

Capitolo 7

MEDICINA LEGALE DELLA PREVIDENZA E DELL'ASSISTENZA

7.1 Generalità - 7.2 Le assicurazioni sociali - 7.3 Le assicurazioni gestite dall'I.N.A.I.L. - 7.3.1 Assicurazione contro gli infortuni e le malattie professionali del settore industriale - 7.3.2 Assicurazione contro gli infortuni e le malattie professionali del settore agricolo - 7.3.3 L'infortunio - 7.3.4 L'infortunio in itinere - 7.3.5 La valutazione del danno - 7.3.6 Indennizzo del danno all'attitudine al lavoro - 7.3.7 Inabilità unica - 7.3.8 Inabilità multiple - 7.3.9 Indennizzo del danno biologico - 7.3.10 Malattie Professionali - 7.3.11 Assicurazione contro la Silicosi e l'Asbestosi - 7.3.12 Assicurazione obbligatoria contro le malattie e le lesioni da sostanze radioattive - 7.3.13 Assicurazione per le casalinghe - 7.3.14 Assicurazione per gli sportivi professionisti - 7.3.15 Procedimento per ottenere le prestazioni - 7.3.16 Provvidenze economiche e sanitarie erogate dall'I.N.A.I.L. - 7.4 Le assicurazioni gestite dall'I.N.P.S. - 7.4.1 Capacità lavorativa - 7.4.2 L'assegno ordinario di invalidità - 7.4.3 La pensione ordinaria di inabilità - 7.4.4 La superinvalidità - 7.4.5 Il lavoro usurante - 7.4.6 Le Pensioni di vecchiaia ed anzianità - 7.4.7 L'Assicurazione contro la tubercolosi - 7.4.8 La Tutela della maternità - 7.4.9 Iter per il riconoscimento della invalidità o della inabilità pensionabile I.N.P.S. - 7.5 Invalidità per causa di Servizio e trattamenti privilegiati - 7.5.1 Il sistema tabellare - 7.5.2 Equo indennizzo - 7.5.3 Riconoscimento della causalità di servizio - 7.6 Invalidità civile - 7.6.1 Accertamento dell'invalidità civile - 7.6.2 Prestazioni - 7.6.3 Prestazioni economiche - 7.7 Collocamento obbligatorio - 7.8 Tutela delle persone affette da cecità totale o parziale - 7.9 Tutela delle persone affette da sordomutismo - 7.10 Procedura di accertamento dell'invalidità civile, del sordomutismo e cecità - 7.11 La valutazione dell'invalidità - 7.12 Legge 5 febbraio 1992 n. 104: "legge-quadro per l'assistenza, l'integrazione sociale e i diritti delle persone handicappate"

7.1 Generalità

L'assicurazione, secondo l'art. 1882 del Codice Civile, è "il contratto col quale l'assicuratore, verso pagamento di un premio, si obbliga a rivalere l'assicurato, entro i limiti convenuti, del danno ad esso prodotto da un sinistro, ovvero a pagare un capitale o una rendita al verificarsi di un evento attinente alla vita umana".

Le assicurazioni possono essere classificate in sociali (o pubbliche) ed in private (o libere); le prime sono assicurazioni obbligatorie, mentre le seconde sono facoltative.

L'assicurazione, quindi, è un contratto tra un soggetto definito assicuratore ed un assicurato, con il quale il primo si impegna a risarcire/indennizzare un danno al secondo qualora si verifichi un rischio assicurato.

I soggetti del rapporto assicurativo sono l'assicuratore, il contraente (colui che stipula il contratto), l'assicurato, il beneficiario dell'assicurazione (l'assicurato stesso o altra persona).

In ambito sociale l'assicuratore è un ente di diritto pubblico (I.N.A.I.L.; I.N.P.S. ecc.).

Il rischio, che è la probabilità del realizzarsi di un determinato evento, è stabilito dalla legge per le assicurazioni pubbliche mentre è definito di volta in volta nell'ambito delle assicurazioni private.

Per l'assicurazione pubblica viene corrisposto un "quantum" (contributo/premio) dal *contraen-*

te che necessariamente si identifica con il "dato-re di lavoro", mentre per la forma privata, il contraente è un qualsiasi "soggetto" che è tenuto a versare un premio.

Sia nelle assicurazioni pubbliche che in quelle private viene esplicitato l'*evento tutelato* e le *prestazioni* che saranno oggetto di corresponsione al suo verificarsi.

7.2 Le assicurazioni sociali

L'art. 38 della Carta Costituzionale recita testualmente: "I lavoratori hanno diritto che siano preveduti ed assicurati mezzi adeguati alle loro esigenze di vita in caso di infortunio, malattia, invalidità e vecchiaia, disoccupazione involontaria. Gli inabili ed i minorati hanno diritto all'educazione e all'avviamento professionale. Ai compiti previsti in questo articolo provvedono organi ed istituti predisposti o integrati dallo Stato. L'assistenza privata è libera."

L'attuale *sistema di sicurezza sociale* fonda le proprie radici sul contenuto di tale articolo della Costituzione, stabilendo in concreto la sostanziale differenza tra l'*Assistenza* e la *Previdenza*.

Infatti, pur originando entrambe dalla necessità di sollevare l'individuo da uno stato di bisogno, l'*Assistenza*, rivolta a tutti i cittadini, offre ai medesimi i presupposti economici per assicurare le condizioni minime per la vita quotidiana (es. pensioni sociali), mentre la *Previdenza*, diret-

ta al cittadino lavoratore, garantisce, sul piano quali-quantitativo, un più articolato sistema di sostegno.

L'assistenza pubblica è sovvenzionata dal finanziamento dello Stato e degli Enti locali, mentre la Previdenza viene sovvenzionata attraverso i contributi obbligatori delle assicurazioni.

La nascita delle assicurazioni sociali risale alla fine del XIX secolo, epoca in cui, con la legge 17 marzo 1898, veniva istituita l'«Assicurazione contro gli infortuni sul lavoro, nel settore dell'industria». Questa aveva sia la finalità di sollevare il lavoratore da situazioni di bisogno dovute a danni fisici cagionati dall'espletamento di attività lavorative rischiose, sia lo scopo di esonerare gli imprenditori dalle conseguenze, in ambito civile, degli eventi che si verificavano a danno dei lavoratori.

Circa venti anni più tardi venne introdotta una normativa riguardante gli infortuni sul lavoro nel settore dell'agricoltura ed, in un momento successivo, l'obbligo assicurativo venne esteso con apposita disposizione legislativa ad alcune malattie di origine professionale elencate in tabella allegata al testo di legge.

Tale tutela, dapprima riguardante soltanto sei malattie professionali dell'industria, venne poi estesa anche ai lavoratori agricoli prevedendo specifiche tabelle, una per l'industria ed una per l'agricoltura, nelle quali erano ricomprese le diverse tecnopatie. Questi elenchi di malattie «tabellate» sono state oggetto di vari aggiornamenti, l'ultimo dei quali risale all'aprile 1994.

Con il DPR 30 giugno 1965 n. 1124 venne elaborato il «Testo Unico delle disposizioni per l'assicurazione obbligatoria contro gli infortuni sul lavoro e le malattie professionali» che revisionò ed aggiornò in maniera organica tutta la normativa esistente in materia. Successivamente il T.U. è stato parzialmente innovato dal D. Lgs n. 38 del 23 febbraio 2000, con il quale è stata introdotta la nuova disciplina dell'indennizzo del danno biologico.

7.3 Le assicurazioni gestite dall'I.N.A.I.L.

L'I.N.A.I.L. (Istituto Nazionale per l'Assicurazione contro gli Infortuni sul Lavoro) è l'ente che, la cui istituzione può essere ricondotta per le attuali funzioni al 1933, gestisce l'assicurazione obbligatoria contro gli infortuni sul lavoro e le malattie professionali, l'assicurazione obbligatoria contro le lesioni da radiazioni ionizzanti, l'assicurazione per le casalinghe e per gli sportivi professionisti.

7.3.1 Assicurazione contro gli infortuni e le malattie professionali del settore industriale

Secondo quanto disposto dall'art. 1 del T.U. 1124/65 «è obbligatoria l'assicurazione contro gli infortuni sul lavoro delle *persona* le quali, nelle condizioni previste dal presente titolo, siano addette a macchine mosse non direttamente dalla persona che le usa, ad apparecchi a pressione, ad apparecchi e impianti elettrici o termici, nonché delle persone comunque occupate in opifici, laboratori o in ambienti organizzati per lavori, opere e servizi, i quali comportino l'impiego di tali macchine, apparecchi o impianti. L'obbligo dell'assicurazione ricorre altresì quando le macchine, gli apparecchi o gli impianti di cui al precedente comma siano adoperati anche in via transitoria o non servano direttamente ad operazioni attinenti all'esercizio dell'industria che forma oggetto di detti opifici o ambienti, ovvero siano adoperati dal personale comunque addetto alla vendita, per prova, presentazione pratica o esperimento. Sono considerati come addetto a macchine, apparecchi, o impianti tutti coloro che compiono funzioni di dipendenza e per effetto delle quali sono esposti al pericolo di infortunio direttamente prodotto dalle macchine, apparecchi o impianti suddetti. Sono pure considerate addetti ai lavori di cui al primo comma del presente articolo per persone le quali, nelle condizioni previste dal presente titolo, sono comunque occupate dal datore di lavoro in lavori complementari o sussidiari anche quando lavorino in locali diversi e separati da quelli in cui si svolge la lavorazione principale. Sono altresì considerate addette ai lavori, di cui ai numeri da 1 a 28 del presente articolo, le persone le quali nelle condizioni previste dall'art. 4, sono comunque occupate dal datore di lavoro anche in lavori complementari o sussidiari.»

L'art. 1 del T.U. 1124/65 definendo il concetto di «*macchina*» stabilisce in qualche modo l'ambito entro il quale identificare le *lavorazioni protette*, volendo porre per l'uso delle macchine, una presunzione incondizionata di pericolosità.

Peraltro, l'elenco contenuto nell'art. 1 del T.U. 1124/65, al 2° comma, contemplando tutte le attività protette, molte delle quali anche indipendenti dall'uso di macchine, pone l'accento sul carattere del «*manualità*» del lavoro tutelato.

L'art. 4 del T.U. fa riferimento alle persone assicurate nell'ambito dell'industria stabilendo che «Sono compresi nell'assicurazione: coloro che in modo permanente o avventizio prestano alle dipendenze o sotto la direzione altrui opera manuale retribuita, qualunque sia la forma di retribuzione. Pertanto i requisiti richiesti perché ricorra la tutela assicurativa sono: a) *una prestazione lavorativa a carattere permanente o avventizio*; b)

svolta manualmente; c) alle dipendenze e sotto la direzione altrui; d) retribuita.

Con specifiche indicazioni legislative e giurisprudenziali la tutela è stata estesa nel tempo ad altri soggetti quali, i sovrintendenti, gli artigiani, gli insegnanti e gli alunni, i partecipanti alle esercitazioni di ginnastica, istruttori sportivi, i parenti del datore di lavoro se occupati nelle lavorazioni, i soci lavoratori, i detenuti, i lavoratori a domicilio, i commessi, i viaggiatori, i piazzisti, gli agenti delle imposte di consumo, i religiosi, i componenti degli equipaggi.

Tenuto all'obbligo dell'assicurazione è il datore di lavoro ovvero la persona fisica o persona giuridica che occupa alle proprie dipendenze uno o più lavoratori.

Il medesimo obbligo di legge grava anche sul lavoratore autonomo, privo di dipendenti.

Essendo la natura del rapporto assicurativo di tipo pubblicistico, qualora il premio assicurativo non sia versato e si verifichi un infortunio, l'I.N.A.I.L. interviene comunque a fornire le prestazioni stabilite per legge per i lavoratori dipendenti (*automaticità delle prestazioni*).

7.3.2 Assicurazione contro gli infortuni e le malattie professionali del settore agricolo

Le *attività protette* nel settore agricolo sono tutte quelle inerenti l'imprenditoria agricola, ovverosia, secondo l'art. 2135 c.c., quelle che attengono alla "coltivazione del fondo, selvicoltura, allevamento di animali e attività connesse".

Le *persone assicurate* sono identificabili in tutti i lavoratori di ambo i sessi.

7.3.3 L'infortunio

Per *infortunio* (artt. 2 e 210 T.U.) si intende un evento sfavorevole, imprevedibile, indipendente dalla volontà dell'assicurato, anche se quest'ultimo può concorrere per colpa, abnorme rispetto al normale ciclo lavorativo.

Il dolo da parte dell'assicurato esclude l'indennizzabilità dell'infortunio.

Il T.U., all'art. 2, fornisce gli elementi costitutivi dell'infortunio indennizzabile che sono:

la causa violenta

l'occasione di lavoro

il danno riconducibile all'evento

Causa violenta: "è quell'antecedente causale, dannoso ed esteriore, che agisce sull'organismo umano con rapidità d'azione" (Gerin).

Per essere definita tale, la causa deve necessariamente rispondere ad una serie di criteri:

- deve precedere l'insorgenza delle lesioni o delle manifestazioni cliniche (*criterio cronologico*);
- deve esser connotata di dannosità e di este-

riorità, ovvero deve produrre un danno e deve agire dall'esterno, cioè deve derivare dall'ambiente esterno all'individuo (*criterio qualitativo*);

- deve possedere in se stessa un'intensità lesiva adeguata che deve essere almeno superiore al momento sciogliente o liberatore ovvero superiore alla minima efficienza lesiva paragonabile a quella occorrente per un atto fisiologico (*criterio quantitativo*).

- la sua azione si deve esplicare in maniera concentrata nel tempo (*criterio modale*).

La causa può essere individuata in agenti lesivi di tipo fisico, tossicologico, psichico, nonché in agenti microbici in quanto la causa virulenta viene equiparata alla causa violenta (es. infezione carbonchiosa).

Occasione di lavoro: raccoglie in sé la finalità di lavoro ed il rischio lavorativo.

Il concetto di "*occasione di lavoro*" non è limitato agli spazi ed ai luoghi lavorativi o alle ore lavorative ma si estende ad ogni azione diretta o indiretta compiuta dal lavoratore che abbia come fine quello lavorativo, ovvero qualsiasi attività svolta nell'interesse dell'azienda (*finalità lavorativa*).

Il *rischio* è la *probabilità* del verificarsi di un evento. In tale ambito si differenziano un rischio generico, un rischio generico aggravato ed un rischio specifico.

Il *rischio generico* è il rischio a cui sottostà, in egual misura, la generalità dei componenti di una comunità.

Il *rischio generico aggravato* (nel caso di specie *dal lavoro*) è quello che, pur comune a tutti gli individui, grava in misura maggiore su determinati soggetti in relazione all'attività lavorativa espletata.

Il *rischio specifico*, invece, è quello al quale sono soggette solo coloro che esercitano quella determinata attività lavorativa (es. rischio di elettrocuzione da parte dell'elettricista).

Solo il *rischio generico aggravato* ed il *rischio specifico* vengono considerati ai fini del riconoscimento dell'infortunio sul lavoro e della sua indennizzabilità.

Sono esclusi dalla tutela assicurativa il rischio generico ed il "rischio elettivo", ovvero quello dovuto ad un'azione non necessaria, non connessa con l'attività lavorativa e deliberatamente attuata dal lavoratore.

Danno indennizzabile cioè riconducibile all'evento: può essere *temporaneo* e *permanente*.

Per quanto attiene il danno temporaneo, viene indennizzata solo l'*inabilità temporanea assoluta*, ovvero i postumi dell'infortunio che determinano una astensione dal lavoro della durata non inferiore a 3 giorni.

Per quanto attiene il *danno permanente* vengono indennizzati:

la *inabilità permanente parziale* o *assoluta* (per gli infortuni denunciati antecedentemente al

25.7.2000);

il danno biologico nonché la sua *incidenza sull'attitudine a produrre reddito* (per gli infortuni denunciati successivamente al 25.7.2000);

la morte dell'assicurato.

7.3.4 L'infortunio in itinere

La tutela dell'infortunio "*in itinere*", ovvero dell'infortunio che si realizza a danno del lavoratore nel tragitto dalla propria abitazione verso il luogo di lavoro e viceversa, previsto dal T.U. per i soli lavoratori marittimi, è stato successivamente esteso con il D. Lgs. 38/2000 a tutti i lavoratori tutelati purché in presenza di determinate circostanze.

Secondo l'art. 12 del citato decreto "salvo interruzione o deviazione del tutto indipendenti dal lavoro o, comunque non *necessitate*, l'assicurazione comprende gli infortuni occorsi alle persone assicurate durante il *normale percorso* di andata e ritorno dal luogo di abitazione a quello di lavoro, durante il normale percorso che collega due luoghi di lavoro se il lavoratore ha più rapporti di lavoro e, qualora non sia presente un servizio di mensa aziendale, durante il percorso di andata e ritorno dal luogo di lavoro a quello di consumazione abituale dei pasti. L'interruzione e la deviazione s'intendono necessitate quando sono dovute a causa di forza maggiore, ad esigenze essenziali ed improrogabile o all'adempimento di obblighi penalmente rilevanti. L'assicurazione opera anche nel caso di utilizzo del mezzo di trasporto privato, purché necessitato. Restano in questo caso elusi gli infortuni direttamente cagionati dall'abuso di alcolici e psicofarmaci o dall'uso terapeutico di stupefacenti ed allucinogeni; l'assicurazione, inoltre, non opera nei confronti del conducente sprovvisto della prescritta abilitazione alla guida".

7.3.5 La valutazione del danno

Il T.U. 1124/1965 definisce come indennizzabile la riduzione della attitudine al lavoro intesa come inabilità permanente totale o parziale.

Secondo la nuova disciplina introdotta con il D. Lgs n. 38 del 25.7.2000, il vecchio parametro utilizzato nella valutazione del danno da infortunio sul lavoro e da malattia professionale ai fini dell'erogazione delle prestazioni di natura economica, la riduzione all'attitudine al lavoro, viene sostituita dal danno biologico inteso come "danno all'integrità psico-fisica del soggetto suscettibile di valutazione medico legale" e per il quale bisogna considerare, per specifiche fasce di grado, la sua incidenza sull'attitudine al lavoro.

L'introduzione di questo termine di valutazione trova ragione, secondo alcune pronunce giurisprudenziali, nell'incostituzionalità della valutazione del solo danno all'attitudine a produrre ricchezza (attitudine al lavoro), relativamente al danno alla persona.

La Corte Costituzionale ha infatti, con alcune pronunce giurisprudenziali (n. 87/1991), stabilito che il lavoratore deve essere indennizzato non solo per il danno alla persona inteso in senso lavorativo, bensì per il danno considerato nella sua globalità, poiché si ripercuote su tutte le attività che attengono alla persona, compresa quella lavorativa.

7.3.6 Indennizzo del danno all'attitudine al lavoro

(PER GLI INFORTUNI O MALATTIE PROFESSIONALI RICADENTI NELLA VECCHIA DISCIPLINA, OVVERO VERIFICATISI ANTECEDENTEMENTE AL 25.7.2000).

L'art. 78 del T.U. DPR 1124/65 contiene le disposizioni di carattere valutativo relativamente all'esistenza di menomazioni uniche o multiple.

Il sistema valutativo si fonda su un criterio tabellare che considera pari a 100 l'attitudine lavorativa dell'individuo ed esprime in valori percentuali il valore da attribuire alle singole menomazioni.

Il grado minimo indennizzabile, secondo le disposizioni del T.U., è quello che determina riduzione dell'attitudine al lavoro in misura non inferiore al 11%.

7.3.7 Inabilità unica

Sul piano valutativo, secondo quanto disposto dal suddetto articolo, nel caso in cui a seguito di un infortunio il lavoratore riporti una singola menomazione, si deve fare riferimento alle percentuali di riduzione dell'attitudine al lavoro espresse nella tabella allegata al T.U. (all. 1 e 2, tabelle delle valutazioni del grado percentuale di invalidità permanente industria/agricoltura).

- nel caso di perdita totale di un arto, di un senso o di un organo o di una funzione, l'inabilità corrisponde al valore espresso nella tabella;
- nel caso di perdita parziale, invece, il valore percentuale viene stabilito effettuando una adeguata proporzione relativamente alla perdita totale tabellata.

Un elemento di grande rilevanza nella valutazione del danno è lo stato anteriore del soggetto, ovvero la presenza di preesistenze.

Le preesistenze possono definirsi concorren-

ti o coesistenti, ovvero sono concorrenti se insistono rispettivamente sugli stessi organi o apparati, di contro coesistenti se riguardano organi e apparati diversi. Al riguardo è bene rammentare che secondo la dottrina medico-legale, l'organo "non è un'entità anatomica, ma è un complesso funzionale a sé stante ... e pertanto può essere definito come un complesso di entità anatomiche con una funzione ben delineata ai fini della vita organica e di relazione" (Gerin).

7.3.8 Inabilità multiple

In riferimento ai postumi multipli, l'art. 78 del T.U. stabilisce che in caso di perdita di più arti o organi o di più parti dei medesimi, l'entità dell'inabilità permanente va valutata tenendo in considerazione la riduzione dell'attitudine al lavoro a seguito dell'infortunio e a cagione della molteplicità di postumi.

Sul piano valutativo, per i postumi che sono previsti dalla tabella, si applica il valore stabilito nella medesima.

Inabilità permanenti multiple monocrone

I postumi multipli, si dicono *monocroni* se rappresentano l'esito dello stesso infortunio.

Anche questi possono essere *concorrenti* o *coesistenti*.

I postumi *concorrenti* sono quelli che insistono sul medesimo sistema organo funzionale. In tal caso si procede attraverso un giudizio clinico cui segue l'apprezzamento della inabilità avendo cura di non superare il valore tabellato (es. la perdita di tutte le dita della mano non può superare il valore relativo alla perdita della mano).

I postumi *coesistenti* sono invece quelle riguardanti organi/apparati diversi e quindi funzioni distinte.

In quest'ultima evenienza si procede alla valutazione rifacendosi alla perdita complessiva dell'attitudine al lavoro.

Il T.U. non prevede l'uso di formule matematiche sebbene nella pratica medico-legale siano comunemente impiegate, ancorchè temperate dal buon senso.

La formula di maggior impiego è quella di Balthazard, ovvero la cosiddetta formula a scalare.

Facendo un esempio pratico, nel caso in cui l'assicurato subisca un infortunio nel quale riporti la perdita della mano sinistra (55%) e la stenosi nasale assoluta bilaterale (18%), applicando la formula di Balthazard si ottiene che i due postumi verranno considerati in sequenza, nel senso che il secondo verrà rapportata non più alla persona considerata nella sua integrità (individuo sano: 100%), ma al soggetto al quale è stata già sottratta una quota relativa al danno conseguente al primo.

In altre parole, il primo postumo, ovvero la prima menomazione, incidendo sulla capacità lavorativa totale (individuo sano: 100%), comporta un danno del 55%, mentre la seconda che determina un danno del 18%, deve essere rapportata alla capacità lavorativa residua (100-55) pari al 45%:

$$\text{Es. IT} = \text{IP1} + \text{IP2} - (\text{IP1} \times \text{IP2}) = 0,55 + 0,18 - (0,55 \times 0,18) = 63 \%$$

Inabilità permanenti multiple policrone

Si definiscono tali i postumi avvenuti a seguito di infortuni riportati in epoche differenti.

Nel caso in cui rappresenta la conseguenza di infortuni avvenuti nello stesso ambito giuridico (nell'ambito del settore agricolo, ad esempio), si dicono *omogenee*.

In tal caso per la valutazione complessiva del danno si procede considerando tutte i postumi conseguenza dell'ultimo infortunio, con la costituzione di un'unica rendita qualora si raggiunga il minimo indennizzabile.

Ai fini della valutazione della inabilità, nel caso in cui si tratti di menomazioni preesistenti concorrenti extralavorative o derivanti da altro ambito giuridico, le cosiddette *eterogenee*, va applicata la formula di Gabrielli, così come stabilito dall'art. 79 T.U.: "il grado di riduzione permanente all'attitudine al lavoro causata da infortunio quando risulti aggravato da inabilità preesistenti derivanti da fatti estranei al lavoro o da altri infortuni non contemplati nel presente titolo o liquidati in capitale ai sensi dell'art. 75, deve essere rapportato non all'attitudine al lavoro normale, ma a quella ridotta per effetto delle preesistenti inabilità. Il rapporto è espresso da una frazione in cui il denominatore indica il grado di attitudine al lavoro preesistente ed il numeratore la differenza fra questa e il grado di attitudine residuo dopo l'infortunio"

$$D = (C - C')/C'$$

D = danno indennizzabile

C = Preesistenza in attitudine

C' = attitudine residua dopo l'infortunio da valutare

7.3.9 Indennizzo del danno biologico

(Per gli infortuni verificatisi dal 25.7.2000 e le malattie professionali denunciate da tale data).

L'art. 13 del D. Lgs. 38/2000, definisce il danno biologico come "lesione all'integrità psicofisica della persona suscettibile di valutazione medico-legale". Le menomazioni conseguenti alle "lesioni dell'integrità psico-fisica" (e dunque il danno il biologico), vengono indennizza-

te con una prestazione economica che sostituisce la rendita permanente di cui al Testo Unico.

L'indennizzo del danno biologico presenta una serie di caratteristiche: è areddituale, ovvero è indipendente dal reddito del lavoratore poiché si fonda sul principio che la menomazione produce lo stesso pregiudizio alla salute per tutti i lavoratori; è crescente nel senso che aumenta col crescere della gravità della menomazione; è variabile in funzione dell'età (decresce al crescere dell'età) e del sesso (tiene conto della maggiore longevità femminile) ed è uguale per i settori industria ed agricoltura.

Viene liquidato in capitale per menomazioni comprese tra il 6 ed il 15%, in rendita per menomazioni comprese tra il 16 ed il 100%.

Nessun indennizzo è invece previsto per gradi di menomazione inferiore al 6%.

Per effettuare tale valutazione si prende in considerazione la tabella delle menomazioni (DM 25/7/2000) che contempla tutti i quadri menomativi derivanti da malattia e/o lesione, comprendendone anche gli aspetti dinamico relazionali. Questa tabella sostituisce l'allegato n. 1 e 2 del T.U. che contemplavano unicamente postumi incidenti sull'attitudine al lavoro (N.B. non esiste più la distinzione tra industria e agricoltura, esiste un unico ambito giuridico ed un'unica tabella delle menomazioni).

Nella tabella dell'indennizzo del danno biologico invece sono contenute le misure del ristoro economico del danno biologico dal 6 al 100%. Per i gradi di invalidità ricompresi nella fascia percentuale 6-15%, il ristoro aumenta con il grado di invalidità e diminuisce con l'aumentare dell'età. Per le invalidità ricomprese nella fascia percentuale 16-100%, il suddetto criterio del "punto ponderato", non viene preso in considerazione e non si tiene conto della discriminante legata all'età.

Per le menomazioni ricomprese nella fascia 16-100%, viene altresì liquidata una quota aggiuntiva calcolata in base ad una tabella dei coefficienti, per il ristoro delle conseguenze patrimoniali (attitudine al lavoro = attitudine a produrre reddito) che sono presunte per legge. Questa quota aggiuntiva è intesa a ristorare il danno patrimoniale ed è proporzionale al reddito in relazione alla categoria di attività lavorativa di appartenenza dell'assicurato.

7.3.10 Malattie Professionali

L'art. 3 T.U. 1124/65 precisa per l'industria (N.B. art. 211 T.U. per agricoltura) che per la malattia professionale: "l'assicurazione è altresì obbligatoria per le malattie professionali indicate nella tabella allegato n. 4 le quali siano contratte nell'esercizio e a causa delle lavorazioni che rientrano fra quelle previste all'art. 1".

Il Testo Unico non fornisce una definizione delle malattie professionali ma precisa che sono quelle indicate nella tabella, contratte nell'esercizio ed a causa delle lavorazioni specificate, manifestatesi entro il periodo massimo di indennizzabilità dalla cessazione del lavoro.

Tale definizione è stata in un certo senso ampliata dalle successive interpretazioni giurisprudenziali, con le quali si è voluto tutelare anche il lavoratore che può aver contratto una malattia professionale anche non eseguendo direttamente le lavorazioni cui si accenna nell'art. 3 del T.U. (es. danno ambientale: ipoacusia da rumore in lavoratore frequentante ambiente rumoroso ma non addetto direttamente alla lavorazione che rappresenta la sorgente del rumore).

L'elemento distintivo della malattia professionale rispetto all'infortunio è la causa che nel caso delle tecnopatie agisce lentamente, ovvero sia in maniera diluita nel tempo cioè nell'arco della vita lavorativa dell'assicurato.

Le malattie professionali sono tabellate, contenute cioè in due tabelle (una per l'industria ed una per l'agricoltura) che hanno, dal 1965, subito due revisioni, nel 1975 e nel 1994. Per dette patologie tabellate il legislatore ha stabilito una eziologia lavorativa e vi è quindi una presunzione legale di origine.

La tabella è strutturata in tre colonne nelle quali sono riportate la malattia e l'agente causale, la lavorazione che espone al rischio lavorativo specifico, nonché il periodo massimo di indennizzabilità dalla cessazione della medesima attività.

Con la sentenza n. 179/88 della Corte Costituzionale, è stato introdotto il "sistema misto" con il quale è stata di fatto estesa la tutela anche ad ogni malattia non compresa nella tabella, determinata da agenti causali diversi da quelli indicati nella tabella, purché ne sia provata la causa lavorativa.

Ciò nasceva proprio dalla constatazione della eccessiva rigidità del sistema tabellare che non teneva conto dei progressi clinico-diagnostici in campo medico scientifico e della variabilità biologica dei singoli soggetti.

Con l'introduzione del nuovo "sistema misto", esistono quindi le malattie ricomprese nella tabella, per le quali è prevista la presunzione legale di origine e tutte le altre malattie per le quali deve essere dimostrata, di volta in volta, la dipendenza dal lavoro.

Relativamente alle malattie non ricomprese nella tabella l'onere della prova spetta al lavoratore mentre per le malattie tabellate, valendo la presunzione legale d'origine, è l'istituto assicuratore che deve fornire la prova contraria relativamente alla dipendenza dal lavoro (inversione dell'onere della prova).

Ultimamente, Aprile 2008, il Ministero del

Lavoro e della Previdenza Sociale, con D.M in corso di pubblicazione sulla G.U., ha proceduto alla elaborazione di una nuova Tabella delle malattie professionali che sostituirà quella attualmente in vigore.

7.3.11 Assicurazione contro la Silicosi e l'Asbestosi

Altre due assicurazioni gestite dall'I.N.A.I.L. sono quelle contro la Silicosi e l'Asbestosi.

Si tratta di due pneumoconiosi che determinano fibrosi polmonare con grave alterazione della funzionalità respiratoria.

La Silicosi e l'Asbestosi sono causate rispettivamente dalla inalazione di polveri contenenti biossido di silice e di fibre di asbesto.

Secondo la normativa vigente, legge 27 dicembre 1975 n. 780, che sostituisce l'art. 145 del T.U., "Le prestazioni assicurative sono dovute:

in tutti i casi di Silicosi o di Asbestosi - con le loro conseguenze dirette - da cui sia derivata la morte ovvero una inabilità permanente al lavoro superiore al 20% (attualmente, al 10%);

in tutti i casi di silicosi o di asbestosi associate ad altre forme morbose dell'apparato respiratorio e cardiocircolatorio. In tali casi si procederà alla valutazione globale del danno".

Art. 4: "Le prestazioni di cui alla lettera b del comma precedente si intendono dovute anche nei casi di morte derivata da silicosi ed asbestosi, associate ad altre forme morbose dell'apparato respiratorio e cardiocircolatorio."

Con questa legge oltre ad essere stata abrogata la definizione legale di Silicosi ed Asbestosi è stata anche soppressa la formula normativa che limitava la tutela assicurativa ai casi di malattia contratta "nell'esercizio ed a causa" delle lavorazioni tabellate (art. 140 T.U.).

Infatti la locuzione "nell'esercizio ed a causa di" è stata sostituita da quella "nell'esercizio di".

Ciò, ai fini dell'ottenimento della tutela di legge, ha costituito, per l'assicurato, una semplificazione in quanto è sufficiente, una volta accertata la malattia, dimostrare di aver espletato una delle lavorazioni tabellate.

In passato invece, per riconoscere l'effettiva esposizione del lavoratore al rischio, era necessario valutare anche la concentrazione delle polveri presenti nell'ambiente lavorativo.

Ai fini della valutazione del danno, assumono rilevanza giuridica anche l'associazione delle suddette pneumoconiosi con la tubercolosi polmonare e qualsiasi altra affezione dell'apparato respiratorio e cardio-circolatorio.

In riferimento alle prestazioni, non è prevista una indennità giornaliera per inabilità temporanea assoluta ma un assegno giornaliero di pari importo, per i giorni in cui il lavoratore deve

assentarsi dal lavoro per sottoporsi ad accertamenti diagnostici.

Altra prestazione economica specificamente prevista da detta assicurazione è la rendita di passaggio (art. 150 T.U.).

Questa può essere concessa due volte complessivamente.

La prima qualora il lavoratore abbandoni per ragioni profilattiche la lavorazione cui attendeva e nello svolgimento della quale ha contratto la malattia, con inabilità permanente di grado non superiore all'80%. La seconda volta, nell'arco di dieci anni dalla cessazione della prima rendita di passaggio se anche la nuova attività espletata, non compresa tra quelle elencate nella tabella allegata n. 8 al T.U., risulti dannosa per l'assicurato, influenzando ulteriormente sul decorso della malattia.

7.3.12 Assicurazione obbligatoria contro le malattie e le lesioni da sostanze radioattive

Tale tutela è nata con la legge del 20 febbraio 1958 e con il DPR 4.8.1960 n. 1055 contenente le norme di attuazione, che assicurava i medici esposti al rischio connesso alle radiazioni ionizzanti. La tutela assicurativa è attualmente estesa agli odontoiatri, ai tecnici di radiologia e ai medici che detengano sostanze radioattive. L'onere è a carico di chi detiene a qualunque titolo apparecchi radiologici e sostanze radioattive. Le prestazioni previste sono:

- la rendita per inabilità permanente superiore al 10%, per i casi verificatisi prima del 25/7/2000 ricadenti nella tutela T.U;

- l'indennizzo del danno biologico per tutti i casi di malattia o di lesione che determinano appunto un danno biologico pari o superiore al 6% (eventi verificatisi dal 25/7/2000);

- la rendita ai superstiti ed un assegno in caso di morte;

Non è invece prevista una indennità per inabilità temporanea poiché si considera la malattia o la lesione da radiazioni ionizzanti come un evento a carattere cronico.

Il periodo massimo di indennizzabilità è di dieci anni dalla cessazione dell'esposizione al rischio.

7.3.13 Assicurazione per le casalinghe

La legge istitutiva di questa assicurazione, L. 3.12.1999, n. 493, assicura tutti i soggetti, di sesso sia maschile sia femminile, di età compresa tra i 18 ed i 65 anni, che espletano esclusivamente un lavoro domestico.

Con tale locuzione si vuole intendere quell'insieme di attività prestate in ambito domestico,

senza vincolo di subordinazione, a titolo gratuito, rivolto alla cura dei familiari e della dimora. Per avere diritto alla prestazione è necessario che l'assicurato non espletì altra attività che richieda l'iscrizione obbligatoria ad una cassa previdenziale o ad un altro ente e che, a seguito di infortunio determinato a causa ed in occasione del lavoro svolto in ambito domestico, riportò una inabilità permanente, secondo le intervenute modifiche legislative, pari o superiore al 27%. Per ambiente domestico ricordiamo che si intendono anche gli spazi condominiali.

Per avere diritto alla prestazione, non vigendo in questo caso il principio dell'automaticità delle prestazioni, il premio deve essere versato dall'assicurato. Qualora questi non raggiunga un certo reddito, il premio assicurativo viene sostenuto direttamente dallo Stato, successivamente alla domanda di iscrizione da parte della persona.

Nella tutela assicurativa, secondo le intervenute modifiche di legge, è previsto anche l'*evento morte*.

7.3.14 Assicurazione per gli sportivi professionisti

L'assicurazione obbligatoria per gli sportivi professionisti, introdotta dal decreto legislativo 23 febbraio 2000, n. 38, e successive integrazioni (D.lgs. 13 marzo 2002, n. 79), si basa sulla presunzione assoluta di pericolosità per lo svolgimento dell'attività sportiva professionistica ed estende l'obbligo assicurativo agli sportivi professionisti titolari di rapporto di lavoro dipendente con datori di lavoro.

Precedentemente al suddetto intervento legislativo, infatti, l'art. 8 della legge n. 91/81 obbligava le società sportive a stipulare una polizza assicurativa individuale privata, a favore degli sportivi professionisti.

I soggetti assicurati sono quelli individuabili all'art. 6, che rimanda alla legge 23 marzo 1981 n. 91, contenente le norme in materia di rapporti tra società e sportivi professionisti e nella quale agli artt. 2 e 3 viene fornita la nozione di sportivi professionisti dipendenti.

Detta normativa individua negli sportivi professionisti quelle figure rappresentate complessivamente da atleti, allenatori, i direttori tecnici che esercitano l'attività sportiva con carattere di continuità, a titolo oneroso, in attività e discipline qualificate dalle federazioni sportive nazionali e regolamentate dal CONI.

Sono tenute quindi all'obbligo assicurativo le Società professionistiche operanti nell'ambito delle discipline sportive professionistiche.

Attualmente le Federazioni che risultano aver istituito al proprio interno il settore professionistico e per le quali, pertanto, sussiste l'obbligo

assicurativo, sono la Federazione italiana giuoco calcio, la Federazione ciclistica italiana, la Federazione italiana golf, la Federazione motociclistica italiana, la Federazione italiana pallacanestro e la Federazione pugilistica italiana.

Sono oggetto di tutela oltreché l'evento agonistico vero e proprio anche le sedute di allenamento ovvero, ogni altra attività per la quale è previsto l'obbligo contrattuale dello sportivo.

7.3.15 Procedimento per ottenere le prestazioni

a) Compiti del medico

Al verificarsi dell'infortunio sul lavoro o della malattia professionale il medico che ha visitato l'assicurato è tenuto a redigere ed inviare il primo certificato medico di infortunio su apposito modulo predisposto dall'I.N.A.I.L. (una copia per l'assicurato, una per il datore di lavoro ed una per l'I.N.A.I.L. da inoltrare entro due giorni), quando ritiene che la prognosi sia superiore a tre giorni. Nel caso di morte o di lesione grave e/o gravissima dell'assicurato il medico è inoltre obbligato al referto all'autorità giudiziaria (art. 365 c.p. e art. 334 c.p.p.). Al medico curante spetta altresì la certificazione di prolungamento di astensione dal lavoro.

Al medico in questa fase non compete la formulazione di un giudizio sul danno permanente che verrà dato, invece, dai medici dell'Istituto Assicuratore, i quali ne stabiliranno l'entità in funzione dei riferimenti tabellari previsti dal T.U. (per eventi prima del 25/7/2000) o dal D. Lgs 38/2000 (eventi dopo 25/7/2000) sulla base dei quali verrà determinato infine l'indennizzo.

Esiste anche l'obbligo per il medico di effettuare una denuncia alla Direzione Provinciale del Lavoro, con finalità preventivo-epidemiologica, se la malattia diagnosticata è contenuta in un specifico elenco, aggiornato nel 2008 con DM 18/1/2008, ("Elenco delle malattie per le quali è obbligatoria la denuncia, ai sensi e per gli effetti dell'art. 139 del Testo Unico, approvato con decreto del Presidente della Repubblica 30 giugno 1965 n. 1124, e successive modificazioni e integrazioni"), che elenca una serie di malattie con probabile o possibile rischio lavorativo.

b) Compiti dell'assicurato e del datore di lavoro

L'assicurato *infortunato* è obbligato ad avvertire il proprio datore di lavoro di qualsiasi infortunio occorso, secondo quanto stabilito dall'art. 52 T.U. La mancata denuncia fa perdere il diritto all'indennità per i giorni precedenti.

Il datore di lavoro deve denunciare all'I.N.A.I.L. entro due giorni gli infortuni

occorsi ai propri dipendenti corredando la denuncia con il certificato medico. Se l'infortunio è mortale deve esserne data notizia tramite telegrafo. In questo caso e quando la prognosi di guarigione sia superiore ai 30 giorni va fatta denuncia all'autorità giudiziaria.

7.3.16 Provvidenze economiche e sanitarie erogate dall'I.N.A.I.L.

Il verificarsi del rischio assicurato fa sorgere per l'Istituto assicuratore l'obbligo di corrispondere le prestazioni stabilite. Tale diritto, per il principio dell'automaticità delle prestazioni, ricorre anche nel caso in cui il datore di lavoro non abbia adempiuto ai propri compiti.

1) Indennità per inabilità temporanea assoluta. Tale provvidenza decorre dal quarto giorno successivo alla data dell'infortunio o di manifestazione di malattia (i primi tre giorni sono a carico del datore di lavoro). La erogazione è garantita sino alla guarigione clinica. Nel caso di lavoratori affetti da Silicosi ed Asbestosi, per i quali vige una regolamentazione distinta, viene concesso un assegno giornaliero di entità pari all'indennità temporanea assoluta nei giorni in cui devono assentarsi dal lavoro per sottoporsi ad accertamenti strumentali o a terapie.

2) Rendita per inabilità permanente. (normativa vigente per eventi antecedenti il 25.7.2000). Detta rendita, corrisposta per gradi di inabilità ricompresi nella fascia percentuale tra l'11 ed il 100%, viene erogata per la durata di tutta la vita a condizione che il grado di inabilità rivalutato a seguito di revisione non scenda al di sotto dell'11%. La rendita, inoltre, dopo dieci anni dalla data di costituzione (per l'infortunio) e dopo 15 anni (per la malattia professionale) viene liquidata in capitale se il grado di inabilità è compreso tra l'11 ed il 15%.

3) Indennizzo del danno biologico (per danni con postumi dal 6 al 100%, per gli infortuni o le malattie professionali ricadenti nella nuova normativa, ovverosia avvenuti dal 25.7.2000). L'indennizzo viene liquidato in capitale per danni ricompresi nella fascia percentuale 6-15%, in rendita nella fascia 16-100%, mentre nessuna liquidazione viene erogata per danni inferiori a 6% che ricadono in franchigia. Può essere richiesto un aggravamento entro dieci anni dalla data dell'infortunio o di quindici dalla data di denuncia di malattia professionale. Nel caso in cui si tratti di malattie neoplastiche, di malattie infettive, di silicosi ed asbestosi la domanda di aggravamento, ai fini della liquidazione in rendita, può essere richiesta anche

oltre i limiti temporali suindicati.

4) Assegno di incollocabilità. E' una prestazione di natura economica che viene concessa ai soggetti di età non superiore a 65 anni per i quali sia stata riconosciuta dagli Organismi competenti, l'impossibilità ad essere collocato in qualsiasi settore lavorativo e qualora questi abbiano riportato un grado di inabilità per infortunio sul lavoro o malattia professionale, riconosciuto dall'I.N.A.I.L. secondo le tabelle allegate al T.U., in misura non inferiore al 34%. Per gli infortuni sul lavoro verificatisi nonché le malattie professionali denunciate a decorrere dal 1° gennaio 2007 la menomazione dell'integrità psicofisica per ottenere la prestazione deve essere di grado superiore al 20% secondo le tabelle previste dal D. Lgs. 38/2000. L'assegno viene erogato sino al compimento dei 65 anni, salvo che nel frattempo non intervengano variazioni nella condizione di incollocabilità.

5) Assegno per l'assistenza personale quantitativa:

a) Per gli eventi antecedenti il 1 gennaio 2007, tale prestazione economica viene concessa nel caso in cui sia accertata la inabilità permanente assoluta del 100% valutata in base alle tabelle allegate al T.U. 1124/65 e la necessità di assistenza personale continuativa a causa di una delle seguenti condizioni patologiche riportate in apposita tabella allegata al T.U. 1124/65:

- *Riduzione della acutezza visiva, tale da permettere soltanto il conteggio delle dita alla distanza della visione ordinaria da vicino (cm. 30) o più grave.*

- *Perdita di nove dita delle mani, compresi i due pollici.*

- *Lesioni del sistema nervoso centrale che hanno prodotto paralisi totale flaccida dei due arti inferiori.*

- *Amputazione bilaterale degli arti inferiori: a) di cui uno sopra il terzo inferiore della coscia e l'altro all'altezza del collo del piede o al di sopra; b) all'altezza del collo del piede o al di sopra, quando sia impossibile l'applicazione di protesi;*

- *Perdita di una mano e di ambedue i piedi, anche se sia possibile l'applicazione di protesi.*

- *Perdita di un arto superiore e di un arto inferiore.*

a) *sopra il terzo inferiore, rispettivamente, del braccio e della coscia;*

b) *sopra il terzo inferiore, rispettivamente, dell'avambraccio e della coscia;*

- *Alterazione delle facoltà mentali che apportano gravi e profondi perturbamenti alla vita organica e sociale.*

- *Malattie o infermità che rendono necessaria la continua o quasi continua degenza a letto.*

b) Per eventi a decorrere dal 1° gennaio 2007, il beneficio suindicato viene concesso qualora si accerti la necessità di assistenza personale continuativa a causa di una delle condizioni patolo-

giche riportate nella predetta tabella allegata al T.U. 1124/65, non essendo accertata la condizione di inabilità permanente assoluta del 100%.

6) **Rendita ai superstiti** che appartiene per diritto previdenziale ai congiunti in ragione del danno subito, ovverosia quando la morte dell'assicurato è stata determinata da infortunio o da malattia professionale;

7) **Assegno una tantum in caso di morte**, anche se non riconducibile la morte all'infortunio.

8) **Assegno funerario**: l'I.N.A.I.L. eroga tale prestazione economica a favore di chi dimostri di aver sostenuto spese funerarie in caso di infortunio mortale per assicurati senza soggetti che possano assicurare tale prestazione.

9) **Fornitura di apparecchi protesici e presidi**.

10) **Cure idro-termali e soggiorni climatici**.

7.4 Le assicurazioni gestite dall'I.N.P.S.

L'I.N.P.S. (Istituto Nazionale della Previdenza Sociale) è il principale ente che si occupa della gestione delle forme previdenziali ed assistenziali obbligatorie per i lavoratori del settore privato.

Le prime iniziative in materia previdenziale risalgono al 1898, quando, con la fondazione della Cassa nazionale di previdenza per l'inabilità e la vecchiaia degli operai, veniva fondata un'assicurazione volontaria integrata da un contributo statale e dal contributo libero degli imprenditori.

Attualmente l'I.N.P.S. gestisce l'assicurazione obbligatoria contro l'inabilità, la vecchiaia, i superstiti, contro la tubercolosi e la disoccupazione involontaria, nonché della tutela della lavoratrice madre.

Sono assicurati all'I.N.P.S. i lavoratori subordinati, compresi:

- i familiari del datore di lavoro (se effettuano prestazioni di lavoro subordinato retribuito);
- i soci lavoratori di cooperative di lavoro;
- i lavoratori a domicilio;
- i lavoratori stranieri;
- i lavoratori domestici;
- i collaboratori coordinati e continuativi;
- gli artigiani ed i commercianti.

Tutte le aziende che impiegano lavoratori del tipo descritto precedentemente devono iscriversi all'I.N.P.S. che, sulla base della natura dell'attività esercitata, procede all'inquadramento in uno dei settori previsti cui corrispondono

differenti misure di contributi.

Il finanziamento delle prestazioni previdenziali fornite dall'I.N.P.S. è ottenuto sia mediante il versamento di contributi obbligatori, commisurati in misura percentuale alle retribuzioni corrisposte ai dipendenti o ai redditi conseguiti dagli imprenditori, sia attraverso il finanziamento di parte della spesa del bilancio statale.

Le principali prestazioni economiche erogate dall'I.N.P.S. sono:

- le pensioni di anzianità e di vecchiaia;
- l'assegno ordinario di invalidità e la pensione ordinaria di inabilità;
- pensione di reversibilità ai superstiti, in caso di morte dell'assicurato;
- indennità giornaliera ed indennità di mobilità in caso di disoccupazione involontaria;
- la cassa integrazione per i lavoratori disoccupati a seguito di licenziamento per riduzione di personale;
- l'indennità giornaliera, l'indennità post-sanatoria ed assegno di cura e sostentamento, nel caso di soggetti affetti da Tubercolosi;
- l'assegno per il nucleo familiare (trattamenti familiari);
- l'indennità economica di malattia;
- l'indennità di maternità.

7.4.1 Capacità lavorativa

Prima di introdurre il concetto di capacità lavorativa, è bene preliminarmente precisare alcuni concetti affini di certa rilevanza dottrinale.

L'attitudine è la disposizione individuale, somatica o psicosomatica che, grazie a processi di maturazione o di apprendimento, si manifesta con un rendimento nell'ambito di un'attività pratica semplice o complessa.

La validità è l'efficienza psico-motoria allo svolgimento di qualsiasi attività sia lavorativa che extralavorativa. Il soggetto valido, quindi, è colui il quale essendo dotato di un'integrità somato-psichica, è idoneo allo svolgimento di una qualsiasi attività, sia lavorativa sia extralavorativa.

La capacità lavorativa è quella capacità che sviluppa l'individuo valido, attraverso la preparazione e l'attitudine, acquisendo la capacità di espletare una determinata attività. L'individuo che sviluppi attitudini specifiche con una specifica preparazione si dice "abile".

La capacità lavorativa può essere scolasticamente suddivisa in *generica* e *specificata*.

La prima, ovvero quella generica è una finzione giuridica con la quale si vuole indicare la media della capacità lavorativa dell'uomo medio, mentre la capacità lavorativa specifica è quella propria del soggetto che espleta una determinata e specifica attività.

Nel campo previdenziale il parametro valutativo di riferimento è la cosiddetta "capacità lavorativa semi-specifica" o *attitudinale*.

Ed in effetti ciò che viene tecnicamente valutato è proprio la riduzione della capacità lavorativa dell'assicurato nell'ambito delle "occupazioni confacenti alle proprie attitudini", che deve essere ridotta di un quantum stabilito per legge ai fini della concessione della prestazione di cui all'art. 1 L. 222/84.

Si tratta quindi di valutare l'effettiva riduzione dell'efficienza psico-motoria dell'assicurato ad espletare non solo l'attività espressamente svolta dall'assicurato, ma anche tutto ciò che afferisce alla sfera bio-attitudinale del soggetto, ovvero le attività svolte in passato nelle quali ha acquisito una certa abilità, l'età ai fini di una eventuale ricollocazione lavorativa, il titolo di studio o la preparazione professionale.

Ne deriva che nella valutazione del ventaglio di attività lavorative confacenti, devono essere tenuti in considerazione una serie di aspetti rilevanti per l'assicurato riguardanti la eventualità di declassamento, la effettiva possibilità di riqualificazione professionale nonché la possibilità di usura delle residue capacità dell'assicurato.

La precedente legislazione in materia previdenziale si imperniava sul concetto della capacità di guadagno dell'assicurato, facendo riferimento secondo l'art. 3 D. Lgs. 21 aprile 1919, n. 603, al "guadagno abituale normale delle persone che esercitano lo stesso mestiere nella stessa località".

Successivamente detto articolo veniva modificato con il R.D.L. n. 1827/35, il quale all'art. 61 stabiliva: "Si considera invalido l'assicurato la cui capacità di guadagno in occupazioni confacenti alle sue attitudini sia ridotta in maniera permanente a meno di un terzo del suo guadagno normale".

Tale enunciato, pur subendo altre successive modifiche, esprimeva comunque un concetto che, focalizzandosi sulla capacità di guadagno, andava ad incentrarsi essenzialmente su valutazioni di tipo economico e socio-ambientale.

Ed in effetti, posta come parametro valutativo la capacità di guadagno, le valutazioni tecniche non potevano non tenere conto di elementi di carattere socio-ambientale circa le possibilità concrete di collocazione lavorativa dell'assicurato, passando così in secondo piano l'aspetto prettamente biologico della questione.

Il suddetto orientamento è stato successivamente superato proprio grazie alla normativa vigente con l'introduzione del citato parametro relativo alla "capacità di lavoro in occupazioni confacenti le attitudini dell'assicurato", parametro questo che invece non comporta le implicazioni concettuali connesse alla capacità di guadagno.

7.4.2 L'assegno ordinario di invalidità

L'assegno ordinario di invalidità secondo l'art.1 della legge 222/1984, viene riconosciuto al soggetto invalido ovvero, "all'assicurato la cui capacità di lavoro, in occupazioni confacenti alle sue attitudini, sia ridotta in modo permanente a causa di infermità o difetto fisico a meno di un terzo", volendo intendere per infermità delle condizioni di riduzione dell'efficienza somato-psichica e, invece, per difetto, un indebolimento o un decadimento, stabilizzato e non suscettibile di evoluzione, inerente l'ambito somato-psichico, congenito o acquisito.

Tale prestazione viene quindi concessa qualora venga accertata la riduzione, inferiore ad un terzo della normale, della capacità lavorativa dell'assicurato, tenuto conto oltre che dell'attività effettivamente svolta dal medesimo, anche del patrimonio bio-attitudinale.

Per la concessione dell'assegno bisognerà inizialmente esprimere un giudizio di ordine biologico, mediante esame clinico per l'accertamento dell'infermità di cui l'assicurato è portatore e successivamente si dovrà definire come questi si ripercuotono sulla capacità lavorativa dell'assicurato.

In tale sede, come già anticipato non si fa riferimento né alla capacità lavorativa specifica, né alla capacità lavorativa generica ma alla capacità di lavoro in occupazioni confacenti che l'assicurato è in grado di espletare.

In definitiva si considerano confacenti alle attitudini di un assicurato tutte quelle occupazioni, anche diverse da quelle esercitate abitualmente prima del sopraggiungere della causa invalidante, che si dimostrino affini alla personalità del lavoratore, alla sua preparazione, al suo apprendimento, e quindi anche alla sua età, al sesso, ecc.

Si deve trattare di attività per le quali l'assicurato è in grado di utilizzare le residue capacità lavorative senza sforzo o fatica eccessivi in grado di determinarne l'usura e senza declassamento.

È evidente che più il lavoro è specializzato e più avanzata è l'età dell'assicurato, più il campo delle occupazioni confacenti si restringe andando a coincidere con il lavoro effettivamente svolto.

L'assegno non è reversibile ai superstiti, viene riconosciuto per un periodo di 3 anni, esauriti i quali può essere confermato per periodi della stessa durata, previa domanda del titolare dell'assegno, qualora permangano le condizioni precedenti e la riduzione della capacità lavorativa.

Dopo tre riconoscimenti consecutivi, l'assegno di invalidità viene riconosciuto automaticamente e può essere trasformato in pensione di vecchiaia nel momento in cui l'assicurato abbia

maturato l'età stabilita per la medesima.

7.4.3 La pensione ordinaria di inabilità

La pensione di inabilità viene riconosciuta all'inabile ovvero, secondo l'art. 2 della legge 222/1984, *"all'assicurato o titolare di assegno di invalidità il quale, a causa di infermità o difetto fisico o mentale, si trovi nell'assoluta e permanente impossibilità di svolgere qualsiasi attività lavorativa"*.

Secondo alcune sentenze giurisprudenziali, per ottenere tale beneficio, il carattere di permanenza della infermità o del difetto fisico o mentale non va interpretato come immutabile, ma va piuttosto inteso come un'entità relativamente alla quale non è obiettivamente possibile formulare un giudizio circa la durata e le effettive possibilità di guarigione.

Tale provvidenza è reversibile ai superstiti ed è incompatibile con la prosecuzione dell'attività lavorativa per cui l'assicurato dovrà provvedere alla propria cancellazione dagli albi e dagli elenchi professionali e non potrà inoltre usufruire di altri trattamenti di tutela previdenziale.

Per usufruire di tale trattamento, sono inoltre necessari requisiti di ordine contributivo ed assicurativo quali cinque anni di assicurazione e di contribuzione.

Come per l'assegno ordinario di invalidità è previsto l'Istituto della revisione.

In riferimento alla valutazione medico-legale, in questo caso, si deve effettuare una valutazione che accerti in maniera specifica la effettiva inabilità al lavoro dell'assicurato, senza tenere conto di quelli che vengono definiti cascami di validità che rappresentano una capacità lavorativa residua, priva di carattere proficuo.

7.4.4 La superinvalidità

Secondo l'art. 5 della legge 222/84, nei casi in cui l'assicurato presenti una superinvalidità tale da non essere in grado di deambulare e di compiere gli atti quotidiani della vita, al medesimo viene riconosciuto oltre alla pensione di inabilità un assegno mensile per l'assistenza personale e continuativa.

Con la locuzione "atti quotidiani della vita" si vuole comunemente intendere tutte quelle attività basilari ed elementari del vivere quotidiano che si sostanziano perlopiù nella cura della propria persona (lavarsi, vestirsi, nutrirsi, auto-somministrarsi terapia farmacologica ecc.).

Detta provvidenza non è reversibile ai superstiti, non è corrisposta in caso di ricovero in Istituti di Cura di pertinenza dell'amministrazione pubblica e non è compatibile con l'analoga prestazione erogata dall'I.N.A.I.L.

7.4.5 Il lavoro usurante

Questo concetto, che non trova alcun riferimento normativo nell'ambito della legge 222/84, è piuttosto il frutto di interpretazioni giurisprudenziali che si sono progressivamente succedute.

L'orientamento attuale è quello di considerare il carattere usurante di un'attività lavorativa valutandola in maniera relativa piuttosto che come concetto assoluto, rapportandola cioè sia alle caratteristiche specifiche del lavoro sia alle condizioni di salute dell'assicurato che la espletta.

In sostanza il lavoro, in ambito previdenziale, viene considerato usurante se comporta per il lavoratore il dover ricorrere, per il grosso impegno dovuto, ad energie di riserva determinando nel tempo una consunzione più rapida rispetto al soggetto di pari età che esplica un'altra attività.

Da un punto di vista valutativo il carattere usurante di un'attività lavorativa andrà, di volta in volta, accertato esaminando le effettive ripercussioni dell'attività lavorativa espletata, che dovrà essere pregiudizievole dello stato di salute del lavoratore.

7.4.6 Le Pensioni di vecchiaia ed anzianità

La pensione di vecchiaia è il trattamento previdenziale che viene corrisposto all'assicurato, al raggiungimento della cosiddetta età pensionabile che è attualmente fissata nei 65 anni per gli uomini e nei 60 per le donne.

La pensione di anzianità viene invece concessa al lavoratore, prima del raggiungimento dell'età pensionabile, purché presenti i requisiti contributivi stabiliti per legge, ovverosia 35 anni di contribuzione e 58 anni di età.

Qualora l'assicurato presenti 40 anni di contribuzione non è necessario il requisito relativo all'età.

7.4.7 L'Assicurazione contro la tubercolosi

Con l'istituzione del S.S.N., legge 23.12.1978 n. 833, della gestione di tale assicurazione all'I.N.P.S. è rimasta la competenza di erogare le prestazioni di ordine economico mentre le prestazioni sanitarie sono divenute di competenza delle ASL e degli Ospedali.

Allo stato attuale le prestazioni economiche sono le seguenti:

a) *l'indennità giornaliera* che viene concessa nel periodo in cui l'assicurato, in fase attiva di malattia, deve sottoporsi a cure in ambito ospe-

daliero o ambulatoriale. Per averne diritto occorre accertare che l'infezione tubercolare sia in fase florida;

b) *l'indennità post-sanatoriale* viene erogata al termine delle cure per un periodo di due anni, qualora i trattamenti terapeutici effettuati nel corso della fase attiva abbiano avuto una durata superiore a 60 giorni;

c) *l'assegno di cura e di sostentamento*, fornito al cessare dell'indennità post-sanatoriale qualora la malattia ed i suoi esiti comportino una riduzione della capacità di guadagno dell'assicurato in occupazioni confacenti alle sue attitudini a meno di un terzo. Viene concesso per due anni ed è rinnovabile. Per la concessione di quest'ultima prestazione, come pure per dell'indennità post-sanatoriale, è necessario che la malattia sia in fase di consolidamento o comunque in fase non attiva.

La tutela è estesa anche sul posto di lavoro, ove il datore di lavoro ha l'obbligo di conservare il posto al lavoratore affetto da tubercolosi per 6 mesi dopo la dimissione dal luogo di ricovero o cura, nonché di riammettere il dipendente al lavoro con l'assegnazione di mansioni e turni adeguati alle residue capacità lavorative.

7.4.8 La Tutela della maternità

La legge del 30.12.1971 n. 1204 con le successive modifiche apportate dalla Legge 8.3.2000, n. 53, tutela la lavoratrice madre, con la finalità di fornire una protezione fisica della donna durante la gravidanza, il parto e l'allattamento, erogando adeguate prestazioni economiche durante il periodo di astensione dal lavoro.

Con la Legge n. 379 del 1990, la tutela è stata estesa anche alle libere professioniste iscritte ai propri Enti o casse di Previdenza.

La tutela della lavoratrice madre, all'art. 3, prevede che la medesima venga fatta astenere dal trasporto e dal sollevamento di pesi, dai lavori "pericolosi, faticosi ed insalubri durante il periodo di gestazione, fino a sette mesi dopo il parto" e che sia adibita "ad altre mansioni durante la gestazione e fino a sette mesi dopo il parto nei casi in cui l'ispettorato del lavoro accerti che le condizioni di lavoro o ambientali sono pregiudizievoli alla salute della donna".

La lavoratrice madre usufruisce di un congedo obbligatorio per maternità per un periodo che si estende dai due mesi antecedenti il parto ai tre mesi successivi, durante il quale percepisce l'indennità di maternità corrispondente circa all'80% del proprio salario.

Inoltre la donna, durante la gravidanza e l'allattamento, è protetta dal licenziamento e nel corso del primo anno di vita del bambino, ha diritto a due periodi di riposo di un'ora ciascuno, anche cumulabili durante la giornata lavora-

tiva, senza decurtazione della normale retribuzione. Il riposo è uno solo se l'orario di lavoro è inferiore alle sei ore. Nel caso in cui la lavoratrice madre usufruisca delle camere di allattamento o degli asili nido istituiti nell'azienda, i riposi sono ridotti della metà e non vi è il diritto di uscire dall'azienda.

I riposi hanno la finalità di assicurare la possibilità di provvedere direttamente all'assistenza del bambino ed in ragione di ciò la distribuzione dell'orario di lavoro deve essere concordata tra la lavoratrice stessa e il datore di lavoro, tenendo anche conto delle esigenze di tipo lavorativo.

La medesima tutela è stata estesa, con la legge n. 903 del 1977, anche al lavoratore padre. Secondo l'art. 6-bis, (aggiunto dall'art. 13 della Legge n. 53/2000), il lavoratore padre ha "diritto di astenersi dal lavoro nei primi tre mesi dalla nascita del figlio, in caso di morte o di grave infermità della madre ovvero di abbandono, nonché in caso di affidamento esclusivo del bambino al padre".

Inoltre il lavoratore padre può fruire, in luogo della madre, dei permessi giornalieri previsti per il primo anno di vita del bambino.

7.4.9 Iter per il riconoscimento della invalidità o della inabilità pensionabile I.N.P.S.

Ai fini dell'ottenimento della concessione delle varie prestazioni previdenziali, l'assicurato deve inoltrare domanda, specificando il tipo di prestazione cui intende accedere, correlandola dell'apposito *Modello SS3* (previsto dall'art. 76 del R.D. 1422/1924) redatto dal medico di fiducia.

Il medico deve redigere tale certificato riportando i dati anamnestici, l'esame obiettivo e la diagnosi clinica, osservando quei principi fondamentali della disciplina che sono il rigorismo obiettivo del metodo e la conoscenza del rapporto giuridico cui il fatto si riferisce.

L'assicurato verrà così successivamente sottoposto a visita medico legale da parte di un medico incaricato dell'I.N.P.S., il quale al termine della visita dovrà compilare il modello SS4 con verbale della visita, esprimendosi circa la invalidità o inabilità e concludendo con un giudizio di rigetto o accoglimento della domanda.

In caso di rigetto, l'assicurato può presentare ricorso amministrativo all'I.N.P.S., richiedendo una visita collegiale alla quale si troveranno a partecipare il medico dell'I.N.P.S. e il medico di fiducia dell'assicurato, che potranno concludere la collegiale con un giudizio concorde o discordante in merito alla diagnosi ed alla valutazione a seconda che i pareri siano unanimi o contrastanti.

Qualora anche la visita collegiale si concluda esito negativo, l'assicurato può intraprendere

l'iter giudiziario alla Sezione Lavoro del Tribunale Civile che disporrà di una Consulenza Tecnica d'Ufficio.

Qualora la sentenza del Tribunale fosse sfavorevole, l'assicurato può ricorrere in Appello (presso la sezione lavoro della Corte D'Appello).

7.5 Invalidità per causa di Servizio e trattamenti privilegiati

Il settore pensionistico privilegiato riguarda i lavoratori dipendenti direttamente o indirettamente dallo Stato (militari e dipendenti civili), ai quali viene riconosciuto un trattamento pensionistico privilegiato qualora, per motivi di servizio, abbiano subito menomazioni all'integrità personale, da cui sia derivata la morte o l'invalidità al servizio.

Le pensioni sono trattamenti di quiescenza con i quali viene periodicamente corrisposta, a titolo ordinario o privilegiato, una cifra di denaro.

La pensione *ordinaria* viene concessa direttamente al dipendente (pensione diretta), oppure ai suoi familiari in caso di morte del titolare della pensione (pensione indiretta), allorché, trascorso un periodo minimo di attività di servizio, il lavoratore viene collocato a riposo.

La pensione *privilegiata*, invece, viene concessa al titolare, indipendentemente dalla durata del servizio e dall'età del medesimo, nel caso in cui questi venga riconosciuto non idoneo al servizio o sia deceduto per causa di servizio.

Le pensioni privilegiate ordinarie spettano agli impiegati dello Stato (ad esempio, i dipendenti dei Ministeri), degli Enti Pubblici (per esempio, dipendenti dei comuni, della Regione ed della Provincia, delle ASL, dei Consorzi comunali), del Parastato (dipendenti dell'I.N.A.I.L., dell'I.N.P.S., del CNR, ecc...), nonché ai militari, qualora presentino invalidità per causa di servizio.

7.5.1 Il sistema tabellare

La valutazione medico-legale dell'invalidità e dell'invalidità permanente al servizio viene effettuata tenendo conto dell'entità della menomazione riportata dal dipendente in conseguenza di fatti attinenti al servizio espletato, facendo riferimento alla capacità lavorativa generica.

La valutazione, sotto un profilo tecnico, viene condotta utilizzando le tabelle annesse al DPR 30 dicembre 1981, n. 834 "Definitivo riordinamento delle pensioni di guerra, in attuazione della delega prevista dall'art. 1 della legge 23 settembre 1981, n. 533", mentre la normativa di riferimento relativa alle procedure sono conte-

nute nel DPR 461/2001, in vigore dal 22.1.2002.

Come già anticipato, le lesioni e le infermità che danno diritto alla pensione vitalizia o all'assegno temporaneo sono elencate in ordine decrescente per entità nella Tabella A, suddivisa in 8 categorie di invalidità.

Nella prima categoria, ad esempio, sono comprese quelle infermità che determinano la riduzione della capacità lavorativa nella fascia percentuale ricompresa tra 100-80%, mentre nell'ultima, ovverosia l'ottava categoria, sono elencate quelle infermità che determinano la riduzione della capacità lavorativa nella fascia percentuale ricompresa tra 30-20%.

La Tabella B elenca lesioni ed infermità che determinano la riduzione della capacità lavorativa inferiore al 20% con diritto all'indennità *una tantum*.

La Tabella C indica l'ammontare delle pensioni secondo le varie categorie di invalidità.

La Tabella E contiene quelle menomazioni di maggior gravità per le quali vi è il diritto all'assegno di superinvalidità (es.: la cecità bilaterale assoluta);

La Tabella F prevede la valutazione delle infermità coesistenti e concorrenti ai fini dell'assegno di cumulo.

I trattamenti privilegiati sono sottoposti a revisione senza limiti temporali anche a richiesta dell'interessato, nel caso di sopravvenuto aggravamento delle infermità.

7.5.2 Equo indennizzo

È una prestazione economica che viene riconosciuta al pubblico dipendente, civile o militare, nei casi in cui sia derivata una invalidità permanente parziale a seguito di infermità ascrivibili a categoria tabellare, al medesimo derivate per causa di servizio.

L'Istituto dell'equo indennizzo, rappresenta lo strumento mediante il quale, attraverso una corresponsione di una somma di denaro *una tantum*, si vuole riparare le ripercussioni dannose connesse al rischio professionale al quale il dipendente viene esposto a seguito dell'espletamento della propria attività lavorativa.

L'equo indennizzo viene concesso qualora vengano accertate l'esistenza di una menomazione permanente dell'integrità fisica non inferiore al 15% e, dopo la guarigione clinica, la idoneità al lavoro.

La valutazione medico-legale consiste nell'accertare l'esistenza delle condizioni per il diritto all'equo indennizzo, ovverosia che vi sia una menomazione ascrivibile a una delle categorie previste dalla tabella A o dalla tabella B e che sia dipendente da causa di servizio.

7.5.3 Riconoscimento della causalità di servizio

La concessione della pensione ordinaria privilegiata e dell'equo indennizzo è subordinata al riconoscimento di un nesso di causalità tra la causa responsabile della menomazione e gli atti che il dipendente compie nell'adempimento degli obblighi di servizio.

In altre parole, ai fini dell'ottenimento dei benefici previsti, è necessario dimostrare che l'invalidità dipende dall'esercizio di attività espletate con finalità di servizio.

A tal proposito è opportuno precisare che :

- il *fatto di servizio* è la locuzione con la quale si vuole intendere le attività che il soggetto deve compiere per espletare gli obblighi inerenti la propria occupazione;

- il *rischio di servizio*, specifico e generico aggravato, invece, è la probabilità che si verifichi un determinato evento relativamente all'espletamento degli obblighi derivati dal servizio;

- l'*occasione di servizio* è la condizione che determina l'esposizione al rischio di servizio.

- la *finalità di servizio* sta ad indicare l'elemento essenziale nell'ambito della pensionistica privilegiata e cioè l'espletamento di certe attività che hanno comportato l'esposizione del soggetto al rischio, poiché si trovava ad adempiere ad obblighi derivanti dal dover compiere il proprio lavoro.

Oltre alla causa di servizio esistono anche altri elementi che possono intervenire come fattori etiologici concorrenti nella determinazione dell'evento, che vengono identificati come "concause".

Le concause, sono "le condizioni necessarie, ma non sufficienti da sole a produrre un determinato evento".

Secondo l'art. 64 del D.P.R. del 29.12.1973, n. 1092, vi è la sussistenza del diritto al trattamento pensionistico privilegiato per il dipendente statale nel caso in cui questi presenti un'infermità o lesioni che determinino menomazioni dell'integrità personale causa di inabilità al servizio e che siano dipendenti da fatti di servizio secondo un rapporto causale ovvero concausale efficiente e determinante.

Ne deriva che la concausa di servizio viene equiparata alla causa di servizio qualora, in qualità di antecedente causale, abbia contribuito alla determinazione dell'evento nel senso che in sua mancanza l'evento non si sarebbe verificato o avrebbe avuto peculiarità diverse.

Nell'analisi dei vari antecedenti, dunque, una volta identificata la concausa connessa al servizio, è sufficiente che questa abbia contribuito alla determinazione dell'evento, in virtù della propria azione etiopatogenetica.

Il riconoscimento della dipendenza da causa di servizio conferisce al soggetto lo status di

invalido per servizio con la possibilità di fruire dei benefici che ne conseguono, rappresentati nello specifico dall'esenzione dalla partecipazione alla spesa sanitaria, possibilità di usufruire delle cure termali, nonché del collocamento obbligatorio.

7.6 Invalidità civile

La tutela degli invalidi civili viene esercitata sulla base della legge 30 marzo 1971, n. 118 e successive integrazioni e modificazioni.

Secondo l'art. 2, così come risulta a seguito delle modifiche ed integrazioni apportate dal D. lgs. 509/88, si considerano mutilati ed invalidi civili: *"i cittadini affetti da minorazione congenita o acquisita, anche a carattere progressivo, compresi gli irregolari psichici per oligofrenie di carattere organico o dismetabolico, insufficienze mentali derivanti da difetti sensoriali e funzionali, che abbiano subito una permanente riduzione della capacità lavorativa in misura non inferiore ad un terzo, o se minori di anni 18 che abbiano difficoltà persistenti a svolgere i compiti e le funzioni proprie della loro età. Ai soli fini dell'assistenza socio-sanitaria e della concessione dell'indennità di accompagnamento, si considerano mutilati ed invalidi i soggetti ultrasessantacinquenni che abbiano difficoltà persistenti a svolgere i compiti e le funzioni proprie della loro età.*

Sono esclusi gli invalidi per cause di guerra, di lavoro, di servizio, nonché i ciechi e i sordomuti per i quali provvedono altre leggi".

Da tale enunciato si comprende quindi come gli invalidi civili costituiscano una categoria residuale e l'aggettivo «civile» non ha altro significato che quello di indicare, per esclusione, coloro che sono portatori di una invalidità che non dipende da causa di guerra, di lavoro o di servizio.

7.6.1 Accertamento dell'invalidità civile

Nelle persone di età compresa fra i 18 e i 65 anni il parametro considerato, ai fini della valutazione della invalidità civile, è la capacità lavorativa generica.

Affinché sia riconosciuto lo stato di invalidità civile elemento fondamentale è che una causa di tipo biologico (minorazione congenita o acquisita) determini una riduzione permanente della capacità lavorativa.

L'entità viene calcolata secondo quanto precisamente stabilito dal D.M. 5 febbraio 1992, con sistema valutativo tabellare.

Per i soggetti di età inferiore ai 18 anni e per gli ultra65enni, la valutazione viene effettuata in termini di difficoltà persistenti a svolgere i compiti e le funzioni proprie dell'età.

7.6.2 Prestazioni

Le provvidenze spettanti all'invalido civile sono di carattere economico, sanitario e assistenziale e sono articolate in maniera diversificata in base al grado di invalidità del soggetto.

Invalidità in misura non inferiore ad un terzo, ovvero superiore al 33%: la persona ha diritto al riconoscimento della condizione di invalido civile e alla concessione di eventuali prestazioni protesiche od ortopediche.

Invalidità superiore al 45%: la persona ha diritto alla iscrizione nelle liste speciali per l'assunzione obbligatoria al lavoro.

Invalidità pari o superiore al 67%: si ha diritto all'esenzione dal ticket per farmaci della fascia A e B.

Invalidità pari o superiore al 74%: si ha diritto all'assegno mensile di assistenza (art. 13).

Invalidità del 100%: da diritto alla pensione di inabilità come invalido totale.

7.6.3 Prestazioni economiche

Pensione di inabilità: La pensione di inabilità è prevista dall'art. 12 Legge 30.3.1971 n. 118 e viene concessa ai *mutilati ed invalidi civili di età compresa tra i 18 e i 65 anni*, nei cui confronti in sede di visita medico-sanitaria sia stata accertata una inabilità lavorativa totale (100%) e permanente.

È subordinata a determinate condizioni di reddito e non è reversibile ai superstiti.

La pensione di inabilità, al compimento del 65° anno di età, viene convertita in pensione sociale e, qualora l'importo di questa risultasse inferiore alla pensione di inabilità, è prevista l'integrazione economica della differenza mediante un assegno ad personam.

Assegno mensile di assistenza: è una prestazione economica concessa (art. 13 Legge 30.3.1971 n. 118 e successive modificazioni) ai mutilati ed invalidi civili di età compresa fra i 18 e i 65 anni che abbiano una *riduzione della capacità lavorativa nella misura pari o superiore al 74% ed incollocati al lavoro*.

Qualora siano soddisfatti questi requisiti e siano rispettati i determinati limiti di reddito annuale, l'assegno mensile di assistenza viene erogato per tutto il tempo in cui sussistano tali condizioni.

Tale prestazione economica è incompatibile con qualsiasi beneficio concesso per invalidità di guerra, di lavoro o per causa di servizio.

L'assegno mensile di assistenza, come la pensione di inabilità, non è reversibile ai superstiti e al compimento del sessantacinquesimo anno di età, cessando l'erogazione di tale provvidenza, viene corrisposta la pensione sociale. Anche la concessione di questa prestazione assistenziale

è subordinata a determinati limiti di reddito annuale.

Indennità mensile di frequenza: si tratta di una prestazione mensile che viene concessa ai *mutilati ed invalidi civili di età inferiore agli anni 18* che presentino difficoltà persistenti a svolgere i compiti e le funzioni proprie della loro età, nonché ai *sordi parziali*, (soggetti minori ipoacusici che presentino una perdita uditiva superiore a 60 db nell'orecchio migliore, alle frequenze di 500, 1000 e 2000 Hz), per il periodo nel quale frequentino la scuola dell'obbligo, centri di formazione professionale o di riabilitazione (art. 1 L. 11.10.1990, n. 289).

L'indennità è concessa sulla base di limiti di reddito ed è incompatibile con qualsiasi forma di ricovero, con l'indennità di accompagnamento nonché con le speciali indennità che vengono erogate in favore dei ciechi parziali e l'indennità di comunicazione concessa ai sordi prelinguali, fatta salva, per l'interessato, la facoltà di opzione per il trattamento più vantaggioso.

Indennità di accompagnamento: si tratta del beneficio economico previsto dall'art. 1 della Legge 11 febbraio 1980 n. 18, così come modificata dall'art. 1 della Legge 21 novembre 1988 n. 508, concesso ai mutilati ed invalidi civili *totalmente inabili* (al 100%) per affezioni fisiche o psichiche, nei cui confronti "(...) *le apposite Commissioni Sanitarie abbiano accertato che si trovino nella impossibilità di deambulare senza l'aiuto permanente di un accompagnatore o, non essendo in grado di compiere gli atti quotidiani della vita, abbisognano di un'assistenza continua (...)*".

Ai fini dell'ottenimento di tale prestazione economica non occorre l'accertamento della sussistenza di entrambe le condizioni e cioè sia della impossibilità di deambulare senza l'aiuto permanente di un accompagnatore, sia della necessità di assistenza continua per l'impossibilità di espletare gli atti quotidiani della vita. È sufficiente infatti, che venga accertata l'esistenza della totale inabilità (100%) e di una sola delle due condizioni sopracitate.

Non sono previsti limiti di età per l'erogazione di tale prestazione, infatti l'indennità di accompagnamento può essere richiesta anche dopo il 65° anno di età e può essere corrisposta ai minori anche al di sotto dei quindici mesi di età qualora l'assistenza continuativa di cui questi necessitano assuma modalità di applicazione ben differenti da quella richiesta da un bambino sano (sent. Corte Cass. n.11329, 7 giugno 1991).

L'indennità di accompagnamento è inoltre areddituale, ovvero viene erogata indipendentemente da qualsivoglia limite di reddito.

Tale prestazione è cumulabile con la pensione di inabilità e non viene concessa qualora l'invalido si trovi in condizioni di ricovero gratuito in Istituti con retta a carico dello Stato e la fruizio-

ne di analoghe indennità per causa di guerra, di lavoro o di servizio, restando comunque la facoltà del soggetto di scegliere il trattamento più favorevole.

È compatibile con lo svolgimento di un'attività lavorativa dipendente o autonoma.

7.7 Collocamento obbligatorio

La legge n. 68 del 12 marzo 1999, "Norme per il diritto al lavoro dei disabili", ha portato delle significative innovazioni relativamente al reinserimento lavorativo degli invalidi, attraverso specifiche disposizioni sia per i lavoratori sia per il datore di lavoro.

L'art. 1 della legge sopracitata stabilisce che "alle persone in età lavorativa affette da minorazioni fisiche, psichiche o sensoriali e ai portatori di handicap intellettuale che comportino una riduzione della capacità lavorativa superiore al 45%, accertata dalle competenti commissioni per il riconoscimento dell'invalidità civile in conformità alla tabella indicativa delle percentuali di invalidità per minorazioni e malattie invalidanti approvata ai sensi dell'articolo 2 del decreto legislativo 23 novembre 1988, n. 509, dal Ministero della sanità (D.M. 5.2.1992) sulla base della classificazione internazionale delle menomazioni elaborata dalla Organizzazione mondiale della sanità...".

Alla medesima tutela sono sottoposti gli invalidi del lavoro con grado di invalidità superiore al 33%, accertata dall'I.N.A.I.L., i non vedenti e i sordomuti (leggi del 27.5.1970, n. 382 e successive modificazioni e legge 26.5.1970, n. 381 e successive modificazioni), gli invalidi di guerra e gli invalidi civili di guerra, nonché gli invalidi di servizio con minorazioni ascritte dalla prima all'ottava categoria di cui alle tabelle annesse al testo unico delle norme in materia di pensioni di guerra, approvato con decreto del Presidente della Repubblica 23 dicembre 1978, n. 915 e successive modificazioni.

L'iscrizione alle liste di collocamento prevede la presentazione all'ufficio del collocamento obbligatorio di un certificato di invalidità e di un certificato che attesti le capacità residue al lavoro che viene rilasciata dalla commissione operante nella ASL.

Esistono poi norme specifiche riguardanti il datore di lavoro le quali prevedono che questi, sia nel settore pubblico sia nel settore privato, occupi proporzionalmente alla totalità dei dipendenti un certo numero di dipendenti invalidi.

7.8 Tutela delle persone affette da cecità totale o parziale

Si definiscono ciechi civili coloro che in sede di visita medica da parte delle competenti commissioni, siano riconosciuti affetti da cecità totale o abbiano un residuo visivo non superiore a 1/20 in entrambi gli occhi per causa congenita o acquisita non dipendente da causa di guerra, da infortunio sul lavoro o da causa di servizio.

La normativa vigente effettua una distinzione dei ciechi civili in ciechi assoluti e ciechi parziali.

L'art. 11 Legge 26.5.1970 n. 382, definisce la condizione di cecità assoluta come la mancanza totale della vista ovvero la mera percezione di ombre e luci, in entrambi gli occhi.

Rientra in questa previsione un visus motu manus, ovvero la percezione del solo movimento della mano.

Per cieco parziale si intende, invece, colui che possiede un residuo visus in entrambi gli occhi, con eventuale correzione, non superiore ad 1/20 (cieco ventesimista).

In base alle norme in vigore, le provvidenze economiche spettanti ai ciechi civili sono:

per i ciechi assoluti:

a) pensione non reversibile:

Viene corrisposta ai ciechi civili assoluti dall'età di 18 anni. Tale provvidenza, subordinata a requisiti reddituali, è compatibile con lo svolgimento di un'attività lavorativa, viene erogata per 13 mensilità anche al superamento del 65esimo anno di età;

b) indennità di accompagnamento:

È concessa al cieco assoluto al solo titolo della minorazione ed è pertanto indipendente dalle condizioni economiche e dall'età del soggetto (art. 1 Legge 28.3.1968 n. 406).

per i ciechi parziali:

a) pensione mensile:

Viene concessa a norma della legge 10.2.1962, n. 66 e successive modificazioni, indipendentemente dall'età, è subordinata a limiti reddituali ed è compatibile con lo svolgimento di un'attività lavorativa;

b) indennità speciale:

È una indennità non reversibile, istituita con la legge 21.11.1988 n. 508 (art. 3), viene corrisposta per 12 mensilità e non è reversibile.

I benefici assistenziali vengono concessi a domanda dell'interessato, prodotta in carta libera alla ASL competente e correlata di certificato di visita oculistica.

Oltre alle prestazioni economiche ai ciechi civili sono riconosciuti altri benefici quali il collocamento obbligatorio, il collocamento come centralinisti, massaggiatori e masso-fisioterapisti.

La legge n. 138 del 3 aprile 2001 contiene le norme per la "Classificazione e quantificazione delle minorazioni visive e norme in materia di accertamenti oculistici".

Tale classificazione di natura tecnico-scientifica non modifica la vigente normativa in materia di prestazioni economiche e sociali in campo assistenziale.

Secondo questa classificazione i ciechi assoluti (art. 2) sono coloro che presentano la mancanza della vista bilaterale, i soggetti definiti "motu manus", bilateralmente, ovvero coloro che hanno la sola percezione del movimento priva di ulteriore capacità discriminativa, infine coloro che presentano un deficit perimetrico binoculare con residuo inferiore al 3%.

I ciechi parziali (art. 3), invece, sono coloro che presentano un visus residuo pari ad 1/20 bilateralmente o nell'occhio migliore anche con correzione, ovvero coloro che presentano un deficit visivo perimetrico binoculare con residuo inferiore al 10%.

Gli ipovedenti gravi (art. 4) sono definiti coloro i quali presentano un residuo visivo non superiore ad 1/10 in entrambi gli occhi, o nell'occhio migliore anche con eventuale correzione, ovvero coloro il cui residuo perimetrale binoculare è inferiore al 30%.

Gli ipovedenti medio-gravi (art. 5), sono invece coloro che presentano un residuo visivo non superiore a 2/10 in entrambi gli occhi o nell'occhio migliore, anche con eventuale correzione, ovvero coloro il cui residuo perimetrico binoculare è inferiore al 50%.

Infine gli ipovedenti lievi (art. 6) sono coloro che presentano un residuo visivo non superiore a 3/10 in entrambi gli occhi o nell'occhio migliore, anche con eventuale correzione, ovvero coloro il cui residuo perimetrico binoculare è inferiore al 60%.

7.9 Tutela delle persone affette da sordomutismo

Secondo l'art. 1 della legge, n. 381 del 26 maggio 1970, è considerato sordomuto "il minorato sensoriale dell'udito affetto da sordità congenita o acquisita durante l'età evolutiva che gli abbia impedito il normale apprendimento del linguaggio parlato, purché la sordità non sia di natura esclusivamente psichiatrica o dipendente da causa di guerra, di lavoro o di servizio".

Viene quindi considerato sordomuto, colui il quale presenti una gravissima limitazione dello sviluppo del linguaggio verbale o la sua assenza totale, come una conseguenza diretta ed esclusiva della menomazione uditiva, nonostante l'integrità anatomo-funzionale dell'apparato fonatorio.

Le prestazioni di tipo economico previste sono la pensione che viene concessa ai sordo-

muti in età compresa tra 18 e 65 anni, erogata per 13 mensilità, subordinata a requisiti reddituali. Al compimento del 65esimo anno viene convertita in pensione sociale.

L'art. 4 della Legge 508/88 riconosce una speciale *indennità di comunicazione* in favore dei sordomuti indipendentemente dall'età e dal reddito, al solo titolo della minorazione ed è compatibile con altre prestazioni concesse dall'I.N.P.S. e con l'indennità di accompagnamento.

Ai sordomuti minori di 18 anni, può essere corrisposta una indennità di frequenza che è, però, incompatibile con l'indennità di comunicazione ed è subordinata alla frequenza, continua o anche periodica, di centri specializzati nel trattamento terapeutico o nella riabilitazione dello specifico handicap.

7.10 Procedura di accertamento dell'invalidità civile, del sordomutismo e cecità

La *domanda*, redatta su modulo prestampato, contiene le generalità del richiedente e la sua condizione di invalido civile, cieco civile o sordomuto e viene indirizzata alla Commissione medica per l'accertamento delle invalidità civili presso l'ASL competente per territorio.

Alla domanda deve essere allegato un certificato medico che attesti la gravità e la natura dell'infermità invalidante ovvero sia che le medesime non siano derivate da cause di guerra, di lavoro o di servizio.

La *visita di accertamento sanitario* viene effettuata dalle Commissioni mediche istituite presso ciascuna Azienda sanitaria locale e composta da tre membri, di cui uno specialista in medicina legale con funzioni di presidente e altri due membri, uno dei quali scelto prioritariamente tra gli specialisti in medicina del lavoro.

L'interessato ha facoltà di farsi assistere da un medico di fiducia.

La Commissione, ultimati gli accertamenti ritenuti necessari, procede alla redazione di un *verbale di visita* nel quale viene espressa la diagnosi e la perdita o la percentuale di riduzione di capacità lavorativa.

La Commissione medica dell'ASL, deve trasmettere copia del verbale delle visite effettuate all'interessato e alla *Commissione di verifica*.

Quest'ultima, valutati gli elementi sanitari contenuti nei singoli verbali; può approvarli o convocare l'interessato a visita o rinviare il verbale alla Commissione con richiesta di ulteriori accertamenti.

Nel caso di reiezione della domanda, l'interessato può presentare ricorso alla Sezione Lavoro del Tribunale competente.

7.11 La valutazione dell'invalidità

Nella valutazione dell'invalidità civile viene utilizzato quale strumento valutativo la Tabella approvata con il DM 5.2.1992.

Detta tabella contiene una elencazione sia di infermità individuate specificamente alle quali è attribuita una determinata percentuale fissa, sia di infermità il cui danno funzionale permanente viene riferito a fasce percentuali di perdita di capacità lavorativa di 10 punti.

Il valore tabellato può essere variato in ragione di 5 percentili in plus o in meno se incide sulla capacità lavorativa specifica o semi-specifica.

Le infermità da valutare possono essere singole e multiple.

Le infermità multiple se insistono sul medesimo sistema organo-funzionale si dicono concorrenti; nel caso contrario, si dicono coesistenti.

Nel caso di infermità unica, qualora questa corrisponde ad una voce prevista dalla tabella e per la medesima è stabilito un valore definito "fisso" di riduzione della capacità lavorativa, espressa in termini percentuali, la valutazione si dovrà necessariamente attenere al valore riportato.

Quando l'infermità corrisponde alla voce prevista in tabella, e per essa è stabilita una fascia di riduzione della capacità lavorativa, la percentuale dovrà essere espressa, con una percentuale nell'ambito della fascia, sulla base della gravità obiettivata nel singolo caso in esame.

Se la menomazione o infermità non risulta elencata nella tabella si ricorre al criterio analogico, ovvero si riferendosi, appunto per analogia, ad infermità tabellate di natura e gravità analoghe.

Nel caso di *infermità plurime* occorre calcolare dapprima le percentuali di invalidità relative alle singole infermità, poi tenere conto se tali infermità risultano tra loro concorrenti (se interessano lo stesso organo o sistema) o in rapporto di semplice coesistenza.

Se le infermità sono concorrenti la valutazione complessiva non deve rappresentare la somma aritmetica delle singole percentuali di invalidità, bensì in un valore percentuale proporzionale a quello tariffato per la perdita totale anatomo-funzionale dell'organo o apparato.

Se le infermità sono coesistenti, ovvero interessano organi ed apparati funzionalmente distinti tra di loro, dopo aver effettuato la valutazione percentuale di ciascuna infermità si esegue un calcolo a scalare, secondo la formula di Balthazard:

$$IT = IP1 + IP2 - (IP1 \times IP2)$$

secondo la quale l'invalidità totale (IT) è uguale

alla somma delle invalidità parziali (IP1 e IP2) diminuita del loro prodotto, rapportate a 100.

Non vengono fatte rientrare nella valutazione globale della invalidità le infermità per le quali è prevista una percentuale compresa nella fascia più bassa (0-10%), a meno che non concorrano tra loro o con altre minorazioni comprese nelle fasce superiori.

Ai fini della valutazione della invalidità bisogna tener conto dell'applicazione di protesi che possono attenuare la gravità del danno sul piano funzionale poiché possono contribuire al parziale recupero della validità e della capacità di lavorativa.

7.12 Legge 5 febbraio 1992 n. 104: "Legge-quadro per l'assistenza, l'integrazione sociale e i diritti delle persone handicappate"

L'art. 3, comma 1 della legge 5.2.1992 n.104 definisce che "*è persona handicappata colui che presenta una minorazione fisica, psichica o sensoriale, stabilizzata o progressiva che è causa di difficoltà di apprendimento, di relazione o di integrazione lavorativa, e tale da determinare un processo di svantaggio sociale e di emarginazione.*"

Al comma 3 del medesimo articolo 3 viene precisato inoltre che "*qualora la minorazione singola o plurima abbia ridotto l'autonomia personale correlata all'età, in modo da rendere necessario un intervento assistenziale permanente, continuativo e globale nella sfera individuale o in quella di relazione, la situazione assume connotazione di gravità*", delineando in questo modo il concetto di handicap grave.

Il termine anglosassone "handicap", la cui traduzione italiana è "ostacolo", indica una situazione di "svantaggio", di "emarginazione" che impedisce o limita, di fatto, una "normale" integrazione sociale e lavorativa dell'individuo considerate relativamente all'età, al sesso, a fattori ambientali e culturali della società alla quale lo stesso individuo appartiene.

L'handicap viene quindi considerato come la difficoltà, derivante da minorazioni stabilizzate o progressive (ovverosia quelle non controllabili con presidi terapeutici), nell'ambito dell'apprendimento, della vita di relazione e dell'integrazione nel modo del lavoro.

Il parametro valutativo preso in considerazione in questo ambito è più ampio e di più difficile interpretazione rispetto alla capacità lavorativa in materia di invalidità civile.

In questo settore, va piuttosto accertata volta per volta se, relativamente al contesto ambientale e sociale di provenienza, le minorazioni del soggetto esaminato sono per lo stesso causa di emarginazione o svantaggio sociale.

Ne deriva che la valutazione deve essere incentrata particolarmente sul contesto socio-

ambientale-culturale, potendo, virtualmente due minorazioni affini sul piano quali-quantitativo risultare, ai fini della determinazione dello svantaggio sociale, diverse.

Al comma 2 dell'art. 3, viene indicata la sequenza valutativa da tenersi nell'accertamento dell'handicap che deve essere rivolto ad appurare la natura e qualità della minorazione, la capacità residua individuale, nonché l'efficacia delle terapie riabilitative.

Dunque, per definire quale sia il grado della ripercussione di tali esiti sulla complessiva validità della persona esaminata, occorre accertare in primo luogo nei singoli casi la natura e il grado della *minorazione fisica, psichica o sensoriale*.

Successivamente va accertata in quale misura l'invalidità si ripercuote *sulla capacità di apprendimento*, oppure sullo svolgimento dei compiti e delle funzioni proprie dell'età (minori e ultrasessantacinquenni) o negli altri casi *sull'integrazione lavorativa*.

E infine si deve accertare che dalla invalidità permanente, causa di difficoltà di apprendimento o di integrazione lavorativa, derivi anche un effettivo "*processo di svantaggio sociale o di emarginazione*", inteso come la ridotta integrazione sociale (emarginazione, isolamento) della persona, dovuta sia a fattori intrinseci (invalidità e incapacità lavorativa) sia estrinseci (caratteristiche sfavorevoli del mercato del lavoro, barriere architettoniche, carente organizzazione scolastica e scarse o assenti possibilità di formazione professionale, ecc.).

Esistono una serie di scale valutative cui fare riferimento, ad esempio quelle derivanti dalla I.C.I.D.H., (Classificazione Internazionale delle Menomazioni, delle Disabilità e dell'Handicap), nonché le scale di valutazione multidimensionale (valutazione clinica, cognitiva, affettiva, funzionale, ecc.).

I benefici correlati a tale normativa sono volti a compensare le diverse situazioni di svantaggio nelle quali vengono a trovarsi in relazione alle menomazioni delle quali sono portatori ed a favorirne la piena integrazione nella vita sociale e nel mondo del lavoro.

I principali diritti riconosciuti alle persone handicappate sono:

- *diritto all'integrazione scolastica*
- *diritto all'integrazione lavorativa (art. 17 e segg.)*.
- *diritto alla piena integrazione nella vita sociale (art. 8);*
- *diritto ad avere un aiuto personale* per lo svolgimento degli atti della vita quotidiana per chi non è autosufficiente, ivi compreso il servizio di interpretariato per i cittadini non udenti (art. 8);
- *diritto a risiedere in speciali comunità-alloggio e centri socio-riabilitativi* per chi presenti handicap di grado elevato, con oneri a carico dei comuni (art. 10);
- *diritto di ottenere dai Comuni appositi spazi per*

parcheggiare la propria auto o permessi speciali per accedere nei centri storici con divieto di accesso (artt. 27 e 28);

- *diritto di ottenere la rimozione di ostacoli* che limitano la fruizione di strutture sportive, ricreative e turistiche (art. 23);

- *diritto di accesso alla informazione* ed alla comunicazione (art. 25);

- *diritto all'assistenza specialistica*, a fornitura di protesi, ecc., nonché a soggiorno all'estero per cure (art. 11);

- *diritto alla riserva di alloggi* da parte dei Comuni e I.A.C.P. (Istituto autonomo case popolari) per famiglie con persone con handicap (art. 31).

I familiari, la lavoratrice madre, o in alternativa, il lavoratore padre, anche adottivi, di minore portatore di "grave handicap" hanno diritto secondo l'art. 33 della L. 104/1992 al prolungamento sino a 3 anni dall'astensione facoltativa dal lavoro, ciò al fine di consentire al genitore di prestare assistenza al minore in difficoltà, a condizione che il bambino non sia ricoverato presso istituti specializzati. In alternativa all'astensione facoltativa, i genitori possono chiedere una serie di permessi. Gli stessi genitori e altre persone, indicate espressamente dalla legge (art. 33, comma 3) hanno altresì diritto:

- *ad ottenere permessi* anche successivamente al compimento del III anno di età del bambino;

- *a scegliere la sede* di lavoro più vicina al domicilio;

- *non possono essere trasferite* senza il loro consenso ad altre sedi, ecc.