

PASSAGGI  
TRA LE AREE  
E ALL'INTERNO DELLE AREE

Materiale Didattico

**ASSICURAZIONE CONTRO GLI  
INFORTUNI E LE MALATTIE  
PROFESSIONALI  
PRESTAZIONI**

DC PRESTAZIONI

SERVIZIO FORMAZIONE

Redattore            Tiziana GIBIINO  
Aggiornamenti     Roberto CIAVARRO  
a cura di            Ida LEONARDI

Febbraio 2011

## INDICE

	PAG
	.
<b>PREMESSA</b>	6
<b>1. L'OGGETTO DELL'ASSICURAZIONE OBBLIGATORIA. L'INFORTUNIO SUL LAVORO E LA MALATTIA PROFESSIONALE</b>	7
1.1 L'INFORTUNIO SUL LAVORO. NOZIONE	7
1.1.1 La causa violenta	8
1.1.2 L'occasione di lavoro	9
1.1.3 La lesione	11
1.2 L'INFORTUNIO IN ITINERE	11
1.3 LA DENUNCIA DI INFORTUNIO	13
1.4 LA MALATTIA PROFESSIONALE. GENERALITÀ	15
1.4.1 Distinzione tra infortunio sul lavoro e malattie professionali	15
1.4.2 Il sistema tabellare	16
1.4.3 Il sistema misto	17
1.4.4 Manifestazione della malattia professionale	17
1.4.5 L'articolo 10 del Decreto Legislativo n. 38/2000	18
1.5 LA SILICOSI E L'ASBESTOSI	19
1.6 LA DENUNCIA DELLA MALATTIA PROFESSIONALE	20
1.7 GLI INFORTUNI IN AMBITO DOMESTICO	21
<b>2. LE PRESTAZIONI</b>	23
2.1 GENERALITÀ	23
2.2 LE PRESTAZIONI SANITARIE	24

2.2.1	Cure ambulatoriali presso le sedi INAIL	24
2.2.2	Cure idrofangotermaali e soggiorni climatici	24
2.3	LE PRESTAZIONI ECONOMICHE	26
2.3.1	L'indennità giornaliera di inabilità temporanea assoluta	26
2.3.2	La rendita diretta per inabilità permanente per eventi antecedenti al 25 luglio 2000	28
2.3.3	La revisione delle rendite	31
2.3.4	L'indennizzo per la menomazione dell'integrità psicofisica (danno biologico) e per le sue conseguenze patrimoniali (eventi successivi al 25 luglio 2000)	34
2.3.5	Le quote integrative della rendita	38
2.3.6	L'integrazione della rendita	39
2.3.7	La rendita ai superstiti	39
2.3.8	L'assegno funerario	42
2.3.9	La rendita di passaggio	42
2.3.10	L'assegno per assistenza personale continuativa	43
2.3.11	Lo speciale assegno continuativo mensile ai superstiti	44
2.3.12	L'assegno di incollocabilità	45
2.3.13	Il Fondo di sostegno per i familiari delle vittime di gravi infortuni sul lavoro	46
2.3.14	Il Fondo per le vittime dell'amianto	47
	<b>3. PARTICOLARI BENEFICI PER I GRANDI INVALIDI DEL LAVORO</b>	48
3.1	EROGAZIONE INTEGRATIVA DI FINE D'ANNO	48
3.2	BREVETTO E DISTINTIVO D'ONORE	48
	<b>4. LA RESPONSABILITÀ CIVILE</b>	51
4.1	LA RESPONSABILITÀ CIVILE DEL DATORE DI LAVORO E L'AZIONE DI REGRESSO DELL'INAIL	51
4.2	LA RESPONSABILITÀ CIVILE DEL TERZO E L'AZIONE DI SURROGA DELL'INAIL	51

<b>5. IL CONTENZIOSO</b>	53
5.1 L'OPPOSIZIONE AMMINISTRATIVA	53
5.2 IL RICORSO GIUDIZIARIO	54
5.3 PRESCRIZIONE E DECADENZA	54

## **PREMESSA**

Il presente compendio, destinato all'apprendimento di nozioni essenziali in materia di prestazioni INAIL, si compone di sei capitoli.

Il primo capitolo è destinato all'oggetto dell'assicurazione obbligatoria ossia agli eventi lesivi che giustificano l'erogazione delle prestazioni assicurative.

Il secondo e il terzo capitolo trattano delle singole prestazioni sanitarie ed economiche corrisposte dall'Istituto al verificarsi dell'evento assicurato e dei presupposti richiesti dalla legge per la loro erogazione.

Il quarto capitolo affronta l'argomento della responsabilità civile del datore di lavoro e del terzo nel determinismo dell'evento e le rispettive conseguenze.

Il quinto capitolo è dedicato agli strumenti che l'assicurato ha a disposizione per esercitare i propri diritti nei confronti dell'Istituto assicuratore.

Nella trattazione sono stati descritti sia il regime indennitario disciplinato dal D.P.R. 30 giugno 1965, n. 1124, sia il nuovo regime introdotto nell'ordinamento italiano dal D.Lgs. 38/2000 con il riconoscimento dell'indennizzo del danno biologico nonché le novità legislative ed operative intervenute negli ultimi anni.

## **1. L'OGGETTO DELL'ASSICURAZIONE OBBLIGATORIA. L'INFORTUNIO SUL LAVORO E LA MALATTIA PROFESSIONALE**

SOMMARIO: 1.1. L'infortunio sul lavoro. Nozione - 1.1.1. La causa violenta - 1.1.2. L'occasione di lavoro - 1.1.3. La lesione - 1.2. L'infortunio in itinere - 1.3. La denuncia di infortunio - 1.4. La malattia professionale. Generalità - 1.4.1. Distinzione tra infortunio sul lavoro e malattia professionale - 1.4.2. Il sistema tabellare - 1.4.3. Il sistema misto - 1.4.4. Manifestazione della malattia professionale - 1.4.5. L'articolo 10 del Decreto Legislativo n. 38/2000 - 1.5. La silicosi e l'asbestosi - 1.6. La denuncia della malattia professionale - 1.7. Gli infortuni in ambito domestico

### **1.1. L'infortunio sul lavoro. Nozione.**

L'infortunio sul lavoro, insieme con la malattia professionale, (infra) costituisce l'oggetto della tutela assicurativa INAIL, rappresenta cioè l'evento al verificarsi del quale scatta automaticamente la tutela assicurativa; è questo il cosiddetto principio dell'automaticità delle prestazioni, in base al quale l'infortunio e la malattia professionale sono indennizzabili anche se il datore di lavoro non ha ottemperato all'obbligo di denuncia all'INAIL, previsto dalla normativa vigente, o non ha provveduto al pagamento del premio di assicurazione, in quanto la tutela deriva direttamente dalla legge.

Per i lavoratori autonomi, però, che hanno la duplice veste di "assicurante" e di "assicurato", qualora non risultino in regola con il pagamento del premio, il diritto alle prestazioni economiche resta sospeso fino alla successiva regolarizzazione; il principio dell'automaticità delle prestazioni resta comunque operante per le prestazioni sanitarie.

Per quanto riguarda, inoltre, l'assicurazione per gli infortuni in ambito domestico, introdotta dalla Legge n. 493/1999 (c.d. assicurazione delle casalinghe), i soggetti non in regola con il versamento del premio hanno diritto alle prestazioni soltanto per gli infortuni accaduti dal giorno successivo alla data della regolarizzazione.

Il D.P.R. 30 giugno 1965, n. 1124 (di seguito denominato Testo Unico) non fornisce una definizione di infortunio sul lavoro ma indica gli elementi essenziali al ricorrere dei quali un evento lesivo può essere giuridicamente qualificato come infortunio sul lavoro. Infatti, ai sensi dell'art. 2 del suddetto Testo Unico, è infortunio sul lavoro quello avvenuto "per causa violenta in occasione di lavoro, da cui sia derivata la morte o un'inabilità permanente al lavoro ovvero un'inabilità temporanea assoluta che comporti l'astensione dal lavoro per più di tre giorni".

Gli elementi che devono essere presenti perché un infortunio possa essere ritenuto infortunio sul lavoro sono, dunque:

- **la causa violenta;**
- **l'occasione di lavoro;**
- **la lesione.**

#### **1.1.1. La causa violenta**

La causa violenta è un fatto esterno all'organismo del lavoratore ossia proveniente dall'ambiente di lavoro che, in un rapido contatto, ne determina la lesione. Per considerarsi violenta, la causa deve essere concentrata nel tempo (cronologicamente determinabile) e non deve superare un turno giornaliero di lavoro.

La nozione di causa violenta distingue l'infortunio dalla malattia professionale nella quale la causa agisce lentamente, in modo graduale, progressivo, e cronologicamente non determinabile. Ad esempio, un graduale assorbimento da parte dell'organismo di una sostanza chimica può provocare a lungo andare una intossicazione cronica (malattia professionale); invece, un assorbimento massivo e subitaneo della stessa sostanza chimica dovuto ad una improvvisa rottura degli impianti, può determinare una intossicazione acuta (infortunio sul lavoro).

La causa violenta, inoltre, deve essere idonea a provocare la lesione riscontrata; tra infortunio e lesione vi deve essere un rapporto di causa-effetto.

La tipologia più frequente di causa violenta è quella di origine traumatica (cadute, schiacciamenti, tagli, ecc.) ma causa



violenta è anche quella di origine termica (colpo di calore, assideramento, ecc.), elettrica (folgorazioni), da stress emotivo, da punture di insetti e da sforzo.

Alla causa violenta è equiparata quella virulenta che provoca le cosiddette malattie-infortunio. Questi particolari infortuni sono provocati da fattori microbici e virali che penetrando nell'organismo a seguito di breve contatto ne alterano l'equilibrio fisiologico e anatomico; in questi casi, la violenza non è collegata con l'evento che determina la penetrazione ma con il fatto che i germi patogeni entrati nell'organismo vi agiscono in modo rapido e concentrato. Rientrano in questa categoria le epatiti virali, l'AIDS, la TBC, il tetano, la brucellosi, ecc. Vi rientra anche la malaria, originariamente esclusa per esplicita previsione del Testo Unico ma diventata poi oggetto di tutela a seguito della Sentenza della Corte Costituzionale n. 226/1987.

### **1.1.2. L'occasione di lavoro.**

In assenza di una definizione normativa, l'occasione di lavoro può essere definita come il nesso tra lavoro e infortunio, nesso che può essere anche solo indiretto od occasionale.

Per comprendere il concetto di nesso indiretto od occasionale, si deve tenere presente che il lavoratore viene assicurato per una o più attività considerate pericolose dall'art. 1 T.U., ma in pratica si può trovare in situazioni di pericolo che non sempre sono provocate dalle attività per le quali è stato assicurato.

Infatti, egli è esposto, oltre che al rischio tipico delle sue mansioni, anche a quello delle prestazioni connesse o strumentali alla sua attività, che possono essere varie e non sempre prevedibili. Egli, inoltre, opera in un determinato ambiente che, di per sé solo, può presentare pericoli; svolge la prestazione a fianco di colleghi che svolgono anch'essi attività rischiose; entra in contatto con apparecchiature e macchine varie anche se non le utilizza direttamente.

Le situazioni di pericolo possono concretizzarsi anche durante le pause lavorative; e ancora, il rischio può essere ricollegabile alla condotta soggettiva del lavoratore (distrazione, stanchezza, scarsa confidenza con gli strumenti

lavorativi, o magari all'opposto imprudenza dovuta ad un eccesso di confidenza con gli stessi strumenti).

Poiché, come sopra detto, il rapporto tra lavoro e infortunio è occasionale ossia indiretto e mediato, tutte le situazioni descritte possono essere ricomprese nella nozione di occasione di lavoro.

In linea generale si può dunque affermare che sono tutelati tutti gli eventi conseguenti ad un rischio, anche straordinario e imprevedibile riconducibile a finalità, esigenze o condizioni lavorative.

A queste conclusioni è pervenuta anche la giurisprudenza ormai consolidata della Corte di Cassazione, secondo la quale sono indennizzabili sia gli infortuni derivanti da un rischio proprio dello svolgimento della prestazione lavorativa (rischio specifico), sia quelli derivanti da un rischio inerente ad una attività connessa alla prestazione lavorativa, o imposta da esigenze e finalità aziendali (rischio generico aggravato) con il solo limite in tale ultimo caso del cosiddetto rischio elettivo (infra).

Questo indirizzo giurisprudenziale, assegnando esclusiva rilevanza alla riconducibilità della condotta del lavoratore alle esigenze ed alle finalità lavorative, valorizza il lavoro in sé e per sé considerato quale fattore occasionale del rischio tutelato.

Sulla base di tale impostazione, sono oggi estranei alla tutela:

- gli infortuni derivanti da rischio elettivo, e cioè quel rischio che il lavoratore determina volontariamente, arbitrariamente e per soddisfare esigenze e impulsi personali, ponendo in essere una attività non avente rapporto con lo svolgimento del lavoro.
- gli infortuni simulati dal lavoratore o le cui conseguenze siano dolosamente aggravate dal lavoratore stesso (art. 65 T.U.).

Sono invece tutelabili gli infortuni accaduti per colpa del lavoratore, in quanto gli aspetti soggettivi della sua condotta (imperizia, negligenza o imprudenza) nessuna rilevanza possono assumere per l'indennizzabilità dell'evento lesivo,

sempreché si tratti di aspetti di una condotta comunque riconducibile nell'ambito delle finalità lavorative (e cioè non di un rischio elettivo).

### **1.1.3. La lesione.**

La lesione è ogni alterazione fisica o psichica dell'organismo del lavoratore da cui derivi la morte o una menomazione dell'integrità psico-fisica assoluta o parziale (infra), ovvero una inabilità temporanea assoluta (infra) che comporti l'astensione dal lavoro per più di tre giorni.

### **1.2. L'infortunio in itinere.**

L'infortunio in itinere è stato disciplinato per legge dall'art. 12 del Decreto Legislativo n. 38/2000, il quale:

- definisce l'infortunio in itinere come l'infortunio occorso "durante il normale percorso di andata e ritorno dal luogo di abitazione a quello di lavoro, durante il normale percorso che collega due luoghi di lavoro se il lavoratore ha più rapporti di lavoro e, qualora non sia presente un servizio di mensa aziendale, durante il normale percorso di andata e ritorno dal luogo di lavoro a quello di consumazione abituale dei pasti";
- individua i beneficiari della tutela, e cioè i lavoratori rientranti nel campo di applicazione dell'assicurazione obbligatoria qualunque sia il tipo di attività per la quale essi sono assicurati;
- individua le condizioni di indennizzabilità; al riguardo, occorre sottolineare che tutte le modalità di spostamento (a piedi, su mezzi pubblici, su mezzo privato "necessitato", su percorsi misti) sono ricomprese nella tutela se il tragitto è collegato ad esigenze e finalità lavorative; pertanto, nei casi di percorsi a piedi o su mezzi pubblici o di percorsi misti, l'infortunio in itinere è tutelato a condizione che siano accertate le finalità lavorative, la normalità del tragitto e la compatibilità degli orari. Invece, il tragitto effettuato con l'utilizzo di un mezzo privato è coperto assicurativamente **solo se tale uso è necessitato**; al riguardo, occorre evidenziare

che, in assenza di una definizione normativa in ordine al concetto di necessità, si devono tenere in considerazione i criteri già in precedenza enucleati dalla giurisprudenza della S.C. secondo la quale la valutazione relativa alla necessità dell'uso del mezzo privato va condotta con "criteri di ragionevolezza" tenendo presente la necessità di contemperare i doveri lavorativi con le esigenze umane e familiari del lavoratore.

A titolo esemplificativo, l'utilizzo del mezzo privato può considerarsi necessitato nelle seguenti situazioni:

- mezzo fornito o prescritto dal datore di lavoro per esigenze lavorative;
  - il luogo di lavoro è irraggiungibile con i mezzi pubblici oppure raggiungibile ma non in tempo utile rispetto al turno di lavoro;
  - i mezzi pubblici obbligano ad attese eccessivamente lunghe;
  - i mezzi pubblici comportano un rilevante dispendio di tempo rispetto all'utilizzo del mezzo privato;
  - la distanza della più vicina fermata del mezzo pubblico deve essere percorsa a piedi ed è eccessivamente lunga;
- delimita le situazioni di esclusione dalla tutela, riconducendole sostanzialmente alle ipotesi di rischio elettivo (uso non necessitato del mezzo privato, interruzioni o deviazioni del normale percorso anch'esse non necessitate, condotte colpevoli consistenti nell'abuso di alcolici, ecc.).

Tali criteri di esclusione dalla tutela sono applicabili anche al percorso di andata e ritorno dal luogo di lavoro a quello di consumazione abituale dei pasti, sempreché non esista un servizio di mensa aziendale.

Infatti, in presenza di una mensa aziendale, l'eventuale scelta del lavoratore di consumare il pasto al di fuori dell'azienda configura di per sé un rischio elettivo che esclude la tutela assicurativa in quanto in tali casi lo spostamento non è necessitato ed anzi, uscendo dalla sede di lavoro, il lavoratore si sottopone ad un rischio che proprio l'organizzazione dell'azienda gli avrebbe evitato.

Un'eccezione è costituita dalla sussistenza di una comprovata condizione di salute oggettivamente incompatibile con l'utilizzo del servizio di mensa, condizione che costringe il lavoratore a recarsi a casa per seguire una dieta appropriata.

Per quanto riguarda le interruzioni e le deviazioni del percorso dettate dalla necessità e, dunque, rientranti nella tutela, esse sono, per giurisprudenza costante, le ipotesi di deviazione per ragioni di lavoro, su direttive del datore di lavoro nonché quelle determinate dall'adempimento di obblighi penalmente rilevanti (ad esempio prestare soccorso alla vittima di incidente stradale).

Sulla base dello stesso principio della necessità, alle suddette ipotesi possono aggiungersi le deviazioni rese obbligatorie da cause di forza maggiore (ad es. viabilità interrotta, guasti meccanici del veicolo, improvviso malore), dalla esigenza di soddisfare bisogni essenziali (fisiologici) nonché i differimenti della partenza o le soste per motivi precauzionali.

Per quanto riguarda l'infortunio accaduto per colpa del lavoratore, come nell'infortunio occorso in attualità di lavoro, anche nell'infortunio in itinere gli aspetti soggettivi della condotta dell'assicurato (negligenza, imprudenza, imperizia, violazione di norme) non assumono rilevanza ai fini dell'indennizzabilità in quanto la colpa del lavoratore non interrompe il nesso causale tra rischio lavorativo e sinistro, salvo che si tratti di comportamenti così abnormi da sfociare nel rischio elettivo.

### **1.3. La denuncia di infortunio.**

L'assicurato deve dare subito notizia di qualsiasi infortunio gli accada, anche lieve, al proprio datore di lavoro; se non lo fa, e il datore di lavoro non ne è venuto in altro modo a conoscenza, egli perde il diritto all'indennizzo per i giorni antecedenti a quello in cui il datore di lavoro ha avuto notizia dell'infortunio (art. 52 T.U.).

Indipendentemente da ogni sua valutazione, il datore di lavoro deve denunciare all'INAIL l'infortunio prognosticato non guaribile entro tre giorni. La denuncia deve essere presentata entro due giorni decorrenti dalla data di ricevimento del certificato medico che deve essere allegato alla denuncia stessa (art. 53 T.U.).

Ove l'evento lesivo abbia causato la morte o sia previsto il pericolo di morte, la denuncia deve essere fatta per telegrafo (o via fax) entro ventiquattro ore dal momento dell'infortunio (art. 53, comma 2).

La violazione di questi obblighi a carico del datore di lavoro è soggetta a sanzioni amministrative.

In caso di inerzia del datore di lavoro, il lavoratore ha egli stesso la facoltà di denunciare all'INAIL l'infortunio subito per ottenere l'indennizzo.

### **La denuncia on-line.**

Nel corso del 2004, è stato introdotto il nuovo sistema di denuncia on-line tramite il quale i datori di lavoro privati e pubblici - con esclusione delle Pubbliche Amministrazioni - i consulenti del lavoro preventivamente autenticati presso le Sedi INAIL ed altri soggetti (es. avvocati, dottori commercialisti) del pari autenticati presso le Sedi INAIL possono effettuare la denuncia di infortunio per via telematica.

A seguito delle modifiche introdotte all'art. 53 del T.U. con D.M. del 15 luglio 2005:

- il datore di lavoro che utilizza il nuovo sistema di denuncia on-line è sollevato dall'onere dell'invio contestuale del certificato medico;
- l'Istituto deve richiedere l'invio del certificato medico al datore di lavoro nelle sole ipotesi in cui non lo abbia già ricevuto dall'infortunato o dal medico certificatore.

### **La denuncia di infortunio degli artigiani.**

Anche gli artigiani e i soci titolari, nella loro duplice veste di assicuranti e assicurati, devono denunciare all'INAIL l'infortunio da essi stessi subito entro 2 giorni dalla data del certificato medico che prognostica l'infortunio non guaribile entro 3 giorni. In considerazione della particolare difficoltà in cui può venirsi a trovare il titolare di azienda artigiana al momento dell'infortunio lavorativo, si può ritenere assolto l'obbligo di denuncia nei termini di legge ogniqualvolta il predetto, o il medico curante, invii, **nel rispetto dei termini stessi**, il solo certificato medico. L'interessato dovrà tuttavia provvedere, appena possibile, a compilare ed a trasmettere il modulo di denuncia.

Ne discende quindi che, in tali casi, non dovrà essere applicata la sanzione di cui al richiamato articolo 52 del T.U. per il periodo antecedente l'inoltro del modulo.

L'articolo 203 del Testo Unico prevede inoltre, al comma 3, che in caso di impossibilità del titolare artigiano infortunato di provvedere personalmente alla denuncia entro i termini di legge, l'obbligo di dare immediata notizia dell'evento all'Istituto assicuratore mediante l'inoltro del certificato medico ricade sul sanitario che per primo ha constatato le conseguenze dell'infortunio (obbligo, peraltro, privo di sanzione).

### **La denuncia di infortunio dei lavoratori agricoli.**

Per quanto riguarda i lavoratori agricoli subordinati, sia a tempo indeterminato sia a tempo determinato, valgono le stesse regole dettate per il settore industria.

Nell'ipotesi di infortunio occorso a lavoratore agricolo autonomo, l'obbligo di denuncia ricade sul titolare del nucleo di appartenenza dell'infortunato, ai sensi del comma 1 dell'art. 25 del D.Lgs n. 38/2000.

## **1.4. La malattia professionale. Generalità**

L'assicurazione obbligatoria contro le malattie professionali opera solo a condizione che sussista l'obbligo dell'assicurazione contro gli infortuni (non esistono, cioè, lavoratori tutelati solo per le malattie professionali).

Alle malattie professionali si applicano le disposizioni concernenti gli infortuni, salvo alcune disposizioni particolari espressamente previste (articoli da 131 a 139 e da 249 a 255 T.U.).

### **1.4.1. Distinzione tra infortuni e malattie professionali.**

Le malattie professionali si distinguono dagli infortuni in quanto:

- la causa agisce lentamente e progressivamente sull'organismo (causa diluita e non causa violenta e concentrata nel tempo);
- la causa deve essere diretta ed efficiente, cioè in grado di produrre l'infermità in modo esclusivo o prevalente; il T.U., infatti, parla di malattie contratte **nell'esercizio e a causa** delle lavorazioni rischiose. E' ammesso, tuttavia, il concorso di cause extraprofessionali, purché queste non interrompano il nesso causale in quanto capaci di produrre da sole l'infermità.

Per le malattie professionali, quindi, non basta l'occasione di lavoro come per gli infortuni, cioè un rapporto anche mediato o indiretto con il rischio lavorativo, ma deve esistere un rapporto causale, o concausale, diretto tra il rischio professionale e la malattia.

Il rischio può essere provocato dalla lavorazione che l'assicurato svolge, oppure dall'ambiente in cui la svolge (cosiddetto "**rischio ambientale**").

#### **1.4.2. Il sistema tabellare.**

Le malattie professionali si distinguono in tabellate e non tabellate.

Le malattie professionali sono tabellate se:

- indicate nelle due tabelle allegate nn. 4 e 5 al T.U. (una per l'industria e una per l'agricoltura);
- provocate da lavorazioni indicate nelle stesse tabelle;
- denunciate entro un determinato periodo dalla cessazione dell'attività rischiosa, fissato nelle tabelle stesse ("**periodo massimo di indennizzabilità**"; articoli 134 e 254 T.U.).

Nell'ambito del cosiddetto "**sistema tabellare**", il lavoratore è sollevato dall'onere di dimostrare l'origine professionale della malattia. Infatti, una volta che egli abbia provato l'adibizione a lavorazione tabellata (o comunque l'esposizione ad un rischio ambientale provocato da quella lavorazione) e l'esistenza della malattia anch'essa tabellata e abbia effettuato la denuncia nel termine massimo di indennizzabilità, si presume per legge che quella malattia sia di origine professionale; è questa la cosiddetta "**presunzione**



**legale d'origine"**, superabile soltanto con la rigorosissima prova – a carico dell'INAIL – che la malattia è stata determinata da cause extraprofessionali e non dal lavoro.

Con il D.M. del 9 aprile 2008 sono state approvate le nuove tabelle delle malattie professionali dell'industria e dell'agricoltura, in sostituzione delle precedenti contenute nel D.P.R. n. 336/1994.

#### **1.4.3. Il sistema misto.**

La Corte Costituzionale, con la sentenza n. 179/88, ha introdotto nella legislazione italiana il cosiddetto "**sistema misto**" in base al quale il sistema tabellare resta in vigore, con il principio della "presunzione legale d'origine", ma è affiancato dalla possibilità per l'assicurato di dimostrare che la malattia di cui è portatore, pur non ricorrendo le tre condizioni previste nelle tabelle, è comunque di origine professionale.

#### **1.4.4. Manifestazione della malattia professionale.**

Diversamente dagli infortuni, il cui accadimento è di solito evidente e facilmente individuabile anche da terzi, la malattia professionale non presenta le stesse caratteristiche di notorietà, anche perché in molti casi non determina astensione dal lavoro (ad es. la sordità da rumore); questo comporta il problema di stabilire la data precisa in cui la malattia stessa si è manifestata ai vari fini assicurativi (in particolare: decorrenza delle prestazioni, prescrizione del diritto, periodo massimo di indennizzabilità).

Al riguardo, l'art. 135 T.U. prevedeva che la malattia comportante astensione dal lavoro dovesse ritenersi manifestata dal primo giorno di completa astensione.

Viceversa, la malattia non comportante astensione dal lavoro ovvero manifestatasi dopo la cessazione del lavoro rischioso, si intendeva verificata dal giorno della presentazione all'INAIL della denuncia.

Sul punto è intervenuta la Corte Costituzionale con sentenza n. 206/1988 stabilendo che se la malattia non comporta astensione dal lavoro si deve considerare verificata dal giorno

in cui un fatto, o un insieme di fatti (che di solito coincidono con gli accertamenti del medico di fiducia, o di un ospedale, o di una struttura sanitaria specializzata, ecc.) rendono il lavoratore consapevole, secondo criteri di normale conoscibilità, di essere affetto da malattia di probabile origine professionale incidente sulla sua integrità psico-fisica e, quindi, lo mettono nelle condizioni di esercitare il suo diritto alla rendita.

Quanto sopra comporta che:

- se il lavoratore denuncia una malattia ricadente nel sistema tabellare dopo il periodo massimo di indennizzabilità, egli può ugualmente fruire del vantaggio della presunzione legale d'origine se dimostra che la malattia è stata denunciata dopo ma si era verificata entro lo stesso periodo massimo; in caso contrario, permane a suo carico l'onere della prova, alla stessa stregua della malattia non tabellata;
- i termini prescrizionali del diritto alla rendita previsti dagli articoli 111 e 112 T.U. iniziano a decorrere dalla data in cui l'assicurato è consapevole di essere affetto da malattia professionale incidente sulla sua integrità psico-fisica, e non dalla data di denuncia.

Nessuna conseguenza, invece si ha sulla decorrenza della rendita, che deve comunque essere corrisposta dalla data di segnalazione del caso all'INAIL.

#### **1.4.5. L'art. 10 del Decreto Legislativo n. 38/2000.**

Sul tema delle malattie professionali è, da ultimo, intervenuto l'art. 10 del D. Lgs. n. 38/2000 il quale, nell'introdurre una importante novità ha consentito non solo di adeguare tempestivamente le tabelle delle malattie professionali allegato al T.U., ma anche di costituire un osservatorio delle patologie di probabile o possibile origine lavorativa, a disposizione di tutto il mondo della sanità, della prevenzione e della ricerca.

Con l'art. 10 del Decreto Legislativo n. 38/2000, il legislatore:

- ha confermato l'attuale sistema misto di tutela delle malattie professionali;
- ha reso più semplice e tempestivo il sistema di revisione periodica delle tabelle allegate al Testo Unico attraverso l'istituzione di una Commissione scientifica che ne propone, periodicamente, la modifica e/o integrazione, ai fini della emanazione del decreto;
- ha istituito presso la banca dati dell'INAIL un Registro delle malattie causate dal lavoro ovvero ad esso correlate al quale potranno accedere, oltre alla Commissione stessa, tutti gli organismi competenti, per lo svolgimento delle funzioni di sicurezza della salute nei luoghi di lavoro nonché per fini di ricerca ed approfondimento scientifico ed epidemiologico.

### **1.5. La silicosi e l'asbestosi.**

Per la silicosi e l'asbestosi, malattie gravi e irreversibili dell'apparato respiratorio, esiste una normativa speciale.

Gli aspetti che meritano maggiore attenzione sono:

- queste malattie devono essere contratte nell'esercizio delle lavorazioni indicate nell'apposita tabella allegato n. 8 al T.U.; a differenza di quanto disposto per le altre malattie professionali, non è richiesto che queste patologie siano contratte a causa delle lavorazioni esercitate in quanto si tratta di malattie tipiche delle lavorazioni stesse;
- nella valutazione del danno si deve tenere conto, oltre che della silicosi o della asbestosi, anche delle altre forme morbose dell'apparato respiratorio e cardiocircolatorio, pur se non provocate dalle stesse silicosi o asbestosi. Nelle altre malattie professionali, invece, la tutela assicurativa non comprende le conseguenze non direttamente connesse alle malattie stesse;
- non è previsto, per la denuncia, un termine massimo di indennizzabilità dalla data di cessazione dell'attività rischiosa;
- la rendita per silicosi o asbestosi può essere revisionata per tutta la vita, non essendo prevista una scadenza ultima come per le altre malattie;
- è prevista una "rendita di passaggio", come misura prevenzionale contro l'aggravamento della malattia .

Si tenga presente, infine, per quanto riguarda l'asbestosi (pneumoconiosi provocata dall'amianto) che la legge n. 257 del 23.03.1992 ha vietato l'estrazione, l'importazione, l'esportazione, la commercializzazione e la produzione di amianto, di prodotti di amianto o di prodotti contenenti amianto, a decorrere, al massimo, dal termine dei due anni successivi alla sua entrata in vigore. Si tratta perciò di un rischio in via di esaurimento.

### **1.6. La denuncia della malattia professionale.**

La denuncia della malattia professionale deve essere fatta dall'assicurato al datore di lavoro entro il termine di 15 giorni dalla manifestazione di essa, pena la decadenza del diritto ad indennizzo per il tempo antecedente la denuncia (art. 52 T.U.).

Il datore di lavoro deve trasmettere la denuncia, corredata del certificato medico, all'INAIL entro i 5 giorni successivi, decorrenti dalla data di ricezione del certificato medico (art. 53 T.U.). La violazione di questo obbligo è soggetta a sanzioni amministrative.

In caso di inerzia del datore di lavoro, il lavoratore può egli stesso presentare la denuncia all'INAIL.

#### **La denuncia di malattia professionale on-line.**

Il D.M. del 30 luglio 2010 ha modificato l'art. 53 del T.U. anche per l'invio della denuncia di malattia professionale.

Ai sensi della nuova disciplina:

- il datore di lavoro che provvede alla trasmissione on-line della denuncia di malattia professionale è sollevato dall'onere dell'invio contestuale del certificato medico;
- l'Istituto deve richiedere l'invio del certificato medico al datore di lavoro nelle sole ipotesi in cui non lo abbia già ricevuto dal lavoratore o dal medico certificatore.

#### ***La denuncia della malattia professionale per gli artigiani.***

Anche gli artigiani, nella loro duplice veste di assicuranti e assicurati, devono denunciare all'INAIL la malattia professionale da essi contratta, entro 15 giorni dalla sua manifestazione, corredata del certificato medico, pena la

perdita dell'indennizzo per i giorni antecedenti quello della denuncia. Tuttavia, se a causa di quella malattia, l'artigiano si trova nell'impossibilità di provvedervi, l'obbligo di segnalare il caso all'INAIL ricade sul sanitario che per primo ha accertato la malattia (art. 203 T.U.).

***La denuncia della malattia professionale per i lavoratori agricoli.***

Per quanto riguarda la denuncia della malattia professionale in agricoltura, valgono per i lavoratori agricoli subordinati a tempo indeterminato le stesse disposizioni dettate per i lavoratori dell'industria.

Invece, per i lavoratori autonomi e per i subordinati a tempo determinato è dettata una disciplina particolare in base alla quale la denuncia deve essere effettuata dal medico che accerta la malattia e che deve inviare all'INAIL l'apposito modulo (cosiddetto "**certificato-denuncia**") entro 10 giorni dalla prima visita medica (art. 251 T.U.).

**1.7.Gli infortuni in ambito domestico**

La Legge n. 493 del 3 dicembre 1999 ha istituito l'assicurazione obbligatoria contro gli infortuni domestici.

Il lavoro svolto all'interno della famiglia viene equiparato, per il suo valore sociale ed economico, alle altre forme di lavoro, riconoscendo allo stesso il diritto alla tutela previsto dall'art. 35 della Costituzione.

Sono obbligati ad assicurarsi coloro, in età compresa tra i 18 e i 65 anni, che svolgono in via non occasionale, gratuitamente e senza vincolo di subordinazione, lavoro finalizzato alle cure della propria famiglia e dell'ambiente in cui si dimora.

Sono esclusi coloro che svolgono altra attività che comporti l'iscrizione a forme obbligatorie di previdenza sociale.

L'assicurazione tutela gli infortuni avvenuti in ambito domestico con postumi invalidanti non inferiori al 27%. Tale percentuale è stata così modificata dalla legge finanziaria per il 2007 per gli infortuni occorsi dal 1° gennaio 2007. Per gli infortuni occorsi fino al 31 dicembre 2006 la percentuale minima era fissata al 33%. La valutazione dei postumi

invalidanti è effettuata secondo il regime previsto dal Testo Unico.

La rendita è calcolata sulla base della retribuzione minima convenzionale stabilita per le rendite del settore industriale.

Questa tipologia di infortuni, diversamente dalle altre erogate dall'Inail, non è soggetta a revisione per modifica delle condizioni fisiche.

A decorrere dal 17 maggio 2006, il D.M. 31 gennaio 2006 ha esteso l'assicurazione ai casi di infortunio mortale. La tutela riguarda anche gli infortuni occorsi prima del 17 maggio 2006, il cui esito mortale, ovviamente riconducibile a tale infortunio, sia avvenuto in data successiva. Anche la rendita spettante ai superstiti è calcolata sulla base della retribuzione minima convenzionale del settore industriale. E' prevista, inoltre, l'erogazione dell'assegno funerario.

Si ricorda, infine, che nell'ambito di tale rapporto assicurativo non vige il principio dell'automaticità delle prestazioni.

## 2. LE PRESTAZIONI

SOMMARIO: 2.1. Generalità – 2.2. Le prestazioni sanitarie – 2.2.1 Cure ambulatoriali presso le Sedi INAIL – 2.2.2.. Cure idrofangotermaali e soggiorni climatici – 2.3. Le prestazioni economiche – 2.3.1. L'indennità giornaliera di inabilità temporanea assoluta – 2.3.2. La rendita diretta per inabilità permanente per eventi antecedenti al 25 luglio 2000 – 2.3.3. La revisione delle rendite - 2.3.4. L'indennizzo per la menomazione dell'integrità psicofisica (danno biologico) e per le sue conseguenze patrimoniali (eventi successivi al 25 luglio 2000) – 2.3.5. Le quote integrative della rendita – 2.3.6. L'integrazione della rendita – 2.3.7. La rendita ai superstiti - 2.3.8 L'assegno funerario – 2.3.9. La rendita di passaggio – 2.3.10 L'assegno per assistenza personale continuativa – 2.3.11 Lo speciale assegno continuativo mensile ai superstiti – 2.3.12. L'assegno di incollocabilità- 2.3.13. Il Fondo di sostegno per i familiari delle vittime di gravi infortuni sul lavoro- 2.3.14. Il Fondo per le vittime dell'amianto

### 2.1. Generalità

Le prestazioni erogate dall'INAIL si distinguono:

- quanto al **contenuto**, in economiche e sanitarie;
- quanto alla **natura giuridica**, in assicurative e integrative. Queste ultime (assegno di incollocabilità, erogazione integrativa di fine anno, brevetto e distintivo d'onore) hanno la funzione di integrare le precedenti in relazione a determinate esigenze degli assicurati.

Stanti le finalità specifiche della tutela previdenziale, il credito delle indennità **non può essere ceduto** per alcun titolo, **né pignorato o sequestrato**, tranne per spese giudiziarie in caso di condanna in controversia inerente la legislazione infortunistica (art. 110 T.U.) ovvero per debiti di natura alimentare (Corte Cost. n. 572/89); **è nullo qualsiasi patto inteso ad eludere** il pagamento delle indennità o a diminuire la misura (art. 114 T.U.) e **nulle devono intendersi le rinunce**.

Le prestazioni non competono nel caso l'assicurato abbia simulato un infortunio o ne abbia dolosamente aggravato le conseguenze (art. 65 T.U.).

## **2.2. Le prestazioni sanitarie**

Le prestazioni sanitarie previste dall'assicurazione sono:

- Le cure ambulatoriali presso le Sedi INAIL;
- Le protesi (a cura della Direzione Centrale Riabilitazione e Protesi);
- Le cure idrofangotermali e i soggiorni climatici;

### **2.2.1. Cure ambulatoriali presso le Sedi INAIL**

Tutti i cittadini, compresi gli infortunati ed i tecnopatici, hanno diritto alle cure mediche e chirurgiche a carico del Servizio Sanitario Nazionale che vi provvede tramite le Regioni e le Asl.

L'art. 12 della Legge 67/1988 prevede che le Regioni stipulino convenzioni con l'INAIL, affinché l'Istituto, congiuntamente agli accertamenti medico-legali, provveda all'erogazione delle prime cure ambulatoriali necessarie in caso di infortunio o di malattia professionale, stabilendo gli opportuni coordinamenti con le ASL.

Pertanto, tutti gli infortunati sul lavoro e i tecnopatici, dopo aver ricevuto la prestazione al pronto soccorso, in caso di visita presso lo stesso, ovvero dopo la dimissione ospedaliera in caso di ricovero, hanno diritto a ricevere presso le Sedi INAIL per tutto il periodo di inabilità temporanea assoluta:

- Accertamenti diagnostici;
- Prestazioni specialistiche eseguibili a livello ambulatoriale in materia di: ortopedia, oculistica, otiatria, neurologia, chirurgia, siero profilassi e vaccinazione antitetanica.

### **2.2.2. Cure idrofangotermali e soggiorni climatici**

I lavoratori infortunati o affetti da malattia professionale, fino alla scadenza dell'ultimo termine di revisione della rendita



(tranne per i silicotici e gli asbestotici, per le malattie da raggi x per i medici ed i tecnici di radiologia (che ne godono senza alcuna limitazione), hanno diritto a cure idrofangotermali e soggiorni climatici se, a giudizio del medico INAIL, possano trarne beneficio in conseguenza alle lesioni derivanti dall'evento assicurato.

Le affezioni che possono trovare reale beneficio dalle **cure idrofangotermali** sono tassativamente indicate da apposito decreto ministeriale (i cicli più frequenti sono quelli di riabilitazione motoria e respiratoria).

La durata del ciclo di cure è di circa 15 giorni (di cui 3 di viaggio e 12 di prestazioni sanitarie), periodo risultato congruo sulla scorta della ormai consolidata esperienza terapeutica termale.

La località è in ambito regionale o in regione limitrofa ovvero in aziende termali che offrono le prestazioni necessarie in relazione alla menomazione del soggetto. Il concetto della "libera scelta" deve essere coniugato con quello della "territorialità".

L'onere di tali prestazioni è a carico del Servizio Sanitario Nazionale, ma competono all'INAIL tutte le spese relative alle operazioni e gli atti necessari all'ammissione al beneficio, quali:

- rimborso spese viaggio e costo del soggiorno in strutture alberghiere convenzionate con l'Istituto;
- indennità integrativa alla rendita fino alla misura massima dell'indennità di temporanea, laddove sussista una effettiva perdita della retribuzione.

I **soggiorni climatici** sono prestazioni che si basano sulla climatoterapia, cioè sugli effetti prodotti dal clima sull'organismo umano. Si estrinsecano pertanto in soggiorni alberghieri senza sedute di cura e sono a totale carico dell'INAIL.

Le cure climatiche trovano indicazione specifica soprattutto nei casi di grave insufficienza cardiorespiratoria e di gravi disturbi neurologici.

Anche per i soggiorni climatici il medico INAIL stabilisce opportunità, durata del soggiorno (con un limite massimo di 20 gg.) e la località sulla base del clima più adatto in rapporto alle eventuali controindicazioni cliniche.

La località è in ambito regionale o regione limitrofa, in casi molto particolari la località può essere di libera scelta.

### **2.3. Le prestazioni economiche**

Le prestazioni economiche, previste in caso di infortunio sul lavoro e/o di malattia professionale, stabilite non solo nel T.U., ma anche in altre leggi, sono:

1. l'indennità giornaliera per inabilità temporanea assoluta;
2. la rendita per inabilità permanente per eventi antecedenti al 25 luglio 2000;
3. l'indennizzo per la menomazione dell'integrità psico-fisica (danno biologico) e per le sue conseguenze patrimoniali (eventi successivi al 25 luglio 2000);
4. le quote integrative della rendita;
5. l'integrazione della rendita diretta;
6. la rendita ai superstiti;
7. l'assegno funerario;
8. la rendita di passaggio;
9. l'assegno per assistenza personale continuativa;
10. lo speciale assegno continuativo mensile.
11. l'assegno di incollocabilità.
12. il Fondo di sostegno per i familiari delle vittime di gravi infortuni sul lavoro.
13. il Fondo per le vittime dell'amianto.

Per i grandi invalidi del lavoro, l'INAIL eroga, poi, delle speciali provvidenze di cui si tratterà al capitolo terzo.

#### **2.3.1. L'indennità giornaliera di inabilità temporanea assoluta (per brevità: indennità di temporanea)**

L'indennità di temporanea è dovuta, ai sensi dell'art. 68 T.U., agli assicurati che, a causa di infortunio sul lavoro o di malattia professionale, si trovino in uno stato di inabilità

assoluta che impedisce loro temporaneamente di attendere alla propria attività lavorativa. Essa ha funzione indennitaria della conseguente perdita di guadagno.

Dalla natura di indennità sostituiva della retribuzione della prestazione in argomento, deriva che l'indennità medesima e':

- alternativa all'indennità di malattia erogata dall'INPS, essendo quest'ultima collegata a uno stato morboso di carattere acuto, ma non di origine professionale; e' incompatibile, altresì, con altre prestazioni INPS, quali l'indennità giornaliera di maternità, l'indennità sanatoriale, ecc.;
- non compete in assenza di un "mancato guadagno" da risarcire (assicurati che prestino servizio militare, studenti non lavoratori, ecc.)
- e' soggetta a tassazione irpef.

Allorché si manifestino dubbi circa l'origine professionale o meno dello stato inabilitante denunciato dall'assicurato, soccorre una Convenzione stipulata con l'INPS al fine di garantire immediatezza e continuità nell'erogazione delle prestazioni di legge.

Essa prevede, in particolare, il rinvio del caso alla competenza dell'altro Ente; l'anticipazione all'assicurato della prestazione per temporanea astensione dal lavoro nella misura e nei limiti dell'indennità INPS di malattia, fino all'assunzione del caso da parte dell'altro Ente; il conferimento della potestà di decidere, in caso di reiezione della competenza anche da parte del secondo Ente, a collegio regionale e, ove occorra, centrale.

L'indennità di temporanea spetta dal quarto giorno successivo al verificarsi dell'evento protetto.

Il datore di lavoro corrisponderà l'intera retribuzione per la giornata in cui si verifica l'evento, il 60% della retribuzione, salvo più favorevoli trattamenti previsti da leggi o contratti, per i successivi tre giorni (detti di "carenza assicurativa").

Subentra quindi l'INAIL, che eroga la propria indennità nella misura del 60% della retribuzione giornaliera degli ultimi 15 giorni antecedenti l'infortunio o la malattia professionale, calcolata fino al novantesimo giorno e del 75% a partire dal

91° giorno. Non sono previsti limiti temporali di legge nell'erogazione della prestazione.

In caso di ricovero dell'assicurato in un Istituto di cura, l'Istituto ha la facoltà di **ridurre di un terzo** l'indennità di temporanea nei confronti di assicurato senza carichi familiari.

**Ricaduta e recidiva.** Se dopo la guarigione, il lavoratore ricade nello stato di inabilità assoluta al lavoro, l'INAIL corrisponde l'indennità di temporanea. In questi casi, non si considera il periodo di franchigia, trattandosi di manifestazione clinica solo apparentemente guarita e, inoltre, si prende a base della liquidazione la retribuzione più favorevole tra quella percepita nei 15 giorni antecedenti la ricaduta e quella tenuta in considerazione per la prima liquidazione.

Se si tratta di recidiva, invece, si considera il periodo di franchigia perchè in questo caso la "malattia" completamente guarita, torna a manifestarsi ex novo e, dunque, si verifica un evento del tutto nuovo.

### **2.3.2. La rendita diretta per inabilità permanente per eventi antecedenti al 25 luglio 2000**

La rendita per inabilità permanente è una prestazione economica con funzione indennitaria della capacità lavorativa e non è soggetta a tassazione, in quanto non è considerata "reddito" ai fini tributari.

Il presupposto per la concessione della rendita (art. 74 T.U.) è che dall'evento professionale siano derivate conseguenze di carattere permanente che comportino una inabilità superiore al 10% (cosiddetti "**postumi indennizzabili**"); perciò per danno con inabilità inferiore all'11% non si procede ad indennizzo (cosiddetta "**franchigia**").

Tuttavia, l'assicurato al quale è stata negata la rendita perché dichiarato guarito senza postumi o con postumi inferiori all'11%, se le sue condizioni di salute si aggravano in conseguenza dell'evento professionale, può richiedere (art. 83, penultimo comma) la liquidazione della rendita entro dieci

anni dalla data dell'infortunio e quindici anni dalla data di presentazione della denuncia di malattia professionale.

Una volta accertato il grado di inabilità permanente, si calcola la rendita sulla base della retribuzione percepita dal lavoratore **nei dodici mesi precedenti l'evento professionale** (articoli da 116 a 120), nel rispetto del minimale e del massimale di legge.

Per alcune categorie di lavoratori, il calcolo della rendita viene effettuato sulla base di retribuzioni convenzionali stabilite con Decreto Ministeriale.

La rendita decorre dal giorno successivo a quello della cessazione dell'inabilità temporanea assoluta (art. 74).

### ***Rendita unica.***

Se un lavoratore, già titolare di rendita, subisce un nuovo evento indennizzabile in rendita, si costituisce una rendita unica in base al grado di riduzione complessiva dell'attitudine al lavoro (art. 80 T.U.). Se il nuovo evento non è indennizzabile in rendita, si procede alla costituzione di una nuova rendita solo se l'inabilità complessiva sia superiore a quella in base alla quale fu liquidata la precedente rendita. Una rendita deve, infine, essere costituita anche nel caso in cui a seguito di precedenti eventi sia residuata una inabilità permanente inferiore al minimo indennizzabile ed in seguito a nuovo evento risulti un'inabilità complessiva superiore al predetto minimo.

### **Rivalutazione delle rendite.**

Si è detto che la rendita è liquidata sulla base della retribuzione annua percepita dal lavoratore nei 12 mesi precedenti l'evento, entro un limite minimo e massimo; ciò inevitabilmente comporta la sua svalutazione nel corso del tempo.

Proprio per sopperirvi è prevista dal Testo Unico (art. 116) la rivalutazione periodica della base retributiva su cui è stata calcolata la rendita per cui il minimo e il massimo di legge vengono adeguati ogni anno con decreto interministeriale se interviene una variazione non inferiore al 10% rispetto alla retribuzione precedentemente considerata. Se tra un anno e l'altro interviene una variazione inferiore al 10%, trova applicazione l'art. 11 del D. Lgs. n.38/2000 il quale stabilisce

che, a decorrere dall'anno 2000, la retribuzione per la liquidazione delle rendite è rivalutata annualmente con apposito decreto interministeriale su determina del Presidente dell'INAIL<sup>1</sup>, sulla base della variazione effettiva dei prezzi al consumo per le famiglie di operai e impiegati intervenuta rispetto all'anno precedente, salvo riassorbimento nell'anno in cui scatterà la variazione retributiva minima non inferiore al 10% rispetto alla retribuzione presa a base per l'ultima rivalutazione.

### **Liquidazione in capitale della rendita.**

Al lavoratore titolare di rendita con grado di inabilità compreso tra l'11% e il 15%, accertato alla scadenza dell'ultimo termine revisionale (infra) viene automaticamente liquidato in un'unica soluzione il valore capitale della ulteriore rendita dovuta, sulla base del minimale di retribuzione annua in vigore al momento in cui viene effettivamente operata la liquidazione (art. 75).

Per le rendite che non hanno un termine revisionale finale (per silicosi o asbestosi, per malattie da raggi X per i medici e i tecnici di radiologia) non si effettua la liquidazione in capitale.

Esclusivamente il lavoratore agricolo titolare di rendita con inabilità permanente compresa tra il 16 e il 20%, accertata alla scadenza dell'ultimo termine revisionale, può chiedere – entro un anno dalla stessa scadenza – la liquidazione in capitale della rendita stessa (art. 219).

Il lavoratore agricolo titolare di rendita può richiedere il riscatto in capitale di tutta o di parte della rendita, purché siano trascorsi almeno due anni dalla data di decorrenza della rendita stessa e solo allo scopo di effettuare investimenti in beni terrieri o per il miglioramento dei medesimi o per l'acquisto di macchine agricole da utilizzare sui propri fondi (art. 220 e seguenti). E' inoltre richiesto:

- per gli infortuni verificatisi nonché per le malattie professionali denunciate fino al 31 dicembre 2006, un grado

---

<sup>1</sup> Il testo originario della disposizione in argomento prevedeva la delibera del Consiglio di amministrazione dell'Inail. Dal 31 maggio 2010, ai sensi dell'art. 7, commi 7 e 8, del decreto-legge 31 maggio 2010, n. 78, recante "Misure urgenti in materia di stabilizzazione finanziaria e di competitività economica", convertito con modificazioni dalla legge 30 luglio 2010, n. 122, il Consiglio di amministrazione dell'Inail è soppresso e le relative competenze sono devolute al Presidente, che le esercita con determinazioni.

di inabilità non inferiore al 50%, riconosciuto dall'INAIL secondo le tabelle allegate al Testo Unico;  
- per gli infortuni verificatisi nonché per le malattie professionali denunciate dal 1° gennaio 2007 un grado di menomazione dell'integrità psicofisica non inferiore al 35%, riconosciuto dall'INAIL secondo le tabelle allegate al D.Lgs. 38/2000.

Qualora si ritenga che i postumi siano suscettibili di variazione, la rendita può essere riscattata in misura non superiore alla metà.

### **2.3.3. La revisione delle rendite.**

Poiché dopo la costituzione della rendita per inabilità permanente il danno di origine professionale può evolvere nel tempo in senso peggiorativo o migliorativo, il legislatore ha previsto l'istituto della revisione periodica della misura della rendita, allo scopo di garantire la costante corrispondenza tra indennizzo e grado di inabilità.

Tale istituto è disciplinato dagli articoli 83 (per le rendite da infortunio), 137 (per quelle da malattia professionale) e 146 (per quelle da silicosi e asbestosi) del Testo Unico.

La revisione può essere disposta dall'INAIL ("**revisione attiva**") o richiesta dal reddituario ("**revisione passiva**").

Nel primo caso l'assicurato non può rifiutare di sottoporsi a visita medica pena la sospensione del pagamento di tutta la rendita o di parte di essa.

Nel secondo caso il richiedente deve accompagnare la domanda con un certificato medico contenente un motivato giudizio di aggravamento e una valutazione del danno attuale.

**Termini.**

La revisione può essere disposta o richiesta soltanto alle scadenze temporali appositamente previste, peraltro in modo diversificato, dai citati tre articoli del T.U. ed entro un periodo massimo anch'esso diversificato.

**Rendite per infortunio.**

Il periodo massimo entro il quale è possibile effettuare la revisione è di dieci anni dalla data di decorrenza della rendita. Si precisa che, quest'ultima, coincide con il giorno successivo a quello della cessazione dell'inabilità temporanea assoluta.

Entro il decennio la revisione può essere effettuata al massimo sei volte: la prima dopo trascorso un anno dalla data d'infortunio e almeno sei mesi dalla data di decorrenza della rendita (si noti che le due condizioni devono essere entrambe ricorrenti), la seconda, terza e quarta a distanza non inferiore ad un anno dalla precedente; la quinta e sesta volta, al settennio e al decennio dalla data di decorrenza della rendita.

**Rendite per malattia professionale.**

Il termine massimo entro il quale può essere effettuata la revisione è di quindici anni dalla data di decorrenza della rendita - che coincide con il giorno successivo a quello della cessazione dell'inabilità temporanea assoluta - ovvero con la data di ricezione della denuncia (o del primo certificato medico) se si tratta di malattia professionale senza periodo di inabilità temporanea assoluta.

Fanno eccezione, quanto al termine ultimo, le rendite fruite dai medici e dai tecnici di radiologia, siano gli uni o gli altri autonomi o dipendenti, esclusivamente per le malattie provocate dall'azione dei raggi X e delle sostanze radioattive; queste rendite, infatti, possono essere revisionate per tutta la vita.

La prima revisione può essere effettuata dopo che siano trascorsi sei mesi dalla data di cessazione del periodo di inabilità temporanea assoluta o, qualora non sussista tale inabilità, dopo che sia trascorso un anno dalla data di presentazione della denuncia della malattia; le successive revisioni non possono essere effettuate a distanza inferiore ad un anno dalla precedente.



### **Rendite per silicosi ed asbestosi.**

Non è previsto un limite temporale finale, per cui queste rendite sono **revisonabili per tutta la vita** dell'assicurato.

La prima revisione può essere effettuata solo:

dopo che sia trascorso un anno dalla presentazione della denuncia della malattia o dopo sei mesi dalla data di decorrenza della rendita.

Le successive revisioni possono essere effettuate a distanza di un anno dalla precedente, ovvero anche a distanze inferiori se insorgono complicanze tubercolari a carattere tisiogeno evolutivo.

### **Rendita unica.**

Nell'ipotesi di rendita unica, dalla data di decorrenza della rendita, da intendersi come decorrenza della rendita stessa nel senso sopra precisato, inizia un nuovo periodo di revisionabilità dei postumi globalmente considerati.

Se gli eventi che concorrono alla costituzione della rendita sono della stessa natura (tutti infortuni o tutte malattie professionali), dalla data di decorrenza della stessa decorre un unico termine revisionale (decennale se gli eventi sono infortuni, quindicennale se sono malattie professionali)

Se gli eventi che concorrono alla costituzione della rendita sono diversi (ad es. infortunio + malattia professionale), dalla data di decorrenza della rendita unica decorrono nuovi termini revisionali individuati in relazione alla componente di danno di cui viene rilevata la variazione.

Esempio:

infortunio 1995

segue malattia professionale e costituzione di rendita unica nel 1997.

Dal 1997 decorrono un termine decennale per la revisione dell'infortunio (scadenza 2007) e un termine quindicennale per la revisione della MP (scadenza 2012). A partire dal 2007 sarà possibile procedere alla revisione soltanto qualora siano rilevate variazioni dei postumi della MP, nel qual caso, nella valutazione complessiva si potrà tenere conto anche delle variazioni dei postumi dell'infortunio.

**Rettifica per errore.** L'istituto della rettifica per errore, da non confondere con la revisione delle rendite, consente all'INAIL di rettificare o addirittura annullare le prestazioni in caso di errore di qualsiasi natura commesso in sede di attribuzione, erogazione o riliquidazione.

La rettifica è condizionata da due limiti, uno temporale e uno sostanziale:

- a) la rettifica è possibile solo entro dieci anni dalla data di comunicazione dell'originario provvedimento errato, salvo quando trattasi di dolo o colpa grave dell'interessato, accertati giudizialmente, nel qual caso la rettifica può sempre essere effettuata;
- b) in caso di mutamento della diagnosi medica e della valutazione da parte dell'INAIL, la rettifica è possibile solo se l'errore è accertato con criteri, metodi e strumenti di indagine disponibili all'atto del provvedimento originario.

Al di fuori delle due ipotesi predette si ha la figura dell'errore non rettificabile che, nel caso di prestazioni a carattere continuativo (rendita), comporta il mantenimento delle somme in godimento al momento in cui l'errore è stato rilevato. Si parla, in tal caso, di prestazioni "congelate" o "cristallizzate", in quanto non rettificabili.

#### **2.3.4. L'indennizzo per la menomazione dell'integrità psicofisica (danno biologico) e per le sue conseguenze patrimoniali (eventi successivi al 25 luglio 2000).**

##### **Principi generali del nuovo sistema indennitario.**

L'art. 13 del D.Lgs. 38/2000 ha introdotto nella legislazione italiana una modifica rivoluzionaria della prestazione economica che viene corrisposta dall'INAIL al lavoratore assicurato per indennizzare il danno permanente da lui subito a seguito di infortunio sul lavoro o malattia professionale.

La norma, dopo aver definito – ai fini dell'assicurazione obbligatoria contro gli infortuni e le malattie professionali – il danno biologico come "la lesione all'integrità psico-fisica, suscettibile di valutazione medico-legale, della persona", ha stabilito che la menomazione conseguente a quella lesione sia indennizzata con una nuova prestazione economica che sostituisce la rendita di cui all'art. 66, n. 2 del T.U.

La nuova normativa prevede:

- un indennizzo di base, che ristora il danno biologico in quanto sempre sussistente in presenza di una menomazione dell'integrità psicofisica, determinato in maniera areddituale in quanto lo stesso evento lesivo produce un eguale pregiudizio alla persona per tutti gli esseri umani;
- un'ulteriore quota di indennizzo in aggiunta a quello di base al superamento di una predeterminata soglia di gravità della menomazione che ristora le conseguenze che l'evento lesivo può avere in termini patrimoniali;
- la determinazione e quantificazione delle conseguenze patrimoniali della menomazione attraverso parametri fissati per legge, non essendo possibile nell'ambito del sistema indennitario la prova caso per caso.

### **Caratteristiche della nuova prestazione.**

La nuova prestazione indennizza sempre il danno biologico fino al 100%, salvo che per le menomazioni di grado inferiore al 6%, ritenute, per la loro lieve entità, non rilevanti in un sistema di tutela sociale e considerate, quindi, in franchigia.

L'indennizzo del danno biologico è areddituale ossia determinato senza alcun riferimento alla retribuzione dell'infortunato, e viene erogato sotto forma di capitale per gradi di invalidità pari o superiori al 6% ed inferiori al 16%, ed in rendita a partire dal 16%, considerato che, da questa soglia, la gravità della menomazione rende necessaria la corresponsione di una prestazione economica che garantisca il sostegno nel tempo.

Inoltre, a partire dal 16%, la nuova prestazione, attraverso la corresponsione di un'ulteriore quota di rendita, ristora anche le conseguenze patrimoniali della menomazione, presunte per legge. Quest'ultima quota è commisurata al grado della menomazione e ad una percentuale della retribuzione percepita dall'assicurato.

### **Gli strumenti di attuazione del nuovo sistema indennitario.**

Gli strumenti di attuazione di nuovo sistema indennitario sono le tre tabelle previste dall'art. 13, comma 2, punti a) e b) ed approvate con il decreto ministeriale 12 luglio 2000, e cioè:

- a) la tabella delle menomazioni che sostituisce le tabelle allegatae al Testo Unico e contempla i vari quadri menomativi derivanti da lesioni e/o malattie;
- b) la tabella indennizzo danno biologico che contiene le misure del ristoro economico del danno biologico dal 6% al 100%;
- c) la tabella dei coefficienti attraverso i quali si calcola la percentuale di retribuzione da prendere in riferimento per il calcolo dell'ulteriore quota di rendita che ristora le conseguenze patrimoniali derivanti dalla menomazione a partire dal 16%.

Successivamente, con D.M. del 27 marzo 2009 in attesa dell'introduzione, con specifica norma, di un meccanismo di rivalutazione automatica del danno biologico, è stato riconosciuto, in via straordinaria, un aumento pari all'8,68% a titolo di parziale recupero della svalutazione dell'indennizzo del danno biologico.

Tale aumento si applica agli indennizzi in capitale liquidati a decorrere dal 1° gennaio 2008, nonché ai ratei di rendita maturati dalla stessa data.

#### **Aggravamento della menomazione.**

In caso di aggravamento, gli infortunati ed i tecnopatici già indennizzati in capitale (supra) hanno il diritto di richiedere, entro dieci anni dalla data dell'infortunio o quindici dalla data di denuncia della malattia professionale:

- l'adeguamento dell'indennizzo in capitale già concesso, se la menomazione si è aggravata ma non ha raggiunto un grado indennizzabile in rendita (pari o superiore al 16%);
- la costituzione della rendita, se la menomazione si è aggravata ed ha raggiunto un grado indennizzabile in rendita.

#### **Richiesta di adeguamento.**

Il procedimento amministrativo per l'accertamento dell'aggravamento ai fini dell'adeguamento dell'indennizzo in capitale o della costituzione della rendita può essere promosso **solo a richiesta dell'interessato, e quindi non su iniziativa dell'Istituto**. La richiesta va formulata nei modi e nei termini stabiliti per la revisione delle rendite in caso di aggravamento.

L'accoglimento della domanda comporta l'adeguamento del capitale in precedenza corrisposto.

L'accoglimento della domanda comporta l'impossibilità di accogliere nuove richieste di adeguamento dell'indennizzo in capitale, in quanto la norma stabilisce che "la revisione dell'indennizzo in capitale, per aggravamento della menomazione ... **può avvenire una sola volta**".

A quest'ultimo proposito si precisa che il divieto di riconoscere ulteriori adeguamenti dell'indennizzo in capitale **non** preclude il diritto dell'assicurato di continuare a richiedere, nei termini già indicati, nuove revisioni per aggravamento del grado di menomazione **esclusivamente ai fini di ottenere la costituzione della rendita**.

#### **Richiesta di costituzione della rendita per aggravamento.**

A seguito di richiesta di costituzione della rendita e conseguente accoglimento della domanda, si costituisce la rendita il cui importo è decurtato dell'importo dell'eventuale indennizzo in capitale già corrisposto.

#### **Disciplina di più eventi lesivi.**

In caso di nuovo infortunio, è prevista un'unica rendita o indennizzo in capitale corrispondente al grado complessivo della menomazione dell'integrità psico-fisica, con decurtazione dell'indennizzo in capitale già corrisposto.

#### **Disciplina delle preesistenze.**

Le menomazioni preesistenti derivanti da fatti estranei al lavoro assumono rilevanza solo se concorrenti ed aggravanti la menomazione di origine lavorativa.

Diversi sono invece i casi di preesistenze lavorative:

- preesistenze lavorative indennizzate in rendita: il grado di menomazione conseguente al nuovo infortunio o alla nuova malattia professionale viene valutato senza tener conto delle preesistenze in quanto l'assicurato, oltre alla rendita spettante ai sensi della nuova disciplina, continuerà a percepire quella spettante ai sensi della precedente normativa.

- preesistenze lavorative non indennizzate in rendita: assumono rilevanza solo se concorrenti od aggravanti, come le preesistenze extralavorative.

### **Disciplina in caso di morte.**

L'art. 13 del D. Lgs. n. 38/2000 disciplina il caso specifico di morte dell'assicurato, avvenuta prima che sia stato corrisposto l'indennizzo in capitale.

In tal caso, l'indennizzo è dovuto ai superstiti in misura proporzionale al periodo di tempo intercorso tra la data di guarigione clinica e la morte.

### **2.3.5. Le quote integrative della rendita**

La rendita viene aumentata di un ventesimo per il coniuge (o la coniuge) e per i figli; in caso di separazione o divorzio, il diritto alla quota integrativa è riconosciuto solo se esistono obblighi economici a carico del reddituario a favore dell'ex coniuge.

Per i figli la quota integrativa è corrisposta fino al diciottesimo anno di età. Tuttavia, per ragioni di studio, l'età viene elevata a 21 anni, se i figli sono studenti di scuola media o professionale, e per tutta la durata del corso ma non oltre i 26 anni se studenti universitari. In questi casi però i figli devono vivere a carico del reddituario; la ricorrenza di tale condizione viene accertata assumendo come parametro il limite reddituale di cui alla normativa per il riconoscimento del diritto agli "assegni familiari" da parte dell'INPS.

Per i figli inabili al lavoro, anche se divenuti tali successivamente all'evento professionale che ha dato luogo alla rendita, la quota integrativa è concessa fin quando dura l'inabilità.

Nel nuovo regime di indennizzo del danno biologico e delle sue conseguenze patrimoniali, le quote integrative della rendita vanno applicate esclusivamente alla parte di rendita erogata per l'indennizzo delle conseguenze patrimoniali della menomazione, in quanto le quote integrative, avendo finalità di ristoro di un pregiudizio economico, non possono essere applicate alla quota di rendita che indennizza il danno

biologico, la quale prescinde dalla capacità di produzione di reddito del danneggiato.

### **2.3.6. L'integrazione della rendita.**

Nell'ipotesi in cui il titolare della rendita diretta per la quale non sia ancora scaduto l'ultimo termine revisionale abbia necessità di effettuare delle cure per il recupero della capacità lavorativa è prevista, per tutto il ciclo delle cure, l'integrazione rendita fino ad un massimo del 75% della retribuzione media degli ultimi 15 giorni di lavoro.

Le cure e l'integrazione rendita sono disposte su domanda dell'interessato o direttamente dall'INAIL.

Ai lavoratori affetti da silicosi e asbestosi che siano costretti ad astenersi dal lavoro per **l'esecuzione di cure o accertamenti diagnostici**, compete un assegno giornaliero nella misura corrispondente all'indennità di temporanea se i predetti non sono titolari di rendita o, in caso contrario, nella misura del 75% (art. 148 T.U.).

Nel nuovo regime di indennizzo del danno biologico e delle sue conseguenze patrimoniali, l'integrazione rendita finalizzata – come l'indennità di inabilità temporanea - ad indennizzare la perdita di guadagno, va applicata alla quota di rendita che indennizza le conseguenze patrimoniali della menomazione, senza tenere conto perciò della quota per danno biologico.

### **2.3.7. La rendita a superstiti.**

Se l'evento professionale ha per conseguenza la morte, sia immediata sia a distanza di tempo, spetta ai superstiti una rendita rapportata al 100% della retribuzione annua (art. 85 T.U.).

Hanno diritto alla rendita i seguenti superstiti, alle condizioni e nelle misure a fianco di ciascuno indicate, con la precisazione che le prescritte condizioni devono sussistere al momento della morte:

- il coniuge (o la coniuge), nella misura del 50%, sino alla morte o a nuovo matrimonio. In questo secondo caso viene corrisposta una somma pari a tre annualità di rendita; in caso di divorzio il diritto sussiste solo se esistono obblighi economici a carico dell'assicurato deceduto a favore dell'ex coniuge. In caso di separazione legale, invece, secondo l'insegnamento della Corte di Cassazione, il coniuge superstite legalmente separato, se pure con colpa o con "addebito" ha diritto alla rendita di cui all'art. 85 T.U.
- ciascun figlio, nella misura del 20%, fino al raggiungimento del diciottesimo anno di età; i figli possono essere legittimi o naturali, riconosciuti o riconoscibili, adottivi o affiliati o regolarmente affidati. Sono equiparati ai figli gli altri discendenti viventi a carico del defunto che siano orfani di entrambi i genitori o figli di genitori inabili.

La misura è elevata al 40% se i figli sono orfani di entrambi i genitori e, nel caso di figli adottivi, se siano deceduti entrambi gli adottanti.

A seguito di pronunce della Corte Costituzionale, il 40% spetta anche all'orfano dell'unico genitore naturale che lo ha riconosciuto ed anche in tutti i casi in cui l'evento causi il decesso di uno dei due genitori naturali, prescindendo da ogni considerazione in ordine all'esistenza in vita dell'altro genitore naturale ed all'eventuale riconoscimento del figlio da parte di quest'ultimo.

Per ragioni di studio l'età viene elevata a 21 anni, se i figli sono studenti di scuola media o superiore, e per tutta la durata del corso ma non oltre i 26 anni se studenti universitari. In questi casi, però, è richiesta la vivenza a carico del deceduto; la ricorrenza di tale condizione viene accertata assumendo come parametro il limite reddituale di cui alla normativa per il riconoscimento del diritto agli "assegni familiari" da parte dell'INPS.

Per i figli inabili al lavoro la rendita spetta fin quando dura l'inabilità. Per inabilità si intende una assoluta e permanente impossibilità a svolgere qualsiasi attività lavorativa proficua per grave infermità o difetto fisico o mentale; devono ricorrere, perciò, sia l'inabilità al 100% dal punto di vista



medico, sia l'assenza di proventi di una qualunque attività lavorativa.

In mancanza di coniuge e figli, la rendita a superstiti spetta a ciascuno degli ascendenti e dei genitori adottanti, nella misura del 20%, se viventi a carico del defunto e fino alla loro morte; agli ascendenti sono equiparati gli affilianti e gli affidatari.

La vivenza a carico ricorre (art. 106 T.U.) quando gli ascendenti non abbiano mezzi di sussistenza autonomi sufficienti (stato di bisogno) e al mantenimento degli stessi l'assicurato abbia concorso in modo efficiente. E' sufficiente che questi abbia contribuito con regolare continuità, anche se con altri soggetti, ad assicurare all'ascendente i mezzi di sussistenza anche oltre lo stretto necessario.

Sempre in mancanza di coniuge e figli, la rendita a superstiti compete a ciascuno dei fratelli o sorelle, nella misura del 20%, se conviventi con il lavoratore deceduto e a suo carico, nei limiti e alle condizioni stabilite per i figli.

Per i collaterali, perciò, fermi restando i limiti di età previsti per i figli, è necessaria oltre alla vivenza a carico anche la convivenza.

I diritti del coniuge e dei figli, la presenza dei quali – come si è visto – esclude ogni altro superstite, possono coesistere, così come possono coesistere i diritti degli ascendenti e dei collaterali; tuttavia la somma complessiva delle rendite non può superare l'importo della retribuzione annua che percepiva il lavoratore e, se la supera, ciascuna rendita viene proporzionalmente ridotta entro il suddetto limite di retribuzione. Ovviamente, se in seguito una delle rendite cessa, le altre sono reintegrate fino al limite della retribuzione.

Gli aventi diritto debbono presentare la domanda all'INAIL corredandola degli atti e documenti comprovanti il loro diritto, e in particolare della documentazione sanitaria da cui risulti la causa della morte.

Le rendite decorrono dal giorno successivo al decesso dell'assicurato e sono corrisposte in rate mensili posticipate (art. 105 T.U.).

### 2.3.8. L'assegno funerario

Oltre alla rendita, ai superstiti viene corrisposto un assegno "una tantum" per contribuire a fronteggiare le spese sostenute in occasione della morte (art. 85, terz'ultimo comma).

L'importo di tale assegno è rivalutato periodicamente come le rendite.

Tale assegno spetta al coniuge o, in mancanza, ai figli. In mancanza di coniuge e figli, qualora sussistano i requisiti per fruire delle rendite a superstiti, l'assegno spetta agli ascendenti o, in mancanza, ai collaterali.

Qualora non vi siano i suddetti aventi diritto l'assegno è corrisposto a chiunque dimostri di aver sostenuto le spese in occasione della morte, entro il suddetto limite massimo.

### 2.3.9. La rendita di passaggio

La rendita di passaggio è una prestazione economica di durata annuale non soggetta a tassazione IRPEF di cui sono beneficiari **solo gli assicurati affetti da silicosi o asbestosi** i quali vengono così incentivati ad abbandonare l'attività rischiosa e a trovare ("passare" a) un altro lavoro che non li esponga allo specifico rischio.

Per poter richiedere la prestazione l'assicurato deve avere, alla data dell'abbandono, un'inabilità permanente derivante da silicosi o asbestosi:

- per le malattie professionali denunciate **fino al 31 dicembre 2006**, un grado non superiore all'80%, riconosciuto dall'INAIL secondo le tabelle allegate al Testo Unico;
- per per le malattie professionali denunciate **dal 1° gennaio 2007**, un grado di menomazione dell'integrità psicofisica non

superiore al 60%, riconosciuto dall'INAIL secondo le tabelle allegate al D.Lgs. 38/2000.

Se la nuova attività, pur non esponendo allo specifico rischio, si rivela ugualmente dannosa influenzando negativamente sul decorso della malattia, l'assicurato è incoraggiato ad abbandonare anche la nuova occupazione attraverso la concessione di una **seconda** rendita di passaggio, sempre della durata di un anno, purché sia richiesta entro 10 anni dalla cessazione della prima.

### **Misura della rendita.**

Nel caso in cui l'assicurato abbia trovato occupazione in altra attività, la rendita è pari ai 2/3 della differenza tra la retribuzione media giornaliera percepita nei 30 giorni precedenti l'abbandono e quella percepita nella nuova occupazione.

In caso di disoccupazione, la rendita è pari ai 2/3 della retribuzione percepita negli ultimi 30 giorni di occupazione nella lavorazione morbigena.

### **Richiesta e decorrenza della rendita di passaggio.**

Il lavoratore deve inoltrare la domanda all'INAIL entro il termine di 180 giorni dalla data di abbandono della lavorazione, a pena di decadenza dal diritto.

La prestazione decorre dalla data di abbandono del lavoro.

### **2.3.10. L'assegno per assistenza personale continuativa** (per brevità, "assegno per a.p.c.")

Gli infortunati o tecnopatici titolari di rendita di inabilità permanente del 100%, nei confronti dei quali si renda indispensabile un'assistenza personale continuativa in quanto portatori di una delle menomazioni indicate in apposita tabella di legge, hanno diritto ad un assegno mensile integrativo della rendita. La prestazione è dovuta fino a quando perdura la indispensabilità di detta assistenza (artt. 76 e 218 T.U. e tabella allegato 3 al Testo Unico).

Per gli infortuni sul lavoro verificatisi nonché le malattie professionali denunciate a decorrere dal 1° gennaio 2007, hanno diritto all'assegno coloro i quali sono portatori di una delle menomazioni elencate nella tabella "allegato n. 3 del Testo Unico", senza più riferimento al grado di inabilità.

L'assegno per a.p.c. può essere concesso su **domanda** degli interessati, con decorrenza dal primo giorno del mese successivo alla richiesta; ovvero per **decisione dell'Istituto**, con decorrenza dal primo giorno del mese successivo all'invito, da parte dell'INAIL, di sottoporsi a visita di revisione.

L'assegno di che trattasi non è cumulabile con indennità o assegni simili ("accompagnamento") corrisposti dallo Stato o da altri Enti pubblici e pertanto, ove ricorrano le condizioni per la concomitante fruizione di tali trattamenti, l'interessato dovrà effettuare la opzione.

### **2.3.11. Lo speciale assegno continuativo mensile ai superstiti**

La prestazione concerne i superstiti, individuabili in base ai criteri di cui all'art. 85 T.U., di titolari di rendita deceduti per cause non dipendenti dall'infortunio o dalla malattia professionale.

E' richiesto che ai titolari di rendita deceduti sia stato riconosciuto:

- un grado di inabilità non inferiore al 65%, valutato secondo le tabelle allegate al Testo Unico, per gli infortuni verificatisi nonché per le malattie professionali denunciate fino al 31 dicembre 2006;
- un grado di menomazione dell'integrità psicofisica non inferiore al 48%, valutato secondo le tabelle allegate al D.Lgs. 38/2000, per gli infortuni verificatisi nonché per le malattie professionali denunciate dal 1° gennaio 2007.

Trattandosi di prestazione collegata allo stato di bisogno dei superstiti, è inoltre previsto, quale condizione per la concessione, che i medesimi non fruiscano di rendita o altra prestazione economica previdenziale (quindi non assistenziale), comprese le pensioni di guerra, erogate con carattere di continuità dallo Stato, enti pubblici o organismi

stranieri, né di redditi a qualsiasi titolo (con esclusione del reddito della casa di abitazione).

La prestazione è dovuta al coniuge superstite ed agli orfani aventi gli stessi requisiti di cui all'art. 85 T.U. e nelle stesse misure percentuali ivi previste **riferite però non, come all'art. 85, alla retribuzione del lavoratore deceduto, bensì alla rendita di cui quest'ultimo godeva in vita.**

Altre peculiarità rispetto alla richiamata norma del Testo Unico stanno nel non prevedere l'attribuzione del beneficio ai collaterali o agli ascendenti e nello stabilire che se sono superstiti figli inabili al lavoro, l'assegno viene loro concesso nella misura del 50% finché dura l'inabilità.

Inoltre, la somma degli assegni spettanti ai superstiti non può superare l'importo della **rendita** percepita dall'assicurato al momento del decesso (in caso contrario si operano proporzionali riduzioni entro tale limite).

L'Istituto è tenuto ad avvisare i superstiti della loro facoltà di proporre domanda per la concessione della prestazione in oggetto; gli aventi diritto devono presentare istanza, corredata da dichiarazione dei redditi e da autocertificazione dalla quale risultino i requisiti previsti, entro il termine di 180 giorni dal ricevimento di tale comunicazione.

L'assegno in argomento, infine, è soggetto a riliquidazione periodica alle stesse cadenze delle riliquidazioni delle rendite.

### **2.3.12. L'assegno di incollocabilità**

La prestazione spetta agli invalidi per infortunio sul lavoro o malattia professionale di età non superiore ai 65 anni, per i quali non sia applicabile il beneficio dell'assunzione obbligatoria.

E' inoltre richiesto:

- per gli infortuni verificatisi nonché per le malattie professionali denunciate fino al 31 dicembre 2006, un grado di inabilità non inferiore al 34%, riconosciuto dall'INAIL secondo le tabelle allegate al Testo Unico;
- per gli infortuni verificatisi nonché per le malattie professionali denunciate dal 1° gennaio 2007 un grado di

menomazione dell'integrità psicofisica superiore al 20%, riconosciuto dall'INAIL secondo le tabelle allegate al D.Lgs. 38/2000.

La condizione della non applicabilità del beneficio dell'assunzione obbligatoria, accertata dall'INAIL sotto il profilo medico-legale, deve risultare da dichiarazione della Direzione provinciale del lavoro.

La prestazione, che spetta fino al compimento dei 65 anni, viene rivalutata annualmente con apposito decreto ministeriale, sulla base di delibera INAIL, in relazione all'indice ISTAT.

### **2.3.13. Il Fondo di sostegno per i familiari delle vittime di gravi infortuni sul lavoro**

Con lo scopo di fornire un adeguato supporto ai familiari dei lavoratori - assicurati e non, ai sensi del T.U. - vittime di gravi infortuni sul lavoro, la Finanziaria 2007 ha istituito uno specifico Fondo presso il Ministero del lavoro e delle politiche sociali.

I compiti di erogazione delle prestazioni del Fondo, individuate con successivi decreti ministeriali, sono attribuiti all'INAIL e al soppresso Istituto di previdenza per il settore marittimo (IPSEMA)<sup>2</sup>.

Le prestazioni del Fondo sono erogate esclusivamente per infortuni verificatisi dal 1° gennaio 2007 con esiti mortali.

Sono previste due tipologie di benefici:

- una prestazione una tantum a carico del Fondo commisurata alla composizione del nucleo familiare;
- un'anticipazione della rendita ai superstiti nella misura pari a tre mensilità della rendita annua calcolata sul minimale di legge per la liquidazione delle rendite.

I soggetti beneficiari della prestazione una tantum sono sia i superstiti di lavoratori assicurati sia i superstiti di lavoratori

---

<sup>2</sup> L'Istituto di previdenza del settore marittimo (IPSEMA) è stato soppresso con decreto legge 31 maggio 2010, n. 78, convertito con modificazioni nella legge 30 luglio 2010, n. 122, che ha attribuito le relative funzioni all'INAIL.

non soggetti all'obbligo assicurativo di cui allo stesso T.U. (ad esempio, militari, vigili del fuoco, forze di polizia, ecc.), sia, infine, i superstiti di lavoratori assicurati ai sensi della Legge 493/1999 (assicurazione contro gli infortuni in ambito domestico). I superstiti sono individuati, in ogni caso, ai sensi dell'art. 85 T.U..

I soggetti beneficiari dell'anticipazione della rendita sono esclusivamente i superstiti dei lavoratori soggetti all'obbligo assicurativo ai sensi del T.U. e s.m.i. e dei lavoratori assicurati ai sensi della suddetta Legge 493/1999.

#### **2.3.14. Il Fondo per le vittime dell'amianto**

La Finanziaria 2008 ha istituito presso l'INAIL, con contabilità autonoma e separata, il "Fondo per le vittime dell'amianto", finanziato con risorse provenienti per tre quarti dal bilancio dello Stato e per un quarto dalle imprese.

Con successivo regolamento sono state disciplinate l'organizzazione e il finanziamento, nonché le modalità di erogazione del beneficio.

Il Fondo eroga, nel rispetto della propria dotazione finanziaria, una prestazione economica alle vittime che hanno contratto patologie asbesto-correlate per esposizione all'amianto e alla "fibra fiberfrax" riconosciuta dall'INAIL o dal soppresso Istituto di previdenza per il settore marittimo (IPSEMA) . In caso di morte, la prestazione è corrisposta ai superstiti.

Il beneficio erogato dal Fondo si configura come una prestazione economica aggiuntiva alla rendita diretta, anche unificata, o ai superstiti, erogata dall'INAIL o dall'ex IPSEMA ai sensi del T.U. e s.m.i. ed è fissata in una misura percentuale della rendita stessa. La prestazione è erogata d'ufficio dall'INAIL ed è riconosciuta con decorrenza dal 1° gennaio 2008.

### **3. PARTICOLARI BENEFICI PER I GRANDI INVALIDI DEL LAVORO**

SOMMARIO: 3.1. Erogazione integrativa di fine anno – 3.2. Brevetto e distintivo d'onore

#### **3.1. Erogazione integrativa di fine anno**

Ai grandi invalidi del lavoro il cui reddito personale non superi i limiti annualmente stabiliti dall'Istituto, è riconosciuta una prestazione economica, legata allo stato di bisogno, il cui importo varia a seconda che l'interessato sia titolare o meno di "assegno per assistenza personale continuativa".

Compete anche una somma per figli di età non superiore ai 12 anni.

Sono considerati grandi invalidi del lavoro i lavoratori a cui è stata riconosciuta dall'INAIL:

- una inabilità di grado compreso tra l'80% ed il 100%, secondo le tabelle allegate al Testo Unico, per gli infortuni verificatisi nonché per le malattie professionali denunciate fino al 31 dicembre 2006;
- una menomazione dell'integrità psicofisica di grado compreso tra il 60% e il 100%, secondo le tabelle allegate al D.Lgs. 38/2000, per gli infortuni verificatisi nonché per le malattie professionali denunciate dal 1° gennaio 2007.

#### **3.2. Brevetto e distintivo d'onore**

Ai "grandi invalidi" ed ai "mutilati" del lavoro è riconosciuta la seguente prestazione:

- "brevetto e distintivo d'onore", di carattere "onorifico";
- una somma di denaro differenziata a seconda dell'appartenenza all'una o l'altra categoria.

I requisiti per avere diritto alla prestazione sono:

- essere "grande invalido" o "mutilato del lavoro";
- avere la cittadinanza italiana;



- non avere condanne penali di durata complessiva superiore a due anni.

Il brevetto e distintivo d'onore può essere di:

- "grande invalido", in caso di inabilità compresa tra l'80% ed il 100% valutata in base alle tabelle allegate al T.U.; per gli infortuni sul lavoro verificatisi dal 1° gennaio 2007 o malattie professionali denunciate a decorrere dalla stessa data, il grado di invalidità deve essere compreso tra il 60% e il 100% secondo le tabelle di cui all'art. 13 del D.Lgs. 38/2000.
- "mutilato del lavoro", in caso di inabilità compresa tra il 50% ed il 79% valutata in base alle tabelle allegate al T.U. 1124/1965; per gli infortuni sul lavoro verificatisi dal 1° gennaio 2007 o malattie professionali denunciate a decorrere dalla stessa data, il grado di invalidità deve essere compreso tra il 35% e il 59% secondo le tabelle di cui all'art. 13 del D.Lgs. 38/2000.

La prestazione viene fornita una sola volta ed è adeguata nei casi in cui:

- un mutilato del lavoro diventi grande invalido; in tal caso, l'INAIL consegna il nuovo brevetto, il distintivo ed un assegno ad integrazione della differenza;
- un grande invalido diventi mutilato del lavoro; in tal caso, l'interessato dovrà richiedere la sostituzione di brevetto e distintivo, restituendo quelli a suo tempo consegnatigli;
- a seguito di revisione venga accertato un grado di inabilità inferiore al 50% o un grado di menomazione dell'indennità psicofisica inferiore al 35% dovuta a infortunio sul lavoro verificatosi a decorrere dal 1° gennaio 2007 o a malattia professionale denunciata a decorrere dalla stessa data; in tal caso, l'interessato dovrà restituire il brevetto e il distintivo a suo tempo consegnatigli.

Le modalità per ottenere la prestazione sono le seguenti:

- in caso di mutilato del lavoro, il lavoratore invalido deve presentare alla Sede dell'INAIL di appartenenza la domanda in cui dichiara di non aver ricevuto in precedenza la prestazione, il certificato di cittadinanza italiana o autocertificazione sostitutiva, il certificato penale di data non inferiore a tre mesi;
- in caso di grande invalido, la Sede INAIL acquisisce direttamente il certificato di cittadinanza italiana e, previo consenso del lavoratore invalido, il certificato penale.

In caso di decesso, al coniuge superstite può, su domanda, essere conferito il distintivo e la prestazione economica; quest'ultima soltanto spetta ai figli, in mancanza del coniuge, agli ascendenti in mancanza di coniuge e figli, ai collaterali in mancanza di coniuge, figli e ascendenti. Deve trattarsi di superstiti conviventi e tale stato deve risultare da atto notorio.

## **4. LA RESPONSABILITA' CIVILE**

SOMMARIO: 4.1. La responsabilità civile del datore di lavoro e l'azione di regresso dell'INAIL –4.2. La responsabilità civile del terzo e l'azione di surroga dell'INAIL

### **4.1. La responsabilità civile del datore di lavoro e l'azione di regresso dell'INAIL**

Ai sensi dell'art. 10, 1° comma, del T.U. il datore di lavoro è esonerato dalla responsabilità civile per gli infortuni sul lavoro anche nell'ipotesi in cui non abbia adempiuto al pagamento del premio di assicurazione; infatti, il rapporto infortunistico nasce ope legis per cui una volta costituito si realizzano tutti gli aspetti della disciplina prevista da detto rapporto.

L'esonero dalla responsabilità civile del datore di lavoro è, tuttavia, parziale; infatti, essa permane se il fatto che ha causato l'infortunio costituisce reato perseguibile d'ufficio, accertato in sede giudiziale, commesso dallo stesso datore di lavoro o da persona (compresi i compagni di lavoro dell'assicurato) del cui operato egli debba rispondere secondo il codice civile.

Sono reati perseguibili d'ufficio, oltre che i reati dolosi e l'omicidio colposo, anche i reati di lesione grave o gravissima commessi con violazione delle norme di prevenzione degli infortuni sul lavoro o relative all'igiene del lavoro o che abbiano determinato una malattia professionale.

Una volta che sia stata giudizialmente accertata la responsabilità civile del datore di lavoro e che l'evento lesivo sia stato ammesso all'indennizzo con conseguente erogazione delle prestazioni assicurative, l'INAIL è legittimato ad agire in regresso verso il datore di lavoro stesso per recuperare quanto erogato al lavoratore danneggiato.

### **4.2. La responsabilità civile del terzo e l'azione di surroga dell'INAIL**

Quando il fatto che ha causato l'infortunio è imputabile a responsabilità di terzi estranei al rapporto assicurativo, all'Inail, come a qualsiasi assicuratore pubblico o privato, è concesso dalla legge (art. 1916 c.c.) il diritto di surroga, consistente nella facoltà dell'assicuratore medesimo di subentrare in una parte del credito per risarcimento che sarebbe concretamente spettato all'assicurato-danneggiato, nei confronti del terzo responsabile, pari all'importo dell'indennizzo erogato.

Ai fini della ricorrenza della suddetta responsabilità, che può derivare da violazione delle norme di circolazione stradale o da trasporto di persone, da proprietà di edifici crollati in tutto o in parte, da generica imprudenza ecc., non è richiesta necessariamente, come nel regresso, l'esistenza di un reato.

Mentre nel regresso il diritto dell'Istituto discende direttamente dal rapporto assicurativo, nella surroga il diritto dell'Istituto è di natura derivativa nel senso che il diritto al risarcimento è qui trasferito dall'assicurato all'assicuratore.

Ciò comporta il venir meno di ogni automatismo nel diritto dell'Istituto il quale è anzi tenuto a dare immediata comunicazione al terzo dell'ammissione del caso ad indennizzo possibilmente quantificandone subito il costo e della propria volontà di ottenere il rimborso delle relative spese.

Altrimenti, eventuali atti intercorsi anteriormente alla comunicazione stessa tra danneggiato e responsabile (rinuncia, transazione) incidono sul diritto dell'Istituto.

## 5. IL CONTENZIOSO

SOMMARIO:5.1. L'opposizione amministrativa –5.2. Il ricorso giudiziario –5.3. Prescrizione e decadenza

### 5.1. L'opposizione amministrativa

A fronte della domanda di prestazioni dell'assicurato, l'Istituto può ritenere di non essere obbligato a soddisfare le sue richieste, oppure di esservi obbligato in maniera difforme.

La volontà dell'Istituto deve essere manifestata attraverso un esplicito provvedimento che deve essere notificato all'interessato, o agli aventi diritto, specificando i motivi della decisione.

Se l'interessato non ritiene fondato il rifiuto di corrispondere le prestazioni o non concorda sulla misura di esse, può presentare **opposizione amministrativa** seguendo le procedure di cui all'art. 104 del T.U.. In particolare egli dovrà comunicare all'INAIL, con lettera raccomandata con ricevuta di ritorno, o con lettera della quale abbia ritirato ricevuta, i motivi per i quali non ritiene giustificabile il provvedimento dell'Istituto e allegando un certificato medico dal quale emergano gli elementi giustificativi della domanda.

L'art. 104 T.U. prevede che l'opposizione deve essere presentata entro 60 giorni dal ricevimento della comunicazione dell'Istituto; peraltro, la Legge n. 533/1973, che ha riformato il processo del lavoro, ha stabilito che nelle procedure amministrative in materia previdenziale e assistenziale non si tiene conto dei vizi, delle preclusioni e delle decadenze di natura processuale, sicché il predetto termine di 60 giorni non ha più carattere perentorio. In pratica l'assicurato può presentare l'opposizione in ogni momento purché nel termine triennale di prescrizione (infra).

Nel corso del contenzioso amministrativo si è soliti fare ricorso alla cosiddetta **collegiale medica**; la collegiale si

svolge tra i sanitari dell'INAIL e quelli di fiducia dell'assicurato (di norma quelli dell'Ente di Patronato che lo assiste) con lo scopo di effettuare una valutazione congiunta e di pervenire ad una conclusione concorde sui punti controversi; si tenga presente, tuttavia, che la suddetta legge n. 533/1973 ha dichiarato la collegiale medica priva di efficacia vincolante.

## **5.2. Il ricorso giudiziario**

Ricevuta la risposta alla sua opposizione, oppure non avendo ricevuto la risposta entro 60 giorni, l'assicurato che ritiene non soddisfatto il suo diritto alle prestazioni può presentare **ricorso giudiziario** al giudice del lavoro.

Prima della riforma del processo del lavoro, l'effettuazione del procedimento amministrativo era un presupposto inderogabile per avviare l'azione giudiziaria, era cioè una condizione **di proponibilità** dell'azione stessa.

Per effetto della riforma, invece, si è trasformato in una semplice condizione **di procedibilità**, nel senso che l'assicurato può ricorrere al giudice pur senza aver presentato l'opposizione amministrativa ma il giudice, rilevata la mancanza, sospende il giudizio e fissa all'attore un termine perentorio di 60 giorni per la presentazione del ricorso in sede amministrativa.

Il procedimento amministrativo si intende comunque esaurito nel termine di 150 giorni, ovvero di 210 nel caso di revisione delle rendite, ai sensi dell'art. 111 T.U..

## **5.3. Prescrizione e decadenza**

L'azione per conseguire le prestazioni si prescrive nel termine di tre anni e 150 giorni (210 per le revisioni) dal giorno in cui si è verificato l'infortunio ovvero si è manifestata la malattia professionale (ossia dal primo giorno di completa astensione dal lavoro ovvero per le malattie che non determinano astensione dal momento in cui, secondo criteri di normale conoscibilità, il lavoratore abbia avuto cognizione di essere affetto da malattia di probabile origine professionale con danno indennizzabile in rendita).

Ai fini del conseguimento della rendita diretta il termine decorre dalla data in cui i postumi permanenti hanno raggiunto la misura minima indennizzabile.

La prescrizione triennale si applica anche: a) all'azione per il conseguimento della rendita ai superstiti, nel qual caso il termine decorre dalla morte del lavoratore; b) all'azione per ottenere l'a.p.c.; c) per il conseguimento della rendita di passaggio.

Anche per quanto riguarda l'indennizzo in capitale del danno biologico, trovano applicazione le disposizioni vigenti in materia di prescrizione del diritto alle prestazioni per cui, il periodo prescrizione inizia a decorrere dal momento in cui l'assicurato è nelle condizioni di esercitare il proprio diritto, e cioè dalla data in cui i postumi permanenti hanno raggiunto la misura minima indennizzabile in capitale e, nel caso di tecnopatia, l'assicurato ne è consapevole secondo criteri di normale conoscibilità.

La prescrizione è sospesa durante la liquidazione in sede amministrativa delle indennità, per 150 giorni in caso di liquidazione della rendita e per 210 giorni in caso di revisione della rendita

La prescrizione – ossia la perdita del diritto alle prestazioni per decorso del tempo a causa dell'inerzia del titolare – non deve essere confuso con la "decadenza" del diritto.

La decadenza è una condizione sostanziale del diritto, nel senso che il diritto in tanto sussiste in quanto è esercitato entro il termine perentorio stabilito, senza possibilità di sospensioni o interruzioni.

Termini di decadenza sono ad esempio previsti per la rendita di passaggio, per lo speciale assegno continuativo mensile ai superstiti, per la liquidazione in capitale di rendita agricola con grado di inabilità permanente compresa tra il 16 e il 20%

Per quanto riguarda la rendita a superstiti, nel caso che il lavoratore deceduto fosse titolare di rendita diretta oppure se la morte è avvenuta nel corso del procedimento amministrativo di liquidazione della rendita o durante la

corresponsione della indennità per inabilità temporanea assoluta, i superstiti devono presentare la domanda entro 90 giorni a pena di decadenza dal diritto (articoli 122 e 123 T.U.). Peraltro, per effetto della Sentenza della Corte Costituzionale n. 14/1994, il termine di 90 giorni decorre, non dal giorno della morte, ma dal giorno in cui l'Istituto notifica agli interessati il loro diritto di avanzare la richiesta.