTU esemplificativa della situazione generale; che il C1 non ha mai informato i lavoratori circa la nocività dell'amianto, e non ha adottato le misure idonee a ridurre il rischio.

Parte resistente avrebbe potuto e dovuto, come rilevato dal CTU: impedire l'uso dell'amianto come coibente, riducendone l'uso nei DPI ed impedendone usi impropri (impasto, ritaglio, immagazzinamento degli scarti nelle campate), controllando l'osservanza da parte dei lavoratori delle prescrizioni aziendali in merito; installare efficienti impianti di aspirazione localizzata e centralizzata per amianto, fumi di saldatura e polveri di molatura; informare i lavoratori sulla presenza del rischio; effettuare monitoraggi ambientali e controlli sanitari.

S/

Con riguardo all'ordine di servizio "Norme per l'impiego dell'amianto" a firma Dott. del 1974, non risulta che lo stesso sia stato comunicato ai lavoratori, né risulta che sia stato effettivamente applicato.

Quanto alle singole posizioni, in estrema sintesi, in base alle osservazioni e conclusioni del CTU, cui deve aderirsi in quanto frutto di accurati e lunghi accertamenti, nonchè congruamente motivate, può dirsi che A1 saldatore, è stato esposto, tra l'altro, al rischio amianto, in ragione dell'utilizzo di teli coibenti e di DPI contenenti tale materiale, con concentrazioni pari a 1,16 ff/cc nel periodo 1975-1981 e pari a 0,29 ff/cc. dall'1981 al 1984.

A2 , caldaiaio ed intermedio, è stato esposto, tra l'altro, al rischio amianto, in ragione dell'utilizzo di teli coibenti e di DPI contenenti tale materiale, con concentrazioni pari a 2,31 ff/cc nel periodo 1962-1975.

A3 , caldaiaio, caposquadra ed impiegato tecnico, è stato esposto, tra l'altro, al rischio amianto, in ragione dell'utilizzo di teli coibenti e di DPI contenenti tale materiale, con concentrazioni pari a 2,31 ff/cc nel periodo 1960-1975 e pari a 1,16 ff/cc nel periodo 1975-1981.

A4 , caldaiaio, caposquadra ed impiegato tecnico, nel periodo di causa è stato esposto, tra l'altro, al rischio amianto, in ragione dell'utilizzo di teli coibenti e di DPI contenenti tale materiale, con concentrazioni pari a 2,31 ff/cc nel periodo 1960-1975 e pari a 1,16 ff/cc nel periodo 1975-1981.

A5 , fresatore, è stato esposto, tra l'altro, al rischio amianto, in ragione dell'inalazione di fibre durante le lavorazioni, con concentrazioni pari a 0,87 ff/cc nel periodo 1960-1975, pari a 0,44 nel periodo 1975-1981 e pari a 0,15 nel periodo 1981-1984.

Da precisare come paia ingiustificata la pretesa dei ricorrenti di considerare l'esposizione ambientale come <la "summa" di tutte le esposizioni determinate dalle lavorazioni>, in quanto il livello di concentrazione dell'asbesto si riduce sensibilmente già alla distanza di circa m. 2 dalla sorgente. SW

Con riguardo poi alla dedotta inutilizzabilità delle conclusioni del ctu in quanto il modello di calcolo utilizzato nel caso "Breda", preso come riferimento dal predetto, ma con diversi correttivi (v. pagg. 8/9 delle integrazioni ctu 08.11.2012) per adattarlo alla situazione di " C1 " in ragione delle differenze nel ciclo produttivo, condurrebbe ad esiti fuorvianti nelle fattispecie in esame, deve osservarsi che la significativa approssimazione (che l' Ing. Pandolfi ha avuto l'onestà intellettuale di ammettere) dei livelli espositivi individuati è ineliminabile, stante l'impossibilità di effettuare campionamenti ora per allora e di ricostruire perfettamente le singole giornate

lavorative di ogni dipendente, nonché le posizioni dei siti ove venivano accumulati i teli in amianto usurati, da riutilizzare.

Peraltro, posto che la nocività dell'ambiente rientra nell'ambito di operatività dell'onere probatorio incombente su parte ricorrente, l'inutilizzabilità di metodi empirici e/o deduttivi implicherebbe il rigetto delle domande perché non provate, almeno con riguardo a tutti i lavoratori per i quali non sono stati effettuati prelievi nel 1974.

Quanto alla tempistica di svolgimento della mansione, utilizzata come riferimento per calcolare il tempo/percentuale dell'esposizione, ritenuta troppo breve dai ricorrenti, può rilevarsi che dovendo effettuare una ricostruzione per approssimazione, il CTU si è correttamente affidato a dati verosimili, che potrebbero anche discostarsi dall'effettività, ma che, in difetto di riscontri certi offerti dal lavoratore, costituiscono gli unici punti di riferimento.

A questo punto deve evidenziarsi come tutte le concentrazioni indicate siano superiori al limite di 0,1 ff/cc.

L'Inail, a fronte del superamento del limite di 0,1 ff/cc, richiede e richiedeva il pagamento del premio supplementare per il rischio di contrarre l'asbestosi.

Anche nella fattispecie in esame è stato richiesto il premio supplementare, almeno fino al 31-12-1975.

Pertanto risultano provati gli elementi costitutivi della responsabilità datoriale: la violazione del disposto dell'art. 2087 c.c., nonché di altre specifiche disposizioni di legge, con conseguente esposizione dei ricorrenti a rischio di contrarre malattie asbesto-correlate e, quindi, la messa in pericolo in modo significativo della loro salute, nonché la colpa per non avere adottato le necessarie cautele, nonostante la conoscibilità dei rischi ed, anzi, l'effettiva conoscenza degli stessi.

Quanto al danno risarcibile, deve evidenziarsi come non pare possa configurarsi una lesione tentata, in difetto di evidenze mediche e, quindi, un danno biologico, neppure compiutamente allegato e quantificato.

In particolare l'ansia e gli altri sintomi ricollegabili al timore per la propria salute non assurgono ad una malattia psichiatrica neppure nelle allegazioni dei ricorrenti.

Ed allora, il turbamento della pace mentale, in difetto di una riduzione permanente dell'integrità psico-fisica, non può di per sé integrare un'autonoma voce di danno.

Il danno biologico, conseguente alla lesione del diritto alla salute garantito dall'art. 32 Cost., è ontologicamente diverso dal danno derivante dalla lesione di un diverso diritto costituzionalmente protetto, non potendo, quindi, essere risarcito come danno biologico il danno, cosiddetto esistenziale, che si affermi essere derivato da "stress psicologico da timore", per la compromissione della serenità e sicurezza del soggetto interessato, giacché detto stress è soltanto una conseguenza della lesione di un possibile interesse protetto il quale necessita di una previa individuazione affinché possa venire poi in considerazione il pregiudizio che, in ipotesi, sia derivato dalla lesione dello stesso, con la precisazione, altresì, che la serenità e la sicurezza, di per sé considerate, non costituiscono diritti fondamentali di rango costituzionale inerenti alla persona, la cui lesione consente il ricorso alla tutela risarcitoria del danno non patrimoniale (Cass. Sez. 3, Sentenza n. 3284 del 12/02/2008; nella specie, la S.C. ha cassato la sentenza impugnata che, senza individuare la lesione di alcun diritto o interesse costituzionalmente protetto, aveva ritenuto che il danno esistenziale da "stress psicologico da timore" potesse ricomprendersi nel danno biologico).

Quanto alla possibilità che le ripercussioni negative evidenziate dai ricorrenti possano essere inquadrare nel c.d. danno esistenziale, ritiene questo giudice che le generiche allegazioni dei lavoratori, uguali per tutti, non soddisfino, anche se provate (ed è per questo che non sono state disposte le prove orali), ai requisiti richiesti dalla giurisprudenza della S.C. per la risarcibilità di detta autonoma voce di danno.

In particolare i ricorrenti non hanno dedotto, con le dovute precisazioni in fatto per ciascuno di loro, non potendo ritenersi sufficienti mere enunciazioni generiche ed astratte, ed offerto di provare che lo stress, la sottile angoscia, il timore per il futuro etc. abbiano condotto ad un radicale cambiamento delle abitudini di vita, con conseguente stravolgimento, oggettivamente apprezzabile, dell'esistenza e/o ad un'alterazione della personalità del soggetto che si sia estrinsecato in uno sconvolgimento dell'esistenza, e cioè in radicali cambiamenti di vita e/o ad un pregiudizio, di natura non meramente emotiva ed interiore, ma oggettivamente accertabile, provocato sul fare reddituale del soggetto, che alteri le sue abitudini e gli assetti relazionali propri, inducendolo a scelte di vita diverse quanto all'espressione e realizzazione della sua personalità nel mondo esterno.

Senza contare quelle pronunzie che non ritengono il danno esistenziale un'autonoma categoria di danno, dovendo i pregiudizi di tipo esistenziale, concernenti aspetti relazionali della vita, in quanto conseguenti a lesioni dell'integrità psicofisica, essere considerati soltanto come voci del danno biologico (al quale andrebbe riconosciuta portata tendenzialmente onnicomprensiva) nel suo aspetto dinamico.

Da ultimo v. Cass. Sez. 3, Sentenza n. del 12/02/2013: *In tema di risarcimento del danno, non è ammissibile nel nostro ordinamento l'autonoma categoria di "danno esistenziale", in quanto, ove in essa si ricomprendano i pregiudizi scaturenti dalla lesione di interessi della persona di rango costituzionale, ovvero derivanti da fatti-reato, essi sono già risarcibili ai sensi dell'art. 2059 cod. civ., con la conseguenza che la liquidazione di una ulteriore posta di danno comporterebbe una non consentita duplicazione risarcitoria; ove, invece, si intendesse includere nella categoria i pregiudizi non lesivi di diritti inviolabili della persona, la stessa sarebbe illegittima, posto che simili pregiudizi sono irrisarcibili alla stregua del menzionato articolo.*

In definitiva ritiene questo giudice che ai ricorrenti possa essere riconosciuto soltanto il ristoro del pregiudizio non patrimoniale costituito dalle sofferenze subite in conseguenza delle colpevoli omissioni del datore di lavoro, il c.d. *pretium doloris*, evidenziando la risarcibilità in ogni caso di tale danno, anche indipendentemente dalla sussistenza di un reato, essendo sufficiente la violazione di interessi costituzionalmente rilevanti.

"...Come è noto le SS.UU., con quattro contestuali sentenze di contenuto identico (nn. 26972, 26973, 26974 e 26975 in data 11 novembre 2008), hanno di recente ritenuto che la norma di cui all'art. 2059 c.c., contiene principi informativi del diritto, come tali vincolanti anche nel giudizio di equità, da leggersi come norma che regola i limiti e le condizioni di risarcibilità dei pregiudizi non patrimoniali, sul presupposto dell'esistenza di tutti gli elementi costitutivi dell'illecito richiesti dall'art. 2043 c.c., e cioè: la condotta illecita, l'ingiusta lesione di interessi tutelati dall'ordinamento, il nesso causale tra la prima e la seconda, la sussistenza di un concreto pregiudizio patito dal titolare dell'interesse leso. In tale prospettiva la peculiarità del danno non patrimoniale viene individuata nella sua tipicità, avuto riguardo alla natura dell'art. 2059 cit., quale norma di rinvio ai casi previsti dalla legge (e, quindi, ai fatti costituenti reato o agli altri fatti illeciti riconosciuti dal legislatore ordinario produttivi di tale tipo di danno) ovvero ai diritti costituzionali inviolabili, presieduti dalla tutela minima risarcitoria, con la precisazione, in quest'ultimo caso, che la rilevanza costituzionale deve riguardare l'interesse leso e non il pregiudizio consequenzialmente sofferto e che la risarcibilità del pregiudizio, non patrimoniale presuppone, altresì, che la lesione sia grave (e, cioè, superi la soglia minima di tollerabilità, imposta dai doveri di solidarietà sociale) e che il danno non sia futile (vale a dire che non consista in meri disagi o fastidi o sia addirittura meramente immaginario)..." (Cass. n. 24030/2009).

Ed ancora: "...alla stregua della nota sentenza n. 26972/2008 delle Sezioni Unite (secondo cui il danno non patrimoniale derivante dalla lesione di diritti inviolabili della persona, come tali costituzionalmente garantiti, è risarcibile - sulla base di un'interpretazione costituzionalmente orientata dell'art. 2059 c.c. - **anche quando non sussiste un fatto-reato**, ne' ricorre alcuna delle altre ipotesi in cui la legge consente espressamente il ristoro dei pregiudizi non patrimoniali, a tre condizioni: (a) che l'interesse leso - e non il pregiudizio sofferto - abbia rilevanza costituzionale (altrimenti si perverrebbe ad una abrogazione per via interpretativa dell'art. 2059 c.c., giacché qualsiasi danno non patrimoniale, per il fatto stesso di essere tale, e cioè di toccare interessi della persona, sarebbe sempre risarcibile); (b) che la lesione dell'interesse sia grave, nel senso che l'offesa superi una soglia minima di tollerabilità (in quanto il dovere di solidarietà, di cui all'art. 2 Cost., impone a ciascuno di tollerare le minime intrusioni nella propria sfera personale inevitabilmente scaturenti dalla convivenza); (c) che il danno non sia futile, vale a dire che non consista in meri disagi o fastidi, ovvero nella lesione di diritti del tutto immaginari, come quello alla qualità della vita o alla felicità), è pervenuta alla conclusione (Cass. Sez. 3, n. 4053 del 2009) che il danno non patrimoniale di cui all'art. 2059 c.c. costituisce una categoria ampia, comprensiva non solo del cd. danno morale soggettivo (e cioè della sofferenza contingente e del turbamento d'animo transeunte, determinati da fatto illecito integrante reato), ma anche di ogni ipotesi in cui si verifichi un'ingiusta lesione di un valore inerente alla persona, costituzionalmente garantito, dalla quale consegua un pregiudizio non suscettibile di valutazione economica, senza soggezione al limite derivante dalla riserva di legge correlata all'art. 185 c.p... (Cass. 14451/2009).

La lesione di un diritto inviolabile della persona concretamente individuato, fonte di responsabilità risarcitoria non patrimoniale, nella fattispecie in esame è individuabile nella violazione del diritto alla tutela della salute di cui all'art. 32

Costit., cui è conseguita un' offesa grave e non futile, posto che i ricorrenti, in un tempo più o meno prossimo, considerata la lunga latenza degli effetti dell'agente morbigeno, potrebbero ammalarsi.

Con riguardo ai criteri di liquidazione, ritiene la decidente che il pregiudizio consistente nella sofferenza insita nel timore di ammalarsi in ragione di una concreta ed obiettiva possibilità in tal senso non possa essere liquidato avendo riguardo al c.d. danno morale correlato al danno biologico, potendo il predetto essere più grave di quest'ultimo e, comunque, difettando una menomazione attuale.

Può quindi adottarsi, come punto di riferimento della liquidazione equitativa, il *pretium doloris* da morte di uno stretto congiunto (figlio, genitore o coniuge), riconosciuto peraltro in una percentuale modesta (pari al 10%), in quanto, evidentemente, la prefigurazione dell'*exitus* non può ragionevolmente, secondo *id quod plerumque accidit*, provocare una sofferenza eguale a quella derivante dall'effettivo *exitus*.

In base alle tabelle di Milano 2013 può dunque liquidarsi, in via equitativa, la somma di € 16.308,00 (già attualizzata ad oggi).

Le spese di causa seguono la soccombenza.

P.Q.M.

Il Tribunale di Massa in composizione monocratica in funzione di giudice del lavoro, definitivamente pronunciando, ogni diversa domanda, difesa ed eccezione respinte, accertato che i ricorrenti hanno subito un danno di natura non patrimoniale per responsabilità contrattuale ed extracontrattuale del proprio datore di lavoro, dichiara tenuto e condanna il **C1** a sede di Massa ((**C1**)), in persona del suo rappresentante legale *pro-tempore*, al risarcimento di tale danno, che quantifica, in via equitativa, nella somma di € 16.308,00 per ciascun ricorrente, oltre a rivalutazione monetaria ed interessi legali sulle somme annualmente rivalutate dalla sentenza al saldo.

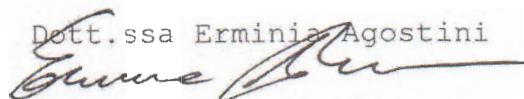
Condanna inoltre parte convenuta a rifondere ai ricorrenti le spese di causa, che liquida in € 8.200,00 per compensi, oltre IVA e CPA come per legge.

Pone definitivamente a carico di parte resistente le spese di CTU, già liquidate come in atti.

Massa, 17-05-2013

Il Giudice

Dott.ssa Erminia Agostini



~~IL CANCELLIERE~~
FARRIS dott.ssa LIDIA

TRIBUNALE DI MASSA
DEPOSITATO IN CANCELLERIA

17-05-13

IL CANCELLIERE

~~IL CANCELLIERE~~
FARRIS dott.ssa LIDIA



UNIVERSITÀ
DEGLI STUDI
FIRENZE

Scuola di
Scienze della Salute Umana

Corso di Laurea in Infermieristica
(abilitante alla professione sanitaria
di infermiere) L/SNT1

L'assistenza al <<Sistema Famiglia>> nel percorso post-trattamento del mesotelioma da esposizione all'amianto

**Un'analisi condotta con il CeDAMAC "Marco Vettori"
della Fondazione ONLUS "Attilia Pofferi".**

Relatore

Prof. Marcello Fedi

Correlatore

Sandra Fabbri

Candidato

Ramona Cristina Chelarescu

RINGRAZIAMENTI

Al mio relatore, Prof. Marcello Fedi, che mi ha guidato in questo percorso formativo e per l'aiuto nella stesura della tesi.

Alla mia correlatrice, Sandra Fabbri, direttrice della Fondazione Onlus "Attilia Pofferi", a Valentina Millarini e a Manlio Monfardini che mi hanno seguito nella realizzazione della tesi.

Alla mia famiglia che da lontano mi sono stati sempre vicino e hanno creduto in me.

A mio figlio che mi ha sempre detto "Dai, mamma, puoi farcela" e che insieme a me ha imparato quanto fosse importante lo studio per realizzare i tuoi sogni.

Ad una persona molto cara per me, Maria, che mi ha sempre sostenuto e che mi ha incoraggiato ad intraprendere questo cammino.

Agli infermieri che ho conosciuto in questi anni per i loro insegnamenti.

INDICE:

PREFAZIONE	6
INTRODUZIONE	7
CAPITOLO 1 – AMIANTO	13
1.1. Cos'è l'amianto?	13
1.2. Produzione, impieghi e diffusione nell'ambiente	14
1.3. Manutenzione e bonifica	17
1.4. Situazione europea	19
1.5. Normativa di riferimento	20
1.6. Storia di conoscenze mediche sulle malattie causate dall'amianto	22
1.7. Le patologie causate dall'esposizione all'amianto	23
1.7.1. Asbestosi	24
1.7.2. Tumore del polmone	24
1.7.3. Placche pleuriche	25
1.7.4. Mesotelioma pleurico	25
1.7.5. Tumori del tratto gastro-intestinale, della laringe e di altre sedi	26
CAPITOLO 2 – IL MESOTELIOMA	27
2.1. Che cos'è il mesotelioma?	27
2.3. Epidemiologia	29
2.3.1. Dati ReNaM - V rapporto 2015	29
2.3.2. Dati Centro Operativo Regionale REGIONE TOSCANA	31
2.3.3. Prognosi	32
2.3.4. Prevenzione	32
2.4. Manifestazioni cliniche	33
2.5. Diagnosi	34
2.6. Trattamento	36
CAPITOLO 3 – ASSISTENZA INFERMIERISTICA	41
3.1. Diagnosi di cancro e considerazioni infermieristiche	41
3.2. Scelta del trattamento	41
3.3. Gestione infermieristica nella chirurgia oncologica	42
3.4. Trattamento infermieristico nella radioterapia	43
3.5. Trattamento infermieristico nella chemioterapia	44

3.6. Piano di assistenza per il paziente oncologico.....	45
3.6.1. Accertamento.....	45
3.6.2. Diagnosi infermieristiche.....	48
3.6.3. Pianificazione e obiettivi.....	49
3.6.4. Interventi infermieristici.....	49
3.6.5. Valutazione.....	56
CAPITOLO 4. L'ASSISTENZA AL <<SISTEMA FAMIGLIA>>	57
4.1. L'impatto del mesotelioma sulla famiglia	57
4.2. Le necessità della famiglia	60
4.2.1. La necessità di sostegno.....	60
4.2.1. La necessità di informazioni.....	62
4.3. La terapia di supporto e cure palliative	62
4.4. Ruolo dell'infermiere nell'assistenza alla famiglia	66
4.5. I gruppi di sostegno e le Associazioni.....	68
4.6. Centro Documentazione sull'amianto e sulle malattie amianto correlate "Marco Vettori"	71
CAPITOLO 5. MEDICINA NARRATIVA	73
5.1. Le origini	73
5.2. Diffusione in Italia	74
5.3. La definizione di medicina narrativa	75
5.4. Le metodologie e gli strumenti utilizzati nella medicina narrativa	76
5.5. Gli ambiti dove può essere utilizzata la medicina narrativa	77
5.6. L'utilità della medicina narrativa	77
5.7. Storie di malattia: Il mesotelioma	78
5.7.1. Testimonianze dai libri.....	78
5.7.2. Testimonianze dai siti internet.....	83
5.7.3. Commento.....	85
CONCLUSIONI	87
BIBLIOGRAFIA	88
SITOGRAFIA	90

PREFAZIONE

Durante il terzo anno di corso ho effettuato il tirocinio nel reparto di terapia intensiva dell'ospedale "Sant'Jacopo" di Pistoia dove ho avuto l'occasione di conoscere un paziente con mesotelioma pleurico ricoverato per un aggravamento della sintomatologia, in fine vita. Non avevo mai sentito parlare di questo tipo particolare di cancro e così ho deciso di approfondirne le conoscenze. Durante questo percorso formativo ho visto anche altri pazienti malati di cancro e le loro famiglie, ma come in questo caso mai così devastati. In questo elaborato ho voluto analizzare l'impatto che il mesotelioma ha sulla famiglia, quali sono i bisogni e le aspettative dei familiari e scoprire se ci sono degli interventi che vengono fatti, che tipo di supporto viene fornito dal sistema sanitario.

“Ci sono molti modi di parlare di malattie dovute al lavoro, molte angolazioni diverse: il punto di vista medico, quello sociologico, quello sindacale, quello politico e così via. Ci sono molti modi di parlare di amianto, soprattutto si devono tentare molte strade diverse per giungere ad interessare le persone ad un argomento così distante, apparentemente, dalla vita quotidiana di ognuno di noi. Ma c'è una strada maestra che può condurre alla comprensione di argomenti cui si pensa di essere immuni, e perciò non interessanti: è la strada del racconto, dell'affabulazione, l'essenza stessa della trasmissione del sapere com'è stata per millenni. Una strada che adesso passa attraverso le immagini, addomesticate, se così si possono definire, prodotte, primo fra tutti, attraverso il mezzo televisivo.

Attualmente vi è una forte convinzione che le immagini che la lettura di un racconto, ad esempio, o la divulgazione di una testimonianza raccolta dalla viva voce del paziente, o dei suoi familiari, evocano nella mente immagini più incisive e permanenti di quelle che assorbiamo passivamente dalla televisione: da qui l'importanza della medicina narrativa come mezzo di condivisione dell'esperienza, e come metodo per condividere la sofferenza.” Sandra Fabbri

INTRODUZIONE

Questo elaborato punta ad analizzare il vissuto, le necessità del paziente, della sua famiglia e ad individuare nell'infermiere la figura sanitaria dedicata al prendersi cura e al sostegno della persona nel contesto del "Sistema Famiglia"

La famiglia non è semplicemente la somma dei suoi componenti, ma un tutto organizzato, un <<sistema>> che agisce e reagisce ai diversi cambiamenti. Quando un componente della famiglia si ammala, sono influenzati tutti i familiari, che devono compiere numerosi adattamenti al loro stile di vita o devono modificarlo radicalmente.

Ricevere una diagnosi di mesotelioma è come ricevere una condanna a morte (attualmente non si può parlare di sopravvivenza); si tratta di un'esperienza molto difficile e straziante, non solo per la persona colpita, ma per l'intera sua famiglia che spesso attraversa psicologicamente le stesse fasi vissute dalla persona ammalata (shock, negazione, disperazione, collera, rielaborazione, accettazione.)

Il mesotelioma è una neoplasia molto rara, è la più grave malattia causata da inalazione di polvere di amianto, anche 20-40 anni prima della manifestazione sintomatica della patologia.

La malattia è complessivamente rara ma può diventare una patologia frequente nelle aree ad alta esposizione ad amianto. Casale Monferrato in Piemonte e Broni in Lombardia hanno rappresentato due tra i maggiori poli di produzione di cemento-amianto in Italia, per tale motivo in queste due aree la frequenza di mesotelioma è così elevata da poter parlare di una vera e propria epidemia.

L'amianto è stato oggetto di un largo utilizzo industriale a partire dalla fine dell'ottocento grazie al basso costo, modesto peso specifico ed alle eccezionali proprietà chimico-fisiche e tecnologiche. L'amianto è stato infatti definito come «minerale magico», grazie alle peculiarità di resistenza alla trazione, al fuoco, all'attrito, all'attacco chimico, oltre ad avere un forte potere coibente e di assorbimento delle onde sonore. (U.S. Environmental Protection Agency, 1979)

A distanza di più 24 anni dall'introduzione della Legge 257/92 che stabiliva la cessazione dell'impiego dell'amianto – con particolare riferimento al divieto di estrazione, importazione, esportazione, commercializzazione e produzione di amianto, di prodotti di amianto e di prodotti contenenti amianto – sono ancora presenti in Italia milioni di tonnellate di materiali compatti e friabili contenenti amianto, anche all'interno di edifici pubblici e privati.

Considerando che il 70% dell'asbesto venduto in Italia è stato utilizzato in edilizia (basti pensare alle lastre di cemento-amianto) è facile pensare che le fibre di amianto si possano trovare facilmente sospese nell'aria delle aree urbane, anche se solo a livelli di poche fibre per litro.

Tenendo conto quindi della lunga latenza tra esposizione a fibre di amianto e sviluppo del mesotelioma, indipendentemente dalla concentrazione, ci dobbiamo aspettare una certa incidenza di questa patologia nel prossimo futuro, malgrado la messa al bando dell'uso dell'amianto. (Cattaneo a. et al., 2006)

Il mesotelioma è una neoplasia rara che si sviluppa a partire dalle cellule mesoteliali che rivestono la superficie della cavità pleurica, meno frequentemente a partire dalla superficie peritoneale e molto raramente a partire dalla tunica vaginale o del pericardio.

Questa neoplasia ha una prognosi infausta e i trattamenti attualmente utilizzati nella pratica clinica non hanno ancora portato alla cura definitiva di questa patologia.

Molti pazienti con mesotelioma pleurico presentano dei sintomi che si sviluppano gradualmente e che spesso sono di tipo respiratorio (dispnea, tosse, dolore toracico).

Per quanto riguarda la diagnosi, è utile sottolineare che le caratteristiche tipiche dell'imaging correlate ad una storia di esposizione all'asbesto devono sempre suscitare nel clinico il sospetto di un mesotelioma. Tuttavia, la diagnosi di certezza è data dall'analisi istologica di un adeguato campione di tessuto neoplastico.

La stadiazione segue il sistema di staging ampiamente utilizzato dall'International Union Against Cancer (UICC) and the American Joint Committee on Cancer (AJCC) e definito come TNM: T(Tumore), N (linfoNodi), M (Metastasi).

L'approccio clinico del mesotelioma si fonda su un trattamento multidisciplinare basato sulla valutazione dell'estensione della malattia, sulle condizioni generali del paziente (incluse la funzione cardiopolmonare e le altre comorbilità) e sul suo consenso ad un trattamento più o meno aggressivo. Una volta valutati questi parametri è possibile distinguere i pazienti in sottogruppi a seconda del trattamento che potrebbe essere loro proposto: chirurgia o trattamento chemioterapico sistemico o entrambe.

Nell'ultima decade i passi avanti fatti nel trattamento sistemico dei pazienti affetti da mesotelioma pleurico maligno sono stati limitati; in presenza di un continuo aumento dell'incidenza della patologia a livello mondiale, preponderante è la necessità di trovare nuovi trattamenti; attualmente nella clinica, in fase di studio c'è la possibilità di associare alla chemioterapia nuovi farmaci antivascolari e antiangiogenetici in grado di prolungare la sopravvivenza in sottogruppi di pazienti.

Non bisogna mai dimenticare, infatti, di valutare i desideri e le aspettative del paziente, per garantirgli la miglior qualità di vita possibile, definita secondo i suoi personali parametri.

(Fondazione Buzzi Unicem, 2013)

Fino a qualche tempo fa la malattia oncologica veniva trattata dal sistema sanitario tramite un'assistenza in grande parte a carico delle strutture ospedaliere; negli ultimi anni, con l'attuazione della razionalizzazione delle spese sanitarie, che spinge sempre di più verso un'ospedalizzazione breve ed un'assistenza domiciliare, il coinvolgimento economico ed emotivo nella cura del paziente da parte della famiglia ha assunto dimensioni considerevoli.

Quando ad una persona viene diagnosticato un mesotelioma, l'intera famiglia è interessata. La normale routine ed i ruoli sono alterati ed i familiari devono accogliere i sintomi della malattia, il tumulto emotivo, e l'incertezza del futuro. L'esigenza della famiglia di fronte alla nuova situazione non è solo quella di essere aiutata a gestire il malato ma anche quella di riorganizzarsi come sistema nel rispetto delle esigenze del malato ma anche delle sue specifiche dinamiche precedenti. Il sistema deve cambiare per adattarsi alla novità, ma anche conservarsi per evitare che cambiamenti troppo bruschi e radicali brucino le sue capacità di progresso.

Il sistema famiglia è alterato e ciascun membro è influenzato dalla diagnosi, e successivamente dallo sviluppo del processo di malattia e il trattamento. Se la malattia progredisce allo stadio terminale, la struttura stessa della famiglia è minacciata e uno stato di crisi si verifica. Durante questa fase i trattamenti cessano e la cura è focalizzata sulle cure palliative.

Ovunque la cura è fornita e chiunque fornisce la cura, i membri della famiglia giocano un ruolo importante. In ultima analisi, sono i membri della famiglia - il coniuge, il figlio, la figlia - che sono la risorsa più importante per il paziente. La persona che sta morendo si affida notevolmente ai familiari per sostegno emotivo e fisico.

L'impatto del mesotelioma sui pazienti e familiari è multidimensionale:

Sintomi fisici- La maggior parte dei pazienti riferiscono il dolore e la dispnea come sintomi principali; tosse, perdita di appetito, affaticamento, disturbi del sonno e sudorazione sono anche questi dei problemi significativi per i pazienti. Per quanto riguarda i famigliari fra i problemi maggiormente segnalati si riscontrano: i disturbi del sonno, affaticamento, dolore, perdita di forza fisica, perdita dell'appetito e perdita di peso.

(Moore S. et al., 2010)

Coinvolgimento emotivo - Nei pazienti affetti da mesotelioma e nei loro familiari il funzionamento emotivo è a volte significativamente ridotto in misura maggiore rispetto al funzionamento fisico. I pazienti e i loro familiari riportano quasi sempre uno stato di shock e incredulità in relazione alla diagnosi, provano isolamento e rabbia in relazione al deterioramento della capacità funzionale, delle alterazioni fisiche, un senso di impotenza nella loro situazione, la paura di che cosa succederà nella progressione della malattia in termini di sintomi e fine-vita. (Moore S., et al., 2010)

Conseguenze sociali - Dato il notevole impatto fisico ed emotivo del mesotelioma, non sorprende che anche il funzionamento sociale sia compromesso. Pazienti e familiari descrivono cambiamenti di identità, ruoli e relazioni, e anche l'isolamento sociale. Il carico assistenziale è così elevato che li distoglie l'attenzione dalle altre relazioni, compromettendo le capacità sociali. (Moore S. et al., 2010)

Impatto economico – Si tratta di costi molto diversificati, alcuni di tipo medico come visite specialistiche, farmaci, i spostamenti per il trattamento, ma anche la mancata retribuzione per le assenze forzate dal posto di lavoro, in alcuni casi alla stessa cessazione della propria attività lavorativa.

Gli infermieri hanno un ruolo centrale nel fornire informazioni e coordinare i bisogni di assistenza e di supporto dei pazienti e dei loro accompagnatori. Questo include il collegamento con servizi come: cure palliative, dietetica, fisioterapia, un gruppo di aiuto, una guida spirituale. Un infermiere esperto adeguatamente formato in cancro al polmone dovrebbe essere coinvolto fin dall'inizio nella cura del paziente per sostenere lui e la sua famiglia e mantenere i contatti tra i servizi ospedalieri, cure primarie e servizi di cure palliative. Il ruolo dell'infermiere dovrebbe comprendere i seguenti elementi centrali:

- Comunicazione all'interno del team assistenziale, con il paziente, con il medico di medicina generale;
- Informazioni/educazione dei pazienti e familiari (malattia, servizi..)
- Continuità assistenziale, integrazione tra servizi ospedalieri, assistenza domiciliare o altre strutture sanitarie;
- Valutazione infermieristica continua dei bisogni dei pazienti e familiari;
- Sostegno dei pazienti nelle decisioni;
- Accessibilità, facilitare il contatto con i membri del team assistenziale;
- Supporto, indirizzare il paziente e i suoi familiari ad un gruppo di sostegno locale.

(BTS. 2007)

Data la rarità della malattia risultano particolarmente rilevanti il bisogno di informazioni e

di sostegno fisico, emotivo, sociale, spirituale ed economico.

In linea generale, i familiari si aspettano di ricevere sufficienti informazioni dai professionisti sanitari per poter consentire loro di prendere le giuste decisioni sulla cura dei loro cari. Le informazioni di cui hanno bisogno sono diverse a seconda delle fasi della malattia come: durante l'iter diagnostico, alla comunicazione della diagnosi, le opzioni di trattamento, la prognosi, nell'assistenza domiciliare. Se le informazioni sono incomplete, errate o non ricevute al momento del bisogno i familiari si possono sentire sottovalutati nel loro ruolo di caregiver che può aumentare il senso di frustrazione e rabbia e in generale il senso di insoddisfazione per il sistema sanitario.

I caregivers familiari hanno bisogno e si aspettano dai professionisti sanitari di includerli nell'equipe di cura mentre allo stesso tempo mostrano comprensione e preoccupazione per il loro benessere. I familiari hanno bisogno di ricevere cure in forma di supporto allo stesso tempo con l'assistenza alla persona malata.

La definizione di "sostegno" varia da un caregiver ad un altro. Alcuni definiscono il sostegno come il riconoscimento del loro ruolo nell'esperienza assistenziale e di quanto sia difficile. Alcuni lo descrivono semplicemente come un aiuto materiale o una parola gentile che esprime il riconoscimento dello stress e il carico assistenziale incredibile che il caregiver sta provando. Il sostegno è stato anche descritto come l'occasione di parlare dell'esperienza assistenziale ed esprimere le proprie emozioni in un ambiente diverso, in un clima di serenità e fiducia. Una componente significativa per ridurre lo stress dei familiari nell'ambiente di cura, è la capacità degli operatori sanitari di sviluppare un rapporto di fiducia con loro, di sentirsi apprezzati, inclusi nel processo cura e confortati nel loro dolore.

Il sostegno sociale da parte di altri membri della famiglia e degli amici è un fattore positivo per il familiare che si occupa del malato e consente loro di continuare a fornire assistenza. Gli atti di gentilezza da parte degli amici nei momenti difficili possono dare sollievo e ridurre l'ansia.

La possibilità di accedere ad un assistente sociale, l'opportunità di parlare e di "lasciarsi andare" in un ambiente tranquillo, può mantenere il familiare in uno stato emotivamente stabile e gli può dare la forza di continuare nel ruolo di caregiver.

L'aiuto di un religioso può essere una risorsa preziosa per coloro che cercano una guida spirituale. Quando le persone hanno la possibilità di valutare ciò che è stato compiuto nella loro vita, si può raggiungere un senso di pace e l'accettazione della morte imminente di una persona cara.

Alcuni dei familiari sono stati in grado di attingere ai propri meccanismi di coping per mantenere il controllo della situazione con l'aiuto di gruppi di supporto locali costituiti da altri caregivers che offrono un sostegno reciproco, la possibilità di condividere le modalità di affrontare le difficoltà dell'assistenza e di individuare opportune strategie.

Le persone con malattia rara si trovano spesso in balia di molteplici disagi, causati da un lato da un'oggettiva difficoltà di ottenere una tempestiva diagnosi ed una adeguata terapia, dall'altro dalla frequente fatica nel reperire complete informazioni sui propri diritti. Tali circostanze contribuiscono ad esasperare il senso di solitudine, già insito nella "rarietà" della malattia. Le Associazioni assumono un ruolo fondamentale nel sopperire ad alcune mancanze, anche istituzionali, ma soprattutto nel "dar voce" ai bisogni dei pazienti e dei loro familiari, non più "singoli" ma parte integrante di un insieme. Le Associazioni, pertanto, prospettandosi come un importante punto di riferimento, potenziano e sviluppano un sistema di comunicazione e informazione attraverso un costante confronto di esperienze. (CNMR, <http://www.iss.it/cnmr/index.php?lang=1&id=2516&tipo=79>)

La Medicina Narrativa, sviluppata più recentemente, può essere uno strumento significativo per i pazienti e le loro famiglie, anche per i professionisti sanitari, per conoscere meglio l'impatto che può avere il prendersi cura delle famiglie, così come la realtà dei servizi socio-sanitari, per identificare le difficoltà dell'assistenza e per il miglioramento dei servizi. Le storie raccolte possono essere un prezioso aiuto per la formazione dei professionisti sanitari dato che illustrano l'esperienza di malattia dal punto di vista del malato. Inoltre il racconto può aiutare anche il paziente che si trova ad affrontare una malattia rara, con una prognosi infausta - attraverso la narrazione di sé diventa consapevole di sé, protagonista della propria storia.

«Raccontare la propria vita, prima di morire. Il racconto è un atto e per chi ha un'autonomia spesso ridotta, quell'atto assume tutta la sua importanza. C'è un bisogno di dare forma alla vita, e di comunicare a qualcun altro questo processo che le conferisce un senso. Una volta concluso il racconto, la persona sembra in grado di mollare la presa e di morire» (De Hennezel M.)

CAPITOLO 1. AMIANTO

1.1. Che cos'è l'amianto?

In greco la parola AMIANTO significa "immacolato" e "incorruttibile" e ASBESTO, che di fatto è equiparato ad amianto, significa "perpetuo" e "inestinguibile".

L'amianto è un minerale naturale a struttura microcristallina e di aspetto fibroso appartenente alla classe chimica dei silicati e alle serie mineralogiche del serpentino e degli anfiboli.

È presente in natura in diverse parti del globo terrestre e si ottiene facilmente dalla roccia madre dopo macinazione e arricchimento, in genere in miniere a cielo aperto.

Per la normativa italiana sotto il nome di amianto sono compresi 6 composti distinti in due grandi gruppi: anfiboli e serpentino, e precisamente:

- Gli ANFIBOLI (silicati di calcio e magnesio), i quali comprendono:
 - La Crocidolite (amianto blu) - $\text{Na}_2\text{Fe}_2+3\text{Fe}_3+2\text{Si}_8\text{O}_{22}(\text{OH})_2$ - dal greco: "fiocco di lana", varietà fibrosa del minerale riebeckite;
 - l'Amosite (amianto bruno) - $(\text{Mg}, \text{Fe})_7\text{Si}_8\text{O}_{22}(\text{OH})_2$ - Acronimo di "Asbestos Mines Of South Africa" - Nome commerciale dei minerali grunerite e cummingtonite;
 - l'Antofillite - $(\text{Mg}, \text{Fe})_7\text{Si}_8\text{O}_{22}(\text{OH})_2$ - dal greco: "garofano";
 - l'Actinolite - $\text{Ca}_2(\text{Mg}, \text{Fe})_5\text{Si}_8\text{O}_{22}(\text{OH})_2$ - dal greco: "pietra raggiata";
 - la Tremolite - $\text{Ca}_2\text{Mg}_5\text{Si}_8\text{O}_{22}(\text{OH})_2$ - dal nome della Val Tremola in Svizzera.
- Il SERPENTINO (silicati di magnesio), il quale comprende:
 - Il Crisotilo (amianto bianco) - $\text{Mg}_3\text{Si}_2\text{O}_5(\text{OH})_4$ - dal greco: "fibra d'oro".



Figura 1.1 Le varietà di amianto: Crocidolite, Amosite, Antofillite, Actinolite, Tremolite, Crisotilo
(<http://www.assoamianto.it/amianto.htm>)

I più grandi produttori mondiali sono stati: Canada (Crocidolite), Africa del Sud (Crocidolite, Crisotilo ed Amosite), Russia (Crisotilo), Stati Uniti (Crisotilo), Finlandia (Antofillite) e l'Italia principalmente con la cava di Balangero (Crisotilo) in provincia di Torino. La Tremolite e l'Actinolite commercialmente erano meno importanti. (ASSOAMIANTO, <http://www.assoamianto.it/amianto.htm>)

Le fibre di amianto sono molto addensate ed estremamente sottili, in un centimetro lineare è possibile disporre affiancate ben 335.000 fibre di amianto a differenza di 250 capelli, oppure 500 fibre di lana, oppure 1.300 fibre di nylon.

Le principali caratteristiche:

- La struttura fibrosa conferisce all'amianto sia una notevole resistenza meccanica sia un'alta flessibilità;

- resiste al fuoco e al calore, all'azione di agenti chimici e biologici, all'abrasione e all'usura (termica e meccanica);

- è facilmente filabile e può essere tessuto;

- è dotato inoltre di proprietà fonoassorbenti oltreché termoisolanti.

- si lega facilmente con materiali da costruzione (calce, gesso, cemento) e con alcuni polimeri (gomma, PVC).

Le caratteristiche proprie del materiale e il costo contenuto ne hanno favorito un ampio utilizzo industriale. Generalmente è stato utilizzato insieme con altri materiali in diverse percentuali, al fine di sfruttare al meglio le sue caratteristiche.

La consistenza fibrosa dell'amianto conferisce al materiale anche, purtroppo, delle proprietà di rischio essendo essa stessa causa di gravi patologie a carico prevalentemente dell'apparato respiratorio. La pericolosità consiste, infatti, nella capacità dei materiali in amianto di rilasciare fibre potenzialmente inalabili (e inoltre nella estrema suddivisione cui tali fibre possono giungere) per effetto di qualsiasi tipo di sollecitazione meccanica, eolica, da stress termico, dilavamento di acqua piovana.

Per questa ragione l'amianto in matrice friabile, il quale può essere ridotto in polvere con la semplice azione manuale, è considerato più pericoloso dell'amianto in matrice compatta (cemento-amianto, vinyl-amianto) che per sua natura ha una scarsa o scarsissima tendenza a liberare fibre.

(ASSOAMIANTO, <http://www.assoamianto.it/amianto.htm>)

1.2. Produzione, impieghi e diffusione nell' ambiente

Il crisotilo è la più diffusa varietà di Amianto, è un silicato di Magnesio che si ritrova in natura sotto forma di aggregati di colore bianco, giallastro e verdognolo. Il 95% dell'asbesto estratto, fino ad oggi, è del tipo crisotilo e l'Italia è stato il più importante produttore di asbesto tra i Paesi della Comunità Europea.

Negli anni '70, i maggiori utilizzatori di amianto erano: Ex-Germania Ovest, Francia,

Gran Bretagna, Italia, Belgio-Lussemburgo, Olanda, Danimarca e Irlanda. Ad oggi lo scenario dei paesi che utilizzano amianto è molto cambiato grazie alla legislazione che ne ha proibito l'utilizzo nei paesi occidentali.

Recentemente i maggiori destinatari di amianto e dei manufatti che lo contengono, sono stati i paesi in via di sviluppo e quelli del terzo mondo, nell'ordine: Asia, Africa e Sud America.

(Legambiente, 2011)

Utilizzi nell'industria

- Come materia prima per produrre molti manufatti e oggetti;
- come isolante termico negli impianti che utilizzavano alte temperature (es. centrali termiche e termoelettriche, industria chimica, siderurgica, vetraria, ceramica e laterizi, alimentare, distillerie, zuccherifici, fonderie);
- come isolante termico negli impianti a bassa temperatura (es. impianti frigoriferi, impianti di condizionamento);
- come isolante termico e barriera antifiamma nelle condotte per impianti elettrici;
- come materiale fonoassorbente.

Utilizzi nell'edilizia

- Nelle centrali termiche o nei garage degli edifici (anche di civili abitazioni) come materiale spruzzato su travi metalliche o in cemento armato, sui soffitti, come componente delle coppelle che ricoprono le tubazioni che trasportano fluidi caldi dalle caldaie (es: acqua di riscaldamento);
- nelle coperture di edifici industriali o civili sotto forma di lastre ondulate o piane in cemento-amianto (eternit);
- nelle pareti divisorie o nei pannelli in cemento-amianto dei soffitti di edifici prefabbricati (es: scuole e ospedali);
- nelle canne fumarie in cemento-amianto;
- nei serbatoi e nelle condotte in cemento-amianto per l'acqua;
- nei pavimenti in vinil-amianto;
- in ambiente domestico in alcuni elettrodomestici di vecchia produzione tipo asciugacapelli, forni, stufe, ferri da stiro, nelle prese e guanti da forno e nei teli da stiro, nei cartoni posti a protezione di stufe, caldaie, termosifoni, tubi di evacuazione fumi.

Dove è possibile trovare materiali con amianto all'interno delle abitazioni:

- Coperture in cemento-amianto;
- canne fumarie in cemento-amianto;
- cassoni per acqua in cemento amianto;
- pannelli isolanti;
- coibentazioni di tubature;
- pavimenti vinilici.



Fig. 1.2 Dov'è possibile trovare materiali contenente amianto nelle abitazioni (www.associazioneitalianaespostiamianto.org)

L'uso più massiccio dell'amianto è avvenuto in edilizia, soprattutto nel periodo 1965-1983 come cemento-amianto (eternit). Dal 1992 non vengono più prodotti e commercializzati materiali con amianto.

Utilizzi nei trasporti

- Per rivestire con materiale isolante treni, navi e autobus;
- nei freni e nelle frizioni;
- negli schermi parafiamma;
- nelle guarnizioni;
- nelle vernici e mastici "antirombo".

Usi rari e insoliti dell'amianto

In passato l'amianto è stato impiegato in:

- Adesivi e collanti;

- tessuti ignifughi per arredamento come tendaggi e tappezzerie;
- tessuti per imballaggio;
- tessuti per abbigliamento ignifughi e non come feltri per cappelli, cachemire sintetico, coperte, grembiuli, giacche, pantaloni, ghette, stivali;
- carta e cartone (filtri per purificare bevande, filtri di sigarette e da pipa, assorbenti igienici interni, supporti per deodoranti da ambiente, suolette interne da scarpe);
- nei teatri (sipari, scenari che simulano la neve, per protezione in scene con fuoco, per riprodurre la polvere sulle ragnatele, su vecchi barili);
- sabbia artificiale per giochi dei bambini;
- trattamento del riso per il mercato giapponese;
- pastelli in cera e pasta modellabile.

<http://www.arpat.toscana.it/temi-ambientali/amianto/utilizzazione/amianto-dove-e-stato-utilizzato>)

In Italia, circa il 75% dell'amianto è stato usato per il fibrocemento. L'altro 25% è stato utilizzato quasi interamente per materiale di frizione, nel settore tessile, per guarnizioni, carte e cartoni, e per coibentazione in generale.

Data la molteplicità dei suoi usi, alcuni dei quali molto diffusi, questo materiale si può ritenere ubiquitariamente presente in piccole concentrazioni nell'ambiente nel senso più lato, soprattutto nei paesi industrializzati. Indagini su materiale autoptico, condotte alcuni anni fa in alcuni settori di grandi metropoli, hanno evidenziato la presenza di amianto nei polmoni di un'altissima percentuale di individui sottoposti ad autopsia, rappresentativi della popolazione generale, senza cioè alcuna preselezione. (Consonni D. et al.,1999, Foà V. et al.,1999)

1.3. Manutenzione e bonifica

La presenza di manufatti in cemento-amianto (meglio conosciuto come "eternit", dal nome del principale prodotto commerciale) genera apprensione e preoccupazione in considerazione dei rischi per la salute che possono derivare dall'esposizione a fibre di amianto in essi contenute. Occorre tenere presente che il rischio dipende dalla probabilità di rilascio di fibre di amianto in aria e/o nel suolo, probabilità che risulta legata allo stato di conservazione del manufatto stesso, in particolare alla sua compattezza.

Una volta stabilito che si è in presenza di amianto scattano per i proprietari una serie di obblighi tra cui quello della verifica dello stato di conservazione, da cui può scaturire la

necessità di:

- Intervenire con un'operazione di bonifica/isolamento;
- rimuovere e smaltire il manufatto.

È inoltre possibile effettuare:

- Segnalazioni e richieste di intervento per manufatti in cemento amianto di proprietà di terzi in condizioni di conservazione sospette.

(<http://www.arpat.toscana.it/temi-ambientali/amianto/cosa-fare-in-presenza-di-amianto>, ARPAT)

La bonifica va effettuata da ditte autorizzate e specializzate per garantire che le procedure siano eseguite secondo quanto stabilito dalla norma: in sicurezza per le persone e l'ambiente.

Le bonifiche possono essere effettuate mediante:

Incapsulamento superficiale con vernici speciali - Si realizza trattando l'amianto con prodotti penetranti o ricoprenti che tendono ad inglobare le fibre di amianto, costituendo una pellicola di protezione sulla superficie esposta. Chi la effettua deve rilasciare un attestato di corretta esecuzione. Questo trattamento è efficace per un periodo di tempo limitato e per materiali non troppo degradati o sovraccoperture.

Confinamento - Si realizza separando il materiale contenente amianto con una intercapedine di altro materiale.

Rimozione - Se il materiale si presenta troppo degradato è il procedimento di bonifica più diffuso perché elimina ogni potenziale fonte di esposizione. Ha i costi più elevati nell'immediato e deve essere condotto correttamente per non aumentare la concentrazione di fibre aerodisperse.

(ARPAT, <http://www.arpat.toscana.it/temi-ambientali/amianto/bonifica/amianto-bonifica>)

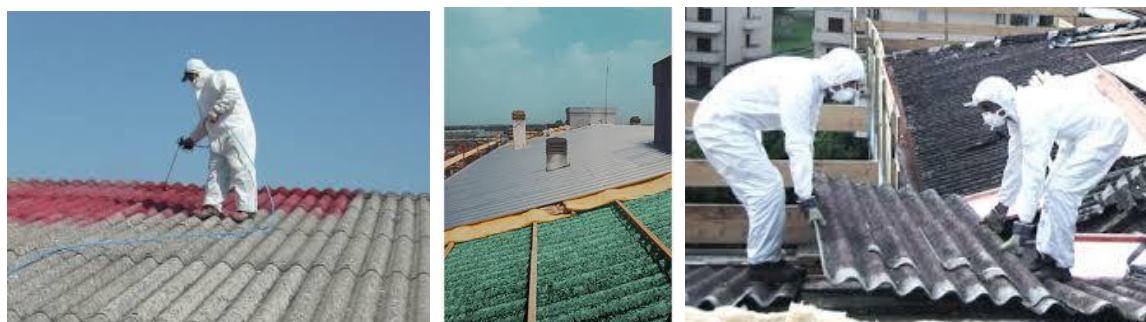


Fig. 1.3 Metodi di bonifica: a- incapsulamento superficiale; b-confinamento; c-rimozione

(<http://www.arpat.toscana.it/temi-ambientali/amianto/bonifica/amianto-bonifica>)

1.4. Situazione europea

L'Organizzazione Mondiale della Sanità (OMS), insieme all'Organizzazione Internazionale del Lavoro (ILO) ed al Programma Ambientale delle Nazioni Unite, ha invitato i Paesi di tutto il mondo a tendere al raggiungimento dell'eliminazione delle patologie legate all'amianto; sebbene numerosi Paesi ne abbiano abolito l'utilizzo, molti altri continuano a farne uso in molti settori produttivi.

Con la Dichiarazione di Parma su Ambiente e Salute (2010), i Paesi membri dell'Ufficio Regionale per l'Europa hanno convenuto sulla necessità di eliminare le malattie asbestocorrelate: ogni Paese è stato esortato a formulare un programma nazionale per il raggiungimento di questo obiettivo.

Per analizzare in ogni Paese l'uso di amianto in relazione alle patologie correlate, sono stati calcolati l'utilizzo pro-capite (kg/abitante/anno) ed i tassi di mortalità aggiustati per età (morti/milione di persone/anno). Si sono considerati inoltre i gruppi in cui i Paesi sono stati suddivisi, in base alla tempistica di divieto di utilizzo dell'amianto: 17 Paesi hanno adottato il divieto prima del 2000, 17 Paesi lo hanno adottato tra il 2001 ed il 2013 e 19 Paesi non hanno ancora applicato il divieto.

Nel periodo 1920 al 1970, Paesi come il Belgio, la Danimarca, Cipro e Lussemburgo hanno registrato livelli molto elevati di utilizzo dell'amianto. Dal 1971 al 2000 il numero di Paesi con livelli elevati di utilizzo risulta essere aumentato considerevolmente. Tra il 2001 e il 2012, la maggior parte dei Paesi in Europa ha ridotto l'uso, compresi quelli che in precedenza registravano livelli molto alti di amianto. Restano comunque molto alti i valori in vari Paesi, tra i quali Kazakistan, Russia, Bielorussia, Ucraina.

Durante i tre intervalli temporali 1920-1970, 1971-2000 e 2001-2012, l'Europa ha utilizzato rispettivamente 31,2, 66,5 e 7,8 milioni di tonnellate di amianto, pari al 48%, 58% e 31% dell'utilizzo globale.

L'Europa ha registrato 71.686 morti per mesotelioma (in media 6786 decessi all'anno) e 5732 decessi per asbestosi (una media di 542 morti ogni anno). Combinando questi dati con quelli provenienti da altre fonti, in Europa si è registrato il 60% della mortalità globale per malattie amianto-correlate. Il nostro continente può quindi essere definito come il centro mondiale storico di utilizzo dell'amianto e l'attuale centro globale di

patologie correlate, come conseguenza del pesante uso fatto nei decenni precedenti.
(Takashi K., 2014)

1.5. Normativa di riferimento

Normativa comunitaria

- Direttiva 2009/148/CE del Parlamento europeo e del Consiglio, del 30 novembre 2009

Protezione dei lavoratori contro i rischi connessi con un'esposizione all'amianto durante il lavoro.

Normativa nazionale

- Legge 27 marzo 1992, n. 257

Norme relative alla cessazione dell'impiego dell'amianto

- Decreto del Presidente della Repubblica 8 agosto 1994

Atto di indirizzo e coordinamento alle regioni ed alle province autonome di Trento e di Bolzano per l'adozione di piani di protezione, di decontaminazione, di smaltimento e di bonifica dell'ambiente, ai fini della difesa dai pericoli derivanti dall'amianto.

- Decreto del Ministero della Sanità 6 settembre 1994

Normative e metodologie tecniche di applicazione dell'art. 6, comma 3, e dell'art. 12, comma 2, della legge 27 marzo 1992, n. 257, relativa alla cessazione dell'impiego dell'amianto.

- Decreto legislativo 17 marzo 1995, n. 114

Attuazione della direttiva 87/217/CEE in materia di prevenzione e riduzione dell'inquinamento dell'ambiente causato dall'amianto.

- Decreto del Ministero della Sanità 26 ottobre 1995

Normative e metodologie tecniche per la valutazione del rischio, il controllo, la manutenzione e la bonifica dei materiali contenenti amianto presenti nei mezzi rotabili.

- Decreto del Ministero della Sanità 14 maggio 1996

Normative e metodologie tecniche per gli interventi di bonifica, ivi compresi quelli per rendere innocuo l'amianto, previsti dall'art. 5, comma 1, lettera f), della legge 27 marzo 1992, n. 257, recante: "Norme relative alla cessazione dell'impiego dell'amianto"

- Decreto del Ministero dell'Industria 12 febbraio 1997

Criteri per l'omologazione dei prodotti sostitutivi dell'amianto.

-Decreto del Ministero della Sanità 20 agosto 1999

Ampliamento delle normative e delle metodologie tecniche per gli interventi di bonifica,

ivi compresi quelli per rendere innocuo l'amianto, previsti dall'art. 5, comma 1, lettera f), della legge 27 marzo 1992, n. 257, recante norme relative alla cessazione dell'impiego dell'amianto.

- Decreto Legislativo n. 36 del 13/01/2003

Attuazione della Direttiva 1999/31/CE relativa alle discariche di rifiuti.

- Decreto del Ministero dell'Ambiente 18 marzo 2003, n. 101

Regolamento per la realizzazione di una mappatura delle zone del territorio nazionale interessate dalla presenza di amianto, ai sensi dell'articolo 20 della legge 23 marzo 2001, n. 93.

- Decreto del Ministero dell'Ambiente 5 febbraio 2004

Modalità ed importi delle garanzie finanziarie che devono essere prestate a favore dello Stato dalle imprese che effettuano le attività di bonifica dei beni contenenti amianto.

- Deliberazione del Ministero dell'ambiente 30 marzo 2004

Criteri e requisiti per l'iscrizione all'Albo nella categoria 10 - Bonifica dei beni contenenti amianto. (Deliberazione n. 01/CN/Albo)

- Decreto del Ministero dell'Ambiente 29 luglio 2004, n. 248

Regolamento relativo alla determinazione e disciplina delle attività di recupero dei prodotti e beni di amianto e contenenti amianto.

- Decreto del Ministero della Salute 14 dicembre 2004

Divieto di installazione di materiali contenenti amianto intenzionalmente aggiunto.

- Decreto Legislativo n. 152 del 3/04/2006

Norme in materia ambientale.

- Deliberazione del Ministero dell'Ambiente 10 luglio 2006

Disponibilità attrezzature minime per l'iscrizione nella categoria 9 - bonifica dei siti, e nella categoria 10 - bonifica dei beni contenenti amianto.

- Decreto Legislativo n. 81 del 9/04/2008

Attuazione dell'articolo 1 della Legge n. 123 del 3/08/2007 in materia di tutela della salute e della sicurezza nei luoghi di lavoro.

- Decreto del Ministero dell'Ambiente 27 settembre 2010

Definizione dei criteri di ammissibilità dei rifiuti in discarica, in sostituzione di quelli contenuti nel decreto del Ministro dell'ambiente e della tutela del territorio 3 agosto 2005.

Normativa regionale - Toscana

- Delibera Consiglio Regionale della Toscana n. 102 del 8/04/1997

Piano di protezione dell'ambiente, di decontaminazione, di smaltimento e di bonifica ai

fini della difesa dei pericoli derivanti dall'amianto.

- Circolare Regione Toscana 18 ottobre 2006

Indicazioni per l'iscrizione delle ditte che trattano amianto all'albo imprese di smaltimento rifiuti.

- Legge regionale Toscana 19 settembre 2013, n. 51

Norme per la protezione e bonifica dell'ambiente dai pericoli derivanti dall'amianto e promozione del risparmio energetico, della bioedilizia e delle energie alternative.

(http://www.arpat.toscana.it/documentazione#c0c0=30&b_start=0&c1=NormativaRegionale&c1=NormativaNazionale&c1=NormativaComunitaria&c6=amianto ARPAT)

1.6. Storia di conoscenze mediche sulle malattie causate dall'amianto

- Nel 1906 H. Montague Murray, medico del Charing Cross Hospital di Londra, affermò che già nel 1899 aveva notato in un uomo che aveva lavorato in una fabbrica di asbesto come cardatore una grave insufficienza respiratoria e all'autopsia presentava profonde alterazioni 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 lavoro. (Murray: Report of the department committee on compensation for industrial disease. Londra 1907, p. 58). Murray prevede che in futuro casi come quello del lavoratore di cui si parlava si sarebbero presentati con un'alta frequenza.

- Nel 1918 negli Stati Uniti, Hoffmann, della Prudential Insurance Company, era tanto convinto della pericolosità dell'amianto da proporre di non stipulare più contratti di assicurazione sulla vita con lavoratori dell'amianto.

- Sempre nel 1918 furono descritte per la prima volta alterazioni radiologiche del torace in lavoratori dell'amianto.

- Cooke segnalò nel 1924 il decesso di una donna per fibrosi polmonare dopo circa vent'anni di lavoro a contatto dell'amianto in una tessitura.

- Nel 1935 negli USA il mesotelioma della pleura è stato riscontrato in lavoratori esposti ad amianto.

- Nel 1935 una indagine condotta da Lanza e collaboratori all'interno di fabbriche che impiegavano amianto, constatò che due terzi delle 126 radiografie del torace eseguiti risultavano patologiche.

- Già negli anni '40 in Italia era nota l'alta dannosità dell'uso dell'amianto anche a livelli di piccola industria, a prescindere dalla tipologia di produzione e di trasformazione

dell'amianto.

- Non solo tali conoscenze scientifiche già nel 1940 furono oggetto di studio da parte del prof. Vigliani, ma furono soprattutto diffuse attraverso pubblicazioni dell'Ente Nazionale di Propaganda per la Prevenzione degli Infortuni.

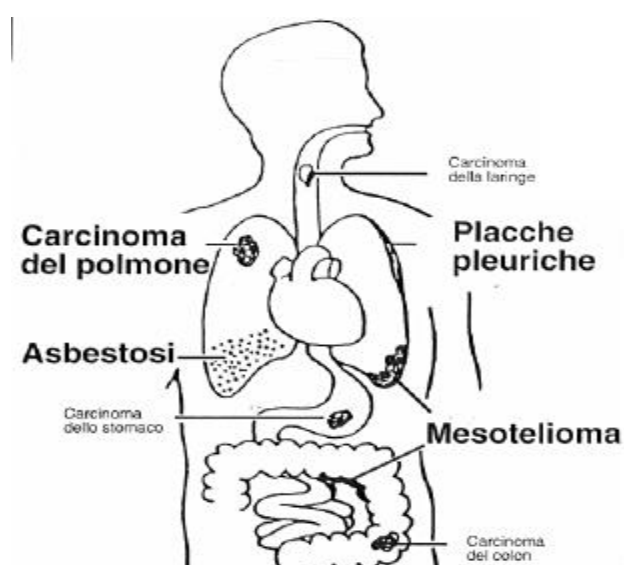
- Casi di mesotelioma, tumore molto raro in assenza di amianto, cominciarono ad essere descritti negli anni '40 - '50.

- Negli anni '50 si raggiunse non soltanto la certezza scientifica e statistica del collegamento tra l'attività lavorativa in presenza di amianto e l'asbestosi (o comunque danni ai polmoni), ma vi fu l'ampia diffusione di pubblicazioni che si preoccuparono di studiare, analizzare ed esporre i casi di asbestosi e di malattie da polvere di amianto (v. Molfino e Zannini: Malattie da polveri dei lavoratori dei porti, Folia medica 1956; Vecchione: Indagine igienico sanitaria in un moderno stabilimento per la lavorazione dei manufatti in fibrocemento e affini, Folia medica 1960).

- Nel 1960 Wagner e collaboratori riportarono 47 casi di mesotelioma osservati nel corso dei cinque anni precedenti in una parte del Sud Africa dove esistevano piccole aziende che trattavano amianto. Molti dei deceduti avevano avuto una esposizione ad amianto di tipo professionale (tra questi un ferroviere) molti anni prima; alcuni avevano giocato da bambini su cumuli di amianto depositati nei pressi delle aziende, uno era vissuto nelle immediate vicinanze di una fabbrica che utilizzava l'asbesto.

(CeDAMAC "Marco Vettori" 2013)

1.7. Le patologie causate dall'esposizione all'amianto



La patogenicità delle fibre di asbesto per l'uomo è anzitutto dipendente dalle dimensioni, che devono essere tali da permetterne non solo l'inalazione, ma anche la penetrazione all'interno degli alveoli polmonari: le fibre di amianto con queste caratteristiche di patogenicità devono essere di lunghezza superiore a 5 μm , di diametro inferiore a 3 μm ed avere un rapporto lunghezza/diametro maggiore di 3. (Cattaneo A. et al., 2006)

Gli effetti biologici nell'uomo associati con sicurezza all'esposizione ad amianto sono a carico del polmone, a livello del quale possono insorgere asbestosi e cancro polmonare, nonché della pleura e peritoneo, potenziali sedi di placche pleuriche, fibrosi pleurica e mesotelioma maligno.

Asbestosi

L'asbestosi è una fibrosi polmonare interstiziale diffusa (DIPF), che inizia come alveolite, provocata dall'inalazione di fibre lunghe, a cui seguono alterazioni del grosso interstizio (setti interlobulari, guaine peribronchiali e perivascolari) derivanti dalla inalazione di fibre più corte.

È ormai accertato che l'asbestosi sia conseguenza di una esposizione professionale a concentrazioni di una certa importanza, prolungata per un sufficiente periodo di tempo.

Ne consegue che l'asbestosi polmonare è una patologia dose-dipendente: al di sotto di una determinata concentrazione di fibre aerodisperse, e quindi di una dose assorbita cumulativa, non si può pertanto verificare l'insorgenza di questa fibrosi polmonare che risulta quindi circoscritta alla sfera delle patologie professionali, considerati i livelli necessari per la sua estrinsecazione. (Cattaneo A. et al., 2006)

Tumore del polmone

Altra patologia dose-dipendente è il tumore del polmone, la cui insorgenza è tipicamente riscontrabile in soggetti esposti a fibre di asbesto per motivi professionali.

Ancora aperta è la discussione se l'insorgenza sia necessariamente conseguente ad una preesistente asbestosi polmonare, anche se solo istologica, oppure possa svilupparsi a prescindere da tale patologia.

Elementi utili all'attribuzione dei carcinomi polmonari all'esposizione ad asbesto sono l'elevata esposizione cumulativa, stimata dall'analisi della storia occupazionale e dalle concentrazioni atmosferiche di asbesto determinate sulla base di rilevazioni ambientali,

nonché il riscontro nei tessuti polmonari del soggetto portatore di tumore di un elevato quantitativo di fibre o di corpuscoli dell'asbesto (corpi ferruginosi prodotti dalla risposta difensiva dell'alveolo polmonare), a testimonianza di una pregressa importante esposizione .

È ormai universalmente riconosciuto che il carcinoma polmonare possa avere un'eziologia piuttosto composita, legata principalmente al tabagismo ma anche ad altri xenobiotici. L'associazione sinergica tra asbesto e fumo di sigaretta è stata dimostrata inizialmente da Selikoff e collaboratori e confermata da successive ricerche. La sinergia di azione tra asbesto e fumo di sigaretta complica i tentativi di attribuzione del carcinoma polmonare. Questa patologia è stata comunque riscontrata in coorti di lavoratori addetti professionalmente alla manipolazione di fibre di amianto, a prescindere dal tabagismo. (Cattaneo A. et al., 2006)

Placche pleuriche

Gli elementi per l'attribuzione di placche pleuriche all'esposizione ad asbesto sono ben codificati. Queste devono essere:

- Circoscritte;
- bilaterali;
- localizzate sulla pleura parietale;
- calcificate (o meno).

Esse, fintanto che hanno le caratteristiche sopra riportate, non compromettono la funzionalità respiratoria e non degenerano in mesotelioma, tumore maligno della pleura: devono pertanto essere considerate manifestazioni benigne e segno di una pregressa esposizione ad amianto. Il rischio di sviluppare placche pleuriche dipende maggiormente dal tempo intercorso dalla prima esposizione (latenza) che dalla dose o concentrazione di fibre a cui si è esposti, con un apparente lasso di tempo minimo di 13 anni. Infine, benché la prevalenza di placche pleuriche vari nelle differenti coorti di lavoratori addetti a diversi settori produttivi (miniera, tessile, produzione di cemento-amianto, coibentazione), questa manifestazione benigna nella stragrande maggioranza dei casi risulta anch'essa riscontrabile in popolazioni con pregresse esposizioni professionali ad asbesto. (Cattaneo A. et al., 2006)

Mesotelioma maligno

Diverso è invece il caso del mesotelioma maligno della pleura, patologia dalla prognosi infausta che può insorgere anche per esposizioni di breve, a volte brevissima durata e/o di lieve entità: paradigmatico è il mesotelioma che insorge nella moglie del lavoratore che

portava a casa le tute sporche di fibre perché venissero lavate e del barbiere che ha svolto la sua attività in comuni limitrofi ad industrie addette alla produzione di manufatti contenenti amianto.

L'insorgenza del mesotelioma è maggiormente dipendente dal tempo dalla prima esposizione, con una latenza minima intorno ai 20 anni, che dalla dose (il livello di esposizione), la quale può essere del tutto ininfluenza su base individuale. Questa caratteristica era già emersa chiaramente dai primi studi degli anni '60 ed è stata poi confermata in centinaia di segnalazioni.

Considerando che il 70% dell'asbesto venduto in Italia è stato utilizzato in edilizia (basti pensare alle lastre di cemento- amianto) è facile pensare che le fibre di amianto si possano trovare facilmente sospese nell'aria delle aree urbane, anche se solo a livelli di poche fibre per litro.

Questi dati possono spiegare i più di mille casi di mesotelioma pleurico o peritoneale che si riscontrano ogni anno in Italia e il fatto che almeno il 20% di questi casi non hanno indicazioni di una documentata esposizione professionale a fibre di asbesto.

Tenendo conto quindi della lunga latenza tra esposizione a fibre di amianto e sviluppo del mesotelioma, indipendentemente dalla concentrazione, ci dobbiamo aspettare una certa incidenza di questa patologia nel prossimo futuro, malgrado la messa al bando dell'uso dell'amianto introdotta nel nostro paese dal 1992. (Cattaneo A. et al., 2006)

Tumori del tratto gastro-intestinale, della laringe e di altre sedi

Numerosi studi hanno dimostrato che la mortalità per tumori in genere è più alta nei lavoratori esposti a polveri libere di asbesto rispetto alla popolazione generale, ed in particolare sembrano più frequenti i tumori del tratto gastrointestinale e della laringe. L'aumento della frequenza per queste malattie è comunque molto inferiore rispetto a quello descritto per i tumori polmonari ed è a tutt'oggi oggetto di studi per una migliore comprensione dei meccanismi che lo determinano.

Anche per questi tumori i disturbi sono rappresentati da compromissione dello stato generale di salute, da disturbi della funzione stessa degli organi colpiti e da segni di compressione degli organi adiacenti. Altri disturbi possono dipendere da localizzazioni metastatiche.

Il decorso è progressivo: molte forme iniziali possono essere aggredite chirurgicamente ed eventualmente si possono praticare terapie radianti o farmacologiche. (Karjalainen A. et al., 1993)

CAPITOLO 2. MESOTELIOMA MALIGNO

2.1. Che cos'è il mesotelioma maligno?

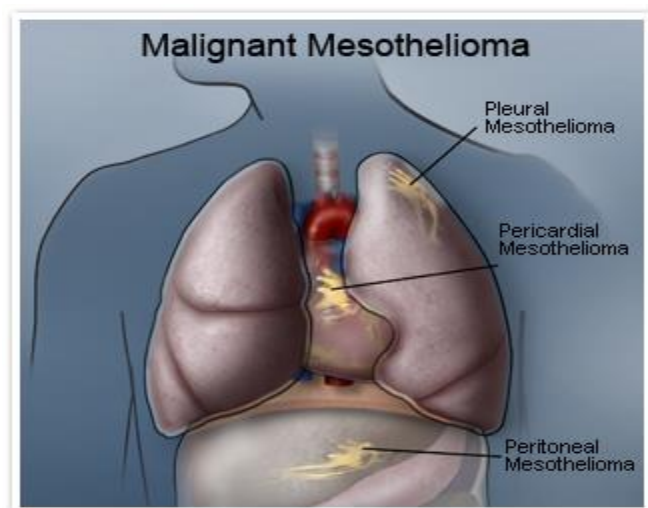


Fig. 2.1. Tipi di mesotelioma (<http://healthaio.it/mesotelioma-pleurico-maligno/>)

Il mesotelioma è un tumore che nasce dalle cellule del mesotelio (cellule mesoteliali), tessuto che riveste, come una sottile pellicola, la parete interna del torace e addome e lo spazio intorno al cuore.

Questa membrana riveste anche la maggior parte degli organi interni e li protegge grazie alla produzione di un particolare liquido lubrificante che ne facilita i movimenti. Il mesotelio assume diversi nomi a seconda dell'area che riveste: si chiama pleura nel torace, peritoneo nell'addome e pericardio nello spazio attorno al cuore.

Dal mesotelio possono avere origine anche tumori benigni (tumori adenomatoidi, mesotelioma cistico benigno eccetera) che in genere vengono rimossi chirurgicamente e non richiedono ulteriori trattamenti. (<http://www.airc.it/tumori/mesotelioma.asp>)

Tipologie

A seconda del *distretto corporeo nei quali hanno origine*, i mesoteliomi si suddividono in:

- *Mesotelioma pleurico*: nasce nella cavità toracica e rappresenta la tipologia più diffusa (circa 3 casi su 4);
- *Mesotelioma peritoneale*: nasce nell'addome e rappresenta la quasi totalità dei

mesoteliomi rimasti escludendo quelli pleurici;

- Mesotelioma pericardico*: nasce nella cavità attorno al cuore ed è estremamente raro;
- Mesotelioma della tunica vaginale*: nasce dalla membrana che riveste i testicoli ed è molto raro.

Se invece si prende in considerazione *il tipo di cellula maligna presente nel tumore*, si distinguono tre tipi di mesotelioma:

- Epitelioide*: il più comune (60-70% dei casi) e quello che tende ad avere una migliore prognosi;
- Sarcomatoide* (o fibroso): rappresenta dal 10 al 20% dei mesoteliomi;
- Misto* (o bifasico): con aree epitelioidee e aree sarcomatoidi, rappresenta dal 30 al 40% dei mesoteliomi.

(<http://www.airc.it/tumori/mesotelioma.asp>)

Chi è a rischio?

Il principale fattore di rischio nel mesotelioma è l'esposizione all'amianto: la maggior parte di questi tumori riguarda infatti persone che sono entrate in contatto con tale sostanza sul posto di lavoro.

È importante ricordare che possono passare anche più di 20 anni tra la prima esposizione all'amianto e l'insorgenza del mesotelioma e che il rischio non diminuisce una volta eliminata completamente l'esposizione, ma rimane costante per tutta la vita.

Non esiste una soglia oltre la quale si può essere certi della pericolosità dell'amianto: in teoria anche una sola fibra può provocare il cancro, ma i rischi aumentano con l'aumentare dell'esposizione sia in termini di tempo sia di quantità e sono quindi molto elevati nelle persone che hanno lavorato in fabbriche per la produzione o la lavorazione di oggetti contenenti amianto. Anche i familiari di questi lavoratori sono a rischio, dal momento che le fibre di amianto si possono attaccare ai vestiti e arrivare dal posto di lavoro fino a casa.

Altri fattori di rischio meno comuni per il mesotelioma sono l'esposizione alle zeoliti (minerali con caratteristiche chimiche simili a quelle dell'amianto), le radiazioni a torace e addome o le iniezioni di diossido di torio (utilizzato in medicina fino al 1950) e, secondo alcuni studi, anche l'infezione da virus SV40.

(<http://www.airc.it/tumori/mesotelioma.asp>)

2.2. Epidemiologia

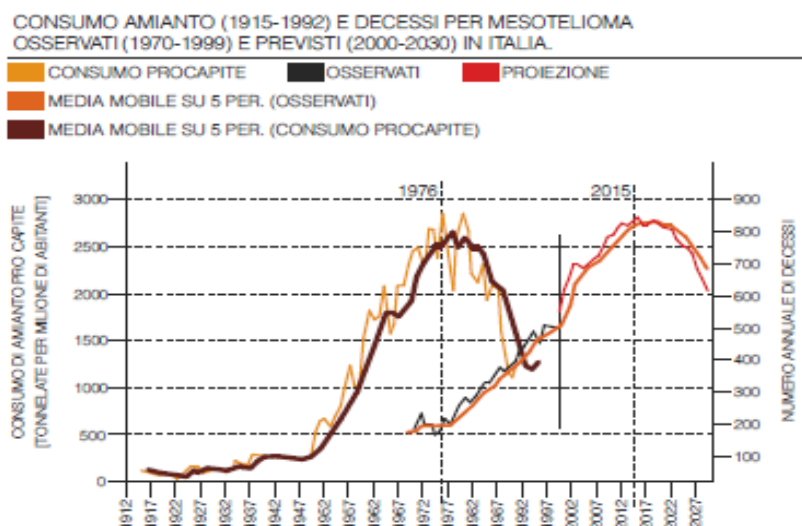


Fig. 2.2. Consumo amianto (1915-1999) e decessi per mesotelioma osservati (1970-1999) e previsti (2000-2030) in Italia (RENAM – quinto rapporto 2015)

Dati ReNaM – V rapporto 2015

Ad oltre 20 anni dalla messa al bando di ogni forma di estrazione, lavorazione, importazione e commercio di amianto, l'Italia è uno dei Paesi più colpiti al mondo dall'epidemia di patologie asbesto-correlate e sta attraversando il periodo di massima incidenza dei casi di mesotelioma, in conseguenza dell'intenso uso del materiale dal secondo dopoguerra fino al 1992 e della lunga latenza della malattia. Lo sottolinea il V Rapporto del Registro nazionale dei mesoteliomi (ReNaM), il sistema di sorveglianza epidemiologica istituito presso l'Inail, che riporta le informazioni relative a oltre 21mila casi di mesotelioma maligno con una diagnosi compresa tra il 1993 e il 2012, rilevati dalla rete dei suoi Centri operativi regionali (Cor).

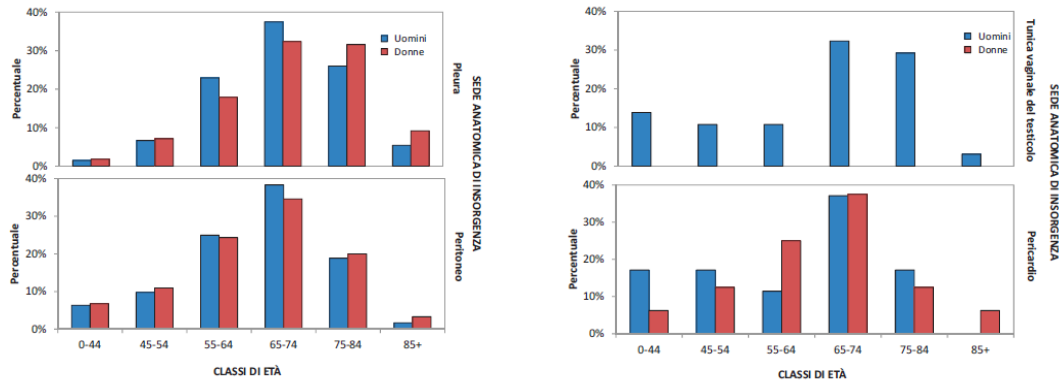


Fig. 2.3. Casi di mesotelioma segnalati al ReNaM per genere, classe di età e sede anatomica di insorgenza (Italia, 1993-2012), N=21.463, sede anatomica: pleura, peritoneo, tunica vaginale del testicolo, pericardio) (RENAM – quinto rapporto 2015)

Il 93% dei casi registrati risulta a carico della pleura. Sono presenti inoltre 1.392 casi peritoneali (6,5%), mentre 51 e 65 casi rispettivamente riguardano il pericardio e la tunica vaginale del testicolo. L'età media alla diagnosi è di 69,2 anni senza differenze apprezzabili per genere (70,2 anni nelle donne e 68,8 negli uomini). Fino a 45 anni la malattia è rarissima (solo il 2% del totale dei casi registrati), la percentuale di casi con una età alla diagnosi inferiore a 55 anni è pari invece al 9% del totale, mentre il 36,1% dei soggetti ammalati ha un'età compresa tra 65 e 74 anni.

Il rapporto tra i casi che riguardano gli uomini per ogni caso di genere femminile è pari a 2,5. Il 71,6% dei 21.463 casi archiviati è infatti di sesso maschile. La percentuale delle donne passa dal 27,5% per i mesoteliomi pleurici a 31,4% e 41,3% rispettivamente per i casi del pericardio e del peritoneo. Il tasso standardizzato di incidenza (casi per 100mila residenti), calcolato sull'insieme delle regioni per le quali la rilevazione dei dati è completa, nel 2011 risulta pari a 3,64 negli uomini e 1,32 nelle donne per mesotelioma maligno della pleura (certo, probabile e possibile). Per la sede peritoneale il tasso passa a 0,17 e 0,13 rispettivamente negli uomini e nelle donne, per il pericardio a 0,003 nelle donne, e per la tunica vaginale del testicolo a 0,01. Prendendo in considerazione solo i casi di mesotelioma maligno certo, escludendo quindi quelli possibili e probabili, le stime diminuiscono di circa il 20%.

Le modalità di esposizione all'amianto sono state approfondite per 16.511 casi, pari al 76,9% del totale. Fra questi il 69,5% presenta un'esposizione professionale (certa, probabile, possibile), il 4,8% familiare, il 4,2% ambientale, l'1,6% per un'attività extralavorativa di svago o hobby, mentre resta improbabile o ignota nel 20% dei casi. Prendendo in considerazione l'intero periodo di osservazione (1993-2012) e i soli soggetti colpiti dalla malattia per motivo professionale, i settori di attività maggiormente coinvolti

sono l'edilizia (15,2% del totale), l'industria pesante, e in particolare la metalmeccanica (8,3%), la metallurgia (3,9%) e le attività di fabbricazione di prodotti in metallo (5,7%), i cantieri navali (6,7%) e l'industria del cemento-amianto (3,1%). Il quadro, comunque, è molto variegato e frazionato, con la presenza di numerosi ambiti produttivi nei quali l'esposizione è avvenuta per la presenza dell'amianto nel luogo di lavoro e non per uso diretto.

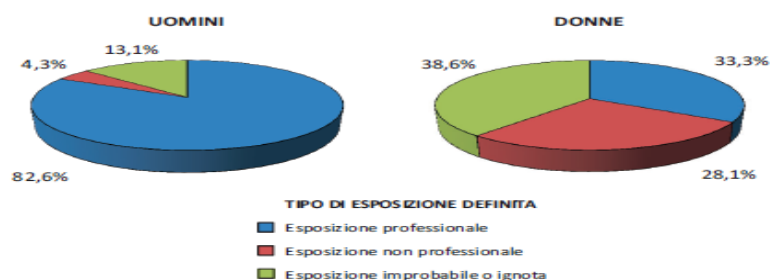


Fig. 2.4. Percentuale del numero di casi di MM certo, probabile o possibile segnalati al ReNaM con esposizione definita per tipo di esposizione e genere (1993 - 2012, N=16.511) (RENAM – quinto rapporto 2015)

Nel nuovo Rapporto del ReNaM, realizzato dal dipartimento di Medicina, epidemiologia, igiene del lavoro e ambientale dell'Inail, si sottolinea anche che oggi sono disponibili informazioni ampie e solide sull'epidemiologia del mesotelioma maligno, ma rimangono aperte questioni importanti che riguardano la capacità di intervistare rapidamente i soggetti ammalati o i loro familiari, l'uniformità delle procedure di classificazione e codifica, la tempestiva disponibilità presso i Cor delle altre fonti informative necessarie alle verifiche di completezza, come le schede di dimissione ospedaliera, gli archivi di mortalità e i dati prodotti dalle esperienze di registrazione dei tumori.

(RENAM – quinto rapporto 2015)

Dati Centro Operativo Regionale REGIONE TOSCANA

Superficie (km²): 22.987 - Popolazione al 31/12/2012: 3.692.828 (M=1.772.317; F=1.920.511)

Denominazione del COR: COR mesoteliomi toscano c/o Istituto per lo Studio e la Prevenzione Oncologica (ISPO), SS Epidemiologia Ambientale Occupazionale

Provvedimento e anno di istituzione del COR: Delibera della Giunta Regionale n. 1252 del 24/11/2003. Operativamente l'attività è iniziata nel 1988.

Periodo per il quale sono disponibili dati di incidenza: dal 1988.

Totale di casi di MM registrati (1988 - 2015): n. 1.652 (M=1.292; F=360)

Casi di MM registrati nel quadriennio 2009-2012: n. 323 (M=252; F=71), di cui n. 301 definiti per esposizione (M=238; F=63)

Tassi standardizzati di incidenza (*100.000) anno 2011: MM pleurico (M=3,51; F=0,78); peritoneale (M=0,20)

Principali attività economiche con rischio di esposizione presenti in regione:

La struttura produttiva toscana si compone di industrie di piccole e medie dimensioni. Lungo la costa hanno sede attività di dimensione più ampia dei settori: chimico, siderurgico e cantieristica navale.

Il settore edile nel suo insieme (costruzione, termoidraulica, coibentazione, elettricità) presenta il numero maggiore di casi. Le esposizioni ad amianto possono perdurare tutt'oggi nelle ristrutturazioni edilizie, anche se con frequenza e numero di esposti inferiore al passato.

Tra i comparti con casistiche importanti c'è la costruzione e riparazione di rotabili ferroviari con esposizione prevalente a crocidolite dal 1957 al 1983.

Un settore con un numero rilevante di casi (n.174, 2009-2012) è quello tessile nel pratese con esposizione ad amianto ancora non perfettamente chiarita: ad esempio si contano 65 casi tra i cernitori di stracci, con varie ipotesi di esposizione attribuite, tra cui il riciclaggio di sacchi in juta e di polipropilene che avevano contenuto materia prima di amianto, la sfoderatura di indumenti e materiali tessuti con amianto specialmente militari negli anni del dopoguerra, l'utilizzo di amianto nella fase di preparazione alla filatura cardata, mescolato in quantità dell'8% circa alla lana negli anni '60, l'utilizzo di amianto negli apparati frenanti dei macchinari, e di sistemi ad aria compressa per la pulizia dei macchinari e dei luoghi di lavoro.

(RENAM – quinto rapporto 2015)

Prognosi

Il mesotelioma permane una malattia a prognosi severa, con sopravvivenza molto bassa: 6-12 mesi dalla diagnosi e mortalità pressoché totale nei casi con diagnosi certa.

La sopravvivenza è strettamente legata alla tempestività della diagnosi, che purtroppo nella maggior parte dei casi arriva quando la malattia è in stadio avanzato. Di recente però, grazie a una maggiore sensibilizzazione di medici e pazienti, è aumentato il numero di malati che si scoprono tali in una fase nella quale il tumore è ancora operabile.

Prevenzione

Prevenzione primaria - Il metodo più efficace per prevenire il mesotelioma ed altre

patologie asbesto-correlate consiste nell'impedire o limitare al minimo l'inalazione delle fibre che possono disperdersi dai materiali. È quindi necessario adottare misure tecniche organizzative e procedurali, in altri termini, sistemi di prevenzione primaria, sia durante le opere di bonifica, sia nelle attività quotidiane che in molti casi ci obbligano a convivere con questi materiali.

Prevenzione secondaria - Intesa come intervento sanitario in grado di modificare la storia naturale delle patologie per le quali viene attuata, nel caso del mesotelioma non vi sono a oggi evidenze che giustifichino l'avvio di campagne di screening, in quanto la diagnosi precoce è resa difficoltosa dall'assenza di sintomatologia iniziale e dall'assenza di biomarcatori in grado di fornire stime predittive in soggetti ex-esposti ad amianto.

In linea generale, nelle aree ad alto rischio di patologie asbesto-correlate rimane fondamentale il ruolo dei medici di famiglia nel caso di soggetti ex-esposti che, una volta in pensione, non sono più soggetti a sorveglianza sanitaria del medico competente: in questa tipologia di soggetti, il medico di medicina generale potrebbe proseguire l'eventuale programma di sorveglianza sanitaria per favorire la diagnosi precoce di patologie asbesto-correlate ed il tempestivo dirottamento di casi sospetti verso strutture ospedaliere adeguate.

(Quaderni della salute, 2012)

2.3. Manifestazioni cliniche

I sintomi sono diversi a seconda del tipo di mesotelioma.

Nel mesotelioma pleurico, la forma più frequente, sono presenti: affanno dovuto al versamento pleurico, tosse e dolore toracico, deglutizione difficile, gonfiore del collo e del viso, cui si associano stato generale di malessere e perdita di peso.

I sintomi del mesotelioma peritoneale non sono specifici e comprendono: perdita di peso, cachessia, gonfiore e dolore addominale a causa dell'ascite, ostruzione intestinale, anomalie della coagulazione del sangue, anemia e febbre.

Altre sindromi para-neoplastiche comprendono ipoglicemia, ipercalcemia, embolia polmonare, ipercoagulabilità, anemia emolitica autoimmune e la sindrome da inappropriata secrezione di ormone antidiuretico.

Se il tumore si estende oltre il mesotelio anche ad altri organi, i sintomi dipendono dal livello di coinvolgimento dell'organo compromesso.

(<https://www.aimac.it/libretti-tumore/il-mesotelioma/sintomi-mesotelioma>)

2.4. Diagnosi

Dati clinici

- Versamenti pleurici in particolare recidivanti non imputabili ad altre cause benigne o neoplastiche;
- ispessimenti/ondulazioni pleuriche evidenziate in corso di esami di imaging non imputabili a cause specifiche (benigne o neoplastiche).

Dati anamnestici (esposizione ad amianto)

- Popolazione a rischio espositivo professionale;
- popolazione a rischio espositivo ambientale/familiare;
- identificazione di “nuove” aree/settori di rischio.

Nonostante il progresso delle metodiche diagnostiche, la diagnosi di mesotelioma può risultare difficoltosa, sia nella distinzione tra forme benigne e maligne, sia soprattutto nella diagnosi differenziale con neoplasie a diversa sede di origine con diffusione metastatica a livello pleurico (più frequentemente del polmone o della mammella). Deve essere pertanto programmato un iter diagnostico accurato che, oltre agli elementi clinico-radiologici comprenda quelli che derivano dall'esame citologico del liquido pleurico e, soprattutto dai prelievi bioptici.

Diagnosi citologica:

- Diagnosi affidabile per citopatologi esperti;
- preferibilmente con caratterizzazione immunocitochimica;
- la conferma citologica è sempre consigliabile.

Diagnosi istopatologica:

- La toracosopia rappresenta la migliore tecnica per biopsia;
- un minimo di 5 biopsie sono raccomandate, quando possibili, per campioni quali/quantità amente adeguati;
- panel di anticorpi devono essere considerati in immunocitochimica separatamente per il sottotipo di mesotelioma epitelioideo/misto o sarcomatoide.

Radiografia torace

- Rimane l'indagine primaria per i pazienti con sospetto mesotelioma;
- se evidenza delle placche pleuriche non richiede ulteriori indagini.

TAC (tomografia assiale computerizzata)

- Permette un'adeguata diagnosi nella maggioranza dei casi;
- stadia correttamente il parametro T fino al 60% dei casi (estensione locale della malattia).

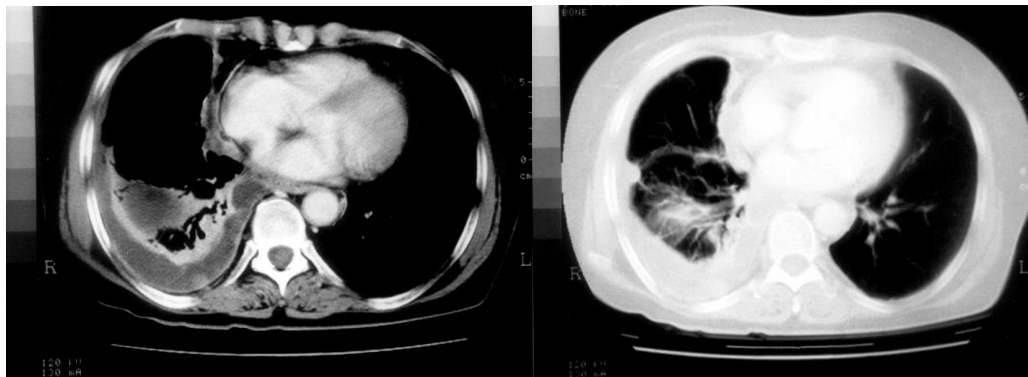


Fig. 2.4.1 TAC Ispessimenti irregolari della pleura, particolarmente evidenti nel terzo inferiore del torace (www.ecmlearn.it)

RM (risonanza magnetica)

- Migliora la diagnosi differenziale tra patologia maligna e benigna della pleura e la valutazione del coinvolgimento della parete toracica e del diaframma.

PET (tomografia a emissione di positroni)

- Consente di ottenere informazioni diagnostiche più precise rispetto a TAC e RM;
- nel differenziare lesioni benigne di quelle maligne;
- nella stadiazione, ed in particolare dell'N (valutazione linfonodale - per il suo elevato valore predittivo negativo) e nell'identificazione di metastasi a distanza;
- nella valutazione della risposta alla terapia.

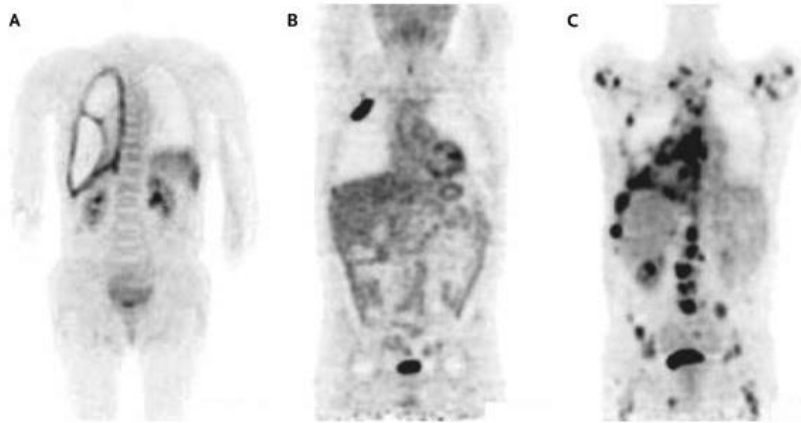


Fig. 2.4.2. PET. Le immagini PET possono mostrare una diffusa ipercaptazione pleurica o una singola massa (riquadro A e B rispettivamente) o una ipercaptazione estensiva da localizzazioni secondarie (riquadro C). (www.amsdottorato.unibo.it)

L'ecografia

- Nel rilevare versamenti pleurici;
- nel rilevare ispessimenti e nodulazioni pleuriche;
- nell'orientare le biopsie percutanee della pleura e le toracentesi dei versamenti pleurici.

Videotorascopia

- In molti casi viene effettuata la diagnosi di certezza;
- è possibile effettuare biopsie mirate nelle zone più sospette;
- è valutabile l'estensione della patologia a livello dell'emitorace indagato.

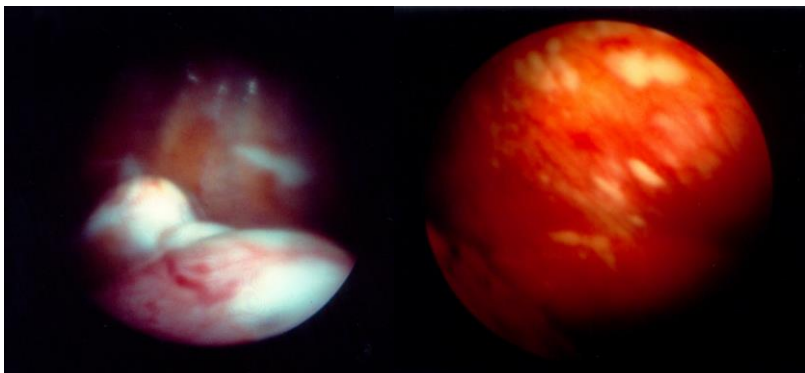


Fig. 2.4.3 Videotorascopia (www.elsevier.es)

2.5. Trattamento

Nonostante i progressi nel trattamento dei tumori maligni, la prognosi per il mesotelioma è piuttosto deludente. I problemi che questa malattia pone sono molteplici e derivano dai seguenti fattori:

- Natura del tumore che occupa una superficie ampia, dalla quale si separano facilmente

cellule maligne che possono dare origine a metastasi;

- facilità con cui il tumore invade gli organi a stretto contatto con il mesotelio;
- intervallo di latenza molto variabile, ma in genere lungo, tra esposizione all'asbesto e manifestazione dei sintomi.

La scelta del trattamento dipende dallo stadio del tumore al momento della diagnosi, dal sottotipo istologico del tumore, dall'età e delle condizioni del paziente. (AIMaC, 2013)

Stadiazione

La definizione dello stadio del tumore attraverso il processo della stadiazione è molto importante ai fini della prognosi e per la scelta della terapia più opportuna.

Secondo le Linee Guida della Società Europea di Oncologia Medica per diagnosi, terapia e fasi successive alla terapia del mesotelioma pleurico, la stadiazione clinica si basa sulle immagini della tomografia computerizzata e, quando necessario, sui dati della toracosopia.

Esistono diversi sistemi di stadiazione. Per il mesotelioma pleurico il sistema più utilizzato è quello del Gruppo di Lavoro Internazionale per il Mesotelioma che adopera il sistema TNM (T=tumore, N=linfonodi, M=metastasi):

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

Per il mesotelioma peritoneale non vi è un sistema di stadiazione condiviso, e valgono i principi del sistema TNM come per il mesotelioma pleurico.

In generale, quanto più precoce è lo stadio del tumore all'inizio della terapia, tanto migliore è la prognosi; tuttavia la guarigione completa è molto rara. (AIMaC, 2013)

Trattamento

L'obiettivo primario della terapia è controllo dei sintomi al fine di consentire una qualità di vita accettabile.

Come per tutti tipi di tumore, il trattamento del mesotelioma si basa sulle tre metodologie tradizionali: chirurgia, radioterapia e chemioterapia – da sole o in combinazione.

È importante tenere presente che ogni paziente è un caso a sé, perché tumori che

presentano caratteristiche istologiche molto simili possono crescere in modo diverso in più soggetti e dare luogo a sintomi diversi. Analogamente, un trattamento che funziona in un soggetto potrebbe non funzionare allo stesso modo in un altro soggetto. (AIMaC, 2013)

CHIRURGIA – Non è considerata di grande successo, specialmente se utilizzata da sola, mentre le possibilità di successo aumentano se si combina con la radioterapia e chemioterapia.

L'intervento chirurgico più praticato è la pleurectomia, asportazione di tratti, più o meno ampi di pleura. Meno frequente è la pratica d'interventi più demolitivi come la pneumonectomia extra-pleurica in cui il chirurgo asporta il polmone, la pleura, parte della parete toracica e, se necessario, parte del diaframma e del pericardio. (AIMaC, 2013)

RADIOTERAPIA – Si attua dopo l'intervento chirurgico, eventualmente in combinazione con la chemioterapia, a condizione che il mesotelioma sia localizzato e le condizioni del paziente consentono un intervento chirurgico radicale. Lo scopo del trattamento combinato con radioterapia e chemioterapia dopo l'intervento è di consolidare gli effetti della chirurgia, prolungando l'aspettativa di vita che in alcuni casi può superare i 5 anni.

Per quanto il mesotelioma sia considerato piuttosto resistente alla sola radioterapia, questa può essere praticata a scopo palliativo per risolvere le conseguenze della crescita del tumore (tipicamente, l'ostruzione di un grosso vaso sanguigno) oppure per ridurre il dolore dovuto all'infiltrazione della parete toracica. Purtroppo non è possibile considerare la radioterapia come unico trattamento terapeutico, perché la dose richiesta sarebbe molto elevata e dunque altamente tossica per qualunque paziente. (AIMaC, 2013)

CHEMIOTERAPIA - Secondo alcuni studi clinici relativamente recenti, può essere considerata come il solo trattamento in grado di prolungare la vita del paziente, migliorandone anche la qualità.

I farmaci comunemente utilizzati, singolarmente o, più spesso, in combinazione sono il Pemetrexed (Alimta) e il Cisplatino, oltre a Carboplatino, Raltitrexed (Tomudex), Mitomicina, Vinorelbina e Gemcitabina.

Tutti i farmaci chemioterapici hanno effetti collaterali che possono essere molto seri e debilitanti. Tra questi i più comuni sono: riduzione delle cellule del sangue, malessere, vomito e diarrea, lesioni ulcerose del cavo orale, perdita di capelli e peli, spossatezza.

Per i pazienti che non tollerano il Pemetrexed un'alternativa può essere rappresentata dalla combinazione Cisplatino-Gemcitabina o Vinorelbina; quelli che non tollerano il Cisplatino è possibile somministrare il Carboplatino senza differenze in termini di

sopravvivenza.

Restano, comunque, ancora molte incognite sulla chemioterapia, principalmente sull'opportunità di iniziarla subito alla diagnosi o alla comparsa dei sintomi legati al tumore, e sul numero di cicli da effettuare (solo i classici 6 oppure proseguire con un mantenimento con un singolo farmaco, in genere il Pemetrexed, che è il più attivo e il meno tossico).

Chemioterapia intraoperatoria intraperitoneale ad alta temperatura – Si tratta di una procedura sperimentale che consiste nella somministrazione, direttamente nella cavità peritoneale dopo rimozione chirurgica quanto più ampia possibile della massa tumorale, di una soluzione di farmaci chemioterapici riscaldati a una temperatura tra 40° e 48°. Il principio è che la temperatura elevata consente una maggiore concentrazione del farmaco, ne garantisce una sua migliore diffusione nei tessuti e ha anche un'azione dannosa sulle cellule neoplastiche, più suscettibili delle cellule normali al calore. La procedura è utilizzata anche nel mesotelioma pleurico. Gli effetti collaterali possono essere severi. (AIMaC, 2013)

TERAPIE INTEGRATE – Anche se non esiste ancora una terapia in grado di curare il mesotelioma maligno, è possibile ottenere la riduzione della massa tumorale e, di conseguenza, prolungare la sopravvivenza. Le procedure di maggior successo negli stadi iniziali della malattia (I-II), allo stato attuale delle conoscenze, potrebbero essere quelle che combinano chirurgia, radioterapia e chemioterapia (chemioterapia preoperatoria + intervento chirurgico + radioterapia post-operatoria). Tale approccio, tuttavia, può essere proposto solo a pazienti molto selezionati – giovani, in ottime condizioni generali, senza malattie concomitanti. In ogni caso, non è da ritenersi un trattamento standard, perché non sono ancora disponibili studi adeguati che ne dimostrino un valido beneficio in termini di prolungamento della sopravvivenza rispetto alla sola chemioterapia. (AIMaC, 2013)

FOLLOW-UP E CONTINUITA' ASSISTENZIALE

- Per ogni paziente viene impostato un programma clinico-strumentale di follow-up, gestito dal case manager;
- ad ogni accesso viene valutata l'eventuale presenza di dolore, quantificato attraverso l'utilizzo della scala numerica NRS (Numerical Rate Scale) e vengono presi gli adeguati provvedimenti terapeutici;
- i pazienti sottoposti a solo terapia palliativa vengono sottoposti a radiografia torace e rivalutazione clinica ogni 2-3 mesi, in base ai sintomi;
- pazienti sottoposti a trattamenti ad intento curativi vengono rivalutati con TAC del

torace a 3 mesi: in caso di malattia stabile si effettua una nuova valutazione TAC a 3 mesi e successivamente un controllo clinico e radiologico del torace; in caso di sospetta recidiva/progressione di malattia alla TAC si effettua una rivalutazione anche con la PET-TAC per eventuali trattamenti successivi nei pazienti. (S.S.R. Emilia Romagna, 2012)

TERAPIA PALLIATIVA

- Per i pazienti in stadio I-II della malattia che non rispettano i criteri di inclusione per trattamento chirurgico ad intento curativo o pazienti che rifiutano l'intervento chirurgico;
- per i pazienti in stadio avanzato della malattia, III-IV;
- chemioterapia: età fino a 70 anni, assenza di copatologie renali e cardiovascolari (cisplatino+pemetrexed ogni 21 giorni per 4-6 cicli); età superiore a 70 anni e/o gravi copatologie renali e cardiovascolari (carboplatino+pemetrexed o pemetrexed in monochemioterapia per 4-6 cicli);
- talcaggio: immissione di polvere di talco nebulizzato nel cavo pleurico, solitamente mediante toracosopia, al fine di ridurre il volume di versamento pleurico e le sue recidive;
- radioterapia: palliativa su sedi sintomatiche o a rischio di diventarlo (radioterapia profilattica).

(S.S.R. Emilia Romagna, 2012)

CAPITOLO 3. ASSISTENZA INFERMIERISTICA

3.1. Diagnosi di cancro e considerazioni infermieristiche

La diagnosi di cancro è basata sulla valutazione di modificazioni fisiologiche e funzionali e sui risultati dell'analisi diagnostica. I pazienti con sospetto di cancro vengono sottoposti a un attento e profondo esame per individuare l'eventuale presenza di tumore e la sua estensione, per identificare le possibili diffusioni (metastasi) o le invasioni in altri tessuti corporei, per valutare la funzionalità dei sistemi e organi coinvolti, e per ottenere campioni di tessuti e cellule per l'analisi dello stadio (stadiazione) e del grado raggiunti della malattia. La valutazione diagnostica è guidata dalle informazioni ottenute attraverso una completa anamnesi e un esame fisico. La conoscenza di sintomi sospetti e dei comportamenti di particolari tipo di cancro aiuta nella determinazione di quali esami diagnostici sono più appropriati.

Il soggetto sottoposto a indagine diagnostica approfondita è solitamente timoroso di fronte alle procedure stesse e ansioso riguardo ai possibili risultati. L'infermiere può alleviare la paura e l'ansia spiegando gli esami che devono essere eseguiti, le sensazioni che saranno provate, e il ruolo del paziente nelle procedure diagnostiche. L'infermiere incoraggia il paziente e i familiari a comunicare, esprimere e discutere le loro preoccupazioni sui risultati dei test e rinforza, chiarisce le informazioni fornite dal medico. L'infermiere incontra anche il paziente e i familiari per comunicare e condividere le loro preoccupazioni e discutere domande e timori. (Brunner, 2007, p. 311-312)

3.2. Scelta del trattamento

Il paziente ed i suoi familiari devono avere la possibilità di discutere le opzioni disponibili prima di stabilire il trattamento definitivo; a tale scopo l'infermiere, nella sua veste di interlocutore privilegiato, agisce da intermediario tra il paziente e il medico. Al colloquio va riservato un tempo sufficientemente ampio; inoltre il paziente deve avere la possibilità di porre domande e riflettere su tutto quanto è stato discusso.

3.3. Gestione infermieristica nella chirurgia oncologica

L'assistenza al paziente sottoposto a intervento chirurgico per cancro deve essere un'assistenza specifica in base all'età del paziente, alla menomazione organica, ai deficit nutrizionali, a alterazioni della coagulazione e del sistema immunitario che possono portare a un'aumentata incidenza di complicanze postoperatorie. L'uso di trattamenti combinati con la chirurgia, per esempio radioterapia e chemioterapia, contribuisce inoltre all'insorgenza di complicanze postoperatorie quali infezioni, difficoltà di cicatrizzazione della ferita, alterata funzione polmonare o renale e lo sviluppo di trombosi venose profonde. L'infermiere deve svolgere una valutazione preoperatoria approfondita di tutti i fattori che possono influenzare i pazienti sottoposti a intervento chirurgico.

La persona sottoposta a intervento chirurgico per la diagnosi o il trattamento del cancro è spesso ansiosa riguardo ai possibili esiti, alle limitazioni postoperatorie, ai cambiamenti nelle normali funzioni dell'organismo e alla prognosi. Il paziente e i suoi familiari necessitano di tempo e assistenza per affrontare i possibili cambiamenti e esiti.

L'infermiere deve fornire una guida e un sostegno psicologico attraverso la valutazione dei bisogni, l'analisi delle paure e dei meccanismi di adattamento e, quando possibile, l'aiuto del paziente a partecipare, insieme ai suoi familiari, alle decisioni da prendere. Nelle sue risposte a domande sui risultati dei test diagnostici e delle procedure chirurgiche, l'infermiere deve conformarsi alle informazioni comunicate al paziente e ai suoi familiari dal medico. Talvolta la persona chiede delucidazioni su notizie udite in un momento in cui il suo stato d'ansia non le permetteva di capire a fondo quanto veniva detto. È importante che l'infermiere sia in stretto contatto con il medico e gli altri membri dell'équipe sanitaria per assicurare un'informazione coerente.

Dopo l'intervento chirurgico, l'infermiere deve controllare la risposta del paziente alla chirurgia e valutare l'eventuale presenza di possibili complicanze quali infezioni, sanguinamento, tromboflebiti, deiscenza della ferita, squilibri idroelettrolitici e disfunzioni organiche. L'infermiere, inoltre fornisce consigli e conforto al paziente. Tra i compiti postoperatori vi sono anche cura della ferita, l'alimentazione del paziente e la somministrazione di farmaci.

Il programma di dimissione e di follow-up viene iniziato presto per assicurare continuità di assistenza tra l'ospedale e il domicilio del paziente, o tra un centro specializzato nei tumori o altra struttura sanitaria. I pazienti e le famiglie sono anche incoraggiati a usare le risorse comunitarie per sostegno e informazioni. (Brunner, 2007, p. 315-316)

3.4. Trattamento infermieristico nella radioterapia

Il paziente sottoposto a radioterapia e i suoi familiari avanzano spesso delle domande e preoccupazioni relativamente alla sicurezza del trattamento. L'infermiere è molte volte in una posizione chiave per rispondere a tali quesiti e tranquillizzare la persona riguardo ai possibili effetti della cura sugli altri, sul tumore e sui tessuti e organi sani. Egli spiega la procedura di somministrazione delle radiazioni e descrive le attrezzature usate, la durata della terapia (spesso pochi minuti), l'eventuale necessità che il paziente rimanga immobile e l'assenza di nuove sensazioni, incluso il dolore, nel corso del procedimento. Se si utilizza un impianto interno, è indispensabile che l'infermiere informi il paziente su ogni restrizione per visitatori e personale sanitario, oltre a altre precauzioni per le radiazioni. Il paziente dovrà inoltre ben comprendere il suo ruolo prima, durante e dopo la procedura.

Proteggere la cute e la mucosa orale – l'infermiere deve attentamente osservare la cute, lo stato nutrizionale e la sensazione generale di benessere del soggetto. Controlla con frequenza la cute e la mucosa orale per notare eventuali modificazioni (soprattutto se la radioterapia è diretta a queste zone). La cute deve essere protetta da irritazioni e il paziente è invitato a evitare l'uso di pomate, lozioni, talco o cipria nell'area.

Per rimuovere residui, evitare irritazioni e promuovere la guarigione è essenziale un'accurata igiene orale. Se il paziente evidenzia cambiamenti sistemici, quali debolezza e astenia, egli avrà probabilmente bisogno di assistenza nelle comuni attività quotidiane e nell'igiene personale. Inoltre l'infermiere gli offrirà rassicurazione e spiegazioni su questi sintomi, che sono una conseguenza della terapia e non rappresentano un peggioramento o una progressione della malattia.

Proteggere chi assiste – quando il soggetto è sottoposto a radioterapia interna, gli infermieri e i medici prendono le necessarie precauzioni per proteggere sé stessi, nonché il paziente, dagli effetti delle radiazioni. L'operatore del reparto radiologico, responsabile della sicurezza contro le radiazioni fornisce frequenti istruzioni sugli accorgimenti da rispettare, tra cui il tempo massimo trascorribile nella stanza del paziente, l'attrezzatura protettiva da usare, le specifiche precauzioni e interventi da mettere in atto qualora l'impianto venga spostato. Il paziente deve essere informato dall'infermiere sulle motivazioni che sono alla base di queste precauzioni, in modo che non si senta isolato senza motivo. (Brunner, 2007, p. 318)

3.5. Trattamento infermieristico nella chemioterapia

L'infermiere riveste un ruolo nella valutazione e nel trattamento di molti dei problemi che il paziente sottoposto a chemioterapia deve affrontare. A causa degli effetti sistemici su cellule sia maligne sia normali, questi problemi sono diffusi e colpiscono spesso vari organi.

Accertare l'equilibrio idroelettrolitico

Anoressia, nausea, vomito, alterazioni del gusto e diarrea espongono il paziente al rischio di disturbi della nutrizione e dell'equilibrio idroelettrolitico. Alterazioni delle mucose dell'apparato gastrointestinale possono provocare irritazioni della cavità orale e dell'intestino, compromettendo così ulteriormente lo stato nutrizionale del soggetto. Perciò è importante che l'infermiere controlli con frequenza lo stato nutritivo e l'equilibrio idroelettrolitico del paziente e trovi il modo di incoraggiare quest'ultimo a mangiare e bere in modo adeguato.

Modificare i rischi di infezioni e di sanguinamento

Nella chemioterapia la soppressione del midollo osseo e del sistema immunitario è una conseguenza prevista, che spesso serve da guida nella determinazione del dosaggio più appropriato. Tuttavia, questo effetto fa aumentare anche il rischio di anemia, infezioni e emorragie; pertanto la valutazione e l'assistenza da parte dell'infermiere deve incentrarsi sull'identificazione e la modificazione dei fattori che aumentano l'esposizione del paziente a rischi. Tecniche asettiche e delicatezza di manipolazione sono indispensabili per prevenire infezioni e traumi. I risultati degli esami di laboratorio, soprattutto l'emocromo, devono essere monitorati attentamente. Alterazioni sfavorevoli nei dati dei test e la presenza di segni di infezione o emorragia devono essere immediatamente

segnalate al medico. Il paziente e i suoi familiari devono essere istruiti sulle misure da prendere per evitare l'insorgere di tali problemi nell'ambito domestico.

Somministrare i chemioterapici

Anche gli effetti locali degli agenti chemioterapici devono essere presi in considerazione. Il paziente deve essere tenuto sotto attento controllo durante la somministrazione a causa del rischio e delle conseguenze di stravasi (agenti vescicanti o agenti che possono produrre necrosi tessutale se iniettati nei tessuti sottocutanei). Difficoltà o problemi locali legati alla somministrazione degli agenti chemioterapici devono essere immediatamente riferiti al medico, affinché egli possa prendere tempestivamente le misure necessarie per minimizzare il danno tessutale locale. (Brunner, 2007, p. 323-334)

3.6. Piano di assistenza per il paziente oncologico

L'assistenza infermieristica è orientata ai bisogni fisiologici e psicologici del paziente. I problemi fisiologici sono primariamente dovuti alle manifestazioni respiratorie della malattia. L'assistenza infermieristica include le strategie per assicurare il controllo del dolore e della mancanza di confort, oltre alla prevenzione delle complicanze.

A causa della malattia stessa o di varie modalità di trattamento, il paziente può trovarsi a affrontare molti problemi secondari, come infezioni, leucopenia, sanguinamenti, problemi cutanei, problemi nutrizionali, dolore, affaticamento e stress psicosociale.

3.6.1. Accertamento

Indipendentemente dal tipo di trattamento e dalla prognosi di cancro, molti pazienti sono suscettibili a questi problemi e complicanze. All'interno dell'équipe sanitaria oncologica, l'infermiere riveste un ruolo importante nel valutare i problemi e complicanze.

Problemi respiratori – L'accertamento dello stato generale respiratorio si verifica ogni volta che si interagisce con l'assistito. La valutazione del colorito della cute, della difficoltà respiratoria e della posizione assunta per respirare è utile per determinare la gravità dei problemi del paziente. Si deve accertare la presenza di segni e sintomi di disturbi respiratori (tosse, escreato e dispnea), l'impatto dello stato respiratorio sulle attività di vita quotidiana e i metodi adottati dall'assistito per la gestione e l'adattamento ai problemi legati alla respirazione.

Infezioni – Sono la principale causa di mortalità tra i pazienti oncologici. L'infermiere accerta i fattori che predispongono alle infezioni (danneggiamento dell'integrità cutanea e della membrana mucosa, chemioterapia, radioterapia, malnutrizione, farmaci,

cateterizzazione urinaria, cateterizzazione endovenosa, procedure invasive, età, patologia cronica, degenza prolungata). L'infermiere controlla i dati di laboratorio per scoprire precocemente alterazioni nei globuli bianchi. Siti comuni di infezione, quali la faringe, la cute, la zona perianale, l'apparato urinario e quello respiratorio, devono essere controllati con frequenza. È tuttavia importante ricordare che i segni tipici di infezione (febbre, gonfiore, arrossamento, drenaggio e dolore) possono essere assenti nel paziente immunosoppresso. L'infermiere tiene anche sotto controllo il paziente rispetto alla sepsi, soprattutto se sono stati posizionati cateteri invasivi o sonde da infusione.

Sanguinamenti – L'infermiere accerta il paziente oncologico per fattori che possono contribuire a emorragie (mielosoppressione in conseguenza di chemioterapia, radioterapia o somministrazione di altri farmaci che interferiscono con la coagulazione e la funzione piastrinica come l'aspirina, il dipiridamolo- Persantin, l'eparina o warfarina- Coumadin). Siti frequentemente associati a emorragie sono la cute e le membrane mucose, il cervello e l'apparato intestinale, urinario e respiratorio. Devono essere controllati e riferiti eventuali abbondanti sanguinamenti nelle feci, urine, escreato o vomito (melena, ematuria, emottisi, ematemesi), nonché nei siti di iniezione, contusioni (ecchimosi), petecchie e alterazioni dello stato mentale.

Problemi cutanei – Nel paziente oncologico l'integrità cutanea e tessutale è a rischio a causa degli effetti della chemioterapia e radioterapia, di interventi chirurgici e di procedure invasive a scopo diagnostico e terapeutico. Come parte dell'accertamento, l'infermiere identifica l'eventuale presenza di questi fattori predisponenti e di altri possibili fattori di rischio, quali deficit nutrizionali, incontinenza fecale e urinaria, immobilità, immunosoppressione e modificazioni legate all'età. Rileva inoltre lesioni o ulcerazioni cutanee causate dal tumore. Alterazioni nell'integrità tessutale dell'apparato gastrointestinale sono particolarmente fastidiose per il paziente. Vanno osservate le membrane della mucosa orale e la comparsa di lesioni, nonché i loro effetti sullo stato nutrizionale del paziente e sul livello di benessere.

Perdita dei capelli – Alopecia, è un'altra forma di danno tessutale di frequente riscontro in pazienti sottoposti a radioterapia o chemioterapia. Oltre a rilevare questa problema, l'infermiere deve anche valutare l'impatto psicologico di questo effetto collaterale sul paziente e sui suoi familiari.

Problemi nutrizionali – Un'alterazione dello stato nutrizionale può contribuire alla progressione della malattia, può influenzare l'immunocompetenza, aumentare l'incidenza di infezioni, ritardare la guarigione tessutale, diminuire la capacità di continuare la terapia

con antineoplastici. Un alterato stato nutrizionale, un calo ponderale e la cachessia possono verificarsi a causa di un diminuito apporto calorico e proteico, agli effetti di un tumore locale, di una patologia sistemica, di effetti collaterali legati alla terapia, dello stato emotivo del soggetto.

Il peso del paziente e il suo apporto calorico devono essere rilevati quotidianamente. Altre informazioni ottenibili con l'accertamento includono la storia alimentare, la frequenza e durata degli episodi di anoressia, alterazioni nell'appetito, situazioni e cibi che aggravano o alleviano l'anoressia, la storia farmacologica. Si verifica se il paziente presenti difficoltà nella masticazione o deglutizione e se si sono verificati episodi di nausea, vomito o diarrea. I dati clinici e di laboratorio sono utili per l'accertamento dello stato nutrizionale; fra essi vi sono le rilevazioni antropometriche (piega cutanea del tricipite e circonferenza del tratto medio superiore del braccio) i livelli di proteinemia (albumina e transferrina), la conta dei linfociti, i valori dell'emoglobina, l'ematocrito, i livelli di creatinina urinaria e i livelli di ferro sierico.

Dolore – Dolore e malessere nel cancro possono essere legati alla malattia sottostante, alla pressione che il tumore esercita, a procedure diagnostiche o alle terapie utilizzate contro il cancro. La sofferenza è condizionata da fattori fisici e psicosociali.

Oltre a verificare l'origine e la localizzazione del dolore, l'infermiere esamina anche i fattori che possono aumentare nel paziente la percezione, come paura e apprensione, senso di spossatezza, rabbia e isolamento sociale. Le scale di valutazione del dolore sono utili sia per identificare il livello di sofferenza prima di intraprendere terapie antalgiche, sia per valutare l'efficacia di tali terapie nell'alleviare il dolore.

Affaticamento – È un sintomo devastante che influenza la qualità di vita dei pazienti oncologici. Viene comunemente sperimentato dai pazienti affetti dal cancro polmonare e può essere correlato alla malattia, al trattamento del cancro e alle complicanze (per esempio anemia), disturbi del sonno, dolore e mancanza di comfort, ipossiemia, nutrizione scarsa o ramificazioni psicologiche della malattia (ansia, depressione). L'affaticamento è il più comune effetto collaterale riferito dei pazienti sottoposti a chemioterapia e radioterapia. L'infermiere è di fondamentale importanza in un attento accertamento del livello di affaticamento del paziente, nell'identificare le possibili cause trattabili, deve individuare la presenza di stanchezza, debolezza, mancanza di energia, incapacità di assolvere alle necessità quotidiane, diminuzione di interesse, di motivazione e di capacità di concentrazione. I pazienti possono diventare meno reattivi alla conversazione o apparire pallidi con un rilassamento della muscolatura facciale.

L'infermiere esamina gli agenti de stress fisiologici e psicologici che contribuiscono all'affaticamento, che può essere preceduto, accompagnato o seguito da dolore, nausea, dispnea, stipsi, paura e ansia.

Condizioni psicosociali - L'accertamento del paziente oncologico si focalizza anche sullo stato mentale psicologico del soggetto e dei suoi familiari nell'affrontare questa esperienza così minacciosa per la vita, i test diagnostici e modalità di trattamento spiacevoli, e la progressione della malattia. Vanno osservati l'umore e le reazioni emotive della persona ai risultati dei test diagnostici e alla prognosi, nonché il suo passaggio attraverso i vari stadi del lutto e il rapporto con i familiari nel comunicare loro la diagnosi e la prognosi.

Immagine corporea – Il paziente oncologico è costretto a affrontare molte alterazioni della propria immagine del corpo nel corso della malattia e del trattamento. L'ospedalizzazione è spesso accompagnata da una perdita di identità; inoltre vi sono enormi minacce all'autostima allorché la persona prende coscienza della malattia, di possibili infermità e della morte. Molti pazienti oncologici sono costretti a modificare il loro stile di vita per adattarsi alle terapie o come diretta conseguenza della malattia. Spesso, quando l'aspetto fisico è minacciato e le caratteristiche fisiche perdono parte della loro importanza, è necessario cambiare le priorità e i sistemi di valori. Chirurgia sfigurante, perdita di capelli, cachessia, alterazioni cutanee, alterazioni dei modelli di comunicazione e disfunzioni sessuali sono alcuni dei devastanti effetti del cancro e del suo trattamento che possono minacciare l'autostima del paziente e la sua immagine del corpo. L'infermiere deve individuare queste potenziali minacce e la capacità del soggetto di affrontare tali cambiamenti.

3.6.2. Diagnosi infermieristiche

Sulla base dei dati ricavati dall'accertamento, le diagnosi infermieristiche del paziente oncologico possono includere le seguenti:

- Compromissione degli scambi gassosi;
- Liberazione inefficace delle vie aeree;
- Compromissione dell'integrità tissutale correlata agli effetti della terapia e della malattia;
- Nutrizione alterata: inferiore al fabbisogno correlata a anoressia e agli effetti collaterali della terapia;
- Affaticamento correlato a agenti stressanti fisici e psicologici;
- Lutto correlato a perdita anticipatoria e alterazione del ruolo;

- Alterazione dell'immagine corporea correlata a modificazioni dell'aspetto e del ruolo;

Altri problemi/potenziati complicanze:

- Infezioni;
- Shock settico;
- Sanguinamenti ed emorragie;
- Coagulazione vascolare disseminata;
- Compressione del midollo osseo;
- Ipercalcemia;
- Edema polmonare;
- Pneumotorace, emotorace;

3.6.2. Pianificazione e obiettivi

Gli obiettivi principali per il paziente possono includere: l'alleviamento dei problemi respiratori, il mantenimento dell'integrità tissutale, il mantenimento dello stato nutrizionale, l'alleviamento del dolore e del senso di affaticamento, l'effettiva progressione attraverso il processo di lutto, il miglioramento dell'immagine corporea, l'assenza di complicanze e offrire supporto psicologico al paziente e ai suoi familiari.

3.6.3. Interventi infermieristici

Il paziente con cancro è a rischio di vari effetti collaterali a causa della terapia e delle complicanze. L'infermiere in tutti i contesti sanitari assiste il paziente e la famiglia nel gestire questi problemi.

Alleviare i problemi respiratori

Le tecniche di liberazione delle vie aeree sono la chiave per mantenere la pervietà, mediante la rimozione delle secrezioni o dell'essudato. Questo può essere ottenuto attraverso esercizi di respirazione profonda, di fisioterapia toracica, di tosse diretta, di aspirazione e, in alcuni casi, di broncoscopia. I farmaci broncodilatatori, possono essere prescritti per la dilatazione dei bronchi. Con l'ingrandimento del tumore e la diffusione del tumore, può esservi compressione di un bronco o coinvolgimento di un'ampia area di tessuto polmonare, con conseguente alterazione degli scambi gassosi. A alcuni stadi della malattia sarà probabilmente necessario ossigeno supplementare.

Le misure di assistenza infermieristica si focalizzano sulla diminuzione della dispnea, incoraggiando il paziente ad assumere posizioni che promuovano l'espansione polmonare, a fare esercizi di respirazione per l'espansione polmonare e il rilassamento, oltre ad educare sulle tecniche di conservazione dell'energia e di liberazione delle vie aeree.

Mantenimento dell'integrità tissutale

Tra le lesioni di più frequente riscontro vi sono reazioni cutanee e tessutale a radioterapia, stomatiti, alopecia e lesioni cutanee metastatiche. Il paziente che presenta reazioni tessutale e cutanee alla radioterapia richiede una cura molto attenta della cute per evitare ulteriori irritazioni, secchezza e lesioni. La cute della zona interessata deve essere trattata con delicatezza, evitando sfregamenti e l'uso di acqua troppo calda o fredda, di saponi, talco, cipria, lozioni o cosmetici. È possibile prevenire eventuali traumi indossando abiti ampi che non stringano, irritino o sfreghino l'area colpita. Se si formano vesciche, la bolla non deve essere rotta, per evitare il rischio di introdurre batteri. Le medicazioni permeabili, che mantengono l'umidità, come l'idrogel e i colloidi sono utili nel promuovere la guarigione e ridurre il dolore. La cura asettica delle ferite è indicata per minimizzare i rischi delle infezioni e sepsi. Gli antibiotici topici, come la crema alla sulfadiazina d'argento all' 1%, o la bacitracina, sono usate per aree a desquamazione umida (cute rossa, umida e dolorante).

- Gestione delle stomatite – Una risposta infiammatoria dei tessuti orali che si sviluppa per lo più 5-14 giorni dopo la somministrazione di alcuni agenti chemioterapici o in caso di radioterapia alla testa e al collo. Sono caratterizzate da leggero arrossamento (eritema) e edema, o, se gravi, da ulcerazione dolente, sanguinamenti e infezione secondaria. Nei casi più gravi di stomatite, la terapia contro il cancro può essere temporaneamente sospesa fino alla diminuzione dell'infiammazione. Una scarsa igiene orale, esistenti malattie dentarie e un alterato stato nutrizionale contribuiscono alla morbilità associata alle stomatiti. Spazzolini morbidi e dentifrici non abrasivi prevengono o riducono i traumi alla mucosa orale; tamponi orali con applicatori possono essere usati al posto degli spazzolini per i tessuti orali doloranti; risciacqui orali con soluzione salina o acqua dal rubinetto possono essere necessari per i pazienti che non tollerano lo spazzolino da denti. Vanno evitati i prodotti che irritano i tessuti orali o alterano la guarigione, come i colluttori a base di alcol. I cibi difficili da masticare o troppo caldi o piccanti sono evitati per ridurre ulteriormente il trauma. Le labbra del paziente possono essere lubrificate per evitare che i tessuti si secchino e si rompono. I prodotti che rivestono o proteggono la mucosa orale sono usati per facilitare il comfort e prevenire traumi ulteriori. Il paziente che prova dolore grave e mancanza di comfort a causa della stomatite richiede analgesici sistemici. Un adeguato apporto di liquidi e cibo va incoraggiato. In alcuni casi, è necessaria una buona idratazione e nutrizione. I farmaci antifungini e antibiotici sistemici o topici sono necessari per trattare le infezioni locali o sistemiche.

- Spiegare l'alopecia – La perdita temporanea o permanente, parziale o totale, dei capelli è un potenziale effetto collaterale di alcune forme di radioterapia e di molti agenti chemioterapici. L'estensione dell'alopecia dipende dalla dose e dalla durata della terapia. Questi trattamenti causano alopecia danneggiando le cellule staminali e i follicoli piliferi. In conseguenza di questo, i capelli diventano fragili e cadono oppure si rompono a livello della superficie del cranio. La perdita dei capelli di solito comincia 2 o 3 settimane dopo il trattamento; la ricrescita inizia entro 8 settimane dall'ultimo trattamento. Molti operatori sanitari considerano la caduta dei capelli come un problema di minor conto rispetto alle conseguenze potenzialmente letali della neoplasia maligna sottostante. Per molti pazienti, tuttavia, la perdita dei capelli comporta una grave minaccia alla propria immagine del corpo e causa sentimenti di ansia, tristezza, rabbia, rifiuto e isolamento. Per i pazienti e i loro familiari, la perdita dei capelli può costituire un richiamo costante all'esistenza del cancro interferendo con le relazioni con l'adattamento, con le relazioni interpersonali e con la sessualità. Il compito del infermiere consiste nel fornire informazioni riguardo l'alopecia e aiutare il paziente e i suoi familiari a affrontare il problema e le conseguenze che ne derivano per l'immagine corporea

Promozione della nutrizione

La maggior parte dei pazienti oncologici evidenzia un calo ponderale durante la malattia. Anoressia, malassorbimento e cachessia sono esempi dei problemi nutrizionali di più frequente riscontro nei pazienti oncologici.

- Anoressia – Fra le molte cause dell'anoressia nel paziente oncologico, vi sono le alterazioni del gusto che portano a una diminuzione dell'appetito e dell'indroito alimentare e dunque a denutrizione proteino-calorica. Anche stress psicologici quali paura, dolore, depressione e isolamento, durante il periodo di malattia, possono avere un impatto negativo sull'appetito. La persona può sviluppare un'avversione al cibo collegata alla nausea e al vomito dopo il trattamento.

- Malassorbimento – A causa della terapia e della progressione del tumore molti pazienti oncologici non sono in grado di assorbire i nutrienti dall'apparato gastrointestinale. La chemioterapia e la radioterapia possono irritare e danneggiare le cellule mucose dell'intestino, inibendo l'assorbimento.

- Cachessia – È frequente nei pazienti oncologici, soprattutto negli stadi avanzati della malattia. Essa è legata a un inadeguato apporto nutrizionale in associazione a un'aumentata richiesta metabolica, a un maggior dispendio energetico provocato dal metabolismo anaerobico del tumore, a un alterato metabolismo del glucosio, alla

competizione delle cellule tumorali per l'accaparramento dei nutrienti, a alterazioni del metabolismo dei lipidi e a calo dell'appetito. È caratterizzata da perdita di peso corporeo, di tessuto adiposo e proteine viscerali, e di muscolo scheletrico.

Il cibo dovrebbe essere preparato in modo da sembrare piacevole nell'aspetto ed essere gustoso. Un cibo con un odore non piacevole e un aspetto non invitante vanno evitati. I familiari devono essere coinvolti nel programma dietetico per incoraggiare un adeguato apporto di cibo. Sono somministrati pasti piccoli e frequenti, con supplementi fra i pasti. L'igiene orale e le misure antalgiche vanno programmate prima dei pasti per rendere questi ultimi più piacevoli.

Se è presente il problema del malassorbimento, possono essere somministrate integrazioni enzimatiche e vitaminiche. Nel caso di malassorbimento grave, può essere necessaria una nutrizione parenterale totale (NPT). L'infermiere insegna al paziente e ai suoi familiari come curare gli accessi dei cateteri venosi e come somministrare la NPT.

Gli interventi per ridurre la cachessia solitamente non prolungano la sopravvivenza, ma possono migliorare la qualità di vita.

L'assistenza infermieristica è diretta anche alla prevenzione di traumi, infezioni e altre complicanze che aumentano le richieste metaboliche.

Alleviare il dolore

Di tutti i pazienti con neoplasia maligna progressiva, più del 60% prova dolore e più frequentemente è di tipo cronico. Come in altre situazioni comportanti sofferenza, l'esperienza del dolore da cancro è influenzata sia da fattori fisici sia psicosociali.

Il dolore è spesso associato a varie forme di trattamento del cancro, alcuni agenti chemioterapici causano necrosi tessutale, neuropatie periferiche, stomatite – tutte fonti potenziali di dolore – mentre la radioterapia può causare infiammazioni della cute o degli organi. I pazienti oncologici possono avere anche altre forme di dolore, come artrite o la cefalea migrante, che non sono correlate al cancro sottostante o ai suoi trattamenti.

Il dolore oncologico, anche se controllabile, nella maggior parte dei casi non si risolve rapidamente ed è spesso irreversibile. Per molti pazienti è il segnale della continua progressione della malattia e dell'imminenza della morte; la paura della sofferenza aumenta, la percezione del dolore si intensifica e causa ulteriore paura e ulteriore dolore.

La soglia di tolleranza del dolore varia da persona a persona. Tale soglia è abbassata dalla stanchezza, dall'ansia, dalla paura della morte, dall'ira, dal senso di impotenza, dall'isolamento sociale, dai cambiamenti del proprio ruolo, dalla perdita di autonomia e dalle esperienze precedenti. Riposo e sonno adeguati, svaghi, il miglioramento

dell'umore, l'empatia, gli antidepressivi, gli ansiolitici e gli analgesici possono invece migliorare la tolleranza al dolore.

Una gestione inadeguata del dolore è spesso causata da informazioni errate o insufficienti conoscenze sull'accertamento del dolore e sugli interventi farmacologici da parte del paziente, della famiglia e dei sanitari. Un efficace trattamento del dolore si basa su una valutazione completa e precisa del dolore che comprende fattori fisici, psicosociali, ambientali e spirituali.

L'Organizzazione Mondiale della Sanità promuove un approccio in tre fasi per la gestione del dolore. Gli analgesici sono somministrati in base al livello di dolore del paziente: gli analgesici non oppioidi (es. acetaminofene) sono usati per il dolore lieve, gli analgesici oppioidi deboli (es. Codeina) sono usati per il dolore moderato, mentre gli analgesici oppioidi forti (es. Morfina) sono usati per il dolore forte. Se il dolore aumenta, si aumenta la forza degli analgesici fino al controllo completo del dolore. I farmaci adiuvanti sono somministrati per migliorare l'efficacia degli analgesici e gestire i sintomi che possono contribuire all'esperienza del dolore. Esempi di farmaci adiuvanti includono gli antiemetici, gli antidepressivi, gli ansiolitici, gli anticonvulsivanti, gli stimolanti, gli anestetici locali e i corticosteroidi.

Prevenire e diminuire il dolore contribuisce a diminuire l'ansia e a interrompere il ciclo vizioso del dolore. La via migliore per raggiungere questo scopo è la somministrazione di analgesici a orari regolari secondo prescrizione, con analgesici addizionali se necessari.

Gli infermieri educano o sostengono, correggendo paure e concezioni erranee sull'uso di oppioidi. Migliorare la qualità di vita è importante quanto evitare una morte dolorosa.

Diminuzione dell'affaticamento

L'infermiere aiuta il paziente e i suoi familiari a comprendere che il senso dell'affaticamento è spesso una conseguenza prevista e temporanea del processo maligno e delle relative terapie. L'affaticamento è anche legato allo stress di reagire al cancro, non sempre significa progressione della malattia o fallimento della terapia. Molti delle potenziali fonti di affaticamento sono: dolore, prurito, modello di respirazione inefficace, disturbi del sonno, nutrizione alterata, squilibrio elettrolitico, compromissione dell'integrità tissutale e compromissione della mobilità.

Le strategie dell'infermiere mirano a minimizzare l'affaticamento o a aiutare il paziente a reagire al senso di spossatezza esistente. Aiutare la persona a identificare le fonti di affaticamento aiuta a scegliere interventi appropriati e individualizzati.

Per aiutare la persona a programmare le sue attività quotidiane vengono utilizzati metodi

di conservazione delle energie. È utile alternare momenti di attività a momenti di riposo. Esercizi regolari e leggeri possono diminuire il senso dell'affaticamento e facilitare il coping, mentre la mancanza di attività fisica porta a “troppo riposo” che può contribuire alla debilitazione e al senso associato di affaticamento.

Il paziente viene incoraggiato a mantenere il suo abituale stile di vita non rinunciando a attività per lui importanti e gradevoli. Dare una priorità alle necessità e al valore delle attività può aiutare il paziente nel pianificare le attività quotidiane. Sia il paziente sia i suoi familiari sono incoraggiati a riallocare le responsabilità, quali la cura dei bambini, le pulizie della casa, la preparazione dei pasti. Coloro che hanno un impiego a tempo pieno dovranno probabilmente a ridurre il numero di ore lavorative settimanale. L'infermiere assiste i pazienti e le famiglie a reagire a questi cambiamenti di ruoli e responsabilità.

L'infermiere deve inoltre prendere in considerazione i fattori che contribuiscono all'affaticamento e, per il trattamento del dolore, utilizzare trattamenti sia farmacologici sia non farmacologici. Sono offerti consigli dietetici ai pazienti con inadeguato apporto calorico e proteico. Pasti piccoli e frequenti richiedono meno energia per la digestione.

I livelli di emoglobinemia e di ematocrito vengono tenuti sotto controllo per consentire la pronta individuazione di deficit; se prescritti, sono somministrati emoderivati.

Miglioramento dell'immagine corporea e dell'autostima

Nell'assistere il paziente con un'alterata immagine corporea è essenziale adottare un approccio positivo. Per aiutare il paziente a mantenere il controllo e il senso di autostima egli deve essere stimolato a conservare l'indipendenza a partecipare a ogni decisione e alla cura di sé. Il paziente dovrebbe essere assistito a assumere i compiti e a partecipare alle attività più importanti e interessanti per lui. Qualsiasi sentimento negativo o minaccia che il paziente percepisce per il proprio corpo dovrebbe essere espressa e discussa. L'infermiere ascolta e consiglia il paziente e i suoi familiari. Spesso l'indicazione di partecipare a un gruppo di sostegno per pazienti oncologici aiuta ulteriormente il paziente a affrontare i cambiamenti derivanti dal cancro e del suo trattamento.

Assistere nel processo di lutto

Il lutto è la normale risposta a queste paure e alle perdite temute o reali, tra cui la perdita della salute, delle normali sensazioni, dell'immagine del corpo, dei rapporti sociali, della sessualità e dell'intimità.

Il paziente, i suoi familiari e gli amici possono affliggersi per la mancanza di tempo da trascorrere con altre persone, la rinuncia a programmi futuri e non più realizzabili e la perdita di controllo sulle proprie reazioni fisiche e emotive.

Spesso quando viene formulata la diagnosi di cancro, il paziente e i suoi familiari rimangono scioccati, increduli e incapaci di reagire. È generalmente in questa fase che essi sono chiamati a prendere importanti decisioni sulla terapia da seguire e, a tal scopo, necessitano del sostegno del medico, dell'infermiere e degli altri operatori sanitari. Un importante ruolo dell'infermiere è quello di rispondere alle domande del paziente e dei suoi familiari, chiarendo loro le informazioni fornite dal medico.

Oltre a osservare la risposta del paziente e della famiglia alla diagnosi e al trattamento pianificato, l'infermiere li aiuta a esprimere dubbi e preoccupazioni e individua servizi o persone che possono a loro volta fornire aiuto (sacerdoti, consultori) e comunica e condivide le loro preoccupazioni con altre persone. In molti ospedali e varie organizzazioni territoriali sono disponibili gruppi di sostegno per pazienti e famiglie. Questi gruppi forniscono assistenza diretta, consigli e supporto emotivo.

Con la progressione nel processo di lutto, il paziente e i suoi familiari manifestano spesso sentimenti di ira, frustrazione e depressione. In questo caso l'infermiere incoraggia l'espressione dei sentimenti creando un'atmosfera di fiducia e di sostegno. L'infermiere continua a valutare le reazioni dei suoi interlocutori, offre assistenza e sostegno e aiuta a affrontare i nuovi problemi.

Se il paziente entra nella fase terminale, l'infermiere può comprendere che il suo grado di lutto è ovviamente diverso da quello dei suoi familiari. In tal caso l'infermiere assiste il paziente e la famiglia nel far fronte efficacemente alle proprie reazioni e sentimenti. Un sostegno tangibile (per esempio, tenere la mano del paziente o semplicemente stargli accanto) può contribuire a aumentare il senso di fiducia e la tranquillità psicologica. Protrarre il contatto con i familiari del paziente dopo la morte di quest'ultimo può aiutarli nel loro lutto e nella reazione alla perdita e al lutto.

Promuovere l'assistenza domiciliare e di comunità

Insegnare al paziente l'autoassistenza - I pazienti oncologici che ritornano a casa solitamente provengono da strutture per acuti. La dimissione determina anche il passaggio della responsabilità assistenziale al paziente e alla famiglia. Il risultato è che pazienti e famiglie devono essere maggiormente responsabili e coinvolti nell'assistenza. Per questo motivo è necessario educare i familiari per permettere loro di assistere il paziente. Inizialmente, l'educazione si focalizza sull'erogazione di informazioni essenziali per rispondere ai bisogni di assistenza più immediati che incontreranno a domicilio.

Gli effetti collaterali dei trattamenti e i cambiamenti nello stato del paziente che devono essere riferiti vanno rinforzati con informazioni scritte. Con il paziente e i familiari sono

discusse le strategie per reagire a questi effetti collaterali. Altri bisogni di apprendimento sono identificati basandosi sulle priorità del paziente e della famiglia, considerando la complessità dell'erogazione dell'assistenza a domicilio. L'infermiere a domicilio offre assistenza e sostegno ai pazienti che ricevono assistenza tecnologicamente avanzata (somministrazione della chemioterapia, NPT, emoderivati, antibiotici, analgesici parenterali; la gestione dei sintomi; l'assistenza degli accessi vascolari), il paziente e la famiglia necessitano di istruzioni e supporto continuo che permetta loro di sentirsi a proprio agio e capaci nella gestione di questi trattamenti a domicilio. Le visite di controllo e le chiamate telefoniche dell'infermiere sono spesso rassicuranti per il paziente e i familiari, e aumentano il loro comfort nel reagire a questi nuovi e complessi aspetti assistenziali. Il contatto continuo facilita la valutazione continua dei progressi del paziente e dei suoi bisogni.

Assistenza continua – Spesso per i pazienti oncologici, è indicata la richiesta di prestazioni di assistenza domiciliare. Le responsabilità dell'infermiere di assistenza domiciliare includono l'accertare l'ambiente domestico, il suggerire modifiche per l'assistere il paziente e la famiglia nel soddisfare i bisogni fisici, l'erogare assistenza fisica, e valutare l'impatto psicologico e emotivo della malattia sul paziente e sulla famiglia. Accertare i cambiamenti dello stato fisico del paziente e riferire cambiamenti rilevanti al medico aiuta a assicurare modificazioni tempestive e appropriate alla terapia.

Inoltre l'infermiere domiciliare accerta l'adeguatezza della gestione del dolore e l'efficacia delle altre strategie per prevenire o gestire gli effetti collaterali delle modalità di trattamento. Deve essere valutata la compressione del piano del trattamento e delle strategie di gestione da parte della famiglia e del paziente – successivamente si rinforza l'educazione già fornita.

L'infermiere spesso facilita il coordinamento dell'assistenza del paziente, mantenendo una stretta comunicazione con tutti i sanitari coinvolti nella sua assistenza. L'infermiere può richiedere consulenze e coordinare le risorse comunitarie disponibili (la sede locale di un'associazione per pazienti oncologici, gli aiuti domestici, i gruppi parrocchiali e i gruppi di sostegno) per assistere il paziente e chi fornisce assistenza. (Brunner, 2010)

3.6.5. Valutazione

Risultati attesi:

- Miglioramento dei sintomi respiratori (tosse, dispnea);
- mantenimento di un adeguato scambio gassoso, come evidenziato da rumori respiratori normali, accettabili livelli di emogasanalisi e parametri vitali normali;

- mantenimento di una ventilazione normale, con ridotto accumulo di muco;
- mantenimento di un'adeguata integrità tessutale (cute e mucose);
- mantenimento di uno stato nutrizionale adeguato;
- alleviamento del dolore e del malessere;
- aumento della soglia di tolleranza all'attività e diminuzione dell'affaticabilità;
- progressione nell'elaborazione del lutto;
- miglioramento dell'immagine corporea e dell'autostima;
- assenza di complicanze, come infezione, infiammazione o sepsi, assenza di episodi di sanguinamento o emorragia.

(Brunner, 2007, p.341-351)

Capitolo 4. L'assistenza al <<Sistema famiglia>>

4.1. L'impatto del mesotelioma sulla famiglia

Fino a qualche tempo fa la malattia oncologica veniva trattata dal sistema sanitario tramite un'assistenza in grande parte a carico delle strutture ospedaliere; negli ultimi anni, con l'attuazione della razionalizzazione delle spese sanitarie, che spinge sempre di più verso un'ospedalizzazione breve ed un'assistenza domiciliare, il coinvolgimento economico ed emotivo nella cura del paziente da parte della famiglia ha assunto dimensioni considerevoli.

Quando ad una persona viene diagnosticata un mesotelioma, l'intera famiglia è interessata. La normale routine ed i ruoli sono alterati ed i familiari devono accogliere i sintomi della malattia, il tumulto emotivo, e l'incertezza del futuro. L'esigenza della famiglia di fronte alla nuova situazione non è solo quella di essere aiutata a gestire il malato ma anche quella di riorganizzarsi come sistema nel rispetto delle esigenze del malato ma anche delle sue specifiche dinamiche precedenti. Il sistema deve cambiare per adattarsi alla novità, ma anche conservarsi per evitare che cambiamenti troppo bruschi e radicali brucino le sue capacità di progresso.

Il sistema famiglia è alterato e ciascun membro è influenzato dalla diagnosi, e successivamente dallo sviluppo del processo di malattia e il trattamento. Se la malattia progredisce allo stadio terminale, la struttura stessa della famiglia è minacciata e uno stato di crisi si verifica. Durante questa fase i trattamenti cessano e la cura è focalizzata sulle cure palliative.

Le cure palliative si rivolgono sia alla persona malata sia alla sua famiglia, comprendono

una serie di interventi non solo per il controllo del dolore, la gestione dei sintomi, ma anche di sostegno psicologico sia nella fase di accompagnamento alla morte sia nella fase di elaborazione del lutto. La cura può essere fornita in un ospedale, un ospizio o in casa della persona. Il sistema sanitario fornisce gli infermieri professionali, assistenti sociali e volontari addestrati per aiutare nella cura della persona e della famiglia.

Ovunque la cura è fornita e chiunque fornisce la cura, i membri della famiglia giocano un ruolo importante. In ultima analisi, sono i membri della famiglia - il coniuge, il figlio, la figlia - che sono la risorsa più importante per il paziente. La persona che sta morendo si affida notevolmente sui familiari per sostegno emotivo e fisico.

È fondamentale capire pienamente la specifica esperienza di vivere con il mesotelioma, individuare le priorità per la cura dei pazienti e dei membri della famiglia, sviluppare interventi di sostegno e fornire loro programmi accessibili e personalizzati di cura.

L'esperienza di un paziente che ha un mesotelioma non è la stessa di chi ha cancro del polmone: il mesotelioma è ancora considerata una malattia rara (più di mille persone con diagnosi ogni anno), presenta maggiore gravità clinica e prognosi sempre infausta.

Una serie di fattori rischiano di intensificare l'impatto della malattia per i pazienti affetti da mesotelioma e dei loro familiari che possono incidere sulle loro esigenze di assistenza.

Questi fattori includono:

- Difficoltà e ritardi nella diagnosi di mesotelioma;
- variazione nell'accesso alle competenze e alla cura;
- informazioni contrastanti circa il trattamento ottimale a causa di prove di efficacia limitati;
- incertezza in quanto riguarda la prognosi, con alcuni pazienti che muoiono molto rapidamente e altri che vivono per alcuni anni;
- di solito negli ospedali il numero di pazienti con mesotelioma è molto basso per cui i pazienti e i membri della famiglia hanno poco contatto con altri pazienti affetti da mesotelioma;
- il mesotelioma è quasi sempre correlato all'esposizione professionale;
- la complessità del processo per ottenere il riconoscimento di benefici;
- la morte per mesotelioma è classificata come 'morte innaturale' e deve essere riportata ad un medico legale che deve eseguire l'autopsia. (Moore S. et al., 2010)

L'impatto del mesotelioma sui pazienti e familiari è multidimensionale: sintomi fisici (in particolare il dolore, dispnea, stanchezza, tosse, disturbi del sonno, perdita dell'appetito e sudorazione), coinvolgimento emotivo (ansia, depressione, paura e isolamento),

conseguenze sociali (cambiamenti nei ruoli e nelle relazioni) e gli interventi (la necessità di frequenti trattamenti per cancro e ricoveri per il controllo dei sintomi) (Moore S. et al.,2010)

Impatto fisico – I sintomi sperimentati dalla maggior parte dei pazienti sono dolore e/o dispnea. Tosse, perdita di appetito, affaticamento, disturbi del sonno e sudorazione sono anche questi problemi significativi per i pazienti. I pazienti descrivono il dolore e l'affanno, come sintomi principali: gravi, progressivi, non controllati e che hanno effetto limitante sulle loro capacità funzionali e attività sociali. Per quanto riguarda i famigliari fra i problemi maggiormente segnalati si riscontrano: i disturbi del sonno, affaticamento, dolore, perdita di forza fisica, perdita dell'appetito e perdita di peso.

Impatto emotivo – Nei pazienti affetti da mesotelioma e nei loro familiari il funzionamento emotivo è a volte significativamente ridotto in misura maggiore rispetto al funzionamento fisico. Secondo uno studio BLF del 2009 le reazioni emotive dei pazienti tendono ad essere molto diverse da quelle dei famigliari; i pazienti rispondono in modo più positivo rispetto ai familiari in termini del loro funzionamento emotivo. Ad esempio, i pazienti riportano livelli elevati di rabbia (46%), ansia (67%), depressione (52%), paura (51%) e isolamento (41%). I famigliari generalmente sembrano sperimentare livelli più elevati: rabbia (89%), ansia (84%), depressione (80%), isolamento (79%) e sensazione di paura (57%). Inoltre i pazienti riportano di ritrovare la pace e l'accettazione, durante il percorso della malattia, in misura maggiore (71%) rispetto i familiari (23%).

I pazienti e i loro familiari riportano quasi sempre uno stato di shock e incredulità in relazione alla diagnosi, provano isolamento e rabbia in relazione al deterioramento della capacità funzionale, delle alterazioni fisiche, un senso di impotenza nella loro situazione, la paura di che cosa succederà nella progressione della malattia in termini di sintomi e fine-vita.

Conseguenze sociali - Dato il notevole impatto fisico ed emotivo del mesotelioma, non sorprende che anche il funzionamento sociale sia compromesso. Pazienti e familiari descrivono cambiamenti di identità, ruoli e relazioni, e anche l'isolamento sociale. Di solito il coniuge, che si prende cura del malato, ha difficoltà a tenere il passo con le faccende di casa, i disturbi del sonno, stanchezza, scarsa nutrizione e ulcere, nonché sentimenti di ansia e impotenza, li distoglie l'attenzione dalle altre relazioni, compromettendo le capacità sociali.

(Moore S. et al., 2010)

Impatto economico – Nonostante l'universalità dell'accesso alle cure del Servizio

Sanitario Nazionale, i pazienti e familiari sono costretti ad affrontare altri costi economici significativi che incidono sulla loro condizione socio-economica. Alcuni sono costi “diretti” di tipo medico (visite specialistiche, farmaci) e non medico (trasporto, ecc.), altri “indiretti” relativi alla monetizzazione delle assenze forzate dal posto di lavoro o in alcuni casi, alla cessazione della propria attività lavorativa, data la scarsità dei servizi sociali e tutele a disposizione dei pazienti e delle loro famiglie, a supporto delle loro esigenze.

4.2. Le necessità della famiglia

4.2.1. La necessità di sostegno

Dal momento che i membri della famiglia non avevano mai sperimentato il ruolo di caregiver prima di questa esperienza, non hanno conoscenza preconcepita del tipo di sostegno di cui avrebbero bisogno.

La definizione di “sostegno” varia da un caregiver ad un altro. Alcuni definiscono il sostegno come il riconoscimento del loro ruolo nell’esperienza assistenziale e di quanto sia difficile. Alcuni descrivono il sostegno nell’essere una parte consapevole del team assistenziale che comprende i professionisti del settore sanitario; vale a dire: avere accesso a sufficienza alle informazioni e avere le giuste informazioni per essere in grado di prendere le giuste decisioni circa il trattamento e la cura della persona malata. Alcuni lo descrivono semplicemente come un aiuto materiale o una parola gentile che esprime il riconoscimento dello stress e il carico assistenziale incredibile che il caregiver sta provando. Il sostegno è stato anche descritto come l’occasione di parlare dell’esperienza assistenziale ed esprimere le proprie emozioni in un ambiente diverso, in un clima di serenità e fiducia.

I caregivers familiari hanno bisogno e si aspettano dai professionisti sanitari di includerli nell’equipe di cura mentre allo stesso tempo mostrano comprensione e preoccupazione per il loro benessere. I caregivers hanno bisogno di ricevere cure in forma di supporto allo stesso tempo con l’assistenza alla persona malata.

Una componente significativa per ridurre lo stress dei familiari nell’ambiente di cura, è la capacità degli operatori sanitari di sviluppare un rapporto di fiducia con loro, di sentirsi apprezzati, inclusi nel processo cura e confortati nel loro dolore. Anche nel rapporto con il paziente è importante essere presenti in una maniera rassicurante, fornendo informazioni,

assistere nel dolore, e passare più tempo con lui. Così l'infermiere è in grado di conoscere le esigenze del malato e fornire una cura personalizzata per soddisfare queste esigenze e ridurre al minimo la sofferenza.

Amici e altri membri della famiglia

Gli operatori sanitari riconoscono come potenziali fonti di sostegno la famiglia e gli amici, i malati fanno affidamento su di loro per essere aiutati nei momenti di bisogno. Il sostegno sociale da parte di altri membri della famiglia e degli amici è un fattore positivo per il familiare che si occupa del malato e consente loro di continuare a fornire assistenza. Gli atti di gentilezza da parte degli amici nei momenti difficili possono dare sollievo e ridurre l'ansia.

Molti dei familiari che si prendono cura del malato non hanno una famiglia allargata prontamente disponibile per condividere il carico assistenziale. In alcuni casi il mancato sostegno da parte di alcuni amici o altri membri della famiglia che sembravano essere a disagio ad assistere la persona malata, hanno aggiunto altro stress a quello percepito del caregiver che aumenta la tristezza, la rabbia e la confusione.

Alcuni familiari riconoscono la mancanza di sostegno sociale necessaria in quel momento critico; le relazioni extrafamiliari dovrebbero alleggerire e dare loro una tregua dalle richieste assistenziali che sono così gravose per la famiglia. A causa del dolore, della tristezza e dell'angoscia, i membri della famiglia temono di essere sopraffatti da questa sofferenza mentale e possono allontanarsi emotivamente o fisicamente dalla persona malata contribuendo ulteriormente all'aumento del suo dolore per nascondere la loro vera vulnerabilità. A volte un atteggiamento di indifferenza è usato per camuffare i sentimenti. Il caregiver familiare non necessariamente si aspetta che ogni membro della famiglia sia in grado di fornire la stessa quantità o il tipo di cura; quando gli altri familiari si rendono disponibili a fornire sostegno, il carico emotivo sul caregiver diminuisce. Questo, a sua volta aiutato da una fonte di sostegno, influisce sul benessere emotivo della persona malata.

Altri supporti

Mentre alcuni caregivers familiari preferiscono la famiglia e gli amici per dare loro supporto, altri chiedono supporto ai servizi sociali, come quello di un assistente sociale o del clero. La possibilità di accedere ad un assistente sociale, l'opportunità di parlare e di "lasciarsi andare" in un ambiente tranquillo, può mantenere il caregiver in uno stato emotivamente stabile e gli può dare la forza di continuare nel suo ruolo.

L'aiuto di un religioso può essere una risorsa preziosa per coloro che cercano una guida

spirituale. Valutare ciò che è stato compiuto nella loro vita, si può raggiungere un senso di pace e l'accettazione della morte imminente di una persona cara.

Alcuni degli familiari sono stati in grado di attingere ai propri meccanismi di coping per mantenere il controllo della situazione con l'aiuto di gruppi di supporto locali costituiti da altri caregivers che offrono un sostegno reciproco, la possibilità di condividere le modalità di affrontare le difficoltà dell'assistenza e di individuare opportune strategie.

Molti dei familiari hanno rinunciato a prendersi cura di loro stessi per cercare di fare tutto il possibile per la persona cara; molti di loro non sapeva nemmeno quanto erano esausti fino che la persona amata non si è andata.

4.2.2. La necessità di informazioni

In linea generale, i familiari si aspettano di ricevere sufficienti informazioni dai professionisti sanitari per poter consentire loro di prendere le giuste decisioni sulla cura dei loro cari. Le informazioni di cui hanno bisogno sono diverse a seconda delle fasi della malattia. Nel caso del mesotelioma, che è una malattia molto rara, è possibile che il paziente e i suoi familiari non hanno mai sentito parlare di questa e hanno bisogno di informazioni più dettagliate. Durante il percorso di conferma della diagnosi, l'infermiere può chiarire le informazioni fornite dal medico, spiegare gli esami che devono essere eseguiti, incoraggiare a fare delle domande e discutere delle loro preoccupazioni. Un momento importante è la comunicazione della diagnosi; quando il paziente e i suoi familiari ricevono la diagnosi di mesotelioma si trovano in uno stato di shock. Le informazioni che hanno bisogno di sapere sono: quali sono le opzioni di trattamento, quali sono i rischi, i sintomi nella progressione della malattia, la prognosi. Il paziente e le famiglie spesso rispondono ad una prognosi infausta con sentimenti di paura e dolore, sono confusi, ma ciò non implica che non siano in grado di partecipare al processo decisionale. In questo momento si aspettano che i medici forniscano loro le informazioni più accurate e approfondite per poter prendere le decisioni giuste per il trattamento dei loro cari. Nella fase palliativa e terminale, hanno più bisogno di informazioni pratiche, per esempio sulla gestione dei sintomi, sui servizi presso cui reperire risorse e supporto.

Se ricevono le risposte alle loro domande, i caregivers familiari sono in grado di aiutare nella cura, riportare i cambiamenti delle condizioni del malato agli operatori sanitari, preparare anche gli altri membri della famiglia per la progressione della malattia. Quando l'informazione è incompleta o errata, non ricevuta in modo tempestivo o solo quando richiesta, i famigliari si possono sentire sottovalutati nel loro ruolo di caregiver che può aumentare il senso di frustrazione, rabbia e in generale il senso di insoddisfazione per il

sistema sanitario.

4.3. La terapia di supporto e cure palliative

La terapia di supporto e le cure palliative dei pazienti con mesotelioma e per le loro famiglie è molto importante, dato che la malattia ha una prognosi scarsa e che la maggior parte dei pazienti hanno bisogno di cure palliative per la gestione dei sintomi dal momento della diagnosi in poi. Il medico, il paziente e la famiglia spesso hanno difficoltà ad accettare che le cure palliative siano l'unico trattamento disponibile per la maggior parte dei casi. La rabbia e la frustrazione sono comuni, e ci sono alcuni problemi per ottenere benefici e contenziosi legali.

La terapia di supporto viene descritta con un termine generico per i servizi che comprendono: fornire informazioni, gruppi di auto-aiuto e di sostegno, coinvolgimento dell'utente, controllo dei sintomi, supporto psicologico, supporto sociale, sostegno spirituale, riabilitazione, terapie complementari, cure palliative, cure di fine vita e gestione del lutto.

Le cure palliative si occupano in maniera attiva e totale dei pazienti colpiti da una malattia progressiva avanzata. La gestione del dolore e degli altri sintomi e la fornitura di sostegno psicologico, sociale e spirituale è fondamentale. L'obiettivo è il raggiungimento di una migliore qualità della vita per i pazienti e le loro famiglie e quindi è appropriato il rinvio del paziente e/o i loro accompagnatori ai servizi di cure palliative al più presto.

In considerazione della complessità della sintomatologia che i pazienti affetti da mesotelioma pleurico possono presentare fin dall'esordio, si impone che un'equipe multidisciplinare e multiprofessionale (oncologo, radioterapista, fisioterapista, terapista del dolore, nutrizionista, palliativista, psicologo) prenda in gestione il paziente dalla diagnosi. In caso di sintomi refrattari (intollerabili per il malato, non controllati dalla terapia) è indicata la sedazione palliativa terminale.

La gestione dei sintomi

I pazienti affetti da mesotelioma pleurico presentano spesso un corredo sintomatologico dominato dal dolore toracico, dalla dispnea e dal calo ponderale. Tali sintomi sono frequentemente legati alla presenza del versamento pleurico, riscontrato all'esordio nell'80% dei pazienti.

Il dolore

Il dolore correlato alla presenza del mesotelioma pleurico ha una doppia componente

fisiopatologica: nocicettiva, causata dalla stimolazione dei nocicettori somatici o viscerali presenti nei tessuti danneggiati, e neuropatica, causata dal danneggiamento del tessuto nervoso periferico presente nella parete toracica e della pleura per infiltrazione diretta da parte del tumore e/o secondario a procedure chirurgiche.

Trattamento - Data la sua origine complessa, il trattamento del dolore da mesotelioma prevede nella maggioranza dei casi la commistione di farmaci analgesici, come paracetamolo, antiinfiammatori non steroidei (FANS), oppioidi deboli o forti nelle differenti formulazioni, e terapie adjuvanti. Tra quest'ultime assumono particolare rilevanza la terapia steroidea, gli antidepressivi triciclici (es. amitriptilina), gli anticonvulsivanti (es. gabapentin o pregabalin) e, in caso selezionati di dolore somatico localizzato, gli analgesici topici (es. lidocaina). In casi selezionati di dolore refrattario ad un trattamento sistemico, a fallimento dello stesso ed in pazienti selezionati (buona performance e buona prognosi), è necessario prendere in considerazione l'impiego di procedure invasive. Tali procedure antalgiche avanzate possono essere distinte tra neurolesive, che prevedono l'ablazione fisica/chimica dei target nervosi responsabili della trasmissione dello stimolo doloroso, e neuromodulatorie, modulanti la trasmissione dell'impulso doloroso attraverso la somministrazione di farmaci intraspinali. Nel caso del mesotelioma pleurico possono trovare impiego maggiormente la rizotomia intercostale, intesa come ablazione dei nervi intercostali, o la cordotomia cervicale, che prevede l'interruzione del fascio spino-talamico laterale.

La dispnea

I sintomi respiratori tendono ad assumere una rilevanza particolare nei pazienti affetti da mesotelioma pleurico e si riscontrano con maggior frequenza con il progredire della patologia oncologica verso le fasi più avanzate. La dispnea può non associarsi ad alterazioni della meccanica respiratoria, della frequenza del respiro o della saturazione e pertanto può essere molto spesso di difficile trattamento. Il mancato controllo di questo sintomo può portare, fin dalle fasi più precoci di malattia, ad un netto peggioramento della qualità di vita e quindi della sopravvivenza stessa del paziente.

I meccanismi fisiopatologici della dispnea sono complessi e non del tutto compresi; attualmente vengono identificate tre possibili meccanismi variabilmente associati: aumento dello sforzo respiratorio necessario per vincere un aumento del carico di lavoro, aumento della proporzione della muscolatura respiratoria utilizzata, aumento delle richieste ventilatorie. La difficoltà nella misurazione di questo sintomo è legata alla sua soggettività e alla multidimensionalità; nella pratica clinica possono essere utilizzate scale

verbali o analogiche visive, come per esempio la VAS impiegata per la misurazione del dolore.

Trattamento - Il trattamento della dispnea comprende norme comportamentali, terapie causali e trattamenti farmacologici. In primo luogo appare importante aiutare il paziente a posizionarsi nel modo più confortevole possibile, limitando gli sforzi; viene poi riferito frequentemente sollievo dalla percezione dell'aria fresca sulla faccia, probabilmente per una stimolazione dei recettori trigeminali. Nel caso del mesotelioma pleurico il trattamento causale più frequente è rappresentato dal drenaggio del versamento pleurico, tale manovra potrà essere ripetuta più volte valutando sempre le condizioni cliniche del paziente, il potenziale vantaggio sulla dispnea e l'aspettativa di vita. La terapia farmacologia infine comprende: broncodilatatori, corticosteroidi, oppioidi, benzodiazepine, diuretici e neurolettici. L'indicazione prevalente per i broncodilatatori, a causa dell'elevata frequenza di effetti collaterali (nausea, tachicardia e aritmie) è ridotta alla presenza di una componente asmatica restrittiva reversibile. I corticosteroidi trovano indicazione sia nelle esacerbazioni asmatiche che broncoostruttive, sia nelle interstiziopatie polmonari che nelle fibrosi post-attiniche; inoltre, sono di aiuto nel controllo delle forme di astenia associate. Gli oppioidi risultano efficaci nel controllo della dispnea ma l'esatto meccanismo non è del tutto noto; la loro azione sembra essere legata alla capacità di determinare sedazione ed analgesia, di ridurre la sensibilità alla CO₂, e di migliorare la funzionalità cardiaca; dubbia e controversa appare l'azione diretta sui recettori delle vie aeree quando impiegati per via inalatoria. Il farmaco di prima scelta è la morfina assunta per via orale o sottocutanea; tuttavia hanno dimostrato in alcuni studi una certa efficacia anche la diidrocodeina, l'idromorfone ed il fentanyl.

Nei casi di dispnea terminale, che rappresenta un grave stress per il paziente e la famiglia, trova largo impiego l'impiego di sedativi ed in particolare il midazolam.

Ossigenoterapia - Il ruolo dell'ossigenoterapia nella palliazione della dispnea è controverso poiché non sempre si assiste ad una ipossiemia correlata alla dispnea. Per l'erogazione dell'ossigeno dovrebbero essere preferite cannule nasali, capaci di determinare una stimolazione dei recettori endobasali; l'uso in continuo dovrebbe essere riservato ai casi di neoplasia toracica associata a pneumopatia e/o reale desaturazione. In un setting domiciliare è comunque utile proporre all'ammalato una bombola di ossigeno da impiegare al bisogno; tale presidio può assicurare molto il paziente e la sua famiglia.

Il rantolo terminale presente nei pazienti morenti descrive il rumore prodotto dai movimenti oscillatori delle secrezioni delle alte vie respiratorie, ed in circa l'80%, è

predittivo di una prognosi di 48 ore. Il trattamento di questo sintomo prevede l'impiego dei farmaci antimuscarinici (es. scopolamina) e richiede una riduzione dell'idratazione del paziente.

Cachessia e calo ponderale

La cachessia è definita dalle linee guida AIOM come “una sindrome multifattoriale caratterizzata perdita progressiva di massa muscolare” che porta ad un progressivo danno funzionale. Essa è caratterizzata da un bilancio proteico ed energetico negativo, le cui cause possono essere molteplici ma primariamente riconducibili ad un ridotto introito calorico e ad una alterazione metabolica.

Pertanto nella valutazione del paziente, fin dall'esordio, debbono essere eseguite le seguenti indagini: determinazione della massa magra e della forza muscolare, del grado di infiammazione sistemica, del grado di appetito e di apporto nutrizionale. Le valutazioni vengono poi impiegate nell'inquadramento diagnostico e prognostico del paziente.

Il trattamento della cachessia prevede l'impiego di trattamenti farmacologici, come il megestrolo acetato, i corticosteroidi ed i farmaci antiinfiammatori non steroidei, ma anche il supporto nutrizionale/dietetico ed il controllo di quei sintomi, come il dolore, la nausea o la stipsi, che possono interferire con un corretto apporto nutrizionale.

(DIPO Pavia – 2014).

4.4. Ruolo dell'infermiere nell'assistenza alla famiglia

Gli infermieri hanno un ruolo centrale nel fornire informazioni e coordinare i bisogni di assistenza e di supporto dei pazienti e dei loro accompagnatori. Questo include il collegamento con servizi come: cure palliative, dietetica, fisioterapia, un gruppo di aiuto, una guida spirituale. Data la rarità della malattia, le esigenze di supporto e informative sono complesse.

La British Thoracic Society Standards of Care Committee in Inghilterra, in una dichiarazione sul mesotelioma, hanno stabilito che un infermiere esperto, adeguatamente formato in assistenza al paziente con cancro al polmone (o dove l'incidenza locale è molto alta esperto in mesotelioma) dovrebbe essere coinvolto fin dall'inizio nel percorso di cura per sostenere il paziente e la sua famiglia e mantenere i contatti tra i servizi ospedalieri, cure primarie e servizi di cure palliative specialistiche.

Il ruolo dell'infermiere dovrebbe comprendere i seguenti elementi centrali:

- Comunicazione

- Informazione
- Continuità assistenziale
- Valutazione infermieristica
- Sostegno dei pazienti nelle decisioni
- Accessibilità
- Supporto

Comunicazione

Di solito è il medico specialista che fornisce al paziente la diagnosi, uno schema iniziale di gestione e la prognosi; il supporto di un infermiere è fondamentale in questo scenario. L'infermiere dovrebbe essere prontamente disponibile per ulteriori discussioni di questi temi con i pazienti e le loro famiglie, e offrire informazioni di supporto. Una comunicazione rapida con il medico di medicina generale dovrebbe essere garantita e dovrebbe includere i dettagli su estensione della malattia, ciò che è stato detto al paziente e il piano di gestione. Il medico di medicina generale dovrebbe essere coinvolto nelle decisioni del team multidisciplinare che riguardano le cure mediche, e mantenere la comunicazione nei complessi percorsi che devono essere conseguiti.

Informazioni

I pazienti affetti da mesotelioma maligno e le loro famiglie dovrebbero avere accesso alle informazioni verbali e scritte sulla malattia e sui sintomi, su fine-vita, sui trattamenti e potenziali complicanze e le implicazioni medico-legali. Contatti regolari con l'infermiere esperto sono necessari per attuare un flusso costante di informazioni in base alle esigenze del paziente. Gli infermieri esperti in cancro del polmone hanno bisogno di ottenere informazioni aggiornate sulle conoscenze ed esperienza nel campo del mesotelioma per consentire loro di soddisfare le esigenze dei loro pazienti.

L'infermiere dovrebbe informare i pazienti e i loro familiari che, a seguito di una diagnosi di mesotelioma maligno, il diritto ad alcuni benefici e/o indennità è automatico. L'infermiere può indirizzare il paziente e il caregiver familiare ad un'organizzazione che li può aiutare con il completamento dei moduli per la richiesta dei benefici. L'infermiere dovrebbe consigliare i pazienti su che tipo di aiuto è disponibile localmente e indirizzare le persone a organizzazioni locali che offrono un servizio di consulenza sui benefici.

Continuità assistenziale

L'infermiere esperto facilita il percorso di cura per il paziente e la famiglia durante la progressione della malattia, garantendo un buon collegamento tra servizi ospedalieri e cure primarie e l'accesso ai servizi di cure palliative e specialistiche come richiesto.

I pazienti dovrebbero essere a conoscenza di chi contattare in caso di necessità. Il servizio di assistenza infermieristica domiciliare o il servizio di cure palliative dovrebbe essere messo a conoscenza dei pazienti con diagnosi di mesotelioma maligno nella loro zona. Un approccio di squadra si dovrebbe adottare per soddisfare le esigenze di cura del paziente.

Valutazione infermieristica

La valutazione delle esigenze sia del paziente che della famiglia è importante. Deve comprendere sintomi fisici e la funzionalità fisica, problemi psicologici, le esigenze di assistenza sociale e le necessità di sostegno spirituale. La valutazione della famiglia comprende anche le loro preoccupazioni e necessità per sostegno nel periodo del lutto. Può essere necessario ripetere la valutazione in momenti chiave durante la malattia.

Sostenere il paziente nelle decisioni

Le opzioni di trattamento sono limitate, l'opinione di esperti è varia, la prognosi è quasi sempre infausta, questo significa che la preferenza del paziente è particolarmente rilevante quando si prendono decisioni sul trattamento del mesotelioma maligno. La relazione d'aiuto che l'infermiere stabilisce con il paziente e la famiglia può aiutarli a suscitare speranze e aspettative e garantire che le decisioni sul trattamento siano stabiliti di comune accordo.

Accessibilità

L'accesso tempestivo al team di assistenza sanitaria è fondamentale per garantire una rapida attenzione ai sintomi. L'infermiere è spesso nella migliore posizione per fornire delle informazioni al paziente per accedere ai servizi in base alle sue esigenze e ottenere le cure.

Supporto

I pazienti devono essere indirizzati ad un supporto adeguato per il cancro al polmone. In caso di numero sufficiente di pazienti affetti da mesotelioma maligno, lo sviluppo di un gruppo di sostegno locale è consigliato per offrire informazioni e supporto ai familiari quando hanno bisogno.

4.5. I gruppi di sostegno e le Associazioni

Le persone con malattia rara si trovano spesso in balia di molteplici disagi, causati da un lato da un'oggettiva difficoltà di ottenere una tempestiva diagnosi ed una adeguata terapia, dall'altro dalla frequente fatica nel reperire complete informazioni sui propri diritti. Tali circostanze contribuiscono ad esasperare il senso di solitudine, già insito nella

“rarità” della malattia.

In questo scenario si inseriscono le Associazioni, che assumono dunque un ruolo fondamentale nel sopperire ad alcune mancanze, anche istituzionali, ma soprattutto nel “dar voce” ai bisogni dei pazienti e dei loro familiari, non più “singoli” ma parte integrante di un insieme.

Le Associazioni, pertanto, prospettandosi come un importante punto di riferimento, potenziano e sviluppano un sistema di comunicazione e informazione attraverso un costante confronto di esperienze.

Affrontare e vivere con una diagnosi di mesotelioma è una cosa molto difficile da fare; prendersi cura di una persona cara che si è ammalata è una vera sfida, di solito è più di quello che una persona può gestire da sola. Oggi ci sono gruppi di sostegno per pazienti con mesotelioma (non importa dove essi vivono). Questi gruppi di sostegno e le organizzazioni possono aiutare i malati e le loro famiglie ad affrontare la malattia, le sue cure e il suo esito inevitabile. Questi gruppi possono essere di enorme aiuto per non affrontare la malattia da soli. La ricerca di sostegno non è un segno di debolezza e non si dovrebbe mai vedere in questo modo, abbiamo tutti bisogno di appoggiarsi a qualcuno in un certo momento.

Per scoprire se esistono dei gruppi di sostegno per il mesotelioma nella zona si può chiedere al medico specialista che ha fatto la diagnosi, all’infermiere presso il centro di trattamento del mesotelioma o al dipartimento di servizi sociali dell’ospedale; se la persona vive in una zona dove non ci sono gruppi di sostegno per il mesotelioma si possono cercare altri gruppi di sostegno locali o associazioni per i malati di cancro.

Alcuni gruppi di supporto sono gestite da un operatore sanitario, come ad esempio uno psicologo o assistente sociale. Altri gruppi, conosciuti come gruppi di pari o di gruppi di auto-aiuto, sono guidati da membri del gruppo che non hanno alcuna formazione medica specifica, ma sono i pazienti e/o i loro familiari che si riuniscono per condividere le loro esperienze. Alcuni gruppi di sostegno per il mesotelioma sono più strutturati e focalizzati su questioni pratiche relative alla malattia, come il modo di gestire gli effetti collaterali negativi dei trattamenti per il mesotelioma.

Ci sono disponibili anche gruppi di supporto online in forma di chat, blog e forum dedicati al cancro, persone che soffrono della stessa malattia descrivono la loro esperienza; i pazienti affetti da mesotelioma e le loro famiglie possono aderire a questi gruppi online e scambiare idee sulla malattia in generale, il suo trattamento, le nuove cure sperimentale, i problemi emotivi e altro ancora; la maggior parte di questi forum e chat

sono accessibili gratuitamente e sono sempre a disposizione per tenersi in contatto in qualsiasi momento, ogni giorno; Alcuni gruppi forniscono seminari online o altre opportunità educative sul mesotelioma in aggiunta al supporto emotivo o pratico anche per gli operatori sanitari.

Alcuni dei più popolari gruppi di supporto online per i pazienti affetti da mesotelioma, le loro famiglie e i loro amici sono:

Il **Gruppo Italiano Mesotelioma**, che riunisce ricercatori di base e clinici attivamente impegnati nella ricerca, pre-clinica e clinica, inerente questa neoplasia maligna. Il Gruppo ha come proprie finalità istituzionali quelle di:

- Assistere i malati affetti da mesotelioma maligno e le loro famiglie (anche da un punto di vista socio-sanitario), e attraverso l'accesso ad un network di Centri ad elevata specializzazione collegati tra loro, garantire un elevato standard di trattamento ed offrire nuovi trattamenti sperimentali, altrimenti difficilmente accessibili a questi pazienti;
- sviluppare la ricerca pre-clinica nel campo del mesotelioma e translare i suoi risultati nella pratica clinica il più tempestivamente possibile, al fine di raggiungere l'obiettivo di una sempre migliore assistenza;
- formare adeguatamente personale sanitario nel campo della ricerca, diagnosi e cura del mesotelioma.

Il progetto **MAIDASOLI** - è un Progetto della LILT di Alessandria realizzato dell'Azienda Ospedaliera Nazionale SS. Antonio e Biagio e C. Arrigo in collaborazione con l'ASL AL grazie al contributo della Fondazione Buzzi Unicem Onlus. Il suo nome è un acronimo formato con le lettere delle parole chiave del progetto stesso:

MESOTELIOMA, ACCOGLIERE, INFORMARE, CONDIVIDERE, ASSISTERE, SOLLEVARE, FACILITARE

L'obiettivo principale è quello di prestare particolare attenzione al paziente affetto da Mesotelioma, accogliendolo e seguendolo dal principio, dal sospetto alla diagnosi, fornendogli le informazioni utili a conoscere la patologia, le opzioni terapeutiche e i protocolli sperimentali, fino alla condivisione del caso in ambito multidisciplinare con i vari specialisti di riferimento.

L'assistenza non vuole limitarsi al solo paziente ma si estende anche ai familiari per sollevarli dalle possibili incombenze burocratiche in campo sanitario e per facilitarli nella prenotazione delle visite previste nel PDTA (Percorso Diagnostico Terapeutico Assistenziale) ed eventuali visite specialistiche anche al di fuori della Struttura Sanitaria di riferimento.

Il Progetto MAI DA SOLI si propone quindi come punto di riferimento utile e completo

per il Paziente e per i suoi familiari, aiutandoli ad affrontare una malattia come il Mesotelioma.

4.6. Centro Documentazione sull'amianto e sulle malattie amianto correlate "Marco Vettori"

Il Centro di Documentazione sull'Amianto e malattie amianto correlate "Marco Vettori" (CEDAMAC) nasce nel marzo 2013 a Pistoia, e viene gestito dalla Fondazione Pofferi in collaborazione con molti Enti pubblici che si occupano del problema amianto. Ha sede presso la Fondazione ONLUS Attilia Pofferi, riconosciuta con Decreto del Presidente della Regione Toscana fin dal 1992, che si occupa da oltre 20 anni di epidemiologia oncologica e di divulgazione su temi di prevenzione oncologica.

Il primo e fondamentale nucleo del Centro Documentazione è costituito dall'archivio (circa 2000 documenti) che Marco Vettori, ex operaio della Ditta San Giorgio (poi denominata Breda Ferroviaria), ha creato nel corso della sua vita e che la Famiglia Vettori ha deciso di donare alla Fondazione Pofferi in seguito alla prematura scomparsa di Marco, nel marzo 2013.

Poco prima della morte, Vettori aveva incaricato la Fondazione ONLUS Attilia Pofferi di gestire e divulgare il materiale da lui raccolto, per informare in maniera estesa e continua i cittadini, gli studiosi, gli interessati ai temi legati all'amianto da diversi punti di vista, storico, scientifici, sociologico e sanitario.

Fanno parte dell'archivio anche una serie di articoli scientifici (circa 1400) donato dalla Dr.ssa Elisabetta Chellini, dell'ISPO Firenze.

L'Archivio Vettori è in via di informatizzazione, mediante un programma, ospitato in un sito dedicato, che renderà consultabili direttamente via web i documenti raccolti.

Il Centro Vettori si propone di essere un Centro di Riferimento Regionale per la documentazione sull'amianto e sulle malattie amianto correlate, sia da un punto di vista storico che informativo.

Il Centro è a disposizione di chiunque voglia avere notizie relative a questi temi, in primis gli esposti e i famigliari delle vittime dell'amianto.

Punto di forza del Centro Documentazione "Marco Vettori" sono i volontari, che rappresentano gli esposti ed ex-esposti all'amianto, provenienti dalla Breda Ferroviaria, ma non solo da questa ditta, e non soltanto da Pistoia; i parenti delle vittime dell'amianto; chiunque voglia aiutarci a tenere sotto i riflettori questo problema, troppo spesso dimenticato e taciuto.

Il Centro Vettori collabora con il Comune di Pistoia, la Società della Salute di Pistoia, l'Associazione Famigliari e vittime dell'Amianto di Casale Monferrato, l'Istituto per lo Studio e la Prevenzione Oncologica (ISPO) di Firenze, l'Unità Funzionale Interaziendale per la diagnosi e terapia del mesotelioma (UFIM) dell'Ospedale di Alessandria ASO AL, <http://www.meso.ospedale.al.it>), le strutture sanitarie di Medicina del Lavoro delle Università di Siena e Pisa, l'area Pistoiese dell'ASL TOSCANA CENTRO.

Il Centro si avvale operativamente di un Coordinamento composto da operatori della Fondazione Pofferi, rappresentanti di organizzazioni sindacali, Istituzioni pubbliche e Associazioni che si occupano a vario titolo di tutela dei lavoratori, oltre che da membri della famiglia Vettori e amici di Marco Vettori.

Il Centro Vettori ha inoltre nominato un proprio Comitato Scientifico composto da Elisabetta Chellini (ISPO), Alfonso Cristaudo (Università di Pisa) e Pietro Sartorelli (Università di Siena).

CAPITOLO 5. MEDICINA NARRATIVA

5.1. Le origini

Il termine medicina narrativa è stato coniato da Rita Charon, medico internista della Harvard Medical School University. Appassionata di letteratura, la Charon notò come questa sua ulteriore formazione accademica l'avesse migliorata nel comprendere i racconti dei propri pazienti, aiutandola nel rispondere ai bisogni, anzitutto umani, sia dei malati sia dei propri colleghi.

Nel 1999 scrisse la tesi di dottorato sull'uso di metodi letterari nella comprensione dei testi e nel lavoro della medicina; poi come direttore del programma in scienze umane e della medicina clinica presso la Columbia University mise a punto un innovativo metodo di insegnamento: il sistema “parallel chart”, che unisce letteratura e medicina insieme per migliorare il rapporto medico-paziente e fa parte dell'unico corso di competenza narrativa in una scuola medica degli Stati Uniti d'America.

In questi giorni, la principale interazione tra medico e paziente è spesso tecnologica, con medici che si basano su test diagnostici complessi risultato dei più recenti progressi della medicina. Questa perdita arte di ascoltare è stata l'ispirazione dietro alla nascita di un fiorente movimento in scuole mediche in tutto il paese: la medicina narrativa. La malattia descritta dal medico è una struttura concettuale abbastanza semplice e lineare, in cui è possibile osservare e descrivere fattori di rischio, una o più cause, uno specifico danno biochimico, metabolico, cellulare, di organo, di apparato. Essa ha un nome, un decorso, un esito, ed il suo andamento clinico può venire modificato mediante un opportuno trattamento. La malattia vissuta dal malato è alquanto diversa; essa ha certo a che fare con la biologia, ma soprattutto ha a che fare con i fattori che non sono biologici: fattori

estremamente soggettivi, validi per quello specifico malato e non per altre persone pur affette dalla medesima patologia. In realtà la differenza tra malattia clinica e malattia vissuta è tale che sarebbe necessario chiamarle due nomi diversi.

Il modello concettuale della Narrative Based Medicine (NBM) è stato sviluppato alla Harvard Medical School da B. J. Good.; nel saggio *Narrare la malattia – uno sguardo antropologico sulla relazione medico paziente*, egli rivisita il rapporto terapeutico incentrandosi sulle differenti concezioni di malattia sia soggettive sia culturali dalla parte del medico e dalla parte del paziente; ciò porta inevitabilmente allo scontro comunicativo fra le due parti, per cui vengono analizzate le diversità che incrinano tale rapporto dialogico. I pazienti affetti da dolore cronico, spesso sono profondamente coinvolti nel sistema assistenziale sanitario, in quanto vi permangono per trarre sollievo e una cura efficace. Le loro interazioni con il sistema medico svolgono un ruolo cruciale nel formare la loro esperienza infatti la malattia non si verifica solo nel corpo ma nel tempo, in un luogo, nella storia, nel contesto dell'esperienza vissuta e del mondo sociale le narrazioni sono centrali per capire l'esperienza della malattia in relazione ad altri eventi o esperienze esistenziali. (Good B.J., 1999).

5.2. Diffusione in Italia

“Oggi, in un’epoca in cui la medicina ha raggiunto straordinari traguardi di sviluppo tecnologico ed il concetto di medicina basata sulle evidenze è ormai molto familiare, si è sentita l’esigenza di recuperare il rapporto medico-paziente, dove la narrazione della patologia del paziente al medico è considerata al pari dei segni e dei sintomi clinici della malattia stessa. Ed è proprio in questa ottica che nasce questo sito, con l’intento di promuovere lo sviluppo della capacità narrativa in chi soffre, ma anche in chi lavora giornalmente con tale sofferenza, favorendo il reciproco incontro” (introduzione al sito www.medicinanarrativa.it): già ci suggerisce in che modo la diffusione in Italia della corrente americana abbia raggiunto livelli capillari.

L’Istituto “Change” di Torino organizza seminari e corsi di medicina narrativa e di counseling narrativo. Da questa esperienza è nato il libro di Giorgio Bert “Medicina e narrativa. Storie di cura nel rapporto medico – paziente”. Vincenzo Masini, ha pubblicato recentemente “Medicina Narrativa. Comunicazione empatica ed interazione dinamica nella relazione medico-paziente” in cui affronta il tema delle forme di relazione tra medico e paziente. Masini illustra la dettagliata analisi delle relazioni critiche (equivoco,

insofferenza, esitamento, delusione, incomprensione, ecc.) e le posizioni relazionali che ne sono antidoto (riconoscimento, dialogica, complementarità, mediazione, ecc.) e discute sulla pragmatica comunicativa più appropriata per generarle: interazione dinamica, accoglimento empatico emotivo - affettivo, la comunicazione simbolica.

La prima ricerca italiana sulle storie di malattia che abbia cercato di integrare in modo sistematico l'approccio della Medicina Narrativa con quello della Medicina delle Evidenze, è stata riportata e discussa nel libro "Storie di cura. Medicina narrativa e medicina delle evidenze: l'integrazione possibile", Franco Angeli, 2005. Il libro nasce dalla proposta dell'Agenzia Sanitaria della Regione Emilia-Romagna di sperimentare metodologie nuove per la valutazione, non solo quantitativa ma anche qualitativa, della qualità percepita dei servizi sanitari erogati; qualità adeguata non solo ai progressi tecnologici, ma anche al vissuto emotivo - affettivo dei pazienti e dei loro familiari. I pazienti che hanno preso parte allo studio appartengono a tre gruppi di patologie croniche, con la necessità, come tali, di maggiore integrazione tra la biomedicina e i loro personali bisogni, oltre che di interventi multidisciplinari: il paziente con cardiopatia ischemica, con bronco - pneumopatia cronica e il post-comatoso. Le basi teoriche del metodo usato sono: il modello ermeneutico - culturale, la narrazione in ambito biomedico, la connessione tra medicina basata sulla narrazione e medicina delle evidenze.

L'interesse deriva dall'essere riusciti a mettere in pratica una metodologia che restituisce al modello biomedico la competenza narrativa: questo permette di superare l'applicazione meccanicistica delle evidenze sperimentali, adattandole non solo al singolo paziente ma, cosa nuova, a un servizio rivolto a quel particolare paziente e ai suoi caregiver.

Il sito dell'Istituto Superiore di Sanità ha inserito la metodologia della medicina narrativa nell'ambito del progetto "Malattie rare e Narrative medicine: integrazioni e contributi nei progetti di salute pubblica, qualità della vita, accessibilità ai servizi sanitari, formazione", avente per obiettivo la raccolta e l'analisi di storie di illness ed esperienze di malattia. Fra gli obiettivi risaltano la volontà di integrare le evidenze basate sulle narrazioni -NBM- con le evidenze basate sulla medicina nel campo delle malattie rare, e la compartecipazione dei pazienti nel processo terapeutico.

Nei giorni 11, 12 e 13 giugno 2014 è stata celebrata la Conferenza di Consenso (Consensus Conference) "Linee di indirizzo per l'utilizzo della medicina narrativa in ambito clinico-assistenziale, per le malattie rare e cronico-degenerative", le cui conclusioni sono state diffuse nell'ambito del Second International Congress "NARRATIVE MEDICINE AND RARE DISEASES", dal Presidente di Giuria, prof.

Sandro Spinsanti, organizzato dall'Istituto Superiore di Sanità con il CNMR (Centro Nazionale Malattie Rare).

5.3. La definizione di medicina narrativa

Con il termine di Medicina Narrativa (mutuato dall'inglese Narrative Medicine) si intende una metodologia d'intervento clinico-assistenziale basata su una specifica competenza comunicativa. La narrazione è lo strumento fondamentale per acquisire, comprendere e integrare i diversi punti di vista di quanti intervengono nella malattia e nel processo di cura. Il fine è la costruzione condivisa di un percorso di cura personalizzato (storia di cura).

La Medicina Narrativa (NBM) si integra con l'Evidence-Based Medicine (EBM) e, tenendo conto della pluralità delle prospettive, rende le decisioni clinico-assistenziali più complete, personalizzate, efficaci e appropriate.

La narrazione del paziente e di chi se ne prende cura è un elemento imprescindibile della medicina contemporanea, fondata sulla partecipazione attiva dei soggetti coinvolti nelle scelte. Le persone, attraverso le loro storie, diventano protagoniste del processo di cura.

(CNMR – Conferenza di consenso)

5.4. Le metodologie e gli strumenti utilizzati nell'ambito della medicina narrativa

La Medicina Narrativa fa riferimento prevalentemente a tre differenti approcci analitici derivanti da diversi ambiti disciplinari:

- Narratologico (letteratura);
- fenomenologico-ermeneutico (filosofia);
- socio-antropologico (scienze sociali).

Nella letteratura scientifica esiste una pluralità di strumenti proposti in rapporto a differenti contesti, obiettivi e attori. Non esistono prove che uno strumento sia migliore dell'altro. Di seguito alcuni esempi:

- Colloquio condotto con competenze narrative;
- interviste narrative semi-strutturate;
- parallel charts (cartella parallela);
- Story Sharing Intervention (SSI);
- scrittura riflessiva;

- narratore vicario;
- videointervista.

Criteri di utilizzo degli strumenti:

- Importanza di lasciare libero l'intervistato nell'usare la modalità narrativa a lui più confacente;
- contenere la dimensione del racconto, finalizzandolo ad un risvolto operativo nelle cure.

(CNMR – Conferenza di consenso)

5.5. Gli ambiti dove può essere utilizzata la medicina narrativa

Alla luce delle esperienze applicative a oggi realizzate, in carenza di una metodologia valutativa consolidata, sulla base delle conoscenze degli esperti, la Medicina Narrativa, riportando il paziente al centro del processo di cura, può essere utilizzata nei seguenti ambiti:

- Prevenzione, diagnosi, terapia e riabilitazione;
- aderenza al trattamento;
- funzionamento del team di cura;
- consapevolezza del ruolo professionale e del proprio mondo emotivo da parte degli operatori sanitari e socio-sanitari;
- prevenzione del burn-out degli operatori e dei caregiver;
- promozione e implementazione dei PDTA;
- ottimizzazione delle risorse economiche;
- prevenzione dei contenziosi giuridici e della medicina difensiva.

(CNMR – Conferenza di consenso)

5.6. L'utilità della medicina narrativa

I principali esiti riscontrati in letteratura rispetto alle esperienze applicative della medicina narrativa nella pratica e nella relazione clinica sono:

- Maggiore compliance;
- maggiore empowerment dei pazienti;
- maggiore soddisfazione degli operatori;
- maggiore consapevolezza dei pazienti;
- miglioramento dell'efficacia e dell'efficienza dei servizi sanitari, che evitano prestazioni inutili e scarsa compliance dei pazienti;

- migliorata percezione della qualità della vita.

Rischi rispetto alle esperienze applicative della medicina narrativa nella pratica e nella relazione clinica:

- Utilizzo delle narrazioni del paziente a scopo manipolatorio da parte dell'operatore che vi ricorre per accrescere la propria influenza sul paziente;

- utilizzo delle narrazioni a scopo manipolatorio da parte del paziente: il racconto di elementi falsi, se non intercettati, può mettere a rischio l'adeguatezza delle pratiche di cura;

- utilizzo delle narrazioni pubbliche a scopo manipolatorio da parte di privati (per esempio aziende farmaceutiche, cliniche private, singoli professionisti).

(CNMR – Conferenza di consenso)

5.7. Storie di malattia: Il mesotelioma

L'uso del racconto è sempre stato un modo per trasferire conoscenze e condividere esperienze all'interno dell'ambito sanitario tra professionisti. La medicina narrativa invece si è sviluppata più recentemente con l'idea di migliorare le relazioni con i pazienti. Ma l'uso di storie e racconti offre prospettive nuove; in particolare la possibilità di essere una strategia innovativa per trasferire le prove scientifiche provenienti dalla ricerca a pazienti e famiglie.

Raccogliere e condividere storie di malattia è un modo per condividere difficoltà e soluzioni, in breve confrontarsi sulle realtà della cura. Dalla raccolta e l'analisi di storie dei caregiver i professionisti sanitari traggono un aiuto significativo nel conoscere meglio l'impatto che può avere il prendersi cura delle famiglie, così come la realtà dei servizi socio-sanitari. Uno dei più grandi contributi delle storie, per i professionisti, risiede nell'identificare difficoltà e lacune nei servizi. Le narrazioni coinvolgono caregiver e pazienti nell'insegnamento e nella formazione continua. Le storie di malattia hanno un valore pedagogico ed epidemiologico, la medicina narrativa assume il ruolo di strumento utile per la valutazione e nel miglioramento dei servizi.

(CNMR – Conferenza di consenso, 2014)

Testimonianze dai libri

Guido Iocca, nel suo libro "Casale Monferrato: la polvere che uccide" ha raccolto le testimonianze di dieci ex lavoratori dello stabilimento che si sono ammalati di asbestosi e

anche di dieci abitanti della città piemontese, parenti sopravvissuti di malati colpiti da infermità ancora più insidiose, soprattutto mesotelioma pleurico e carcinoma polmonare. Ho riportato alcune citazioni che esprimono il vissuto dei pazienti e le loro famiglie:

“Non ho più lacrime. Dopo la morte di Maria Rosa, mia figlia, non sono più la stessa. Quando lei è venuta a mancare, nel 2004, non sono riuscita a piangere. L’amianto si era portato via la cosa più cara che avevo al mondo. Non mi sembrava possibile. Il mesotelioma era tornato a colpire ancora la mia famiglia. Per la quarta volta. Senza considerare le morti tra gli amici più cari e i vicini di casa: quelle ormai ho smesso di contarli. Il primo ad andarsene è stato mio marito. In quell’occasione, ho provato il primo vero dolore della mia vita. (...) Grazie alla mia insistenza, andò a farsi visitare all’ospedale di Casale, dove gli diagnosticarono il mesotelioma. Nonostante fosse molto forte, nonostante inizialmente funzionasse su di lui la chemio, Mario visse ancora per poco più di un anno, fino al maggio dell’83, dopo essere passato per un calvario di sofferenze, perché il suo era un mesotelioma di quelli definiti <<senza liquidi>>. I peggiori. Ben presto, al grande dolore si sostituì in me la rabbia. Una rabbia tremenda. Mi sembrava incredibile che si potesse morire di lavoro. (...) La vicenda di mia figlia, dicevo, mi ha privato di tutte le lacrime. Davanti a lei non ho mai pianto. Neanche quando una sera mi ha chiesto: <<Mamma, per quanto tempo pensi che andrò avanti?>> Io non sapevo che dirle. La guardavo e neanche allora trovavo delle risposte. Le stavo vicino; soprattutto negli ultimi tempi ero spesso a casa sua, nella stanza che era stata di Michele. Ma di notte non riuscivo a dormire. Mi alzavo spesso dal letto e mi mettevo a guardarla, di nascosto: era diventata ancora più bella, molto di più di quanto non lo fosse stata da ragazza.” Romana B. (p.83-84)

“Quando certe cose accadono, non si è mai pronti. Anche se ne hai visti tanti, tra parenti, amici e conoscenti, ammalarsi prima di te, pensi che non è possibile che ti sia toccata la stessa sorte. Per quanto mi sforzassi di ricacciare indietro i pensieri più brutti, doveti tuttavia fare presto i conti con la cruda realtà. Mi ero svegliata una mattina di febbraio del 2006 con un tremendo mal di schiena, una fitta che si propagava fin sotto la scapola sinistra. Provai con degli antinfiammatori, ma non riuscii a farmi passare il dolore. Mi ricordai allora di un’operazione a cui mi ero sottoposta da bambina per correggere una scoliosi. Pensai che potesse trattarsi dei postumi di quel problema. Andai avanti per un

po' di tempo così, cercando di non prendere in considerazione le ipotesi più preoccupanti avanzate dai medici: fino a che, a maggio, dovetti arrendermi all'evidenza dei fatti. Una semplice radiografia mise in risalto una macchia nei polmoni, che a una prima visione degli analisti sembrò essere un inspessimento della pleura. Subito dopo, una biopsia confermò la prima impressione: mesotelioma pleurico. Sono quattro anni che mi domando come posso essermi presa questa terribile malattia. All'Eternit non ho mai lavorato. Ma questo non significa niente. L'inquinamento ambientale a Casale ha toccato il suo punto più alto negli anni Cinquanta-Sessanta, quando io ero piccola. (...) Nel luglio del 2006 inizia la mia lunga battaglia contro il mesotelioma: prima la chemioterapia a Casale, per cercare di ridurre la lesione; poi l'operazione a Novara, nel reparto della professoressa Caterina Casadio che consiste nell'asportazione della pleura, quindi, una nuova chemio, ancora a Casale. Infine un ciclo di chemioterapia, a Milano, che si conclude nell'aprile del 2007. Durante tutta questa fase di cura, sto a casa per soli 40 giorni nell'arco di tempo che va dall'ottobre al dicembre 2006. Per il resto, cerco di condurre la mia vita normalmente. Frequento i miei amici, i miei tre fratelli, sto con il mio compagno e, soprattutto, continuo a lavorare. (...) I miei colleghi, praticamente dal giorno in cui mi è stato diagnosticato il mesotelioma, hanno cominciato farsi in quattro e a svolgere anche parte delle mie mansioni. Non so spiegarlo diversamente: c'è stata come una moltiplicazione di energie. Una bellissima dimostrazione di solidarietà. Senza di loro oggi non saprei come fare. (...) Attualmente, sto seguendo una terapia sperimentale: due farmaci combinati messi a punto dal dottor Luciano Mutti, primario di medicina all'ospedale di Borgosesia. L'obiettivo è quello di rallentare l'avanzamento della malattia, cercando di uccidere le cellule prodotte dal cancro. Funziona? Direi proprio di sì, visto che sono quattro anni che convivo con il mesotelioma. Un caso decisamente raro, perché generalmente il decorso di questo male ha una durata media di un anno, un anno e mezzo. Poi sopraggiunge la morte. E così, non ci si può far niente: il mesotelioma può anche avere trent'anni di latenza, ma quando arriva ha molta fretta e comunque la cosa funziona a periodi alterni: dei giorni il dolore è intenso, quasi insopportabile, degli altri giorni non si avverte nemmeno un po' di fastidio. La verità però è un'altra: il dolore lo puoi controllare con i farmaci; quello che invece non riesci a collare è l'angoscia che ti prende quando ti trovi in una situazione come la mia. È difficile da descrivere: ti crolla il mondo addosso. Non puoi fare progetti a lunga scadenza, perché tanto lo sai che non potrai mai guarire. Una situazione di precarietà assoluta: ti senti come sospesa, la tua sorte non dipende da te, né da nessun

altro. Cerchi di stare il meglio possibile, ma non è facile. (...) Luisa M. (deceduta il 6 luglio 2010) (p.89-92)

“Tutto è cominciato nel giugno di due anni prima, con un forte dolore dietro alle spalle. Un sintomo piuttosto diffuso, non certo un motivo immediato di preoccupazione, in tutto il resto d’Italia; un serio campanello d’allarme se riguarda un cittadino di Casale Monferrato, dove qualsiasi medico di base in presenza di casi del genere – considerata l’enorme diffusione, a partire dagli anni Ottanta, delle infermità asbestocorrelate – è solito consigliare al proprio paziente una visita approfondita in ospedale, quando non addirittura il ricovero. È esattamente quanto è successo a mio padre, Al Santo Spirito, il nosocomio cittadino, gli trovano i polmoni pieni d’acqua. Altri accertamenti. Poi, il 25 luglio, la terribile diagnosi. (...) nel momento in cui viene rilevata, è ritenuta inoperabile. Sta di fatto che né lui, né tantomeno noi, ci perdiamo d’animo: un amico ci dà il numero di telefono del professor Maggi, che opera alle Molinette di Torino. Con lui si programma un ciclo di tre mesi di chemioterapia. Papà ne esce parecchio debilitato, ma guarda lo stesso con una certa fiducia all’intervento. Che avviene nel mese di novembre e che, da un punto di vista tecnico, riesce piuttosto bene. Certo, a raccomandarla, la cosa fa impressione, perché gli asportano pleura e polmone: un passaggio obbligato, ci avevano spiegato in precedenza i sanitari, quando il nemico da sconfiggere si chiama mesotelioma. Ma quel che più conta è che, una volta dimesso, lui reagisce al meglio e riprende a fare una vita abbastanza dignitosa. Lo so bene, e come me lo sanno altrettanto bene il mio fratello, mia sorella e mia madre, che dalla sua malattia non si guarisce. E tuttavia vederlo tornare a essere quello di sempre ci dà una gioia enorme. Una situazione di quasi normalità, in cui riesce anche a trovare il tempo – e soprattutto la voglia – di dedicarsi a suo nipote, il mio figlio, di starli vicino e di trasmetterli i suoi valori, nel modo giusto, come può riuscire a fare solamente un uomo con le sue immense doti di umanità. Si va avanti così per più o meno un anno e mezzo, fino a quando nel giugno del 2003 la malattia non riparte. A quel punto, ne siamo perfettamente consapevoli, c’è solo da aspettare la fine, sperando che tutto si risolva nel modo più rapido e indolore

possibile. E la fine di mio padre giunge nel mese di novembre. Fino all'ultimo istante gli sono vicine le persone che nella vita lui più ha amato e che più lo hanno amato. Un pensiero che anche oggi mi conforta, e che serve a lenire parzialmente il dolore provocato dalla sua perdita. (...) alla fine era irriconoscibile, dormiva la maggior parte della giornata, non poteva separarsi dal tubo di ossigeno e dimostrava più di 80 anni. Un'immagine che non riesco a togliermi dagli occhi. Così come non riesco ancora a liberarmi dall'enorme carico di rabbia che ho accumulato in quei giorni, soprattutto quando penso ai responsabili della morte prematura di papà." Massimo P. (p.97-99)

"Mi sono accorto di star male del tutto casualmente. Il 13 luglio dello scorso anno ero a casa a fare dei banalissimi lavori di manutenzione quando sono caduto sbattendo con la schiena sul pavimento. Preoccupato per un'eventuale incrinatura delle costole, mi sono recato dopo un po' al pronto soccorso, dove il medico di turno, dopo aver visionato la lastra che mi era stata appena fatta, ha detto: <<guardi, nella parte destra, dove ha dolore, non c'è niente, ma nella sinistra c'è un evidente versamento pleurico>>. Ho saputo di avere qualcosa di grave così, per uno strano scherzo del destino. Sì, perché nei giorni precedenti non avevo avvertito alcun male e senza l'incidente domestico molto probabilmente non mi sarei accorto di nulla per chissà quanto tempo ancora. È andata così: è stato un colpo di fortuna? Non so che dire: sta di fatto che a partire da quel 13 luglio ho cominciato a famigliarizzare – io che avevo sempre goduto di buonissima salute – con tutta una serie di prove e di analisi mediche di cui ignoravo addirittura l'esistenza. Il 30 luglio, il giorno del trentaduesimo anniversario del mio matrimonio, la diagnosi dell'ospedale: mesotelioma fibroso maligno. Quanto è cambiata la mia vita? Pochissimo, direi. Il fatto è che io alla malattia non ci penso. Sono fatto così. Piangermi addosso non mi è piaciuto, e così ho deciso fin dal primo momento che avrei continuato a fare le stesse cose di sempre. Come se fosse nulla. Certo, non tutto mi riesce come prima: qualche giorno fa in montagna – dove ho sempre camminato per chilometri e chilometri, senza stancarmi – ho avuto il fiato grosso dopo solo qualche centinaio di metri. Ma, laddove il fisico me lo permette, non rinuncio a niente. Questa è stata la mia reazione al mesotelioma. So anche che questo atteggiamento me lo posso permettere ora, che sono quasi all'inizio del percorso, che probabilmente tra qualche tempo non riuscirò nemmeno a muovermi, che avrò molto meno voglia di vivere di oggi. Proprio per questo, e a maggior ragione, sono più che intenzionato a godermi questi momenti. (...) Continuo come più di prima a coltivare i miei hobby. Che sono tantissimi. A cominciare della lettura. Una passione che ho da quando ero piccolo, e che mi ha permesso di prendere

senza problemi – se non quelli derivanti dalla fatica che comporta conciliare il lavoro con lo studio – la licenza di terza media frequentando le scuole serali. Leggo di tutto, ma soprattutto mi interessano i libri di astronomia, l'altra mia grande passione. Con il mio telescopio, la sera scruto il cielo: non c'è più molto da vedere, a causa dell'inquinamento ambientale, ma non è nemmeno così raro che mi riesca di avvisare il passaggio di qualche meteorite.” Luigi G. (p. 105-108)

Testimonianze da siti internet

“Lunedì 22 febbraio, dopo quasi 14 mesi dalla diagnosi di mesotelioma pleurico di tipo epiteliale (il primo gennaio 2015... Che inizio...), si è spento il mio adorato papà... 78 anni, diventato nonno 11 mesi fa, viveva per il mio bimbo arrivato in un clima di gioia minato dalla scoperta di questo male schifoso... Mentre io dopo tanta fatica stavo per diventare mamma mi dicevano che in breve tempo avrei perso il mio pilastro. Inutile nascondergli con tutte le forze la verità, 35 anni di lavoro alla Fincantieri di Riva Trigoso, colleghi persi per la stessa causa e la parola AMIANTO pesante come un macigno lo hanno in breve tempo fiaccato nello spirito e nella speranza. Inutili i cicli di chemio come da protocollo e un miglioramento a giugno...il suo fisico da gran lavoratore, da uomo che adorava la sua terra in campagna e mai si risparmiava per niente e nessuno è stato aggredito in modo irrispettoso. Lo abbiamo visto dimagrire, perdere forza nelle gambe ed appetito, interessi e voglia di uscire, passare settimane in ospedale compreso il nostro ultimo Natale insieme... Terapia del dolore inutile, gli ultimi periodi a casa lo portavamo in bagno io e la mamma, lo imboccavamo, lo cambiavamo e avevamo paura a toccarlo per i dolori che lamentava ovunque e perché sembrava un reduce da un campo di concentramento... Ho dovuto sentire dalla sua bocca che voleva morire, che si sentiva già la testa nella cassa e io mi sentivo morire con lui. Fino a non alzarsi più, a non aprire più gli occhi nonostante gli parlassimo, a sentirci dire dal pneumologo ke era alla fine e doveva essere ricoverato per farlo morire con dignità e serenità, sotto morfina. Quattro giorni atroci, per noi impotenti e distrutti, per lui che non volevamo altro che qualcuno si portasse via, finalmente in pace. Sono arrabbiata, triste, allibita, vorrei che si potesse fare di più per questa malattia impietosa e mi fa schifo che lo Stato abbia permesso a così tante persone di lavorare in ambienti malsani a contatto con qualcosa che credo fortemente sapessero nocivo.... Anzi, mortale. Vorrei abbracciare

forte coloro che sono colpiti da mesotelioma e i loro cari, perché è tremendo vivere un simile calvario sapendo a cosa conduce. Non c'è cosa più tremenda del vivere senza speranza” Federica A. 25 febbraio 2016, Sestri Levante

(<http://gime.it/index.php/it/la-tua-esperienza>)

“A mia madre, 58 anni, da una settimana è stato diagnosticato un mesotelioma alla pleura epitelioide. Leggendo fra le esperienze di tutti mi sembra che sia la tipologia con aspettativa di vita più lunga e questo mi rincuora un po'...per altro abbiamo forse la speranza di averlo preso ad uno stadio iniziale, e anche questo fa ben sperare. Inizierà i cicli di chemio settimana prossima e già se si vedranno miglioramenti ci riterremo fortunati e con un po' meno di acqua alla gola. Mia madre per ora sta bene, si sta riprendendo dai dolori della VATS, che non sono pochi - qualcuno dopo venti giorni ha continuato a soffrirne? Scrivo sperando che questa esperienza sia utile a qualcuno anche nel futuro, io ho trovato un po' di sollievo a leggere alcune delle vostre, per cui male non farà, e anche per fornire qualche spunto in termini di ricerca di una cura, e magari ricevere qualche riscontro... Leggo che per tutti la procedura è stata la stessa: chemio, operazione, chemio/radio...noi ci stiamo documentando anche su ipertermia, Proton terapia, immunoterapia e nutrizione. Qualcuno ne ha mai avuto esperienza? sa dirmi qualcosa sull'efficacia? Statistiche se ne trovano poche su qualsiasi procedura, dunque un po' questa mancanza di informazione e un po' la paura che anche il dolore si faccia business, ci fa avanzare con cautela... Io credo che, data la rarità e l'aggressività della malattia, valga la pena provare qualsiasi cosa...” Martina C., 23 febbraio 2016, Milano
(<http://gime.it/index.php/it/la-tua-esperienza>)

“La nostra storia è iniziata nel mese di agosto 2013. A seguito di una banale ecografia, si scopre che mio marito ha l'addome pieno di liquido (ci diranno dopo che era ascite) pronto soccorso immediato ricovero e l'amara scoperta Mesotelioma peritoneale esteso, nessuna chemioterapia avrebbe sortito effetti,6 mesi di vita al massimo. Nel mese di settembre 2013 si decide immediatamente per peritonectomia con infusione chemioterapica 14 ore di intervento post-ricovero durissimo, deviazione, e tutte le conseguenze del caso fortissimo calo ponderale quasi 17 kg. Mio marito ha oggi quasi 61

*anni all'epoca della scoperta della malattia ne aveva 58 e ha sempre goduto di ottima salute. Nel maggio 2014 nuovo intervento chirurgico per ricollocazione intestinale. Purtroppo dopo soli 12 mesi circa al controllo del tac, che peraltro fa ogni tre mesi, la malattia si è presentata anche a livello pleurico, nuovo intervento per prelevare campioni di pleura e la diagnosi parla chiaro la malattia è la stessa gli esiti parlano di ripresa del mesotelioma a livello pleurico. Si procede con 6 cicli di chemioterapia. Al controllo di esegue una nuova per e il SUV diminuisce i medici ci dicono che bisogna intervenire con un nuovo intervento chirurgico, pleurectomia estesa parietale e viscerale. Anche questo intervento è stato difficile da superare l'estate è stata un inferno. Ora a 6 mesi di distanza l'esito della tac è buono. Viviamo a tempo determinato ogni 3 mesi, queste sono le cadenze delle tac. Ma noi combattiamo. La vita certo è cambiata e molto anche. A tutti quelli che avranno la sfortuna di combattere questa maledetta malattia dico non mollate mai.” Rosa Anna C., 26 gennaio 2016, Rozzano
(<http://gime.it/index.php/it/la-tua-esperienza>)*

“Ho perso mio padre da poco più di un mese per questa terribile malattia. Diagnosticato due anni fa, non operabile. La cosa che più mi ha fatto male in questi anni è il totale disinteresse dei medici, che di fronte a questo male terribile alzano le mani. È un atteggiamento triste e crudele nei confronti del malato, a cui viene negata anche solo la speranza e l'illusione di potercela fare. Di questi due anni da incubo mi porterò per sempre il viso triste di mio papà, che ha sempre lottato e sperato fino all'ultimo, ma che in fondo sapeva come sarebbe andata a finire; mi porto una totale delusione nei confronti di tutta la categoria dei medici e infermieri, che forse avendo a che fare ogni giorno con il dolore, perdono quel senso di umanità che dovrebbe rappresentare una loro caratteristica prioritaria (tanto più se il loro sapere di fronte a certe patologie come quella in questione si ferma). Auguro a tutti coloro che stanno vivendo questa situazione di trovare la forza per affrontare tutto l'iter della malattia, affatto semplice. State vicino ai vostri cari, cercando di colmare le lacune dei medici, infondendo forza e speranza. Perché in questi casi, come sempre nella vita, l'atteggiamento positivo è fondamentale, più delle "terapie" e delle sperimentazioni. Un grande abbraccio a tutti voi.” Annalisa Z., 17 luglio 2015, Bari (<http://gime.it/index.php/it/la-tua-esperienza>)

Commento:

Le storie raccolte sono molto utili perché ci permettono di capire le criticità vissute del paziente e dei suoi familiari dal loro punto di vista. È un campione molto piccolo, con pazienti affetti da mesotelioma, in maggioranza uomini con più di 50 anni e spesso sono i familiari (mogli, figli, genitori) che hanno fornito l'assistenza diretta ai loro cari.

Un momento molto difficile è la comunicazione della diagnosi che sconvolge e stravolge la vita della persona. La maggior parte di loro sono stati esposti all'amianto per lunghi periodi prima dell'attuazione delle norme di sicurezza sul lavoro e si può capire che vivessero con la paura che di potersi ammalare e la rabbia che i pazienti e le loro famiglie hanno sentito nei confronti dei datori di lavoro. I pazienti e le loro famiglie devono fare i conti con l'ansia (prima e dopo la diagnosi), le indagini e gli interventi traumatici, la mancanza di trattamenti efficaci in confronto con una malattia terminale. Il paziente e la sua famiglia hanno difficoltà di accettare che le cure palliative siano l'unico trattamento disponibile per la maggior parte dei casi, prevale una sensazione di impotenza e disperazione. Quello che risulta evidente è che non si arrendono e sono disponibili a provare qualsiasi cura sperimentale, sperando di strappare qualche attimo in più.

Il quadro sintomatologico risulta devastante nella progressione della malattia, con il dolore che in alcuni casi è incontrollabile e necessita di procedure invasive o la sedazione, la dispnea che incide maggiormente sulla qualità di vita ma anche sulla sopravvivenza.

Dal momento della diagnosi i pazienti sono in una continua ricerca di informazioni e di sostegno. Alcuni cercano su internet informazioni su trattamenti e cure sperimentali che possono aumentare il periodo di sopravvivenza, e fanno tutto il possibile per poter accedere a questi programmi.

I familiari sono sempre presenti e disponibili ad assistere i malati, anche se gli aspetti dell'ansia, della tensione e della stanchezza sono molto presenti; l'assistenza impegna totalmente il familiare, sia dal punto di vista fisico, sia psicologico ma questo alla fine li aiuta a migliorare l'autostima e all'elaborazione del lutto. La condivisione della loro esperienza, anche attraverso l'internet con persone sconosciute, può aiutarli in questo percorso difficile.

Rilevanti sono le aspettative da parte dei medici e degli infermieri, data la prognosi infausta, i familiari si aspettano un atteggiamento positivo, umanità e comprensione.

CONCLUSIONI

Nella letteratura sono presenti pochi studi per quanto riguarda l'esperienza di vivere con mesotelioma. È evidente che il mesotelioma impatti in modo significativo sui pazienti e membri della famiglia, sul funzionamento fisico, emotivo e sociale. Inoltre, per alcuni pazienti i sintomi sembrano scarsamente controllati nonostante gli interventi di assistenza sanitaria. Un'indagine più approfondita è necessaria per descrivere meglio l'esperienza del paziente con mesotelioma e dei suoi familiari e individuare i bisogni particolari di assistenza. La Medicina Narrativa può essere utile a tale scopo.

Programmi educativi per i professionisti della salute sono necessari per aumentare le loro conoscenze sul mesotelioma, per migliorare i percorsi di cura e la fornitura di servizi.

Un infermiere esperto, adeguatamente formato nell'assistenza agli affetti di cancro al polmone dovrebbe essere coinvolto fin dall'inizio nella cura del paziente per sostenere il paziente e la sua famiglia e mantenere i contatti tra i servizi ospedalieri, cure primarie e servizi di cure palliative specialistiche.

La diagnosi deve essere comunicata con competenza e empatia con un quadro chiaro della malattia e un piano di gestione. Queste informazioni dovrebbero essere comunicate al medico di medicina generale immediatamente.

Informazioni scritte sulla malattia, gli aspetti medico-legale e le organizzazioni competenti dovrebbero essere disponibili per il paziente e la famiglia.

Programmi psicoeducativi e di sostegno per le persone affette di mesotelioma e per i loro familiari possono aiutare a ridurre il disagio, rafforzare l'aderenza al trattamento e migliorare la qualità di vita.

BIBLIOGRAFIA

- AIMaC (Associazione Italiana di Cancro, parenti e amici), “Il mesotelioma”, 2013, p. 19-2.3
- BTS (British Thoracic Society Standards of Care Committee), “BTS statement on malignant mesothelioma in the UK”, 2007.
- BRUNNER S., SMELZER S., “Infermieristica medico-chirurgica”, Milano, Casa Editrice Ambrosiana, 2007, Capitolo 15, p. 311-351).
- BRUNNER S., SMELZER S., “Infermieristica medico-chirurgica”, Milano, Casa Editrice Ambrosiana, 2007, Capitolo 21, p.553-557).
- SMITH C. R. “Vicino alla morte: Guida al lavoro sociale con i morenti e i familiari in lutto”, Trento, Edizioni Centro studi “M. H. Erickson”, 1990.
- CONSONNI D., VERNUCCI I., BERTAZZI P. A.: “Studio Multicentrico Iarc sulla Patologia Neoplastica da Fibre Minerali, Artificiali, Vetrose”, Med. Lav.: 83- 167, 1999.
- CNMR (Centro Nazionale Malattie Rare), Conferenza di Consenso “Linee di indirizzo della Medicina Narrativa in ambito clinico-assistenziale, per le malattie rare e cronico-degenerative”, 201.5
- DIPO (Dipartimento Interaziendale Provinciale Oncologico), “Percorso Diagnostico Terapeutico Assistenziale Territoriale Mesotelioma Maligno della Pleura – Le Cure Palliative”, Pavia, 27.05.2014.
- DE HENNEZEL M. “La morte amica”, Milano, Rizzoli, 1996.
- FOÀ V., BASILICO S.: Caratteristiche Chimico Fisiche e Tossicologia delle Fibre Minerali Artificiali. Med Lav.: 10-52, 1999.
- GIACOMELLI G., BACHERINI S., “La relazione con il paziente”, Roma, Carocci, 2006
- Good B.J. e del Vecchio-Good M.J., “Parallel Sisters” Medical Anthropology and medical

Sociology, in Bird C.E., Conrard P. e Fremont A.M., Prentice Hall, New Jersey, 2000.

GRANIERI A., Tamburello S., Tamburello A., Casale S., Cont C., Guglielmucci F., Innamorati M.,” Quality of life and personality traits in patients with malignant pleural mesothelioma and their first-degree caregivers” *Neuropsychiatric Disease and Treatment* 2013;9, 1193–1202.

INAIL, “Il registro nazionale dei mesoteliomi- Quinto rapporto”, Milano, novembre 2015

IOCCA GUIDO, “Casale Monferrato: la polvere che uccide”, Roma, Ediesse, 2011.

KARJALAINEN A., ANTTJLLA S., HEIKKIL L., KYRONEN P. and VAINIO H.: “Lobe of origin of lung cancer among asbestos-exposed patients with or without diffuse interstitial fibrosis”. *Scand. J. Work Environ. Health*, 19, 102-107, 1993.

LEGAMBIENTE, “Dossier Amianto 2011”, dicembre 2011.

LISI P., FLORIDIA R., MARTINELLI N., ALBANO U. “La dignità nel morire: intervento sociale, bioetica, cure di fine vita”, Bari, Edizioni La Meridiana, 2010.

MOORE S, DARLISON L, TOD A.M. “Living with mesothelioma. A literature review”. *European Journal of Cancer Care (Engl)*. 2010;19(4):458–468.

PAROLARI G, GHERSON G, CRISTOFOLINI A., MERLIER E., “Il rischio neoplastico da amianto nei luoghi di lavoro e nell’ambiente di vita”, Verona, Bi & Gi Editori, 1987.

ROSSI G, “La lana della salamandra: la vera storia della strage dell'amianto a Casale Monferrato”, Roma, Ediesse, 2008.

S.S.R. Emilia Romagna, “Il percorso diagnostico-terapeutico dei pazienti con mesotelioma maligno”, 2012.

Takashi Kameda, Ken Takahashi, Rokho Kim, Ying Jiang, Mehrnoosh Movahed, Eun-Keek Park & Jorma Rantanen “Asbestos: use, bans and disease burden in Europe”- *Bull World Health Organ* 2014; 92:790–797.

U.S. Environmental Protection Agency, “Asbestos-Containing Material in School Buildings: A Guidance Document.” Document C00090, Washington DC., 1979.

UGAZIO G, “Asbesto/amianto: Ieri, oggi, domani: Viaggio tra verità, ipocrisia, reticenza, dolore”, Roma, Aracne editrice, 2012.

VETTORI V., “Morire d’amianto a Pistoia”, Pistoia, Settegiorni Editore, 2015.

SITOGRAFIA

ARPAT (Agenzia regionale per la protezione ambientale della Toscana),
“Documentazione - normativa regionale, nazionale, comunitaria” in
http://www.arpat.toscana.it/documentazione#c0c0=30&b_start=0&c1=NormativaRegionale&c1=NormativaNazionale&c1=NormativaComunitaria&c6=amianto, u.c. 9.04.2016.

ARPAT, “Cosa fare in presenza di amianto” in <http://www.arpat.toscana.it/temi-ambientali/amianto/cosa-fare-in-presenza-di-amianto>, u.c. 9.04.2016.

ARPAT, “Amianto - Interventi di manutenzione” in <http://www.arpat.toscana.it/temi-ambientali/amianto/bonifica/amianto-bonifica>, u.c. 9.04.2016.

ASSOAMIANTO, “Il minerale amianto” in <http://www.assoamianto.it/amianto.htm>,
u.c. 9.04.2016.

CNMR (Centro Nazionale Malattie Rare), “L’associazione come risorsa”, in
<http://www.iss.it/cnmr/index.php?lang=1&id=2516&tipo=79>, 03.11.2014, agg.03.11.2014
u.c. 9.04.2016

Fondazione Buzzi Unicem, “La presa in carico del Mesotelioma Pleurico Maligno:
il punto della situazione alle soglie del 2014” in
<http://www.fondazionebuzziunicem.org/online/it/Home/Comunicazione/Revisionebibliografica/LapresaincaricodelMesoteliomaPleuricoMaligno.html>, agg. Dicembre 2013,
u.c. 9.04.2016.

GIME (Gruppo Italiano Mesotelioma), “La tua esperienza - Raccontaci la tua esperienza”
in <http://gime.it/index.php/it/la-tua-esperienza>, 2016, u.c. 10.04.2016

SIMeN (Società Italiana di Medicina Narrativa), in
<http://www.medicinanarrativa.it/it/simen/chi-siamo/mission/>, u.c. 8.04.2016.

Edizioni ONA Onlus – il catalogo

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

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

QTO – Quaderni tematici dell’ONA

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

Approfondimenti

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

La collana

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

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

Danni psicologici secondari ad esposizione all'asbesto

L'aerodispersione della polvere di amianto e la conseguente inalazione di fibre può causare una serie di patologie, fra le quali la più grave è sicuramente il mesotelioma, una neoplasia rara, con una latenza lunghissima (anche 20-40 anni) e, purtroppo, con prognosi infausta: ricevere una diagnosi di mesotelioma è come ricevere una condanna a morte. Un'esperienza molto difficile e straziante non solo per la persona colpita e per i suoi familiari ma anche per tutti coloro che, avendo consapevolezza di poter subire o aver subito una esposizione e quindi di poter incorrere in questa patologia, si trovano a vivere in una situazione di estremo disagio a causa del pensiero angoscioso del pericolo che grava sulle loro vite.

L'autore affronta, con casi concreti e con ricerche sul campo, queste tematiche nei termini dei danni ricevuti, sul piano psicologico e sul piano della qualità della vita, dall'esposizione ad amianto in ambiti sia lavorativi sia extralavorativi, fornendo, nel contempo, anche le linee per gli interventi di sostegno psicologico, nonché per gli interventi di ristoro del danno subito.

Alessandro Ruta

Psicologo Giuridico, specializzato in Psicoterapia Psicoanalitica, esperto in Psicodiagnostica. Consulente Tecnico dei Tribunali Civile e Penale di Roma. Esperto nella valutazione del danno non patrimoniale (Danno Psicico ed Esistenziale) nel settore assicurativo. È autore di diversi articoli su riviste nazionali. Membro del Comitato Tecnico Scientifico dell'ONA, opera nel Dipartimento di Psicodiagnostica Clinica e di Prevenzione di psicopatologie secondarie al tumore. I suoi interessi sono rivolti alla ricerca e allo studio degli effetti di un ambiente inquinato sul comportamento e la qualità della vita delle persone.