

INAIL
Quaderni di ricerca

Danno biologico:
monitoraggio, criticità
e prospettive d'interesse
medico-legale a dieci anni
dall'introduzione della nuova
disciplina

Patrizio Rossi

3
novembre 2014

INAIL Quaderni di ricerca 3/2014

Danno biologico: monitoraggio, criticità e prospettive d'interesse medico-legale a dieci anni dall'introduzione della nuova disciplina

INAIL

Quaderni di ricerca

Danno biologico: monitoraggio, criticità e prospettive d'interesse medico-legale a dieci anni dall'introduzione della nuova disciplina

Patrizio Rossi

I *Quaderni di ricerca* dell'Inail sono lo strumento a disposizione dei ricercatori e dei ruoli professionali dell'Istituto per rendere pubblici i risultati più rilevanti delle loro attività; accolgono anche contributi di ricercatori esterni, che partecipano ai progetti dell'Inail.

Gli autori hanno la piena responsabilità delle opinioni espresse nei *Quaderni*, che non vanno intese come posizioni ufficiali dell'Inail.

I *Quaderni* sono disponibili online all'indirizzo www.inail.it.

Comitato di redazione: Paolo Bragatto, Massimo De Felice,

Benedetta Persechino, Patrizio Rossi

Segreteria di redazione: Toni Saracino

INAIL - piazzale Giulio Pastore, 6 | 00144 Roma

ISBN 978-88-7484-414-2

Grafica a cura di Maria Cristina Paoletti, Alessandro Simonetta, Paolo Calabrese

Stampato presso la Tipolitografia INAIL - Milano, novembre 2014

Danno biologico: monitoraggio, criticità e prospettive d'interesse medico-legale a dieci anni dall'introduzione della nuova disciplina

Patrizio Rossi

Sommario¹ – Il sistema di tutela degli infortuni e delle malattie da lavoro risultava disciplinato sino al 2000 dal Testo Unico n. 1124 del 1965 (a sua volta non straordinariamente innovativo rispetto al T.U. n. 1765 del 1935 ed in parte anche a quello del 1904, R.D. 31 gennaio 1904, n. 51). Con il decreto legislativo n. 38 del 23 febbraio 2000 è stato introdotto un nuovo oggetto di tutela per tutte le conseguenze delle lesioni individuato nel pregiudizio-lesione psico-fisica della persona o danno biologico. La novità apportata dal decreto legislativo n. 38 ha trovato, a sua volta, la piena attuazione con la disciplina tabellare di cui al Decreto Ministeriale 12 luglio 2000: vale a dire con la *Tabella delle Menomazioni*, la *Tabella dei Coefficienti* e la *Tabella dell'Indennizzo*. Il sistema nella sua complessità e nella sua intrinseca novità valutativa ha rappresentato per l'Istituto motivo di rilevante impegno organizzativo, di monitoraggio e di verifica di una riforma definita sperimentale dallo stesso legislatore.

Nel presente contributo vengono prospettati i risultati dell'attività di monitoraggio medico legale, di natura quali-quantitativa. Vengono proposte riflessioni sugli indicatori di qualità del sistema, discusse le risultanze dell'attività di valutazione dei postumi, esaminata la congruità delle Tabelle di legge e la rispondenza dei nuovi istituti normativi alle finalità indennitarie, sono analizzate questioni anche particolari quali quelle correlate alla rivalsa e al danno biologico differenziale nonché prospettate criticità in tema di procedure di contenzioso amministrativo.

La pubblicazione, dopo aver ripercorso le modifiche legislative intervenute in questo decennio (non ultime quelle sulla rivalutazione del valore punto e sull'indennizzo per i casi di morte) è conclusa con la prospettazione di ipotesi di modifica ed integrazione che potrebbero riguardare: gli strumenti tabellari, le soglie di franchigia dell'attuale impianto indennitario.

A margine, anche sulla scorta delle esperienze indennitarie para-istituzionali intervenute in questo decennio (es. SPORTASS), si suggeriscono eventuali integrazioni del sistema (estensione a categorie di soggetti oggi non tutelati), una modifica ulteriore del ristoro nei casi di morte sul lavoro e l'istituzione di Strutture di riferimento, per specifiche questioni medico legali, in grado di assicurare, ad esempio, la corretta attivazione dei processi di rivalsa in tema di eventi dannosi con profili di responsabilità dei sanitari curanti.

¹L'autore svolge la propria attività presso la Sovrintendenza Sanitaria Centrale dell'Inail.

Indice degli argomenti

1	Introduzione al nuovo sistema indennitario	7
2	Novità applicative della riforma	8
3	I criteri e gli istituti della nuova normativa in dieci anni di applicazione - Il sistema di monitoraggio - Commento medico-legale	19
3.1	Caratteristiche del sistema di monitoraggio	20
3.2	Commenti specifici: aspetti qualitativi e quantitativi dell'attività medico-legale	21
3.3	Questioni particolari d'interesse medico-legale	34
3.4	Osservazioni sugli aspetti quantitativi degli accertamenti medico-legali	36
3.5	Spunti di interesse medico-legale in tema di Collegiali	42
4	Su alcuni indicatori di qualità del sistema	46
5	Azioni di rivalsa Danno differenziale – Aspetti d'interesse medico-legale	51
6	Danno in esito a condotte professionali improprie o errate – Rivalsa Inail in ottemperanza di attività medico-legali – Struttura sanitaria di riferimento	61
7	Danno morte nel sistema D.lgs. n. 38/2000	63
8	Riflessioni di interesse medico-legale per ipotesi di modifiche ed integrazioni al sistema di indennizzo innovato dall'art. 13 del D.lgs. n. 38/2000	68
	Appendice 1	75
	Appendice 2	77
	Appendice 3	78
	Appendice 4	80
	Appendice 5	83
	Riferimenti bibliografici	85

1 Introduzione al nuovo sistema indennitario

L'articolo 13 del decreto legislativo n. 38 del 2000 ha innovato la disciplina indennitaria dei postumi derivanti da infortunio sul lavoro o da malattia professionale.

Nell'applicazione della novella legislativa sono restati immutati:

- la qualificazione giuridica e medico legale dell'infortunio e delle tecnopatie
- la disciplina dell'indennità per inabilità temporanea assoluta al lavoro, sia per quanto riguarda la misura dell'indennità erogata che per il parametro di riferimento valutativo
- i criteri di valutazione dei danni plurimi-policroni ed in particolare di quelli concorrenti, la cui formula del Gabrielli continua a rappresentare l'unica procedura standardizzata nell'intero panorama valutativo medico legale
- i termini revisionali² e prescrizionali delle prestazioni
- la rendita ai superstiti (l'argomento sarà tuttavia ripreso più avanti, posta la rilevanza anche mediatica di alcuni aspetti della specifica tutela).

Tuttavia, l'introduzione di un nuovo oggetto tutelato per tutte le sequele delle lesioni (pregiudizio psico-fisico della persona) ha sostanzialmente rivoluzionato, nella percezione degli operatori e nelle prestazioni agli assicurati, un sistema ancorato ai testi unici del 1965 (T.U. n. 1124), del 1935 (T.U. n. 1765) ed in parte anche a quello del 1904 (T.U. n. 51).

D'altro canto, come autorevolmente sostenuto dai più [per tutti L. La Peccerella], *la necessità di una radicale revisione della disciplina delle prestazioni economiche da inabilità permanente era implicita nella stessa delega di cui alla lettera s) del primo comma dell'art. 55 della Legge n. 144/1999 (prevedere "nell'oggetto dell'assicurazione contro gli infortuni sul lavoro e le malattie professionali e nell'ambito del relativo sistema di indennizzo e di sostegno sociale, un'idonea copertura e valutazione indennitaria del danno biologico, con conseguente adeguamento della tariffa dei premi; [...] l'originario sistema di calcolo dell'indennizzo per inabilità permanente erogato dall'INAIL, configurato dal D.P.R. 30 giugno 1965, n.1124, risentendo della derivazione della tutela antinfortunistica dall'originario impianto contrattualistico, era modellato su parametri in qualche misura mutuati dal meccanismo di calcolo del danno patrimoniale civilistico, peraltro unica voce di danno all'epoca riconosciuta, oltre al danno morale. L'importo delle rendite erogate dall'INAIL era, di conseguenza, calcolato con riferimento al grado di perdita dell'attitudine al lavoro ed alla retribuzione dell'infortunato, sia pure con i limiti derivanti dal minimale e dal massimale di legge³".* Continua l'Autore: *"Come l'introduzione della categoria del danno biologico, in ambito civilistico, ha posto problematiche di raccordo tra questa nuova voce di danno e quelle preesistenti, per il cui superamento è stata necessaria un'opera di armonizzazione, che è passata attraverso*

²Al riguardo degli aspetti di interesse medico legale, A. Ossicini ha pubblicato nel 2011 un contributo di sintesi, *Istituto della Revisione Inail: 75 anni di storia e di interpretazioni*, Rivista degli Infortuni e delle Malattie Professionali, 1, 2011. Analoghe argomentazioni sono state rappresentate da Cerbone, M., *Gli aspetti giuridici della malattia professionale*, in Atti Inail Corso quadrimestrale di formazione sulle malattie professionali per operatori sanitari e consulenti delle parti, Milano, Inail, 2012.

I due contributi, unitamente alla posizione istituzionale Inail sono riassunti nell'Appendice 1.

³La tutela della persona nel nuovo sistema indennitario del danno di origine lavorativa, *Rivista degli infortuni e delle malattie professionali*, 2000; Il danno alla persona nell'infortunistica del lavoro tra indennizzo e risarcimento, *Rivista degli infortuni e delle malattie professionali*, 2008.

il ripensamento di alcuni principi in materia di prova e di calcolo del danno patrimoniale, allo stesso modo il razionale ed equilibrato inserimento dell'indennizzo del danno biologico ha reso necessaria una revisione del complessivo sistema. Tale necessità risulta ancor più evidente laddove si consideri che, come osservato anche dalla Corte Costituzionale [Corte Costituzionale, sentenze nn. 356/91 e 485/91, con le quali la Consulta si pronunciò in merito alla estensione al danno biologico dell'azione di surroga e di quella di regresso dell'INAIL], l'INAIL erogava prestazioni economiche che, per essere riferite alla perdita di attitudine al lavoro, già di fatto indennizzavano, almeno in parte, il danno biologico e che, anzi, in non pochi casi, l'indennizzo era erogato in presenza di solo danno biologico. Per tutte queste ragioni, la complessiva revisione del sistema di indennizzo prima vigente si poneva come imprescindibile presupposto logico-giuridico per il razionale ed efficace esercizio della delega di cui all'art. 55, comma 1, punto s), della Legge n. 144/1999. Delega che nasce dalla necessità di dare attuazione ai reiterati moniti che la Corte Costituzionale aveva in tal senso indirizzato al legislatore, non apparendo conforme al dettato degli artt. 32 e 38 della Costituzione che non fosse riconosciuta alcuna tutela a pregiudizi gravi dell'integrità psico-fisica del lavoratore, se non incidenti sulla capacità lavorativa generica (in particolare, la sentenza n.87/91 della Corte Costituzionale trae origine da fattispecie nella quale un lavoratore aveva contratto, a causa del lavoro, una azospermia, alla quale era conseguita l'impotenzia generandi, peraltro non indennizzabile perché non incidente sulla capacità lavorativa). D'altro canto, la tutela del danno biologico in ambito previdenziale non poteva trovare attuazione per via giurisprudenziale, stanti gli insuperabili limiti posti dal T.U. 1124/1965, e quindi non poteva che derivare da un intervento legislativo".

2 Novità applicative della riforma

La novità apportata dal decreto legislativo n. 38 del 23 febbraio 2000 ha trovato, a sua volta, la piena attuazione con la disciplina tabellare di cui al Decreto Ministeriale 12 luglio 2000. Gli strumenti di attuazione del disegno di riforma, vale a dire la Tabella delle Menomazioni, la Tabella dei Coefficienti e la Tabella dell'Indennizzo, nella loro complessità e nella loro intrinseca novità valutativo-indennitaria, hanno rappresentato per l'Istituto motivo di rilevante impegno organizzativo, di monitoraggio e di verifica.

Gli strumenti attraverso i quali si attua il nuovo sistema di indennizzo sono, infatti, le tre Tabelle previste dall'art. 13, comma 2, punti a) e b) ed approvate con il decreto ministeriale 12 luglio 2000:

- a – la "Tabella delle menomazioni" che contempla, con elettiva attenzione a quelli di origine lavorativa, tutti i quadri menomativi derivanti da lesioni e/o da malattie, comprendendovi gli aspetti dinamico-relazionali. La Tabella sostituisce le tabelle sia dell'industria che dell'agricoltura, vale a dire entrambe quelle allegate al Testo Unico semplificando ulteriormente il sistema di valutazione.
- b – 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, in via presuntiva, dalla menomazione quando questa raggiunge o supera il 16%. Il legislatore, infatti, ha presunto che al di sotto di tale soglia non sussista un danno in termini di ridotto guadagno. Tale presunzione, per un verso ha

suscitato qualche condivisibile perplessità in quanto, non essendo prevista la prova del danno patrimoniale caso per caso, tale limite potrebbe escludere della giusta riparazione alcune fattispecie concretamente danneggianti. All'opposto, vi è tuttavia da segnalare che non sempre la limitata e/o sofferta estrinsecazione lavorativa, presunta per legge in tutti i casi di menomazione pari o superiore al 16%, si traduce in effettivo danno economico.

In linea generale, la lettura di insieme del sistema e l'esperienza maturata in questo decennio hanno consentito di vedere realizzata un'utile connessione di elementi, anche interdipendenti tra loro, idonea a temperare, in parte a superare, tassatività e convenzioni numeriche inadeguate ed improprie per la realtà menomativa della singola fattispecie che il medico si è trovato ad apprezzare. In tal senso, l'apparente, stridente coniugio tra carattere tassativo delle tabelle e necessità di adeguamento valutativo si è risolto in modo favorevole caso per caso, garantendo anche l'omogeneità indennitaria alla quale il sistema di assicurazione sociale non poteva assolutamente rinunciare.

D'altronde, l'art. 13, comma 2, lett. a) del decreto legislativo n. 38 del 23 febbraio 2000 prevede che le menomazioni conseguenti alle lesioni dell'integrità psico-fisica, suscettibili di valutazione medico legale della persona, e cioè conseguenti al danno biologico come definito al comma 1, siano valutate mediante una specifica tabella delle menomazioni. Nell'ordinarietà dei comportamenti valutativi la stima percentuale del pregiudizio ricomprende, innanzitutto, la classica componente statica, quindi la variabilità indotta dalla personalizzazione, effetto sia del tentativo di tipizzare per età e sesso la lesione sia apprezzando le negative conseguenze del pregiudizio d'organo o d'apparato *sullo svolgimento degli atti ordinari del vivere comune a tutti*.

Ovviamente, ogni sistema di valutazione del pregiudizio alla salute della persona sconta i limiti di dover ricomprendere all'interno di tabellazioni medico-legali e/o statistico-attuariali le infinite variabili che la soggettività biologica e la multiforme espressività sociale-relazionale dell'individuo riesce ad esprimere. Se a tale palese limitazione, propria di ogni sistema fondato su indicazioni tabellari orientative, si aggiunge il carattere ancora più rigido di una tabellazione vigente a norma di legge, come nel caso del D.lgs. n. 38/2000 e come è stato poi nel D.M. 3 luglio 2003 (c.d. micro permanenti), ben si comprende la capacità di condizionare e di restringere l'ambito di stima, di apprezzamento e di ristoro della menomazione biologica da parte del medico valutatore.

La consapevolezza di ciò ha indotto il legislatore a costruire un sistema Inail che limitasse in concreto le imposizioni e facesse valere l'esigenza medico-legale di attribuire una stima percentuale e/o un coefficiente di patrimonialità quanto più rispondente alla singola obiettività ed alla specifica menomazione, consentendo in effetti di superare molti dei condizionamenti di cui sopra. E' per queste ragioni che la tabella delle menomazioni, al di là di alcune inevitabili previsioni percentuali tassative, consente sempre e comunque:

- di adeguare la stima percentuale alla realtà clinica del lesso (vedasi al riguardo la metodologia applicativa in ordine al danno composto, al sistema della stadiazione aperta ecc.),

– di personalizzare / tipizzare il danno (vedasi al riguardo il sistema del “fino a”).

Le osservazioni sopra formulate sono ribadite ed accentuate ancor di più nella valutazione delle conseguenze patrimoniali delle menomazioni. Detta procedura, realizzata mediante l’attribuzione di coefficienti di cui alla specifica tabella, il cui automatismo è presunto di base, consente formalmente di superare la presunzione e l’automatismo di legge ogni qualvolta la tipologia della menomazione, la peculiarità dell’attività svolta e/o della categoria d’appartenenza o la natura degli interventi di sostegno siano tali da rendere più grave il danno patrimoniale derivato al lesso in conseguenza dell’infortunio o della malattia professionale.

La funzione del sistema di tutela contro gli infortuni sul lavoro e le malattie professionali, in attuazione dell’art. 38 della Costituzione, è quella di realizzare un interesse pubblico, garantendo ai lavoratori che siano colpiti da eventi lesivi causati dall’attività lavorativa mezzi adeguati alle esigenze di vita; ciò indipendentemente da ogni valutazione in merito alla imputabilità del fatto generatore dell’evento, tant’è che nessuna rilevanza, a tali fini, assume l’eventuale concorso di colpa del lavoratore. Questa funzione è fondamentalmente diversa da quella del sistema risarcitorio. Quest’ultimo, infatti, regola i rapporti tra danneggiante e danneggiato e si fonda sul principio dell’imputabilità del fatto lesivo. Esso prescinde dalla considerazione dello stato di bisogno e non è finalizzato a garantire mezzi adeguati ma ad assicurare alla vittima di un atto illecito, prevalentemente attraverso il riconoscimento di un equivalente in denaro, il ristoro del pregiudizio subito, commisurato al grado di colpa dell’autore del fatto.

Ovviamente la disciplina normativa del danno biologico introdotta nella specifica materia previdenziale ha posto problemi di raccordo con i principi generali elaborati in ambito civilistico. Tale necessità si è imposta perché temperare o risolvere la questione dell’*indebito arricchimento del lesso* (destinatario per peculiarità di evento di un duplice ristoro: vedasi infortunio in itinere o altro accidente con responsabilità di terzi) ovvero semplificare le azioni di rivalsa, erano tra gli obiettivi della riforma medesima.

Come auspicato, talune apparenti discrasie sono state ricondotte a coerenza laddove, valorizzando l’omogeneità dell’oggetto di tutela (*danno biologico*), si sono correttamente considerate le differenze strutturali e funzionali tra sistema indennitario e sistema risarcitorio. La funzione del sistema di tutela contro gli infortuni sul lavoro e le malattie professionali, in attuazione dell’art. 38 della Costituzione, è quella di realizzare un interesse pubblico, garantendo ai lavoratori che siano colpiti da eventi lesivi causati dall’attività lavorativa mezzi adeguati alle esigenze di vita; ciò indipendentemente da ogni valutazione in merito alla imputabilità del fatto generatore dell’evento, tant’è che nessuna rilevanza, a tali fini, assume l’eventuale concorso di colpa del lavoratore. Questa funzione è fondamentalmente diversa da quella del sistema risarcitorio. Quest’ultimo, infatti, regola i rapporti tra danneggiante e danneggiato e si fonda sul principio dell’imputabilità del fatto lesivo. Esso prescinde dalla considerazione dello stato di bisogno e non è finalizzato a garantire mezzi adeguati ma ad assicurare alla vittima di un atto illecito, prevalentemente attraverso il riconoscimento di un equivalente in denaro, il ristoro del pregiudizio subito, commisurato al grado di colpa dell’autore del fatto.

Nei primi anni di attuazione è stato evidenziato e ribadito lo stretto ed indissolubile rapporto tra

la funzione pubblica di tutela Inail e la necessità di individuare, in un sistema predeterminato, parametri generali ed oggettivi per la stima dell'indennizzo, al fine di rendere meno gravoso per il lavoratore l'onere di fornire la prova del danno subito e, così, garantire l'immediatezza dell'intervento di sostegno economico. È in tal ottica che la novità indennitaria ha ritenuto rilevanti le menomazioni dell'integrità psico-fisica suscettibili di accertamento medico-legale, pure tipizzate per sesso ed età ma comunque riconducibili alle limitazioni ed ai pregiudizi del vivere comune a tutti, secondari alla menomazione biologica. Sul tema ha precisato sempre il La Peccerella: *"...su queste ragioni si fonda l'ancoraggio della definizione del danno biologico, di cui all'art. 13 del decreto legislativo n.38 del 2000, alla matrice medico-legale. Sembra importante osservare che, nel definire il danno biologico, il legislatore utilizza il termine 'lesione'. Ciò potrebbe indurre a ritenere che il legislatore abbia voluto recepire la distinzione tra danno-evento e danno-conseguenza delineata dalla storica sentenza n.184/86 della Corte Costituzionale, limitando l'intervento del sistema indennitario al solo danno-evento. Va però rilevato che la suddetta distinzione è stata già superata dalla stessa Corte Costituzionale con la più recente sentenza n. 372/94. D'altro canto, che l'intento del legislatore non fosse quello sopra adombrato è reso palese dal complessivo dettato dell'art. 13, laddove esso fa costante, e più appropriato, riferimento al termine 'menomazione', termine che riconduce ai pregiudizi funzionali e dinamici conseguenti alla lesione. Esplicita conferma di quanto sopra si rinviene alla lettera a) del secondo comma dell'art. 13 che espressamente prevede che la tabella delle menomazioni, da emanarsi con decreto ministeriale, debba essere comprensiva degli aspetti dinamico-relazionali, intendendosi questi ultimi, per tutte le ragioni sopra esposte, in termini generali che prescindono dalla considerazione delle peculiari abitudini di vita del singolo individuo. In sostanza, ai fini indennitari, viene considerato il danno alla persona che si traduce nella accertata perdita dell'integrità psico-fisica e nelle conseguenti limitazioni della possibilità di continuare ad esplicare gli atti ordinari della vita comune, cioè quel danno che, a parità di sesso, età e menomazione, è uguale per qualsiasi soggetto".*

Con il decreto legislativo n. 38/2000 non si è, quindi, inteso configurare, in ambito previdenziale, un danno biologico ontologicamente diverso da quello civilistico, quantomeno di quello precedente alle sentenze delle Sezioni Unite del 2008 [Cass. 11 novembre 2008, nn. 26972 e 26975] che hanno ridisegnato un nuovo criterio risarcitorio del danno non patrimoniale. Al contrario si è invece inteso attribuire, nei due ambiti, una differente rilevanza giuridica alle conseguenze derivanti dalla medesima menomazione.

L'ultima considerazione introduce una delle altre vicende di interesse medico-legale che hanno preso le mosse dall'introduzione del danno biologico Inail, vale a dire quella inerente la liceità e la congruità di più *Guide* per la valutazione del medesimo pregiudizio. D'altronde l'Inail, in questi anni, ha sempre sostenuto nelle sedi istituzionali che gli strumenti da utilizzare per la valutazione delle stesse menomazioni nei diversi ambiti (risarcitorio ed indennitario in particolare)⁴, *dovrebbero essere ricondotti ad omogeneità e coerenza, ferma restando comunque la*

⁴Peralto, al riguardo non può non essere richiamato il Decreto del Presidente della Repubblica 30 ottobre 2009, n. 181 che introduce un Regolamento recante i criteri medico-legali per l'accertamento e la determinazione dell'individualità e del danno biologico e morale a carico delle vittime del terrorismo e delle stragi di tale matrice, a norma dell'articolo 6 della legge 3 agosto 2004, n. 206. In questo nuovo intervento

possibilità di disciplinare in modo diverso la liquidazione del danno, dal momento che le tipologie di intervento rispondono a logiche ed esigenze solo in parte coincidenti e sovrapponibili. L'utilizzazione, pertanto, di un'unica Tabella di valutazione rispondeva ad un superiore criterio di ragionevolezza sul piano teorico ed avrebbe prodotto l'ulteriore ed auspicabile risultato, sul piano pratico, di razionalizzare, semplificare e raccordare in modo più efficace la tutela indennitaria, l'azione risarcitoria del lavoratore nei confronti dei soggetti responsabili dell'evento e, non ultima, l'azione di rivalsa dell'Inail nei confronti dei medesimi soggetti. Quest'ultima, ovviamente, in tutte quelle occasioni in cui l'infortunio sul lavoro si sia verificato, in particolare, durante la circolazione stradale.

Viceversa, la duplicazione degli strumenti legislativi di valutazione, disciplinata per l'INAIL e per i pregiudizi micropermanenti (D.lgs. n. 38/2000, art. 13, D.M. 12 luglio 2000; art. 5 L. n. 57/2001, D.lgs. n. 209/2005), ha sostanzialmente concretizzato, a fronte di una giustificata diversa considerazione sul piano della liquidazione, un apprezzamento sul piano valutativo differenziato e, quindi, irragionevole, di dubbia legittimità essendo, come già anticipato, l'oggetto della valutazione ontologicamente coincidente.

Peraltro, la recente iniziativa della Società Italiana di Medicina Legale – SIMLA – di avviare un processo di revisione tabellare, al fine di pervenire ad una Guida unica dei disturbi funzionali derivanti dalle menomazioni biologiche, ha reso ancora più stridente il contrasto tra i diversi attuali strumenti di valutazione del danno. Invero va riscontrato come oggi più che in passato la necessità di aggiornare le tabelle riposi anche nella circostanza che, alla base della guida vi debba essere, anche in virtù di una ormai necessaria considerazione, il funzionamento della persona e del suo pregiudizio piuttosto che una impostazione ancorata rigidamente su organi ed apparati. In altri termini, è sempre più evidente l'esigenza di ricondurre ad omogeneità ed unicità gli strumenti di stima superando anche lo schema concettuale e dottrinario dell'inquadramento nosografico del pregiudizio biologico.

Non di minore impatto si è rivelata la previsione Inail in tema di conseguenze patrimoniali della menomazione ovvero di sequele d'interesse patrimoniale del pregiudizio psico-fisico alla persona. Queste ultime sono indennizzate, esclusivamente per le menomazioni di grado pari o superiore al 16%, attraverso l'ulteriore quota di rendita di cui alla lettera b) dell'articolo 13 del citato D.lgs. 38/2000.

La natura di dette "sequele", che successivamente la norma qualifica come patrimoniali, trova conferma nel sistema di calcolo del relativo indennizzo (quest'ultimo riferito alla retribuzione dell'assicurato ed al coefficiente di cui all'apposita tabella) e tiene conto dell'incidenza della menomazione sull'attività lavorativa svolta dal soggetto leso.

normativo, oltre e tenere distinte le due voci di danno e ad offrire una nozione legale di danno morale (*pregiudizio non patrimoniale costituito dalla sofferenza soggettiva cagionata dal fatto lesivo in sé considerato*) che confligge e riapre una questione che le sentenze della Cassazione a sezioni unite [Cassazione civile, SS.UU., sentenza 11.11.2008 nn° 26972 – 75] parevano aver definito, ripropone anche in tale specifico ambito una definizione di danno biologico (*lesione di carattere permanente all'integrità psico-fisica della persona suscettibile di accertamento medico-legale che esplica un'incidenza negativa sulle attività quotidiane e sugli aspetti dinamico-relazionali della vita del danneggiato, indipendentemente da eventuali ripercussioni sulla sua capacità di produrre reddito*) con ulteriori complicazioni sotto il profilo della valutazione tabellare.

Anche con riguardo a tale tipo di conseguenze non sono immediatamente emerse le intrinseche differenze tra sistema risarcitorio e sistema indennitario. Peraltro, autorevole dottrina medico legale mette in discussione, ancora oggi, la natura equivalente di tali conseguenze. Più recentemente il Buzzi ⁵: *“Per di più, assieme al danno biologico, l’Inail ha notoriamente introdotto una compensazione automatica (anch’essa indennitaria) della riduzione/perdita di una sorta di capacità semispecifica (o para specifica), attraverso una posta economica aggiuntiva rispetto a quella corrisposta per il danno biologico, conteggiata per il tramite dei noti coefficienti applicati sul valore monetario del danno biologico stesso, non già sul reddito effettivo del danneggiato. Questa indennità aggiuntiva è stata disinvoltamente definita come danno patrimoniale, ma non ha evidentemente nulla a che fare con l’omonima categoria di consolidato uso nell’ordinario ambito civilistico”*.

Richiamata la dicotomia concettuale e probatoria che continua a discriminare l’ambito indennitario e quello risarcitorio, al riguardo va osservato come:

- il presupposto di compiti e mansioni lavorative, declinate per qualificare le conseguenze patrimoniali, abbia quale inequivocabile punto di riferimento originario l’attività svolta dal lesa al momento dell’evento (quindi anche la capacità specifica);
- le stesse declinazioni allarghino l’ambito del riflesso pregiudizievole alle altre attività attinenti ed adeguate al lavoratore lesa solo in presenza di menomazioni grandemente invalidanti.

In tema di classi di menomazioni, più recentemente lo scrivente ha proposto un contributo per una classificazione delle menomazioni che superi l’inquadramento di tutti i gradi di pregiudizio in due sole fasce, micro e macropermanenti ⁶. In tal senso, si proponeva di seguire lo schema classificatorio dei postumi derivante dalla normativa di cui al D.lgs. n. 38/2000: *“In tema di danno biologico permanente un intervento di classamento delle menomazioni è un’operazione che prevede l’attribuzione della ‘qualità’ e della ‘classe’ sulla base delle indicazioni derivanti dalle ‘lesioni tipo’ rinvenibili tra le voci tabellate. Detta procedura dovrebbe seguire criteri di ordinarietà e di permanenza delle condizioni patologiche, rilevanti ai fini del pregiudizio all’integrità psico-fisica della persona. Annoverando le menomazioni secondo un sistema combinato e concorsuale di lesione statica, di funzionamento sociale e di spendibilità lavorativa, quest’ultima individuata con riferimento alla capacità di lavoro svolta ed a quella delle attività adeguate alla singola persona, è giustificato discriminare diverse classi di danno”*.

⁵Tratto da un contributo della sezione “Opinioni a Confronto” della Rivista Italiana di Medicina Legale, 03, 2009, pagg. 801-817, che ribadisce quanto già sostanzialmente segnalato nella monografia *Il danno alla persona da compromissione della capacità lavorativa*, Editore Giuffrè, 2008.

⁶Rossi, P., *Raggruppamento delle menomazioni ai fini di un classamento statistico*, Rivista Italiana Medicina Legale, 3, 2013.

Tipologia	Range %	Indicazione di specifica
Menomazioni micropermanenti	1% - 5%	Danno biologico di assai modesta entità; postumi permanenti abbastanza tenui che comportano anche lievi mutamenti nella condotta di vita del danneggiato. Postumi a volte caratterizzati da anomalo carattere di permanenza
Menomazioni di minima entità, ma superiori alle micropermanenti	6% - 15%	Danno biologico di modesta entità, tuttavia determinante una sicura compromissione peggiorativa dell'esistenza del lesso, più spesso vicariabili in parte. Sussistenza non ordinaria di limitazione nell'espletamento di attività lavorativa, sebbene non frequente.
Menomazioni di entità media inferiore	16% - 25%	La qualità della vita non è ancora gravemente compromessa, tuttavia il livello di pregiudizio non è trascurabile. Danno biologico è ancora non rilevante se realizzato per concorso di più pregiudizi diversi. I fattori contestuali [ambientali e personali] qualificano anche in termini di lieve-media gravità il funzionamento della persona. In tema di riflesso patrimoniale la menomazione può giungere a pregiudicare anche gravemente l'attività lavorativa svolta o eccezionalmente ad abolirla. Più spesso le attività ritenute adeguate alla persona consentono di vicariare in modo efficace la funzione pregiudicata.
Macro menomazioni permanenti*	51% - 85%	Menomazioni che limitano sino ad annullarle le estrinsecazioni della validità biologica sensoriale, intaccando gravemente quelle organiche e di apparato. Tali menomazioni rappresentano sempre un problema nella funzione e nella struttura del corpo, con deviazioni e perdite significative non compensabili. Performance e capacità della persona sono costantemente e sistematicamente ostacolate. La menomazione, di norma, consente soltanto lo svolgimento di attività lavorative diverse o grandemente modificate rispetto a quelle svolte in precedenza ed anche a quelle della categoria di appartenenza. Sono necessari: costanti interventi di supporto e ricorso a servizi di sostegno.
I classe esiziale	51% - 70%	
II classe esiziale	71% - 85%	

*Le due sub-classi individuano una proiezione ingravescente all'interno delle declinazione generale

Tipologia	Range %	Indicazione di specifica
Macro Menomazioni permanenti che giungono ad annullare il bene salute	86% - 100%	Menomazioni in grado di annullare l'integrità funzionale e strutturale della persona ed il suo funzionamento sociale, con sostanziale totale restrizione dell'attività e della partecipazione. Di norma, la menomazione impedisce qualunque attività lavorativa specifica e categoriale, o consente il reimpiego solo in attività che necessitano di intervento assistenziale permanente, continuativo e globale.

Per tutte queste, invero, qualsiasi sistema dovrebbe preoccuparsi di accertare, anche semplicemente in termini di conseguenze patrimoniali future, i riflessi pregiudizievoli sulle residue potenzialità di reimpiego e di espletamento del lavoro.

Tornando alla questione posta, la presunzione legislativa di cui al D.lgs. n. 38/2000 (*c.d. conseguenze patrimoniali Inail*), anticipate e ribadite le riserve dettate da un automatismo e da una predeterminazione indennitaria che non rende giustizia di quei profili di dettaglio ed iperspecialistici, propri dell'accertamento civilistico, pur tuttavia, deve riconoscersi come essa sia risultata efficace e bene rispondente all'esigenza di tutelare il disagio, la limitazione, l'impedimento nello svolgimento del proprio lavoro a seguito di danno alla persona. Se una previsione di tal genere in ambito indennitario, dovesse trovare fondamento in una ragionieristica misurazione del nocimento economico [provato] dal leso, tutti i canoni di valutazione di tali conseguenze, che la stessa dottrina medico legale ha sempre postulato, verrebbero sviliti e vanificati. Infatti, non può essere la prova del danno la guida della procedura di valutazione ma, al contrario, l'assunto che ogni esercizio di attività è suscettibile di valutazione economica e come tale fonte di danno patrimoniale.

In virtù di tale premessa non possono non richiamarsi, proprio in un ambito indennitario, il 'costo' e il 'danno economico':

- dell'usura lavorativa conseguente alla menomazione (in termini di minori ore lavorate, eliminazione delle mansioni in trasferta pure a fronte di una conservazione del posto)
- le difficoltà di espletamento dei compiti precedenti (esclusione da turnazioni maggiormente retribuite, notturno per tutti)
- la minore opportunità di avanzamenti di carriera, preclusi a persone svantaggiate o altrimenti abili per causa lavorativa ⁷

⁷In via esemplificativa si riporta un passaggio di vertenza civilistica che bene si attaglia alla specifica questione: *Altrettanto incongrua è l'affermazione secondo cui non può quindi farsi luogo, nella situazione descritta, ad un autonomo risarcimento come danno patrimoniale, non essendo stata fornita la dimostrazione, nemmeno di carattere presuntivo, che la riduzione della capacità lavorativa specifica abbia dato luogo ad una riduzione della capacità di guadagno. Affermazione assolutamente apodittica o, quanto meno, insufficiente, che non tiene conto dell'esistenza in atti di una serie di elementi (rinvenibili nella stessa sentenza impugnata, nonché nei motivi di ricorso, non smentiti dal controricorso), quali la giovane età del professionista, la sua stabile partecipazione, precedentemente al sinistro, all'equipe operatoria dell'ospedale, lo svolgimento per opera sua di un gran numero di interventi eseguiti nel reparto,*

il tutto, a prescindere dall'effettivo allontanamento dall'attività di lavoro in grado di determinare conseguenze patrimoniali attuali per minor guadagno, altrimenti sostenibile quale danno futuro patrimoniale per concreta perdita di chances e per ridotte quote pensionabili.

Peraltro, anche la perdita dell'attività svolta con mantenimento del reddito in ragione di diversa nuova occupazione, vede l'indennizzo Inail compensare anche le necessità ed i tempi di reimpiego, i costi di sforzi per acquisire una formazione professionale diversa, quelli inerenti la minore attitudine che manifesta nell'occupazione secondaria ecc.

Anticipando in parte considerazioni finali, si rileva che un accertamento caso per caso, dei riflessi pregiudizievoli della capacità di espletamento del lavoro svolto, laddove omogeneo, tempestivo ed adeguato, garantirebbe una minore imparzialità rispetto all'automatismo di legge vigente. In quest'ottica, tuttavia, le caratteristiche di un accertamento medico legale, teso ad escludere un riflesso, diretto e/o indiretto, sulla capacità di produrre reddito in attività codificata, costituirebbero di per sé stesso motivo di scarsa affidabilità. Né al contrario sarebbe risolutivo l'immediato riscontro del mantenimento del reddito, posto che addirittura in ambito risarcitorio ci si può avvalere di presunzioni semplici per prospettare, con giudizio prognostico, un danno patrimoniale anche non esistente [provabile] al momento dell'accertamento⁸. Il tutto, invece, deve essere incardinato su un presupposto di elettiva competenza medico legale, vale a dire l'accertata riduzione della capacità lavorativa esorbitante il riflesso cenestesico. È proprio in tal senso che il giudizio medico legale coincide con la presunzione legislativa (stima semiquantitativa) del sistema indennitario Inail.

D'altronde, nella tutela assicurativa sociale il ricorso a criteri presuntivi, è specificamente finalizzato, come già detto, ad esonerare il lavoratore dall'onere di fornire la prova del pregiudizio, in quanto tale onere contrasterebbe con l'esigenza di immediatezza dell'intervento di sostegno, tipica del sistema di tutela sociale. L'esistenza di conseguenze di natura patrimoniale è, pertanto, oggetto di presunzione *juris et de jure*. Tuttavia, la stessa è stata utilmente ancorata alla gravità della menomazione e stimata con metodo semiquantitativo.

Nell'esperienza decennale questo sistema di giudizio presuntivo è apparso sostanzialmente corretto, pur se nel dettaglio dell'attività di monitoraggio vanno rimarcate alcune criticità (di cui

la riduzione della funzionalità della mano destra tale da incidere al 75% sulla sua capacità lavorativa specifica, così da impedirgli o rendergli estremamente difficili le manovre tipiche del chirurgo, la sua esclusione, successivamente al sinistro, dall'attività operatoria e l'adibizione a mere attività di corsia e di ambulatorio. Elementi, questi, che avrebbero dovuto innescare (con esito positivo o negativo rispetto al fine richiesto) il ragionamento probabilistico circa il normale sviluppo della carriera di un giovane chirurgo, tenuto conto delle sue ordinarie aspettative di ruolo ed economiche, nel settore pubblico ed, eventualmente, in quello privato, a fronte delle concrete possibilità di poter svolgere in futuro attività operatoria.

⁸In tema di sinistro stradale e ridotta capacità lavorativa la Cassazione ha espresso il seguente principio di diritto: *il danno patrimoniale futuro è da valutare su base prognostica ed il danneggiato, tra le prove, può avvalersi anche delle presunzioni semplici; sicché, provata la riduzione della capacità di lavoro specifica, se essa è di una certa entità e non rientra tra i postumi permanenti di piccola entità, (c.d. micropermanenti, le quali non producono danno patrimoniale, ma costituiscono mere componenti del danno biologico), è possibile presumersi che anche la capacità di guadagno risulti ridotta nella sua proiezione futura (non necessariamente in modo proporzionale), qualora la vittima già svolga un'attività o presumibilmente la svolgerà. Si tratta, però, pur sempre di una prova presuntiva e non di un automatismo, con la conseguenza che potrà essere superata dalla prova contraria che, nonostante la riduzione della capacità di lavoro specifico, non vi è stata alcuna riduzione della capacità di guadagno e che, quindi, non v'è stato in concreto alcun danno patrimoniale*

si dirà appresso).

Sempre con riferimento alla specifica questione delle conseguenze patrimoniali, si è già detto come al fine di valutare l'incidenza della menomazione dell'integrità psico-fisica sull'attività lavorativa del soggetto leso, l'art. 13 del D.lgs. n. 38/2000 abbia introdotto la tabella dei coefficienti. Esso costituisce lo strumento attraverso il quale è possibile pervenire ad una maggiore personalizzazione dell'indennizzo, in attuazione anche dell'espresso auspicio della Corte Costituzionale. Questa, infatti, con la sentenza n. 350/97, aveva richiamato il legislatore ordinario ad una *più dettagliata individuazione delle diverse categorie delle attività lavorative*. È per tale ragione che i punti di riferimento per l'applicazione dei coefficienti sono stati individuati nella valutazione del pregiudizio che dalla menomazione deriva allo svolgimento dell'*"attività svolta o al complesso delle altre attività adeguate al patrimonio bio-attitudinale-professionale del lavoratore infortunato avendo riguardo, inoltre, all'efficacia degli interventi riabilitativi, di supporto e di sostegno"* ed alla *"ricollocabilità dell'assicurato"*. In relazione a tutto ciò, dopo aver costruito una griglia di corrispondenza tra gravità della menomazione e sua incidenza sulla attività lavorativa, si è fornito lo strumento per una migliore personalizzazione dell'indennizzo (è, infatti, possibile, sia in sede di prima valutazione dei postumi sia in sede di revisione, attribuire o confermare il coefficiente previsto per una fascia di grado superiore).

Sulla base delle definizioni riportate nel testo, intersecando il grado di menomazione e le ripercussioni sulla capacità di lavoro del leso, sono state individuate quattro fasce di danno: A, B, C e D e sette coefficienti.

Delineano e circoscrivono la **fascia A** sia il grado di menomazione, compreso **tra 16 e 25%**, sia la definizione di danno lavorativo così come sotto esplicitata:

"la menomazione non pregiudica gravemente né l'attività svolta né quelle della categoria di appartenenza".

Delineano e circoscrivono la **fascia B** sia il grado di menomazione, compreso **tra 26 e 50%**, sia la definizione di danno lavorativo così come sotto esplicitata:

"la menomazione pregiudica gravemente o impedisce l'attività svolta, ma consente comunque altre attività della categoria di appartenenza anche mediante interventi di supporto e ricorso a servizi di sostegno".

Delineano e circoscrivono la **fascia C** sia il grado di menomazione, compreso **tra 51 e 85%**, sia la definizione di danno lavorativo così come sotto esplicitata:

"la menomazione consente soltanto lo svolgimento di attività lavorative diverse da quella svolta e da quelle della categoria di appartenenza, compatibili con le residue capacità psicofisiche anche mediante interventi di supporto e ricorso a servizi di sostegno".

Delineano e circoscrivono la **fascia D** sia il grado di menomazione, compreso **tra 85 e 100%**, sia la definizione di danno lavorativo così come sotto esplicitata:

"la menomazione impedisce qualunque attività lavorativa, o consente il reimpiego solo in attività che necessitano di intervento assistenziale permanente, continuativo e globale".

La tabella dei coefficienti ha costituito, poi, per le grandi invalidità, anche elemento di raccordo tra il momento indennitario e la funzione di recupero e di sostegno, finalizzata alla riduzione dell'handicap, nel tentativo di ottimizzare le risorse economiche. Queste, infatti, investite nel reinserimento lavorativo e/o nell'abbattimento dei disagi intrinseci alla minorazione, all'esito

di tale positiva verifica, possono trovare parziale recupero nella revisione del coefficiente di maggiore fascia attribuito originariamente.

3 I criteri e gli istituti della nuova normativa in dieci anni di applicazione - Il sistema di monitoraggio - Commento medico legale

Un ragguaglio sintetico di interesse medico-legale, relativo a 10 anni di attuazione della normativa di cui al D.lgs. n. 38/2000 e al D.M. 12 luglio 2000 non può non prendere le mosse dal sistema organizzativo e dall'attività di monitoraggio attivati dall'Istituto per governare la riforma.

Si è già detto in premessa come le procedure medico legali risultassero ormai consolidate e sostanzialmente immutate nel corso di un secolo ove pure si erano succedute diverse novità normative e parziali riforme dell'impianto assicurativo originario⁹. In tal ottica, l'Inail, attraverso il Gruppo Centrale Danno Biologico, istituito sin dalla promulgazione della Legge delega n. 144/99, conscio delle difficoltà di garantire con uguale tempestività ed omogeneità le prestazioni sanitarie conseguenti ai danni da lavoro, ha organizzato un capillare sistema di referenti interdisciplinari regionali e contestualmente una costante osmosi di formazione, interpretazione ed esplicazione della nuova normativa. Sotto il profilo documentale vanno quindi richiamate le numerose "note operative" e le "risposte ai quesiti" rilasciate dal gruppo centrale e successive alla circolare Inail n. 57/2000.

Nella prima fase attuativa le problematiche maggiori sono derivate proprio dall'accertamento medico legale, sia riguardo agli istituti che avevano innovato detta procedura (accertamento provvisorio, indennizzo in capitale, discriminazione netta tra il regime Testo Unico e quello Danno Biologico), sia in termini di valutazione delle menomazioni e delle conseguenze patrimoniali. Quest'ultime, novità assoluta della complessiva riforma, andavano verificate sia in ordine alle modalità di accertamento, sia con riferimento al basilare oggetto di tutela (capacità lavorativa svolta/attitudinale).

D'altronde, anche in considerazione delle presumibili difficoltà attuative, il sistema tabellare era stato costruito in modo da guidare gli accertamenti medico legali attraverso una procedura, per alcuni versi indagativa, in grado di:

- ridurre eccessive soggettivizzazioni di apprezzamento da parte del singolo medico
- evitare misconoscimento o sottovalutazione di quelle componenti menomative (ad es. danno anatomico, danno estetico) di assoluta novità nel panorama indennitario Inail.

Il seguente schema riassume l'impianto normativo ai fini delle prestazioni economiche di interesse medico legale.

⁹Legge sugli infortuni degli operai sul lavoro 17 marzo 1898, pubblicata nella Gazzetta Ufficiale del Regno il 31 marzo 1898 n. 75. In Appendice 2 è riportato uno stralcio della normativa in questione richiamata sul punto.

Schema 1 correlazione tra l'accertamento medico legale e le prestazioni indennitarie

Grado % della Menomazione	Ristoro danno biologico	Indennizzo c.dd. conseguenze patrimoniali
$\leq 5\%$	Danno biologico non indennizzabile	Il Legislatore presume che non ci siano conseguenze in termini di danno patrimoniale
$> 6\% - < 16\%$	Indennizzo in Capitale	
Strumento di valutazione	Tabella delle menomazioni, ex DM 12.07.2000	
$> 16\%$	Indennizzo in Rendita [quota 1]	Indennizzo in Rendita [quota 2]
Strumento di valutazione	1 ^a quota, aridittuale, per danno biologico Tabella delle menomazioni, ex DM 12.07.2000	2 ^a quota per danno patrimoniale, correlata a retribuzione assicurata Tabella dei Coefficienti, ex DM 12.07.2000

3.1 Caratteristiche del sistema di monitoraggio

Il sistema fondato su tali presupposti e guidato in tal modo ha offerto un buon risultato applicativo sin dai primi mesi di vigenza della nuova disciplina indennitaria, comprensibilmente caratterizzati da una rigorosità di apprezzamento percentuale medico legale e in eccessiva rigidità nell'attribuzione dei coefficienti di fascia superiore.

Anche in previsione di tali difficoltà l'Istituto aveva attivato un sistema di monitoraggio, formalmente inserito nella cartella clinica informatica, attraverso il quale i sanitari, impegnati nella valutazione medico legale, erano in grado di fornire elementi di verifica e validazione dell'intero sistema tabellare. Nello specifico le schede di monitoraggio riguardavano:

- a – la completezza della tabella delle menomazioni in tema di quadri nosologici;
- b – l'adeguatezza del punteggio o del range percentuale previsto nella tabella, riguardo una specifica voce di menomazione e rispetto al pregiudizio che in concreto il medico si trovava ad apprezzare;
- c – la congruenza verificata dal medico accertatore nei singoli casi, relativamente all'attribuzione del coefficiente per la conseguenza patrimoniale;
- d – la sussistenza o meno di una ridotta capacità lavorativa specifica [previsione normativa da "conseguenza patrimoniale"] per quelle menomazioni le quali, pure stimate di misura inferiore al 16%, riduzione meritevole di un giudizio positivo;
- e – rilevanza, assoluta o relativa in termini di indennizzo, delle menomazioni che nel previgente sistema indennitario non avrebbero trovato corrispondenza di prestazione economica [danno sessuale, danno anatomico, danno estetico, da sensibilizzazione pura ecc.].

3.2 Commenti specifici: aspetti qualitativi e quantitativi dell'attività medico legale

In ordine al punto a) l'attività di monitoraggio ha chiaramente mostrato come l'elencazione di voci di menomazione (387 più quelle degli allegati), sia stata ritenuta incompleta ed in tal senso meritevole di integrazione.

Per quanto nessun elenco di quadri nosografici possa essere ritenuto mai esaustivo, rispetto alla variabilità ed alla numerosità delle fattispecie di pregiudizio in concreto apprezzabili, pur tuttavia, alcune delle integrazioni sollecitate andrebbero accolte. Le parziali integrazioni, peraltro, salvaguarderebbero la Tabella dal rischio di un'elencazione dettagliatissima ed estesa, che al contrario renderebbe la guida valutativa sostanzialmente inutilizzabile.

In tal senso, le menomazioni riguardanti, ad esempio, gli esiti fratturativi del bacino e quelli del capo (brecce craniche), ma soprattutto quadri neuropsichiatrici di rilevante interesse per tecnopatie professionali [disturbo dell'adattamento in particolare] potrebbero efficacemente integrare la tabella medesima anche alla luce di contributi [Buzzi, F., Vanini, M., *Guida alla valutazione psichiatrica e medicolegale del danno biologico di natura psichica*, Milano, Giuffrè, 2006] e soprattutto di novità scientifiche intervenute [DSM-V - *Manuale diagnostico e statistico dei disturbi mentali* rilasciato dall'*American Psychiatric Association* per la quinta edizione nel 2013].

Allo stesso modo la rilevazione e l'esperienza valutativa suggeriscono altri spunti di integrazione/modifica della tabella delle menomazioni, riguardanti più in generale i traumi dello scheletro facciale, la necessità di distinguere nelle indicazioni percentuali gli esiti, anche anatomici, delle fratture articolari rispetto alle discontinuazioni ossee a qualsiasi altro livello (ma non interessanti le articolazioni). Singolari fattispecie integrative potrebbero poi riguardare gli organi sensoriali potendosi citare, sempre in via esemplificativa, la questione della pseudofachia laddove questa riguardi soggetti con anisometropia accomodativa ed insufficienza superiore alle due diottrie, condizione menomativa meritevole di una adeguata valorizzazione percentuale che l'attuale voce non consente. Proseguendo l'elenco potrebbero citarsi: le necessità di messa a punto e di specificazione di alcuni altri quadri tra i quali le pseudoartrosi di clavicola e di scafoide, la valutazione singola dei metatarsi e la lassità della caviglia.

Sotto il profilo più generale di impostazione valutativa alcuni distretti ed alcune lesioni andrebbero diversamente inquadrati sotto il profilo nosografico, sulle linee già tracciate per le voci relative alle malattie professionali della colonna. Ci si vuole riferire in tal senso, ai traumatismi da sovraccarico biomeccanico dell'arto superiore laddove l'attuale impostazione, per i soggetti che vedono lese più articolazioni (spalla, gomito, polso), se non sapientemente governata, porterebbe ad una ingiustificata ipervalutazione del danno. Al riguardo, potrebbe più correttamente prevedersi una sindrome da conflitto della spalla e, in via gradata, una sindrome più estesa (poliarticolare) dell'arto superiore che moduli il punteggio, evitando il ricorso necessitato ad una composizione delle varie componenti.

Una voce di menomazione di questo tipo risponderebbe alla problematica di valutare il danno nel suo complesso in riferimento all'effettivo "indebolimento" totale dell'arto in esame, evitando le problematiche emergenti dalla necessità di sintesi delle singole voci tabellari che talora si

sovrappongono, almeno in parte; (ad esempio le voci di danno anatomico che comprendono anche limitazioni funzionali sfumate, che sono spesso oggetto di discussione nell'ambito del contenzioso).

Più complessa sarebbe, tuttavia, l'applicazione pratica in riferimento alla frequente necessità di valutare tali danni nell'ambito di malattie professionali distinte da unificare. Per queste problematiche la previsione di codici tabellari per "sindromi poliarticolari dell'arto" dovrebbe prevedere una modifica nelle procedure istituzionali (Cartella Clinica).

Nell'uno e nell'altro caso, comunque, si porrebbe come stringente riferimento quello della validità/spendibilità dell'arto medesimo.

In ordine alle segnalazioni d'incongruenza delle stime tabellari (punto b), l'analisi del campione ci ha offerto spunti per ulteriori considerazioni. In linea generale, alcuni quadri di interesse neurotraumatologico e neuropsichiatrico, potrebbero costituire utile presupposto per modifiche ed integrazioni della tabella.

Aspetto particolare è invece rappresentato dalla questione, pure sollevata da più parti, riguardante l'adeguatezza e la strutturazione delle voci da esiti di protesizzazione sia dell'anca che del ginocchio. Questa ultima considerazione ci consente di aprire una breve parentesi in tema di valutazione del danno futuro.

Le ragioni di tale digressione riposano nella circostanza che molte delle voci di menomazione che non hanno trovato un'uniformità di inquadramento nosografico nella Tabella Inail e nelle guide/Tabelle indicative in Responsabilità Civile ineriscono queste menomazioni. Per tali componenti di danno, diversamente da quanto postulato di più, andrebbe mantenuta la dicotomia di impostazione.

Nel dettaglio della questione, a prescindere dal valore percentuale da attribuire, ad esempio, alle singole componenti sub-menomative di un esito di artroprotesi di anca (specie anatomica da resezione ossea, mezzo di sintesi, quadro algico disfunzionale, esito cutaneo chirurgico) emerge chiaramente come nella consolidata prassi medico legale l'attribuzione di un punteggio ad una voce onnicomprensiva definita come: "*esiti di artroprotesi...*" ricomprenda secondo un automatismo valutativo, che non fa giustizia della rigorosità medico legale, anche il danno futuro (essenzialmente correlato alla revisione della protesi ed a tutto ciò che questa comporta). La costruzione di un siffatto pregiudizio, secondo l'impostazione della tabella Inail, che pure prevede la composizione del danno attraverso l'apprezzamento delle componenti sopra richiamate, risponde all'esigenza di valutare sempre e comunque la minorazione così come emerge in attualità, tenendo distinta la componente di danno futuro.

Questa impostazione risponde, altresì, alle caratteristiche della procedura e degli istituti indenitari Inail, i quali prevedono la revisione della menomazione entro un arco temporale esteso ai dieci anni per gli infortuni ed ai quindici per le tecnopatie. È pur vero che allo spirare di detti termini revisionali la necessità di valutazione di un danno futuro si impone, laddove non già concretizzatosi, anche al medico legale Inail. Tuttavia, premesso che dopo aver seguito il paziente in un arco temporale così lungo (10 o 15 anni) si hanno maggiori e più fondati elementi per stabilire la natura, l'entità e la probabilità di realizzazione del danno futuro, anche in quel

frangente sarebbe comunque più indicato qualificarlo sotto il profilo nosografico (pregiudizio in danno futuro) ed attribuire un punteggio specifico a detta componente menomativa, secondo una logica procedurale di composizione del danno, che accoglie appieno siffatta indicazione.

Tornando all'esame della seconda scheda di monitoraggio, le indicazioni di incongruenza dei punteggi di alcune delle voci previste nella Tabella suggerisce di riconsiderare alcuni inquadramenti nosografici dando maggiore contezza valutativa medico legale anche ai più attuali orientamenti della clinica e della medicina delle evidenze. In via esemplificativa, anche per questo aspetto non può non citarsi la patologia cartilaginea e legamentosa del ginocchio, non già perché questa rappresenti una maggiore esigenza rispetto alle altre voci in termini qualitativi ma in quanto le ricorrenze statistiche pongono oggi questa patologia post traumatica da lavoro ai primissimi posti.

Nello sforzo di modifica ed integrazione delle voci tabellari certamente potrebbe essere utile strumento di confronto quanto già disciplinato per le micro-permanenti in Responsabilità Civile Auto¹⁰, quanto postulato nell'ufficiosa tabella per i danni di rilevanza in R.C.A. dal 10 al 100% e quanto nelle più recenti guide redatte dalle varie Scuole.

Al termine della discussione su questo punto va comunque rilevato, sempre in ordine alla congruenza delle stime percentuali, come l'impianto tabellare abbia trovato sostanziale condivisione, interna ed esterna all'Istituto, per tutto quanto attiene ai danni viscerali (neoplastico e respiratorio in particolare) ed a quelli sensoriali, questi ultimi transitati come patrimonio comune anche nelle altre guide.

Il carattere sperimentale dell'intero impianto normativo ha imposto una particolare attività di monitoraggio per quanto attiene all'attribuzione dei coefficienti.

Nella sostanza del rilevamento si è chiesto ai sanitari se a loro avviso la presunzione legislativa vigente per tutti i danni a partire dal 16% corrispondesse in concreto ad un effettivo pregiudizio della capacità di lavoro svolta dal soggetto al momento dell'evento lesivo. Si è chiesto anche, al fine di verificare l'opposta tesi, se per le menomazioni poste al di sotto del limite di rendita, in ragione della peculiarità dell'attività di lavoro e/o per la tipologia della menomazione che si era realizzata e/o per l'inefficacia dei sistemi di riabilitazione/ricollocazione, il caso era meritevole dell'attribuzione di un coefficiente di "patrimonialità". I dati emersi da entrambi i sistemi di monitoraggio hanno suggerito alcune considerazioni così sinteticamente riassumibili.

Avuto riguardo della capacità di lavoro impiegata al momento dell'evento, non considerando questioni particolari (appresso elencate), è indubbio che nell'intervallo di danno biologico 16 e 25% ricorrano in concreto condizioni menomative non pregiudizievoli dell'efficienza lavorativa né a riflesso patrimoniale: Ovviamente tale affermazione è vera solo per i casi in cui non sono apprezzate le anticipate "questioni peculiari". Al riguardo ci si vuole riferire al valore economico-patrimoniale dello svolgimento:

– "usurante" delle mansioni e dei compiti professionali;

¹⁰Decreto 3 luglio 2003 Tabella delle menomazioni alla integrità psicofisica comprese tra 1 e 9 punti di invalidità. [omissis] Allegato II - Tabella delle menomazioni alla integrità psicofisica comprese tra 1 e 9 punti di invalidità [omissis].

- “impedito” di attività suppletive/non ordinarie di lavoro (apportative di reddito straordinario);
- ovvero all’incapacità di svolgere e dispiegare la propria efficienza lavorativa in turnazione più impegnative (ugualmente produttive di maggior reddito) che la menomazione impedisce.

Per tutte queste la presunzione legislativa offrirebbe una copertura congrua e non risulterebbe eccessiva come invece parrebbe in assenza di tali peculiari condizioni.

Sulla stessa linea di giudizio, sono state constatate situazioni per le quali, pur a fronte dell’attribuzione di un coefficiente di fascia superiore (in realtà congruo con l’abbandono dell’attività svolta dal momento del fatto), il lavoratore possa trovarsi reimpiegato in altre mansioni, con altri compiti, presso altri datori di lavoro, con preservati o aumentati performances e reddito.

Le due rilevazioni mettono in discussione la validità sempre e comunque della previsione normativa fondata come detto su una *praesumptio iuris et de iure*.

Nello specifico, tali fattispecie riguardano non frequentemente le singole menomazioni (unico danno $\geq 16\%$) sebbene ricorrenti; più spesso si apprezzano per quei pregiudizi e quei complessi di più menomazioni (anche semplicemente coesistenti), monocrome e/o policrome, che nel cumulo totale fanno superare al postumo la soglia del quindici per cento consentendo l’erogazione della rendita ($\geq 16\%$).

Questi ultimi, infatti, proprio per il loro carattere parcellare e polimorfo (vale a dire di processo morboso stabilizzato coinvolgente segmenti circoscritti e/o distanti, apparati svolgenti funzioni diverse ecc.) non costituiscono un reale, concreto e apprezzabile indebolimento di quell’efficienza psicofisica in grado di riverberarsi in termini di riduzione della capacità lavorativa considerata.

In merito alla seconda specifica rilevazione sull’attribuzione dei coefficienti, vale a dire sulla verifica di sussistenza di una conseguenza patrimoniale per casi valutati in misura inferiore al 16%, le osservazioni proposte dai sanitari Inail offrono lo spunto diametralmente opposto al precedente e ciò per le seguenti considerazioni.

Va premesso che la sussistenza di un riflesso dislavorativo utile a concretare una apprezzabile riduzione della capacità di lavoro del lesa riguarda, invero, un numero modesto di eventi rispetto alla più sostanziosa ipotesi opposta.

La seconda osservazione è relativa all’individuazione di queste specifiche fattispecie. Pur non potendosi procedere secondo una elencazione sistematica per grandi gruppi, è giustificato ritenere che le menomazioni secondarie a:

- amputazioni di segmenti distali delle mani ovvero secondarie altresì a condizioni di sensibilizzazione o allergopatie
- danni sensoriali (visivi in particolare)
- viscerali (cardiopatie in particolare), la quasi totalità di essi valutabili in un range tra il 10 ed il 15%

determinino una restrizione dell’efficienza psicofisica, spendibile nell’attività di lavoro, tale da giustificare un’assimilazione di dette menomazioni a quelle poste tra i 16% e 25% (per le quali vige la richiamata presunzione legislativa e l’automatismo di attribuzione del coefficiente di patrimonialità).

Sempre per le medesime menomazioni (< 16%) da un esame a campione dei casi in cartella clinica, si è potuto constatare che le stesse sono essenzialmente correlabili ad un riflesso negativo sulla capacità di lavoro della persona infortunata o tecnopatica non solo nei termini di una effettiva restrizione di compiti e mansioni ma anche per i profili di inidoneità fisica al precedente impiego, anche in virtù delle prescrizioni che in concreto ne determinano l'espulsione dal ciclo lavorativo (es.: dermatite in parrucchiere o muratore). Si ricorda in estrema sintesi che il giudizio di idoneità anche del lavoratore con postumi può ricadere in una delle seguenti categorie:

- a – idoneità alla mansione specifica
- b – idoneità alla mansione specifica con restrizioni
- c – idoneità parziale
- d – idoneità alla mansione specifica con limitazioni
- e – inidoneità assoluta.

Ovviamente è prassi valutativa che il concetto di idoneità non vada mai separato da quello di mansione specifica, per cui l'esito della visita medica è riferito alla possibilità, da parte del lavoratore, di svolgere un tipo di lavoro in uno specifico luogo di lavoro, senza pregiudicare la sua possibilità di lavorare altrove o di svolgere altre mansioni. Nel caso in cui per l'invalide venisse espresso un giudizio di non piena idoneità, è pur vero che l'art. 42 del D.lgs. n. 81/2008, così come poi è stato modificato dal D.lgs. n. 106/2009, obbliga il datore di lavoro ad assegnare al lavoratore una mansione diversa, anche inferiore, da quella per cui il soggetto è stato ritenuto non idoneo. Tuttavia, la recessione del contratto è spesso riscontrabile nei casi in cui l'inidoneità del lavoratore impedisca il rapporto reciproco, previsto dal contratto, di un lavoro in cambio del corrispettivo economico, ma soprattutto per impossibilità del datore di lavoro di conferire al lavoratore una diversa, compatibile mansione, anche di carattere inferiore a quella di origine.

Sull'argomento dei coefficienti si richiamano anche le considerazioni già proposte nelle sezioni precedenti.

Un compendio sull'andamento della nuova disciplina non può non riguardare gli aspetti correlati all'andamento complessivo degli accertamenti medico legali.

I dati mostrano come il numero di valutazioni, stabilizzatosi solo nel corso degli ultimi anni, si concentri sul range di pregiudizio in franchigia.

Ancorché circoscritto agli infortuni, uno sguardo d'insieme è affidabilmente sintetizzato dalle tabelle B5 e B5.1 tratte dall'*Appendice Statistica*, in *Relazione Annuale 2012 del Presidente* [Inail, ed. 2013].

Tabelle 1 e 1.1 Numerosità e modalità degli infortuni e fasce di grado percentuale delle menomazioni accertate

Tabella B5 – Infortuni accertati positivi per anno di accadimento, modalità di accadimento e classe di menomazione

Anno di accadimento	Modalità di accadimento	In assenza di menomazioni	Grado di menomazione						Totale	Esito mortale	Totale
			1-5	6-15	16-25	26-50	51-85	86-100			
2012	In occasione di lavoro	371.249	36.224	17.381	2.707	696	87	27	57.122	589	428.960
	senza mezzo di trasporto	351.972	34.316	16.295	2.483	624	76	21	53.815	381	406.168
	con mezzo di trasporto	19.277	1.908	1.086	224	72	11	6	3.307	208	22.792
	In itinere	53.935	7.851	4.320	640	154	13	5	12.983	201	67.119
	senza mezzo di trasporto	12.363	2.558	1.356	128	21	0	0	4.063	10	16.436
	con mezzo di trasporto	41.572	5.293	2.964	512	133	13	5	8.920	191	50.683
	Totale	425.184	44.075	21.701	3.347	850	100	32	70.105	790	496.079
2011	In occasione di lavoro	409.746	44.088	24.696	4.166	1.337	207	58	74.552	632	484.930
	senza mezzo di trasporto	387.548	41.106	22.944	3.793	1.201	164	47	69.255	416	457.219
	con mezzo di trasporto	22.198	2.982	1.752	373	136	43	11	5.297	216	27.711
	In itinere	57.739	9.489	5.639	981	395	67	30	16.601	234	74.574
	senza mezzo di trasporto	10.609	2.044	1.220	159	27	6	1	3.457	7	14.073
	con mezzo di trasporto	47.130	7.445	4.419	822	368	61	29	13.144	227	60.501
	Totale	467.485	53.577	30.335	5.147	1.732	274	88	91.153	866	559.504
2010	In occasione di lavoro	439.174	47.193	27.091	4.408	1.494	231	57	80.474	750	520.398
	senza mezzo di trasporto	414.750	43.738	25.151	3.953	1.320	172	46	74.380	449	489.579
	con mezzo di trasporto	24.424	3.455	1.940	455	174	59	11	6.094	301	30.819
	In itinere	61.529	10.585	6.075	1.044	437	81	29	18.251	233	80.013
	senza mezzo di trasporto	11.569	2.266	1.470	146	43	3	1	3.929	7	15.505
	con mezzo di trasporto	49.960	8.319	4.605	898	394	78	28	14.322	226	64.508
	Totale	500.703	57.778	33.166	5.452	1.931	312	86	98.725	983	600.411
2009	In occasione di lavoro	443.463	47.981	27.619	4.417	1.512	261	57	81.847	728	526.038
	senza mezzo di trasporto	419.178	44.472	25.586	3.966	1.342	205	38	75.609	428	495.215
	con mezzo di trasporto	24.285	3.509	2.033	451	170	56	19	6.238	300	30.823
	In itinere	61.901	10.657	6.227	1.156	465	104	42	18.651	283	80.835
	senza mezzo di trasporto	11.345	2.107	1.392	175	31	2	3	3.710	8	15.063
	con mezzo di trasporto	50.556	8.550	4.835	981	434	102	39	14.941	275	65.772
	Totale	505.364	58.638	33.846	5.573	1.977	365	99	100.498	1.011	606.873
2008	In occasione di lavoro	498.204	49.131	27.825	4.520	1.726	304	70	83.576	811	582.591
	senza mezzo di trasporto	472.796	45.775	25.741	4.068	1.486	241	53	77.364	477	550.637
	con mezzo di trasporto	25.408	3.356	2.084	452	240	63	17	6.212	334	31.954
	In itinere	64.862	10.290	5.939	1.129	457	100	38	17.953	299	83.114
	senza mezzo di trasporto	9.488	1.728	1.091	128	38	2	2	2.989	6	12.483
	con mezzo di trasporto	55.374	8.562	4.848	1.001	419	98	36	14.964	293	70.631
	Totale	563.066	59.421	33.764	5.649	2.183	404	108	101.529	1.110	665.705

Tabella B5.1 – Infortuni accertati positivi per gestione, modalità di accadimento e classe di menomazione. Anno di accadimento 2012

Gestione	Modalità di accadimento	In assenza di		Grado di menomazione					Totale	Esito mortale	Totale
		menomazioni	1-5	6-15	16-25	26-50	51-85	86-100			
Industria e servizi	In occasione di lavoro	285.183	29.888	14.121	2.094	549	71	23	46.746	498	332.427
	senza mezzo di trasporto	266.703	28.082	13.094	1.880	489	63	19	43.627	312	310.642
	con mezzo di trasporto	18.480	1.806	1.027	214	60	8	4	3.119	186	21.785
	In itinere	49.411	7.036	3.861	582	144	13	5	11.641	184	61.236
	senza mezzo di trasporto	10.640	2.166	1.126	112	20	0	0	3.424	9	14.073
	con mezzo di trasporto	38.771	4.870	2.735	470	124	13	5	8.217	175	47.163
	Totale	334.594	36.924	17.982	2.676	693	84	28	58.387	682	393.663
Agricoltura	In occasione di lavoro	26.334	3.636	2.484	543	144	15	3	6.825	86	33.245
	senza mezzo di trasporto	26.025	3.594	2.455	536	133	13	2	6.733	68	32.826
	con mezzo di trasporto	309	42	29	7	11	2	1	92	18	419
	In itinere	675	117	83	16	3	0	0	219	12	906
	senza mezzo di trasporto	79	14	12	2	0	0	0	28	1	108
	con mezzo di trasporto	596	103	71	14	3	0	0	191	11	798
	Totale	27.009	3.753	2.567	559	147	15	3	7.044	98	34.151
Per conto dello Stato	In occasione di lavoro	59.732	2.700	776	70	3	1	1	3.551	5	63.288
	senza mezzo di trasporto	59.244	2.640	746	67	2	0	0	3.455	1	62.700
	con mezzo di trasporto	488	60	30	3	1	1	1	96	4	588
	In itinere	3.849	698	376	42	7	0	0	1.123	5	4.977
	senza mezzo di trasporto	1.644	378	218	14	1	0	0	611	0	2.255
	con mezzo di trasporto	2.205	320	158	28	6	0	0	512	5	2.722
	Totale	63.581	3.398	1.152	112	10	1	1	4.674	10	68.265
Totale	425.184	44.075	21.701	3.347	850	100	32	70.105	790	496.079	

Per quanto riguarda gli indennizzi erogati, come era intuibile stante l'andamento anche del portafoglio Inail precedente all'introduzione del D.lgs. n. 38/2000, essi si focalizzano sulla classe sei – quindici per cento (6 - 15%) con circa 40.000 prestazioni/anno; mentre il numero di rendite oggi si attesta sui 12.600 casi/anno, ma sono state erogate oltre 13.000 rendite negli anni 2010 e 2011.

Tabella DB 1.2 - numero indennizzi in capitale per menomazione permanente (danno biologico) – per data erogazione¹¹

**Numero indennizzi in capitale per menomazione permanente (danno biologico)
per data erogazione**

Mese	Malattie professionali agricoltura					Malattie professionali industria				
	2008	2009	2010	2011	2012	2008	2009	2010	2011	2012
1	33	58	103	144	195	358	514	581	728	805
2	50	74	123	215	181	462	580	756	781	834
3	38	70	148	230	234	469	639	833	818	1.013
4	57	73	120	190	193	463	635	720	710	750
5	45	75	153	196	212	444	567	786	813	822
6	45	119	135	228	201	412	589	673	777	711
7	43	130	147	228	179	539	658	736	805	743
8	45	77	107	182	167	384	453	602	614	655
9	65	83	179	228	178	546	630	772	786	725
10	71	151	140	199	226	577	690	718	734	819
11	61	131	174	188	164	560	690	781	851	643
12	55	123	158	188	154	508	545	700	712	619
Totale	608	1.164	1.687	2.416	2.284	5.722	7.190	8.658	9.138	9.139

Mese	Infortuni agricoltura					Infortuni industria				
	2008	2009	2010	2011	2012	2008	2009	2010	2011	2012
1	270	295	309	315	318	2.423	2.403	2.904	2.297	2.287
2	305	331	382	328	282	2.782	2.512	2.441	2.340	2.174
3	272	343	423	368	383	2.370	2.790	2.870	2.714	2.484
4	323	305	351	328	262	2.581	2.428	2.453	2.322	2.133
5	298	352	376	354	297	2.351	2.642	2.597	2.694	2.304
6	291	339	326	308	263	2.164	2.451	2.365	2.282	1.772
7	369	325	327	298	248	2.619	2.542	2.434	2.261	1.961
8	259	278	265	255	267	1.901	1.946	1.949	1.923	1.652
9	347	387	381	340	300	2.732	2.807	2.694	2.566	2.172
10	379	370	332	306	337	2.836	2.603	2.445	2.501	2.318
11	335	329	384	376	269	2.421	2.528	2.528	2.389	2.124
12	319	332	342	316	268	2.416	2.257	2.267	2.144	1.961
Totale	3.767	3.986	4.198	3.892	3.494	26.596	29.909	29.907	28.433	25.342

¹¹Numero delle rendite costituite per esercizio - Dati Inail da Consulenza Statistico Attuariale - Settore Finanziario e Prestazioni.

Tabella DB 1.3 Numero di rendite costituite per esercizio
Rendite dirette - Industria

Anno	Infortuni	Malattie Professionali	Silicosi Asbestosi	Totale
2001	9.524	3.200	331	13.055
2002	8.431	3.275	280	11.986
2003	7.581	2.962	287	10.830
2004	7.790	2.690	286	10.766
2005	6.906	1.903	229	9.038
2006	7.452	2.107	294	9.853
2007	7.825	2.162	258	10.245
2008	8.273	2.528	272	11.073
2009	7.972	2.883	276	11.131
2010	7.921	3.445	307	11.673
2011	7.579	3.474	270	11.323
2012	6.956	3.559	269	10.784

Tabella DB 1.3.1 Rendite dirette - Agricoltura

Anno	Infortuni	Malattie Professionali	Totale
2001	1.417	178	1.595
2002	1.158	168	1.326
2003	1.005	125	1.130
2004	956	100	1.056
2005	888	79	967
2006	957	107	1.064
2007	1.039	100	1.139
2008	1.021	158	1.179
2009	1.059	263	1.322
2010	1.177	444	1.621
2011	1.224	618	1.842
2012	1.168	709	1.877

Tabella 1.3 - Totale numero Indennizzati in Capitale anni 2008-2012¹²

Anno	Totale indennizzi in capitale
2008	39.693
2009	42.249
2010	43.640
2011	43.879
2012	40.259

Tabella DB 1.4 - Totale numero Indennizzati in Rendite anni 2008-2012¹³

Anno	Totale rendite
2008	12.252
2009	12.453
2010	13.294
2011	13.165
2012	12.661

La prima osservazione al riguardo è che, nel novero delle previsioni proposte in sede di promulgazione della nuova normativa, si era paventato un numero di indennizzi in linea con quelli oggi riconosciuti dall'Istituto. Solo nel triennio 2008, 2010 e 2011 il numero complessivo ha significativamente superato la previsione massima.

Infatti, nella presentazione degli effetti migliorativi del nuovo sistema indennitario si era affermato quanto segue: *“Considerata nel suo complesso, l’attuazione della nuova disciplina indennitaria comporta l’erogazione di maggiori prestazioni economiche per circa 370 miliardi, secondo l’intesa raggiunta al Tavolo di concertazione con le parti sociali e recepita dal legislatore. Ciò è conseguenza di un ampliamento dei casi di invalidità permanente indennizzabili, che si stima passeranno da 37.000 a 54.000 all’anno, e di un generalizzato miglioramento del livello delle prestazioni, segnatamente per i casi di maggiore gravità, fino talvolta ad oltre il doppio del livello attuale”*. Per quanto di interesse, continuava la nota tecnica: *La nuova normativa prevede, infatti, l’abbassamento del grado minimo indennizzabile dall’11% al 6%, l’estensione della tutela a tipologie di danni prima non contemplate ed una maggiore personalizzazione dell’indennizzo. Sotto altro versante, va sottolineato che il nuovo sistema amplia le garanzie per il datore di lavoro in quanto, essendo fornita una copertura assicurativa del danno biologico di origine lavorativa, viene conseguentemente esteso l’esonero del datore di lavoro dalla responsabilità civile.*

A prescindere da considerazioni in ordine ai costi della riforma, non di competenza di questo

¹²Numero degli indennizzi costituiti per esercizio - Dati Inail da Consulenza Statistico Attuariale - Settore Finanziario e Prestazioni.

¹³Numero delle rendite costituite per esercizio - Dati Inail da Consulenza Statistico Attuariale - Settore Finanziario e Prestazioni.

contributo, anche la distribuzione tra indennizzi in capitale e indennizzi in rendita conferma le previsioni di riforma.

In questi anni sono state rilanciate da più parti ipotesi di modifica del sistema innovato con il D.lgs. 38/2000. In particolare, si è richiesta una riduzione della soglia di franchigia e un abbassamento della percentuale in coincidenza della quale erogare un indennizzo sotto forma di rendita.

Va detto come quest'ultima proposta amplificherebbe quelle perplessità e quelle incongruenze che l'automatismo di attribuzione del coefficiente già oggi solleva, per i casi attestati nella fascia 16 - 25%. All'opposto, ampliare l'ambito dei casi tutelati con una rendita, garantirebbe un miglioramento della tempestività di tutela, verificato che la valutazione e l'erogazione della prestazione per tutti i casi in rendita viene effettuata nell'immediatezza della ripresa lavorativa e non sconta l'intervallo di tempo che l'accertamento provvisorio impone per tutti i casi i quali, invece, ricadono tra il 6% ed il 15%. Inoltre la costituzione della rendita per un maggior numero di casi sarebbe elemento di tutela riequilibrio a favore dell'Istituto. Questi infatti, diversamente dalla situazione attuale che non consente di retrocedere le somme erogate per casi dal sei al quindici per cento, anche in presenza di miglioramento, potrebbe più efficacemente esercitare l'azione di revisione se anche casi attestati al dieci per cento ricadano in rendita. L'argomento sarà ripreso più oltre.

In ordine, invece, al primo aspetto delle ipotesi di riforma di questi ultimi anni, vale a dire l'abbassamento della soglia di franchigia per l'emergenza del caso all'indennizzo, l'esame condotto su natura e tipologia delle menomazioni stimate in misura del 5% ed anche, del 4%, conferma la bontà di tale orientamento. Infatti, dette menomazioni (4% e 5%), sotto il profilo medico legale, non giustificano né assumono caratteri tali da giustificare quella irrilevanza sociale del pregiudizio biologico, all'epoca individuata dal Legislatore per sostenere l'imposizione della soglia di franchigia.

Oltre ad aumentare la platea degli assicurati indennizzati per un singolo evento (diversa è la questione se trattasi di cumulo di menomazioni policrome) un abbassamento della soglia di franchigia avrebbe effetti positivi anche su tutte quelle vertenze pendenti tra il lavoratore ed il datore di lavoro, sgravando quest'ultimo, ovvero il responsabile civile da lui chiamato a rispondere del fatto, di tutte le menomazioni valutabili al 5%, ovvero al 4%, in quanto già tutelate dall'Inail. È pur vero che resterebbe sul campo di un eventuale contenzioso tra le parti la questione relativa al danno differenziale, ma proprio l'entità residuale nei casi delle micropermanenti in discussione, sanerebbe di per se stessa la lite, svilendo il valore di qualsivoglia contenzioso.

Detto in premessa del carattere sperimentale della riforma di cui all'art. 13 del decreto legislativo e delle proposte di modifica appena sopra richiamate, sempre nell'ottica di una revisione dell'impianto normativo, alcune osservazioni possono essere riservate agli istituti pure innovati dalla novella legislativa in questione.

Rilevanti, al riguardo, appaiono:

a – l'istituto dell'indennizzo in capitale,

- b – l'istituto dell'accertamento provvisorio,
- c – la disciplina dell'aggravamento.

In tema di indennizzo in capitale l'andamento del portafoglio rendite, l'immediatezza della tutela per ristoro in capitale e la garanzia del periodo revisionale consentono di affermare che la riforma ha portato una reale favorevole innovazione di gestione e di prestazioni. Correlata a detta modalità di erogazione della prestazione economica è poi la procedura dell'accertamento provvisorio. Questo ultimo sin dalle prime battute ha rappresentato, però, un momento di criticità della tutela in ragione del lungo lasso di tempo (sino a 12 mesi) entro il quale il lavoratore era tenuto a riprendere il lavoro anche senza alcun indennizzo. In altri termini, stante l'iniziale dettato:

- non si poteva ritenere le lesioni subito stabilizzate al punto da essere immediatamente indennizzate come permanenti,
- non era erogabile un'indennità per danno biologico temporaneo,
- il lavoratore poteva essere privato anche dell'acconto previsto dalla disciplina.

Quest'ultimo passaggio è stato corretto, anche a seguito delle segnalazioni ripetute e sollecite che gli Enti di Patronato, pervenute nel corso dei Tavoli tecnici (attivati da Inail nell'immediatezza dell'avvio della riforma).

Pertanto, la soluzione proposta, vale a dire non poter rinviare un paziente ad accertamento definitivo oltre i sei mesi senza necessariamente erogare un acconto in misura comunque pari o superiore al sei percento (6%), ha costituito la giusta, ancorché parziale, correzione della criticità. D'altronde, procedere ad un'erogazione di capitale sulla base di una obiettività non ancora stabilizzata, come di norma avviene se l'accertamento medico legale venisse perfezionato al momento dell'interruzione della inabilità temporanea assoluta (I.T.A.), cioè alla ripresa del lavoro, può portare ad una valutazione non corretta, amplificata e comunque ingestibile in caso di evento successivo.

Si coglie qui l'occasione per rappresentare, al riguardo, un'altra incongruenza osservata nella comune attività di monitoraggio.

Essa riposa nella circostanza che un primo danno valutato intempestivamente, in presenza di una successiva lesione, effettuando il cumulo di entrambi gli eventi, potrebbe portare ad una valutazione inferiore o pari a quella incongruamente attribuita al solo primo pregiudizio. Ne deriva evidente che la valutazione di un primo qualsiasi nocumento deve essere effettuata a postumi realmente stabilizzati e tale principio resta imprescindibile per tutti i casi che prevedono l'indennizzo in capitale. L'erogazione di una rendita e la facoltà di procedere ad una prima revisione, a distanza anche di sei mesi, garantisce invece quell'imparzialità tecnica del giudizio medico legale e quella attesa garanzia di oggettività e di omogeneità della tutela. È per tale ragione che la lettura della casistica generale degli eventi indennizzati in capitale pone pochi casi sulla soglia percentuale del quindici (15%). Per questi, infatti, la questione relativa al cumulo dei danni si impone in misura più importante trascinandosi con sé oltre a problematiche relative alla non retrocedibilità dell'indennizzo erogato, anche quelle, ancora più stridenti, di una mancata costituzione di rendita, passaggio atteso ed impregiudicato da qualsivoglia lavoratore che subisca

un secondo evento. Per questi postumi, nota la imponderatezza di assegnazione di più o meno un punto, è quindi giustificata la prudenza e la lungimiranza dei sanitari che declinano la menomazione nella misura del sedici (16%) salvo poi revisionare il danno nell'intervallo di tempo più breve consentito dalla normativa. In questo modo, per le sequele realmente bisognose, si realizza una sorta di compenso in termini di danno biologico temporaneo, finalizzato alla migliore erogazione dell'indennizzo permanente e ad accompagnare nella fase di ripresa quei processi riabilitativi altrimenti scotomizzati dalla normativa in parola.

La terza questione è quella relativa alla disciplina dell'aggravamento. Il richiamo della novella legislativa del 2000 a tempi e modalità consolidate, secondo previsioni del T. U. 1124 del 1965, integrata da una sostanziale novità (di cui si dirà appresso) ha consentito di realizzare un impianto revisionale soddisfacente.

La personale attività di monitoraggio, fondata essenzialmente sull'osservazione clinica di quelle complicazioni aggravanti l'iniziale postumo, in misura rilevante anche dopo il decennio o quindicennio, ha però fatto emergere l'esigenza che nel novero delle patologie per le quali può essere richiesta sempre una revisione passiva, possano esserne inserite di altre.

Allo stato, infatti, la previsione di cui al comma 4 dell'art. 13 riguarda: malattie infettive e parassitarie, tumori, silicosi ed asbestosi e circoscrive l'opzione di aggravamento ai casi definiti senza postumi o con postumi solo indennizzati in capitale.

Esperienza valutativa e di monitoraggio, confortando l'assunto di una più lunga sopravvivenza degli organi trapiantati (più frequentemente renale, ma anche cardiaco e di fegato) ma anche di evoluzioni grandemente più sfavorevoli per quadri infettivi o pneumopatie, hanno posto la questione di consentire una duplice modifica. La prima riguarderebbe l'ampliamento dell'istituto di "revisione illimitata" anche a quadri diversi da quelli oggi previsti, ricomprendendo anche le menomazioni da trapianto. La seconda estendendo il beneficio anche a quelle condizioni indennizzate in rendita.

In tal senso, per le malattie neoplastiche, per la silicosi e l'asbestosi, per le malattie infettive e parassitarie ed anche per le menomazioni da trapianto di organo la domanda di aggravamento, ai fini della liquidazione di un nuovo indennizzo, potrà essere presentata anche oltre i limiti temporali di cui sopra, con scadenze quinquennali dalla precedente revisione.

D'altronde, la scienza ed esperienza offrono oggi tutta una serie di spunti in tal senso, suggerimenti che devono essere necessariamente raccolti in ambito legale-accertativo-indennitario. Le modifiche auspicabili si attestano su un duplice versante. Il primo inteso ad ampliare l'istituto di questa "revisione illimitata" a patologie ulteriori (ad esempio gli esiti dei trapianti viscerali). Il secondo inteso ad estendere la facoltà, oggi riservata a postumi sotto franchigia di rendita, anche agli esiti di quelle specifiche menomazioni, già valutati con punteggio uguale o superiore al sedici percento (16%). *Affine e, per alcuni versi, correlata alla questione revisionabilità della malattia è la questione recentemente enunciata dall'Istituto con atto ufficiale. La circolare Inail n. 5 del 21 gennaio 2014 affronta le ricadute della sentenza della Corte costituzionale 12 febbraio 2010, n. 46 in tema di articolo 137 del D.P.R. n. 1124 del 30 giugno 1965.*¹⁴

¹⁴Il testo di interesse è riportato in Appendice 3.

3.3 Questioni particolari d'interesse medico legale

Prima di completare la presente analisi, affrontando gli aspetti inerenti al dato numerico degli accertamenti di primo grado e di opposizione (collegiali e giudizio), giova soffermarsi su un passaggio dell'articolo 13 del decreto che ha offerto spunti interpretativi assai controversi.

Ci si vuole riferire al comma 6 attraverso il quale il legislatore ha composto la questione relativa ai rapporti tra danni indennizzati ricadenti in regime "danno biologico" e preesistenze lavorative in rendita ai sensi del T.U. n. 1124/65.

L'art. 13, 6° comma, prevede due differenti situazioni, contenute rispettivamente nel primo e nel secondo capoverso:

- il primo capoverso testualmente recita: *"il grado di menomazione dell'integrità psicofisica causato da infortunio sul lavoro o malattia professionale, quando risulti aggravato da menomazioni preesistenti concorrenti derivanti da fatti estranei al lavoro o da infortuni o malattie professionali verificatisi prima della data di entrata in vigore del decreto ministeriale di cui al comma 3 e non indennizzati in rendita, deve essere rapportato non all'integrità psicofisica completa, ma a quella ridotta per effetto delle preesistenti menomazioni, il rapporto è espresso da una frazione in cui il denominatore indica il grado d'integrità psicofisica preesistente e il numeratore la differenza tra questa ed il grado d'integrità psicofisica residuo dopo l'infortunio o la malattia professionale"*.
- Continua il comma: *"Quando per le conseguenze degli infortuni o delle malattie professionali verificatisi o denunciate prima della data di entrata in vigore del decreto ministeriale di cui al comma 3 l'assicurato percepisca una rendita o sia stato liquidato in capitale ai sensi del T.U., il grado di menomazione conseguente al nuovo infortunio o alla nuova malattia professionale viene valutato senza tenere conto delle preesistenze. In tale caso, l'assicurato continuerà a percepire l'eventuale rendita corrisposta in conseguenza di infortuni o malattie professionali verificatisi o denunciate prima della data sopra indicata"*.

La vicenda interpretativa ha sollevato *medio tempore* riflessioni medico legali¹⁵ e pronunce giurisprudenziali¹⁶.

In realtà, è del tutto condivisibile quanto precisato dall'Istituto a seguito delle richieste di chiarimenti. Nella specie, la formulazione letterale della disposizione di cui si tratta, facendo riferimento al *"grado di menomazione conseguente al nuovo infortunio o alla nuova malattia professionale"* lascia chiaramente intendere che il danno da indennizzare è esclusivamente la menomazione ricadente nel regime danno biologico in se considerata, vale a dire solo il pregiudizio secondario

¹⁵Si segnala al riguardo il pregevole contributo congressuale Maira et al. (*Revisione critica del 6° comma dell'art. 13 del D.lgs. 38/2000: legittimata la duplicazione d'indennizzo? Aspetti medico legali e giuridici del problema della valutazione complessiva di danni biologici intervenuti su preesistenze indennizzate in rendita ex t.u., interessanti la stessa sede anatomica o sistema organo funzionale* Maira, G.G., Di Salvo, L., Albano, N., Di Stefano, E., in Atti VIII Convegno Nazionale di Medicina Previdenziale, Milano, Edizioni Inail 2011).

¹⁶Sempre gli Autori del contributo citato riportano: *Si guardi ad esempio il caso deciso con Sentenza di II grado del Tribunale di Palermo n. 29 del 19/02/2009 relativa ad un reddituario ex T.U. con rendita mista ultraquindicennale cristallizzata, erogata per broncopatia da gas nitrosi, valuta nella misura dell'11% ed esiti di infortunio lavorativo, con una valutazione complessiva del 35%*.

alla lesione patita o denunciata in regime di danno biologico.

Ciò comporta che:

- a – la preesistenza già indennizzata ex testo unico (T.U. 1124/65) non deve essere presa in considerazione per aggravare la menomazione successiva, ricadente nel regime danno biologico, mediante l'applicazione della formula Gabrielli;
- b – la menomazione ricadente nel regime danno biologico deve essere discriminata dalla preesistenza concorrente già indennizzata ai sensi del T.U., anche ricorrendo a criteri di presunzione medico legale;
- c – nei casi in cui non fosse possibile tale discriminazione, la determinazione del nuovo danno sarà il risultato dello scorporo dei postumi conseguenti all'evento lesivo ricadente nel regime T.U. – valutati con la nuova Tabella delle menomazioni – dalla percentuale di invalidità che la stessa Tabella prevede per la menomazione attribuita alla situazione di pregiudizio complessivamente venutasi a creare per effetto del concorso degli eventi lesivi.

Ovviamente, tenuto conto della variabilità nel tempo dei postumi, pure originariamente considerati come permanenti e, soprattutto, avuto riguardo del “rimodellamento funzionale” del segmento o dell'organo che segue alla riabilitazione sociale-relazionale e lavorativa ed alla capacità di vicarianza che ogni sistema biologico è in grado di riconquistare dopo una lesione, il risultato dello scorporo, tra infermità complessiva e minorazione precedente potrà essere motivatamente corretto in ragione della maggiore valenza biologica che il segmento corporeo residuo all'evento accaduto in regime T.U. aveva assunto per le ragioni cennate. Resta fermo, infine, che qualora una menomazione ricadente nel nuovo regime concorra con un postumo vecchio regime già indennizzato, e nel complesso i due danni comportino la perdita assoluta della funzione svolta dall'apparato, dal senso o dall'organo, la valutazione della menomazione dovrà rispettare il valore tabellato previsto per la perdita totale, anche se il soggetto risulta già indennizzato, e continuerà a percepire una rendita, per la perdita parziale del medesimo apparato, senso o organo. In questi casi, infatti, la perdita dell'intera funzione va al di là della perdita di singole parti di esso e la valutazione percentuale ultima deve interpretare tale massimo pregiudizio funzionale.

D'altronde, i principi e criteri direttivi enunciati dalla legge di *delegazione vanno ricostruiti tenendo conto della disciplina complessiva e delle finalità che ispirano la delega, laddove il rimettente si è riferito alla sola lettera s) dell'art. 55, comma 1, della legge n. 144 del 1999, avulsa dal suo contesto. Nel caso di specie, la complessiva revisione del sistema di indennizzo prima vigente si poneva come imprescindibile presupposto logico-giuridico per il razionale esercizio della delega, al fine di evitare che una operazione meramente additiva producesse eccessi di indennizzo in alcuni casi o vuoti di tutela in altri. Ad avviso dell'Istituto previdenziale, la norma impugnata, a differenza di quanto previsto dall'art. 74 del D.P.R. n. 1124/1965, che poneva a fondamento del diritto alla rendita la perdita dell'attitudine al lavoro, commisurava le prestazioni indennitarie al grado di accertata menomazione dell'integrità psico-fisica. D'altra parte, diverse sono anche le conseguenze – sotto il profilo della misura, della tipologia e dell'oggetto delle prestazioni indennitarie – delle distinte tipologie di postumi permanenti prese in considerazione dai due regimi. Ne consegue che la situazione del soggetto colpito da due eventi lesivi ricadenti in diverso*

regime, e quindi portatore di inabilità disomogenee, non è sovrapponibile a quella del soggetto che sia stato colpito da più eventi lesivi ricadenti nello stesso regime.

3.4 Osservazioni sugli aspetti quantitativi degli accertamenti medico legali

Venendo ora ad una riflessione sui temi quantitativi delle procedure di valutazione medico legale è indicato ribadire, in via propedeutica all'analisi, quali erano le previsioni di massima stimate dall'Istituto alle soglie della riforma in discussione.

La circolare n. 57/2000 riportava al riguardo (paragrafo 1.4 - **Effetti migliorativi del nuovo sistema indennitario**):*“Considerata nel suo complesso, l'attuazione della nuova disciplina indennitaria comporta l'erogazione di maggiori prestazioni economiche per circa 370 miliardi, secondo l'intesa raggiunta al Tavolo di concertazione con le parti sociali e recepita dal legislatore. Ciò è conseguenza di un ampliamento dei casi di invalidità permanente indennizzabili, che si stima passeranno da 37.000 a 54.000 all'anno, e di un generalizzato miglioramento del livello delle prestazioni, segnatamente per i casi di maggiore gravità, fino talvolta ad oltre il doppio del livello attuale. La nuova normativa prevede, infatti, l'abbassamento del grado minimo indennizzabile dall'11% al 6%, l'estensione della tutela a tipologie di danni prima non contemplate ed una maggiore personalizzazione dell'indennizzo. Sotto altro versante, va sottolineato che il nuovo sistema amplia le garanzie per il datore di lavoro in quanto, essendo fornita una copertura assicurativa del danno biologico di origine lavorativa, viene conseguentemente esteso l'esonero del datore di lavoro dalla responsabilità civile”.*

Ebbene, esaminati i dati relativi agli eventi indennizzati in capitale e in rendita nel corso del decennio, in accordo con le previsioni della Consulenza Statistico Attuariale, una generazione di casi indennizzati si consolida nel corso di più anni ed assume una connotazione sufficientemente stabile al quinquennio. Tale andamento si è confermato, appunto, anche per il danno biologico in ragione non solo della tempistica in esaurimento nel periodo di inabilità temporanea (assai lungo per i casi più gravi e/o complicati) ma anche per la cronologia di accertamenti in opposizione (collegiale medica) ed a seguito di procedimenti giudiziari. Va altresì rilevato che la prima fase di accertamento dell'evento è gravata altresì dalle necessità di regolarizzazione amministrativa (in particolare malattie professionali ed infortuni in itinere).

Con tutte le richiamate limitazioni di osservazione sul campione consolidato, si rileva dai dati offerti come nella prima fase di applicazione del D.lgs. n. 38/2000 le valutazioni abbiano conosciuto estrema rigosità riflettendosi in termini di minori indennizzi a parità di casi denunciati. Siffatto andamento è stato corretto in via diretta nell'arco di un paio di anni ed in via indiretta attraverso collegiali e aggravamenti, presentando successivamente un andamento omogeneo. Se osserviamo i dati degli eventi (infortuni e tecnopatie) in base alla tipologia d'indennizzo relativi agli ultimi cinque anni (2008-2012) si rileva un ulteriore secondo elemento di riflessione derivante dal rapporto inversamente proporzionale tra eventi denunciati e numero di indennizzi sia essi in capitale che in rendita (Tabelle DB 1 e DB 2).

Unica anomalia apparente del trend richiamato è costituita dal dato 2012 per il quale la caduta degli eventi denunciati è tale da ridurre anche il correlato numerico delle prestazioni.

Ebbene, il dato che emerge è il trend in crescita del numero assoluto di indennizzi, passati dai 36.693 del 2008 ai 40.259 del 2012 ma, in realtà, grandemente aumentati nei tre anni centrali (2009-2010-2011), quando il numero di indennizzi ha anche sfiorato le 44.000 prestazioni (43.879 nel 2011).

Tabella 3 - Totale denunce d'infortunio e di malattie professionali anni 2008-2012 ¹⁷

Anno	Totale
2008	996.171
2009	914.022
2010	915.454
2011	866.044
2012	792.333

Tabella 3.1 - Totale denunce di malattie professionali ANNI 2008-2012 ¹⁸

Anno	Totale	Variazione % rispetto all'anno precedente
2008	31.473	-
2009	36.094	12,8
2010	44.154	9,2
2011	48.458	8,9
2012	47.417	-2,2

Tabella 3.2 - Totale denunce d'infortunio anni 2008 - 2012 ¹⁹

Anno	Totale	Variazione % rispetto all'anno precedente
2008	964.698	-
2009	877.928	-8,99
2010	871.300	-0,75
2011	817.586	-6,16
2012	744.916	-8,89

¹⁷Dati desunti dalla *Appendice Statistica, in Relazione Annuale 2012 del Presidente, Inail, ed. 2013*

¹⁸*ibid*

¹⁹*ibid*

Tabella 3.3 - Totale casi d'infortunio accertati positivi anni 2008-2012²⁰

Anno	Totale
2008	665.705
2009	606.873
2010	600.411
2011	559.504
2012	496.079

Tabella 3.4 - Totale indennizzi in capitale per eventi infortunio anni 2008-2012²¹

Anno	Totale
2008	33.363
2009	33.895
2010	33.295
2011	32.325
2012	28.836

Tabella 3.5 - Totale rendite per eventi infortunio anni 2008-2012²²

Anno	Totale
2008	9.294
2009	9.031
2010	9.098
2011	8.803
2012	8.124

Tabella 3.6 – Andamento nel quinquennio 2008 – 2012 tra eventi infortunio accertati positivi ed eventi infortunio accertati positivi

Anno	Eventi infortuni accertati positivi	Indennizzi complessivi
2008	664.595	42.657
2009	605.862	42.926
2010	599.428	42.393
2011	558.638	41.128
2012	495.289	36.960

È di tutta evidenza come il numero di eventi da infortunio sul lavoro ed *in itinere*, accertati positivi a seguito dell'istruttoria amministrativa e medico legale, analogamente a quanto osservato

²⁰Dati desunti dalla Appendice Statistica, in *Relazione Annuale 2012 del Presidente, Inail, ed. 2013*

²¹Numero degli indennizzi costituiti per esercizio - Dati Inail da Consulenza Statistico Attuariale - Settore Finanziario e Prestazioni.

²²*ibid*

per le denunce di eventi, ha conosciuto nel periodo un decremento progressivo solo in parte congruente con l'andamento dei relativi indennizzi. Qualche informazione in più ai fini delle riflessioni che seguiranno ci è fornita dai dati appresso segnalati relativi alle prestazioni distinte per settore (industria/agricoltura) e, all'interno di questi, per grandi categorie di eventi tutelati (infortuni/malattie professionali/ speciali gestioni).

Tabella 3.7 Numero delle rendite costituite per esercizio - Settore Industria

Anno	Infortuni	Malattie Professionali	Silicosi Asbestosi	Totale
2001	9.524	3.200	331	13.055
2002	8.431	3.275	280	11.986
2003	7.581	2.962	287	10.830
2004	7.790	2.690	286	10.766
2005	6.906	1.903	229	9.038
2006	7.452	2.107	294	9.853
2007	7.825	2.162	258	10.245
2008	8.273	2.528	272	11.073
2009	7.720	2.883	276	11.131
2010	7.921	3.445	307	11.673
2011	7.579	3.474	270	11.323
2012	6.956	3.559	269	10.784

Tabella 3.7.1 Numero delle rendite costituite per esercizio - Settore Agricoltura

Anno	Infortuni	Malattie Professionali	Totale
2001	1.417	178	1.595
2002	1.158	168	1.326
2003	1.005	125	1.130
2004	956	100	1.056
2005	888	79	967
2006	957	107	1.064
2007	1.039	100	1.139
2008	1.021	158	1.179
2009	1.059	263	1.322
2010	1.177	444	1.621
2011	1.224	618	1.842
2012	1.168	709	1.877

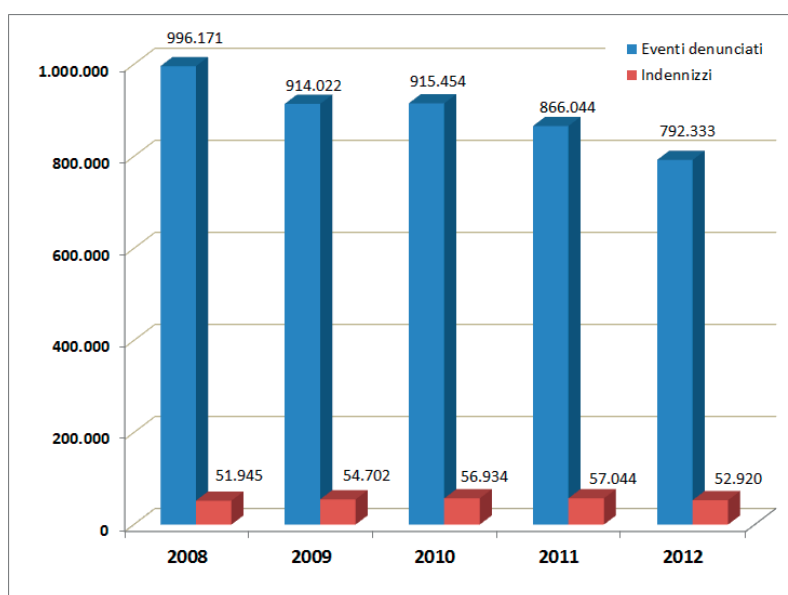


Figura 3.1

L'andamento in crescita degli indennizzi, sebbene possa suscitare qualche perplessità correlata ad un sistema non adeguatamente controllato, come sembrerebbe dal grafico 1, è essenzialmente il risultato dell'effetto di tre principali fattori.

Il primo, più rilevante, è dovuto al cumulo di più eventi infortunistici e/o tecnopatici accaduti ad un medesimo lavoratore in un decennio. Ciò ha portato a fare emergere all'indennizzo anche eventi con pregiudizio biologico inizialmente attestatosi al di sotto della soglia di franchigia. Depone in tal senso l'aumento degli indennizzi in capitale rispetto alla sostanziale stabilità nelle rendite.

Al riguardo, una ricognizione condotta sul sistema Cartella clinica, pure non esaustiva né precisa rispetto ai dati provenienti dalla Consulenza Statistico Attuariale, ha consentito di verificare il numero di accertamenti, originariamente attestantisi sul range 1 – 5%, i quali seguito da un altro evento hanno dato luogo ad un cumulo percentuale indennizzabile, vale a dire dal 6% in poi. Tale indagine condotta su un campione davvero significativo e vicino al complessivo emergente nel decennio, ha mostrato un numero di oltre 20.000 casi che hanno avuto una evoluzione percentuale per cumulo di 2 o più eventi tutti realizzatisi nel decennio. Nel dettaglio la rilevazione ha mostrato i dati come da tabella sottostante.

Tabella 4 – Rappresentazione dell'andamento evolutivo delle menomazioni

Danno originario	Numero dei casi evoluti all'indennizzo
1%	1.951
2%	5.926
3%	5.080
4%	5.460
5%	2.144
Totale	20.561

Il secondo elemento va ricondotto ad una lettura “più matura” degli strumenti di valutazione che, tuttavia, in alcuni casi può anche aver esorbitato quelli che erano i criteri di una obiettiva, rigorosa, stima medico legale.

Il terzo elemento è relativo all'incremento delle malattie professionali che di norma comportano un danno alla persona più frequentemente indennizzabile.

In tal ottica va altresì dettagliato come gli indennizzi per danni da malattie professionali sia quasi raddoppiato passando da 6.331 a 11.423 nel 2012.

In ogni caso, le considerazioni appena proposte non possono non costituire motivo di un più stringente monitoraggio e controllo gestionale sanitario laddove il dato generale derivato dal raffronto tra andamento degli indennizzi e numero di denunce degli eventi professionali continuasse ad essere non riconducibile a dinamiche fisiologiche.

Infatti, dalla lettura dei dati proposti e riassunti nelle tabelle gli eventi denunciati sono stati 996.171 nel 2008 e 792.333 nel 2012 con un calo del 20,56% realizzatosi attraverso decrementi progressivi, ancorché incostanti, nelle diverse annate (fatta eccezione per il 2010).

Il dato degli indennizzi ha conosciuto, invece, un andamento contrario, vale a dire crescente rispetto agli eventi denunciati. Peraltro, se il dato 2012 è solo incrementato di poco meno del 2% rispetto agli indennizzi totali erogati nel 2008, l'immatùrità del campione 2012 (molti casi, in genere quelli più gravi, sono ancora in istruttoria) non rende giustizia del trend decisamente in ascesa delle prestazioni indennitarie. Confortano tale assunto i dati relativi alle altre annualità che mostrano aumenti tra il 5% ed il 10%.

Un'ultima osservazione in ordine al dato numerico di prestazioni è quello relativo ad un bilanciamento dei casi di rendita rispetto a quelli di capitale. Le ragioni dell'importante numero di casi in rendita non trova una apparente giustificazione rispetto alla previsione massima di 9.000 eventi. In realtà, detta previsione fu all'epoca fondata su uno studio comparativo tra i dati vigenti nel sistema tabellare di cui al Testo Unico n. 1124 del 1965 e quello che doveva essere il futuro mondo del danno biologico. L'entità dei nuovi pregiudizi (danno estetico, danno sessuale, danno anatomico) hanno costituito, invero, elementi menomativi e sub-menomativi di tale importanza da cumulare all'interno delle fasce di indennizzo in rendita molti più danni rispetto ai prevedibili.

3.5 Spunti di interesse medico legale in tema di Collegiali

Al fine di meglio comprendere le dinamiche evolutive delle prestazioni economiche in regime di danno biologico, lo studio del fenomeno ha riguardato anche il monitoraggio delle collegiali mediche proposte per opposizione alla valutazione medico legale. Per tale aspetto, purtroppo, non sono disponibili dati complessivi, costanti e finalizzati. Pertanto, i commenti di seguito proposti scontano una certa incompletezza numerica e di dettaglio, posto che trattasi di “dati lavoro” consegnati e finalizzati a tavoli tecnici, ancorché istituzionali tra Inail e Patronati.

Assumendo come fondamento della rilevazione quella riguardante il secondo semestre 2010 può osservarsi, innanzitutto, che gli esiti concordi delle collegiali espletate sono elevatissimi raggiungendo percentuali superiori al 90% (Trentino, Piemonte, Veneto) e valori minimi, comunque superiori al 60%, in Emilia Romagna e Lazio. Il tasso medio nazionale è pari all’80,1% sostanzialmente analogo a quello degli anni precedenti nel corso dei quali aveva raggiunto anche percentuali dell’84,1% (primo semestre del 2007).

A fronte di un esito concorde così elevato permangono invariate criticità derivanti dal ricorso giudiziario costantemente elevato in alcune regioni (aspetto ripreso in seguito). L’osservazione dei dati relativi alle collegiali mediche fa emergere anche un ulteriore elemento legato alla efficacia dell’intervento del Patronato rispetto ad altri soggetti. Una rilevazione del primo semestre 2009, pari ad un quinto dei casi discussi, mostra le seguenti variazioni di grado, per le collegiali con intervento del Patronato:








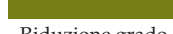
- un quinto dei casi con aumento pari a 1%;
- un quarto [26%] dei casi con aumento del 2%;
- un decimo [11%] dei casi con aumento del 3%;
- quasi un sesto [15%] dei casi con aumento di 4 o più percentili.

Le considerazioni appena cennate danno evidenza del fatto che in tema di monitoraggio della procedure di collegiale la questione medico legale è assai più complessa, sia in ragione della diversa disciplina di queste rispetto agli istituti normativi ordinari, sia perché la rigosità dottrinarie e scientifica che governa le definizioni originarie trova nella finalità della collegiale un inevitabile e comprensivo temperamento. Tuttavia, come emerge anche dalle sintesi e dai campioni appresso riportati (Tabb. Coll. 1, 2, e 3) ciò non ha mai significato una deroga sostanziale ai principi regolatori delle buone prassi medico-legali.

Tabella Collegiali 1 – Modifiche ed andamento delle menomazioni in corso di contenzioso amministrativo

ANALISI DELLE VARIAZIONI DI GRADO DOPO LO SVOLGIMENTO DELLA OPPOSIZIONE/COLLEGIALE (rilevazione al 1° semestre 2009)

grado ante collegiale	grado post collegiale																Totale		
	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15		16÷100	
0	32	7	17	13	4	2	15	1	2		1	1	1		1	1	8	106	
1		30	45	23	12	2	6	1	1	1								121	
2			117	132	120	14	64	9	5	4	2	2					3	472	
3				166	207	61	185	27	9	8	4		1	2	1		5	676	
4					2	1	262	119	576	65	30	6	8	4	3	2	1	6	1.085
5						1		54	127	33	11	4	3	5	2	1	3	244	
6							1		230	480	375	135	79	25	25	10	3	3	1.383
7									104	209	176	76	35	23	8	2	1	7	641
8										117	156	231	79	58	14	6	2	15	678
9											65	108	100	54	22	9	2	14	374
10												80	93	165	68	32	16	48	503
11													1	66	80	96	42	18	328
12														64	60	91	24	87	326
13															40	70	47	66	223
14																49	42	74	165
15																	25	63	88
da 16 a 100													1		1		1	2.280	2.283
Totale	32	37	182	337	605	252	1.203	720	759	555	594	410	477	321	308	183	2.721	9.696	

	conferma grado	N.	%
	franchigia = franchigia	1.501	15,5
	franchigia → ind. in capitale	778	8,0
	franchigia → ind. in rendita	1.236	12,7
	ind. In capitale → ind. In capitale	25	0,3
	ind. In capitale → rendita	3.450	35,6
	rendita → rendita	416	4,3
	Riduzione grado	2.280	23,5
		10	0,1
		9.696	100,0

Pur con tutte le riserve appena cennate, stanti le modifiche del grado percentuale per alcuni versi inattese, richiamata l'ordinarietà delle ricorrenze per le specifiche menomazioni, in ogni caso, i dati emersi impongono un progetto di studio ed un'azione di monitoraggio delle procedure di collegiale, rinviando, ad un'analisi completa ed affidabile, giudizi e modifiche procedurali, laddove necessari.

Tabella Collegiali 2
Monitoraggio delle collegiali con esito discorde per variazioni di grado senza intervento patronato
(rilevazione al 1° semestre 2009)

Regioni (valori assoluti)	In dimi- nuzione	In con- ferma	In Aumento							Totale (*)
			1	2	3	4	5	oltre 5	totale	
PIEMONTE	0	10	1	0	0	0	0	0	1	11
VALLE D'AOSTA	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
LOMBARDIA	0	48	0	1	0	0	0	0	1	49
BOLZANO	0	2	0	0	0	0	0	0	0	2
TRENTO	0	1	0	1	0	0	0	0	1	2
VENETO	0	14	1	1	0	0	0	0	2	16
FRIULI V. G.	0	3	0	0	0	0	0	0	0	3
LIGURIA	0	11	0	0	0	0	0	0	0	11
EMILIA ROMAGNA	0	103	0	0	0	0	0	0	0	103
TOSCANA	1	28	1	1	1	1	0	0	4	33
UMBRIA	0	13	6	15	11	8	10	9	59	72
MARCHE	0	15	16	17	17	11	9	8	78	93
LAZIO	0	9	19	61	28	17	14	36	175	184
ABRUZZO	0	4	22	30	11	11	7	9	90	94
MOLISE	0	2	1	2	2	0	0	0	5	7
CAMPANIA	0	29	34	58	46	17	7	30	192	221
PUGLIA	0	11	18	45	32	15	7	16	133	144
BASILICATA	0	2	7	6	5	2	0	4	24	26
CALABRIA	0	10	15	34	28	14	9	23	123	133
SICILIA	0	45	52	95	59	37	23	36	302	347
SARDEGNA	0	9	2	8	4	5	2	14	35	44
ITALIA	1	369	195	375	244	138	88	185	1.225	1.595

Tabella Collegiali 3
Monitoraggio delle collegiali con esito discorde per variazioni di grado con intervento patronato
(rilevazione al 1° semestre 2009)

Regioni (valori assoluti)	In dimi- nuzione	In con- ferma	In Aumento							Totale (*)	
			1	2	3	4	5	oltre 5	totale		
PIEMONTE	0	64	1	0	0	0	0	0	1	2	66
VALLE D'AOSTA	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	1
LOMBARDIA	0	105	0	0	0	0	0	0	0	0	105
BOLZANO	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
TRENTO	0	3	0	0	0	0	0	0	1	1	4
VENETO	0	55	1	1	0	1	0	0	0	3	58
FRIULI V. G.	0	5	1	0	0	0	0	0	0	1	6
LIGURIA	0	68	0	0	0	0	0	0	0	0	68
EMILIA ROMAGNA	1	529	6	5	1	0	0	0	1	13	543
TOSCANA	0	180	3	4	4	2	1	0	0	14	194
UMBRIA	0	63	2	0	0	1	1	0	1	5	68
MARCHE	1	157	1	0	2	1	0	0	0	4	162
LAZIO	0	136	0	1	0	0	0	1	0	2	138
ABRUZZO	0	98	4	0	2	0	0	0	1	7	105
MOLISE	0	7	0	1	0	0	0	0	0	1	8
CAMPANIA	1	56	2	0	0	0	0	0	0	2	59
PUGLIA	1	208	3	2	0	0	0	0	1	6	215
BASILICATA	0	18	1	0	0	0	0	0	0	1	19
CALABRIA	0	23	0	1	0	0	0	0	1	2	25
SICILIA	0	137	1	2	0	0	0	0	1	4	141
SARDEGNA	0	18	0	0	0	0	0	0	0	0	18
ITALIA	4	1.931	26	17	9	5	3	8	68	2.003	

Ultima notazione a margine delle ultime due tabelle proposte va riservato alle modalità di patrocinio ed ai risultati delle stesse. Peraltro, se già per il campione generale si è richiamata la necessità di un dato quantitativamente più affidabile, tanto più devono formularsi riserve interpretative sul dato numerico relativo alle attività di collegiale con e senza intervento del Patronato (Tabelle Collegiali 2 e 3). L'elemento che meriterebbe conferma è comunque quello che vede aumenti percentuali importanti (4% o < 4%) quasi doppi in caso di patrocinio di liberi professionisti rispetto ai riscontri ottenuti nelle collegiali con Patronato. Il dato non trova una immediata giustificazione e necessita di approfondimento statistico affidabile e, soprattutto, di un consolidamento negli anni, posto che le collegiali senza intervento dei Patronati sono una esigua novità nel panorama delle procedure Inail.

4 Su alcuni indicatori di qualità del sistema

Nel complesso dei dati osservati e sinteticamente riproposti nelle tabelle, il sistema di valutazione di cui alla riforma legislativa del 2000 ha sostanzialmente centrato i propri obiettivi e risposto adeguatamente alle esigenze di innovazione di tutela che avevano ispirato la riforma medesima. In tal senso, la lettura di insieme fa emergere chiaramente una risposta di omogeneità e tempestività delle valutazioni, principi di qualità attesi nel panorama medico legale caratterizzato da una così profonda innovazione di tutela.

Allo stesso modo, i nuovi istituti hanno garantito l'efficacia e l'efficienza che ci si proponeva di raggiungere, sebbene le stesse non abbiano annullato tutte le criticità alla base della riforma.

Peraltro, una verifica indiretta della affidabilità dell'intero sistema di riforma ci è fornita dai dati relativi al contenzioso giudiziario così come presunti dalle relazioni dell'Avvocatura Generale dell'Inail.

Dalla relazione consuntiva dell'anno 2011 risultano iniziati complessivamente 15.765 procedimenti, nei diversi gradi di giudizio, suddivisi per materia come segue:

% di procedimenti iniziati per materia		
	2011	%
Ancora da determinare	0	0,00
PATRIMONIO - GESTIONE	73	0,46
PATRIMONIO - INVESTIMENTI	15	0,10
PENALE	48	0,30
PERSONALE	355	2,25
PREMI	4.378	27,77
PRESTAZIONI	8.881	56,33
RESPONSABILITÀ CIVILE	1.736	11,01
TRIBUTARIO	22	0,14
VARIE	257	1,63
Totale complessivo	15.765	100,00

Dei 15.765 procedimenti iniziati 13.947 hanno avuto ad oggetto la materia previdenziale. A tale materia, infatti, sono da ascrivere le 8.881 cause per prestazioni, le 4.378 della materia premi e le 688 aventi ad oggetto azioni di regresso.

L'Istituto, quindi, pur gestendo un grande numero di situazioni potenzialmente conflittuali, per di più incidenti su diritti della persona di rilievo costituzionale o, comunque, di considerevole rilevanza economica, contribuisce in misura molto limitata alla generazione del complessivo contenzioso previdenziale.

Peraltro, il numero dei procedimenti complessivamente iniziati nel 2011 fa registrare una diminuzione dell'8,58% rispetto all'anno precedente. Il trend in diminuzione si è ulteriormente accentuato nell'anno 2012 come emerge dai dati preliminari della stessa Avvocatura Generale Inail. Se il dato generale del contenzioso può essere assunto quale indicatore di qualità della

gestione dei processi medico-legali Inail, l'indice di soccombenza ne conforta ulteriormente il valore.

Tabella Avvocatura Generale 1 – Rapporto tra sentenze sfavorevoli su totale sentenze

% sentenze sfavorevoli su totale sentenze - Var. per materia

	Tot sent.	di cui Sfav.	% Sfav.
PATRIMONIO - GESTIONE	32	10	31,25
PATRIMONIO - INVESTIMENTI	17	2	11,76
PENALE	12	2	16,67
PERSONALE	274	54	19,71
PREMI	3.406	826	24,25
PRESTAZIONI	8.257	3.559	43,10
RESPONSABILITÀ CIVILE	582	123	21,13
TRIBUTARIO	45	0	0,00
VARIE	174	28	16,09
Totale complessivo	12.799	4.604	35,97

Desto preoccupazione la circostanza che il numero totale dei procedimenti decisi risulta inferiore a quello dei procedimenti iniziati nello stesso anno. Tale aspetto produce indubbi effetti distorsivi anche sulle procedure medico-legali se si pensa alle intersezioni valutative tra un postumo che permane in giudizio ed un nuovo postumo da computare secondo le previsioni normative (*Applicazione art. 80 T.U. n. 1124/65 immodificato dal D.lgs. n. 38/2000; Istituto Accertamento provvisorio ecc.*).

Provando ad approfondire l'analisi dei dati forniti dall'Avvocatura Generale Inail le prime riflessioni medico-legali sono riservate agli infortuni sul lavoro.

Al riguardo, nell'anno 2011, i procedimenti iniziati in primo grado, relativi a circa 725.000 eventi (definiti al momento della relazione dell'Avvocato Generale), sono stati 3.362 con un indice di litigiosità intorno allo 0,5% [pari a 0,46%].

Il dettaglio dei procedimenti iniziati in primo grado consente di rilevare quali siano le questioni che più di frequente originano il contenzioso.

Tabella Avvocatura Generale 2 – Procedimenti giudiziari I° Infortuni

INFORTUNI - % di procedimenti iniziati in I° grado per sottogruppo

	Num. Proc.	%
ACCERTAMENTO PROVVISORIO	6	0,18
CAUSA VIOLENTA	89	2,65
DECOR. E CALCOLO RENDITA	21	0,62
DECOR. E DURATA TEMPORANEA	123	3,66
FORNITURA PROTESI	6	0,18
INFORTUNI	64	1,90
INFORTUNIO IN ITINERE	146	4,34
INTERESSI E RIV.MONETARIA	8	0,24
LIQUIDAZIONE IN CAPITALE	2	0,06
LIQUIDAZIONE SPESE	10	0,30
NESSO CAUSALE	63	1,87
OCCASIONE DI LAVORO	209	6,22
PRESTAZIONI ACCESSORIE	59	1,75
PRESTAZIONI EX LEGE 248/1976	1	0,03
PRESTAZIONI PER EVENTI PLURIMI	4	0,12
RENDITA SUPERSTITI	101	3,00
REQUISITI SOGGETTIVI	37	1,10
REVISIONE COEFFICIENTE	3	0,09
REVISIONE GRADO	227	6,75
REVISIONE GRADO E COEFFICIENTE	10	0,30
REVISIONE ORDINARIA (EX ART.83 O 137)	65	1,93
REVISIONE PER ERRORE	3	0,09
RIVALUTAZIONE RENDITA	66	1,96
TEMPORANEA NON RICON. DA INPS	10	0,3
VALUTAZIONI POSTUMI	140	4,16
VALUTAZIONI POSTUMI - ADEGUAMENTO CAPITALE	165	4,91
VALUTAZIONI POSTUMI - COSTITUZIONE RENDITA	746	22,19
VALUTAZIONI POSTUMI - INDENNIZZO CAPITALE	978	29,09
Totale complessivo	3.362	100,00

Circa il 70% dei procedimenti ha avuto ad oggetto il dissenso valutativo in ordine alla entità dei postumi, sia in sede di riconoscimento del diritto a prestazioni che di revisione.

Estremamente limitato è, invece, il numero dei ricorsi giudiziari aventi ad oggetto l'attribuzione del coefficiente, nonostante l'oggettiva complessità della materia.

Il basso indice di litigiosità, del quale si è sopra detto, non costituisce, peraltro, una costante su tutto il territorio nazionale, presentando notevoli oscillazioni nelle varie Regioni.

Il dato non differisce in maniera sostanziale anche se rapportato ai procedimenti per malattia professionale. Nella relazione dell'Avvocatura Generale Inail si segnala come corso del 2011 siano stati iniziati n. 3.535 procedimenti di primo grado per malattie professionali su un campione di

46.558 malattie professionali; l'indice di litigiosità (pari a 7,59%) risulta di poco superiore a quello degli infortuni, peraltro con una riduzione di oltre un punto rispetto al 2010. Anche il dato sulle malattie professionali presenta oscillazioni sul territorio di non poco rilievo.

Tabella Avvocatura Generale 3 – Procedimenti giudiziari I° MP

% Procedimenti primo grado iniziati su M.P. manifestatesi nel 2011

(gestioni industria e servizi - agricoltura)

	M.P. manifestate	Procedimenti iniziati	%
AVVOCATURA GENERALE	0	4	
AOSTA	69	3	4,35
ABRUZZO	5.714	489	8,56
BASILICATA	450	37	8,22
CALABRIA	1.422	151	10,62
CAMPANIA	1.641	251	15,30
EMILIA ROM.	7.153	77	1,08
FRIULI V.G.	1.400	11	0,79
LAZIO	1.830	263	14,37
LIGURIA	848	186	21,93
LOMBARDIA	3.124	118	3,78
MARCHE	3.259	176	5,40
MOLISE	241	12	4,98
PIEMONTE	2.091	73	3,49
PUGLIA	2.425	658	27,13
SARDEGNA	3.249	321	9,88
SICILIA	1.522	274	18,00
TOSCANA	5.843	278	4,76
TRENTINO A.A.	644	11	1,71
UMBRIA	1.419	46	3,24
VENETO	2.214	96	4,34
Totale	46.558	3.535	7,59

In definitiva, il danno relativo al contenzioso giudiziario, pur con tutti i limiti di interpretazione dello stesso quale affidabile indicatore di efficacia ed efficienza del sistema indennitario Inail, in maniera inequivoca ha comunque cancellato le ripetute perplessità del mondo esterno, paventate ancor prima della promulgazione del nuovo sistema. Oltre a confutare le previsioni di enorme incremento del contenzioso giudiziario i dati forniti dall'Avvocatura Generale mostrano un fisiologico andamento delle cause sia in termini quantitativi che in termini qualitativi, ed anzi mostrano un progressivo decremento negli ultimi anni. Sotto tale aspetto la verifica del sistema riformato dal D.lgs. n. 38/2000 per tramite del sistema "contenzioso" rassicura sulla bontà indennitaria dello stesso. Tuttavia, l'affidabilità di tale verifica viene in parte posta in discussione da un andamento "patologico" del contenzioso in alcune regioni per le quali si riscontra una mole di nuove cause a fronte, peraltro, di valutazioni percentuali che, seppure solo campionate nel

corso di diverse attività di verifica, risultano ancorarsi ai limiti superiori dei range consentiti dagli strumenti di valutazione. Sempre per tali regioni è altresì vero che più frequentemente risultano intrapresi procedimenti giudiziari per eventi valutati in misura superiore a quella ordinariamente attesa per simili fattispecie.

5 Azioni di rivalsa Danno differenziale – Aspetti d’interesse medico legale

Un’ultima notazione va riservata al complesso sistema di surroga e regresso. Il fenomeno sotto il profilo numerico conosce i seguenti quozienti, desumibili dalla relazione dell’Avvocatura Generale:

Tabella Avvocatura Generale 4 – Procedimenti per rivalse

Serie storica R.C. protocollate

	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011
Totale Rivalse	31.092	28.497	26.056	28.168	26.692	26.671	22.684
di cui Surroghe	22.529	20.218	17.204	17.693	16.366	15.942	13.631
di cui Regressi	7.961	7.566	8.116	9.703	10.326	10.729	8.953

Tabella Avvocatura Generale 5 – Regressi 2011

Regressi protocollati 2011

INFORTUNIO	6.203
MALATTIA PROFESSIONALE	2.750
Totale complessivo	8.953

Inoltre, le azioni di surroga e regresso vedono rappresentare una discreta numerosità anche per quanto attiene alla fase giudiziaria, come bene emerge dai dati della relazione annuale 2011 dell’Avvocatura.

Di seguito i dati dell’Avvocatura Generale che riportano la distribuzione sul territorio delle azioni di regresso e di surroga iniziate nel corso del 2011.

**Tabella Avvocatura Generale 6 – Procedimenti giudiziari
per azioni di regresso**

Var. % procedimenti iniziati per Regresso

	2010	2011	%
AVVOCATURA GENERALE	24	23	-4,17
AVVOCATURA SEDE REGIONALE AOSTA	1	1	0,00
AVVOCATURE REGIONE ABRUZZO	14	16	14,29
AVVOCATURE REGIONE BASILICATA	8	8	0,00
AVVOCATURE REGIONE CALABRIA	10	10	0,00
AVVOCATURE REGIONE CAMPANIA	39	23	-41,03
AVVOCATURE REGIONE EMILIA ROMAGNA	78	81	3,85
AVVOCATURE REGIONE FRIULI VENEZIA	7	10	42,86
AVVOCATURE REGIONE LAZIO	8	15	87,50
AVVOCATURE REGIONE LIGURIA	30	25	-16,67
AVVOCATURE REGIONE LOMBARDIA	130	150	15,38
AVVOCATURE REGIONE MARCHE	20	18	-10,00
AVVOCATURE REGIONE MOLISE	5	1	-80,00
AVVOCATURE REGIONE PIEMONTE	44	36	-18,18
AVVOCATURE REGIONE PUGLIA	23	15	-34,78
AVVOCATURE REGIONE SARDEGNA	8	15	87,50
AVVOCATURE REGIONE SICILIA	59	69	16,95
AVVOCATURE REGIONE TOSCANA	66	58	-12,12
AVVOCATURE REGIONE TRENTO	14	12	-14,29
AVVOCATURE REGIONE UMBRIA	10	17	70,00
AVVOCATURE REGIONE VENETO	133	85	-36,09
Totale complessivo	731	688	-5,88

**Tabella Avvocatura Generale 7 – Procedimenti giudiziari
per azioni di surroga**

Var. % procedimenti iniziati per Surroga

	2010	2011	%
AVVOCATURA GENERALE	11	10	-9,09
AVVOCATURA AOSTA	0	1	
AVVOCATURE REGIONE ABRUZZO	8	8	0,00
AVVOCATURE REGIONE BASILICATA	1	3	200,00
AVVOCATURE REGIONE CALABRIA	20	21	5,00
AVVOCATURE REGIONE CAMPANIA	41	45	9,76
AVVOCATURE REGIONE EMILIA ROMAGNA	87	75	-13,79
AVVOCATURE REGIONE FRIULI VENEZIA	3	6	100,00
AVVOCATURE REGIONE LAZIO	57	62	8,77
AVVOCATURE REGIONE LIGURIA	25	31	24,00
AVVOCATURE REGIONE LOMBARDIA	111	156	40,54
AVVOCATURE REGIONE MARCHE	21	14	-33,33
AVVOCATURE REGIONE MOLISE	2	4	100,00
AVVOCATURE REGIONE PIEMONTE	28	38	35,71
AVVOCATURE REGIONE PUGLIA	20	10	-50,00
AVVOCATURE REGIONE SARDEGNA	7	13	85,71
AVVOCATURE REGIONE SICILIA	102	155	51,96
AVVOCATURE REGIONE TOSCANA	90	84	-6,67
AVVOCATURE REGIONE TRENINO	39	28	-28,21
AVVOCATURE REGIONE UMBRIA	13	24	84,62
AVVOCATURE REGIONE VENETO	113	134	18,58
Totale complessivo	799	922	-15,39

Sempre con un esclusivo riguardo alla pratica medico legale può osservarsi che l'attuale sistema surrogatorio fatto valere dall'Istituto presso il Terzo responsabile, ad esempio per accidenti della strada, ha consentito di superare le questioni giudizialmente sollevate nel previgente sistema indennitario che ancorava l'indennizzo Inail alla sola fattispecie patrimoniale da riduzione della capacità lavorativa generica.

In linea generale, l'Inail agisce in rivalsa solo per i danni che rientrano nell'assicurazione contro gli infortuni sul lavoro e le malattie professionali. Conseguentemente, l'assicurato può agire per ottenere il ristoro dei danni non coperti dall'assicurazione (cosiddetto danno differenziale: questione ripresa più avanti). Lo stesso Istituto (pagina informatica - Superabile Inail) ha sempre ribadito come il doppio risarcimento configurerebbe, invece, un arricchimento indebito. Quindi, *“per gli eventi successivi al 25 luglio 2000, il danno differenziale dell'infortunato è rappresentato da tutto ciò che non è compreso nella tutela Inail e cioè le spese che egli ha sostenuto per il danno (spese di cura, riabilitative non coperte dall'Istituto, danni materiali), parte del danno biologico permanente non ammesso all'indennizzo Inail, danno morale (in presenza di fatto-reato) e danno esistenziale”*.

Se tale appare la questione nella sua logica caratterizzazione, tuttavia, la pratica medico legale

ha verificato la sussistenza di un'altra questione relativa alla scindibilità delle poste di danno biologico e patrimoniale ai fini della rivalsa.

Abbiamo già visto come l'Inail possa agire in surroga per tutti gli importi unitariamente liquidati al danneggiato. In tal modo all'Istituto è consentito rivalersi per l'intero (sempre, ovviamente, nei limiti del *quantum* civilisticamente liquidato a titolo complessivamente patrimoniale e non patrimoniale), senza distinguere tra somma e/o quota di rendita erogata per danno biologico e somma e/o quota di rendita erogata per le conseguenze patrimoniali dell'infortunio. In questi anni la pratica di rivalsa ha consentito all'Ente (in caso di maggior indennizzo erogato a titolo patrimoniale), di rivalersi integralmente erodendo così, secondo Alcuni, una quota dell'importo risarcitorio che in caso diverso sarebbe appannaggio del danneggiato a titolo di danno non patrimoniale.

In realtà, le questioni medico-legali ineriscono anche altre vicende quali quelle delle diverse modalità di valutazione della invalidità lavorativa temporanea²³. La stima operata dai medici Inail frequentemente si attesta al di sopra del limite individuato dai medici fiduciari della Compagnia assicurativa per la medesima fattispecie ed anche di quello che gli stessi fiduciari attribuiscono al danno biologico temporaneo.

Uno sguardo d'insieme, in tema di invalidità temporanea al lavoro riconosciuta dai medici Inail, utilmente distinta per classi di menomazioni oltre che per modalità di accadimento dell'evento e per anno, ci è sintetizzata dalle Tabelle 5 e 6 (corrispondenti rispettivamente alla B7.1 e B7.1.1 della *Relazione Annuale 2012 del Presidente - Appendice statistica*, Inail, ed. 2013).

²³Art. 68 T.U. n. 1124/65: "A decorrere dal quarto giorno successivo a quello in cui è avvenuto l'infortunio o si è manifestata la malattia professionale e fino a quando dura l'inabilità assoluta, che impedisca totalmente e di fatto all'infortunato di attendere al lavoro, è corrisposta all'infortunato stesso un'indennità giornaliera ...".

Tabella 5 – Classi di menomazioni per modalità e anno di accadimento

Tabella B7.1 – Giorni d’inabilità temporanea assoluta per anno di accadimento, modalità di accadimento e classe di menomazione

Anno di acc.	Modalità di accadimento	In assenza di menom.	Grado di menomazione						Totale	Esito mortale	Totale
			1-5	6-15	16-25	26-50	51-85	86-100			
2012	In occasione di lavoro	5.880.347	2.028.145	1.734.617	368.856	112.968	18.111	5.923	4.268.620	1.870	10.150.837
	senza mezzo di trasporto	5.486.604	1.920.929	1.617.825	334.559	98.645	15.394	4.443	3.991.795	1.650	9.480.049
	con mezzo di trasporto	393.743	107.216	116.792	34.297	14.323	2.717	1.480	276.825	220	670.788
	In itinere	1.086.623	419.805	431.915	96.086	28.007	3.274	1.007	980.094	587	2.067.304
	senza mezzo di trasporto	244.188	134.524	120.882	17.711	2.583	0	0	275.700	17	519.905
	con mezzo di trasporto	842.435	285.281	311.033	78.375	25.424	3.274	1.007	704.394	570	1.547.399
	Totale	6.966.970	2.447.950	2.166.532	464.942	140.975	21.385	6.930	5.248.714	2.457	12.218.141
2011	In occasione di lavoro	5.948.681	2.630.129	2.784.524	732.792	303.803	64.316	16.982	6.532.546	3.242	12.484.469
	senza mezzo di trasporto	5.523.071	2.463.982	2.570.123	660.195	266.060	49.988	13.130	6.023.478	2.790	11.549.339
	con mezzo di trasporto	425.610	166.147	214.401	72.597	37.743	14.328	3.852	509.068	452	935.130
	In itinere	1.074.487	510.834	656.839	191.947	107.819	24.484	9.143	1.501.066	1.341	2.576.894
	senza mezzo di trasporto	192.092	111.967	125.485	26.407	5.859	2.365	268	272.351	0	464.443
	con mezzo di trasporto	882.395	398.867	531.354	165.540	101.960	22.119	8.875	1.228.715	1.341	2.112.451
	Totale	7.023.168	3.140.963	3.441.363	924.739	411.622	88.800	26.125	8.033.612	4.583	15.061.363
2010	In occasione di lavoro	6.375.848	2.793.016	3.120.768	848.937	391.402	78.773	17.485	7.250.381	5.479	13.631.708
	senza mezzo di trasporto	5.902.871	2.599.776	2.885.774	753.859	339.930	56.373	13.267	6.648.979	3.655	12.555.505
	con mezzo di trasporto	472.977	193.240	234.994	95.078	51.472	22.400	4.218	601.402	1.824	1.076.203
	In itinere	1.158.912	566.928	711.831	214.522	133.774	30.992	9.407	1.667.454	823	2.827.189
	senza mezzo di trasporto	208.258	124.605	158.168	26.087	12.467	739	547	322.613	16	530.887
	con mezzo di trasporto	950.654	442.323	553.663	188.435	121.307	30.253	8.860	1.344.841	807	2.296.302
	Totale	7.534.760	3.359.944	3.832.599	1.063.459	525.176	109.765	26.892	8.917.835	6.302	16.458.897
2009	In occasione di lavoro	6.491.689	2.876.431	3.258.367	891.133	414.405	102.177	17.194	7.559.707	5.573	14.056.969
	senza mezzo di trasporto	6.020.844	2.681.910	3.016.108	787.964	360.977	78.702	10.751	6.936.412	4.446	12.961.702
	con mezzo di trasporto	470.845	194.521	242.259	103.169	53.428	23.475	6.443	623.295	1.127	1.095.267
	In itinere	1.181.664	570.386	737.264	246.579	152.507	46.012	13.018	1.765.766	2.355	2.949.785
	senza mezzo di trasporto	209.176	114.909	143.323	31.344	8.771	350	636	299.333	33	508.542
	con mezzo di trasporto	972.488	455.477	593.941	215.235	143.736	45.662	12.382	1.466.433	2.322	2.441.243
	Totale	7.673.353	3.446.817	3.995.631	1.137.712	566.912	148.189	30.212	9.325.473	7.928	17.006.754
2008	In occasione di lavoro	7.265.187	3.034.774	3.401.572	983.535	517.263	124.608	20.851	8.082.603	6.005	15.353.795
	senza mezzo di trasporto	6.761.841	2.840.183	3.142.544	880.275	430.998	92.297	14.637	7.400.934	3.634	14.166.409
	con mezzo di trasporto	503.346	194.591	259.028	103.260	86.265	32.311	6.214	681.669	2.371	1.187.386
	In itinere	1.257.229	579.045	717.930	260.975	146.901	42.241	12.632	1.759.724	1.678	3.018.631
	senza mezzo di trasporto	174.548	96.396	117.686	25.840	11.208	1.025	666	252.821	10	427.379
	con mezzo di trasporto	1.082.681	482.649	600.244	235.135	135.693	41.216	11.966	1.506.903	1.668	2.591.252
	Totale	8.522.416	3.613.819	4.119.502	1.244.510	664.164	166.849	33.483	9.842.327	7.683	18.372.426

Tabella 6 – Classi di menomazioni (e durata media della ITA) per modalità ed anno di accadimento

Tabella B7.1.1 – Giorni medi d'inabilità temporanea assoluta per anno di accadimento, modalità di accadimento e classe di menomazione

Anno di acc.	Modalità di accadimento	In assenza di menom.		Grado di menomazione					Totale	Esito mortale	Totale
		1-5	6-15	16-25	26-50	51-85	86-100				
2012	In occasione di lavoro	18,88	60,50	104,46	139,88	163,01	210,59	227,81	79,68	3,20	27,76
	senza mezzo di trasporto	18,74	60,64	104,05	138,48	158,59	202,55	211,57	79,27	4,34	27,60
	con mezzo di trasporto	20,96	58,02	110,60	155,19	201,73	271,70	296,00	86,21	1,08	30,21
	In itinere	21,70	58,69	109,51	160,68	190,52	251,85	201,40	82,64	2,99	33,27
	senza mezzo di trasporto	22,78	61,71	106,22	155,36	129,15	0,00	0,00	79,87	1,70	36,66
	con mezzo di trasporto	21,40	57,37	110,85	161,93	200,19	251,85	201,40	83,78	3,06	32,26
	Totale	19,27	60,18	105,43	143,72	167,83	216,01	223,55	80,22	3,15	28,56
2011	In occasione di lavoro	17,17	64,04	118,60	180,14	229,81	312,21	292,79	93,05	5,15	29,92
	senza mezzo di trasporto	17,01	64,54	118,05	178,19	224,14	304,80	279,36	92,59	6,72	29,59
	con mezzo di trasporto	19,64	57,45	125,60	199,99	279,58	341,14	350,18	98,85	2,11	34,59
	In itinere	19,90	58,78	126,75	206,62	282,99	365,43	304,77	98,24	5,99	37,08
	senza mezzo di trasporto	20,74	64,68	124,00	187,28	234,36	394,17	268,00	93,40	0,00	38,12
	con mezzo di trasporto	19,73	57,32	127,42	210,08	286,40	362,61	306,03	99,39	6,18	36,86
	Totale	17,54	63,12	120,07	185,06	241,70	325,27	296,88	93,98	5,37	30,94
2010	In occasione di lavoro	17,05	63,39	121,02	197,57	266,44	343,99	312,23	95,52	7,40	30,25
	senza mezzo di trasporto	16,86	63,83	120,70	195,91	261,89	331,61	288,41	94,99	8,21	29,85
	con mezzo di trasporto	19,91	57,91	125,13	211,76	301,01	379,66	421,80	101,86	6,18	35,93
	In itinere	20,13	58,49	126,71	217,57	315,50	397,33	348,41	99,10	3,66	37,89
	senza mezzo di trasporto	20,63	64,66	123,67	203,80	296,83	369,50	547,00	95,48	2,29	39,38
	con mezzo di trasporto	20,03	56,96	127,60	219,62	317,56	398,07	340,77	100,01	3,70	37,56
	Totale	17,46	62,50	122,04	201,30	277,43	357,54	324,00	96,17	6,53	31,34
2009	In occasione di lavoro	16,99	63,73	123,35	206,86	278,31	400,69	307,04	97,35	7,76	30,53
	senza mezzo di trasporto	16,80	64,27	123,36	203,92	273,05	391,55	290,57	96,88	10,46	30,12
	con mezzo di trasporto	19,90	57,09	123,29	232,36	319,93	434,72	339,11	102,92	3,85	36,50
	In itinere	20,42	57,99	127,31	226,43	342,71	451,10	333,79	102,06	8,59	39,10
	senza mezzo di trasporto	21,11	63,73	119,14	202,22	313,25	175,00	212,00	93,72	4,13	38,79
	con mezzo di trasporto	20,28	56,70	129,46	230,44	344,69	456,62	343,94	103,94	8,73	39,16
	Totale	17,44	62,70	124,06	210,80	293,13	415,10	318,02	98,21	7,99	31,74
2008	In occasione di lavoro	16,66	65,42	127,97	222,77	302,49	415,36	306,63	101,72	7,48	29,74
	senza mezzo di trasporto	16,44	65,81	127,84	221,23	292,40	387,80	287,00	100,72	7,65	29,19
	con mezzo di trasporto	20,37	60,28	129,51	236,83	365,53	521,15	365,53	114,01	7,23	38,29
	In itinere	20,50	60,35	129,94	242,32	342,43	426,68	332,42	104,98	5,81	38,51
	senza mezzo di trasporto	20,71	64,48	124,01	226,67	329,65	512,50	333,00	97,39	2,00	38,75
	con mezzo di trasporto	20,46	59,59	131,17	244,17	343,53	424,91	332,39	106,37	5,87	38,47
	Totale	17,13	64,55	128,31	226,60	310,50	418,17	315,88	102,29	7,04	30,89

Al riguardo giova segnalare che mentre in ambito Inail il riferimento valutativo è quello della invalidità totale, in ambito assicurativo è norma frazionare l'impedimento temporaneo secondo scaglioni percentuali (invalidità assoluta, invalidità parziale al 75%, al 50%, al 25%) realizzando una dicotomia interpretativa tra assoluta e parziale che porta alla divergenza tra prestazione indennitaria e prestazione risarcitoria. Peraltro, per quanto il concetto di stabilizzazione (in coincidenza del quale il lesso è riammesso al suo lavoro) dovrebbe essere ugualmente individuato, è pur vero che il concetto Inail di malattia inabilitante vede ricomprendere al suo interno situazioni atipiche, quali ad esempio l'astensione dal lavoro a scopo profilattico e preventivo, condizioni, cioè che possono non essere apprezzate nella stessa misura dal valutatore non Inail.

La prestazione erogata per ITA è in relazione alla perdita temporanea assoluta dell'attitudine lavorativa specifica, dunque in relazione all'attività lavorativa svolta al momento dell'infortunio

o del manifestarsi della malattia professionale (di fatto viene presunta una riduzione temporanea di guadagno da parte dell'assicurato a seguito delle menomazioni causate dall'infortunio o dalla malattia professionale).

La valutazione del possesso dei requisiti e dell'assenza di controindicazioni per lo svolgimento della mansione specifica va posta anche: in relazione alle caratteristiche della mansione o di speciali compiti che, nei soggetti con particolari patologie, potrebbero determinarne un aggravamento, ovvero mancata sicurezza per se o per altri lavoratori.

In caso di inidoneità la valutazione del possesso dei requisiti e dell'assenza di controindicazioni per lo svolgimento della mansione specifica va posta anche: in relazione alle caratteristiche della mansione o di speciali compiti che, nei soggetti con particolari patologie, potrebbero determinarne un aggravamento, ovvero mancata sicurezza per se o per altri lavoratori.

Sul tema della possibile diversa adibizione professionale che il datore di lavoro è tenuto ad individuare nella fase di stabilizzazione senza piena idoneità alla mansione specifica, il lavoratore che viene adibito a mansioni inferiori conserva la retribuzione corrispondente alle mansioni precedentemente svolte, nonché la qualifica originaria [qualora il lavoratore venga adibito a mansioni equivalenti o superiori si applicano le norme del codice civile.

I fondamenti dottrinali e normativi che complicano la vicenda valutativa derivano anche dalle differenze che spesso rilevano in tema di "guarigione clinica" (vale a dire la cessazione dello stato di malattia) piuttosto che di "guarigione medico legale", ed ancora in tema di postumi stabilizzati versus quadro clinico stabilizzato, posto che i due concetti non sono sovrapponibili. Infatti, parliamo di postumi stabilizzati quando le menomazioni, conseguenti alla lesione patita o alla malattia professionale, anche con il concorso di concause di lesioni preesistenti, simultanee o sopravvenute, siano da ritenersi non più apprezzabilmente modificabili, diversamente il quadro clinico può dirsi già stabilizzato laddove si escluda qualsiasi rischio imminente per la sua salute e si ritenga sufficiente un'assistenza anche terapeutico-riabilitativa compatibile, per esempio, con una domiciliazione del paziente ma non con la sua ripresa lavorativa. Tornando alla questione generale che ci occupa in questo capitolo va ribadito come ad una procedura di rivalsa già controversa si sono poi assommati gli effetti derivanti dalle sentenze del novembre 2008 che hanno sostanzialmente ricondotto ad *unicum* (salvo specifiche fattispecie) le componenti del danno patrimoniali che sino ad allora avevano costituito singole e separate poste di danno risarcibile e teoricamente non aggredibili dell'Inail. In tal modo, le diversità medico legali si sono accentuate aggiungendo ad una diversità interpretativa del concetto di menomazione biologica di origine lavorativa (realmente sussistente, ad esempio, per la componente di danno futuro) una ricomprensione nel danno biologico civilistico di componenti non patrimoniali prima escluse e comunque estranee, oggi come allora, alla tutela Inail pure fondato su un oggetto di tutela identico sotto il profilo medico legale. La vicenda ha dato nuovo impulso alle problematiche di danno differenziale/complementare.

In tema di danno differenziale e risarcibilità si annoverano numerosi contributi. Tra questi, Damiano Spera [*Il danno differenziale, le Tabelle milanesi 2013 e danno non patrimoniale* in *Officina e Diritto*, Milano, Giuffrè Editore, 2013] riassume i contorni di una vicenda ulteriormente complicata dalle sentenze gemelle del novembre 2008. Nel dettaglio dopo aver ripercorso le fasi evolutive principali ²⁴ in via esemplificativa e sulla base dei tre essenziali orientamenti giurisprudenziali, prospetta degli esempi-caso:

– *Supponiamo che Tizio, a seguito di un infortunio in itinere cagionato per colpa esclusiva di Caio (regolarmente assicurato per la R.C.A.), riceva dall'Inail Euro 20.000,00 a titolo di danno biologico permanente ed Euro 30.000,00 a titolo di danno patrimoniale, per complessivi Euro 50.000,00. Tizio cita in giudizio Caio (e la sua compagnia assicuratrice) per il risarcimento del danno differenziale; interviene in quel giudizio l'INAIL che chiede ai convenuti, in surroga ex art. 1916 c.c., le somme versate a Tizio.*

Il giudice accerta e liquida il danno non patrimoniale da lesione del bene salute (biologico e sofferenze) in complessivi Euro 35.000,00; procede poi alla personalizzazione del danno nella misura del 20%, in considerazione delle personali condizioni soggettive e liquida quindi ulteriori Euro 7.000,00; non riconosce invece alcun danno patrimoniale.

Se il giudice segue la tesi sub 1]: rigetta integralmente la domanda di Tizio, che ha ricevuto dall'INAIL una somma maggiore (Euro 50.000,00) del danno effettivamente subito (complessivi Euro 42.000,00); accoglie la domanda dell'Inail per la somma di Euro 42.000,00, pari al danno effettivamente cagionato da Caio. L'Inail non recupera la residua somma versata a Tizio di Euro 8.000,00 e Caio paga esattamente la somma corrispondente al danno cagionato, pari a Euro 42.000,00.

Se il giudice segue la tesi sub 2]: condanna Caio (e la sua compagnia assicuratrice) al pagamento, in favore di Tizio, della somma di Euro 22.000,00, pari alla differenza tra quanto Tizio ha già ricevuto dall'Inail a titolo di indennizzo per danno biologico e la somma complessivamente a lui spettante a titolo di danno non patrimoniale; accoglie la domanda dell'Inail limitatamente alla somma di Euro 20.000,00 pari alla somma versata a titolo di indennizzo per danno biologico. Tizio riceve in tutto Euro 72.000,00, l'Inail non recupera Euro 30.000,00. Caio paga complessivamente Euro 42.000,00.

Se il giudice segue la tesi sub 3] ed ha liquidato a Tizio il danno in Euro 14.000,00 a titolo di danno biologico statico, Euro 21.000,00 a titolo di danno morale ed esistenziale, Euro 7.000,00 a titolo di danno biologico dinamico-relazionale: condanna Caio (e la sua compagnia assicuratrice) al pagamento in favore di Tizio della somma di Euro 28.000,00, pari alla differenza tra il danno risarcibile (sempre pari ad Euro 42.000,00) ed il danno biologico statico indennizzato dall'Inail (fino a concorrenza di Euro 14.000,00); accoglie la domanda dell'Inail fino a concorrenza di Euro 14.000,00. Tizio riceve in tutto Euro 78.000,00, l'Inail non recupera Euro 36.000,00 e Caio paga complessivamente la somma pari al danno effettivamente cagionato di Euro 42.000,00.

È di tutta evidenza che trattasi di diverse conseguenze molto rilevanti tra loro – segnala l'Autore – Io aderisco alla soluzione sub 2], anche perché mi sembra più coerente con i dicta delle Sezioni Unite e con la struttura della Tabella milanese, oltre che con il disposto dell'ultimo comma dell'art. 142 Codice

²⁴Ulteriori aspetti della questione rappresentati dall'Autore sono riportati in Appendice 4

delle Assicurazioni private “In ogni caso l’ente gestore dell’assicurazione sociale non può esercitare l’azione surrogatoria con pregiudizio del diritto dell’assistito al risarcimento dei danni alla persona non altrimenti risarciti”.

Non bastassero le citate difformità già discusse, in particolare quelle derivanti dall’uso di tabelle del valore punto diverse sul territorio nazionale, – pure richiamate nella trattazione dello Spera – inoltre, devono annoverarsi le diversità di ristoro secondarie alle modalità di apprezzamento medico legale del danno biologico (criteriologia e altro). Peraltro, l’una soluzione non sanerebbe le deficienze dell’altra e laddove le tabelle valore punto continuino ad essere diverse assisteremo comunque ad un differente ristoro complessivo del danno posto che nel caso in cui una lesione venga stimata con una Tabella di valore punto più basso l’azione surrogatoria eroderà in misura maggiore il *quantum* civilisticamente rilevante determinando per due lavoratori (identici per sesso ed età) e con medesimo postumo, un diverso risarcimento complessivo a fronte di una identica rendita Inail. Peraltro, non si tratta di ricondurre l’attuale vicenda medico legale in tema di rivalsa su percorsi di qualche anno prima, quando la stessa Corte Costituzionale aveva dovuto riconoscere che l’Inail, non indennizzando alcunché a titolo di danno biologico, non poteva *espropriarne* il lavoratore danneggiato. Se anche questo percorso fosse rinnovato, sulla base della diversità di voci tra il catalogo risarcitorio civilistico e quello Inail, non si potrà ricondurre il sistema ad omogeneità, se non uniformando innanzitutto gli strumenti tabellari che consentono oggi in entrambi gli ambiti:

- a – di apprezzare e stimare la menomazione biologica in misura diversa
- b – di tradurla diversamente in valore economico a seconda dell’area geografica in cui ricade la vicenda.

In tema di tabella di valutazione del danno vi è anche da ribadire che il valore percentuale attribuito alle singole menomazioni sia nella Tabella delle menomazioni Inail così come nelle Guide di comune uso in responsabilità civile [Bargagna et al., tra tutte] esprimono sia gli aspetti del cosiddetto danno biologico statico, sia quelli derivanti dalle negative conseguenze sullo svolgimento degli atti ordinari del vivere comune a tutti, vale a dire quegli aspetti dinamico-relazionali che, sia pure distinti da notazioni di personalizzazione, sconfinano comunque in un contesto di apprezzamento che non trova unanime condivisione nell’evoluzione giurisprudenziale.

Le diversità di trattamento, secondo l’esperienza maturata in questi anni, non appaiono, tuttavia, limitate alle sole ipotesi di cui sopra potendosi cennare, ad esempio, a tutti quei casi per i quali il danneggiato, già indennizzato da Inail, venga risarcito completamente per eventi lesivi accaduti non a causa della circolazione stradale, ad esempio per intervenuta responsabilità professionale sanitaria. Anche questa problematica è assai complessa ed esula dalle competenze medico-legali che si limitano ad auspicare un preliminare e propedeutico sforzo per omogeneizzare gli strumenti tabellari.

Sempre sulla base dell’esperienza professionale di questo decennio di applicazione del D.lgs. n. 38/2000, correlata alla questione precedente, è un’analoga vicenda che scaturisce dal tentativo,

non infrequente, di sottrarsi all'accertamento Inail in fase stragiudiziale in modo da acquisire in tale momento tutto il risarcimento da parte della Compagnia terza responsabile e proporre azione indennitaria solo all'esito della procedura risarcitoria, giusti termini prescrizionali. Tale eventualità riguarda sia i casi originariamente emergenti all'indennizzo ($\geq 6\%$ sia quelli che, pure inferiori a tale percentuale, cumulandosi con altro precedente evento menomativo raggiungono la soglia indennitaria. In tal senso, anche le procedure medico legali dovrebbero prevedere:

- a – un sistematico invito a visita per tutti i casi con menomazione precedentemente valutata anche in misura inferiore al 6%;
- b – reiterazione dell'invito a visita medica anche dopo il secondo silenzio/rifiuto a cadenze prestabilite. Un'altra misura che potrebbe essere assunta – dal lato amministrativo – è l'acquisizione sistematica dalle Compagnie Assicuratrici dell'apposito modulo nel quale gli utenti (con sottoscrizione anche da parte del legale rappresentante), dichiarano la loro posizione previdenziale (Inps, Inail ecc.), ai fini del risarcimento del danno.

6 Danno in esito a condotte professionali improprie o errate – Rivalsa Inail in ottemperanza di attività medico-legali – Struttura sanitaria di riferimento

Correlata alle argomentazioni su rivalse e danno differenziale va segnalata una non marginale questione, non emersa in epoca precedente alla novella legislativa sul danno biologico ed altrettanto sopita in questi anni di vigenza del D.lgs. n. 38/2000. Ci si vuole riferire ai casi per i quali l'accertamento medico legale ha evidenziato la sussistenza di condotte sanitarie censurabili e dalle quali è derivato un danno o, più frequentemente, un maggior danno. Peraltro, il delta valutativo tra gli esiti infortunistici attesi e quelli conseguiti anche all'impropria attività sanitaria di diagnosi e/o cura, spesso sono di rilevante entità. L'aggravio delle prestazioni economiche erogate dall'Inail per alcuni eventi è anche estremamente importante potendosi annoverare in questo registro casi di morti evitabili, perdite sensoriali per ferite altrimenti bene governabili, menomazioni da amputazioni di arti per lesioni inizialmente anche solo distorsive di un'articolazione, deficit nervosi per soluzioni di continuo bene/meglio riparabili, prolungamento della ITA per infezioni nosocomiali, pseudoartrosi per cattiva sintesi originaria di frattura non complicata, peggioramento della prognosi quod vitam per una diagnosi esigibile ecc.

Ovviamente l'evoluzione sfavorevole di una lesione primitiva non sempre richiama condotte inadeguate e, anzi, il ricorrere di comportamenti imprudenti e/o imperiti e/o negligenti costituisce evenienza certamente di gran lunga minoritaria. Tuttavia, laddove sussistente ed il lavoratore già indennizzato da Inail adisca le vie giudiziarie o comunque si veda risarcito il danno dalla Struttura convenuta o dalla Compagnia che assicura l'ospedale o il sanitario, in questi casi si assiste ad una sostanziale duplicazione del danno, sempre sotto le vesti di ristoro della menomazione biologica.

Potrebbe essere indicato, nel rispetto di un principio di equità indennitaria/risarcitoria, che anche in questi casi si proceda al ristoro del solo danno differenziale rispetto a quanto già indennizzato Inail.

Inoltre, stante il principio secondo il quale tutti coloro che sono partecipi del debito di sicurezza dovrebbero rispondere della maggiore prestazione indennitaria arrecata, visto il ricorrere di casi per i quali il paziente prima e l'Istituto dopo hanno patito un aggravamento del danno, è indicato oggi più che mai l'istituzione di un processo orientato alla verifica medico legale delle vicende in parola.

In via preliminare sarebbe, quindi, opportuno realizzare un sistema di segnalazione dei casi per i quali ricorrerebbero gli estremi di una malpractice sanitaria con sequela di maggior danno, realizzare una Struttura centrale medico legale idonea ed esperta ai fini dell'analisi di tali vicende cliniche, in modo da emarginare gli elementi utili a sostenere l'eventuale contestazione all'Azienda Sanitaria ex art. 1916 cc²⁵. Potrebbe anche essere opportuno sperimentare ed istituire

²⁵ Art. 1916 Codice Civile. Diritto di surrogazione dell'assicuratore.

L'assicuratore che ha pagato l'indennità è surrogato, fino alla concorrenza dell'ammontare di essa, nei diritti dell'assicurato verso i terzi responsabili [c.c. 1203, n. 5, 1589].

Salvo il caso di dolo, la surrogazione non ha luogo se il danno è causato dai figli, dagli affiliati [c.c. 404], dagli ascendenti, da altri parenti [c.c. 74] o da affini [c.c. 78] dell'assicurato stabilmente con lui conviventi o

prassi operative per questi casi specifici, che coinvolgano Area Medica, Area Prestazioni ed Avvocatura, finalizzate alla gestione omogenea di questi casi sul territorio nazionale.

da domestici [c.c. 2240].

L'assicurato è responsabile verso l'assicuratore del pregiudizio arrecato al diritto di surrogazione [c.c. 1589]. Le disposizioni di questo articolo si applicano anche alle assicurazioni contro gli infortuni sul lavoro e contro le disgrazie accidentali [4] [5].

La Corte costituzionale, con sentenza 25 marzo-14 aprile 1988, n. 444 [Gazz. Uff. 27 aprile 1988, n. 17 - Prima serie speciale], ha dichiarato, tra l'altro, inammissibile la questione di legittimità del presente comma, nella parte in cui non prevede l'esclusione dell'azione di surrogazione dell'I.N.A.I.L. nei confronti dei lavoratori dipendenti, ai quali sia estesa l'assicurazione antinfortunistica e che abbiano cagionato per colpa un infortunio ad altro lavoratore, in riferimento agli artt. 35 e 38 Cost. .

7 **Danno morte nel sistema D.lgs. n. 38/2000**

Il sistema innovato dal decreto in questione non ha modificato la natura ed i criteri di erogazione delle prestazioni economiche assegnate ai superstiti in conseguenza della morte dell'assicurato per cause lavorative. Come bene ha ribadito l'Istituto sin dai suoi primi atti [vedasi per tutti Circolare n. 57/2000] *il legislatore, infatti, ha tenuto conto dei principi affermati in materia dalla giurisprudenza sia costituzionale [Corte Costituzionale, sentenza n. 372/1994] sia di legittimità [Cassazione, sentenza n. 6404/1998], in base ai quali il danno biologico è la conseguenza della violazione del diritto alla salute e, quindi, postula necessariamente la permanenza in vita del soggetto leso, mentre in caso di morte è violato il diritto alla vita, che è bene giuridico completamente diverso dal diritto alla salute. Resta confermata, pertanto, in caso di morte dell'assicurato per cause lavorative, l'erogazione della rendita a superstiti nella disciplina ante D.lgs. n. 38/2000.*

In tal senso, quindi, la rendita conserva la natura di indennizzo del pregiudizio patrimoniale sofferto dai superstiti, come conseguenza immediata e diretta dell'evento lesivo che ha colpito il lavoratore, in ragione del loro rapporto di dipendenza economica con il defunto o di ricorrenza del cosiddetto stato di bisogno.

La reportistica dati sulle morti da lavoro è uno degli argomenti più complessi da affrontare anche solo per gli aspetti medico legali. Le tabelle che seguono, tutte tratte dalla *Relazione Annuale 2012 del Presidente, Appendice statistica [Inail, ed. 2013]* ci danno una visione di sintesi della questione limitatamente alle morti da infortunio. Peraltro, la terza delle seguenti tabelle focalizza l'attenzione anche sui dati delle rendite ai superstiti oggetto anche del contributo di questo capitolo.

Tabella 7 – Denunce di infortunio con esito mortale (modalità/anno di accadimento)

Tabella B2 – Denunce d'infortunio con esito mortale per modalità di accadimento e anno di accadimento

Modalità di accadimento	Anno di accadimento									
	2008		2009		2010		2011		2012	
In occasione di lavoro	1.264	77,83%	1.185	77,25%	1.191	80,31%	1.084	79,30%	1.045	80,64%
			-6,25%		0,51%		-8,98%		-3,60%	
senza mezzo di trasporto	843	51,91%	796	51,89%	797	53,74%	800	58,52%	758	58,49%
			-5,58%		0,13%		0,38%		-5,25%	
con mezzo di trasporto	421	25,92%	389	25,36%	394	26,57%	284	20,78%	287	22,15%
			-7,60%		1,29%		-27,92%		1,06%	
In itinere	360	22,17%	349	22,75%	292	19,69%	283	20,70%	251	19,36%
			-3,06%		-16,33%		-3,08%		-11,31%	
senza mezzo di trasporto	13	0,80%	16	1,04%	18	1,21%	14	1,02%	16	1,23%
			23,08%		12,50%		-22,22%		14,29%	
con mezzo di trasporto	347	21,37%	333	21,71%	274	18,48%	269	19,68%	235	18,13%
			-4,03%		-17,72%		-1,82%		-12,64%	
Totale	1.624	100,00%	1.534	100,00%	1.483	100,00%	1.367	100,00%	1.296	100,00%
			-5,54%		-3,32%		-7,82%		-5,19%	

Tabella 8 – Denunce di infortunio con esito mortale per gestione (modalità/anno di accadimento)

Tabella B2.1 – Denunce d'infortunio con esito mortale per gestione, modalità di accadimento e anno di accadimento											
Gestione	Modalità di accadimento	Anno di accadimento									
		2008		2009		2010		2011		2012	
Industria e servizi	In occasione di lavoro	1.057	75,88%	968	74,98%	988	78,85%	894	77,40%	870	79,52%
				-8,42%		2,07%		-9,51%		-2,68%	
	senza mezzo di trasporto	688	49,39%	632	48,95%	638	50,92%	646	55,93%	619	56,58%
				-8,14%		0,95%		1,25%		-4,18%	
	con mezzo di trasporto	369	26,49%	336	26,03%	350	27,93%	248	21,47%	251	22,94%
				-8,94%		4,17%		-29,14%		1,21%	
	In itinere	336	24,12%	323	25,02%	265	21,15%	261	22,60%	224	20,48%
				-3,87%		-17,96%		-1,51%		-14,18%	
	senza mezzo di trasporto	12	0,86%	13	1,01%	15	1,20%	13	1,13%	14	1,28%
				8,33%		15,38%		-13,33%		7,69%	
con mezzo di trasporto	324	23,26%	310	24,01%	250	19,95%	248	21,47%	210	19,20%	
			-4,32%		-19,35%		-0,80%		-15,32%		
	Totale	1.393	100,00%	1.291	100,00%	1.253	100,00%	1.155	100,00%	1.094	100,00%
				-7,32%		-2,94%		-7,82%		-5,28%	
Agricoltura	In occasione di lavoro	178	93,68%	190	91,79%	176	91,67%	165	93,22%	151	87,79%
				6,74%		-7,37%		-6,25%		-8,48%	
	senza mezzo di trasporto	139	73,16%	147	71,01%	143	74,48%	137	77,40%	123	71,51%
				5,76%		-2,72%		-4,20%		-10,22%	
	con mezzo di trasporto	39	20,53%	43	20,77%	33	17,19%	28	15,82%	28	16,28%
				10,26%		-23,26%		-15,15%		0,00%	
	In itinere	12	6,32%	17	8,21%	16	8,33%	12	6,78%	21	12,21%
				41,67%		-5,88%		-25,00%		75,00%	
	senza mezzo di trasporto	0	0,00%	3	1,45%	3	1,56%	1	0,56%	2	1,16%
				0,00%		0,00%		-66,67%		100,00%	
con mezzo di trasporto	12	6,32%	14	6,76%	13	6,77%	11	6,21%	19	11,05%	
			16,67%		-7,14%		-15,38%		72,73%		
	Totale	190	100,00%	207	100,00%	192	100,00%	177	100,00%	172	100,00%
				8,95%		-7,25%		-7,81%		-2,82%	
Per conto dello Stato	In occasione di lavoro	29	70,73%	27	75,00%	27	71,05%	25	71,43%	24	80,00%
				-6,90%		0,00%		-7,41%		-4,00%	
	senza mezzo di trasporto	16	39,02%	17	47,22%	16	42,11%	17	48,57%	16	53,33%
				6,25%		-5,88%		6,25%		-5,88%	
	con mezzo di trasporto	13	31,71%	10	27,78%	11	28,95%	8	22,86%	8	26,67%
				-23,08%		10,00%		-27,27%		0,00%	
	In itinere	12	29,27%	9	25,00%	11	28,95%	10	28,57%	6	20,00%
				-25,00%		22,22%		-9,09%		-40,00%	
	senza mezzo di trasporto	1	2,44%	0	0,00%	0	0,00%	0	0,00%	0	0,00%
				-100,00%							
con mezzo di trasporto	11	26,83%	9	25,00%	11	28,95%	10	28,57%	6	20,00%	
			-18,18%		22,22%		-9,09%		-40,00%		
	Totale	41	100,00%	36	100,00%	38	100,00%	35	100,00%	30	100,00%
				-12,20%		5,56%		-7,89%		-14,29%	
Totale		1.624		1.534		1.483		1.367		1.296	

Tabella 9 – Infortuni tutelati e tipo di indennizzo
Tabella B7 – Infortuni indennizzati per anno di accadimento, modalità di accadimento e tipo di indennizzo

Anno di accadimento	Modalità di accadimento	In rendita				Totale
		In temporanea	In capitale	diretta	a superstiti	
2012	In occasione di lavoro	332.402	17.381	3.517	475	353.775
	senza mezzo di trasporto	312.232	16.295	3.204	306	332.037
	con mezzo di trasporto	20.170	1.086	313	169	21.738
	In itinere	56.240	4.320	812	133	61.505
	senza mezzo di trasporto	12.633	1.356	149	6	14.144
	con mezzo di trasporto	43.607	2.964	663	127	47.361
	Totale	388.642	21.701	4.329	608	415.280
2011	In occasione di lavoro	373.783	24.696	5.768	505	404.752
	senza mezzo di trasporto	349.702	22.944	5.205	336	378.187
	con mezzo di trasporto	24.081	1.752	563	169	26.565
	In itinere	61.565	5.639	1.473	176	68.853
	senza mezzo di trasporto	10.786	1.220	193	5	12.204
	con mezzo di trasporto	50.779	4.419	1.280	171	56.649
	Totale	435.348	30.335	7.241	681	473.605
2010	In occasione di lavoro	404.289	27.091	6.190	605	438.175
	senza mezzo di trasporto	377.721	25.151	5.491	375	408.738
	con mezzo di trasporto	26.568	1.940	699	230	29.437
	In itinere	66.285	6.075	1.591	176	74.127
	senza mezzo di trasporto	11.810	1.470	193	5	13.478
	con mezzo di trasporto	54.475	4.605	1.398	171	60.649
	Totale	470.574	33.166	7.781	781	512.302
2009	In occasione di lavoro	413.381	27.619	6.247	570	447.817
	senza mezzo di trasporto	386.810	25.586	5.551	343	418.290
	con mezzo di trasporto	26.571	2.033	696	227	29.527
	In itinere	66.681	6.227	1.767	198	74.873
	senza mezzo di trasporto	11.492	1.392	211	4	13.099
	con mezzo di trasporto	55.189	4.835	1.556	194	61.774
	Totale	480.062	33.846	8.014	768	522.690
2008	In occasione di lavoro	467.314	27.825	6.621	664	502.424
	senza mezzo di trasporto	439.927	25.741	5.849	389	471.906
	con mezzo di trasporto	27.387	2.084	772	275	30.518
	In itinere	69.857	5.939	1.724	218	77.738
	senza mezzo di trasporto	9.712	1.091	170	3	10.976
	con mezzo di trasporto	60.145	4.848	1.554	215	66.762
	Totale	537.171	33.764	8.345	882	580.162

Integrano i dati relativi agli infortuni con decesso quelli presenti nelle due successive tabelle, stessa derivazione delle precedenti (Tabb. D1 e D1.1) che inquadrano gli esiti mortali relativi alle malattie professionali riconosciute, sempre distinti per anno di competenza.

Tabella 10 – Malattie professionali riconosciute con esito mortale (gestione/anno decesso)

Tabella D1 – Malattie professionali riconosciute con esito mortale per gestione, genere e anno di decesso

Gestione	Genere	Anno di decesso									
		2008		2009		2010		2011		2012	
Industria e servizi	Maschi	1.960	96,93%	1.943	96,38%	1.773	96,57%	1.665	96,24%	1.437	96,38%
	Femmine	62	3,07%	73	3,62%	63	3,43%	65	3,76%	54	3,62%
	Totale	2.022	100,00%	2.016	100,00%	1.836	100,00%	1.730	100,00%	1.491	100,00%
Agricoltura	Maschi	43	97,73%	42	93,33%	24	92,31%	28	96,55%	18	85,71%
	Femmine	1	2,27%	3	6,67%	2	7,69%	1	3,45%	3	14,29%
	Totale	44	100,00%	45	100,00%	26	100,00%	29	100,00%	21	100,00%
Per conto dello Stato	Maschi	98	98,99%	92	100,00%	64	96,97%	71	100,00%	70	98,59%
	Femmine	1	1,01%	0	0,00%	2	3,03%	0	0,00%	1	1,14%
	Totale	99	100,00%	92	100,00%	66	100,00%	71	100,00%	71	100,00%
Totale		2.165	100,00%	2.153	100,00%	1.928	100,00%	1.830	100,00%	1.583	100,00%

Tabella 11 – Malattie professionali riconosciute per classi di età e anno decesso)

D 1.1 - Malattie professionali riconosciute con esito mortale per classe di età e anno di decesso

Classe di età	Anno di decesso				
	2008	2009	2010	2011	2012
35-39	3	1	0	0	1
40-44	5	3	3	2	2
45-49	12	13	9	8	5
50-54	35	33	29	31	18
55-59	105	75	57	74	44
60-64	166	160	160	130	110
65-69	240	237	223	197	183
70-74	295	308	259	267	246
75-79	440	418	367	326	292
80-84	463	520	428	365	329
85-89	299	294	282	294	252
90 e oltre	102	91	111	136	101
Totale	2.165	2.153	1.928	1.830	1.583

Ovviamente per tutti i casi nei quali, non ricorrendo il presupposto normativo, l'Istituto si trova costretto a non erogare alcun indennizzo ai superstiti, determinandosi un vuoto di tutela imposto dalla normativa, il tutto si riverbera negativamente sulle attività dell'Inail con anche sfavorevole esposizione mediatica, come accaduto ancora recentemente. Peraltro, è noto che l'Istituto ha promosso modifiche alla normativa in modo da consentire una più adeguata erogazione della rendita ai superstiti e scongiurare quanto più possibile quella estraneità di ristoro che anche per casi mortali può assumere una condivisibile rilevanza commemorativa.

In quest'ottica vale la pena segnalare come anche altri sistemi di tutela dei danni da lavoro procedano senza i vincoli dell'odierna normativa Inail. Ci si vuole, ad esempio, riferire alla speciale elargizione per le vittime del servizio ²⁶ che, almeno per i genitori, svincola l'erogazione dai requisiti di convivenza e stato di bisogno.

In tal fatta, si potrebbe ripensare anche alla natura esclusivamente patrimoniale del beneficio omogeneizzando l'indennizzo per la lesione in vita a quello per la morte del lavoratore. È chiaro che allo stato l'articolo 13 del Decreto legislativo di cui si tratta ha definito – ai fini dell'assicurazione obbligatoria contro gli infortuni sul lavoro e le malattie professionali - il danno biologico come *“la lesione all'integrità psico-fisica, suscettibile di valutazione medico legale, della persona”*, stabilendo che la menomazione biologica conseguente a quella lesione sia indennizzata con una nuova prestazione economica che sostituisce la rendita per inabilità permanente di cui all'art. 66, n. 2, del Testo Unico. Allo stesso modo si potrebbe estendere la tutela anche alla lesione del *“bene vita”* erogando una quota di danno non patrimoniale, arreddituale, allo stesso pari di quanto vigente per le rendite Inail secondarie a menomazioni dal 16% al 100%.

²⁶La nota ministeriale è riportata, per quanto interessa, in Appendice 5.

8 Riflessioni di interesse medico-legale per ipotesi di modifiche ed integrazioni al sistema di indennizzo innovato dall'art. 13 del D.lgs. n. 38/2000

L'azione di monitoraggio e di analisi medico legale degli effetti dell'applicazione del D.lgs. n. 38/2000, del D.M. 12 luglio 2000 hanno consentito di apprezzare la sostanziale corrispondenza dell'impianto alle esigenze di tutela che il nuovo sistema si era prefissato. Le più recenti novità introdotte dalla legge 27 dicembre 2013, n. 147 (Legge di Stabilità 2014) hanno perfezionato i dovuti adeguamenti del ristoro economico, nulla, tuttavia, modificando dell'allestimento generale. In specie, L. n. 147/2013, comma 129: *“ Con effetto dal 1° gennaio 2014, in attesa di un meccanismo di rivalutazione automatica degli importi indicati nella «tabella indennizzo danno biologico», di cui all'articolo 13, comma 2, lettera a), del decreto legislativo 23 febbraio 2000, n. 38, in via straordinaria, è riconosciuto un aumento delle indennità dovute dall'INAIL a titolo di recupero del valore dell'indennizzo del danno biologico di cui al citato articolo 13, di non oltre il 50 per cento della variazione dei prezzi al consumo per le famiglie di impiegati ed operai accertati dall'ISTAT intervenuta negli anni dal 2000 al 2013 e comunque per un importo massimo di spesa annua di 50 milioni di euro a decorrere dall'anno 2014. Con decreto del Ministero del lavoro e delle politiche sociali, di concerto con il Ministero dell'economia e delle finanze, sono determinati i criteri e le modalità di attuazione di cui al comma 128”*.

Il carattere sperimentale della riforma, tuttavia, accennava e preludeva a futuri sviluppi, inevitabilmente correttivi ed integrativi di una tutela che aveva rivoluzionato molte delle sue procedure le quali si erano mantenute pressoché immutate per quasi un cinquantennio.

Le indicazioni che appresso saranno esplicitate derivano, inoltre, dalle risultanze di un'analisi degli aspetti sanitari, alcuni dei quali meritevoli di essere riesaminati sulla base di dati più affidabili, quantomeno sotto il profilo quantitativo.

L'analisi qualitativa sconta anch'essa una riserva di base fondata sulla circostanza che la visione monocratica della vicenda “danno biologico Inail” inevitabilmente comporta.

Richiamate le premesse di cui sopra, si focalizza l'attenzione su alcuni momenti di modifica riguardanti:

- la modifica degli strumenti di applicazione (Tabelle Menomazioni e Coefficienti),
- la modifica delle soglie disciplinate dal Legislatore,
- l'integrazione e/o la modifica degli istituti normativi introdotti con il decreto in parola,
- la previsione di nuovi istituti di tutela.

Grado di menomazione	Tipologia di indennizzo del danno	Indennizzo delle conseguenze biologiche e patrimoniali	Procedure di accertamento medico legale
< 4%	Casi in franchigia	Si presume che non siano presumibili conseguenze in termini di <i>danno patrimoniale</i>	
>=4% <=10%	Casi indennizzati in Capitale	Indennizzo del Danno Biologico permanente TABELLA INDENNIZZO D.B. [areddituale]	Stima dell'esclusivo pregiudizio biologico alla persona
> 10% <=35% *	Casi indennizzati in Rendita [calcolata sulla certa quota di danno biologico e sull'eventuale quota di pregiudizio per restrizione lavorativa]	Indennizzo di quota del Danno Biologico permanente [areddituale] Eventuale indennizzo di ulteriore quota di rendita, per conseguenze patrimoniali, TABELLA DEI COEFFICIENTI MODIFICATA Introduzione di fasce di coefficienti:	Stima del pregiudizio biologico alla persona secondo i criteri e le procedure già oggi adottati ex D.Lgs. n. 38/2000
		0.3 per le menomazioni singole o concorrenti comprese tra 10 e 20%	Accertamento, caso per caso, dell'effettiva ripercussione-minorazione lavorativa, secondaria alla menomazione biologica.
		0.4 per le menomazioni singole o concorrenti comprese tra 20 e 25%	In caso positivo si procederà alla stima del pregiudizio lavorativo secondo la tabella dei coefficienti
		0.6 per le menomazioni singole o concorrenti comprese tra 26 e 35%	

Grado di menomazione	Tipologia di indennizzo del danno	Indennizzo delle conseguenze biologiche e patrimoniali	Procedure di accertamento medico legale
			Procedura coincidente alla attuale, vale a dire:
>35% sino al 100%	Indennizzo in Rendita per danno biologico TABELLA INDENNIZZO D.B. [areddituale]	Indennizzo di quota derivante dal danno biologico permanente e dalla ulteriore quota di danno lavorativo, presunta per legge, così come nell'attuale sistema stimata mediante l'attribuzione dei coefficienti TABELLA DEI COEFFICIENTI [da componente reddituale]	1) indennizzo di quota derivante dal danno biologico permanente TABELLA MENOMAZIONI e INDENNIZZO D.B. [areddituale] 2) ulteriore quota di danno lavorativo, presunta per legge, così come nell'attuale sistema, stimata mediante l'attribuzione dei coefficienti TABELLA DEI COEFFICIENTI [da componente reddituale]

Istituti integrativi – Le evidenze dell'analisi del campione descritto in premessa consente di proporre una serie di istituti e procedure a completamento della tutela generale e nell'interesse di tutti i portatori di interessi (*stakeholders*) nell'ottica di un approccio efficace, efficiente, etico ed equilibrato:

- la revisione delle Tabelle delle Menomazioni e della Tabelle dei Coefficienti, in grado di recepire i dettagli analitici già rappresentati in discussione ed altresì a supporto del diverso impianto indennitario postulato nella tabella di cui sopra;
- la realizzazione di una Struttura centrale destinataria delle segnalazione di casi per i quali ricorrerebbero gli estremi di una malpractice sanitaria con sequela di maggior danno indennizzabile, al fine di una sistematica verifica degli elementi utili a sostenere l'eventuale contestazione ex art. 1916 cc;
- l'individuazione di una speciale elargizione rispettosa della lesione "bene vita", erogando una quota di danno non patrimoniale, areddituale, allo stesso pari di quanto vigente per le rendite Inail secondarie a menomazioni dal 16% al 100%. In realtà, dopo i tentativi esperiti negli anni

precedenti l'Istituto ha visto recepire una sua proposta di modifica anche per quanto riguarda queste prestazioni. Infatti la Legge di Stabilità 2014 (L. n. 147/2013) al comma 130 ha previsto: *Al primo comma dell'articolo 85 del citato testo unico di cui al decreto del Presidente della Repubblica 30 giugno 1965, n. 1124, l'alinea è sostituito dal seguente: «Se l'infortunio ha per conseguenza la morte, spetta a favore dei superstiti sotto indicati una rendita nella misura di cui ai numeri seguenti ragguagliata al 100 per cento della retribuzione calcolata secondo le disposizioni degli articoli da 116 a 120. Per i lavoratori deceduti a decorrere dal 1° gennaio 2014 la rendita ai superstiti è calcolata, in ogni caso, sul massimale di cui al terzo comma dell'articolo 116;*

- la predisposizione di procedure in grado di intercettare i casi di mancata valutazione del danno (per reiterata mancata presentazione a visita medica) con contestuale reiterazione della prescrizione delle azione di rivalsa/surroga per un periodo congruo ad scongiurare che il ristoro venga totalmente attribuito al lavoratore in via risarcitoria precludendo l'azione di rivalsa dell'Istituto tardivamente adito dal lavoratore leso per l'ottenimento dell'indennizzo;
- l'introduzione dell'istituto della rendita di passaggio per le patologie professionali di qualsiasi natura che si giovano, in termini di eliminazione del danno psico-fisico, dall'allontanamento dalla lavorazione morbigena (es.: allergie);
- la previsione di un termine illimitato per la richiesta di aggravamento per una serie di patologie (es.: esiti di trapianto) integrando l'elenco di cui al comma 4 dell'art. 13 del D.lgs. n. 38/2000.

Il D.lgs. n. 38/2000, all'art. 13, comma 4 prevede, infatti, che: *“Entro dieci anni dalla data dell'infortunio, o quindici anni se trattasi di malattia professionale, qualora le condizioni dell'assicurato, dichiarato guarito senza postumi d'invalidità permanente o con postumi che non raggiungono il minimo per l'indennizzabilità in capitale o per l'indennizzabilità in rendita, dovessero aggravarsi in conseguenza dell'infortunio o della malattia professionale in misura da raggiungere l'indennizzabilità in capitale o in rendita, l'assicurato stesso può chiedere all'istituto assicuratore la liquidazione del capitale o della rendita, formulando la domanda nei modi e nei termini stabiliti per la revisione della rendita in caso di aggravamento. L'importo della rendita è decurtato dell'importo dell'eventuale indennizzo in capitale già corrisposto. La revisione dell'indennizzo in capitale, per aggravamento della menomazione sopravvenuto nei termini di cui sopra, può avvenire una sola volta”*. La normativa prevede anche una deroga a tale disciplina revisionale ma esclusivamente per le affezioni elencate come di seguito: *“le malattie neoplastiche, per la silicosi e l'asbestosi e per le malattie infettive e parassitarie”*; per queste *“la domanda di aggravamento, ai fini della liquidazione della rendita, può essere presentata anche oltre i limiti temporali di cui sopra, con scadenze quinquennali dalla precedente revisione”*.

A margine della trattazione si segnala un'altra questione inerente, tuttavia, l'ambito dei soggetti assicurati, specificità che, nel periodo di vigenza del “danno biologico”, ha conosciuto due novità interessanti per le ricadute valutative ed indennitarie.

La prima novella è quella sulla base della quale sono stati ricondotti a ristoro Inail i dipendenti civili dello Stato ed i dipendenti delle altre pubbliche amministrazioni ²⁷ che, per esprese

²⁷Legge 22 dicembre 2011, n. 214 Conversione in legge, con modificazioni, del decreto legge 6 dicembre 2011, n. 201: Disposizioni urgenti per la crescita, l'equità e il consolidamento dei conti pubblici Art. 6. Equo indennizzo e pensioni privilegiate - 1. Ferma la tutela derivante dall'assicurazione obbligatoria contro gli infortuni e le malattie professionali, sono abrogati gli istituti dell'accertamento della dipendenza

disposizioni normative, avevano diritto ai trattamenti privilegiati e all'equo indennizzo per causa di servizio (DPR n. 130/1969- DPR n. 191/1979).

In questa ottica l'omogeneizzazione delle prestazioni, obiettivo avvicinato dal sistema Inail con l'introduzione del danno biologico, potrebbe conoscere una più incisiva azione di "copertura" dei soggetti tutelati, perfettamente congrua anche con le recenti Linee di mandato del Consiglio di Indirizzo e Vigilanza Inail²⁸ ove chiaramente è esplicitato *l'estensione della tutela assicurativa a soggetti che rivestono particolare rilievo sociale, previa verifica della sostenibilità economica*.

La seconda novità attiene alla tutela degli sportivi professionisti²⁹, ex art. 9 del D.lgs. n. 38/2000³⁰. Al riguardo, va rilevato come la individuazione normativa dei professionisti propone una difformità di trattamento, rispetto ad altri sportivi non ricompresi nell'elenco degli sport professionistici³¹, talmente rilevante da proporre, soprattutto sotto il problema del ristoro dei postumi, un profilo di legittimità³². Il contrasto si è palesato ancora più evidente all'Istituto durante delle procedure di valutazione degli sportivi (non qualificati come professionisti) tutelati da SPORTASS, quando, a seguito della liquidazione di questa, il legislatore³³ affidò all'Inail gli oneri di liquidazione dei casi residui. Le procedure accentrate dei casi fece emergere una diversità di tutela enorme tra le due classi di sportivi a fronte di un'analogia contrattuale e, ovviamente, lesiva.

I motivi dell'attuale esclusione di buona parte dei professionisti dalla tutela Inail va ricondotta alla delibera del Consiglio Nazionale del CONI del 2 maggio 1988, secondo la quale si ritenevano

dell'infermità da causa di servizio, del rimborso delle spese di degenza per causa di servizio, dell'equo indennizzo e della pensione privilegiata.

²⁸CIV Inail: Linee di mandato 2013-2017. Delibera del 5 febbraio 2014.

²⁹Legge 23 marzo 1981, n. 91 Norme in materia di rapporti tra società e sportivi professionisti. Capo I art. 2 Professionismo sportivo [...omissis] Ai fini dell'applicazione della presente legge, sono sportivi professionisti gli atleti, gli allenatori, i direttori tecnico-sportivi ed i preparatori atletici, che esercitano l'attività sportiva a titolo oneroso con carattere di continuità nell'ambito delle discipline regolamentate dal CONI e che conseguono la qualificazione dalle federazioni sportive nazionali, secondo le norme emanate dalle federazioni stesse, con l'osservanza delle direttive stabilite dal CONI per la distinzione dell'attività dilettantistica da quella professionistica.

³⁰D.lgs. n. 38 del 23 febbraio 2000 Oggetto: Disposizioni in materia di assicurazione contro gli infortuni sul lavoro e le malattie professionali, a norma dell'articolo 55, comma 1, della legge 17 maggio 1999, n. 144. Assicurazione degli sportivi professionisti: A decorrere dalla data di entrata in vigore del presente decreto legislativo sono soggetti all'obbligo assicurativo gli sportivi professionisti dipendenti dai soggetti di cui all'articolo 9 del testo unico, anche qualora vengano previste, contrattuali o di legge, di tutela con polizze privatistiche.

³¹Legge 23 marzo 1981, n. 91, Norme in materia di rapporti tra società e sportivi professionisti. Capo I Sport professionistico Articolo 1 Attività sportiva – L'esercizio dell'attività sportiva, sia essa svolta in forma individuale o collettiva, sia in forma professionistica o dilettantistica, è libero. Articolo 2 Professionismo sportivo - Ai fini dell'applicazione della presente legge, sono sportivi professionisti gli atleti, gli allenatori, i direttori tecnico-sportivi ed i preparatori atletici, che esercitano l'attività sportiva a titolo oneroso con carattere di continuità nell'ambito delle discipline regolamentate dal CONI e che conseguono la qualificazione dalle federazioni sportive nazionali, secondo le norme emanate dalle federazioni stesse, con l'osservanza delle direttive stabilite dal CONI per la distinzione dell'attività dilettantistica da quella professionistica.

³²Si pensi al riguardo non solo alla difformità di inquadramento di un cestista rispetto al pallavolista ma anche ad atleti: inquadri nella stessa squadra nazionale (ad esempio), che svolgono lo stesso sport.

³³Legge n. 222 del 29.11.2007 Conversione in legge, con modificazioni, del decreto-legge 1° ottobre 2007, n. 159, recante interventi urgenti in materia economico-finanziaria, per lo sviluppo e l'equità sociale Articolo 28 - Soppressione della Cassa di previdenza per l'assicurazione degli sportivi [SPORTASS], disposizioni sul credito per l'impiantistica sportiva e sull'Agenzia nazionale per i giovani.

professionisti gli appartenenti a: Federazione Italiana Giuoco Calcio (F.I.G.C.), Federazione Ciclistica Italiana (F.C.I.), Federazione Italiana Golf (F.I.G.), Federazione Motociclistica Italiana (F.M.I.) e Federazione Pugilistica Italiana (F.P.I.), a cui si è aggiunta, a decorrere dal 30 giugno 1994, la Federazione Italiana Pallacanestro (F.I.P.).

Sin da allora ed ancora più oggi, appariva e appare difficile configurare come dilettantistica un'attività sportiva comunque connotata dai due requisiti richiesti dall'art. 2 della L. n. 91/1981 (remunerazione comunque denominata e continuità delle prestazioni) per l'attività "professionistica". D'altronde, nella sentenza *Bosman* del 1995 (punti 73 e 74), è la stessa Corte di Giustizia che definisce i contorni di lavoro sportivo, precisando come l'unico parametro in tal senso non possa che essere quello dello svolgimento di prestazioni retributive³⁴.

Nell'esperienza di liquidazione dei casi SPORTASS abbiamo avuto l'occasione di verificare, oltre alla ricorrenza di un significativo numero di sportivi con menomazioni gravissime (pallavolisti, kartisti, rugbisti, calciatori di serie inferiori alla C2³⁵) anche una sostanziale coincidenza di elementi riguardanti l'aspetto fattuale del rapporto di lavoro, quantomeno per la gran parte di essi. Per quanto non di competenza medica è di tutta evidenza come non sia più sostenibile un'eteronoma qualificazione del dilettante rispetto all'appartenente alle cinque federazioni formalmente identificanti il professionista sportivo.

Ancora una volta, sembrerebbero anticipare gli eventi le già richiamate Linee di mandato del Consiglio di Indirizzo e Vigilanza Inail³⁶ nel sottolineare l'opportunità di *estensione dell'obbligo assicurativo a soggetti attualmente esclusi... nonché l'estensione della tutela assicurativa a soggetti che rivestono particolare rilievo sociale, previa verifica della sostenibilità economica*. In tal senso, quindi, sarebbe indicato ampliare la platea degli sportivi ricomprendendo tutti coloro che svolgono detta attività con remunerazione e continuità delle prestazioni a prescindere dalla qualificazione CONI. A conclusione si vuole rappresentare come nessuna modifica e/o integrazione potrà migliorare efficacemente le prestazioni istituzionali senza l'adozione di un generale e moderno sistema di gestione sanitaria (*Medico-Legal Governance*). Questo, come ribadito in recente contributo³⁷, dovrà perseguire prioritariamente gli obiettivi di:

1. adeguamento continuo degli standard e degli indicatori;
2. formazione continua ed appropriata del personale sanitario nonché sviluppo di sinergie con il personale non sanitario;
3. misurazione e monitoraggio dei risultati.

Peraltro, se la Gestione del Rischio Sanitario Inail deve rappresentare il primario strumento di garanzia della qualità dei servizi erogati, per affrontare le principali situazioni di criticità,

³⁴Per ulteriori specifici contributi vedasi anche De Silvestri A., "Il lavoro nello sport dilettantistico" in Atti Convegno Nazionale "Sport e Diritto del Lavoro" [Torino 13 E 14 Gennaio 2006] Organizzato Dal Centro Nazionale Studi Di Diritto Del Lavoro "D. Napoletano" Sezioni Piemonte, Liguria, Lombardia, Veneto. Ma anche, Antoniotti F., Di Luca N.M., *Medicina legale e assicurazioni nello sport*, SEU Ed., 1996 nonché Savino E., *La tutela assicurativa INAIL degli sportivi professionisti*, Ed INAIL, 2008 .

³⁵Peraltro, per la stagione 2014/15 il Campionato di Lega Pro sarà articolato in unica Divisione formata da tre gironi di 20 squadre ciascuno, espulsione dalla tutela di un gran numero di soggetti oggi assicurati Inail.

³⁶CIV Inail: *Linee di mandato 2013-2017*. Delibera del 5 febbraio 2014.

³⁷P. Rossi, *The professional responsibility of the medical-legal evaluation process in social security: how to homogenize technicality, training, law and ethics Bioethics, Medical Ethics and Health Law, Naples, 2013.*

i cui effetti negativi si riverberano sull'azione generale dell'Istituto, lo stesso dovrà essere altresì affiancato da rinnovati e rafforzati progetti di semplificazione, di informazioni facili, di miglioramento qualità, di un codice etico e di formazione del personale.

All'interno del complessivo progetto di gestione del rischio sanitario, quindi, diventa strategico ed indispensabile programmare e rendicontare i risultati attraverso un costante monitoraggio di alcuni indicatori chiave. Si impone, pertanto, la costruzione di un "cruscotto direzionale sanitario" idoneo a supportare i processi decisionali e a tenere sotto controllo le performance sanitarie aziendali ³⁸. Un adeguamento di tal fatta, con ogni probabilità, sarà in grado di migliorare/ottimizzare tutte le risposte di un Istituto chiamato ad assolvere, in modo ancora più appropriato, a tutti i suoi compiti nel contesto delle più generali politiche del Polo Salute e Sicurezza sul Lavoro.

³⁸P. Rossi, *Il sistema di gestione del rischio clinico e medico legale definito dal nuovo modello sanitario Inail*, Riv. It. Med. Leg. 3/2013, pagg.1657 – 1665.

Appendice 1

Al riguardo degli aspetti di interesse medico legale in tema di revisione, A. Ossicini ha pubblicato nel 2011 un contributo di sintesi [*Istituto della Revisione Inail: 75 anni di storia e di interpretazioni*, Rivista degli Infortuni e delle Malattie Professionali, 1, 2011] dal quale si emarginano i seguenti passaggi: “...In definitiva i diversi punti controversi sono stati risolti nella seguente maniera:... Costituzione rendita: la data di decorrenza della rendita e non la data di comunicazione formale del provvedimento di costituzione della rendita stessa al reddituario. Manifestazione di malattia professionale (ai fini prescrizionali): Concetto legato al soddisfacimento di tre punti precisi: a) Piena coscienza della malattia; b) Consapevolezza della sua origine professionale; c) Superamento della soglia indennizzabile *Termini di revisionabilità di danni policroni unificati [infortuni e M.P]: la revisione è effettuabile nel rispetto dei termini propri di ciascuna componente della inabilità complessiva e il danno deve sempre essere visto nella sua globalità*”.

Sul tema, Cerbone, M., *Gli aspetti giuridici della malattia professionale*, in *Atti Inail Corso quadrimestrale di formazione sulle malattie professionali per operatori sanitari e consulenti delle parti*, Milano, Inail, 2012, ha precisato al riguardo: “La giurisprudenza, anzitutto, chiarisce un aspetto generale: e cioè che l'exordium praescriptionis coincide con il momento in cui il lavoratore danneggiato abbia avuto conoscenza dell'origine professionale della malattia stessa e che analoga efficacia assume la conoscibilità dell'origine professionale della malattia, facendo ricorso alle normali conoscenze scientifiche e mediche e senza che rilevino le valutazioni soggettive del danneggiato stesso. La conoscibilità della malattia, in effetti, non richiede l'acquisita certezza in ordine alla sussistenza del diritto anche nei profili tecnico-giuridici ma implica che il lavoratore sia ben consapevole sia della malattia, come alterazione patologica di entità tale da consentire l'esercizio del diritto alla rendita [...] Essa poi affronta la questione più specifica dell'aggravamento del quadro medico-clinico del lavoratore, in rapporto alla descritta prescrizione. Ebbene, al riguardo, in applicazione del principio generale descritto, il dies a quo del termine prescrizionale deve essere individuato con riferimento al momento in cui uno o più fatti concorrenti diano certezza [ricavata anche da presunzioni semplici] della conoscibilità dell'esistenza di uno stato morboso, dell'eziologia professionale della malattia e del raggiungimento della soglia legale dell'indennizzabilità. Nell'azione di risarcimento del danno biologico conseguente ad una malattia professionale, il momento da cui decorre il termine prescrizionale di cui all'art. 2946 cod. civ. coincide con la manifestazione della malattia professionale anche nel caso di aggravamento dei postumi, salvo che il fatto morboso già manifestatosi abbia determinato un evento morboso diverso ed autonomo”.

La posizione dell'Istituto è riassumibile come segue:

“ per la trattazione dei casi concreti:

1. resta fermo che il *dies a quo* della prescrizione coincide con il momento in cui il diritto può essere fatto valere, secondo le disposizioni vigenti;
2. la domanda amministrativa di liquidazione della prestazione presentata entro 3 anni dal suddetto *dies a quo*, avendo effetto interruttivo della prescrizione, impedisce l'estinzione del diritto;
3. il termine triennale di prescrizione, in questo caso, ricomincia a decorrere dal momento

in cui si esauriscono i termini fissati dalla legge per l'espletamento del procedimento amministrativo (pari a 150 giorni e 210 per le revisioni);

4. l'effetto interruttivo della prescrizione del diritto è esteso anche ad eventuali altri atti stragiudiziali di esercizio del diritto, come, ad esempio, la presentazione dell'opposizione o di eventuali solleciti rivolti all'Istituto per la definizione della richiesta di liquidazione delle prestazioni. In tali casi, se l'atto interruttivo interviene entro il termine di sospensione di cui all'art.111 D.P.R. n. 1124/1965, la prescrizione triennale del diritto ricomincia a decorrere dalla scadenza del termine suddetto; se, invece, l'atto interruttivo è successivo, la predetta prescrizione triennale ricomincia a decorrere dalla data di presentazione dell'atto suddetto, senza applicazione di alcun ulteriore periodo di sospensione;
5. eventuali atti istruttori dell'Istituto o eventuali provvedimenti negativi emanati dopo la scadenza dei termini previsti per la definizione del procedimento e, dunque, a seguito della formazione del silenzio-rigetto, non producono alcun effetto interruttivo, mentre eventuali provvedimenti di riconoscimento del diritto, sia pure in misura inferiore a quanto richiesto, producono l'interruzione del termine prescrizione che, anche in questo caso, non è suscettibile di sospensione."

Appendice 2

Legge sugli infortuni degli operai sul lavoro 17 marzo 1898. Pubblicata, nella Gazzetta Ufficiale del Regno il 31 marzo 1898. n. 75.

TITOLO I Limiti di applicazione della presente legge Art 1.

La presente legge si applica agli operai addetti: 1° all'esercizio delle miniere, cave e torbiere; alle imprese di costruzioni edilizie...;

2° alle costruzioni ed imprese seguenti, qualora vi siano impiegati più di cinque operai: costruzione...;

3° agli opifici industriali nei quali si fa uso di macchine mosse da adenti inanimati o da animali...

Art. 2. - È considerato come operaio agli effetti della presente legge: 1° chiunque, in modo permanente o avventizio e con remunerazione fissa o a cottimo, è occupato nel lavoro fuori della propria abitazione;

2° chiunque, nelle stesse condizioni, anche senza partecipare materialmente al lavoro, soprintende al lavoro ...; [omissis].

TITOLO III.

Assicurazione Art. 6. - Debbono essere assicurati contro gli, infortuni sul lavoro, in conformità alle prescrizioni della presente legge, gli operai occupati nelle imprese, industrie e costruzioni di cui all'art. 1° ...[omissis]

Art. 9 - La misura delle indennità assicurate agli operai in caso di infortunio, dovrà, secondo i casi, essere la seguente: 1° Nel caso di inabilità permanente assoluta, l'indennità sarà eguale a cinque salari annui e non mai minore di lire 3,000;

2° Nel caso d'inabilità permanente parziale, l'indennità sarà eguale a cinque volte la parte di cui è stato o può essere ridotto il salario annuo;

3° Nel caso d'inabilità temporanea assoluta, l'indennità sarà giornaliera ed eguale alla metà del salario medio, e dovrà pagarsi, per tutta la durata dell' inabilità, cominciando dal sesto giorno;

4° Nel caso d'inabilità temporanea parziale, l'indennità, sarà eguale alla metà della riduzione, che dovrà subire il salario, medio per effetto della inabilità stessa, e dovrà pagarsi per tutta la durata della inabilità, cominciando dal sesto giorno;

5° Nel caso di morte la indennità sarà eguale a cinque salari annui e sarà devoluta, secondo le norme del codice civile, agli eredi testamentari o legittimi.

In mancanza di eredi, l'indennità sarà versata al fondo speciale, stabilito coll'art. 26.

L'indennità dovrà essere liquidata e pagata entro tre mesi dal giorno dell'avvenuto infortunio, e nel caso di ritardo decorrerà sopra, di essa, dopo i tre mesi l'interesse nella misura normale.

Roma, addì 17 marzo 1898. Luogo del Sigillo V. *Il Guardasigilli* O ZANARDELLI.

Appendice 3

Nella circolare l'Inail rappresenta quanto segue: *Con sentenza n. 46 del 12 febbraio 2010, la Corte costituzionale ha dichiarato inammissibile la questione di legittimità costituzionale degli artt. 132 e 137 del D.P.R. 30 giugno 1965, n. 1124, e non fondata la questione di legittimità costituzionale degli artt. 80 e 131. Le eccezioni di incostituzionalità erano state poste dal giudice di merito in relazione a fattispecie in cui il lavoratore, avendo continuato a essere addetto ad attività morbigena anche dopo la costituzione della rendita, chiedeva il riconoscimento di un peggioramento dei postumi intervenuto dopo il decorso del quindicennio. La Corte costituzionale ha rilevato che la fattispecie non rientra nell'ambito di applicazione dell'art. 137 T.U., il quale disciplina esclusivamente l'ipotesi dell'aggravamento dell'inabilità conseguente alla naturale evoluzione della patologia che ha dato luogo alla costituzione della rendita. La Consulta ha precisato che "[...] quando, invece, il maggior grado di inabilità dipende dalla protrazione dell'esposizione a rischio patogeno e si è quindi in presenza di una "nuova" malattia, seppure della stessa natura della prima, la disciplina applicabile è quella dettata dall'art. 80, estesa alle malattie professionali dall'art. 131". La materia in questione è stata successivamente oggetto di interpretazione da parte della Corte di cassazione che si è espressa nel senso di considerare applicabile il combinato disposto degli artt. 80 e 131 t.u. in tutte le ipotesi in cui, pur essendo decorsi i termini revisionali, l'aggravamento della patologia originariamente denunciata sia riconducibile al protrarsi dell'esposizione allo stesso rischio morbigeno. In tali casi, infatti, in presenza delle medesime condizioni ambientali, dei tempi e delle modalità di svolgimento della prestazione lavorativa, si verifica, oltre il decorso del termine suddetto, una variazione delle condizioni fisiche che "[...] non concerne l'evoluzione della patologia, causata dal fattore morbigeno accertato e valutato dall'Istituto assicuratore, ma la concorrenza con il primo di altro fattore costituito dalla prosecuzione dell'esposizione lavorativa al medesimo rischio morbigeno". Pertanto, la fattispecie, come affermato dalla Corte costituzionale, deve ritenersi estranea all'ipotesi di cui all'art. 137 T.U. che si riferisce esclusivamente all'aggravamento, eventuale e consequenziale, dell'inabilità derivante dalla naturale evoluzione della originaria malattia e deve essere quindi inquadrata in quella contemplata dall'art. 80. In sintesi, la denuncia di un aggravamento verificatosi dopo la scadenza del quindicennio dev'essere considerata come nuova malattia, sempre che ricorra anche la continuazione, oltre la data di decorrenza della rendita già costituita, dell'esposizione all'agente patogeno che ha dato causa all'originaria patologia professionale. In ogni diversa ipotesi, sulla base del principio di consolidamento dei postumi alla scadenza dei termini revisionali, l'aggravamento non può essere preso in considerazione.*

Per maggiore chiarezza, dal punto di vista interpretativo e applicativo del nuovo indirizzo giurisprudenziale, si esaminano le seguenti fattispecie:

- a – Variazione delle condizioni fisiche del titolare di rendita intervenuta entro i termini revisionali. La domanda di aggravamento a seguito di variazione delle condizioni fisiche del titolare di rendita, presentata entro l'anno di decadenza successivo al quindicennio, deve essere trattata come revisione, ai sensi dell'art. 137 T.U.. Diversamente, qualora l'aggravamento, pur verificatosi entro il termine revisionale, venga richiesto dopo il decorso del termine annuale di decadenza, lo stesso non dovrà essere valutato ai fini della revisione della rendita, né potrà essere riconosciuto come nuova malattia nei termini sopra esposti.*

b – Variazione delle condizioni fisiche del titolare di rendita intervenuta oltre la scadenza dell'ultimo termine revisionale.

La domanda di aggravamento a seguito di variazione delle condizioni fisiche in peius intervenute dopo i termini di cui all'art. 137 t.u. dovrà essere trattata come una nuova malattia professionale. La domanda potrà essere accolta soltanto qualora sia accertato che i relativi postumi siano venuti in essere dopo la scadenza del quindicennio e siano riconducibili al protrarsi dell'esposizione a rischio oltre la data di decorrenza dell'originaria rendita. Al fine di poter ricondurre il danno a un periodo temporale ben preciso e, quindi, di dare corretta applicazione ai principi sopra enunciati, è indispensabile che tutte le rendite per malattia professionale siano sottoposte a revisione alla scadenza del quindicennio in quanto, in mancanza di tale accertamento, risulterebbe problematica la suddetta riconducibilità. Nell'ipotesi di cui al punto b), in caso di riconoscimento della nuova malattia, in fase di valutazione dei postumi potranno verificarsi le seguenti fattispecie:

- 1. le malattie professionali ricadono sotto un diverso regime (D.P.R. 1124/1965 e d.lgs. 38/2000). In tali ipotesi, i postumi derivanti dalle due tecnopatie non sono suscettibili di unificazione. Pertanto, i postumi derivanti dalla nuova malattia dovranno essere valutati in base all'attuale disciplina, senza tener conto delle preesistenze;*
- 2. le malattie professionali ricadono sotto lo stesso regime (d.lgs. 38/2000). In tale ipotesi, i postumi derivanti dalla nuova malattia dovranno essere unificati con quelli derivanti dalla malattia precedentemente riconosciuta, secondo il disposto degli artt. 80 e 131 T.U.. Di conseguenza, l'unificazione dovrà essere effettuata se la nuova malattia determini anche solo l'1% di aumento del grado di menomazione già riconosciuto. Per maggiori dettagli operativi si rimanda al flusso allegato che, per le fattispecie trattate, integra le disposizioni contenute nel Nuovo flusso procedurale per l'istruttoria delle denunce di malattia professionale di cui alla citata lettera del 18 settembre 2003.*

Decorrenza dei termini prescrizionali Anche con riferimento alla decorrenza dei termini prescrizionali, occorre distinguere tra le seguenti casistiche: 1. i postumi derivanti dalla nuova malattia sono unificabili con quelli derivanti dalla patologia precedentemente riconosciuta; 2. i postumi non sono suscettibili di unificazione. Nel primo caso - fermi i principi di carattere generale sulla conoscibilità degli elementi costitutivi del diritto, per i quali si rinvia alle disposizioni vigenti in materia - il termine triennale di prescrizione decorre dal momento in cui la nuova malattia determina postumi permanenti superiori a quelli in precedenza riconosciuti. Nel secondo caso, la prescrizione del diritto al riconoscimento della nuova malattia decorre dal momento in cui il grado di menomazione conseguente alla nuova malattia sia almeno pari al minimo indennizzabile.

Efficacia nel tempo Le disposizioni di cui alla presente circolare si applicano ai casi futuri nonché alle fattispecie in istruttoria e a quelle per le quali sono in atto controversie amministrative o giudiziarie o, comunque, non prescritte o decise con sentenza passata in giudicato.

Appendice 4

Damiano Spera [*Il danno differenziale, le Tabelle milanesi 2013 e danno non patrimoniale in Officina e Diritto*, Milano, Giuffrè Editore, 2013]. La giurisprudenza (di merito e di legittimità) ha riconosciuto l'esistenza del "danno biologico differenziale" di tipo "quantitativo" per i seguenti motivi:

- diversi sono gli ambiti applicativi delle norme: quelle sulla responsabilità civile si applicano in via generale ai fatti illeciti, invece l'art. 13 citato prevede la definizione del danno biologico solo "in via sperimentale" ed ai soli "fini della tutela dell'assicurazione obbligatoria contro gli infortuni sul lavoro e le malattie professionali". Questi dati letterali dimostrano che la prospettiva applicativa, esplicitata dallo stesso art. 13 d.lgs 38/2000, non è quella di definire in via generale e omnicomprensiva tutti gli aspetti risarcitori del danno biologico, ma solo quella di determinarli agli specifici e limitati fini dell'assicurazione obbligatoria contro gli infortuni e le malattie professionali [così Tribunale Monza, sentenza n. 1828/2005, pubblicata in Altalex];
- diversi sono i concetti giuridici di indennizzo e risarcimento ed, infatti, l'indennizzo è indipendente dal fatto illecito e viene corrisposto anche in mancanza di un soggetto responsabile diverso dal danneggiato [nelle ipotesi in cui l'infortunio sia da ascrivere a colpa esclusiva di quest'ultimo];
- diversa è la natura delle erogazioni, atteso che l'indennizzo corrisposto dall'Inail si concretizza in una rendita che cessa con la morte dell'infortunato e, al contrario del risarcimento del danno, non viene trasmessa *iure successionis*;
- diverse sono le finalità dei due istituti, atteso che quello che fa capo all'Inail ha evidente finalità sociale in quanto mira a garantire all'assicurato continuità nella sussistenza di mezzi adeguati alle esigenze di vita [ex art. 38 Cost.], mentre il risarcimento si fonda sulla tutela della salute come fondamentale diritto dell'individuo alla propria integrità biologica [ex art. 32 Cost.] [v. Tribunale Roma, sentenza n. 24271/2008];
- l'opposta tesi comporterebbe molteplici disparità di trattamento tra chi, subendo un danno biologico permanente in misura inferiore al 6%, sarebbe interamente risarcito e chi, invece, con un danno biologico in misura superiore, sarebbe solamente indennizzato dall'Inail; ed, inoltre, il danneggiato-lavoratore sarebbe solo indennizzato mentre, per lo stesso danno alla salute, il danneggiato-non lavoratore sarebbe integralmente risarcito [...].

Sempre secondo l'Autore è possibile individuare tre diversi orientamenti giurisprudenziali:

1. Il primo orientamento prende le mosse dal citato art. 10 D.P.R. n. 1124/1965, secondo cui il "danno differenziale" spettante all'infortunato deriva dal raffronto tra l'ammontare complessivo del risarcimento e quello delle indennità liquidate dall'Inail, al fine di evitare un'ingiustificata attribuzione in favore degli aventi diritto, i quali, diversamente, percepirebbero, in relazione al medesimo infortunio, sia l'intero danno sia le indennità [v. Tribunale Bolzano, Sez. Distaccata di Silandro, sentenza n. 2/2012; Tribunale Reggio Emilia, sentenza n. 330/2011; Tribunale Montepulciano, sentenza n. 149/2009; Cass., sentenza n. 10035/2004].

2. Un secondo orientamento, prendendo le mosse dalla nuova Tabella milanese di liquidazione del danno, aderisce invece alla tesi dello scorporo, ma solo tra danno patrimoniale e non patrimoniale: “La nuova tabella milanese muove dal presupposto che i criteri di liquidazione del danno non patrimoniale da lesione del bene salute debbano prevedere valori monetari che siano riconducibili a quelli già riconosciuti precedentemente, sia a titolo di danno biologico che di danno morale, da liquidarsi dal giudice complessivamente, all’esito di una unitaria personalizzazione del danno accertato...Il recente intervento delle Sezioni Unite, che ha ridisegnato la nozione di danno alla persona come omnicomprensiva ed ha riportato il sistema risarcitorio alla sua originale bipolarità tra danno patrimoniale e danno non patrimoniale, impone all’interprete la questione dell’omogeneità – ai fini della surroga Inail e della liquidazione al danneggiato del c.d. danno differenziale – tra il danno biologico ristorato dal sistema previdenziale con criteri standardizzati ed il danno biologico liquidato civilisticamente in maniera “personalizzata” ... ritiene questo Tribunale che la soluzione positiva alla questione sia imposta dallo stesso intervento del Giudice nomofilattico, che preclude ogni possibilità di scomposizione del danno alla persona in poste distintamente risarcibili, onde non ricorrere in duplicazioni risarcitorie, e che, chiaramente, delinea una nozione anche ontologicamente unitaria del danno biologico, “del quale ogni sofferenza, fisica o psichica, per sua natura intrinseca costituisce componente”. Non può dunque il giudice scorporare all’interno del danno non patrimoniale riconosciuto, pena la violazione di questi principi (e neppure ai soli fini della surroga Inail), la quota relativa al danno biologico “standard” da quella relativa ad ulteriori componenti non valutate dall’Inail ai fini indennitari ... Non è neppure accettabile la tesi secondo cui “la surroga Inail, a sua volta, sarebbe esercitabile solo entro il danno biologico c.d. ‘statico’ o ‘puro’, mentre l’ente nulla avrebbe diritto ad ottenere sul quantum riconosciuto a titolo di danno biologico ‘dinamico’ e personalizzato e sull’intero [e ancora una volta distinto] danno morale”... In definitiva, il giudice – una volta liquidato il danno non patrimoniale civilisticamente risarcibile e conseguente alla lesione del bene salute – non può fare altro che raffrontare tale importo, senza ulteriori e non più consentiti distinguo, con il quantum erogato dall’ente a titolo di danno biologico, accogliendo la domanda di surroga per l’intero relativo ammontare [nei limiti dell’importo risarcitorio liquidato] e riconoscendo in capo al danneggiato il diritto al risarcimento dell’importo differenziale ... Si potrebbe sostenere che l’Inail possa agire in surroga per tutti gli importi unitariamente liquidati al danneggiato, in tal modo si riconsentirebbe all’Inail di rivalersi per l’intero [sempre, ovviamente, nei limiti del quantum civilisticamente liquidato a titolo complessivamente patrimoniale e non patrimoniale] senza distinguere tra somma e/o quota di rendita erogata per danno biologico e somma e/o quota di rendita erogata per le conseguenze patrimoniali dell’infortunio, consentendo all’ente [in caso di maggior indennizzo erogato a titolo patrimoniale], di rivalersi integralmente erodendo così una quota dell’importo risarcitorio spettante al danneggiato a titolo di danno non patrimoniale. Questo giudice ritiene inaccettabile una simile soluzione... Tanto la lettura costituzionalmente orientata

dell'art. 2059 cc [che consente il completo ristoro del danno, necessariamente personalizzato conseguente alla lesione del bene salute] quanto la ricostruita netta bipolarità del sistema del danno alla persona [che impone la *reductio ad unum* del danno non patrimoniale, ma impedisce ogni fungibilità tra danno patrimoniale e danno non patrimoniale] escludono che il diritto del lavoratore all'integrale risarcimento del danno non patrimoniale [differenziale] possa essere in qualche modo compresso dalle ragioni creditorie dell'ente assicuratore relative al costo sopportato per le conseguenze patrimoniali del sinistro. Qualora tale costo sia superiore all'importo civilisticamente liquidato a titolo di danno patrimoniale, solo questa eccedenza non potrà che restare a carico dell'Inail, che l'ha sostenuta, per le finalità previdenziali proprie dell'ente ... in attuazione dell'art. 38 Cost." [Tribunale Milano, sentenza n. 7515/2009].

3. Un terzo orientamento, infine, ritiene si debba continuare ad applicare "in sede di surroga il criterio della necessaria scomposizione delle voci risarcitorie da comparare... Quindi se l'Inail continua a non erogare certe voci di danno, il danno non patrimoniale sarà anche da ritenersi categoria unitaria, ma sta di fatto che in sede di surroga l'istituto potrà ripetere soltanto quella parte delle sue erogazioni che, al contempo, costituiscono anche danno civilmente risarcibile, e ciò attraverso la comparazione tra erogazioni effettuate e danno civilmente risarcibile, scomposti per singole voci omogenee, una per una. Appare quindi semplicemente errata la tesi ... secondo cui l'effettuata *reductio ad unum* del danno non patrimoniale da parte delle SS.UU. avrebbe comportato l'assorbimento del danno morale nel danno biologico e conseguente superamento della tesi del danno morale come danno complementare e quindi come voce non surrogabile ... Il danno biologico, invero, anche se parametrato secondo tale dizione normativa, resta pur sempre liquidato dall'istituto in modo rigido ed eguale per tutti gli infortunati [a parità di menomazione], non risultato affatto che l'istituto proceda poi caso per caso ad una ulteriore valutazione personalizzata del danno biologico spettante al singolo infortunato sulla base di specifici e concreti profili di compromissione della sua vita di relazione ... Deriva che in sede di surroga l'istituto non può sostenere che il danno biologico riconosciuto all'infortunato comprenda anche i profili di personalizzazione così come si riconoscono, previa apposita allegazione ed istruttoria, in sede civile, rimanendo in tal modo una ineliminabile differenza strutturale tra le due nozioni previdenziale e civilistica di danno biologico. Pertanto, quando se ne sia dimostrata la spettanza, il danno biologico personalizzato continua a rimanere attratto nell'area del danno complementare" [Tribunale Genova, sentenza n. 2116/2009].

Appendice 5

Art. 6, legge n. 466/1980 - *La speciale elargizione di cui alla presente legge, ed alle altre in essa richiamate, nei casi in cui compete alle famiglie, è corrisposta secondo il seguente ordine [omissis].*

1. *coniuge superstite e figli se conviventi a carico;*
2. *figli, in mancanza del coniuge superstite o se lo stesso non abbia diritto a pensione;*
3. *genitori;*
4. *fratelli e sorelle se conviventi a carico.*

Fermo restando l'ordine sopraindicato per le categorie di cui ai numeri 2], 3] e 4], nell'ambito di ciascuna di esse, si applicano le disposizioni sulle successioni legittime stabilite dal codice civile. *La speciale elargizione è una provvidenza economica, a carattere indennitario, corrisposta "una tantum", ai militari e, per talune fattispecie, ai civili cittadini italiani, ovvero ai loro superstiti.*

La speciale elargizione è esente da I.R.P.E.F. e soggetta a rivalutazione annuale sulla base degli indici Istat. Un documento del Ministero della Difesa del 2008 chiarisce ulteriori questioni pure correlate alla norma.

Ministero della Difesa GABINETTO DEL MINISTRO - Prot. n 1/25006/ 11.8 222/08 AG Roma 09/06/2008 - OGGETTO: Richiesta di informazioni dell'Associazione Nazionale Italiana Assistenza Vittime Arruolate nelle FF.AA. e famiglie dei Caduti [ANAVAFAP]. ...Oggetto: Richiesta di informazioni dell'Associazione Nazionale Italiana Assistenza Vittime Arruolate nelle FF.AA. e Famiglie dei Caduti [ANAVAFAP].

SCHEMA 1. Le "categorie" di soggetti nonché i presupposti richiesti dalla legge per l'attuazione della speciale elargizione e / o degli altri benefici sono:

- *per i militari di leva e i volontari, che l'evento letale sia avvenuto durante il servizio e non necessariamente per causa di servizio. L'importo della speciale elargizione attribuibile in tale ipotesi è di € 25.822,84[50 milioni delle vecchie lire], ai sensi dell'art. 6, comma 3, L. n. 308/1981, così come modificata della L. n. 250/1981;*
- *per i militari in servizio permanente o di complemento, il requisito della "dipendenza" è, invece, condizione insita nella patologia di evento cui è subordinata la concessione. Inoltre, è opportuno precisare quanto segue:*
- *ove ricorrono i presupposti oggettivi di cui all'art 5 della L. n. 308/1981, cioè militari "caduti nell'adempimento del dovere in servizio di ordine pubblico di vigilanza ad infrastrutture civili e militari, ovvero in operazioni di soccorso", appare possibile qualificare gli stessi militari quali "vittime del dovere", con conseguente diritto per i superstiti alla speciale elargizione nella misura massima di €200.000[duecentomila/00];*
- *se gli appartenenti alle F. A. sono "deceduti in attività di servizio per diretto effetto di ferite o di lesioni causate da eventi di natura violenta riportate nell'adempimento del servizio" [art. 6, comma, 1, L. n. 308/1981], acquisendo in tal modo la qualifica di "vittime per servizio", ai superstiti spetta una speciale elargizione nella misura del 50% di quella massima, con l'aumento del 30% se il dante causa aveva carico di famiglia.*

2. La legge n. 266/2005 [legge finanziaria per l'anno 2006], all'art. 1, commi 562/565, nell'estendere progressivamente in favore delle "vittime del dovere" i benefici previsti per le vittime del terrorismo e della criminalità, organizzata, ha introdotto una nuova categoria: i cosiddetti soggetti "equiparati", considerando tali quanti "abbiano contratto infermità permanente invalidanti alle quali consegue il decesso, in occasione o a seguito di missioni di qualunque natura, effettuate dentro e fuori dai confini nazionali e che ci siano riconosciute dipendenti da causa di servizio per le particolari condizioni ambientali ed operative". In attuazione del menzionato art. 1, comma 565, Legge n. 266/2005, è stato approvato il D.P.R. n. 243/2006 concernente il regolamento su termini e modalità per la corresponsione delle provvidenze a tutte le vittime del dovere ed alle categorie alle stesse equiparate, ovvero ai familiari superstiti. In particolare, la fonte normativa in parola ha previsto la liquidazione della speciale elargizione in favore degli invalidi nella misura di € 774,69 per punto percentuale di invalidità e l'assegno vitalizio per un importo pari a € 258,23 mensili per gli infortunati di invalidità permanente non inferiore ad un quarto nonché per i superstiti.
3. Alcune recenti disposizioni hanno estrapolato dal regime della progressività taluni dei benefici "del terrorismo" stabilendole il diritto alla percezione a favore della generalità delle "vittime del dovere" e degli "equiparati" e relativi superstiti [Ministero Difesa, <http://www.anavafaf.com/auto/ris-min-difesa-09062008.pdf>, 2008].

Riferimenti bibliografici

[Buz-006], F. Buzzi, M. Vanini, *Guida alla valutazione psichiatrica e medicolegale del danno biologico di natura psichica*, Giuffrè, 2006, pag. 23.

[Sav-008], E. Savino, *La tutela assicurativa INAIL degli sportivi professionisti*, INAIL, 2008, pag. 84.

[Oss-011], A. Ossicini, *Istituto della Revisione Inail: 75 anni di storia e di interpretazioni*, *Rivista degli Infortuni e delle Malattie Professionali*, 1, 2011 in Appendice, pag. 87.

[Cer-012], M. Cerbone, *Gli aspetti giuridici della malattia professionale*, in *Atti Inail Corso quadrimestrale di formazione sulle malattie professionali per operatori sanitari e consulenti delle parti*, Inail, 2012, in Appendice, pag. 87.

[DSM-V013], *Manuale diagnostico e statistico dei disturbi mentali*, American Psychiatric Association, 5a edizione, 2013, pag. 23.

[Inail-013], *Appendice statistica*, in *Relazione Annuale 2012 del Presidente*, Inail, 2013, pag. 29.

[Spe-013], D. Spera, *Il danno differenziale, le Tabelle milanesi 2013 e danno non patrimoniale*, in *Officina e Diritto*, Giuffrè, 2013, pag. 66.

I Quaderni di ricerca

1 - *Infortuni sul lavoro. Un modello di lettura (della numerosità) su "open data" dell'Inail,*

G. Ciriello, M. De Felice, R. Mosca, M. Veltroni, Roma, Inail, maggio 2013

2 - *Analisi e valutazione del comportamento dell'assorbitore di energia nei sistemi di arresto caduta con differenti masse di prova.,* Luigi Cortis, Francesca Maria Fabiani, Carlo Ratti,

Luca Rossi, Davide Geoffrey Svampa, Calogero Vitale, Roma, Inail, dicembre 2013

