



CORTE D'ASSISE DI NOVARA

retrazione dell'emittoace sx sostenuta dai noti ispessimenti pleurici, incrementati rispetto al precedente controllo, estesi alla pleura mediastinica, alla pleura della parete toracica circonferenziale e diaframmatica...infiltrazione del tessuto adiposo del mediastino...noduli patologici presenti a livello del tessuto adiposo in prossimità del pericardio e anteriormente al cuore...bilateralmente non è riconoscibile versamento pleurico. Alla base polmonare di sx sono riconoscibili strie di ventilazione.

12.06. 2008 ricovero in DH per iniezione di sostanze terapeutiche.

12.06 dimissioni, diagnosi: neurite o radicolite toracica o lombrosacrale SAI non specificata.

Esami cito/istologici:

CK5/6: positivo CEA: negativo Vimentina: positivo BERP4: negativo HBME1: positivo Calretinina: positivo EMA: positivo CD34: negativo.

All'esito delle complessive indagini cliniche e strumentali, i CC.TT. del P.M. hanno concluso validando la diagnosi di MESOTELIOMA PLEURICO BIFASICO. MESOTELIOMA CERTO.

I CC.TT. della Difesa concordano con le conclusioni cui sono pervenuti i CC.TT. del P.M., anche in ragione della presenza di un set di marcatori validati ed attuali in numero congruo.

Ritiene la Corte, conformemente alla comune e condivisa valutazione espressa da tutti i CC.TT., che, alla luce del complessivo quadro clinico, strumentale, morfologico e immunohistochimico, il decesso di BUTTIERO Giovanni Battista sia riconducibile con certezza a mesotelioma pleurico.

Riconducibilità della malattia all'attività svolta nello stabilimento Eternit di Casale Monferrato

Ritiene la Corte che, a fronte della documentata certa esposizione lavorativa della vittima, quale ferroviere addetto alla manutenzione di vagoni ferroviari per circa trent'anni, non siano stati acquisiti agli atti elementi certi su cui fondare la corresponsabilità dell'imputato per l'insorgenza del mesotelioma pleurico che la condusse al decesso.

Ancorché possa aver concorso allo sviluppo della malattia l'inquinamento ambientale della Eternit in Casale Monferrato a cui potrebbe essere stata esposta la vittima, nulla è stato



CORTE D'ASSISE DI NOVARA

dimostrato circa il vissuto della stessa, essendosi limitata l'Accusa ad allegare il certificato di residenza.

Inoltre, agli atti non risulta acquisito il certificato ReNam perché l'intervista è stata rifiutata.

Ne discende che, in mancanza di elementi rappresentativi della condotta e/o dello stile di vita della vittima, non è possibile affermare con ragionevole certezza che costei abbia vissuto sempre a Casale Monferrato al di là di quanto formalmente emergente dalle risultanze anagrafiche, non potendo escludersi che la stessa, essendo andata in pensione e non avendo vincoli territoriali, possa avere vissuto anche altrove.

La carenza istruttoria sull'effettiva significativa esposizione in Casale Monferrato successivamente al pensionamento, e a fronte di una solida causa autosufficiente di insorgenza di mesotelioma, conduce all'assoluzione dell'imputato.

278 CANNINO MARIA GRAZIA

Principali dati storici della vittima

Nascita il: 22/2/1969 Decesso il: 1/1/2016. Diagnosi 30/5/2014.

Patologia: mesotelioma maligno epiteliomorfo della pleura.

Storia abitativa

Da anno non precisato Al: 16/9/1997 a Casale Monferrato, Corso Giuseppe Verdi 17. *Distanza dallo stabilimento: 2080 metri Distanza dal magazzino: 664 metri* [dal questionario risulta Argine Malpensata 24, dalla nascita (1969) al trasferimento ad Alessandria (1997)].

Dal 1997 al 2016 ad Alessandria.

Storia lavorativa

1992 – 1996: educatrice presso la Comunità psichiatrica di Valenza.

1996 – 2014: educatrice presso il Centro riabilitativo dell'A.O. Pavia.

Esposizione familiare e domestica

-Il padre della vittima – con cui ha convissuto dal 1969 al 1997 – è stato operaio della Eternit di Casale Monferrato dal 1960 al 1979.

-Presenza di polverino nel cortile di casa – di circa 200 mq – dal 1969 al 1997.



CORTE D'ASSISE DI NOVARA

Causa del decesso

Dalla storia clinica emerge quanto segue.

Azienda Ospedaliera Santi Antonio e Biagio e Cesare Arrigo Alessandria

SC Anatomia ed istologia Patologica e Citopatologia 30.05.2014 Esame Istologico.

Notizie cliniche: versamento pleurico sx con irregolare ispessimento prevalentemente della pleura parietale e mediastinica.

Materiale pervenuto: agobiopsia pleurica guidata.

Diagnosi: quadro istologico e profilo immunofenotipico coerenti per mesotelioma maligno pleurico (varietà epitelioide) (frustolo agobioptico).

Mesotelioma maligno "certo" o MM" A" sec la classificazione del CEC Mesothelioma Panel.

Presidio Ospedaliero Santo Spirito Casale Monferrato

27.11. 2015 DH Oncologia.

Anamnesi: padre deceduto per asbestosi.

Patologia prossima

28.05.14 TC T/A per versamento pleurico sx, plurimi ispessimenti pleura parietale costale e viscerale soprattutto a livello mediastinico con infiltrazione del tessuto adiposo adiacente, in sede postero basale, nel contesto del versamento, formazione ovalare 55mm con e senza clivaggio della parete toracica.

29.05 BX ETG guidata del nodulo basale: mesotelioma pleurico varietà epitelioide

Tra giugno ed ottobre, 6 cicli con DDP.

20.01-18.02 2015: RT 54 Gy su lesione basale sx.

08:05 PET: PD.

20.10 VAT sx, decompressione, pleurodesi con talco. Persiste con ispessimenti a falda basale sx pluriconcamerata.

27.11: TC T/A: PD addominale.

27.11 Visita UFIM: Tc torace e addome con mdc mostra progressione toracica e addominale di malattia. In presenza di importante versamento pleurico si posiziona drenaggio.

Diagnosi alla dimissione: tumori maligni della pleura parietale.

Atre patologie concomitanti o complicanti: altre forme specificate di versamento pleurico, eccetto il tubercolare.

Intervento chirurgico: inserzione di drenaggio intercostale.



CORTE D'ASSISE DI NOVARA

Non è presente altra documentazione sanitaria.

Secondo la relazione Buggiani Carosso del 07.11.2017, dal 02.12.15 a 01.01.2016 sarebbe stata ricoverata presso Oncologia AUO Novara per subocclusione intestinale in PD addominale (peritoneale da mesotelioma pleurico).

14.12.15 Rx addome: quadro di tipo occlusivo con livelli idroaerei multipli al piccolo intestino. Versamento pleurico a sx.

15.12 TC addome completo:...in quadro di mesotelioma pleurico altamente evolutivo, con ispessimenti mammellonati della pleura in aumento volumetrico e parziale necrosi ed abbondante versamento pleurico, linfonodi paracardiaci ampiamente aumentati di volume, non presenti in precedenza e comparsa di diffuso ispessimento a placca dell'omento e del peritoneo, prevalente nei quadranti di sx ed in sede perisplenica. Anteriormente alla milza, massa solida, disomogenea di cm 5x2, non apprezzabile al controllo precedente, indovata tra la cupola diaframmatica, lo stomaco, la milza e le anse intestinali...versamento liquido peritoneale e a tutti e quadranti e le anse intestinali.

Conclusioni: progressione di malattia a livello pleurico sx. Estesa infiltrazione del peritoneo e dell'omento con neoformazione parasplenica a carattere secondario.

Esami cito/istologici:

Podoplanina: positiva Calretinina: positiva CK5: positiva Vimentina: positiva WT1: positivo BERE4: negativo CEA: negativo HBME1: positività focale.

All'esito delle complessive indagini cliniche e strumentali, i CC.TT. del P.M. hanno concluso validando la diagnosi di MESOTELIOMA PLEURICO EPITELIOIDE. MESOTELIOMA CERTO.

I CC.TT. della Difesa concordano con le conclusioni cui sono pervenuti i CC.TT. del P.M., anche in ragione della presenza di un set di marcatori validati ed attuali in numero congruo.

Ritiene la Corte, conformemente alla comune e condivisa valutazione espressa da tutti i CC.TT., che, alla luce del complessivo quadro clinico, strumentale, morfologico e immunoistochimico, il decesso di CANNINO Maria Grazia sia riconducibile con certezza a mesotelioma pleurico.

Riconducibilità della malattia all'attività svolta nello stabilimento Eternit di Casale Monferrato



CORTE D'ASSISE DI NOVARA

Vanno condivise le conclusioni cui sono giunti i CC.TT. del P.M. in ordine all'attribuibilità della patologia che condusse alla morte di CANNINO Maria Grazia all'esposizione dovuta alla condizione abitativa e ambientale della predetta, stante la ridotta distanza dell'abitazione sia dallo stabilimento Eternit di Casale Monferrato, sia dal magazzino pertinenziale.

L'attività produttiva svolta nei dieci anni di gestione dell'imputato ha senz'altro inciso nell'insorgenza della patologia mesoteliale.

Per quanto riguarda il segnalato probabile rischio espositivo connesso a presunti contatti con il polverino installato nel cortile dell'abitazione in cui ha abitato dal 1969 al 1997, di cui al generico cenno contenuto nell'intervista del ReNaM (ove la vittima dichiara che *"con il dito lo grattava via"*), esso costituisce circostanza generica in quanto non vengono specificati modalità e termini di tale rischio di respirazione (in quali circostanze, quante volte, in che misura sarebbe stato 'grattato' il polverino).

Peraltro, dagli atti risulta che la vittima ha convissuto con il padre, operaio della Eternit, che anche nel periodo di gestione riconducibile all'imputato era solito portare a casa gli abiti sporchi da lavoro per il lavaggio. Ciò costituisce un ulteriore fattore di rischio espositivo potenzialmente ascrivibile all'imputato, sia pure generico e ridotto, atteso che dal questionario ReNaM risulta che fosse la madre ad occuparsi del lavaggio degli abiti di lavoro del padre.

Premesso che nel caso di specie va pacificamente esclusa ogni condizione di rischio espositivo correlata all'esercizio dell'attività lavorativa, quanto alle segnalate fonti alternative di inquinamento, si osserva quanto segue.

- a) polverino collocato in sottotetto a 30 m dalla residenza n. 1: va escluso ogni concreto rischio espositivo non avendo la vittima alcun accesso al sottotetto di un edificio a lei estraneo, non accessibile (se non per manutenzione) e senza apertura verso l'esterno;
- b) le aree di battuto poste da 48 a 76 m: trattasi di elemento di rischio puramente generico e non dimostrato, in quanto rimaste ignote le condizioni di aerodispersione e di concreto contatto da parte della vittima.

Dunque, può concludersi che la prolungata esposizione di CANNINO Maria Grazia all'emissione di polveri di amianto correlate all'attività produttiva dello stabilimento Eternit di Casale Monferrato sia stata per lo meno concausa determinante dell'insorgenza della patologia accertata che la condusse al decesso.

279 CAPRA FRANCO



CORTE D'ASSISE DI NOVARA

Principali dati storici della vittima

Nascita il: 10/12/1941 Decesso il: 07/1/2015. Diagnosi 31/1/2014.

Patologia: mesotelioma maligno epiteliomorfo della pleura.

Storia abitativa

Dal: 1951 (1941, secondo il questionario) Al: 24/7/1966 Casale Monferrato, Via Oliviero Capello 12. *Distanza dallo stabilimento: 1836 metri Distanza dal magazzino: 787 metri.*

Dal: 24/7/1966 Al: 11/6/1971 Casale Monferrato, Viale Beretta 3/B. Durata del periodo: 5 anni. *Distanza dallo stabilimento: 1949 metri Distanza dal magazzino: 347 metri.*

Dal: 11/6/1971 Al: 7/1/2015 Casale Monferrato, Via Bertana 26. Durata del periodo: 44 anni. *Distanza dallo stabilimento: 2048 metri Distanza dal magazzino: 964 metri.*

Storia lavorativa

1955 – 1958: apprendista fabbro nella ditta dello zio.

1958 – 1962: operaio addetto costruzione macchine stampa alla ditta Cerutti.

1962 – 1965: elettricista presso la ditta Degiovanni, sita in Via Capello a Casale Monferrato (la moglie della vittima ha riferito che quest'ultima aveva lavorato alle case prefabbricate prodotte dalla Eternit).

1965 – 2005: elettricista, avente ditta propria (la moglie di Capra Franco ha riferito che lo stesso è stato esposto a 'polverino' nei sottotetti e che ha svolto attività di manutenzione in edifici industriali).

Causa del decesso

Dalla storia clinica emerge quanto segue.

Presidio Ospedaliero Santo Spirito, Casale Monferrato

03.01.2014 DH Pneumologia

Diagnosi all'entrata: versamento pleurico dx. È descritto nella cartella clinica l'esito di un Rx torace del 31.12.2013: ipoespansione del polmone dx con retrazione omolaterale di mediastino e trachea cui si associa opacità omogenea parietobasale riferibile in prima ipotesi a versamento pleurico. Enfisema compensatorio del polmone di sx. piccolo circolo in compenso. Alla raccolta



CORTE D'ASSISE DI NOVARA

dell'anamnesi risulta che nel 1989 aveva subito amputazione dell'arto inferiore sinistri per gangrena.

Interventi

03.01 toracentesi

09.01 Diagnostica per Immagini TAC del torace: si rileva lieve espansione dell'emittoce di dx nei confronti del controlaterale. A dx sono presenti ispessimenti pleurici iperdensi, coinvolgenti diffusamente la pleura circonferenziale, mediastinica, scissurale e diaframmatica. Gli ispessimenti pleurici di maggiore dimensione (spessore 1 cm) si osservano a livello della pleura mediastinica superiore ed in corrispondenza della pleura di rivestimento emidiaframmatico con in particolare estensione negli sfondati costofrenici (1cm). Il diaframma è improntato per sua verosimile infiltrazione senza segni macroscopici di diffusione transdiaframmatica. Si riconoscono segni di estensione infiltrativa nel mediastino anteriore, alla parete toracica anteriore, al III superiore con indissociabilità dall'asse mammario e come dimostrato dall'assenza dell'adiposità subpleurica. Coesiste versamento pleurico avente spessore alla base dell'emittoce di 4 cm determinante atelectasia compressiva del lobo inferiore. A sinistra si osservano alcuni ispessimenti pleurici bottoniformi ed a placca calcifici. Lungo la catena paratracheale supero-inferiore, in sede precarenale si riconoscono alcuni linfonodi del diametro di circa un centimetro. La prostata è ingrandita /diametro trasverso 6 cm) determinante impronta cupoliforme sul trigono vescicale con voluminose calcificazioni periuretrali post infiammatorie. Conclusione: sospetta neoplasia pleurica dx.

10.01 SC Anatomia Patologica ed Istologica, esame istologico

Materiale inviato: liquido pleurico dx

Giudizio diagnostico: presenza di elementi mesoteliali raccolti in formazioni papillari

13.01 toracosopia transpleurica, biopsia della pleura

13.01 inserzione drenaggio intercostale

15.01 esame citologico

Materiale inviato: liquido pleurico dx

Giudizio diagnostico: presenza di elementi mesoteliali raccolti in formazioni papillari

15.01 esame istologico

Materiale inviato: biopsia pleura parietale dx

Giudizio diagnostico: mesotelioma maligno epiteliomorfo

20.01.14 Diagnosi alla dimissione: tumori maligni della pleura, non specificata



CORTE D'ASSISE DI NOVARA

Azienda Ospedaliera Universitaria Maggiore della Carità, Novara

10.02 SC Anatomia Patologica ed Istologica, esame istologico

Materiale inviato: biopsia pleura parietale dx

Referto microscopico e diagnosi: frammenti pleurici con infiltrazione da mesotelioma maligno bifasico.

Esami cito/istologici:

CK8/18: positivo CK5/6: positivo Vimentina: positivo Calretinina: positivo HBME1: positivo WT1: positivo CEA: negativo MOC31: negativo.

All'esito delle complessive indagini cliniche e strumentali, i CC.TT. del P.M. hanno concluso validando la diagnosi di MESOTELIOMA PLEURICO EPITELIOIDE. MESOTELIOMA CERTO.

I CC.TT. della Difesa concordano con le conclusioni cui sono pervenuti i CC.TT. del P.M., anche in ragione della presenza di un set di marcatori mesoteliali ed epiteliali adeguato e con risultati propri.

Ritiene la Corte, conformemente alla comune e condivisa valutazione espressa da tutti i CC.TT., che, alla luce del complessivo quadro clinico, strumentale, morfologico e immunoistochimico, il decesso di CAPRA Franco sia riconducibile con certezza a mesotelioma pleurico.

Riconducibilità della malattia all'attività svolta nello stabilimento Eternit di Casale Monferrato

Vanno condivise le conclusioni cui sono giunti i CC.TT. del P.M. in ordine all'attribuibilità della patologia che condusse alla morte di CAPRA Franco all'esposizione dovuta alla condizione abitativa e ambientale del predetto, stante la ridotta distanza dell'abitazione dai luoghi produttivi della Eternit.

L'attività produttiva svolta nei dieci anni di gestione dell'imputato ha senz'altro inciso nell'insorgenza della patologia mesoteliale.

Dagli atti risulta che la vittima, per 50 anni (dal 1965 al 2005), ha lavorato in contesti operativi nei quali potenzialmente potrebbe essere venuto a contatto con materiali contenenti amianto, avendo svolto attività di elettricista in proprio, provvedendo all'installazione di impianti civili e industriali e collaborando anche con industrie di settore, come Fibronit.



CORTE D'ASSISE DI NOVARA

La sommaria circostanza riferita dalla moglie nel questionario ReNaM in ordine al rischio di contatto, non meglio delineato, del marito con il polverino installato nei sottotetti (*“ha incontrato il polverino”*) non permette di comprendere esattamente se, quando e in che modo la vittima possa aver respirato fibre di amianto.

Pertanto, la genericità della circostanza ne ridimensiona le pur concrete possibilità lesive, escludendo che possa avere avuto sicuramente un ruolo esclusivo nell'eziopatogenesi del mesotelioma.

Le altre cause di esposizione lavorativa costituiscono fattori possibili, ma non comprovati, in assenza di elementi circostanziali afferenti a modalità lavorative implicanti esposizioni a fibre di amianto.

Quanto alle segnalate fonti alternative di inquinamento, esse consistono per lo più in aree di battuto poste alla distanza di centinaia di metri dall'abitazione della vittima e quindi non tali da costituire fonti autosufficienti di insorgenza della malattia.

Il polverino posto a 13 m di distanza dall'abitazione di via Bertana n. 26, invece, costituisce una fonte irrilevante poiché collocato in un sottotetto non accessibile alla vittima e in buone condizioni di conservazione, come accertato anche in occasione del censimento ARPA del 2001 (ove si riferisce l'assenza di rischio di aerodispersione).

Dunque, può concludersi che la prolungata esposizione di CAPRA Franco all'emissione di polveri di amianto correlata all'attività produttiva dello stabilimento Eternit di Casale Monferrato sia stata per lo meno concausa determinante dell'insorgenza della patologia accertata che lo condusse al decesso.

280 CAPRINO GIOVANNI

Principali dati storici della vittima

Nascita il: 08/5/1935. Decesso il: 23/12/2015. Diagnosi 23/6/2015.

Patologia: mesotelioma maligno bifasico della pleura

Storia abitativa

Dal: 1935 Al: 1985 Casale Monferrato, Frazione Casale Popolo, Strada Vercelli 37. *Distanza dallo stabilimento: 2555 metri Distanza dal magazzino: 2650 metri* (riferite tettoie in eternit).



CORTE D'ASSISE DI NOVARA

Dal: 1985 Al: 23/12/2015 Casale Monferrato, Frazione Casale Popolo, Strada Vercelli 35.
Distanza dallo stabilimento: 2555 metri Distanza dal magazzino: 2650 metri. Riferite tettoie in eternit.

Storia lavorativa

La vittima ha svolto per tutta la vita l'attività di agricoltore nell'azienda familiare.

Ha costruito le tettoie per il ricovero dei mezzi agricoli presso entrambe le abitazioni, utilizzando lastre di cemento amianto; l'ampiezza era di circa 200 metri quadrati in tutti e due i manufatti, di cui non è stato indicato l'anno di costruzione.

Nel 1975 ha realizzato un essiccatoio con tetto in lastre di cemento amianto.

Non si rileva esposizione di tipo familiare o domestico.

Causa del decesso

Dalla storia clinica emerge quanto segue.

APR: artrosi poli articolare. Ipercolesterolemia. Iperplasia prostatica

APP: dispnea a giugno 2015

11.06.2015 visita cardiologica + ecocardio: presenza di versamento pericardico, minima falda anteriore (mm 7) non segni di tamponamento e versamento pleurico sinistro con ispessimento pleurico

Azienda Ospedaliera Santo Spirito Casale Monferrato

11.06.15 ricovero per opacamento massivo emitorace sx

11.06 RX torace: completo opacamento dell'emitorace sinistro per presumibile presenza di abbondante versamento pleurico con dislocazione dell'ombra cardio mediastinica verso dx.

11.06 toracentesi

12.06 esame citologico, diagnosi: materiale ematico

12.06 TAC torace: abbondante versamento pleurico a sx che determina atelettasia compressiva su quasi tutto il parenchima polmonare con residua ventilazione di un'esile porzione del lobo superiore di sinistra. Tale versamento è sotteso da fini ispessimenti pleurici tenuemente iperdensi dopo contrasto e pertanto meritevole di valutazione pleuroscopie.

L'entità del versamento

Non si osservano lesioni pleuro-parenchimali addensanti con caratteristiche radiologiche di attività a dx. È presente versamento pericardico.



CORTE D'ASSISE DI NOVARA

23.06 toracosopia sx: pleura parietale diffusamente ispessita e lardacea. È presente un unico nodulo sulla parete posteriore che viene biopsiato.

23.06 esame citologico diagnosi: tappeto di emazie, linfociti, granulociti neutrofili e mesoteli

23.06 esame istologico (ref. 25.06) diagnosi: Mesotelioma maligno bifasico (quota sarcomatosa: 50%).

01.07.2015 dimissioni, diagnosi: mesotelioma pleurico sx.

Esami cito/istologici:

CK8/18: positivo Ck5/6: positivo Vimentina: positivo Calretinina: positivo HBME1: positivo WT1: positivo GLUT1: positivo CEA: negativo MOC31: negativo.

Si segnala embolizzazione neoplastica endotumorale.

All'esito delle complessive indagini cliniche e strumentali, i CC.TT. del P.M. hanno concluso validando la diagnosi di MESOTELIOMA PLEURICO BIFASICO. MESOTELIOMA CERTO.

I CC.TT. della Difesa concordano con le conclusioni cui sono pervenuti i CC.TT. del P.M., anche in ragione della presenza di un set di marcatori validati ed attuali in numero congruo.

Ritiene la Corte, conformemente alla comune e condivisa valutazione espressa da tutti i CC.TT., che, alla luce del complessivo quadro clinico, strumentale, morfologico e immunoistochimico, il decesso di CAPRINO Giovanni sia riconducibile con certezza a mesotelioma pleurico.

Riconducibilità della malattia all'attività svolta nello stabilimento Eternit di Casale Monferrato

Vanno condivise le conclusioni cui sono giunti i CC.TT. del P.M. in ordine all'attribuibilità della patologia che condusse alla morte di CAPRINO Giovanni all'esposizione dovuta alla condizione abitativa e ambientale del predetto, stante la ridotta distanza dell'abitazione sia dallo stabilimento Eternit di Casale Monferrato, sia dal magazzino pertinenziale.

L'attività produttiva svolta nei dieci anni di gestione dell'imputato ha senz'altro inciso nell'insorgenza della patologia mesoteliale, escludendosi nel caso di specie qualsiasi condizione di rischio espositivo correlata all'esercizio di attività lavorativa o a fonti alternative di esposizione.



CORTE D'ASSISE DI NOVARA

Dunque, può concludersi che la prolungata esposizione di CAPRINO Giovanni all'emissione di polveri di amianto correlata all'attività produttiva dello stabilimento Eternit di Casale Monferrato sia stata per lo meno concausa determinante dell'insorgenza della patologia accertata che lo condusse al decesso.

282. CAPRIOGLIO ANGELO

Principali dati storici della vittima

Nascita il: 13/1/1946 Decesso il: 29/7/2011. Diagnosi 9/2/2010.

Patologia: mesotelioma maligno bifasico della pleura.

Storia abitativa

Dal: 1951 (1946, secondo il questionario) Al: 29/07/2011 Casale Monferrato Frazione Roncaglia Strada San Martino 128. *Distanza dallo stabilimento: 9001 metri Distanza dal magazzino: 8337 metri.*

Secondo il questionario vi è stata un'interruzione di circa 6 mesi nel 1967, quando è stato ospitato a Torino presso parenti che abitavano al Lingotto.

Storia lavorativa

1966 – 1967: operaio qualificato in officina, presso la ditta Smyth Europa a Casale Monferrato (produzione macchine cucitrici per libri).

1968 (per 6 mesi): segretario del capofficina Fiat Mirafiori.

1968 – 2005: responsabile di produzione della ditta Co-Fer di Conzano (produzione cestelli per imbottigliamento e cestelli per lavastoviglie).

Esposizione di tipo familiare o domestico

Sono riferiti:

- 1) Presenza di polverino (coperto con autobloccanti nel 1980) nel cortile di casa, sul quale la vittima giocava in età infantile.
- 2) Presenza di tettoie di eternit, a circa 30 metri dall'abitazione, ampliate a 600 metri quadrati nel 1980 circa e poi rimosse nel 1990 circa.



CORTE D'ASSISE DI NOVARA

Causa del decesso

Dalla storia clinica risulta quanto segue.

Azienda Ospedaliera Santo Spirito, Casale Monferrato

APP: dispnea e tosse ad inizio 2010

26.01.2010 RX torace: ipoespansione del polmone dx con opacità omogenea parieto basale ed interscissurale riferibili a versamento pleurico in prima ipotesi

27.01.10 ricovero

27.01 toracentesi

05.02 TAC torace e addome: minima retrazione dell'emittoce destro con falda di versamento pleurico che determina atelettasia del lobo polmonare inferiore ...omolateralmente sottili ispessimenti pleurici lineari iperdensi sospetti per patologia pleurica in accrescimento, Normali i restanti reperti

09.02 esame citologico, diagnosi: mesoteli raccolti in formazioni papillari

09.02. toroscopia -biopsia della pleura: pleura parietale con aspetto ispessito con diffuse piccole nodularità

09.02 esame istologico, diagnosi: mesotelioma bifasico (80% epiteliomorfo nel materiale in esame

17.02 dimissioni, diagnosi: tumori maligni della pleura, non specificata

Ospedale Maggiore della Carità Novara

31.03.10 Esame istologico, diagnosi: Frammenti di mesotelioma bifasico epitelioide e sarcomatoso (circa 20%). Azienda Ospedaliera Santo Spirito, Casale Monferrato

29.04.11 TAC torace: progressione di malattia polmonare, splenica e linfonodi mediastinici più incremento degli ispessimenti pleurici

22.07.11 ricovero urgente tramite PS

28.07 dimissioni con ricovero in hospice, diagnosi: tumori maligni della pleura Altre patologie: dolore correlato a neoplasia. Cachessia. Tumori maligni secondari e non specificati dei linfonodi intratoracici. Tumori maligni secondari del mediastino.

Esami cito/istologici:

Casale: CK5/6: positivo CEA: negativo MOC31: negativo Vimentina: positivo HBME1: positivo Calretinina: positivo WT1: positivo Novara: CK: positivo Calretinina: positiva Vimentina: positiva.



CORTE D'ASSISE DI NOVARA

All'esito delle complessive indagini cliniche e strumentali, i CC.TT. del P.M. hanno concluso validando la diagnosi di MESOTELIOMA PLEURICO BIFASICO. MESOTELIOMA CERTO.

I CC.TT. della Difesa concordano con le conclusioni cui sono pervenuti i CC.TT. del P.M., anche in ragione della presenza di un set di marcatori validati ed attuali in numero congruo. Ritiene la Corte, conformemente alla comune e condivisa valutazione espressa da tutti i CC.TT., che, alla luce del complessivo quadro clinico, strumentale, morfologico e immunoistochimico, il decesso di CAPRIOGLIO Angelo sia riconducibile con certezza a mesotelioma pleurico.

Riconducibilità della malattia all'attività svolta nello stabilimento Eternit di Casale Monferrato

Secondo i CC.TT. del P.M., la patologia (mesotelioma maligno pleurico) da cui era affetto CAPRIOGLIO Angelo è riconducibile con certezza all'esposizione ambientale ad amianto dovuta alla residenza della vittima, posta ad una distanza dallo stabilimento Eternit (9 km) che comporta un aumento del rischio di mesotelioma di circa 5 volte.

Ritiene la Corte che la rilevante distanza dell'abitazione della vittima dalle fonti di dispersione derivanti dal ciclo produttivo della Eternit, unitamente all'assenza di informazioni sul vissuto della stessa che possano riscontrare una sua esposizione all'inquinamento ambientale in Casale Monferrato, non consentono di affermare con certezza la sussistenza del fatto.

La circostanza che la vittima ha lavorato a Conzano – luogo posto a grande distanza da Casale Monferrato – dal 1968 al 2005 sminuisce ulteriormente il dato residenziale già di per sé labile, confermando la sua abituale presenza in luoghi distanti dalle fonti di inquinamento riconducibili all'imputato.

Peraltro, la segnalata presenza di polverino (installato in epoca precedente alla gestione da parte dell'imputato) nel cortile dell'abitazione in cui la vittima giocava da bambino, nonché dell'area di battuto da costei utilizzata come parcheggio possono costituire una spiegazione alternativa di un'autonoma e sufficiente causa di insorgenza della malattia.

Ne discende l'assoluzione del prevenuto perché il fatto non sussiste.

284. CARPEGNA PAOLO



CORTE D'ASSISE DI NOVARA

Principali dati storici della vittima

Nascita il: 24/6/1964 Decesso il: 31/12/2014. Diagnosi 13/6/2013.

Patologia: mesotelioma maligno epiteliomorfo della pleura.

Abitazioni

Dal: 24/06/1964 Al: 19/09/1988 a Casale Monferrato, Via Giovanni Aliora 22. Durata del periodo: 24 anni. *Distanza dallo stabilimento: 1752 metri Distanza dal magazzino: 1075 metri*

Dal 1988 al 1998 a San Giorgio Monferrato, Via M. Pugno. *Distanza dallo stabilimento: 3340 metri.*

Dal 1998 al 2014 a San Giorgio Monferrato, Via Battisti 10. *Distanza dallo stabilimento: 3560 metri.*

Storia lavorativa

1981 – 1983: operaio addetto alla satinatura di fogli di alluminio presso la Serigrafia AERKING.

1984 – 1995: operaio addetto all'installazione di quadri elettrici in edifici civili ed industriali presso la Ditta SEI Impianti di Casale Monferrato.

1995 – 2011: operaio addetto all'installazione di quadri elettrici in edifici civili ed industriali presso la Ditta SECI Quadri di Casale Monferrato.

2012 – 2013: cantoniere a San Giorgio Monferrato.

Esposizione familiare o domestica

Dalla relazione di consulenza tecnica Mingozzi e Salerno risulta che fosse presente polverino nel cortile dell'abitazione di via Pugno 21 in San Giorgio Monferrato.

Causa del decesso

Dalla storia clinica risulta quanto segue.

Azienda Ospedaliera Santo Spirito di Casale Monferrato

APR: a 17 anni infortunio sul lavoro con ustioni interessanti il 70 % della superficie corporea: modesti esiti all'arto sup dx. Ipertensione arteriosa. Sindrome depressiva

23.04 RX torace: estesa opacità omogenea parieto basale destra riferibile a versamento pleurico

23.04.2013 ricovero per dispnea e versamento pleurico Pneumologia DH



CORTE D'ASSISE DI NOVARA

23.04 toracentesi

23.04 esame citologico, diagnosi: tappeto di mesoteli talora aggregati in formazioni micropapillari

03.05 TAC torace: abbondante versamento pleurico a dx, di circa 8 cm nel punto di maggior spessore. Sempre a destra si associa distelectasia del lobo medio. Si rileva ispessimento pleurico moderatamente iperdenso a destra in corrispondenza della pleura parietale, della pleura mediastinica e della pleura diaframmatica, con spessore di circa 12 mm in corrispondenza della pleura diaframmatica, con possibile infiltrazione del pilastro diaframmatico omolaterale. Sono presenti millimetrici linfonodi precarenali. Si rileva millimetrica nodularità non tipizzabile per le esigue dimensioni, di circa 3 mm di diametro, in corrispondenza del segmento anteriore del lobo superiore di destra; millimetrica nodularità subpleurica di circa 2 mm, non tipizzabile, si rileva anche in corrispondenza della piramide basale di sinistra. I surreni non sono ingranditi. Limitatamente alle scansioni eseguite si osservano in corrispondenza dell'ottavo segmento epatico due immagini con le caratteristiche degli angiomi, di circa 15 mm di asse maggiore ciascuna. I reperti pleurici descritti a destra sono sospetti per lesione eteroplastica pleurica e necessitano di approfondimento diagnostico con pleuroscopia

08.05 toracoscopia transpleurica: pleura parietale che si presenta liscia ma diffusamente ispessita

13.05 esame istologico, descrizione microscopica/diagnosi: Il campione è costituito in prevalenza da tessuto connettivo fibroadiposo riccamente vascolarizzato; è presente un frammento di materiale fibrino-essudativo inglobante mesoteli iperplastici alcuni dei quali disposti in aggregati papillari

27.05 tomoscintigrafia globale corporea:

Collo e torace: regioni del collo indenni da concentrazioni patologiche di tracciante.

Presenza di diffuso iperaccumulo patologico di tracciante che coinvolge la pleura costale, diaframmatica e mediastinica del polmone di destra; in particolare in tale ambito si segnalano le aree a più intensa concentrazione di FDG (SUV max 8.77) nella regione apicale, all'altezza dell'arco anteriore della V costa e nella regione dell'ilo. Il mediastino ed il polmone controlaterale appaiono indenni da concentrazioni patologiche traccianti

Addome e pelvi-apparato scheletrico: nella norma

25.06 dimissioni, diagnosi tumori maligni della pleura, non specificata

Ospedale Maggiore della Carità, Novara, Chirurgia Toracica

A handwritten signature in black ink, consisting of a stylized 'L' shape followed by a flourish.



CORTE D'ASSISE DI NOVARA

05.06.13 ricovero per versamento pleurico destro e ispessimenti pleurici omolaterali

10.06 videotoroscopia dx: la pleura parietale e diaframmatica sono interamente coinvolta da ispessimenti biancastri con micronoduli anche sulla pleura viscerale. Si eseguono ampie biopsie pleuriche a livello della pleura parietale anteriore e posteriore per esame istologico definitivo. Stante la buona riespansione del parenchima polmonare si procede a talcaggio.

11.06 RX torace: presenza di falda di PNx a destra con minima componente di idropnx in sede basale da tale lato. Si associa ipodiafania del parenchima polmonare limitrofo verosimilmente di natura disventilativa.

Enfisema dei tessuti sottocutanei della parete toracica e della base del collo da tale lato. Presenza di drenaggio pleurico dx con apice proiettivamente posizionato in sede sovraclaveare. Minimo addensamento parenchimale in sede basale a sinistra. Immagine cardiaca nei limiti

12.06 RX torace: rimosso il drenaggio pleurico. Non falde aree di PNx. Atelettasia del lobo medio.

Presenza di enfisema sottocutaneo a destra. Stria disventilativa in sede basale sx Immagine cardiaca nei limiti.

12.06 dimissioni

14.06 esame citologico, diagnosi: emazie, linfociti, cellule mesoteliali attivate

18.06 esame istologico, diagnosi: frammenti di pleura parietale con mesotelioma maligno, epitelioido

Azienda Ospedaliera Santo Spirito di Casale Monferrato

4 cicli di chemioterapia

11.08.13 TAC torace: evidenza significativa riduzione della componente di versamento pleurico a destra dello spessore residuo di circa 5 cm alla base dell'emitorace, ad estensione infrascissurale, determinante atelectasia compressiva della base del lobo medio e del lobo inferiore. Sempre nei confronti del precedente controllo non è modificata significativamente l'estensione degli ispessimenti pleuriti patologici coinvolgenti diffusamente la pleura circonferenziale, mediastinica, scissurale e diaframmatica. Gli ispessimenti di maggiori dimensioni si localizzano al III superiore della pleura del mediastino (spessore 6 mm) in corrispondenza della pleura di rivestimento emidiaframmatico (spessore 1 cm). Non sono modificate significativamente rispetto al precedente controllo le millimetriche nodularità polmonari riconoscibili nel segmento anteriore del lobo superiore di destra ed in corrispondenza



CORTE D'ASSISE DI NOVARA

della piramide basale del lobo inferiore sn. Immodificata è la retrazione dell'emitorace di dx nei confronti del controlaterale.

Sempre riconoscibili sono i piccoli linfonodi del diametro di 5-10 mm presenti lungo la catena paratracheale supero inferiore dx, all'ilo omolaterale. Il profilo del diaframma è improntato, quadro suggestivo per estensione infiltrativa senza segni macroscopici di diffusione transdiaframmatica di malattia. In corrispondenza del VIII segmento epatico sono presenti formazioni del diametro circa 15 mm con caratteristiche per angiomi.

La sommatoria secondo protocollo RECIST modificato corrisponde a mm 44,2.

Altri due cicli di chemioterapia

02.12.13 TAC torace: non si apprezzano significative variazioni rispetto al precedente esame del 11-09 2013. In particolare, sono sostanzialmente immodificati sia gli ispessimenti pleurici patologici segnalati a dxa sia l'entità del versamento pleurico alla base dell'emitorace di dx, con interessamento anche scissurale. Immodificate anche le millimetriche nodularità polmonari bilaterali e i piccoli linfonodi ilo-mediastinici rilevati a destra. La sommatoria secondo protocollo RECIST modificato corrisponde a mm 42,2

VII e VIII ciclo di CT

Istituto di Ricovero e Cura a Carattere Scientifico del San Raffaele - Unità Operativa di Medicina Nucleare

16.01.14 PET: l'indagine PET odierna, confrontata visivamente con l'iconografia della precedente PET del 27 maggio, documenta una riduzione degli accumuli precedentemente segnalati in sede pleurite che per la maggior parte sembrano essere a livello delle zone di talcaggio. Si segnala tuttavia la presenza di area di intensa captazione in sede basale destra, verosimilmente pleurite a livello dell'angolo cardiorenico, apparentemente non presente nel precedente per quanto valutabile dall'iconografia a disposizione.

Limitatamente al potere risolutivo della metodica (circa 5 mm) non si documentano altre anomalie di distribuzione del radiofarmaco nelle restanti regioni corporee indagate.

Conclusioni: lo studio indica una sostanziale riduzione degli accumuli pleurici precedentemente segnalati ed in parte di significato flogistico post-pleurodesi. Area verosimilmente pleurica all'angolo cardiorenico di destra come da malattia in fase attiva, non potendo escludere tuttavia con certezza analogo significato flogistico

Azienda Ospedaliera Santo Spirito di Casale Monferrato



CORTE D'ASSISE DI NOVARA

14.04.14 TAC torace: si documenta progressione di malattia a dx per l'incremento degli ispessimenti pleurici patologici a carico della pleura parietale, mediastinica, diaframmatica e scissurale: in particolare in corrispondenza della pleura parietale a livello della parete toracica anteriore in prossimità dell'articolazione costosternale della IV costa si rileva infiltrazione della parete toracica stessa. È invariata l'entità di versamento pleurico alla base dell'emitorace di destra con interessamento in parte intrascissura. Appaiono sostanzialmente invariate le millimetriche nodularità a livello del parenchima polmonare d'ambo i lati e i linfonodi ilo-mediastinici precedentemente descritti.

La sommatoria secondo protocollo RECIST modificato corrisponde a mm 58,3.

Non si documentano lesioni focali epatiche aventi caratteristiche di evolutività. Si conferma la presenza dei due angiomi a livello del VIII segmento epatico.

Non si documentano alterazioni volumetriche, morfologiche e strutturali a carico di milza, pancreas, surreni e reni. Si documenta la comparsa di versamento peritoneale a livello dello scavo pelvico. Non si documentano linfonodi di dimensioni patologiche in sede intra e retroperitoneale

Altri cicli di CT

05.12.14 TAC torace -collo-addome: progressione della nota patologia pleurica destra per incremento del tessuto patologico pleurico interessante la pleura mediastinica, la parete toracica circonferenziale, la pleura scissurale e diaframmatica.

Tessuto patologico infiltra la parete toracica anteriore e i tessuti intercostali in particolare a livello parasternale. Aumentato anche il tessuto patologico infiltrante il mediastino posteriore che circonda infiltrando l'esofago, nel lume del quale è riconoscibile protesi metallica parzialmente deformata nella sua parte inferiore.

A livello del tessuto adiposo del mediastino anteriore sono comparse tumefazioni linfonodali patologiche delle dimensioni massime di 1 cm.

Alla base posteriormente è presente falda di versamento pleurico dello spessore di 3 cm immodificata al precedente esame.

Tessuto patologico dalla pleura diaframmatica anteriormente infiltra i tessuti intercostali e la parete addominale antero laterale progressione della nota patologia pleurica destra per incremento del tessuto patologico pleurico interessante la pleura mediastinica, la parete toracica circonferenziale, la pleura scissurale e diaframmatica.

A handwritten signature in black ink, consisting of a large, stylized initial 'H' followed by a smaller, less distinct mark.



CORTE D'ASSISE DI NOVARA

Tessuto patologico infiltra la parete toracica anteriore e i tessuti intercostali in particolare a livello parasternale. Aumentato anche il tessuto patologico infiltrante il mediastino posteriore che circonda infiltrando l'esofago, nel lume del quale è riconoscibile protesi metallica parzialmente deformata nella sua parte inferiore.

A livello del tessuto adiposo del mediastino anteriore sono comparse tumefazioni linfonodali patologiche delle dimensioni massime di 1 cm.

Alla base posteriormente è presente falda di versamento pleurico dello spessore di 3 cm immo modificata al precedente esame.

Tessuto patologico dalla pleura diaframmatica anteriormente infiltra i tessuti intercostali e la parete addominale antero laterale

Si conferma versamento pleurico anche a sinistra parzialmente intrascissurale dello spessore di 2 cm.

A livello del parenchima polmonare sono riconoscibili plurimi noduli solidi rotondeggianti a destra: qualche piccolo nodulo è presente anche alla base di sinistra; essi sono da riferire a localizzazioni secondarie di malattia.

È inoltre apprezzabile progressione addominale di malattia per la presenza di abbondante ascite endoperitoneale e per l'evidenza di ispessimenti patologici mesenteriali dello spessore massimo di circa 2 cm.

Invariati i restanti reperti addominali in assenza della comparsa di nuovi reperti patologici a carico degli organi splancnici o di linfadenopatie.

Immodificato rispetto al precedente esame il quadro di carcinosi ossea secondaria già descritto. TC collo.

Permane occlusione trombotica alla confluenza della vena brachio cefalica sinistra con la vena succlavia, per un breve tratto.

All'attuale controllo, alla base del collo di sinistra in sede latero cervicale (livello IV), sono riconoscibili linfonodi patologici confluenti che costituiscono masserella di 3 cm.

Nei restanti livelli di sinistra, a destra e in sede posteriore non sono apprezzabili ulteriori linfadenopatie

Conclusioni: progressione della nota patologia pleurica destra; la sommatoria con protocollo RECIST modificato porta ad un valore attuale di 71,8 mm; più evidente progressione delle note lesioni non target.

18.12 chemioterapia con gemcitabina

A handwritten signature in black ink, consisting of a large, stylized initial 'R' followed by a smaller, more complex flourish.



CORTE D'ASSISE DI NOVARA

Diagnosi: mesotelioma pleurico epitelioide dx.

Esami cito/istologici:

Casale: CK8/18: positivo; CK5/6: positivo; Vimentina: positiva; Calretinina: positivo; HBME1: positivo; WT1: positivo; CEA: negativo; BERE4: negativo.

Novara: CK5: positivo; Calretinina: positivo; Vimentina: positivo

IHC aggiuntiva: CEA: negativo; MOC31: negativo.

All'esito delle complessive indagini cliniche e strumentali, i CC.TT. del P.M. hanno concluso validando la diagnosi già formulata in vita di MESOTELIOMA PLEURICO VARIETÀ EPITELIOIDE. MESOTELIOMA CERTO.

I CC.TT. della Difesa hanno ritenuto il caso esaminato classificabile solo come probabile, non potendo confermare il giudizio di certezza formulato in fase pre-analitica in ragione dell'indisponibilità al riesame dell'integrazione dei marcatori effettuata dai CC.TT. del P.M. e ritenuta dallo stesso Prof. Roncalli opportuna, oltre che per il criticato utilizzo del risultato di marcatori eseguiti all'ospedale di Casale Monferrato su una biopsia non diagnostica per mesotelioma.

Ritiene la Corte, alla luce dei già esaminati criteri di valorizzazione delle metodologie di indagine medico-diagnostica, che l'indisponibilità al C.T. della Difesa dei marcatori aggiuntivi non consente di formulare riserve sulle conclusioni chiare e coerenti cui sono giunti i CC.TT. del P.M., fondate sulla positiva verifica delle qualificate e affidabili attività dei sanitari che ebbero in cura la vittima e sull'opportuna immunoistochimica aggiuntiva effettuata in sede di revisione del caso. Anche l'ulteriore critica metodologica avanzata dal Prof. Roncalli in merito alla non correttezza dell'utilizzo del risultato di marcatori eseguiti su una biopsia non diagnostica per mesotelioma non risulta dirimente, in quanto meramente accennata e non adeguatamente motivata nella relazione tecnica del C.T.

Dunque, alla luce del complessivo quadro clinico, strumentale, morfologico e immunoistochimico, che il decesso di CARPEGNA Paolo sia riconducibile con certezza a mesotelioma pleurico.

Riconducibilità della malattia all'attività svolta nello stabilimento Eternit di Casale Monferrato



CORTE D'ASSISE DI NOVARA

Vanno condivise le conclusioni cui sono giunti i CC.TT. del P.M. in ordine all'attribuibilità della patologia che condusse alla morte di CARPEGNA Paolo all'esposizione dovuta alla condizione abitativa e ambientale del predetto, stante la ridotta distanza dell'abitazione sia dallo stabilimento Eternit di Casale Monferrato, sia dal magazzino pertinenziale.

L'attività produttiva svolta nei dieci anni di gestione dell'imputato ha senz'altro inciso nell'insorgenza della patologia mesoteliale.

Nulla rilevano le indicate possibili fonti espositive di tipo lavorativo, trattandosi di attività non meglio indagate e circostanziate, nulla risultando documentato o dimostrato sull'effettiva esposizione della vittima all'inalazione di fibre di amianto.

Quanto alle segnalate fonti alternative di esposizione, esse consistono in aree di battuto poste alla distanza di centinaia di metri dall'abitazione della vittima e quindi tali da non costituire fonti autosufficienti di insorgenza della malattia.

Per quanto concerne il battuto a 28 m dalla residenza di San Giorgio Monferrato, non si conosce la data di installazione e del correlativo possibile degrado del materiato installato, in ogni caso inaccessibile alla vittima in quanto confinato in un cortile di altra abitazione.

Dunque, può concludersi che la prolungata esposizione di CARPEGNA Paolo all'emissione di polveri di amianto correlate all'attività produttiva dello stabilimento Eternit di Casale Monferrato sia stata per lo meno concausa determinante dell'insorgenza della patologia accertata che lo condusse al decesso.

286. CAVALLONE GERMANO

Principali dati storici della vittima

Nascita il: 15/12/1940 Decesso il: 18/9/2014. Diagnosi 14/11/2012.

Patologia: mesotelioma maligno epiteliomorfo della pleura.

Storia abitativa

Dal: 1951 (1940, secondo il questionario) Al: 18/09/2014 Casale Monferrato Frazione San Germano Strada Terruggia 8. *Distanza dallo stabilimento: 4319 metri Distanza dal magazzino: 3441 metri.*

Storia lavorativa



CORTE D'ASSISE DI NOVARA

1956 – 1959: coadiuvante in agricoltura presso l'azienda paterna, e garzone di macellaio.

1959 – 1997: muratore in edilizia civile, con riferita attività di taglio mediante uso di disco circolare ('flessibile') di manufatti in eternit.

Esposizione familiare o domestica

Viene riferita la presenza di cemento amianto spezzato nella pavimentazione del cortile di casa, installato nel 1960 dal padre e poi rimosso, con l'aiuto della vittima, in epoca prossima al 1970.

Causa del decesso

Dalla storia clinica risulta quanto segue.

Azienda ospedaliera SS. Antonio e Biagio e Cesare Arrigo Alessandria

25.10.12 Medicina Nucleare, PET: evidenziata presenza di anomali iperaccumuli di radiofarmaco a carico della pleura sx, in particolare in prossimità del lobo superiore e segmenti superiori del lobo inferiore, coinvolgendo anche la pleura mediastinica; concomitano focalità di permanenza linfonodale nella loggia di Barety, in finestra aorto polmonare, nel mediastino anteriore e in sede ilare dx

Conclusioni: indicata la presenza di reperti pleurici e linfonodali nelle sedi descritte con caratteristica di malattia ad elevata attività metabolica

Azienda ospedaliera Ss. Antonio e Biagio e Cesare Arrigo Alessandria

12.11.2012 ricovero in Chirurgia Toracica

Motivo: riscontro occasionale di ispessimento pleurico bilaterale durante accertamenti per intervento urologico (affetto da IPB). TC del 10.12: ispessimento pleurico sx, linfadenomegalie mediastiniche

13.11 Toracosopia transpleurica e biopsia della pleura

14.11 SC Radiologia Rx torace: ipodiafania in regione apicale sx e in sede basale anteriore con oblitterazione del seno costofrenico posteriore e laterale. Sottile falda di PNX all'altezza del II medio dell'emitorace sx, nella sede di posizionamento del drenaggio toracico, il cui estremo distale si proietta posteriormente sul tratto posteriore della VI costa. Enfisema sottocutaneo in corrispondenza dei tessuti molli del II inferiore e dell'emitorace sz

14.11 SC Anatomia ed Istologia Patologica e Citopatologica, esame istologico

Materiale inviato: biopsia di pleura parietale, tessuto tumorale



CORTE D'ASSISE DI NOVARA

Diagnosi: quadro istomorfologico e profilo immunofenotipico coerenti per mesotelioma maligno pleurico (varietà epitelioide) (frammenti di)

Mesotelioma maligno "certo" o MM" A" sec la classificazione del CEC Mesothelioma Panel 14.11 dimissione, diagnosi: tumori maligni della pleura parietale

Altre patologie concomitanti o complicanti: ipertensione essenziale benigna, ipertrofia prostatica benigna senza ostruzione urinaria ed altri sintomi delle vie urinarie

Azienda ospedaliera Ss. Antonio e Biagio e Cesare Arrigo Alessandria

15.11.12 ricovero in Chirurgia Toracica

Pronto Soccorso anamnesi: riscontro recente di ispessimenti pleurici bilaterali a sx, dimesso ieri dalla Chirurgia Toracica dove ha eseguito una toracosopia sz con biopsie multiple parietali.

In anamnesi IPB

Questa mattina dispnea e comparsa di enfisema sottocutaneo

15.11 RC Radiologia Rx torace: massiva falda di enfisema sottocutaneo sx a livello della parete toracica di sx in esiti di toracosopia. Sottile falda di PNX parietale al campo medio sx. Area di radiotrasparenza paratracheale sx sospetta per falda di PNX anteriore

16.11 dimissione, diagnosi: enfisema (sottocutaneo) dovuto ad intervento

Altre patologie concomitanti o complicanti: tumori maligni della pleura parietale, ipertensione essenziale benigna, ipertrofia prostatica benigna senza ostruzione urinaria ed altri sintomi delle vie urinarie

Azienda ospedaliera Ss. Antonio e Biagio e Cesare Arrigo Alessandria

17.11.12 ricovero tramite Pronto Soccorso in Chirurgia Toracica

17.11 RC Radiologia Rx torace: si evidenzia lieve maggior accentuazione dell'esteso enfisema più marcato in regione sovraclaveare a dx e in regione pettorale omolaterale. Compare falce di iperdiafania in sede paramediastinica dx sospetta per pneumomediastino

20.11 RC Radiologia Rx torace: lievemente ridotta l'entità dell'enfisema dei tessuti molli.

Obliterazione di entrambi i seni costofrenici per minimo versamento pleurico

20.11 dimissione, diagnosi: enfisema (sottocutaneo) dovuto ad intervento.

Esami cito/istologici:

Calretinina: positiva HBME1: positiva WT1: positivo CK5: positivo CK8/18: positivo BERP4: negativo.

IHC aggiuntiva: CEA -.



CORTE D'ASSISE DI NOVARA

All'esito delle complessive indagini cliniche e strumentali, i CC.TT. del P.M. hanno concluso validando la diagnosi di MESOTELIOMA PLEURICO EPITELIOIDE. MESOTELIOMA CERTO.

I CC.TT. della Difesa concordano con le conclusioni cui sono pervenuti i CC.TT. del P.M., anche in ragione della presenza di un set di marcatori validati ed attuali in numero congruo. Ritiene la Corte, conformemente alla comune e condivisa valutazione espressa da tutti i CC.TT., che, alla luce del complessivo quadro clinico, strumentale, morfologico e immunohistochimico, il decesso di CAVALLONE Germano sia riconducibile con certezza a mesotelioma pleurico.

Riconducibilità della malattia all'attività svolta nello stabilimento Eternit di Casale Monferrato

Dai dati processuali emerge una storia lavorativa indicativa di una concreta e certa esposizione persistente a fibre di amianto da parte della vittima.

Infatti, costei, per moltissimi anni (1959 – 1977), ha svolto l'attività di muratore alle dipendenze di imprese edili con riferita manipolazione di manufatti in cemento amianto, essendo impegnato in demolizioni, rimozioni o installazione di canne fumarie e lastre in cemento amianto, con taglio dei manufatti.

Ciò induce a ritenere che la vittima possa aver lungamente respirato fibre in amianto aero disperse allorché manipolava manufatti in cemento amianto, così da giustificare l'insorgenza del mesotelioma.

A fronte di tale dato certo e obiettivo, il dato residenziale (residenza posta alla distanza di oltre 4 km) non consente di affermare, oltre ad ogni ragionevole dubbio, che la vittima possa aver contratto la malattia anche per effetto della sua esposizione ambientale.

Ne discende che l'imputato va assolto per insussistenza del fatto.

287. CEBRARO RENATO

Principali dati storici della vittima

Nascita il: 8/10/1947. Decesso il: 29/2/2016. Diagnosi 15/5/2015.

Patologia: mesotelioma maligno sarcomatoide della pleura.



CORTE D'ASSISE DI NOVARA

Storia abitativa

Dal 1947 al 1955 Casale Monferrato, Via Rosselli. *Distanza dallo stabilimento: 1533 metri.*

Dal 1955 al 1971 Casale Monferrato, C.so Valentino 169. *Distanza dallo stabilimento: 1770 metri*

Dal 1971 al 1989 Casale Monferrato, Via Cavalcavia 1/b. *Distanza dallo stabilimento: 1780 metri. Distanza dal magazzino: 830 metri.*

Dal: 1989 Al: 29/02/2016 Casale Monferrato, Via Sant'Evasio 5. *Distanza dallo stabilimento: 1533 metri Distanza dal magazzino: 835 metri.*

Storia lavorativa

1967 – 1968: ragioniere presso la Pontificia Opera Assistenza a Casale Monferrato.

1968 – 1977: ragioniere e poi responsabile ufficio acquisti presso la ditta Smyth Europea a Casale Monferrato.

1977 – 1980: consulente informatico a Vercelli.

1980 – 2015: AD della SINTESI SOFTWARE a Vercelli.

Non risulta esposizione familiare o domestica.

Causa del decesso

Dalla storia clinica risulta quanto segue:

Azienda Ospedaliera Santo Spirito di Casale Monferrato

APR: pleurite sin a 5 anni. Ipertensione arteriosa

APP: dispnea da sforzo da fine aprile. Visita pneumologica in cui viene riscontrata presenza di versamento pleurico ed effettuata toracentesi

05.05.2015 ricovero in DH Pneumologia per versamento pleurico sinistro

05.05 esame citologico, diagnosi: tappeto di emazie, linfociti, granulociti neutrofili e mesoteli

05.05 RX torace: Opacità omogenea parieto-basale sinistra riferibile in prima ipotesi a versamento pleurico cui si associano ispessimenti pleurici parietali.

Segni di broncopneumopatia cronica diffusa. Piccolo circolo in compenso. Ombra cardiaca nella norma.

14.05 TAC torace con e senza mdc: a sinistra si conferma la presenza di abbondante versamento pleurico, dello spessore massimo di 8,5 cm, cui si associa voluminosa formazione a partenza pleurica, posta in sede postero-basale omolaterale, delle dimensioni massime di 12 x 5 cm. Si



CORTE D'ASSISE DI NOVARA

associano ulteriori sottili ispessimenti pleurici lineari caratterizzati da discreta impregnazione contrastografica, presenti a livello della pleura circonferenziale e mediastinica. Tali reperti sono da riferire in prima ipotesi a neoplasia pleurica in accrescimento. Non si rilevano lesioni polmonari parenchimali d'ambo i lati. A sn sono presenti strie disventilative limitrofe al versamento. Non si riconoscono linfadenopatie in ambito ilo-mediastinico. È presente versamento pericardico. Il fegato, la milza, i reni e i surreni conservano regolare aspetto tomodensitometrico. Il pancreas è atrofico. La vescica, solo modicamente distesa, è priva di significativi aggetti endoluminali. La prostata ha dimensioni incrementate (5,5 - 6 cm) ed impronta il pavimento vescicale con adenoma craniale. Non è presente versamento libero in peritoneo né linfadenopatie. Si segnala ernia inguino-scrotale dx senza segni di sofferenza viscerale in atto. Con algoritmo di ricostruzione per l'osso non si segnalano alterazioni osteostrutturali di tipo patologico nei segmenti scheletrici compresi nello studio. Conclusioni:
sospetta neoplasia pleurica meritevole di approfondimento diagnostico con biopsie pleuriche
15.05 toracosopia: pleura parietale anteriore ispessita, lardacea
15.05 esame citologico, diagnosi: tappeto di emazie, linfociti, granulociti neutrofili e mesoteli.
15.05 esame istologico, diagnosi: quadro compatibile con mesotelioma sarcomatoso pleomorfo.
25.05 dimissioni, diagnosi: tumori maligni della pleura, non specificata

Esami cito/istologici:

Ck8/18: positivo CK5/6: negativo Vimentina: positivo Calretinina: negativo HBME1: negativo WT1: negativo GLUT1: positivo CEA: negativo MOC31: negativo Desmina: negativo CK7: positivo Podoplanina: positiva focale SMA: positivo.

All'esito delle complessive indagini cliniche e strumentali, i CC.TT. del P.M. hanno concluso validando la diagnosi di MESOTELIOMA PLEURICO SARCOMATOIDE. MESOTELIOMA CERTO.

I CC.TT. della Difesa concordano con le conclusioni cui sono pervenuti i CC.TT. del P.M., anche in ragione della presenza di un set di marcatori validati ed attuali in numero congruo e coerente con una diagnosi di certezza.

Ritiene la Corte, conformemente alla comune e condivisa valutazione espressa da tutti i CC.TT., che, alla luce del complessivo quadro clinico, strumentale, morfologico e immunoistochimico, il decesso di CEBRARO Renato sia riconducibile con certezza a mesotelioma pleurico.



CORTE D'ASSISE DI NOVARA

Riconducibilità della malattia all'attività svolta nello stabilimento Eternit di Casale Monferrato

Vanno condivise le conclusioni cui sono giunti i CC.TT. del P.M. in ordine all'attribuibilità della patologia che condusse alla morte di CEBRARO Renato all'esposizione dovuta alla condizione abitativa e ambientale del predetto, stante la ridotta distanza dell'abitazione sia dallo stabilimento Eternit di Casale Monferrato, sia dal magazzino pertinenziale.

L'attività produttiva svolta nei dieci anni di gestione dell'imputato ha senz'altro inciso nell'insorgenza della patologia mesoteliale.

Premesso che nel caso di specie va pacificamente esclusa ogni condizione di rischio espositivo correlata all'esercizio dell'attività lavorativa, quanto alle fonti alternative di rischio espositivo segnalate dai CC.TT. della Difesa, esse consistono per lo più in aree di battuto poste alla distanza di centinaia di metri dall'abitazione della vittima e quindi non tali da costituire fonti autosufficienti di insorgenza della malattia.

Per quanto riguarda l'area di 80 mq di battuto miscelato a cemento, posta a 61 mt dalla residenza di via S. Evasio, trattasi di pavimentazione del cortile della Diocesi che, come si desume dalla scheda di censimento ARPA del 2012, veniva utilizzato come parcheggio dai dipendenti della curia e come passaggio pedonale, aperto al pubblico, per l'accesso all'archivio diocesano.

Tuttavia, nulla si conosce in relazione alla data di installazione del materiale, né all'accesso e al transito della vittima a tale cortile, in guisa da ritenere che possa aver rappresentato causa esclusiva dell'insorgenza della malattia.

Dunque, può concludersi che la prolungata esposizione di CEBRARO Renato all'emissione di polveri di amianto correlate all'attività produttiva dello stabilimento Eternit di Casale Monferrato sia stata per lo meno concausa determinante dell'insorgenza della patologia accertata che lo condusse al decesso.

288 CHIESA DOMENICO

Principali dati storici della vittima

Nascita il: 23/9/1930 Decesso il: 08/11/2011. Diagnosi 26/8/2011.

Patologia: mesotelioma maligno bifasico della pleura.



CORTE D'ASSISE DI NOVARA

Storia abitativa

Castelletto Merli (secondo il questionario) Ponzano Monferrato (secondo il certificato di residenza storico) dal 1930 al 1948.

Dal 1948 al 1962 Casale Monferrato, Salita Sant'Anna. *Distanza dallo stabilimento: 1500 metri.*

Dal 1962 al 1971 Casale Monferrato, indirizzo non precisato). *Distanza dallo stabilimento non valutabile. L'intero abitato centrale di Casale Monferrato giace a meno di 2500 metri di distanza.*

Dal: 1971 Al: 08/11/2011 Casale Monferrato, Via Montessori 30. *Distanza dallo stabilimento: 1612 metri Distanza dal magazzino: 1291 metri.*

Storia lavorativa

1950 – 1960: trasportatore di salumi presso il Salumificio Mantelli di Casale Monferrato.

1960 – 1965: tornitore presso la FIAT Torino.

1965 – 2006: assicuratore in Piazza Castello a Casale Monferrato.

Non risulta esposizione familiare o domestica.

Causa del decesso

Dalla storia clinica risulta quanto segue.

Documento privo di intestazione- MITRA Radiology Report

10.07.2011 RX torace...alla base dx permane modesta quantità di versamento pleurico, in assenza di evidenti addensamenti parenchimali in atto. La cavità pleurica sx è libera da versamento

10.08 Rx torace: rispetto al precedente si evidenzia a dx la comparsa di versamento pleurico che risale al II medio dell'emitorace

Presidio Ospedaliero Santo Spirito, Casale Monferrato

10.08.2011 Ricovero DH Pneumologia

Diagnosi: versamento pleurico

Cartella clinica

Laringectomia nel 1991 per K

Già ricoverato in luglio per versamento pleurico dx (modesto) e sospetto focolaio broncopneumonico omolaterale



CORTE D'ASSISE DI NOVARA

10.06 toracentesi

23.08 Diagnostica per Immagini, TAC torace: e addome superiore con mdc: è rilevabile esteso versamento pleurico a dx dello spessore di 5-6cm., che sottende la presenza di ispessimenti lineari iperdensi che coinvolgono diffusamente la pleura circonferenziale-mediastinica, diaframmatica e scissurale. Le lesioni pleuriche maggiori si localizzano a livello del II medio inferiore dell'emitorace, a livello della pleura di rivestimento diaframmadico (spessore 7mm). Collasso del parenchima polmonare del lobo medio-lobo inferiore all'ilo. Si riconosce della cellularità adiposa del mediastino anteriore come da estensione infiltrativa. Il diaframma in più parti è improntato, presenta profili sfumati, tale reperto è compatibile con infiltrazione del muscolo senza segni macroscopici di diffusione trans-diaframmatica. Lunga la catena paratracheale inferiore ed in sede precarenale si osservano alcuni linfociti del diametro di circa 1cm. La valutazione del parenchima polmonare evidenzia quadro di distrofia dell'architettura polmonare a carattere enfisematoso a prevalente distribuzione lobare superiore in quadro di broncopneumopatia cronica

CR: sospetta neoplasia pleurica dx con abbondante versamento pleurico, collasso del parenchima polmonare all'ilo

SC Anatomia Patologica

16.08 esame citologico

Materiale inviato: liquido pleurico dx

Diagnosi: tappeto di emazie, granulociti neutrofili e linfociti. Sono presenti alcuni elementi mesoteliali" attivati".

30-08 esame istologico

Materiale inviato: biopsia pleura parietale dx

Giudizio diagnostico: mesotelioma bifasico (60% del materiale in esame)

31-08 esame citologico

Materiale inviato: liquido pleurico dx

Giudizio diagnostico: materiale ematico

02.09.2011 Dimissione

Diagnosi: tumori maligni della pleura, non specificata.

Esami cito/istologici:



CORTE D'ASSISE DI NOVARA

CK 8/18 (CAM 5.2): positivo; Ck5/6: positivo; Calretinina: positivo; HBME1: positivo; WT1: positivo; CEA: negativo; MOC31: negativo; ER: negativo.

IHC aggiuntiva: ER negativo.

All'esito delle complessive indagini cliniche e strumentali, I CC.TT. del P.M. hanno concluso validando la diagnosi di MESOTELIOMA PLEURICO BIFASICO. MESOTELIOMA CERTO.

I CC.TT. della Difesa concordano con le conclusioni cui sono pervenuti i CC.TT. del P.M., anche in ragione della presenza di un set di marcatori validati ed attuali in numero congruo.

Ritiene la Corte, conformemente alla comune e condivisa valutazione espressa da tutti i CC.TT., che, alla luce del complessivo quadro clinico, strumentale, morfologico e immunohistochimico, il decesso di CHIESA Domenico sia riconducibile con certezza a mesotelioma pleurico.

Riconducibilità della malattia all'attività svolta nello stabilimento Eternit di Casale Monferrato

Vanno condivise le conclusioni cui sono giunti i CC.TT. del P.M. in ordine all'attribuibilità della patologia che condusse alla morte di CHIESA Domenico all'esposizione dovuta alla condizione abitativa e ambientale del predetto, stante la ridotta distanza dell'abitazione sia dallo stabilimento Eternit di Casale Monferrato, sia dal magazzino pertinenziale.

Inoltre, dagli atti risulta che dal 1965 al 2006 la vittima ha lavorato come assicuratore in Piazza Castello a Casale Monferrato, provando quindi che costei trascorreva la maggior parte della sua esistenza in vita nella città, costantemente esposta all'inquinamento ambientale dovuto alle fonti di emissione dell'Eternit.

L'attività produttiva svolta nei dieci anni di gestione dell'imputato ha senz'altro inciso nell'insorgenza della patologia mesoteliale.

Premesso che nel caso di specie va pacificamente esclusa ogni condizione di rischio espositivo correlata all'esercizio dell'attività lavorativa, quanto alle fonti alternative di rischio espositivo segnalate dai CC.TT. della Difesa si osserva quanto segue.

Per quanto riguarda la delimitata area di battuto 120 mq posta a 90 mt di distanza dalla residenza n. 3 della vittima (vialetto costruito intorno al 1967, delimitato da bordure di aiuole con battuto coperto di strati di ghiaia), il giudizio tecnico dell'ARPA del 2007, allorché i funzionari ritenevano non prioritaria la bonifica del sito in vista delle buone condizioni di manutenzione,



CORTE D'ASSISE DI NOVARA

conferma l'assenza di concreto rischio di dispersione di fibre di amianto anche in quell'epoca più recente.

Dunque, può concludersi che la prolungata esposizione di CHIESA Domenico all'emissione di polveri di amianto correlate all'attività produttiva dello stabilimento Eternit di Casale Monferrato sia stata per lo meno concausa determinante dell'insorgenza della patologia accertata che lo condusse al decesso.

289 COPPO MARIA RINA

Principali dati storici della vittima

Nascita il: 21/11/1939. Decesso il: 25/3/2012. Diagnosi 29/9/2010.

Patologia: mesotelioma maligno epiteliomorfo della pleura.

Storia abitativa

Dal 1939 al 1954 Cella Monte, Via dei Coppi 2. *Distanza dallo stabilimento: 9130 metri.*

Dal: 1954 Al: 1958 Casale Monferrato, Via Liutprando. *Distanza dallo stabilimento: 1430 metri.*

Dal: 1958 Al: 1970 Casale Monferrato, C.so Manacorda. *Distanza dallo stabilimento: 995 metri.*

Dal: 15/6/1971 Al: 13/5/1975 Casale Monferrato, Via Callori 14. Durata del periodo: 4 anni. *Distanza dallo stabilimento: 1054 metri Distanza dal magazzino: 860 metri.*

Dal: 13/5/1975 Al: 24/11/1981 Casale Monferrato, Viale O. Marchino 6. Durata del periodo: 6 anni. *Distanza dallo stabilimento: 1391 metri Distanza dal magazzino: 636 metri.*

Dal: 24/11/1981 Al: 2/1/1991 Casale Monferrato, Viale O. Marchino 4 Durata del periodo: 10 anni. *Distanza dallo stabilimento: 1374 metri Distanza dal magazzino: 610 metri.*

Dal 1991 al 2016 Cella Monte, Via dei Coppi 2. *Distanza dallo stabilimento: 9130 metri.*

Storia lavorativa

1959 – 1970: impiegata amministrativa presso una tipografia di Casale Monferrato.

1970 – 1990: insegnante di educazione tecnica nelle scuole medie.

Causa del decesso



CORTE D'ASSISE DI NOVARA

Dalla storia clinica emerge quanto segue.

Azienda Ospedaliera Maggiore della Carità Novara

22.09.2010 ricovero in Chirurgia Toracica

Cartella clinica

APR: ipertensione arteriosa in terapia

APP: gennaio 2010, dispnea da sforzo e tosse

Aprile 2010: persistenza quadro clinico, sottoposta ad accertamenti viene formulata la diagnosi di versamento pleurico dx

Luglio 2010 riscontro di cellule compatibili con mesotelioma pleurico maligno

Accertamenti eseguiti: Rx torace (aprile, maggio e settembre 2010):: versamento pleurico dx a distribuzione esclusivamente basale

TAC torace (luglio 2010): versamento pleurico dx con interessamento scissurale

Citologia pleurica: CTM fortemente sospette per mesotelioma pleurico

Diagnosi all'ingresso: versamento pleurico dx maligno

22.09 scarificazione della pleura

22.09 toracosopia transpleurica

23.09 Radiodiagnostica, RX torace: non falde aeree di PNX. Modesto versamento pleurico basale dx

24.09 diagnosi alla dimissione: tumori maligni della pleura parietale

Altre patologie concomitanti o complicanti: altre forme specificate di versamento pleurico, eccetto il tubercolare

Azienda Ospedaliera Maggiore della Carità Novara

SC Anatomia ed Istologia Patologica

29.09.2010 esame istologico

Materiale inviato: biopsia pleura parietale dx

Reperto microscopico e diagnosi; mesotelioma maligno epiteliomorfo della pleura

03.05.2016 esame istologico

Materiale inviato: preparati istologici e blocchetti

Esami cito/istologici:

Calretinina: positiva EMA: negativa CEA: negativa CK5/6: negativo CK: positivo Vimentina: positiva TTF1: negativo.



CORTE D'ASSISE DI NOVARA

All'esito delle complessive indagini cliniche e strumentali, i CC.TT. del P.M. hanno concluso in tal senso: *"IL QUADRO CLINICO/STRUMENTALE, IL QUADRO MORFOLOGICO E IMMUNOISTOCHEMICO SONO COMPATIBILI CON UN MESOTELIOMA PLEURICO EPITELIOIDE. MESOTELIOMA PROBABILE (B)."*

I CC.TT. della Difesa hanno condiviso la medesima valutazione dei CC.TT. del P.M., sia in fase preanalitica che postanalitica, rilevando l'insufficienza dei marcatori complessivamente analizzati.

Ritiene la Corte, alla luce dei già esaminati criteri di valorizzazione delle metodologie di indagine medico-diagnostica e considerato il merito della discussione sul caso concreto, che debbono condividersi le prudenti conclusioni espresse comunemente da tutti i CC.TT. nel senso di un giudizio di mera probabilità di mesotelioma.

Pertanto, non potendosi confermare con assoluta certezza la riconducibilità del decesso di COPPO Maria Rina a mesotelioma pleurico e non essendo configurabile l'evento di reato così come cristallizzato in imputazione, il prevenuto va mandato assolto perché il fatto non sussiste.

290 COPPO SERGIO

Principali dati storici della vittima

Nascita il: 15/1/1935 Decesso il: 28/9/2014. Diagnosi 18/7/2014.

Patologia: mesotelioma maligno sarcomatoide della pleura

Storia abitativa

Dal: 1935 Al: 1996 Cella Monte, Via Dante Barbano 43. *Distanza dallo stabilimento: 7548 metri Distanza dal magazzino: 7925 metri.*

Dal: 20/1/1997 Al: 14/7/2003 Cella Monte, Via Dante Barbano 6. Durata del periodo: 6 anni *Distanza dallo stabilimento: 7548 metri Distanza dal magazzino: 7925 metri.*

Dal: 14/7/2003 Al: 28/9/2014 Cella Monte, Via Dante Barbano 60. Durata del periodo: 11 anni *Distanza dallo stabilimento: 7502 metri Distanza dal magazzino: 7973 metri.*



CORTE D'ASSISE DI NOVARA

Storia lavorativa

1960 – 1971: addetto all'autotrasporto con camion di materiali vari.

1971 – 2000: macellaio in Cellamonte.

Non risulta esposizione familiare o domestica.

Causa del decesso

Dalla storia clinica risulta quanto segue.

Azienda Ospedaliera Santo Spirito di Casale Monferrato

APR: prostatectomia per verisimile K prostatico nel 1994

APP: dolore alla spalla destra, controllo in DEA

07.07.2014 RX torace: si rileva opacamente di gran parte dell'emittoce dx come da abbondante versamento pleurico, con dislocazione controlaterale delle strutture mediastiniche. Si segnala inoltre ispessimento pleurico margino-costale mammelloniforme in corrispondenza del terzo superiore dell'emittoce di destra. I reperti descritti sono sospetti per lesione eteroplastica pleurica che necessita in prima istanza di visita pneumologica. Non evidenti lesioni pleuroparenchimali a focolaio in atto degli ambiti esplorabili di sinistra. Immagine cardiaca non valutabile. Aorta con sottili calcificazioni parietali all'arco

08.07 ricovero in SOC di Pneumologia, DH per versamento pleurico massivo a dx

08.07 toracentesi

08.07 esame citologico, diagnosi: tappeto di emazie, linfociti, granulociti neutrofili e mesoteli, Presenza di elementi mesoteliali "attivati".

08.07 ECG: fibrillazione atriale

10.07 TAC torace e addome: abbondante versamento pleurico a dx, che determina atelettasia di gran parte del polmone omolaterale con residua ventilazione esclusivamente di una parte del segmento apicale del lobo superiore. Tale versamento è sotteso da fine ispessimento della pleura circonferenziale, iperdensa dopo contrasto. Il reperto è compatibile con il sospetto clinico di neoformazione primitiva pleurica. Il versamento determina inoltre dislocazione controlaterale delle strutture mediastiniche. La trachea ed i bronchi principali sono pervi. Non si rilevano linfadenomegalie patologiche in regione ilo-mediastinica. Sono presenti calcificazioni coronariche. I surreni non sono ispessiti. I segmenti splenici, renali, pancreatici ed epatici esaminati presentano normale aspetto tomografico. Non si osservano aree di rimaneggiamento osseo secondario.



CORTE D'ASSISE DI NOVARA

10.07 dimissione per trasferimento ad altro reparto, diagnosi: tumori maligni della pleura non specificata

Altre patologie: fibrillazione atriale

18.07 referto esame istologico: mesotelioma fibroso.

Esami cito/istologici:

CK8/18 +; Vimentina +; HBME1 +/-; WT1 +/-; CEA -; MOC31-; Calretinina -; CK5/6 -.

IHC aggiuntiva: Podoplanina: negativa S100: negativa Actina: positiva nelle cellule dello stroma

All'esito delle complessive indagini cliniche e strumentali, i CC.TT. del P.M. hanno concluso esprimendo tale giudizio: *“PER I C.T. PATOLOGI (DR BELLIS - MARIANI) IL QUADRO CLINICO/STRUMENTALE, IL QUADRO MORFOLOGICO E IMMUNOISTOCHEMICO SONO COMPATIBILI CON UN MESOTELIOMA PLEURICO SARCOMATOIDE. MESOTELIOMA PROBABILE (B)”*.

Il C.T. della Difesa, invece, non ha analizzato il caso in ragione dell'indisponibilità dei marcatori eseguiti all'origine dai sanitari che si occuparono del paziente.

Condividendosi le caute conclusioni espresse dai CC.TT. del P.M. e la relativa percentuale di dubbio diagnostico, ritiene la Corte non potersi confermare con assoluta certezza la riconducibilità del decesso di COPPO Sergio a mesotelioma pleurico.

Peraltro, per completezza espositiva, al di là dell'incerta diagnosi di mesotelioma, giova evidenziare che tale patologia non sarebbe stata riconducibile al di là di ogni ragionevole dubbio all'attività della Eternit di Casale Monferrato.

Infatti, la rilevante distanza dell'abitazione e della sede di lavoro della vittima dalle fonti di dispersione derivanti dal ciclo produttivo della Eternit (circa 7 km), unitamente all'assenza di informazioni sul vissuto della stessa che possano riscontrare una sua esposizione all'inquinamento ambientale in Casale Monferrato, non consentirebbero comunque di affermare con certezza la sussistenza del fatto.

Pertanto, si impone l'assoluzione dell'imputato perché il fatto non sussiste.

291 COPPO NATALINA

Principali dati storici della vittima



CORTE D'ASSISE DI NOVARA

Nascita il: 23/11/1928 Decesso il: 17/12/2013. Diagnosi 8/4/2013.

Patologia: mesotelioma maligno epiteliomorfo della pleura.

Storia abitativa

Dal 1928 al 1952 Vignale Monferrato Via IV Novembre 15.

Dal: 16/11/1952 Al: 10/2/1972 Casale Monferrato Via Saletta 17. Durata del periodo: 20 anni.
Distanza dallo stabilimento: 1396 metri Distanza dal magazzino: 1293 metri.

Dal: 10/2/1972 Al: 17/12/2013 Casale Monferrato Via Bagna 2/B. Durata del periodo: 41 anni.
Distanza dallo stabilimento: 1838 metri Distanza dal magazzino: 964 metri.

Storia lavorativa

1970 – 1990: esecuzione di lavori domestici presso abitazioni private in Casale Monferrato (nessuno dei committenti era dipendente Eternit).

Non si riscontra esposizione domestica o familiare.

Causa del decesso

Dalla storia clinica risulta quanto segue.

Azienda Ospedaliera Santo Spirito di Casale Monferrato

APR: ipertensione arteriosa

APP dispnea, RX il 25.03.13: ipodiafania da versamento pleurico al campo medio inferiore di sn. Nulla a dx

28.03.13 ricovero in DH, Pneumologia per versamento pleurico sinistro

28.05 toracentesi

28.03 esame citologico, diagnosi: tappeto di linfociti

02.04 TAC torace e addome: versamento pleurico a sinistra esteso dalla base sino all'apice dello spessore massimo di circa 6,5 cm sotteso da alcuni fini ispessimenti pleurici tenuemente iperdensi dopo contrasto; si rilevano inoltre un gettone a partenza dalla pleura mediastinica, anch'essa inspessita ed iperdensa, dello spessore massimo di circa 3 cm ed alcuni ispessimenti della pleura mantellare a carico del lobo superiore omolaterale. I reperti depongono per patologia produttiva pleurica.



CORTE D'ASSISE DI NOVARA

Non si rilevano lesioni parenchimali con caratteristiche radiologiche di evolutività in presenza di segni di stasi del piccolo circolo. Non si osservano linfadenomegalie patologiche in mediastino.

I surreni non sono ispessiti. Il fegato presenta alcune formazioni tondeggianti costantemente ipodense di natura cistica la maggiore delle quali a margini plurilobati di circa 4 cm di diametro nel il segmento epatico. I segmenti splenici, renali e pancreatici esaminati presentano regolare aspetto tomografico in presenza di alcune formazioni cistiche corticali e parapieliche.

08.04 toracentesi e biopsia pleurica

08.04 esame citologico, diagnosi: tappeto di linfociti e mesoteli

11.07 esame istologico referto: mesotelioma maligno epiteliomorfo

24.09 TAC torace e addome: netta progressione di malattia con completa infiltrazione del mediastino sino a coinvolgere la pleura mediastinica controlaterale determinando da tale lato un versamento pleurico dello spessore massimo di circa 5 cm. Tutte le strutture mediastiniche sono completamente avvolte da tessuto neoformato che infila inoltre a sinistra la parete toracica, il pericardio ed il diaframma con segni di passaggio transdiaframmatico di malattia con una stria ipodensa che giunge a contatto del profilo posteriore della milza che non appare infiltrata. Si rileva la comparsa di tessuto neoformato a ridosso del pilastro diaframmatico sinistro con numerosi linfonodi subcentimetrici perifericamente

A sinistra resta ventilata esclusivamente una piccola porzione della piramide basale mentre il resto del parenchima polmonare è completamente atelettasico per compressione da parte dell'abbondante versamento pleurico.

Le porzioni epatiche, renali, surrenaliche e pancreatiche esaminate presentano normale aspetto tomografico.

La sommatoria degli inspessimenti pleurici secondo protocollo RECIST modificato è di 152.7 mm.

24.09 dimissioni: mesotelioma pleurico epiteliomorfo sinistro

Esami cito/istologici:

CK8/18 +; CK 5/6+; Vimentina+; Calretinina+; HBME1+; WT1+; CEA-; BERE4-.



CORTE D'ASSISE DI NOVARA

All'esito delle complessive indagini cliniche e strumentali, i CC.TT. del P.M. hanno concluso validando la diagnosi già formulata in vita di MESOTELIOMA PLEURICO EPITELIOIDE. MESOTELIOMA CERTO.

I CC.TT. della Difesa concordano con le conclusioni cui sono pervenuti i CC.TT. del P.M., potendo confermare la valutazione pre-analitica di certezza in sede post-analitica anche in ragione della disponibilità di un set di marcatori mesoteliali ed epiteliali adeguato e con risultati propri.

Ritiene la Corte, conformemente alla comune e condivisa valutazione espressa da tutti i CC.TT., che, alla luce del complessivo quadro clinico, strumentale, morfologico e immunoistochimico, il decesso di COPPO Natalina sia riconducibile con certezza a mesotelioma pleurico.

Riconducibilità della malattia all'attività svolta nello stabilimento Eternit di Casale Monferrato

Vanno condivise le conclusioni cui sono giunti i CC.TT. del P.M. in ordine all'attribuibilità della patologia che condusse alla morte di COPPO Natalina all'esposizione dovuta alla condizione abitativa e ambientale della predetta, stante la ridotta distanza dell'abitazione sia dallo stabilimento Eternit di Casale Monferrato, sia dal magazzino pertinenziale.

L'attività produttiva svolta nei dieci anni di gestione dell'imputato ha senz'altro inciso nell'insorgenza della patologia mesoteliale.

Premesso che nel caso di specie va pacificamente esclusa ogni condizione di rischio espositivo correlata all'esercizio dell'attività lavorativa, per quanto concerne le fonti alternative di esposizione segnalate dai CC.TT. della Difesa, esse consistono in aree di battuto poste alla distanza di centinaia di metri dall'abitazione della vittima e quindi non tali da costituire fonti autosufficienti di insorgenza della malattia.

Dunque, può concludersi che la prolungata esposizione di COPPO Natalina all'emissione di polveri di amianto correlate all'attività produttiva dello stabilimento Eternit di Casale Monferrato sia stata per lo meno concausa determinante dell'insorgenza della patologia accertata che la condusse al decesso.

292 CORONA PIER LUIGI

Principali dati storici della vittima



CORTE D'ASSISE DI NOVARA

Nascita il: 29/10/1941 Decesso il: 11/08/2014

Diagnosi 12/3/2014 (citologico con primo sospetto)

Patologia: mesotelioma maligno epiteliomorfo della pleura (conferma con autopsia)

Storia abitativa

Dal: 1951 (1941, secondo il questionario) Al: 29/11/1968 Casale Monferrato, Strada Mortara 17. *Distanza dallo stabilimento: 3507 metri Distanza dal magazzino: 3205 metri.*

Dal: 29/11/1968 Al: 13/06/1969 Casale Monferrato, Strada Torino 11. Durata del periodo: 7 mesi. *Distanza dallo stabilimento: 1275 metri Distanza dal magazzino: 1712 metri.*

Dal: 13/6/1969 Al: 2/3/1971 Casale Monferrato, Via Brigate Partigiane 18. Durata del periodo: 2 anni. *Distanza dallo stabilimento: 1434 metri Distanza dal magazzino: 2016 metri.*

Dal: 2/3/1971 Al: 2/12/1993 Casale Monferrato, Strada Torino 11. Durata del periodo: 22 anni. *Distanza dallo stabilimento: 1275 metri Distanza dal magazzino: 1712 metri.*

Dal: 2/12/1993 Al: 13/6/1995 Casale Monferrato, Piazza Vittorio Veneto 6. *Durata del periodo: 2 anni. Distanza dallo stabilimento: 2030 metri Distanza dal magazzino: 580 metri.*

Dal 1995 al 1999 Motta dei Conti, V. San Giovanni 8.

Dal: 3/1/2001 Al: 27/10/2004 Casale Monferrato, Strada Cavalcavia 9. Durata del periodo: 3 anni. *Distanza dallo stabilimento: 2012 metri Distanza dal magazzino: 328 metri.*

Dal 2004 al 2014 Motta dei Conti, Vicolo FGS Marino 14.

Storia lavorativa

Fino al 1968: agricoltore in azienda di famiglia.

1968 – 1973: autista di camion addetto al trasporto materiali in eternit tra lo stabilimento ed il magazzino, a breve e lunga distanza, collaborando altresì all'attività di scarico dell'automezzo.

1973 – 1989: autista di camion addetto al trasporto di cemento sfuso, anche allo stabilimento Eternit di Casale.

1989 – 1991: autista addetto al trasporto di cemento in sacchi.

Causa del decesso

Cfr. scheda n. 292, relazione tecnica dei CC.TT. della Difesa ROMANO-COLOSIO, pp. 2-3.

Esami cito/istologici:

CK7+; Calretinina+; TTF1-; BerEP4-; Vimentina+.



CORTE D'ASSISE DI NOVARA

IHC aggiuntiva: CK 5/6+; HBME1+; WT1-; CEA-; MOC31-; CD10-.

All'esito delle complessive indagini cliniche e strumentali, i CC.TT. del P.M. hanno concluso validando la diagnosi già formulata in vita di MESOTELIOMA PLEURICO EPITELIOIDE. MESOTELIOMA CERTO.

I CC.TT. della Difesa, pur condividendo la diagnosi di certezza del mesotelioma in sede di valutazione preanalitica, hanno ritenuto il caso esaminato classificabile solo come mesotelioma probabile in ragione dell'indisponibilità dell'integrazione immunohistochimica effettuata dai CC.TT. del P.M., ritenuta comunque utile e opportuna dal Prof. RONCALLI.

Ritiene la Corte, alla luce dei già esaminati criteri di valorizzazione delle metodologie di indagine medico-diagnostica, che l'indisponibilità dei preparati al C.T. della Difesa non consente di formulare riserve sulle conclusioni chiare e coerenti cui sono giunti i CC.TT. del P.M. – sulla cui competenza professionale non vi è dato dubitare – attraverso un percorso metodologico pienamente condiviso dallo stesso Prof. RONCALLI.

Pertanto, alla luce del complessivo quadro clinico, strumentale, morfologico e immunohistochimico, il decesso di CORONA Pier Luigi sia riconducibile con certezza a mesotelioma pleurico.

Riconducibilità della malattia all'attività svolta nello stabilimento Eternit di Casale Monferrato

Vanno condivise le conclusioni cui sono giunti i CC.TT. del P.M. in ordine all'attribuibilità della patologia che condusse alla morte di CORONA Pier Luigi all'esposizione dovuta alla condizione abitativa e ambientale del predetto, stante la ridotta distanza dell'abitazione sia dallo stabilimento Eternit di Casale Monferrato, sia dal magazzino pertinenziale.

L'attività produttiva svolta nei dieci anni di gestione dell'imputato ha senz'altro inciso nell'insorgenza della patologia mesoteliale.

Dal questionario ReNaM risulta che la vittima abbia svolto attività di autista per la Ediltrasporti di Casale Monferrato, trasportando lastre e tegole in cemento amianto anche con riferimento allo stabilimento Eternit (dal 1973 al 1989).

Tale circostanza, pur configurando un ulteriore e rilevante fattore di rischio espositivo, non esclude la concreta incidenza dell'esposizione ambientale connessa all'attività produttiva della Eternit, quale ragione giustificativa dell'insorgenza del mesotelioma.



CORTE D'ASSISE DI NOVARA

Infatti, a fronte del dato residenziale di per sé significativo, stante la ridotta distanza rispetto allo stabilimento Eternit di Casale Monferrato e al magazzino pertinenziale, la riferita attività lavorativa costituiva ulteriore occasione di frequente stazionamento a stretto contatto con tale stabilimento al fine di svolgere le operazioni di trasporto dei manufatti.

Per quanto concerne le fonti alternative di rischio espositivo, va evidenziato in particolare che il polverino collocato nel sottotetto di altra abitazione posta a 14 mt di distanza da quella residenziale di CORONA Pier Luigi non può costituire in concreto un fattore di rischio espositivo trattandosi di materiale collocato in luogo confinato e inaccessibile da parte della vittima.

Dunque, può concludersi che la prolungata esposizione di CORONA Pier Luigi all'emissione di polveri di amianto correlate all'attività produttiva dello stabilimento Eternit di Casale Monferrato sia stata per lo meno concausa determinante dell'insorgenza della patologia accertata che lo condusse al decesso.

293 COSTANZO GIANFRANCO

Principali dati storici della vittima

Nascita il: 16/4/1950. Decesso il: 30/1/2016. Diagnosi 9/1/2014.

Patologia: mesotelioma maligno epiteliomorfo della pleura.

Storia abitativa

Dal: 1/10/1956 (1950, secondo il questionario) Al: 26/4/1979 Casale Monferrato, Via Saletta 53. *Distanza dallo stabilimento: 1321 metri Distanza dal magazzino: 1304 metri*

Dal: 26/4/1979 Al: 30/1/2016 Casale Monferrato Corso Indipendenza 9. Durata del periodo: 37 anni. *Distanza dallo stabilimento: 1465 metri Distanza dal magazzino: 447 metri.*

Storia lavorativa

1973 – 1974: disegnatore meccanico presso la ditta Rotomec.

1974 – 2007: impiegato presso il comune di Casale Monferrato.

Esposizione familiare e domestica



CORTE D'ASSISE DI NOVARA

Lo zio Costanzo Giovanni Battista e la moglie erano dipendenti Eternit, deceduti per mesotelioma. Risulta che la vittima avesse saltuari rapporti di frequentazione con i medesimi.

Causa del decesso

Dalla storia clinica risulta quanto segue.

Azienda Ospedaliera Santo Spirito di Casale Monferrato

APP: toracalgia dx da settembre 2013

06.12.13 RX torace: si evidenzia la comparsa di una tenue opacità a contorni piuttosto netti e di diametro di circa 2,5 cm subito al disotto della clavicola di dx di dubbia interpretazione che necessita di ulteriori accertamenti in primis con TC. Nulla di particolare a sinistra. Piccolo circolo in compenso. Non versamenti pleurici. Ombra cardiaca nei limiti

31.12.13 TAC torace: In corrispondenza del segmento apicale del lobo inferiore dx si osserva tessuto solido neofornato che infiltra la parete toracica, coinvolge la scissura ed il segmento posteriore del lobo superi si rilevano inoltre ispessimenti pleurici a livello del segmento anteriore del lobo superiore che presentano una modesta impregnazione contrastografica. Ispessimenti nodulari si rilevano anche a carico della scissura fra lobo inferiore e lobo medio. È presente un'esile falda di versamento pleurico dello spessore massimo di circa 1 cm sottesa da fini ispessimenti pleurici iperdensi dopo contrasto. I reperti sono sospetti per patologia produttiva pleurica. Non si osservano lesioni a focolaio in atto. La trachea ed i rami principali sono in asse e pervi. Si osserva un linfonodo di circa 2 cm all'Ho polmonare destro. I surreni non sono ispessiti. I segmenti splenici, epatici, pancreatici e renali esaminati presentano normale aspetto tomografico. Non si osservano aree di rimaneggiamento osseo patologico.

07.01.14 ricovero per versamento pleurico dx

07.01 toracentesi:

09.01 biopsia della pleura

09.01 esame istologico, diagnosi: mesotelioma epitelioromorfo.

16.01 dimissioni, diagnosi: tumori maligni della pleura, non specificata

08.01.2016 ricovero in Oncologia: paziente affetto da nota neoplasia pleurica dx estesa controlateralmente. Riscontro recente di fratture somatiche vertebrali. Si ricovera per essere sottoposto a seduta di vertebroplastica a livello di T12 e L1.



CORTE D'ASSISE DI NOVARA

08.01 vertebroplastica: la distribuzione del cemento depone per un interessamento secondario della spongiosa. scheletrica in tali sedi.

09.01 RX torace – rachide dorsale- rachide lombo-sacrale: il controllo radiografico documenta l'assenza di stravasi peri somatici significativi in corrispondenza del cemento infuso a livello dei corpi vertebrali di T12 e L1 con prevalente distribuzione emisomatica destra in T12 ed emisomatica sinistra in L1 dove vi è anche una buona definizione della limitante somatica inferiore. Non vi sono emboli di PMMA anche a livello polmonare ed i restanti reperti pleuro parenchimali sono invariati rispetto ai precedenti esami

09.01 dimissioni, diagnosi: neoplasia pleurica dx localmente avanzata con diffusione controlaterale. Fratture somatiche vertebrali verosimilmente di natura secondaria.

Esami cito/istologici:

CK8/18: positivo; CK5/6: positivo; Vimentina: positivo; Calretinina: positivo; HBME1: positivo; WT1: positivo; CEA: negativo; MOC31: negativo; TTF1: negativo; CK20: negativo.

All'esito delle complessive indagini cliniche e strumentali, i CC.TT. del P.M. hanno concluso validando la diagnosi di MESOTELIOMA PLEURICO EPITELIOIDE. MESOTELIOMA CERTO.

I CC.TT. della Difesa concordano con le conclusioni cui sono pervenuti i CC.TT. del P.M., anche in ragione della presenza di un set di marcatori mesoteliali ed epiteliali adeguato con risultati propri.

Ritiene la Corte, conformemente alla comune e condivisa valutazione espressa da tutti i CC.TT., che, alla luce del complessivo quadro clinico, strumentale, morfologico e immunoistochimico, il decesso di COSTANZO Gianfranco sia riconducibile con certezza a mesotelioma pleurico.

Riconducibilità della malattia all'attività svolta nello stabilimento Eternit di Casale Monferrato

Vanno condivise le conclusioni cui sono giunti i CC.TT. del P.M. in ordine all'attribuibilità della patologia che condusse alla morte di COSTANZO Gianfranco all'esposizione dovuta alla condizione abitativa e ambientale del predetto, stante la ridotta distanza dell'abitazione sia dallo stabilimento Eternit di Casale Monferrato, sia dal magazzino pertinenziale.



CORTE D'ASSISE DI NOVARA

L'attività produttiva svolta nei dieci anni di gestione dell'imputato ha senz'altro inciso nell'insorgenza della patologia mesoteliale.

Premesso che nel caso di specie va pacificamente esclusa ogni condizione di rischio espositivo correlata all'esercizio dell'attività lavorativa, per quanto concerne le fonti alternative di esposizione segnalate dai CC.TT. della Difesa, si osserva quanto segue:

- a) ridotta area di battuto (15 mq) su una rampa di accesso posta a 80 m dalla residenza di via Saletta: nulla rileva, non emergendo condizioni di pericolosa dispersione di fibre di amianto in ambiente all'epoca dei fatti, siccome in sede di censimento eseguito nel 2018 l'ARPA non ha rilevato alcuna evidente condizione di pericolo;
- b) area di battuto a 70 m di distanza dalla residenza di via Saletta: allo stato non risulta riscontrata la presenza di amianto perché sono ancora in corso i relativi accertamenti.
- c) area di battuto posto a 53 m di distanza dall'abitazione di Corso Indipendenza: trattasi di un cortile condominiale interno utilizzato semplicemente dai condomini del fabbricato, senza alcun comprovato accesso da parte della vittima.

Rimane di per sé indifferente sotto il profilo del rischio espositivo la mera saltuaria frequentazione personale della vittima con gli zii dipendenti Eternit (deceduti per mesotelioma), peraltro in alcun modo dettagliata in ordine alle concrete circostanze di tempo e di luogo.

Dunque, può concludersi che la prolungata esposizione di COSTANZO Gianfranco all'emissione di polveri di amianto correlate all'attività produttiva dello stabilimento Eternit di Casale Monferrato sia stata per lo meno concausa determinante dell'insorgenza della patologia accertata che lo condusse al decesso.

294 CUCCHI MAURIZIO

Principali dati storici della vittima

Nascita il: 29/1/1951 Decesso il: 9/6/2011. Diagnosi 10/11/2009.

Patologia: mesotelioma maligno sarcomatoide della pleura.

Storia abitativa

Dal: 1951 Al: 14/04/1966 Casale Monferrato, Via Celoria 6. Durata del periodo: 15 anni.

Distanza dallo stabilimento: 1156 metri Distanza dal magazzino: 770 metri.



CORTE D'ASSISE DI NOVARA

Dal: 14/04/1966 Al: 28/10/1966 Casale Monferrato, Via Celoria 10. Durata del periodo: 6 mesi.
Distanza dallo stabilimento: 1150 metri Distanza dal magazzino: 776 metri.

Dal: 28/10/1966 Al: 18/11/1977 Casale Monferrato. Via Parodi 26/H. Durata del periodo: 11
anni. *Distanza dallo stabilimento: 1520 metri Distanza dal magazzino: 393 metri.*

Dal: 18/11/1977 Al: 1988 Casale Monferrato, Via Papa Giovanni XXIII 17. *Distanza dallo
stabilimento: 1425 metri Distanza dal magazzino: 571 metri.*

Dal: 1988 Al: 1991 Casale Monferrato, Via Mameli. Durata del periodo: 25 anni. *Distanza
dallo stabilimento: 1380 metri.*

Dal: 1991 Al: 1993 Casale Monferrato, C.so Indipendenza. *Distanza dallo stabilimento: 1520
metri.*

Dal: 1993 Al: 1995 Casale Monferrato, Via Leardi. *Distanza dallo stabilimento: 1450 metri.*

Dal: 1995 Al: 11/07/2002 Casale Monferrato, Via Parodi 26/H. *Distanza dallo stabilimento:
1520 metri Distanza dal magazzino: 393 metri.*

Dal: 11/07/2002 Al: 12/03/2007 Casale Monferrato, Via Garibaldi 20. Durata del periodo: 5
anni. *Distanza dallo stabilimento: 1182 metri Distanza dal magazzino: 1201 metri.*

Dal: 12/03/2007 Al: 09/06/2011 Casale Monferrato, Via Parodi 26/H. Durata del periodo: 4
anni. *Distanza dallo stabilimento: 1520 metri Distanza dal magazzino: 393 metri.*

Storia lavorativa

1972 – 1972: perito chimico alla Raffineria di Morano sul Po.

1972 – 2009: addetto alla vendita e assistenza pneumatici, incaricato anche di riparare freni e
frizioni.

Causa del decesso

Dalla storia clinica emerge quanto segue.

APR: exeresi di condroma mano destra, diverticolosi colica con frequenti episodi di
riacutizzazione

APP: comparsa di dispnea sotto sforzo, Il 07.10.2009 RX torace: a dx si apprezza un versamento
pleurico in gran parte libero nel grande cavo che giunge, al controllo in ortostasi fino a livello
del terzo arco costale anteriormente e che risale verso l'apice polmonare al controllo eseguito
in clinostatismo. Versamento anche a livello della piccola scissura... Non tipici segni RX di
pneumopatia coniotica in ambito polmonare. Ombra cardia aortica non significativamente



CORTE D'ASSISE DI NOVARA

ingrandita. Non segni evidenti di adenopatia latero cervicale. Una apparente bozzatura del profilo del versamento pleurico in sede sovradiaframmatica dx potrebbe essere dovuta unicamente ad una saccatura del versamento pleurico stesso

08.10.2009 ricovero in DH per sospetto versamento pleurico

15.10 TAC addome e torace: a dx si conferma il reperto radiografico di abbondante falda di versamento pleurico che risale sino all'apice polmonare, dello spessore massimo in sede declive basale posteriore di circa 8 cm. Tale versamento appare sostenuto dalla presenza di sottili ispessimenti pleurici lineari iperdensi per impregnazione di mdc, riconoscibili in particolare a livello della pleura mediastinica, paravertebrale, diaframmatica e scissurale, dello spessore massimo di 6 mm. Gli ispessimenti pleurici descritti non determinano infiltrazione del tessuto adiposo mediastinico, né delle strutture della parete toracica o del diaframma. Non si documentano evidenti alterazioni tomodensitometriche focali del parenchima polmonare bilateralmente. A dx si osserva parziale atelettasia della piramide basale lobare inferiore nei segmenti anteriori. La cavità pleurica sinistra è libera da versamento. In sede precarenale si apprezzano alcuni linfonodi delle dimensioni massime di 1,4 cm. A livello del parenchima epatico si documenta la presenza di plurime formazioni nodulari ipodense a densità liquida, delle dimensioni comprese tra pochi millimetri e 2,5 cm, costantemente ipodense anche in fase tardiva. Tali reperti sono attribuibili a quadro di micro policistosi epatica. Non si documentano evidenti lesioni focali epatiche con caratteristiche evolutive..... i reperti TC dell'esame odierno pongono il sospetto di patologia pleurica in accrescimento a destra

16.10 toracosopia transpleurica: pleura parietale ispessita ricoperta da micronoduli intervallati a placche calcifiche. Pleura viscerale apparentemente indenne.

16.10 esame istologico, diagnosi: il quadro non consente una diagnosi di certezza

16.11 dimissioni

Ospedale Maggiore della Carità, Novara, Anatomia patologica

10.11.2009 esame istologico, diagnosi

Biopsia pleura parietale: mesotelioma maligno sarcomatoide con aspetti desmoplastici della pleura

Biopsia pleura viscerale dx: frammenti di pleura parietale cronicamente infiammata con depositi di fibrina

Azienda Ospedaliera Santo Spirito di Casale Monferrato

17.05.2011 ricovero per chemioterapia, radioterapia e terapia antalgica



CORTE D'ASSISE DI NOVARA

18.05 RX torace: a dx voluminosi ispessimenti pleurici parietali di aspetto mammellonato sensibilmente aumentati di dimensioni rispetto al precedente

31.05 dimissioni: Ca primitivo della pleura. Metastasi paravertebrale dorsale destra.

Esami cito/istologici:

Casale: CK5/6: positivo; CEA: negativo; MOC31: negativo; Vimentina: positiva; HBME1: positivo; Calretinina: positivo; WT1: positivo.

Novara: Calretinina: positiva; CK: positiva; CK5/6: positività focale; Vimentina: positiva; TTF1: negativo; CEA: negativo.

IHC aggiuntiva: Desmina: negativa; Proteina S100: negativa; CD34: negativa.

All'esito delle complessive indagini cliniche e strumentali, i CC.TT. del P.M. hanno concluso validando la diagnosi di MESOTELIOMA PLEURICO SARCOMATOIDE. MESOTELIOMA CERTO.

I CC.TT. della Difesa, pur condividendo la diagnosi di certezza del mesotelioma in sede di valutazione preanalitica, hanno posto riserve nelle loro conclusioni basate esclusivamente sull'impossibilità di conferma post-analitica della diagnosi per indisponibilità dei campioni. Secondo il Prof. Roncalli, infatti, la documentazione disponibile consente la certezza diagnostica in virtù dei numerosi marcatori mesoteliali positivi e non mesoteliali negativi esaminati.

Ritiene la Corte, alla luce dei già esaminati criteri di valorizzazione delle metodologie di indagine medico-diagnostica, che l'indisponibilità dei preparati al C.T. della Difesa non consente di formulare riserve sulle conclusioni chiare e coerenti cui sono giunti i CC.TT. del P.M. attraverso un percorso metodologico pienamente condiviso dallo stesso Prof. Roncalli.

Pertanto, si può concludere, alla luce del complessivo quadro clinico, strumentale, morfologico e immunohistochimico, che il decesso di CUCCHI Maurizio sia riconducibile con certezza a mesotelioma pleurico.

Riconducibilità della malattia all'attività svolta nello stabilimento Eternit di Casale Monferrato

Vanno condivise le conclusioni cui sono giunti i CC.TT. del P.M. in ordine all'attribuibilità della patologia che condusse alla morte di CUCCHI Maurizio all'esposizione dovuta alla



CORTE D'ASSISE DI NOVARA

condizione abitativa e ambientale del predetto, stante la ridotta distanza dell'abitazione sia dallo stabilimento Eternit di Casale Monferrato, sia dal magazzino pertinenziale.

L'attività produttiva svolta nei dieci anni di gestione dell'imputato ha senz'altro inciso nell'insorgenza della patologia mesoteliale.

Premesso che nel caso di specie va pacificamente esclusa ogni condizione di rischio espositivo correlata all'esercizio dell'attività lavorativa, per quanto concerne le fonti alternative di esposizione segnalate dai CC.TT. della Difesa, si osserva quanto segue:

a) battuto posto a 60 e a 58 m di distanza dalle residenze in via Celoria: trattasi di circostanza neutra, non conoscendosi l'anno di installazione e avendo la vittima risieduto *in loco* fino al 1966;

b) area di battuto a 98 m di distanza dalla medesima residenza di cui ai numeri 3 e 6: trattasi di un cortile condominiale interno utilizzato semplicemente dai condomini del fabbricato, senza alcun comprovato accesso da parte della vittima.

Dunque, può concludersi che la prolungata esposizione di CUCCHI Maurizio all'emissione di polveri di amianto correlate all'attività produttiva dello stabilimento Eternit di Casale Monferrato sia stata per lo meno concausa determinante dell'insorgenza della patologia accertata che lo condusse al decesso.

295 DAMNOTTI GIUSEPPINA

Principali dati storici della vittima

Nascita il: 18/2/1939 Decesso il: 1/2/2016. Diagnosi 4/2/2015.

Patologia: mesotelioma maligno epiteliomorfo della pleura

Storia abitativa

Dal: 1951 (1939, secondo il questionario) Al: 28/12/1959 Casale Monferrato, Frazione Popolo Cantone Corno 99. Durata del periodo: 8 anni. *Distanza dallo stabilimento: 2990 metri*
Distanza dal magazzino: 4343 metri.

Dal: 28/12/1959 Al: 13/09/1960 Casale Monferrato, Frazione Popolo, Cantone Grassi 64. Durata del periodo: 9 mesi. *Distanza dallo stabilimento: 2696 metri* *Distanza dal magazzino: 3432 metri.*



CORTE D'ASSISE DI NOVARA

Dal: 13/09/1960 Al: 08/09/1966 Casale Monferrato, Frazione Popolo, Cantone Grassi 63.
Durata del periodo: 6 anni. *Distanza dallo stabilimento: 2680 metri Distanza dal magazzino: 3333 metri.*

Dal: 08/09/1966 Al: 01/02/2016 Casale Monferrato, Frazione Popolo, Cantone Brina 29/B.
Durata del periodo: 50 anni. *Distanza dallo stabilimento: 2500 metri Distanza dal magazzino: 3753 metri.*

Storia lavorativa

La vittima ha lavorato per 35 anni quale cucitrice presso la ditta Linfleur.

Esposizione familiare e domestica

Viene segnalata la presenza di cemento amianto spezzato nella pavimentazione del cortile dell'abitazione in Cantone Corno 99 (1939-1959).

Causa del decesso

Dalla storia clinica risulta quanto segue.

Azienda Ospedaliera Santo Spirito di Casale Monferrato

APR: Ipertensione arteriosa. Intervento per otosclerosi bilaterale. Tiroidectomia per struma nodulare nel 1995

APP: toracalgia dx, dispnea insorte a dicembre 2012

22.01.2015 RX torace: Opacità omogenea parieto-basale destra riferibile in prima ipotesi a versamento pleurico di discreta entità. Non addensamenti parenchimali a focolaio in atto.

Piccolo circolo in compenso. Ombra cardiaca nella norma

24.01.15 ricovero per accertamenti

26.01 toracentesi

26.01 esame citologico, diagnosi: tappeto di emazie, linfociti, granulociti neutrofili e mesoteli. Presenza di elementi mesoteliali con note di atipia

28.01 TAC torace e addome: A destra, in presenza di versamento pleurico dello spessore massimo di 3 cm circa, si osserva la presenza di sottili ispessimenti pleurici patologici, caratterizzati da impregnazione contrastografica, che coinvolgono la pleura parietale, scissurale, mediastinica e diaframmatica. Tali reperti sono sospetti per patologia pleurica in accrescimento. Si associa consolidamento parenchimale a livello del lobo inferiore omolaterale.



CORTE D'ASSISE DI NOVARA

In corrispondenza del segmento anteriore del lobo superiore sempre a destra si riconoscono almeno due sfumate aree con aspetto a vetro smerigliato, a distribuzione perivascolare, di dimensioni sub centimetriche, di incerta tipizzazione date le loro caratteristiche tomodensitometriche attuali. Si osservano strie fibrotico-cicatriziali a livello basale del polmone sinistro. Non sono presenti linfadenopatie in ambito ilo-mediastinico. La cavità pleurica sinistra è libera da versamento.

Addome: Si conferma la presenza di tessuto solido estrinseco, già segnalato nel precedente esame TC del 29/03/2012, posto in corrispondenza della parete anteriore gastrica, da cui non risulta completamente dissociabile per l'assenza di un completo piano di clivaggio adiposo, invariato per morfologia e dimensioni. Sono sostanzialmente invariati i restanti reperti addominali, in presenza di sludge biliare endocolecistico

Conclusioni: reperti sospetti per neoplasia pleurica destra in accrescimento

04.02 toracosopia: si riesce a formare solo un piccolo cavo pleurico a causa di aderenza e di sinfisi tra parete polmonare e pleura parietale. per quanto possibile di eseguono 2 biopsie parietali anteriori.

04.02 esame citologico, diagnosi: tappeto di linfociti, granulociti neutrofilo e mesoteli

04.02 esame istologico, diagnosi: mesotelioma epitelioide maligno

13.02 dimissioni, diagnosi: mesotelioma pleurico dx.

Esami cito/istologici:

CK5/6: positiva; Vimentina: positiva; Calretinina: positività focale; HBME1: positivo; WT1: positivo; GLUT1: positivo; CEA: negativo; MOC31: negativo; Podoplanina: positività focale.

All'esito delle complessive indagini cliniche e strumentali, i CC.TT. del P.M. hanno concluso validando la diagnosi di MESOTELIOMA PLEURICO EPITELIOIDE. MESOTELIOMA CERTO.

I CC.TT. della Difesa, pur condividendo la diagnosi di certezza del mesotelioma in sede di valutazione preanalitica, nelle loro conclusioni hanno posto riserve basate esclusivamente sull'indisponibilità di tutti i marcatori eseguiti, ritenendo il caso esaminato classificabile come mesotelioma possibile.

Ritiene la Corte, alla luce dei già esaminati criteri di valorizzazione delle metodologie di indagine medico-diagnostica, che l'indisponibilità al C.T. della Difesa dei marcatori non



CORTE D'ASSISE DI NOVARA

consente di formulare riserve sulle conclusioni chiare e coerenti cui sono giunti i CC.TT. del P.M., fondate sulla positiva verifica delle qualificate e affidabili attività dei sanitari che ebbero in cura la vittima e che pure hanno condotto lo stesso Prof. Roncalli a ritenere il caso certo in sede di valutazione preanalitica.

Si può concludere, alla luce del complessivo quadro clinico, strumentale, morfologico e immunoistochimico, che il decesso di DAMNOTTI Giuseppina sia riconducibile con certezza a mesotelioma pleurico.

Riconducibilità della malattia all'attività svolta nello stabilimento Eternit di Casale Monferrato

Vanno condivise le conclusioni cui sono giunti i CC.TT. del P.M. in ordine all'attribuibilità della patologia che condusse alla morte di DAMNOTTI Giuseppina all'esposizione dovuta alla condizione abitativa e ambientale della predetta, stante la ridotta distanza dell'abitazione sia dallo stabilimento Eternit di Casale Monferrato, sia dal magazzino pertinenziale.

L'attività produttiva svolta nei dieci anni di gestione dell'imputato ha senz'altro inciso nell'insorgenza della patologia mesoteliale.

Premesso che nel caso di specie va pacificamente esclusa ogni condizione di rischio espositivo correlata all'esercizio dell'attività lavorativa, per quanto concerne le fonti alternative di esposizione segnalate dai CC.TT. della Difesa, si osserva quanto segue:

- a) cemento amianto spezzato nel cortile dell'abitazione Corno 99 (dove la vittima abitava fino al 1959): non conoscendosi il quantitativo e le effettive condizioni del materiale, stante la genericità e la sommarietà della descrizione fornita dalla nuora nel questionario ReNaM, non può ritenersi che suddetto materiale abbia costituito un effettivo e autosufficiente fattore di rischio della malattia;
- b) Porticato con tetto in cemento amianto dell'abitazione di via Brina 29: nulla conoscendosi sulle effettive condizioni di conservazione, non è possibile assegnare a tale manufatto un concreto rischio per la salute della vittima.

Le ulteriori fonti segnalate consistono in aree di battuto poste alla distanza di centinaia di metri dall'abitazione della vittima e quindi non tali da costituire fonti autosufficienti di insorgenza della malattia.



CORTE D'ASSISE DI NOVARA

Infine, la riferita circostanza della convivenza del marito, operaio addetto presso ad un cementificio, costituisce un dato neutro, nulla essendo stato accertato sull'effettivo utilizzo di miscele contenenti amianto da parte dello stesso.

Dunque, può concludersi che la prolungata esposizione di DAMNOTTI Giuseppina all'emissione di polveri di amianto correlate all'attività produttiva dello stabilimento Eternit di Casale Monferrato sia stata per lo meno concausa determinante dell'insorgenza della patologia accertata che la condusse al decesso.

296 DANIOTTI ADRIANA

Principali dati storici della vittima

Nascita il: 29/7/1944. Decesso il: 16/01/2011. Diagnosi 26/7/2010.

Patologia: mesotelioma maligno sarcomatoide della pleura.

Storia abitativa

Dal 1944 al 1948 Ponte di Piave.

Dal 1948 al 1958 San Giorgio Monferrato. *Distanza dallo stabilimento: 3490 metri dal centro dell'abitato.*

Dal 1958 ad anno non precisato Casale Monferrato, Via Villavecchia. *Distanza dallo stabilimento: 1840 metri.*

Da anno non precisato al 1980 Casale Monferrato, Via Manzoni. *Distanza dallo stabilimento: 1960 metri.*

Dal: 1980 Al: 16/01/2011 Casale Monferrato, Via dei Glicini 2. *Distanza dallo stabilimento: 2283 metri Distanza dal magazzino: 1153 metri.*

Storia lavorativa

1958 – 1973: operaia addetto al cucito a macchina di confezioni abbigliamento presso la ditta Linclalor.

Non si rileva esposizione familiare o domestica.

Causa del decesso

Dalla storia clinica emerge quanto segue.



CORTE D'ASSISE DI NOVARA

Azienda Ospedaliera Santo Spirito di Casale Monferrato

APR: Isteroannessiectomia nel 1990, pregresso TIA, ipertensione arteriosa

14.07.2010 ricovero per versamento pleurico in campo medio basale sinistro

14.07 RX torace: retrazione dell'emittoace sinistro con ispessimenti pleurici parietali di aspetto mammelloni forme con falda di versamento pleurico sino alla VIII costa

22.07 TAC torace con mdc; modesta retrazione dell'emittoace sn e sottile falda di versamento pleurico declive dello spessore massimo di 3 cm, cui si associano evidenti grossolani ispessimenti pleurici diffusi gettoniformi evidenti a livello della pleura mediastinica dove infiltrano parzialmente il tessuto adiposo del mediastino, a livello della pleura della parete toracica circonferenziale e della pleura diaframmatica presenti sia a livello dei con estensione cranio-caudale di 6,5 cm. Gli ispessimenti pleurici parietali risultano indissociabili dalle strutture della parete toracica in assenza di evidenti segni di estensione trans-toracica di malattia. La pleura diaframmatica e il diaframma risultano infiltrati e il tessuto patologico appare indissociabile dal polo superiore della milza, minimamente infiltrata. Il tessuto descritto risulta inoltre essere indissociabile dal pericardio nelle sue porzioni più caudali per verosimile infiltrazione. Bilateralmente non si apprezzano alterazioni tomodensitometriche focali del parenchima polmonare. A dx sono riconoscibili alcuni sottili ispessimenti pleurici parzialmente calcifici asbestosici. Alla base polmonare di sn si evidenziano strie nastriformi iperdense in esiti del recente versamento. La cavità pleurica dx è libera da versamento. In sede ilare e mediastinica non si apprezzano linfonodi di dimensioni patologiche.

Nel complesso i reperti TC dell'esame odierno sono suggestivi per la presenza di avanzato mesotelioma pleurico a sinistra.

24.07 toracosopia: pleura parietale anteriore diffusamente ispessita e ricoperta di noduli biancastri in parte calcifici

26.07 esame istologico, diagnosi: mesotelioma fibroso maligno

03.08 dimissioni, diagnosi: mesotelioma pleurico sarcomatoso sinistro

24.11.10 TAC torace: progressione di malattia con estensione della neoplasia alla parete toracica e trans diaframmatica e alla loggia vertebrale.

Esami cito/istologici:



CORTE D'ASSISE DI NOVARA

CK 8/18 (CAM 5.2): positivo; Ck5/6: positivo; Calretinina: positivo; HBME1: positivo; WT1: positività focale; CEA: negativo; MOC31: negativo; Vimentina: positiva; Desmina: negativa; Proteina S100: negativa; CD34: negativo.

IHC aggiuntiva: Desmina: negativa; CD34: negativo; S100: negativo.

All'esito delle complessive indagini cliniche e strumentali, i CC.TT. del P.M. hanno concluso validando la diagnosi di MESOTELIOMA PLEURICO SARCOMATOSO. MESOTELIOMA CERTO.

I CC.TT. della Difesa concordano con le conclusioni cui sono pervenuti i CC.TT. del P.M. in ragione della positività dei risultati per Citocheratina e per tre marcatori mesoteliali, che risolve efficacemente la diagnosi differenziale con un carcinoma sarcomatoide.

Ritiene la Corte, conformemente alla comune e condivisa valutazione espressa da tutti i CC.TT., alla luce del complessivo quadro clinico, strumentale, morfologico e immunoistochimico, che il decesso di DANIOTTI Adriana sia riconducibile con certezza a mesotelioma pleurico.

Riconducibilità della malattia all'attività svolta nello stabilimento Eternit di Casale Monferrato

Vanno condivise le conclusioni cui sono giunti i CC.TT. del P.M. in ordine all'attribuibilità della patologia che condusse alla morte di DANIOTTI Adriana all'esposizione dovuta alla condizione abitativa e ambientale del predetto, stante la ridotta distanza dell'abitazione sia dallo stabilimento Eternit di Casale Monferrato, sia dal magazzino pertinenziale.

L'attività produttiva svolta nei dieci anni di gestione dell'imputato ha senz'altro inciso nell'insorgenza della patologia mesoteliale.

Premesso che nel caso di specie va pacificamente esclusa ogni condizione di rischio espositivo correlata all'esercizio dell'attività lavorativa, per quanto concerne le fonti alternative di esposizione segnalate dai CC.TT. della Difesa, si rileva che l'esistenza del tetto in eternit a copertura di un capannone posto a 200 m di distanza dall'abitazione di via dei Glicini costituisce un dato neutro e non circostanziato, nulla risultando sulle concrete condizioni di conservazione del manufatto.

Parimenti generico e irrilevante l'esistenza della linea ferroviaria a circa 200 m di distanza dalla predetta abitazione.



CORTE D'ASSISE DI NOVARA

Altresi privo di significato è il vago riferimento all'esistenza non meglio indicati manufatti in cemento amianto presso l'azienda ove la vittima ha lavorato come cucitrice dal 1958 al 1973. Dunque, può concludersi che la prolungata esposizione di DANIOTTI Adriana all'emissione di polveri di amianto correlate all'attività produttiva dello stabilimento Eternit di Casale Monferrato sia stata per lo meno concausa determinante dell'insorgenza della patologia accertata che la condusse al decesso.

297 DE ALESSI GABRIELLA

Principali dati storici della vittima

Nascita il: 28/5/1927 Decesso il: 14/7/2010. Diagnosi 5/8/2009.

Patologia: mesotelioma maligno epiteliomorfo della pleura

Non è stata effettuata intervista.

Storia abitativa

Dal: 1927 Al: 1928 a Galliavola (PV).

Dal: 1928 Al: 1951 Casale Monferrato iscritta per trasferimento da Galliavola, indirizzo di residenza non registrato. L'intero abitato centrale di Casale Monferrato giace a *meno di 2500 metri di distanza dallo stabilimento.*

Dal: 1951 Al: 8/5/1961 Casale Monferrato, Via Roma 172. Durata del periodo: 10 anni. *Distanza dallo stabilimento: 1339 metri Distanza dal magazzino: 920 metri.*

Dal: 8/5/1961 Al: 14/7/2010 Casale Monferrato, Via Paolo Onorato Vigliani 25. Durata del periodo: 49 anni. *Distanza dallo stabilimento: 1143 metri Distanza dal magazzino: 886 metri.*

Attività lavorativa

Commessa in farmacia (dalla cartella clinica).

Causa del decesso

Dalla storia clinica emerge quanto segue.

Azienda Ospedaliera Santo Spirito di Casale Monferrato

APR: pregressa neoplasia vescicale trattata chirurgicamente e poi con CT nel 1994 circa

APP: dispnea ingravescente nel marzo 2009



CORTE D'ASSISE DI NOVARA

21.07.09 RX torace: opacamente campo medio-basale destro

23.07 ricovero in DH Pneumologia per toracentesi evacuativa

23.07 esame citologico, diagnosi: tappeto di emazie, linfociti e mesoteli

31.07 TAC addome e torace: a dx abbondante falda di versamento pleurico che risale sino all'apice polmonare, dello spessore massimo di 7 cm, sostenuta da sottili ispessimenti pleurici lineari iperdensi che interessano la pleura mediastinica, la pleura della parete toracica circonferenziale, diaframmatica e scissurale cui si associa pressoché completa atelettasia del lobo polmonare inferiore e segni di disventilazione del parenchima polmonare ventilato residuo. Gli ispessimenti pleurici descritti, all'altezza del tessuto adiposo del mediastino anteriore raggiungono spessore massimo di 12 mm. Tali reperti sono sospetti per lesione pleurica in accrescimento. Non si documentano evidenti segni di estensione trans toracica o trans diaframmatica di malattia. Non si apprezzano alterazioni tomodensitometriche focali a livello del polmone sinistro. A sn si osservano inoltre sottili ispessimenti pleurici parzialmente calcifici in esiti; la cavità pleurica è libera da versamento. In sede ilare e mediastinica non si apprezzano linfonodi di dimensioni superiori al centimetro. Non si apprezzano alterazioni volumetriche, morfologiche e strutturali a livello di fegato, milza, pancreas, surreni, e reni ove si escluda la presenza di qualche cisti renale corticale d'ambo i lati delle dimensioni massime di 3 cm a dx

Nei livelli esaminati in sede sottodiaframmatica non si apprezzano linfonodi di dimensioni Patologiche. Nel complesso i reperti TC dell'esame odierno depongono per sospetta lesione pleurica in accrescimento a destra

05.08. pleuroscopia con biopsia: pleura parietale e diaframmatica diffusamente ispessita e a superficie irregolare qualche ispessimento è visibile anche sulla pleura viscerale

05.08 esame istologico, diagnosi: mesotelioma maligno epiteliomorfo

13.08.09 dimissioni, diagnosi: tumori maligni della pleura, non specificata.

Esami cito/istologici:

Ck 5/6: +; Calretinina: +; HBME1: +; WT1: +; Vimentina: +; CEA: -; MOC31: -.

All'esito delle complessive indagini cliniche e strumentali, i CC.TT. del P.M. hanno concluso validando la diagnosi di MESOTELIOMA PLEURICO EPITELIOIDE. MESOTELIOMA CERTO.



CORTE D'ASSISE DI NOVARA

I CC.TT. della Difesa concordano con le conclusioni cui sono pervenuti i CC.TT. del P.M., anche in ragione della presenza di un set di marcatori mesoteliali ed epiteliali adeguato e con risultati propri.

Ritiene la Corte, conformemente alla comune e condivisa valutazione espressa da tutti i CC.TT., che alla luce del complessivo quadro clinico, strumentale, morfologico e immunoistochimico, che il decesso di DE ALESSI Gabriella sia riconducibile con certezza a mesotelioma pleurico.

Riconducibilità della malattia all'attività svolta nello stabilimento Eternit di Casale Monferrato

Vanno condivise le conclusioni cui sono giunti i CC.TT. del P.M. in ordine all'attribuibilità della patologia che condusse alla morte di DE ALESSI Gabriella all'esposizione dovuta alla condizione abitativa e ambientale della predetta, stante la ridotta distanza dell'abitazione sia dallo stabilimento Eternit di Casale Monferrato, sia dal magazzino pertinenziale.

L'attività produttiva svolta nei dieci anni di gestione dell'imputato ha senz'altro inciso nell'insorgenza della patologia mesoteliale.

Premesso che nel caso di specie va pacificamente esclusa ogni condizione di rischio espositivo correlata all'esercizio dell'attività lavorativa, per quanto concerne le fonti alternative di esposizione segnalate dai CC.TT. della Difesa, esse consistono in aree di battuto poste alla distanza di centinaia di metri dall'abitazione della vittima e quindi non tali da costituire fonti autosufficienti di insorgenza della malattia.

Dunque, può concludersi che la prolungata esposizione di DE ALESSI Gabriella all'emissione di polveri di amianto correlate all'attività produttiva dello stabilimento Eternit di Casale Monferrato sia stata per lo meno concausa determinante dell'insorgenza della patologia accertata che la condusse al decesso.

301. DE MICHELIS FRANCO

Principali dati storici della vittima

Nascita il: 20/11/1943. Decesso il: 14/12/2010. Diagnosi 22/11/2010.

Patologia: mesotelioma maligno sarcomatoide della pleura.

Storia abitativa



CORTE D'ASSISE DI NOVARA

Dal 1943 al 1962 a Balzola, Via Cavour 86. *Distanza dallo stabilimento 6220 metri.*

Dal 1963 al 7/6/1984 a Balzola, Via Cavour 107. *Distanza dallo stabilimento 6100 metri.*

Dal: 7/6/1984 Al: 14/12/2010 a Casale Monferrato, Via Brigate Partigiane 16. Durata del periodo: 26 anni. *Distanza dallo stabilimento: 1434 metri Distanza dal magazzino: 2016 metri.*

Secondo il questionario ReNaM l'abitazione a Casale è iniziata nel 1970 (intervista a soggetto terzo, effettuata dopo la morte dell'interessato).

Storia lavorativa

Dal 1960 al 1994 la vittima ha lavorato come operaio alla ditta Cerutti di Casale Monferrato (metalmecanica, produzione macchine da stampa).

Causa del decesso

Dalla storia clinica emerge quanto segue.

Casa di Cura Sant'Anna, Casale Monferrato

APR: Ipertensione

APP agosto 2010: riscontro di versamento pleurico basale destro, sottoposto a toracentesi (150 cc di liquido siero ematico) per cui effettuò:

09.09.2010: TAC torace con mdc: Esame eseguito dagli apici polmonari alle logge surrenaliche durante somministrazione di MDC iodato per via endovenosa. Ipoespansione dell'emi ambito polmonare di destra con presenza di plurimi ispessimenti pleurici a cui si associa la presenza di una modesta quota di versamento in sede basale omolaterale.

I reperti appaiono sospetti per patologia di tipo evolutivo e se ne consiglia quindi valutazione specialistica pneumologica.

19.10 PET TB: l'indagine PET evidenzia plurime e focali aree di ipercaptazione diffusamente interessanti la pleura costovertebrale, diaframmatica e mediastinica di destra.

02.11.10 RX torace: opacità pleurogena al III inferiore dell'emitorace destro e dello sfondato costo-frenico

Azienda Ospedaliera Maggiore della Carità, Novara, Chirurgia Toracica

10.11.2010 ricovero per diagnosi di ispessimenti pleurici, proveniente da ospedale Santo Spirito, Oncologia, dove era stata eseguita biopsia pleurica TC guidata non dirimente

11.11 toracosopia transpleurica con biopsie pleuriche



CORTE D'ASSISE DI NOVARA

11.11 esame istologico, diagnosi: la positività per la reazione immunoistochimica con anticorpi anti-calretinina è suggestiva nel senso di un mesotelioma desmoplastico

11.11. RX torace: opacità parenchimale post-chirurgica al campo medio di destra. Enfisema sottocutaneo omolaterale con velatura dell'omonimo seno costo-frenico

11.11. dimesso con invio a Santo Spirito, diagnosi: tumori maligni della pleura parietale.

Esami cito/istologici:

Calretinina: positiva; Ck 5/6: positività focale; Vimentina: negativa.

IHC aggiuntiva: CEA: negativo MOC31: negativo HBME1: non valutabile WT1: focalmente positivo.

All'esito delle complessive indagini cliniche e strumentali, i CC.TT. del P.M. hanno concluso validando la diagnosi di MESOTELIOMA PLEURICO SARCOMATOIDE, VARIETÀ DESMOPLASTICA. MESOTELIOMA CERTO.

Il c.t. della Difesa Prof. Roncalli ha compiuto esclusivamente una valutazione preanalitica del caso in esame, ritenendolo solo probabile, sulla base della documentazione a disposizione, in ragione della mancata analisi del marcatore generico Citocheratina.

Ritiene la Corte, alla luce dei già esaminati criteri di valorizzazione delle metodologie di indagine medico-diagnostica, che l'indisponibilità al C.T. della Difesa dei marcatori e i limitati profili di dubbio sulla diagnosi di mesotelioma prospettati non valgono a sovvertire il condivisibile giudizio positivo espresso in termini di certezza nelle conclusioni formulate a suo tempo dai sanitari e convalidate dai CC.TT. del P.M. anche sulla scorta di ulteriori convergenti riscontri strumentali.

Per un verso, nel quadro sanitario delineato dagli esami effettuati, il riscontro positivo per citocheratina non costituisce un elemento necessario alla diagnosi differenziale per il mesotelioma; così come la limitata attività di indagine in proprio del C.T. della Difesa non può valere in sé a mettere in dubbio la correttezza e l'affidabilità delle analisi compiute in origine dai sanitari che si occuparono del caso clinico.

Si può concludere, alla luce del complessivo quadro clinico, strumentale, morfologico e immunoistochimico, che il decesso di DE MICHELIS Franco sia riconducibile con certezza a mesotelioma pleurico.



CORTE D'ASSISE DI NOVARA

Riconducibilità della malattia all'attività svolta nello stabilimento Eternit di Casale Monferrato

Vanno condivise le conclusioni cui sono giunti i CC.TT. del P.M. in ordine all'attribuibilità della patologia che condusse alla morte di DE MICHELIS Franco all'esposizione dovuta alla condizione abitativa e ambientale del predetto, stante la ridotta distanza dell'abitazione sia dallo stabilimento Eternit di Casale Monferrato, sia dal magazzino pertinenziale.

L'attività produttiva di gestione dell'azienda da parte dell'imputato negli anni in cui la vittima ha risieduto a Casale Monferrato (1984-1986) ha senz'altro inciso nell'insorgenza della patologia mesoteliale.

Inoltre, va osservato che la vittima ha svolto la sua prolungata attività lavorativa (1960-1994) a Casale Monferrato anche per l'intero periodo di gestione Eternit riconducibile all'imputato, occupandosi di installazioni di cappe di essiccamento presso la ditta Cerutti Giovanni Officine Meccaniche S.p.a.

Tale attività porta a ritenere che la vittima svolgesse l'attività in giro per Casale, esponendosi frequentemente alla respirazione di fibre di amianto disperse nell'ambiente cittadino per effetto dell'attività produttiva dell'Eternit.

D'altronde, la predetta attività in sé non può costituire un autonomo fattore alternativo di insorgenza della malattia, nulla conoscendosi in ordine alle specifiche modalità del lavoro svolto e al concreto pericolo di contatto con fibre di amianto proveniente dai materiali adoperati. Dunque, la prolungata esposizione di DE MICHELIS Franco all'emissione di polveri di amianto correlate all'attività produttiva dello stabilimento Eternit di Casale Monferrato sia stata per lo meno concausa determinante dell'insorgenza della patologia accertata che lo condusse al decesso.

302. DURANTI MARIA CARLINA

Principali dati storici della vittima

Nascita il: 24/5/1936. Decesso il: 4/1/2012. Diagnosi 17/3/2010.

Patologia: mesotelioma maligno bifasico della pleura.

Storia abitativa

1936 – 1947 Torre Pallavicina (BG), V Roma 8.



CORTE D'ASSISE DI NOVARA

1947 – 1957 Soncino (CR), Via IV Novembre.

1957 – 1961 Milano – Giussano.

Dal 1947 al 1961 la vittima ha dimorato presso le famiglie dove svolgeva attività di collaboratrice domestica, mantenendo la residenza amministrativa a Torre Pallavicina.

Dal: 8/11/1961 Al: 7/6/1965 Casale Monferrato, Via Fratelli Sosso 29. Durata del periodo: 4 anni. *Distanza dallo stabilimento: 796 metri Distanza dal magazzino: 1208 metri.*

Dal: 7/6/1965 Al: 4/1/2012 Casale Monferrato, Via Morello 10. Durata del periodo: 47 anni. *Distanza dallo stabilimento: 1499 metri Distanza dal magazzino: 2171 metri.* Con riferimento a tale abitazione, è stata riferita la presenza di un tetto in eternit, rimosso e sostituito intorno all'anno 2009.

Storia lavorativa

Dal 1947 al 1961: collaboratrice domestica presso l'abitazione di diverse famiglie.

Dal 1964 al 1965: addetta alle pulizie presso la casa di Cura S. Anna a Casale Monferrato.

Dal 1965 al 1980: sarta in proprio presso il domicilio.

Dal 1980 al 1991: sarta in laboratorio artigianale (Comoglio Rosa Antida, Casale Monferrato).

Causa del decesso

Dalla storia clinica emerge quanto segue.

Azienda Ospedaliera Santo Spirito, Casale Monferrato

APR: pregressa safenectomia; nota ernia jatale

APP: nel gennaio-marzo 2010, a seguito della comparsa di versamento pleurico sinistro, vari passaggi presso DH

13.01.10 RX torace: si documenta simmetria degli emitoraci con discreta retrazione dell'emitorace sinistro sostenuta da evidenti ispessimenti pleurici parietali cui si associa discreta falda di versamento pleurico basale. A livello del parenchima segni di bronchite cronica.

18.01 toracentesi

20.01 TAC torace: a livello dell'emitorace sinistro presenza di ispessimenti pleurici mammellonati lungo la pleura mediastinica e parietale più evidenti all'altezza del lobo superiore sul versante esterno e dei seni costo-frenici. A livello del seno costo-frenico anteriore tessuto patologico infiltrante i muscoli intercostali. Parziale atelettasia del lobo inferiore



CORTE D'ASSISE DI NOVARA

20.01 biopsia pleurica transparietale

20.01 esame istologico, diagnosi: minutissimo frammento di tessuto fibroso contenente elementi cellulari fusati pan K + non ulteriormente definibili

05.02 biopsia pleurica

05.02 esame istologico, diagnosi: materiale insufficiente per l'analisi

17.03 biopsia pleurica sotto guida TC

17.03 esame istologico, diagnosi: mesotelioma maligno bifasico

Aprile-luglio 2010 6 cicli di CT

13.11.11 ricovero per dispnea e dolore non controllati

15.12 TAC torace: comparsa di versamento pleurico a dx e linfonodi in loggia sopraclaveare sinistra, cavo ascellare sinistro...area necrotico colliquativa a livello dell'addensato parenchimale di natura discariocinetica che coinvolge in parte il segmento apicale del lobo inferiore di sx

20.12 esame citologico, diagnosi: presenza di elementi mesoteliali raccolti in formazioni papillari

20.12 dimissioni, diagnosi: tumori maligni della pleura parietale

Altre patologie concomitanti o aggravanti: dolore correlato a neoplasia, cachessia, tumori maligni secondari del mediastino, tumori maligni secondari di altre sedi specificate.

Esami cito/istologici:

CK5/6: positivo CEA: negativo MOC31: negativo Vimentina: positivo HBME1: positivo Calretinina: positivo WT1: positivo.

All'esito delle complessive indagini cliniche e strumentali, i CC.TT. del P.M. hanno concluso validando la diagnosi di MESOTELIOMA PLEURICO BIFASICO. MESOTELIOMA CERTO.

I CC.TT. della Difesa concordano con le conclusioni cui sono pervenuti i CC.tt. del P.M., anche in ragione della presenza di un set di marcatori validati ed attuali in numero congruo.

Ritiene la Corte, conformemente alla comune e condivisa valutazione espressa da tutti i CC.TT., che, alla luce del complessivo quadro clinico, strumentale, morfologico e immunoistochimico, il decesso di DURANTI Maria Carlina sia riconducibile con certezza a mesotelioma pleurico.



CORTE D'ASSISE DI NOVARA

Riconducibilità della malattia all'attività svolta nello stabilimento Eternit di Casale Monferrato

Vanno condivise le conclusioni cui sono giunti i CC.TT. del P.M. in ordine all'attribuibilità della patologia che condusse alla morte di DURANTI Maria Carlina all'esposizione dovuta alla condizione abitativa e ambientale della predetta, stante la ridotta distanza dell'abitazione e dei luoghi di lavoro sia dallo stabilimento Eternit di Casale Monferrato, sia dal magazzino pertinenziale.

L'attività produttiva svolta nei dieci anni di gestione dell'imputato ha senz'altro inciso nell'insorgenza della patologia mesoteliale.

Premesso che nel caso di specie va pacificamente esclusa ogni condizione di rischio espositivo correlata all'esercizio dell'attività lavorativa, per quanto concerne le fonti alternative di esposizione segnalate dai CC.TT. della Difesa, esse consistono in aree di battuto e polverino poste alla distanza di centinaia di metri dall'abitazione della vittima e quindi non tali da costituire fonti autosufficienti di insorgenza della malattia.

Costituisce circostanza neutra e del tutto generica, invece, la segnalata esistenza di un tetto in cemento amianto a copertura di un'abitazione sita ad una distanza di 50 mt da quella della vittima in via Morello, nulla conoscendosi sul relativo stato di conservazione e sul possibile contatto della vittima con fibre di amianto eventualmente distaccatesi dallo stesso.

Dunque, può concludersi che la prolungata esposizione di DURANTI Maria Carlina all'emissione di polveri di amianto correlate all'attività produttiva dello stabilimento Eternit di Casale Monferrato sia stata per lo meno concausa determinante dell'insorgenza della patologia accertata che la condusse al decesso.

303. ELEMI PAOLA

Principali dati storici della vittima

Nascita il: 4/2/1939. Decesso il: 3/12/2015. Diagnosi 4/7/2014.

Patologia: mesotelioma maligno epiteliomorfo della pleura.

Storia abitativa



CORTE D'ASSISE DI NOVARA

Dal: 1951 (1939, secondo il questionario) Al: 16/11/1964 Casale Monferrato, Via Roma 54. Durata del periodo: 13 anni. *Distanza dallo stabilimento: 1334 metri Distanza dal magazzino: 701 metri.*

Dal: 16/11/1964 Al: 6/9/1966 Casale Monferrato, Via Magnocavallo 22. Durata del periodo: 2 anni. *Distanza dallo stabilimento: 1451 metri Distanza dal magazzino: 777 metri.*

Dal: 6/9/1966 Al: 28/12/1988 Casale Monferrato Via Filippo Mellana 11 Durata del periodo: 22 anni. *Distanza dallo stabilimento: 1577 metri Distanza dal magazzino: 440 metri.*

Dal: 28/12/1988 Al: 1/9/1992 Casale Monferrato, Via Filippo Mellana 7. Durata del periodo: 4 anni. *Distanza dallo stabilimento: 1574 metri Distanza dal magazzino: 425 metri Garage con tetto in eternit vicino all'abitazione.*

Dal: 1/9/1992 Al: 3/12/2015 Ottiglio, Via Castello. *Distanza dallo stabilimento 11810 metri.*

Storia lavorativa

Dal 1960 al 1993 la vittima è stata insegnante di lettere presso diversi istituti scolastici a Pontestura e a Casale Monferrato.

Causa del decesso

Dalla storia clinica risulta quanto segue.

Azienda Ospedaliera Maggiore della Carità, Novara

Anamnesi familiare: padre deceduto per neoplasia vescicale

APR: asportazione di fibroma uterino a 35 anni

APP: febbraio 2014 insorgenza di astenia intensa, dispnea per sforzi intensi, dolore all'emitorace dx. Accertamenti cardiologici con riscontro di ampio prolasso mitralico, FE 72%.
22.04.2014 Ecografia addome: presenza di versamento pleurico a destra. Utile controllo con RX torace.

24.04 ricovero in DH Pneumologico per versamento pleurico dx

24.04 RX torace: opacamento del seno costo-frenico posteriore dx. per piccola quota di versamento pleurico recente; si associa indeterminatezza del seno costo-frenico laterale dx. per minima quota di versamento pleurico anche a tale livello e per ispessimento della porzione più declive della pleura margino-costale dx. Altro ispessimento della pleura margino-costale dx. si rileva nella sua porzione superiore, senza segni di malattia pleurica evolutiva. Non addensati



CORTE D'ASSISE DI NOVARA

parenchimali su tutto l'ambito; non versamenti pleurici a sn. Piccolo circolo in compenso.

Normale reperto cardio-ilo-mediastinico

24.04 toracentesi

24.04 esame citologico, diagnosi: tappeto di elementi linfoidi, meritevole di ulteriore approfondimento clinico e sierologico.

12.05 TAC torace: presenza a destra di ispessimenti lineari della pleura parietale a livello della doccia costovertebrale e in corrispondenza della pleura diaframmatica ove si riconosce intesa impregnazione post-contrastografica in rapporto verosimili lesioni di natura evolutiva. In corrispondenza e ispessimento gettoniforme (spessore massimo a tale livello 8 mm). Un'altra area di ispessimento focale della pleura parietale è apprezzabile in sede apicale omolateralmente. Si associa falda di versamento pleurico basale dello spessore di 18 mm circa. In corrispondenza del segmento laterale del lobo inferiore a destra è apprezzabile lesione nodulare solida non calcifica delle dimensioni di 8 mm circa. In sede basale omolateralmente sono inoltre apprezzabili strie iperdense di natura fibro-cicatriziale. In sede apicale destra è inoltre apprezzabile area di opacità a vetro smerigliato. A sinistra non si rilevano falde di versamento pleurico né alterazioni densitometriche del parenchima polmonare aventi caratteristiche di evolutività. Sono pervie le vie aeree principali.

Non si rilevano linfonodi di dimensioni patologiche in sede ilare e mediastinica.

Non si documentano alterazioni volumetriche, morfologiche e strutturali a carico di fegato, milza, pancreas, surreni e reni. Non sono apprezzabili linfadenopatie in sede subdiaframmatica nei livelli esaminati

10.07 dimissione, diagnosi: mesotelioma pleurico dx

Azienda Ospedaliera SS Antonio e Biagio e Cesare Arrigo di Alessandria

11.06.14 PET TC: L'indagine PET evidenzia la presenza di minima attività metabolica a carico della pleura dx (in sede toracica sui campi superiori e in sede toracica e mediastinica sui campi medi ed inferiori) e focalità con gradiente di captazione maggiore (SUV max 4 in sede paravertebrale dx (L5), tra la XI° e la XIII° costa. Limitatamente al potere risolutivo della metodica (5 mm), non evidenziabili ulteriori anomalie di distribuzione del tracciante a carico delle restanti regioni corporee esaminate.

Conclusioni: il reperto pleurico dx appare in prima ipotesi di verosimile natura flogistica, ad eccezione della focalità nella sede descritte che presenta media/elevata-attività pertanto merita ulteriore approfondimento



CORTE D'ASSISE DI NOVARA

Azienda Ospedaliera Maggiore della Carità, Novara

25.06.14 ricovero per versamento pleurico destro associato a ispessimenti pleurici omolaterali in paziente con nota esposizione ambientale ad asbesto

26.06 videotoracosopia: pleura parietale ispessita lardacea, reticolare, con alcune nodulazioni.

26.06 esame istologico, diagnosi: frammenti di pleura parietale con mesotelioma epitelioido.

06.08.14 ricovero per intervento di pleurectomia/decorticazione

06.08 esame istologico, diagnosi:

Pleura viscerale: frammento di pleura con estesa infiltrazione da parte di mesotelioma maligno epiteliomorfo.

Pleura parietale dx + resezione atipica lobo medio: frammento di pleura e di polmone con estesa infiltrazione da parte di mesotelioma maligno epiteliomorfo (Calretinina +) con aspetti di embolizzazione vascolare.

11.08 dimissioni, diagnosi: attesa istologico

10.10 TAC torace: in esiti di resezione atipica a livello del segmento mediale del lobo medio, si conferma la presenza a livello del segmento apicale del lobo superiore, la presenza di formazione nodulare di aspetto sfumato delle dimensioni massime di 1 cm. Non è più riconoscibile il millimetrico nodulo solido precedentemente descritto in sede paravertebrale lobare inferiore omolateralmente. Modesta retrazione dell'emittoace destro sostenuta dai noti sottili ispessimenti pleurici patologici interessanti la pleura parietale, scissurale, mediastinica e in maniera più evidente la pleura diaframmatica. Non si osservano evidenti segni di estensione transtoracica o transdiaframmatica di malattia. Maggiormente evidenti due gettoni solidi, di cui uno presente a livello della pleura mediastinica adiacente al pericardio, l'altro a livello della pleura parietale posteriore in corrispondenza del seno costofrenico. In sede ilare e mediastinica non si apprezzano linfonodi di dimensioni patologiche.

Sommatoria secondo protocollo RECIST modificato 57

Azienda Ospedaliera Santo Spirito, Casale Monferrato

21.10 ricovero in regime di DH presso Oncologia per cicli di CT

17.12 TAC torace: modesta retrazione dell'emittoace destro sostenuta dai noti sottili ispessimenti pleurici patologici interessanti la pleura parietale, scissurale, mediastinica e diaframmatica. Sono meno evidenti i due gettoni solidi, presenti uno a livello della pleura mediastinica adiacente al pericardio, l'altro in sede parietale posteriore in corrispondenza del pilastro diaframmatico. Non si osservano evidenti segni di estensione transtoracica o



CORTE D'ASSISE DI NOVARA

transdiaframmatica di malattia. In esiti di resezione atipica del segmento mediale del lobo medio, è immodificata al segmento apicale del lobo superiore, la formazione nodulare di aspetto sfumato delle dimensioni massime di 1 cm. In sede ilare e mediastinica non si apprezzano linfonodi di dimensioni patologiche.

Non si evidenziano alterazioni volumetriche, morfologiche e strutturali a livello di fegato, milza, pancreas, surreni e reni. Colecisti distesa priva di calcoli. Le vie biliari intra ed extra epatiche non sono dilatate. Non si documentano masse patologiche in sede pelvica. La cavità peritoneale è libera da versamento. Nei livelli esaminati in sede sottodiaframmatica non si apprezzano linfonodi di dimensioni patologiche.

Nel complesso si osserva lieve regressione della nota patologia pleurica destra; la sommatoria secondo protocollo RECIST modificato eseguita a livello delle lesioni target porta ad un valore di 44,4 mm.

Esami cito/istologici:

CK5/6: positivo Calretinina: positivo WT1: positivo CEA: negativo MOC31: negativo.

All'esito delle complessive indagini cliniche e strumentali, i CC.TT. del P.M. hanno concluso validando la diagnosi di MESOTELIOMA PLEURICO EPITELIOIDE. MESOTELIOMA CERTO.

I CC.TT. della Difesa, pur condividendo la diagnosi di certezza del mesotelioma in sede di valutazione preanalitica, hanno posto riserve nelle loro conclusioni basate esclusivamente sull'impossibilità di conferma post-analitica della diagnosi per indisponibilità dei campioni.

Ritiene la Corte, alla luce dei già esaminati criteri di valorizzazione delle metodologie di indagine medico-diagnostica, che l'indisponibilità dei preparati al C.T. della Difesa non consente di formulare riserve sulle conclusioni chiare e coerenti cui sono giunti i CC.TT. del P.M. attraverso un percorso metodologico pienamente condiviso dallo stesso Prof. Roncalli.

Si può concludere, alla luce del complessivo quadro clinico, strumentale, morfologico e immunoistochimico, che il decesso di ELEMÌ Paola sia riconducibile con certezza a mesotelioma pleurico.

Riconducibilità della malattia all'attività svolta nello stabilimento Eternit di Casale Monferrato



CORTE D'ASSISE DI NOVARA

Vanno condivise le conclusioni cui sono giunti i CC.TT. del P.M. in ordine all'attribuibilità della patologia che condusse alla morte di ELEMI Paola all'esposizione dovuta alla condizione abitativa e ambientale della predetta, stante la ridotta distanza dell'abitazione e dei luoghi di lavoro sia dallo stabilimento Eternit di Casale Monferrato, sia dal magazzino pertinenziale.

L'attività produttiva svolta nei dieci anni di gestione dell'imputato ha senz'altro inciso nell'insorgenza della patologia mesoteliale.

Premesso che nel caso di specie va pacificamente esclusa ogni condizione di rischio espositivo correlata all'esercizio dell'attività lavorativa, per quanto concerne le fonti alternative di esposizione segnalate dai CC.TT. della Difesa, esse consistono, per lo più, in aree di battuto e polverino poste alla distanza di centinaia di metri dall'abitazione della vittima e quindi non tali da costituire fonti autosufficienti di insorgenza della malattia.

Per quanto concerne, invece, il polverino collocato nel sottotetto di un condominio posto a 29 metri di distanza dalla residenza n. 3 (via Filippo Mellana), deve convenirsi l'assenza di qualsiasi concreto rischio espositivo in quanto trattasi di area confinata e non accessibile alla vittima.

Analogamente, non costituisce concreta fonte di pericolo l'area di battuto sita a 82 mt di distanza dalla residenza n. 3 e collocata all'interno dell'Istituto Leardi, in quanto il materiale si trovava al di sotto di uno strato di ghiaia e, pertanto, verosimilmente in condizioni suscettibili di determinare aerodispersione di fibre all'epoca della residenza *in loco* della vittima.

Infine, in merito alla segnalata presenza del tetto in eternit a copertura di un garage prossimo all'abitazione di Ottiglio e della canna fumaria in cemento amianto incassata nel muro, assenza di dati circostanziali relativi all'effettivo stato di conservazione dei manufatti non consente di trarre conclusioni certe in ordine alla concreta possibilità di dispersione di fibre di amianto respirabili dalla vittima.

Dunque, può concludersi che la prolungata esposizione di ELEMI Paola all'emissione di polveri di amianto correlate all'attività produttiva dello stabilimento Eternit di Casale Monferrato sia stata per lo meno concausa determinante dell'insorgenza della patologia accertata che la condusse al decesso.

304. FANCINI SECONDO

Principali dati storici della vittima



CORTE D'ASSISE DI NOVARA

Nascita il: 28/1/1937. Diagnosi 20/6/2013. Decesso il: 6/3/2016.

Patologia: mesotelioma maligno epiteliomorfo della pleura

Storia abitativa

Dal 1937 al 1957 a Bistagno.

Durante il servizio militare: caserme di Fossano, Terni e Rieti.

Dal: 1/2/1961 (1959, secondo il questionario) Al: 14/8/1965 Casale Monferrato, Corso Duca d'Aosta. Durata del periodo: 4 anni. *Distanza dallo stabilimento: 2364 metri Distanza dal magazzino: 1025 metri.*

Dal: 14/8/1965 Al: 26/1/1978 Casale Monferrato, Regione Martinetto 21. Durata del periodo: 13 anni. *Distanza dallo stabilimento: 2334 metri Distanza dal magazzino: 741 metri.*

Dal: 26/01/1978 Al: 06/03/2016 Casale Monferrato, Via Gaetano Donizetti 6. Durata del periodo: 38 anni. *Distanza dallo stabilimento: 2172 metri Distanza dal magazzino: 752 metri.*

All'intervista è stato riferito che la vittima si è trasferita a Cereseto nel 2008.

Storia lavorativa

1954 – 1957: addetto alla produzione di materiale elettrico per conto della FIAT di Torino.

1958 – 1993: la vittima ha svolto la carriera militare (dal 1959 alla caserma di via Duca d'Aosta a Casale Monferrato, rispetto alla quale è stata segnalata la presenza di tetti in eternit su tutti gli edifici pertinenti).

Causa del decesso

Dalla storia clinica emerge quanto segue.

Azienda Ospedaliera Santo Spirito, Casale Monferrato

APR: asportazione di ematoma subdurale temporale dx post-traumatico nel 1991. Ipertensione arteriosa nota da 20 anni. Dal 2002 angina pectoris da sforzo, ischemia silente da sforzo a medio carico lavorativo (75 W, DP 16000), coronaropatia critica tri vascolare. Vasculopatia TSA emodinamicamente non significativa. Persistenza di saltuari dolori prolungati e non in rapporto a sforzi fisici, localizzati al rachide cervicale, alle spalle ernioplastica inguinale sx, cardiopatia ischemica: vasculopatia TSA emodinamicamente non significativa, pregresso ematoma subdurale post-traumatico



CORTE D'ASSISE DI NOVARA

10.06.2013 2013 ricoverato in Rianimazione per PNX,

10.06 RX torace: persiste esile film liquido lungo la cavità pleurica sinistra con persistenza della falda di PNX e parziale collasso del parenchima polmonare verso l'ilo. L'apice del drenaggio toracico si proietta in sede perilare sinistra. È irregolare il profilo dell'emidiaframma di sinistra che appare bozzerelluto.

10.06 esame citologico, diagnosi: mesoteli iperplastici e aggregati in formazioni simil-tubolari
10.06 TAC torace: a sx residua falda di. PNX dello spessore massimo di 1,5 cm, disposto in sede anteriore, parietale e intrascissurale in presenza di drenaggio pleurico in aspirazione. In sede basale declive permane falda liquida di versamento di spessore massimo di 2,5 cm; ne consegue parziale e atelettasia parenchimale del lobo inferiore.

Non si apprezzano patologici ispessimenti pleurici né lesioni focali del parenchima polmonare ventilato. Si osserva qualche piccola bolla di enfisema all'apice polmonare di destra. La cavità pleurica destra è libera da versamento. Non si apprezzano linfonodi mediastinici di dimensioni patologiche. Quale reperto collaterale si segnala prominenza del cuscinetto adiposo paracardiaco

13.06 RX torace: riespansione completa del lobo inferiore e del lobo lingulare a sn. dopo inserimento del drenaggio...Persiste falda di PNX all'apice omolaterale con spessore crani caudale di mm 25, estesa dall'apice fino alla III costa, sulla linea ascellare media a sn...

13.07 dimissioni, diagnosi: tumori maligni della pleura parietale

Altre patologie concomitanti o aggravanti: tumori maligni secondari della pleura, tumori maligni secondari del mediastino, tumori maligni secondari e non specificati dei linfonodi intratoracici, PNX senza menzione di ferita aperta nel torace

17.06 RX torace: peggioramento della falda di pneumotorace a sinistra, estesa attualmente dall'apice sino alla base polmonare con spessore massimo di 3 cm circa. Non si osservano alterazioni pleuro-parenchimali in atto a destra

16.06 TAC torace: il catetere di drenaggio pleurico precedentemente posizionato a sinistra si indovina con il suo estremo distale conformato a pig-tail in sede scissurale e risulta scarsamente efficace per cui, in accordo con i Curanti lo si sostituisce con analogo materiale (8.4 F di calibro) con un approccio percutaneo più caudale ed anteriore. Il drenaggio, raccordato a sistema idraulico di aspirazione, risulta immediatamente drenante per cui lo si fissa a cute con apposita sutura e si rimuove il drenaggio pre-esistente.

Non si sono verificate significative complicanze post-procedurali.



CORTE D'ASSISE DI NOVARA

Le immagini di centratura TC hanno consentito di meglio evidenziare alcuni isolati ispessimenti pleurici sia in corrispondenza della pleura mediastinica che della pleura diaframmatica (di aspetto nodulariforme), privi di enhancement al precedente esame condotto con ausilio di mdc ev del 10 giugno u.s., comunque meritevoli, stante la mono lateralità, di un approfondimento diagnostico pneumologico ad escludere la presenza di malattia evolutiva a partenza pleurica

19.06 RX torace: residua sottile falda di PNX apico parieto basale sn del diametro di poco superiore al centimetro.

20.06 toracosopia: la pleura parietale posteriore che presenta superficie marcatamente irregolare, ispessita, con nodulazioni multiple di varie dimensioni e di consistenza molliccia ... Anche la pleura diaframmatica e la pleura viscerale hanno superficie irregolare con plurime nodulazioni biancastre diffusamente. A livello della pleura parietale anteriore si apprezzano placche e nodulazioni multiple su tutta la superficie visualizzabile, oltre all'inserzione del drenaggio precedentemente posizionato.

Quale reperto collaterale si visualizza il cuscinetto adiposo paracardiaco segnalato alla TC torace

20.06 esame citologico, diagnosi: tappeto di emazie, linfociti, granulociti neutrofilici e mesoteli

20.06 SC Anatomia Patologica, esame istologico, diagnosi: mesotelioma epitelioidale maligno

21.06 RX torace: aumento di spessore della nota falda di PNX. estesa dall'apice fino alla base toracica di sn.; lo spessore max. a livello apicale è di mm 44, lo spessore max. a livello basale è di mm 40. Normalità dei reperti relativi all'emitorace dx

24.06 RX torace: netta diminuzione della falda di PNX a sinistra, il cui spessore massimo è di 10 mm alla base e di 9 mm in sede apicale. È presente versamento pleurico prevalentemente disposto posteriormente all'apice del quale si apprezza un piccolo livello idroaereo. Presenza di drenaggio pleurico situato anteriormente alla base sinistra. Segni diffusi di BPCO a componente enfisematosa.... Calcinosi dell'arco aortico

26.06 RX torace: maggiore estensione della nota falda di idro-PNX in emitorace di sn.; lo spessore max. della falda di PNX., all'apice di sn. è pari a cm 3,8, lo spessore max. della falda alla base emi toracica è di cm 2, lo spessore max. della falda retro-sternale è di cm 2. La falda liquida si posiziona a livello della VIII costa; sulla linea ascellare media a sn. L'estremità del drenaggio pleurico, posizionato alla base emitoraci a di sn. si dispone a ridosso del lobo inferiore sn., anteriormente e si dispone a "ricciolo" in corrispondenza dello spazio compreso tra gli archi posteriori della VIII e della IX costa a sn.



CORTE D'ASSISE DI NOVARA

Normalità dei reperti relativi all'emitore dx. Mediastino in sede mediana

01.07 RX torace: al controllo odierno nei confronti del precedente del 26/6/13 è sovrapponibile l'entità della falda di idroPNX presente a sinistra, dello spessore di circa 5,5 cm. Ispessimenti pleurici Marginati costali in rapporto alla nota neoformazione. Presenza di catetere di drenaggio alla base dell'emitore di sinistra. Mediastino non significativamente dislocato

08.07 RX torace: persiste sostanzialmente invariato l'idro pneumotorace sn.

11.07 inizio CT.

18-07 RX torace: tuttora presente il noto idroPNX a sn. con parziale collasso del lobo superiore e ulteriore completo collasso del lobo inferiore di sn. Lo spessore massimo della falda di PNX in sede apicale è pari a mm 59<, si è verificato un incremento di mm 5 dello spessore della falda di PNX, rispetto al precedente controllo.

19.07 visita oncologica: mesotelioma epitelioido varietà solida e tubulare, stadio III.

04.09 visita cardiologica-ecocardio, diagnosi: assenza di versamento pericardico. Cardiopatia ischemica stazionaria.

18.09 TAC torace e addome: non evidenziate modificazioni significative per ciò che concerne l'entità della retrazione dell'emitore di sinistra, l'estensione degli ispessimenti pleurici lineari, millimetrici, coinvolgenti la pleura parieto costale e diaframmatici. È presente incremento della componente di versamento pleurico a sinistra (spessore massimo alla base dell'emitore 6 cm) e della falda aerea di pneumotorace dello spessore massimo di 4 cm. Il mediastino è in asse. Si riconosce atelettasia compressiva del lobo inferiore di sinistra, della lingua. A carico del parenchima polmonare aerato non si apprezzano addensati con caratteristiche di evolutività. Nel mediastino non sono presenti linfonodi di diametro patologico. La sommatoria secondo protocollo RECIST modificato corrisponde a mm 19.5.

Azienda Ospedaliera Maggiore della Carità, Novara

30.09.13 visita di Chirurgia Toracica: tendenza alla mancata riespansione polmonare del lobo inferiore sinistro, pertanto controindicazione al talcaggio pleurico in associazione alle comorbidity cardiologiche associate

Azienda Ospedaliera Santo Spirito, Casale Monferrato

25.10.13 Eco addome: Il pavimento vescicale è improntato e sollevato dalla prostata.



CORTE D'ASSISE DI NOVARA

Per la scarsa replezione vescicale la ghiandola è mal valutabile comunque con dimensioni superiori alla norma, con iperplasia adenomatosa del lobo medio che aggetta in vescica. I contorni della prostata sono regolari e la struttura discretamente disomogenea per quanto apprezzabile per via soprapubica. I diametri antero-posteriore, trasversale e longitudinale misurano rispettivamente circa 36 mm, 40 mm e 46 mm. Le vescichette seminali non sono ectasiche

01.11. ricovero da Pronto Soccorso per positività degli enzimi di necrosi.

01.11 RX torace: Intensa opacità omogenea medio basale a sinistra riferibile a nota patologia pleurica. Normale trasparenza polmonare a destra....

06.11 trasferimento in Cardiologia, diagnosi: IMA non Q in mesotelioma pleurico

05.11 Ecografia epatica e delle vie biliari: nella testa del pancreas si è resa evidente una formazione solida, disomogeneamente ipoecogena, con diametri non superiori a cm 3,5, priva di un significativo segnale vascolare, di natura sospetta. Il tratto terminale del coledoco è ectasico, fino a mm 6, senza calcoli endoluminali. Non si rilevano altre alterazioni strutturali focali e/o nodulari nelle porzioni esplorabili del pancreas; asse venoso spleno-portale di calibro regolare. Milza eumorfica, con struttura omogenea, senza alterazioni focali e/o nodulari; il suo diametro bipolare è pari a cm 12. La porzione di fegato esplorabile (lobo epatico) è esente da alterazioni focali e/o nodulari; il lobo di sn. è inesplorabile per il meteorismo sovrapposto. Non dilatate le vie biliari del lobo epatico esplorabile (lobo dx.). Colecisti dismorfica, senza macrocalcoli, con minima quantità di "fango" e microcalcificazioni in sede infundibolare; non segni di flogosi di parete. Non evidenza di linfadenomegalie epatiche e nel tratto esplorabile del retroperitoneo. Non raccolte fluide addomino-pelviche. Opportuno sottoporsi a indagine TAC addome superiore, con particolare riguardo al pancreas, con sollecitudine.

08.11 Angio TAC + addome: marcata dilatazione delle vie biliari intraepatiche a carico sia dell'emisistema destro che dell'emisistema di sn e del coledoco che si riduce nettamente di calibro in prossimità della papilla ove è, apprezzabile tessuto solido a struttura disomogenea caratterizzato da intensa impregnazione di mdc di sospetta natura evolutiva. Non sono riconoscibili lesioni focali del parenchima pancreatico né dilatazioni del dotto pancreatico stesso. Non si riconoscono lesioni focali epatiche aventi caratteristiche di evolutività. Im corrispondenza del VII segmento è apprezzabile formazione cistica delle dimensioni di 13 mm circa..... Si rileva diverticolosi del sigma. In prossimità dell'ilo epatico, del tripode celiaco, a



CORTE D'ASSISE DI NOVARA

livello dell'intercavo aorta-cava ed in sede para-aortica sinistra sono riconoscibili multipli linfonodi il maggiore dei quali ha dimensioni di 13 mm

Normali gli altri reperti

15.11 trasferimento in Oncologia

28.11 TAC addome: Nelle scansioni craniali si osserva cospicuo versamento pleurico alla base di sinistra in rapporto alla nota neoformazione pleurica con secondaria atelettasia del parenchima polmonare. Nei confronti del precedente esame del 8/11/13 non si rilevano modificazioni significative. In particolare, è sovrapponibile la distensione delle vie biliari intra-extraepatiche riconoscibile sino a livello del tratto prepapillare del coledoco ove è presente stenosi con aspetto rastremato verosimilmente sostenuta da lesione organica. La colecisti è distesa, non contenente calcoli. Il dotto del Wirsung non è dilatato e non si rilevano tumefazioni significative della regione cefalo pancreatica.

Non si rilevano lesioni focali degenerative del parenchima epatico. Atrofici i segmenti epatici di sinistra. Regolare l'aspetto della milza, dei reni. Iperplasia nodulare bilaterale dei surreni. Non si riconosce versamento libero in addome. Significativa diverticolosi-diverticolite del colon discendente-sigma. Prostata ingrandita (diametro 5 cm) di struttura disomogenea, con voluminosa impronta da lobo medio sul trigono. La vescica presenta pareti ispessite del tipo da sforzo. Non sono rilevabili linfonodi di diametro patologico nelle stazioni tipiche dell'addome superiore ed inferiore.

Conclusione. l'esame odierno confrontato con precedente del 8/11/13 non ha evidenziato modificazioni significative. Permane dilatazione delle vie biliari intra-extraepatiche, riconoscibile sino al tratto del coledoco prepapillare verosimilmente sostenuto da stenosi organica

03.12 dimissioni, diagnosi: tumori maligni dell'ampolla di Vater

Altre patologie concomitanti o aggravanti: IMA a sede non specificata, tumori maligni della pleura parietale, tumori maligni secondari e non specificati dei linfonodi intratoracici, tumori maligni secondari del mediastino

20.03 2014 TAC torace e addome: i millimetrici ispessimenti pleurici circonferenziali a sinistra non sono più misurabili a si rileva il quasi completo riassorbimento del versamento pleurico omolaterale che permane esclusivamente alla base con uno spessore massimo di 1.5 cm. Rispetto al precedente del 16/09/2013 si rileva inoltre scomparsa della falda di pneumotorace. Sono sostanzialmente invariati i restanti reperti pleuropolmonari. Rispetto al precedente del

A handwritten signature in black ink, consisting of a stylized 'A' shape.

A handwritten signature in black ink, consisting of a stylized 'D' shape.



CORTE D'ASSISE DI NOVARA

28/11/2013 è incrementata la dilatazione delle vie biliari intraepatiche senza comparsa di lesioni secondarie parenchimali. Si osserva un'area riferibile in prima ipotesi a THAD al passaggio fra VII e VIII segmento epatico. Non si osservano falde fluide libere o saccate in addome né significative linfadenomegalie

04.05.15 ricovero in Pronto Soccorso per febbre e ittero.

04.05 RX torace: ipoespansione dell'emitorace di sn in rapporto alla nota neoformazione pleurica. Ipodiafania basale in rapporto a versamento pleurico

07.05 ricovero in Chirurgia da pronto Soccorso con diagnosi di Ittero franco in MPM

13.05 Colangio RM: la colecisti è modicamente sovra distesa e presenta in corrispondenza dell'infundibolo un difetto di riempimento di verosimile natura litiasica con diametro massimo di circa 12 mm. Le pareti del viscere non sono ispessite. Si conferma una notevole dilatazione delle vie biliari intraepatiche e della via biliare principale al cui interno sono riconoscibili alcuni grossolani difetti di riempimento endoluminali lungo tutto il suo decorso; in corrispondenza del Carrefour è riconoscibile un più ampio difetto di riempimento anch'esso verosimilmente riferibile alla presenza di detriti biliari (diametro max vbp 18 mm circa). Alcuni difetti di riempimento di verosimile natura litiasica si osservano anche in corrispondenza del ramo intraepatico principale anteriore destro. Il dotto di Wirsung è regolare per calibro, morfologia e decorso; il suo tratto distale termina a livello della papilla maggiore unitamente col tratto distalecoledocico. Nelle acquisizioni basali dell'addome superiore si evidenzia presenza di un'area nodulare rotondeggiante nel VII segmento epatico (diametro max 18 mm circa). La lesione è caratterizzata da una disomogenea e tenue iperintensità di segnale nelle sequenze T2 pesate, da ipointensità in T1 e risulta sospetta per localizzazione ripetitiva in paziente oncologico. Normale aspetto RM del pancreas e della milza

22.05 ERCP con videoduodenoscopia: papilla di regolare morfologia, agevolmente incannulata, selettivamente nell'albero biliare. La colangiografia conferma l'accesso alla via biliare, notevolmente ectasica per presenza di numerosi difetti di riempimento. Dilatazione anche dei dotti intraepatici. Si esegue papillosfinterotomia - endoscopica ampia >1 cm. osservando spontanea fuoriuscita di bile corpuscolata e microliti. Viene posizionato sondino N-B con apice al carrefour, per perfusione mediante 1500 cc/die di sol. fisiologica dell'albero biliare.

Conclusioni: impietramento litiasico albero biliare.

A handwritten signature in black ink, consisting of a stylized, cursive script.



CORTE D'ASSISE DI NOVARA

27.05 Posizionamento endoprotesi plastica in litiasi multipla VBP. Videoduodenoscopia: si rileva ampio orifizio beante di papillosfinterotomia, da cui fuoriescono microliti misti a bile corpuscolata. Dopo rimozione di catetere naso-biliare, viene posizionata endoprotesi plastica diametro 10

French. lunghezza 7 cm., con apice in corrispondenza del dotto epatico comune. Non segni di complicanze

31.05 dimissioni, diagnosi: litiasi multipla della VBP in paziente con discariocinesi pleurica.

05.09.14 TAC torace: leggermente incrementato il versamento pleurico basale sinistro sotteso da fini ispessimenti iperdensi dopo contrasto, non significativamente variati rispetto al precedente.

In presenza di protesi biliare endoscopica le vie biliari non sono più dilatate in presenza di discreta aerobilia, soprattutto a sinistra. Non si rilevano falde fluide libere o saccate in addome. Sono invariati i restanti reperti.

05.01.2015 TAC torace: non significative variazioni dei reperti toraco-addominali. In particolare, risulta sovrapponibile la quota di versamento pleurico a sinistra, sotteso ai noti ispessimenti pleurici patologici coinvolgenti la pleura parietale. Concomitano aree di parenchima polmonare addensato limitrofe al versamento, più evidenti in sede basale a sinistra. Non si riconoscono lesioni polmonari parenchimali focali con caratteristiche di evolutività d'ambo i lati. In presenza di protesi biliare endoscopica permane invariato il grado di aerobilia più evidente a carico dell'emisistema sinistro. Non sono presenti reperti patologici a carico di milza, pancreas, surreni e reni. Invariato il quadro di diverticolosi a carico del sigma. Sono sostanzialmente invariati i restanti reperti

18-05.15 TAC torace e addome: comparato con il precedente del 05/01/15 non ha evidenziato modificazioni. Risulta sovrapponibile l'entità della ritrazione dell'emitorace di sinistra sotteso dai noti ispessimenti pleurici lineari che coinvolgono la pleura parieto-costale, finemente iperdensi e di dimensione millimetriche, è sovrapponibile il versamento pleurico organizzato alla base di sinistra così come le aree di consolidazione atelettasica pleuro adesive alla base del lobo inferiore e della Mutila. Non si riconoscono lesioni addensanti polmonari con carattere di attività né versamento pleurico. Presenza di protesi biliare con secondaria aerobilia normo posizionata. Non si riconoscono localizzazioni epatiche di malattia. Atrofici i segmenti epatici di sinistra. Non si riconoscono segni macroscopici di diffusione transdiaframmatica di malattia.

A handwritten signature in black ink, consisting of a stylized, cursive letter 'A' or similar character, followed by a smaller, less distinct mark.



CORTE D'ASSISE DI NOVARA

Esami cito/istologici:

CK 8/18: +; CK 5/6: +; Vimentina: +; Calretinina: +; HBME1: +; WT1: +; CEA: -; MOC31: +.

All'esito delle complessive indagini cliniche e strumentali, i CC.TT. del P.M. hanno concluso validando la diagnosi di MESOTELIOMA PLEURICO EPITELIOIDE. MESOTELIOMA CERTO.

I CC.TT. della Difesa concordano con le conclusioni cui sono pervenuti i CC.TT. del P.M., anche in ragione della presenza di un set di marcatori mesoteliali ed epiteliali adeguato e con risultati propri.

Ritiene la Corte, conformemente alla comune e condivisa valutazione espressa da tutti i CC.TT., che, alla luce del complessivo quadro clinico, strumentale, morfologico e immunoistochimico, il decesso di FANCINI Secondo sia riconducibile con certezza a mesotelioma pleurico.

Riconducibilità della malattia all'attività svolta nello stabilimento Eternit di Casale Monferrato

Vanno condivise le conclusioni cui sono giunti i CC.TT. del P.M. in ordine all'attribuibilità della patologia che condusse alla morte di FANCINI Secondo all'esposizione dovuta alla condizione abitativa e ambientale del predetto, stante la ridotta distanza dell'abitazione e dei luoghi di lavoro sia dallo stabilimento Eternit di Casale Monferrato, sia dal magazzino pertinenziale.

L'attività produttiva svolta nei dieci anni di gestione dell'imputato ha senz'altro inciso nell'insorgenza della patologia mesoteliale.

Premesso che nel caso di specie va pacificamente esclusa ogni condizione di rischio espositivo correlata all'esercizio dell'attività lavorativa, per quanto concerne le fonti alternative di esposizione segnalate dai CC.TT. della Difesa, esse consistono in aree di battuto poste alla distanza di centinaia di metri dall'abitazione della vittima e quindi non tali da costituire fonti autosufficienti di insorgenza della malattia.

Quanto al tetto in cemento amianto sovrastante la caserma dove la vittima ha lavorato dal 1959, esso non può costituire un concreto fattore di rischio, nulla risultando sulle condizioni di conservazione del manufatto e sulla possibilità di contatti diretti della vittima con eventuali fibre di amianto aero disperse.



CORTE D'ASSISE DI NOVARA

Per quanto riguarda la presenza di cemento amianto spezzato nel cortile di via Donizetti, tale fonte potrebbe al più aver concorso all'insorgenza della malattia, non potendo ritenersi certamente causa esclusiva in mancanza di qualsiasi dato circostanziale sulla qualità e quantità del materiale, nonché sulle effettive condizioni di conservazione ed estensione dello stesso.

Dunque, può concludersi che la prolungata esposizione di FANCINI Secondo all'emissione di polveri di amianto correlate all'attività produttiva dello stabilimento Eternit di Casale Monferrato sia stata per lo meno concausa determinante dell'insorgenza della patologia accertata che lo condusse al decesso.

305. FARELLO EUGENIO

Principali dati storici della vittima

Nascita il: 18/02/1933 Decesso il: 06/04/2015

Diagnosi 10/9/2013

Patologia: mesotelioma maligno epiteliomorfo della pleura

Storia abitativa

Dal: 1951 (1933, secondo il questionario) Al: 18/03/1964 Casale Monferrato, Frazione Torcello - Rolasco 160. Durata del periodo: 13 anni. *Distanza dallo stabilimento: 3479 metri Distanza dal magazzino: 5113 metri.*

Dal: 18/03/1964 Al: 26/08/1966 Casale Monferrato, Via Italo Rossi 26. Durata del periodo: 2 anni. *Distanza dallo stabilimento: 1379 metri Distanza dal magazzino: 2008 metri.*

Dal: 26/08/1966 Al: 14/09/1970 Casale Monferrato, Via Sergio Oliaro 11. Durata del periodo: 4 anni. *Distanza dallo stabilimento: 1298 metri Distanza dal magazzino: 1811 metri.*

Dal: 14/09/1970 Al: 25/06/1971 Casale Monferrato, Strada Torino 74. Durata del periodo: 9 mesi. *Distanza dallo stabilimento: 1269 metri Distanza dal magazzino: 2054 metri.*

Dal: 25/06/1971 Al: 06/04/2015 Casale Monferrato, Via Sergio Oliaro 7. Durata del periodo: 44 anni. *Distanza dallo stabilimento: 1329 metri Distanza dal magazzino: 1809 metri.*

Storia lavorativa:

1948 – 1955: agricoltore nell'azienda di famiglia a Rolasco.

1955 – 1956: servizio militare (genio trasmissioni, autista del generale comandante).



CORTE D'ASSISE DI NOVARA

1956 – 1971: titolare del distributore carburanti a Casale Oltreponte.

1971 – 1992: titolare del distributore carburanti a Casale via Adam.

1992 – 1998: manutenzione frigoriferi e celle frigo presso la ditta IAT Ticineto.

Non risultano esposizioni di tipo familiare.

Causa del decesso

Dalla storia clinica emerge quanto segue.

Azienda Ospedaliera Santo Spirito, Casale Monferrato

APR: Ipertensione arteriosa. TIA nel 2000 e nel 2007. FA permanente dal 2007

29.08.13 visita cardiologica di controllo: riscontro di versamento pleurico sinistro

29.08 ricovero presso DH Pneumologia per versamento pleurico sinistro

29.08 RX torace: A sinistra si documenta discreta falda di versamento pleurico parzialmente intrascissurale. A livello del parenchima polmonare ventilato d'ambo i lati non si osservano addensamenti né lesioni focali. La cavità pleurica destra è libera da versamento.

Modesta accentuazione della trama peribroncovascolare in esiti bronchitici cronici.

Immagine cardiaca non correttamente valutabile. Aortosclerosi. In via collaterale si segnala avanzato quadro di spondilodiscoartrosi

29.08 toracentesi

29.08 esame citologico, diagnosi: Presenza di elementi mesoteliali raccolti in formazioni papillari

04.09 TAC torace: abbondante falda di versamento pleurico che risale sino all'apice polmonare. Si osservano millimetrici e lineari ispessimenti pleurici sul versante mediastinico, di natura sospetta.

Nei restanti ambiti non si osservano ulteriori ispessimenti pleurici significativi.

A livello del parenchima polmonare di destra non si osservano addensamenti né lesioni focali con caratteristiche di evolutività; si segnala bolla di enfisema del lobo medio. Il polmone sinistro è pressoché completamente atelettasico permane parzialmente ventilato il lobo superiore, privo di lesioni focali. La cavità pleurica destra è libera da versamento. In sede ilare e mediastinica non si apprezzano linfonodi di dimensioni superiori al centimetro. Non sono riconoscibili alterazioni tomografiche a livello di fegato, milza, pancreas, surreni e reni

10.09 toracosopia



CORTE D'ASSISE DI NOVARA

10.09 esame citologico, diagnosi: reperto citologico sospetto per neoplasia mesoteliale

10.09 esame istologico, diagnosi: tumori maligni della pleura.

Esami cito/istologici:

CK8/18: positivo CK5/6: positivo Vimentina: positiva Calretinina: positiva HBME1: positivo WT1: positivo CEA: negativo MOC31: negativo.

All'esito delle complessive indagini cliniche e strumentali, i CC.TT. del P.M. hanno concluso validando la diagnosi di MESOTELIOMA PLEURICO EPITELIOIDE. MESOTELIOMA CERTO.

I CC.TT. della Difesa concordano con le conclusioni cui sono pervenuti i CC.TT. del P.M., anche in ragione della presenza di un set di marcatori mesoteliali ed epiteliali adeguato e con risultati propri.

Ritiene la Corte, conformemente alla comune e condivisa valutazione espressa da tutti i CC.TT., che, alla luce del complessivo quadro clinico, strumentale, morfologico e immunoistochimico, il decesso di FARELLO Eugenio sia riconducibile con certezza a mesotelioma pleurico.

Riconducibilità della malattia all'attività svolta nello stabilimento Eternit di Casale Monferrato

Vanno condivise le conclusioni cui sono giunti i CC.TT. del P.M. in ordine all'attribuibilità della patologia che condusse alla morte di FARELLO Eugenio all'esposizione dovuta alla condizione abitativa e ambientale del predetto, stante la ridotta distanza dell'abitazione e dei luoghi di lavoro sia dallo stabilimento Eternit di Casale Monferrato, sia dal magazzino pertinenziale.

L'attività produttiva svolta nei dieci anni di gestione dell'imputato ha senz'altro inciso nell'insorgenza della patologia mesoteliale.

Premesso che nel caso di specie va pacificamente esclusa ogni condizione di rischio espositivo correlata all'esercizio dell'attività lavorativa, per quanto concerne le fonti alternative di esposizione segnalate dai CC.TT. della Difesa, esse consistono per lo più in aree di battuto poste alla distanza di centinaia di metri dall'abitazione della vittima e quindi non tali da costituire fonti autosufficienti di insorgenza della malattia.



CORTE D'ASSISE DI NOVARA

Per quanto riguarda il polverino collocato nel sottotetto di un condominio posto a 34 mt di distanza dalla residenza n. 5 (via S. Oliaro), deve convenirsi l'assenza di qualsiasi concreto rischio espositivo in quanto trattasi di area confinata, chiusa e non accessibile da parte della vittima.

Per quanto concerne i segnalati manufatti in cemento amianto presso le abitazioni di via Oliaro e Cascina San Carlo, nulla risultando sulle effettive condizioni di conservazione al momento della residenza *in loco* della vittima, non è possibile trarre alcuna conclusione in ordine al rischio di esposizione.

Dunque, può concludersi che la prolungata esposizione di FARELLO Eugenio all'emissione di polveri di amianto correlate all'attività produttiva dello stabilimento Eternit di Casale Monferrato sia stata per lo meno concausa determinante dell'insorgenza della patologia accertata che lo condusse al decesso.

306. FERRANTE GIROLAMO

Principali dati storici della vittima

Nascita il: 25/03/1938 Decesso il: 06/09/2013.

Diagnosi: 13/11/2007.

Patologia: mesotelioma maligno epiteliomorfo della pleura.

Storia abitativa

Dal 1938 al 24/10/1958 a Palermo.

Dal 1955 al 1957 Casale Monferrato. Dal questionario ReNaM risulta che la vittima avesse la residenza in 'Cascina Montesasso', collocata sulla strada Pozzo Sant'Evasio, al confine cittadino opposto rispetto alla posizione dello stabilimento Eternit.

Dal: 24/10/1958 Al: 1/12/1958 Casale Monferrato, Via XX Settembre 81. Durata del periodo: 2 mesi. *Distanza dallo stabilimento: 558 metri Distanza dal magazzino: 1420 metri.*

Dal: 1/12/1958 Al: 23/1/1961 Casale Monferrato, Strada Vecchia Alla Morana 10. Durata del periodo: 3 anni. *Distanza dallo stabilimento: 400 metri Distanza dal magazzino: 2131 metri.*

Dal: 23/01/1961 Al: 30/05/1961 Casale Monferrato, Via Giuseppe Cerrano 35. Durata del periodo: 4 mesi. *Distanza dallo stabilimento: 639 metri Distanza dal magazzino: 1318 metri.*



CORTE D'ASSISE DI NOVARA

Dal: 30/5/1961 Al: 19/7/1972 Casale Monferrato, Via XX Settembre 107. Durata del periodo: 11 anni. *Distanza dallo stabilimento: 481 metri Distanza dal magazzino: 1481 metri.*

Dal: 19/7/1972 Al: 9/3/1982 Casale Monferrato, Via Saffi 63. Durata del periodo: 10 anni. *Distanza dallo stabilimento: 1237 metri Distanza dal magazzino: 1042 metri.*

Dal: 9/3/1982 Al: 6/9/2013 Casale Monferrato, Corso Valentino 186. Durata del periodo: 31 anni. *Distanza dallo stabilimento: 2038 metri Distanza dal magazzino: 909 metri.*

Relativamente a tale abitazione, nel questionario ReNaM è stata riferita l'esistenza di un capanno degli attrezzi con copertura in eternit.

Storia lavorativa:

1949 – 1955: agricoltore alle dipendenze di un'azienda agricola.

1955 – 1957: agricoltore presso la Cascina Montesasso.

1957 – 1962: operaio addetto alla produzione di concimi chimici.

1962 – 1967: operaio addetto alla pressa per la ditta VIRCO di Trino (stampaggio lamiere).

1967 – 1994: saldatore presso la Mondial Frigo Casale Monferrato (la vittima, nel questionario ReNaM, ha riferito di aver utilizzato un pezzo di eternit cm 30 x 30 durante le operazioni di saldatura, per riparare i materiali circostanti).

Non risultano esposizioni di tipo familiare.

Causa del decesso

Dalla storia clinica emerge quanto segue.

Azienda Ospedaliera SS Antonio e Biagio e Cesare Arrigo di Alessandria

06.08.2002 ricovero per comparsa di toracalgia

07.08 toracosopia: quadro endoscopico nella norma

07.08 esame istologico, diagnosi: pleurite cronica

09.08 dimissioni, diagnosi: versamento pleurico dx

Azienda Ospedaliera Santo Spirito, Casale Monferrato

27.04.2004 RX torace: non alterazioni pleuro parenchimali in atto. Seni costofrenici liberi.

Ombra cardiaca nella norma



CORTE D'ASSISE DI NOVARA

15.10.2007 RX torace: opacità basale a destra con le caratteristiche del versamento pleurico. Posteriormente si osserva la presenza di livello idroaereo in rapporto verosimilmente a idropneumotorace saccato. Ispessimento della piccola scissura.

Normale la trasparenza dei restanti campi polmonari. Immagine cardiovascolare nei limiti.

23.10.2007 TAC torace: Si osserva lieve e asimmetrica espansione dei polmoni in relazione a retrazione dell'emittoace di destra; da tale lato si riconoscono ispessimenti pleurici lineari e bottoniformi iperdensi, avente uno spessore variabile di 3 - 5 mm. interessanti la pleura parietale - diaframmatica - scissurale. Coesiste versamento pleurico avente uno spessore massimo a livello della base dell'emittoace di 5 cm.

È regolare la cellularità adiposa del mediastino; sono evidenti lungo la catena para-tracheale supero-inferiore di destra, in sede sub-carenale alcuni linfonodi del diametro di 10 - 15 mm.

Gli ispessimenti pleurici più estesi si localizzano nella parete inferiore dell'emittoace con sviluppo sulla superficie pleurica di rivestimento dell'emidiaframma ed estensione nello sfondato costofrenico posteriore e laterale. Il quadro è sospetto per lesione pleurica in accrescimento senza segni macroscopici di diffusione trans-diaframmatica. Normali i restanti reperti.

Conclusione: sospetta neoplasia pleurica a destra da verificare con ulteriori accertamenti

29.10.07 ricovero in DH

29.10 toracentesi

29.10 esame citologico, diagnosi: mesoteli raccolti in formazioni papillari. Mesoteli atipici

29.10 biopsia pleurica transparietale 20.10 esame istologico, diagnosi: materiale insufficiente

06.11 RX torace: versamento pleurico alla base destra con livello idroaereo orizzontale da mettere in rapporto alla presenza di sottile falda di pneumotorace ben evidenziabile in sede sottoclaveare esternamente. Si osserva ispessimento della piccola scissura e della pala inferiore della grande scissura sempre a destra. Normale la trasparenza a sinistra. Immagine cardiovascolare nei limiti.

13.11 toracosopia: pleura parietale in sede posteriore e diaframmatica, ispessita, lardacea, aderente in alcuni punti alla pleura viscerale.

13.11 esame istologico, diagnosi: mesotelioma epiteliomorfo, varietà tubulo-papillare

21.11 dimissioni, diagnosi: tumori maligni della pleura, non specificata.

Azienda Ospedaliera Maggiore della Carità, Novara



CORTE D'ASSISE DI NOVARA

05.12.07 PET: PET collo e torace: regioni del collo indenni da anomalie di fissazione di tracciante a carattere produttivo. Presenza di diffuso incremento di concentrazione di tracciante a moderato accumulo di FDG (SUV max 2,53) in corrispondenza dei noti ispessimenti pleurici al polmone di destra. Il mediastino ed il polmone controlaterale nei limiti del potere risolutivo della metodica appaiono indenni da anomalie di fissazione di tracciante. Normali i restanti reperti.

Esami cito/istologici:

CK5/6: positivo CEA: negativo Vimentina: positivo BERP4: negativo HBME1: positivo Calretinina: positiva.

All'esito delle complessive indagini cliniche e strumentali, i CC.TT. del P.M. hanno concluso validando la diagnosi di MESOTELIOMA PLEURICO EPITELIOIDE. MESOTELIOMA CERTO (A).

I CC.TT. della Difesa concordano con le conclusioni cui sono pervenuti i CC.TT. del P.M., anche in ragione della presenza di un set di marcatori mesoteliali ed epiteliali adeguato e con risultati propri.

Ritiene la Corte, conformemente alla comune e condivisa valutazione espressa da tutti i CC.TT., che, alla luce del complessivo quadro clinico, strumentale, morfologico e immunoistochimico, il decesso di FERRANTE Girolamo sia riconducibile con certezza a mesotelioma pleurico.

Riconducibilità della malattia all'attività svolta nello stabilimento Eternit di Casale Monferrato

Vanno condivise le conclusioni cui sono giunti i CC.TT. del P.M. in ordine all'attribuibilità della patologia che condusse alla morte di FERRANTE Girolamo all'esposizione dovuta alla condizione abitativa e ambientale del predetto, stante la ridotta distanza dell'abitazione e dei luoghi di lavoro sia dallo stabilimento Eternit di Casale Monferrato, sia dal magazzino pertinenziale.

L'attività produttiva svolta nei dieci anni di gestione dell'imputato ha senz'altro inciso nell'insorgenza della patologia mesoteliale.



CORTE D'ASSISE DI NOVARA

La complessa storia lavorativa, così come sinteticamente ricostruita senza alcun specifico dettaglio sulle modalità operative dell'attività svolta, costituisce solo un generico fattore di rischio espositivo, non fornendo un'esauriente giustificazione dell'accertato mesotelioma.

Infatti, nulla è stato documentato e dimostrato in ordine all'effettivo rischio di contatto e respirazione di fibre di amianto da parte della vittima nell'esecuzione delle attività svolte come operaio presso le varie ditte interessate.

Altrettanto ipotetico e meramente eventuale l'indicato rischio espositivo per i manufatti in cemento amianto presenti presso alcune abitazioni della vittima, in quanto alcunché è stato circostanziato sulle condizioni di conservazione degli stessi.

Per quanto concerne le altre fonti alternative di esposizione segnalate dai CC.TT. della Difesa, esse consistono in aree di battuto poste alla distanza di centinaia di metri dall'abitazione della vittima e quindi non tali da costituire fonti autosufficienti di insorgenza della malattia.

Dunque, può concludersi che la prolungata esposizione di FERRANTE Girolamo all'emissione di polveri di amianto correlate all'attività produttiva dello stabilimento Eternit di Casale Monferrato sia stata per lo meno concausa determinante dell'insorgenza della patologia accertata che lo condusse al decesso.

307. FERRARA VINCENZO

Principali dati storici della vittima

Nascita il: 1/9/1934 Decesso il: 24/3/2010.

Diagnosi 20/3/2008.

Patologia: mesotelioma maligno epiteliomorfo della pleura.

Storia abitativa

Dal 1934 al 1958 a Tramonti (SA).

Dal: 4/1/1958 Al: 4/12/1964 a Casale Monferrato, Via dei Grani 11. Durata del periodo: 6 anni.

Distanza dallo stabilimento: 1482 metri Distanza dal magazzino: 1262 metri.

Dal: 4/12/1964 Al: 24/10/1971 a Casale Monferrato, Piazza Urbano Rattazzi 8. Durata del periodo: 7 anni. *Distanza dallo stabilimento: 1440 metri Distanza dal magazzino: 816 metri.*

Dal: 24/10/1971 Al: 27/1/1982 a Casale Monferrato, Via Sant'Evasio 1. Durata del periodo: 11 anni. *Distanza dallo stabilimento: 1530 metri Distanza dal magazzino: 825 metri.*



CORTE D'ASSISE DI NOVARA

Dal: 27/1/1982 Al: 24/3/2010 a Casale Monferrato, Corso Indipendenza 4. Durata del periodo: 22 anni. *Distanza dallo stabilimento: 1413 metri Distanza dal magazzino: 508 metri.*

Storia lavorativa:

Dal 1955 al 1998 la vittima è stata titolare di diverse pizzerie in Casale Monferrato (site, rispettivamente, in via dei Grani, Piazza Rattazzi, Piazza Bernotti, Corso Valentino vicino al magazzino COOP).

I locali dove la vittima ha lavorato dal 1955 al 1992 si trovavano a circa 1500 mt dallo stabilimento Eternit, mentre l'ultimo era sito a distanza superiore a 2500 mt.

Non risultano esposizioni di tipo familiare.

Causa del decesso

Dalla storia clinica emerge quanto segue.

Casa di Cura Sant'Anna, Casale Monferrato

11.03.2008 RX torace: diffusa opacità diffusa a quasi tutto il polmone sx, di non univoca interpretazione.

Azienda Ospedaliera Santo Spirito, Casale Monferrato

13.03.2008 ricovero in DH Pneumologia per toracalgie a sx

13.03 toracentesi

13.03 esame citologico diagnosi: tappeto di linfociti e mesoteli iperplastici

13.03 biopsia pleurica transparietale

13.03 esame istologico, diagnosi: flogosi cronica

18.03 TAC torace: In corrispondenza dell'emitorace sinistro si documenta ispessimento pleurico concentrico nodulare avente spessore massimo di 2 cm riferibile a patologia pleurica in accrescimento. Concomita voluminoso versamento pleurico con atelettasia del lobo inferiore e del lobo superiore fatta eccezione per il segmento apicale. Si documenta la presenza di tessuto patologico a livello del tessuto adiposo pericardiofrenico in corrispondenza del versante anteriore a sinistra. Non si rilevano immagini TC riferibili ad estensione trans-toracica e trans-diaframmatica di malattia. Non alterazioni della densità del parenchima polmonare a destra e



CORTE D'ASSISE DI NOVARA

in corrispondenza del segmento apicale del lobo superiore a sinistra. Cavità pleurica destra libera da versamento.

Alcuni linfonodi delle dimensioni assiali massime di 2 mm sono presenti in sede mediastinica anteriore, in corrispondenza della riflessione aorto-polmonare ed in sede ilare sinistra

20.03 toracosopia transpleurica: pleura parietale, viscerale e diaframmatica diffusamente ispessita e lardacea

20.03 esame istologico, diagnosi: mesotelioma maligno epiteliomorfo

20.03 esame citologico, diagnosi: tappeto di emazie, linfociti, granulociti neutrofili e mesoteli

27.08 dimissioni, diagnosi: mesotelioma pleurico sinistro epiteliomorfo.

Esami cito/istologici:

CK5/6: positivo CEA: negativo Vimentina: positivo BERP4: negativo HBME1: positivo Calretinina: positiva.

All'esito delle complessive indagini cliniche e strumentali, i CC.TT. del P.M. hanno concluso validando la diagnosi di MESOTELIOMA PLEURICO EPITELIOIDE. MESOTELIOMA CERTO.

I CC.TT. della Difesa concordano con le conclusioni cui sono pervenuti i CC.TT. del P.M., anche in ragione della presenza di un set di marcatori mesoteliali ed epiteliali adeguato e con risultati propri.

Ritiene la Corte, conformemente alla comune e condivisa valutazione espressa da tutti i CC.TT., che, alla luce del complessivo quadro clinico, strumentale, morfologico e immunoistochimico, il decesso di FERRARA Vincenzo sia riconducibile con certezza a mesotelioma pleurico.

Riconducibilità della malattia all'attività svolta nello stabilimento Eternit di Casale Monferrato

Vanno condivise le conclusioni cui sono giunti i CC.TT. del P.M. in ordine all'attribuibilità della patologia che condusse alla morte di FERRARA Vincenzo all'esposizione dovuta alla condizione abitativa e ambientale del predetto, stante la ridotta distanza dell'abitazione e di luoghi di lavoro sia dallo stabilimento Eternit di Casale Monferrato, sia dal magazzino pertinenziale.



CORTE D'ASSISE DI NOVARA

L'attività produttiva svolta nei dieci anni di gestione dell'imputato ha senz'altro inciso nell'insorgenza della patologia mesoteliale.

Premesso che nel caso di specie va pacificamente esclusa ogni condizione di rischio espositivo correlata all'esercizio dell'attività lavorativa, per quanto concerne le fonti alternative di esposizione segnalate dai CC.TT. della Difesa, esse consistono, per lo più, in aree di battuto poste alla distanza di centinaia di metri dall'abitazione della vittima e quindi non tali da costituire fonti autosufficienti di insorgenza della malattia.

Per quanto riguarda l'area di battuto posta a 60 metri di distanza dalla residenza di Corso Indipendenza, si rileva che le buone condizioni constatate nel censimento ARPA del 2021 escludono fondatamente concreti rischi di aerodispersione all'epoca di residenza *in loco* da parte della vittima in modo da aver ingenerato la malattia che la portò al decesso.

I segnalati manufatti in cemento amianto (canna fumaria e tettoia) non possono costituire concreti fattori di rischio in mancanza di specifici elementi dimostrativi di condizioni di degrado o disfacimento tali da determinare la dispersione di fibre di amianto.

Dunque, può concludersi che la prolungata esposizione di FERRARO Vincenzo all'emissione di polveri di amianto correlate all'attività produttiva dello stabilimento Eternit di Casale Monferrato sia stata per lo meno concausa determinante dell'insorgenza della patologia accertata che lo condusse al decesso.

309. FLERES SANTO

Principali dati storici della vittima

Nascita il: 13/10/1934 Decesso il: 8/4/2014.

Diagnosi 17/4/2014.

Patologia: mesotelioma maligno epiteliomorfo della pleura.

Storia abitativa

Dal 1939 al 1963 a San Giuseppe Jato.

Dal: 18/3/1964 Al: 11/1/1965 Casale Monferrato, Via Cabiati 6. Durata del periodo: 10 mesi.

Distanza dallo stabilimento: 1544 metri Distanza dal magazzino: 2025 metri.

Dal: 11/1/1965 Al: 20/7/1967 Casale Monferrato Via Bertana 33. Durata del periodo: 2 anni.

Distanza dallo stabilimento: 2021 metri Distanza dal magazzino: 945 metri.



CORTE D'ASSISE DI NOVARA

Dal: 20/7/1967 Al: 20/3/1970 Casale Monferrato Via Guglielmo Caccia 98. Durata del periodo: 3 anni. *Distanza dallo stabilimento: 1355 metri Distanza dal magazzino: 1279 metri.*

Dal: 20/3/1970 Al: 28/8/1970 Casale Monferrato Via Gonzaga 79. Durata del periodo: 5 mesi. *Distanza dallo stabilimento: 1939 metri Distanza dal magazzino: 915 metri.*

Dal: 28/8/1970 Al: 21/5/1973 Casale Monferrato Via dell'Asilo 2. Durata del periodo: 3 anni. *Distanza dallo stabilimento: 1689 metri Distanza dal magazzino: 1005 metri.*

Dal: 21/5/1973 Al: 14/9/1973 Casale Monferrato Via Alberini 11. Durata del periodo: 4 mesi. *Distanza dallo stabilimento: 1474 metri Distanza dal magazzino: 978 metri.*

Dal: 14/9/1973 Al: 2/5/1991 Casale Monferrato Via Lanza 28. Durata del periodo: 18 anni. *Distanza dallo stabilimento: 1390 metri Distanza dal magazzino: 1057 metri.*

Dal: 2/5/1991 Al: 12/2/1996 Casale Monferrato, Via dell'Asilo 6. Durata del periodo: 5 anni. *Distanza dallo stabilimento: 1798 metri Distanza dal magazzino: 951 metri.*

Dal: 12/2/1996 Al: 22/10/2008 Casale Monferrato, Frazione Santa Maria del Tempio, Cantone Rossi 6. Durata del periodo: 12 anni. *Distanza dallo stabilimento: 5472 metri Distanza dal magazzino: 3645 metri.*

Dal: 22/10/2008 Al: 12/4/2010 Casale Monferrato, Via Luparia 21. *Distanza dallo stabilimento: 1300 metri Distanza dal magazzino: 616 metri.*

Dal: 17/12/2012 Al: 4/4/2014 Casale Monferrato, Frazione Torcello, R. Regina 135. Durata del periodo: 2 anni. *Distanza dallo stabilimento: 3479 metri Distanza dal magazzino: 5113 metri.*

Dal: 4/4/2014 Al: 8/4/2014 Casale Monferrato, Via Luparia 21. Durata del periodo: 4 giorni. *Distanza dallo stabilimento: 1300 metri Distanza dal magazzino: 616 metri.*

Esposizione lavorativa

Le informazioni acquisite sono state fornite dalla sorella, Fleres Grazia, la quale ha riferito che la vittima ha lavorato presso il mulino 'al Valentino' sito in Casale Monferrato.

Esposizione Familiare

Il fratello Fleres Vincenzo ha lavorato dal 1970 al 1979 alla ditta di trasporti Virgine quale addetto al trasporto di amianto in sacchi dalla stazione ferroviaria allo stabilimento Eternit. Successivamente, dal 1979 al 1986, il congiunto ha lavorato al reparto tubi dello stabilimento Eternit di Casale Monferrato.



CORTE D'ASSISE DI NOVARA

Fleres Santo ha interrotto la convivenza con la famiglia di origine nel 1964, dopo il proprio matrimonio.

Causa del decesso

Dalla storia clinica emerge quanto segue.

Azienda Ospedaliera Santo Spirito, Casale Monferrato

APR: ipertensione arteriosa, impianto di P.M., bronchite cronica

31.01.2014 arrivo in pronto Soccorso per tosse, dispnea e dolore all'emitorace a sin

RX torace: addensato parenchimale di aspetto flogistico al lobo inferiore di destra cui si associa versamento pleurico basale. Nulla di particolare a sinistra. Piccolo circolo in compenso. Ombra cardiaca nei limiti

31.01.14 ricovero per presenza da alcuni giorni di tosse e dolore all'emitorace sin con riscontro radiografico di addensato flogistico a dx e versamento pleurico omolaterale

31.01 toracentesi

31.01 toracosopia transpleurica

31.01 TAC torace: mancante

04.02 Ecografia apparato urinario: entrambi i reni, di normali dimensioni e con corticomidollare normorappresentata, contengono alcune formazioni cistiche senza segni complicativi (classe I di Bosniak). Le maggiori, in sede polare superiore destra e mesorenale sinistra, misurano rispettivamente 8.6 cm. x 6.7 cm. di diametro e 5.5 cm. x 5.0 cm. di diametro. Bilateralmente, in sede pelvica, sono presenti calcificazioni di 5.0 mm. di diametro medio. Non dilatazioni delle cavità escrettrici. Vescica normodistesa, con pareti irregolari per ipertrofia del detrusore, senza contenuto patologico. La prostata appare aumentata di volume (d. trasv. 4,7 cm), simmetrica, con profili irregolari ed ecostruttura disomogenea. In particolare, in sede centroghiandolare si segnala adenoma di 3.0 cm. di diametro, deformante il pavimento vescicale con lobo medio di 2.0 cm. La ghiandola periferica mostra ecostruttura disomogenea per la presenza di grossalana calcificazione centrale. Normali le vescicole seminali. Aorta addominale ectasica caratterizzata dalla presenza, in prossimità del carrefour, di aneurisma sacciforme esteso per circa 3.5 cm. con diametro trasverso di 3.5 cm. ed anteroposteriore di 2.7 cm. Il lume è occupato da materiale trombotico addensato sul versante superiore, condizionante lume eccentrico residuo di 2.5 cm. x. 1.8 cm. di diametro.



CORTE D'ASSISE DI NOVARA

05.02 RX torace: incrementato il versamento pleurico alla base destra che attualmente si estende sino all'altezza dell'arco laterale della VII costa. Non sono riconoscibili evidenti addensamenti flogistici in atto. La cavità pleurica sinistra è libera da versamento. Immagine cardiaca ingrandita in toto. Aortosclerosi

07.02 toracentesi.

07.02 esame citologico, diagnosi: tappeto di emazie, linfociti, granulociti neutrofilici e mesoteli. Presenza di elementi mesoteliali "attivati"

07.02 RX torace: dopo toracentesi, comparsa di falda di PNX apico-parieto-basale DX con uno spessore massimo all'apice di circa 3 cm.

12.02 TAC torace: è riconoscibile a destra versamento pleurico avente uno spessore massimo di 5 cm cui si accompagna falda di pneumotorace dello spessore di 4-4,5 cm alla base dell'emitorace, in rapporto a recente toracentesi. Il versamento pleurico sottende la presenza di sottili ispessimenti lineari diffusi della pleura circonferenziale, scissurale e mediastinica, cui si associano alcuni ispessimenti bottoniformi iperdensi meglio riconoscibili al terzo medio dell'emitorace lungo ascellare posteriore ed in sede sovradiaframmatica, di significato sospetto. Bande distelettasiche si riconoscono in corrispondenza dei segmenti posteriori del lobo inferiore di destra e della base del medio. A livello del parenchima polmonare areato non sono riconoscibili addensati polmonari con carattere di attività. Si riconoscono i segni della broncopneumopatia cronica caratterizzata da distrofia dell'architettura polmonare a carattere enfisematoso. Cisti aerea del diametro di 3 cm è presente nel segmento posteriore del lobo inferiore di sinistra. Nel mediastino lungo la catena paratracheale e all'ilo di dx si apprezzano alcuni linfonodi del di diametro di circa 1 -1, 5 cm. Non si apprezzano segni macroscopici di diffusione transdiaframmatica di

malattia. In corrispondenza dei segmenti epatici di sinistra si apprezzano alcune ipodensità rotondeggianti del diametro di circa un centimetro riferibili a cisti. Regolare l'aspetto della milza, del pancreas, dei surreni ipertrofici, e dei reni se si esclude la presenza d'ambo i lati di cisti corticali a sviluppo esofitico le maggiori del diametro di 6,5 cm. Non è presente dilatazione delle vie biliari né delle vie escrettrici urinari.

Conclusione: idropnx a dx. Presenza di sospetti ispessimenti pleurici che coinvolgono la pleura circonferenziale, diaframmatica scissurale e mediastinica

17.02 toracosopia: pleura parietale posteriore diffusamente ispessita e con nodulazioni sparse; pleura diaframmatica infiltrata da grosse nodulazioni irregolari; pleura viscerale indenne



CORTE D'ASSISE DI NOVARA

17.02 esame istologico, diagnosi: mesotelioma maligno epiteliomorfo

17.02 esame citologico, diagnosi: tappeto di emazie, granulociti neutrofilici e mesoteli.

17.02 RX torace a letto: ipodiafania diffusa del polmone di sinistra compatibile con modesto versamento pleurico libero. Permane sottile falda di pnx apico-parieto-basale cui si associa enfisema sottocutaneo. Nulla di particolare a sn.

19.02 dimissioni, diagnosi: tumori maligni della pleura parietale

Altre patologie concomitanti o aggravanti: tumori maligni secondari della pleura, polmonite batterica non specificata, fibrillazione atriale, iperplasia benigna localizzata della prostata ed altri sintomi delle basse vie urinarie.

Esami cito/istologici:

CK8/18: positivo CK5/6: positività focale Vimentina: positiva Calretinina: positiva HBME1: positivo WT1: positivo CEA: negativo MOC31: negativo.

All'esito delle complessive indagini cliniche e strumentali, i CC.TT. del P.M. hanno concluso validando la diagnosi di MESOTELIOMA PLEURICO EPITELIOIDE. MESOTELIOMA CERTO.

I CC.TT. della Difesa concordano con le conclusioni cui sono pervenuti i CC.TT. del P.M., anche in ragione della presenza di un set di marcatori mesoteliali ed epiteliali adeguato e con risultati propri.

Ritiene la Corte, conformemente alla comune e condivisa valutazione espressa da tutti i CC.TT., che, alla luce del complessivo quadro clinico, strumentale, morfologico e immunoistochimico, il decesso di FLERES Santo sia riconducibile con certezza a mesotelioma pleurico.

Riconducibilità della malattia all'attività svolta nello stabilimento Eternit di Casale Monferrato

Vanno condivise le conclusioni cui sono giunti i CC.TT. del P.M. in ordine all'attribuibilità della patologia che condusse alla morte di FLERES Santo all'esposizione dovuta alla condizione abitativa e ambientale del predetto, stante la ridotta distanza dell'abitazione e dei luoghi di lavoro sia dallo stabilimento Eternit di Casale Monferrato, sia dal magazzino pertinenziale.



CORTE D'ASSISE DI NOVARA

L'attività produttiva svolta nei dieci anni di gestione dell'imputato ha senz'altro inciso nell'insorgenza della patologia mesoteliale.

Premesso che nel caso di specie va pacificamente esclusa ogni condizione di rischio espositivo correlata all'esercizio dell'attività lavorativa, per quanto concerne le fonti alternative di esposizione segnalate dai CC.TT. della Difesa, esse consistono, per lo più, in aree di battuto poste alla distanza di centinaia di metri dall'abitazione della vittima e quindi non tali da costituire fonti autosufficienti di insorgenza della malattia.

Quanto alle ulteriori fonti alternative più prossime alle residenze *pro tempore* della vittima si osserva quanto segue:

- a) le aree di battuto poste a 65 mt, a 72 mt e a 89 mt di distanza dalle abitazioni di via Dell'Asilo si appalesano irrilevanti, in quanto non risultano agli atti elementi rappresentativi e logici per attendersi ragionevolmente che la vittima si recasse a parcheggiare nel cortile indicato o che, in ogni caso, lo frequentasse ad altri fini;
- b) polverino posto a 12 mt di distanza dall'abitazione di via Lupari: trattasi di fonte di eventuale rischio in ogni caso irrilevante, in quanto era situato in prossimità dell'abitazione presso la quale la vittima si era trasferita qualche anno prima del decesso, non potendo assumere quindi alcun effetto sullo sviluppo della malattia.

Parimenti, si rileva che tutte le fonti alternative di esposizione indicate come prossime alle abitazioni dalla n. 11 in avanti sono, in ogni caso, irrilevanti, in quanto la vittima colà abitò negli ultimi 5-6 anni di vita, appalesandosi dunque ininfluenti nel determinismo della malattia. Dunque, la prolungata esposizione di FLERES Santo all'emissione di polveri di amianto correlate all'attività produttiva dello stabilimento Eternit di Casale Monferrato sia stata per lo meno concausa determinante dell'insorgenza della patologia accertata che lo condusse al decesso.

310. FOGO MAURIZIO

Principali dati storici della vittima

Nascita il: 1/7/1969 Decesso il: 30/11/2012.

Diagnosi 13/10/2011.

Patologia: mesotelioma maligno epiteliomorfo della pleura.



CORTE D'ASSISE DI NOVARA

Storia abitativa

Dal: 1/7/1969 Al: 10/1/2001 Casale Monferrato, Via Fiume 2. Durata del periodo: 32 anni.

Distanza dallo stabilimento: 2227 metri Distanza dal magazzino: 975 metri.

Dal: 10/1/2001 Al: 27/2/2004 Valenza.

Dal: 27/2/2004 Al: 25/9/2009 Casale Monferrato, Via Fiume 2. Durata del periodo: 5 anni.

Distanza dallo stabilimento: 2227 metri Distanza dal magazzino: 975 metri.

Dal: 25/09/2009 Al: 25/01/2012 Casale Monferrato, Via Gorizia 4. Durata del periodo: 3 anni.

Distanza dallo stabilimento: 2072 metri Distanza dal magazzino: 1156 metri.

Dal: 25/1/2012 Al: 30/11/2012 Casale Monferrato, Via Fiume 2. Durata del periodo: 10 mesi.

Distanza dallo stabilimento: 2227 metri Distanza dal magazzino: 975 metri.

Dal questionario ReNaM risultano anche le seguenti abitazioni:

Dal 1969 al 1978 Casale Monferrato: Via Mantova 34. *Distanza dallo stabilimento: circa 2200 metri. Distanza dal magazzino circa 500 metri.*

Dal 1978 al 1988 Casale Monferrato: Via Duca d'Aosta. *Distanza dallo stabilimento: circa 2300 metri. Distanza dal magazzino circa 900 metri.*

Storia lavorativa:

1985 – 1988: operaio presso la ditta di produzione serramenti Coppo Francesco a San Germano Vercellese.

1988 – 201: installatore di serramenti in alluminio.

Non sono riferite esposizioni ad amianto di tipo domestico o familiare.

Causa del decesso

Dalla storia clinica risulta quanto segue.

Azienda Ospedaliera Santo Spirito, Casale Monferrato

Gennaio 2011 per comparsa di dolore a livello toracico a dx e febbre eseguito RX torace: versamento pleurico destro. Toracentesi con citologico negativo, diagnosi di flogosi cronica”

01.08.11 RX torace: versamento pleurico destro

22.09.11 TAC torace: comparsa di ispessimenti pleurici patologici che coinvolgono



CORTE D'ASSISE DI NOVARA

diffusamente a destra la pleura circonferenziale, diaframmatica, mediastinica, scissurale. Le lesioni pleuriche di maggiori dimensioni si collocano a livello dell'apice(3cm), a livello della pleura sovra diaframmatica (3,5 cm) e del mediastino posteriore (4.5 cm). Segni di infiltrazione di parete toracica all'apice tra I e II costa lungo l'ascellare media. Tessuto patologico nel grasso mediastinico con verosimile infiltrazione del pericardio, senza riconoscersi di versamento pericardico. Il diaframma è diffusamente improntato come da segni di infiltrazione senza segni macroscopici di diffusione trans diaframmatica.

Conclusioni: neoplasia pleurica con segni di infiltrazione della parete toracica, del mediastino e del diaframma.

Azienda Ospedaliera Maggiore della Carità Novara

04.10.11 ricovero per ispessimenti pleurici

05.10 biopsia pleurica dx in minitoracosopia ascellare: ispessimento pleurico mammelloni forme a corazza. Sospetto mesotelioma

06.10 RX torace: ipodiafania del III inferiore dell'emitorace di destra per la presenza di versamento pleurico e ipodiafania del parenchima polmonare a livello del lobo medio. Piccole aree di addensamento parenchimale al III superiore omolateralmente. Immagine cardiaca mal valutabile. Non versamenti pleurici né addensamenti parenchimali a sinistra. Non falde di PNX.

06.10 tumori maligni della pleura parietale

13.10 esame istologico, diagnosi: frammenti di pleura parietale con mesotelioma epitelioide.

Esami cito/istologici:

Calretinina: positiva CK5/6: positivo CK pan: positivo TTF1: negativo CEA: negativo.

All'esito delle complessive indagini cliniche e strumentali, i CC.TT. del P.M. hanno concluso validando la diagnosi di MESOTELIOMA PLEURICO EPITELIOIDE. MESOTELIOMA CERTO.

I CC.TT. della Difesa concordano con le conclusioni cui sono pervenuti i CC.TT. del P.M., anche in ragione della presenza di un set di marcatori mesoteliali ed epiteliali adeguato e con risultati propri.

A handwritten signature in black ink, consisting of a stylized 'h' shape above a circular flourish.



CORTE D'ASSISE DI NOVARA

Ritiene la Corte, conformemente alla comune e condivisa valutazione espressa da tutti i CC.TT., che, alla luce del complessivo quadro clinico, strumentale, morfologico e immunoistochimico, il decesso di FOGO Maurizio sia riconducibile con certezza a mesotelioma pleurico.

Riconducibilità della malattia all'attività svolta nello stabilimento Eternit di Casale Monferrato

Vanno condivise le conclusioni cui sono giunti i CC.TT. del P.M. in ordine all'attribuibilità della patologia che condusse alla morte di FOGO Maurizio all'esposizione dovuta alla condizione abitativa e ambientale del predetto, stante la ridotta distanza dell'abitazione e dei luoghi di lavoro sia dallo stabilimento Eternit di Casale Monferrato, sia dal magazzino pertinenziale.

L'attività produttiva svolta nei dieci anni di gestione dell'imputato ha senz'altro inciso nell'insorgenza della patologia mesoteliale.

Dagli atti risulta che la vittima abbia svolto dal 1986 al 1988 attività lavorativa astrattamente a rischio di esposizione a fibre di amianto come operaio carpentiere e falegname presso la ditta Coppo Gisella & C. Coppo Cav. Francesco di San Germano Vercellese.

A riguardo, ritiene la Corte che le lacunose e generiche informazioni acquisite in ordine allo svolgimento di tale attività non consentono di pervenire a conclusioni certe ed affidabili.

Invero, nulla si conosce sulle effettive e concrete modalità di svolgimento delle mansioni della vittima ("*riparazione e produzione*") e sul possibile contatto diretto della stessa con fibre di amianto aero disperse e quindi respirabili, in guisa da poter ritenere che la stessa sia stata sottoposta ad un concreto rischio espositivo.

Analogamente, la convivenza – dal 1969 al 1994 – con il padre muratore per aziende di Casale Monferrato rimane una circostanza neutra, in quanto nulla è stato allegato né su concreti ed effettivi contatti del padre con l'amianto, né – e soprattutto – su contatti della vittima con polveri di amianto eventualmente trasportate a casa dal padre su abiti o strumenti di lavoro.

Per quanto concerne le ulteriori fonti alternative di rischio espositivo, si osserva che tutte le aree indicate in ragione della presenza di polverino posto nei sottotetti di alloggi situati tra 27 e 30 metri dalle abitazioni *pro tempore* della vittima sono da ritenersi irrilevanti, poiché trattasi in ciascun caso di materiale chiuso e confinato in ambienti rispetto ai quali non risulta che la vittima potesse avere avuto accesso.



CORTE D'ASSISE DI NOVARA

Quanto alla segnalata presenza di coperture in eternit (installate nel 1985) e di un'area di 880 mq di battuto (per il quale non si conosce l'epoca di installazione) in un cortile posto a 71 metri di distanza dalla residenza di via Fiume n. 2, si osserva che, vista l'estensione dell'area contaminata, lo stato di degrado accertato in occasione del censimento ARPA del 2001 e la vicinanza alla residenza della vittima, tale fonte possa aver costituito un possibile concorrente, ma non esclusivo, concreto rischio di esposizione a fibre di amianto respirabili dalla vittima, stante la presumibile modesta dispersione di fibre di amianto nell'ambiente circostante alla zona frequentata da costei.

D'altronde, la mancanza di dati circostanziali in ordine alle effettive modalità e termini di dispersione delle polveri a causa gli agenti meccanici impattanti sul suolo del cortile, ove insistevano anche dei posteggi per autovetture, non consente di andare oltre nella valorizzazione di tale contenuto fattore di rischio.

Dunque, può concludersi che la prolungata esposizione di FOGO Maurizio all'emissione di polveri di amianto correlate all'attività produttiva dello stabilimento Eternit di Casale Monferrato sia stata per lo meno concausa determinante dell'insorgenza della patologia accertata che lo condusse al decesso.

311. FRANZIA RICCARDO

Principali dati storici della vittima

Nascita il: 15/8/1932. Decesso il: 09/12/2012. Diagnosi 26/9/2012.

Patologia: mesotelioma maligno sarcomatoide della pleura.

Storia abitativa, come emergente dai certificati di residenza storici

Dal: 18/11/1977 (dal 1932, secondo il questionario) Al: 9/5/1989 Cella Monte, Via Cipriano Cei 2. Durata del periodo: 12 anni. *Distanza dallo stabilimento: 7398 metri Distanza dal magazzino: 7900 metri.*

Dal: 9/5/1989 Al: 9/12/2012 San Giorgio Monferrato, Strada Casale Asti 172. Durata del periodo: 23 anni. *Distanza dallo stabilimento: 4152 metri Distanza dal magazzino: 4738 metri.*

Storia lavorativa

1946 – 2011: agricoltore nell'azienda di proprietà.



CORTE D'ASSISE DI NOVARA

Esposizione familiare e domestica

Il fratello Francia Carlo, convivente con la vittima, ha lavorato alla Eternit dal 1944 al 1984 (come risulta dai libri matricola), portando regolarmente la tuta da lavoro a casa per la pulizia. Nel questionario ReNaM viene riferita la presenza di 'polverino' nel cortile vicino alla casa di San Giorgio Monferrato, strada Casale Asti n. 172.

Causa del decesso

Dalla storia clinica emerge quanto segue.

Azienda Ospedaliera Santo Spirito, Casale Monferrato

APR: K prostatico

APP: toracalgie dall'estate 2012

04.08.2012 RX torace: intensa opacità pleurica medio-basale a destra cui si associa voluminoso ispessimento mammelloniforme in sede apicale omolaterale sospetto per patologia pleurica in accrescimento. Ipoespansione dell'emitorace destro. Si consiglia di completare l'iter diagnostico con TC del torace. Segni diffusi di bronchite cronica a componente enfisematosa. Normale la trasparenza polmonare a sinistra ove si apprezza una placca pleurica parzialmente calcifica al campo polmonare medio. Cuore leggermente aumentato di volume. Aortosclerosi. Ipercifosi per disidratazione dei dischi intersomatici del tratto medio e deformazione a tronco di cuneo anteriore di T7, T8 e T9 su base porotica o malacica; non crolli somatici recenti

28.08.12 TAC torace: evidente retrazione dell'emitorace destro cui si associa abbondante falda di versamento pleurico che risale sino all'apice polmonare dello spessore massimo di 6 cm, sostenuta da grossolani ispessimenti pleurici mammelloniformi interessanti la pleura apicale, mediastinica, scissurale, la pleura della parete toracica circonferenziale e diaframmatica, con mammelloni dello spessore massimo di 3,5 cm a livello paravertebrale. La patologia pleurica descritta a destra infiltra la parete toracica anteriore omolateralmente con conseguente osteolisi costale dell'arco anteriore della IV costa. Parziale osteolisi si osserva anche a livello dell'arco posteriore della III costa. Localizzazione paravertebrale-posteriore determina parziale osteolisi del soma di D11. Diffusamente infiltrato il diaframma con gettoni patologici interessanti anche la glissoniana epatica, in assenza di evidente infiltrazione del parenchima epatico stesso. Multiple tumefazioni linfonodali patologiche sono inoltre riconoscibili in regione paratracheale



CORTE D'ASSISE DI NOVARA

superiore e inferiore delle dimensioni massime di 2,5 cm e lungo la catena mammaria interna all'altezza del seno cardiofrenico. Localizzazioni interessanti la pleura mediastinica infiltrano il pericardio. Il versamento pleurico descritto determina atelettasia del lobo inferiore e segni di disventilazione del lobo superiore parzialmente ventilato. Non evidenti alterazioni pleuro-parenchimali in atto a sinistra. Non evidenti alterazioni tomodensitometriche focali a livello di fegato, milza, pancreas, surreni e reni. Colecisti distesa contenente nel lume numerosi calcoli
Conclusioni: patologia pleurica in accrescimento a destra di grado avanzato con infiltrazione delle strutture osteo-muscolari della parete toracica, del tessuto adiposo mediastinico, del pericardio, del diaframma e della glissoniana epatica

31.08.12 visita pneumologica: si esegue toracentesi evacuativa con estrazione di 1100 cc di liquido pleurico sieroematico. Esame citologico: materiale ematico

06.09.12 ricovero in DH Pneumologia per versamento pleurico

06.09 biopsia transparietale

06.09 esame citologico, diagnosi: tappeto di emazie, linfociti, granulociti neutrofili e mesoteli

06.09 esame istologico, diagnosi: minutissimo frammento di neoplasia a cellule fusate, non ulteriormente tipizzabile

26.09 biopsia pleura

26.09 esame istologico, diagnosi: il quadro morfologico, pur solo parzialmente sostenuto dalle indagini immunoistochimiche, depone per mesotelioma fibroso

26.09 dimissioni, diagnosi: tumori maligni della pleura non specificata

Altre patologie concomitanti o aggravanti: tumori maligni secondari di osso e midollo osseo, tumori maligni secondari e non specificati dei linfonodi intratoracici.

Esami cito/istologici:

CK 8/18: +; VIMENTINA: +; SMA: + focale; CK 5/6: -; HBME1: +/-; focale; WT1: -; CEA: -; BERP4: -; S100: -; DESMINA: -.

IHC + FISH aggiuntiva: PODOPLANINA: negativa.

All'esito delle complessive indagini cliniche e strumentali, i CC.TT. del P.M. hanno concluso con una diagnosi di MESOTELIOMA PLEURICO VARIETÀ SARCOMATOIDE. MESOTELIOMA PROBABILE.