

LUIGI MACCHIARELLI
PAOLO ARBARELLO – NATALE M. DI LUCA – TOMMASO FEOLA

MEDICINA LEGALE

II EDIZIONE



EDIZIONI MINERVA MEDICA
TORINO 2005

INDICE



1. DEFINIZIONE, CENNI STORICI, METODO E RAPPORTO DI CAUSALITÀ	1
MEDICINA LEGALE. DEFINIZIONE	1
Medicina giuridica	1
Medicina forense	1
Diritto della medicina	1
Medicina legale come ramo della medicina pubblica	2
CENNI STORICI	3
Importanza dell'analisi storica e origini della medicina legale	3
Analisi delle fonti giuridiche, filosofiche, letterarie e mediche della scienza medico-legale	4
Diritto canonico e medicina legale	6
Predecessori di Paolo Zacchia	7
Paolo Zacchia	9
Il Settecento	14
L'Ottocento	16
Il Novecento	18
PARTIZIONE DELLA MEDICINA LEGALE	20
METODO MEDICO-LEGALE	21
CONCEZIONE MEDICO-LEGALE DELL'ESSERE UMANO	23
RAPPORTO DI CAUSALITÀ	25
Valutazione del rapporto di causalità in medicina e in medicina legale	27
Causalità fisica e causalità psichica	29
Causa e concause	33
Concause in medicina legale	37
Occasione	40
Stato anteriore	44
Criteri di giudizio nella valutazione medico-legale del nesso causale giuridico materiale	50
Art. 41 del codice penale: il concorso di cause	58
Evoluzione giurisprudenziale	66
2. SEMEIOTICA A FINI MEDICO-LEGALI SUL VIVENTE	69
LA VISITA MEDICO-LEGALE: PRINCIPI E METODO	69
Concetti generali	69
Indagine anamnestica	72
Esame obiettivo nella semeiotica a fini medico-legali	77
ACCERTAMENTI SPECIALISTICI E STRUMENTALI NELLA SEMEIOTICA A FINI MEDICO-LEGALI SUL VIVENTE	81
Note preliminari	81
Note di semeiotica odontoiatrica a fini medico-legali	81
Note di semeiotica audiologica a fini medico-legali	84

9. MEDICINA DELLE ASSICURAZIONI SOCIALI E PRIVATE	815
Assicurazioni sociali e sistema previdenziale	815
INAIL (ISTITUTO NAZIONALE ASSICURAZIONE INFORTUNI SUL LAVORO) (L. Marsella, P. Rossi)	816
Assicurazioni contro gli infortuni e le malattie professionali del settore industriale	817
Assicurazione obbligatoria contro gli infortuni sul lavoro in agricoltura	819
Nozione di infortunio sul lavoro	820
Malattie professionali	826
Assicurazione obbligatoria contro le malattie e le lesioni dei medici causate dall'azione dei raggi X e delle sostanze radioattive	838
Importanza della prevenzione in materia di tutela della salute del lavoratore	839
Prestazioni economiche erogate dall'INAIL	840
Sicurezza del lavoro (art. 2087 cc e art. 32 Costituzione)	851
Fonti normative in materia di previdenza sociale contro gli infortuni sul lavoro e le malattie professionali	855
Elenco delle malattie professionali soggette a denuncia sanitaria obbligatoria	880
Proposta di aggiornamento dell'elenco delle malattie professionali di cui all'art. 139 del TU DPR 1124/1965	889
Mobbing e tutela INAIL	892
Orientamenti giurisprudenziali	895
L'INPS NEL SISTEMA DI SICUREZZA SOCIALE: NATURA DELLA PRESTAZIONE PREVIDENZIALE (S. Zaami, GL. Montanari Vergallo)	906
Prestazioni economico-previdenziali erogate dall'INPS	908
Istituti di Patronato	927
Orientamenti giurisprudenziali	927
Circolari INPS e normativa in materia di trattamenti previdenziali INPS	939
TUTELA DEGLI INVALIDI PER CAUSA DI SERVIZIO	948
Evoluzione della legislazione in materia di causalità di servizio	948
Il concetto di causa di servizio	949
Concetto di rischio di servizio	952
Concetto di fatti di servizio	952
Valutazione dell'evento dannoso dipendente da causa di servizio (infermità, lesione o menomazione)	954
Equo indennizzo	959
Pensioni privilegiate	964
Orientamenti giurisprudenziali in materia di causalità di servizio	971
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"	980
Appendice legislativa	987
ASSICURAZIONI PRIVATE	993
Contratto assicurativo e codice civile	993
ISVAP (Istituto per la Vigilanza sulle Assicurazioni Private)	995
Assicurazione privata contro gli infortuni (P. De Luca, V. Tripodi)	1001
Assicurazione privata per invalidità permanente da malattia (M. Arcangeli, G. Marino)	1022
Assicurazione per rimborso spese di ricovero e cure medico-chirurgiche	1024
Assicurazione per responsabilità civile con particolare riguardo a quella per responsabilità professionale del medico	1026
Requisiti preferenziali di una polizza di responsabilità professionale	1028
Polizza di assicurazione privata sulla vita	1029
Assicurazioni per il rischio di non autosufficienza nel compimento degli atti della vita quotidiana	1035
Assicurazioni private e codice penale	1036
10. DOVERI E RESPONSABILITÀ DEL MEDICO	1039
DEONTOLOGIA E NORME GIURIDICHE	1039
Deontologia medica: rapporti deontologia-etica (P. Frati, GL. Montanari Vergallo)	1039
"Documento di Erice" sui rapporti della bioetica e della deontologia medica con la medicina legale	1040
Il medico e le professioni sanitarie	1041

INAIL

(ISTITUTO NAZIONALE ASSICURAZIONE INFORTUNI SUL LAVORO)

EVOLUZIONE DELLA LEGISLAZIONE IN MATERIA DI ASSICURAZIONE CONTRO GLI INFORTUNI SUL LAVORO E LE MALATTIE PROFESSIONALI

L'assicurazione contro gli infortuni sul lavoro è nata verso la fine del secolo XIX, per sopperire alle eventuali situazioni di bisogno nelle quali versavano i lavoratori a seguito di un danno fisico, cagionato dallo svolgimento di attività "pericolose". Essa mirava a garantire agli infortunati ed alle loro famiglie un sussidio economico per far fronte alle esigenze della vita quotidiana. Va segnalata, a tal proposito, l'importanza storica dell'enciclica "Reverum novarum" di Leone XIII (15 maggio 1891) che favorì il formarsi di una coscienza sociale più attenta alla tutela della salute dei lavoratori, alla sicurezza del lavoro e alle diverse situazioni di bisogno. L'atto di nascita delle assicurazioni sociali è ufficialmente rappresentato dalla Legge 17 marzo 1898, n. 80 che rese obbligatoria l'assicurazione contro gli infortuni sul lavoro. Alcuni mesi dopo fu costituita una Cassa mutua volontaria per gli operai, ai fini della tutela assicurativa per la vecchiaia e l'invalidità (Legge 17 luglio 1898, n. 350).

Alla Legge del 1898 furono apportate ben presto diverse modificazioni pervenendo al TU del 31 gennaio 1904. Inizialmente il datore di lavoro decideva di persona quali fossero gli operai da assicurare, sicché la scelta finiva generalmente col cadere solo sui soggetti che più degli altri erano esposti ai rischi connessi all'attività lavorativa. Si faceva ricorso o alla polizza individuale, emessa a favore del singolo dipendente, o, più raramente, alla polizza collettiva semplice, che estendeva la tutela a tutti i dipendenti di una fabbrica o di una azienda agricola, o, infine, alla polizza collettiva combinata, che comprendeva anche la copertura dei rischi da responsabilità civile dell'imprenditore.

L'onere dell'assicurazione gravava interamente sull'imprenditore, che era comunque libero nella scelta dell'Istituto assicuratore (s'intende tra quelli autorizzati ad operare nello Stato), salvo che per gli operai addetti a lavori, imprese, ecc. condotte dallo Stato, Province e Comuni (o da essi dati in concessione o in appalto), i quali erano assicurati presso un'apposita distinta Cassa Nazionale.

Una seconda fase inizia verso la fine degli anni '30 (l'INAIL nasce nel 1933). Dal contratto volontario, a discrezione del datore di lavoro, si passò all'assicurazione obbligatoria e quindi si costituì un vero e proprio diritto del lavoratore alla tutela previdenziale, per cui il rapporto assicurativo si instaurava automaticamente già al momento dell'assunzione. Gradualmente, e soprattutto in campo industriale, si affermò una sempre maggiore coscienza della gravità dei danni che agli operai potevano derivare dall'espletamento del lavoro nelle fabbriche o negli stabilimenti. Man mano perciò aumentarono le categorie di lavoratori che venivano assicurati e il numero delle attività protette.

In una terza fase, dal secondo dopoguerra in poi, la tutela infortunistica viene estesa ad altre categorie di soggetti protetti, sulla spinta soprattutto dei principi dettati dalla Costituzione. Veniva aumentato il numero delle malattie professionali indennizzabili, comprendendovi anche le malattie contratte dai medici a causa dei raggi X e delle sostanze radioattive. Vennero inseriti

nell'obbligo di tutela anche i pescatori della piccola pesca marittima e delle acque interne, ecc.

Una quarta fase coincide con l'approvazione del Testo Unico, DPR n. 1124 del 1965 che costituisce il primo quadro normativo organico di riferimento per la previdenza del lavoratore colpito da infortunio o da malattia professionale.

Per la prima volta, inoltre, la tutela in questione venne estesa agli artigiani. Furono poi rimossi taluni ostacoli all'ampliamento della garanzia assicurativa quali la richiesta manualità del lavoro, l'esistenza di attività retribuita, la natura pericolosa della stessa, ecc.

Allo stato attuale tutto il sistema assicurativo infortunistico INAIL ruota intorno alla centralità del "rischio" lavorativo, dell'occasione di lavoro, del danno lavorativo, del rapporto di causalità.

L'intervento di garanzia è esteso a categorie più numerose che nel passato, includendovi ad esempio anche gli alunni delle scuole pubbliche e private per gli infortuni subiti nell'attività di ginnastica, i ballerini e i tescicorei, gli associati in partecipazione, tutti i partecipanti all'impresa familiare, gli addetti ai registratori di cassa, ai computer e ai videotermini, ecc., e si estende a tutti i casi in cui il lavoratore si serva o utilizzi macchine (purché non in via occasionale od eccezionale, v. Cass. Civ. sez. lavoro 6 agosto 1987 n. 6772, in Giust. Civ. Mass. 1987, fasc. 8-9).

Né occorre ai fini della tutela che il lavoratore sia addetto all'uso diretto e specifico della macchina stessa: perché l'obbligo assicurativo sussista, bastano la sola presenza di "macchine" nell'ambiente di lavoro e la presunzione di pericolosità della macchina (v. in merito Cass. Civ. sez. lav. 5 ottobre 1992 n. 10885, in Giust. Civ. Mass. 1992, fasc. 10 e sentenza Corte Costituzionale n. 221 del 16 ottobre 1986, in Informaz. Previd. 291, 1987).

In ogni caso, inoltre, il datore di lavoro ha l'obbligo di documentarsi preventivamente sulla pericolosità della lavorazione e delle macchine usate, anche al fine di rendere edotti i lavoratori dei rischi specifici cui sono esposti, nonché l'obbligo di portare a loro conoscenza i modi di prevenire eventuali danni derivanti da uso improprio e di addestrarli invece al corretto impiego delle macchine e delle apparecchiature (v. anche la importante Legge 626/1994 e successive modifiche).

Un significativo ampliamento delle categorie tutelate risale al 1° gennaio 1981, epoca in cui l'assicurazione è stata estesa a tutto il personale dipendente delle USL e appartenente al ruolo sanitario: medici, farmacisti, biologi, ecc.

Infine vanno ricordate:

- la sentenza n. 179 del 18 dicembre 1988 della Corte Costituzionale grazie alla quale la tutela assicurativa delle malattie professionali è stata estesa anche alle malattie non tabellate (tabella allegata al TU 1124/1965), sempre che sia dimostrato il nesso di causalità tra la malattia stessa e l'attività lavorativa;
- la Legge 89/1998 che ha imposto ai datori di lavoro nell'industria l'obbligo di assicurarsi per la responsabilità civile dei danni da infortunio sul lavoro dei propri dipendenti;
- la nuova disciplina di riforma introdotta con il DLgs 38 del 23 febbraio 2000 che ha esteso la tutela al danno biologico, all'infortunio *in itinere* e a nuove categorie di lavoratori (tra i quali: dirigenti, parasubordinati, sportivi), determinando infine un nuovo criterio di classificazione tariffaria e di costituzione della rendita.

L'ISTITUTO ASSICURATORE

L'art. 126 del TU 1124/1965 stabilisce che «l'assicurazione è esercitata, anche con forme di assistenza e di servizio sociale, dall'Istituto Nazionale per l'Assicurazione contro gli Infortuni sul lavoro [...]».

L'INAIL costituito con RDL 23 marzo 1933, n. 264, convertito poi nella Legge n. 860 del 29 giugno 1933, è stato nuovamente ristrutturato dalla legge n. 88/1989, che lo definisce come «ente pubblico erogatore di servizi», destinato a svolgere «le funzioni attribuitegli con criteri di economicità e di imprenditorialità, adeguando autonomamente la propria organizzazione alle esigenze di efficiente e tempestiva acquisizione dei contributi e di erogazione delle prestazioni, realizzando una gestione del patrimonio mobiliare ed immobiliare che assicuri un idoneo rendimento finanziario».

Il DLgs di riforma dell'INAIL n. 38 del 23 febbraio 2000 (Gazzetta Ufficiale n° 50 del 1° marzo 2000) ha esteso l'obbligo assicurativo a nuove categorie di lavoratori (dirigenti, parasubordinati, sportivi) individuando nell'ambito della gestione industria di cui al titolo I del Testo Unico del 1965 (ai fini tariffari) le seguenti quattro gestioni separate:

- industria*, per le attività: manifatturiere, estrattive, impiantistiche; di produzione e distribuzione dell'energia, gas ed acqua; dell'edilizia; dei trasporti e comunicazioni; della pesca; dello spettacolo; per le relative attività ausiliarie;
- artigianato*, per le attività di cui alla Legge 8 agosto 1985, n. 443, e successive modifiche ed integrazioni;
- terziario*, per le attività commerciali, ivi comprese quelle turistiche; di produzione, intermediazione e prestazione dei servizi anche finanziari; per le attività professionali ed artistiche: per le relative attività ausiliarie;
- altre attività*, per le attività non rientranti fra quelle di cui alle lettere *a)*, *b)* e *c)*, fra le quali quelle svolte dagli enti pubblici, compresi lo Stato e gli enti locali, e quelle di cui all'articolo 49, comma 1, lettera *e)*, della Legge 9 marzo 1989, n. 88.

Altri soggetti assicuratori sono l'ENPAIA (Ente Nazionale Previdenza ed Assistenza degli Impiegati dell'Agricoltura) per l'assicurazione dei dirigenti ed impiegati agricoli e forestali (vedi articolo 6 Legge 48/1988 di conversione del DL 536/1987) nonché, per gli addetti alla navigazione ed alla pesca marittima l'IPSEMA, nato dallo scioglimento e dalla fusione delle vecchie casse marittime (Adriatica, Tirrena e Meridionale); l'INPDAR, l'INPDAL, ecc.

Assicurazione contro gli infortuni e le malattie professionali del settore industriale

ATTIVITÀ PROTETTE

Ai fini della individuazione delle attività industriali protette, per le quali vale la tutela assicurativa INAIL, occorre tener conto dell'elenco contenuto nell'art. 1 del TU 1124/1965.

Tale elenco contempla tutte quelle attività che comportano per l'operaio un maggiore rischio di danno lavorativo e cioè in pratica tutte quelle connesse all'impiego di macchine, apparecchi o impianti. L'art. 1 non ne definisce quale debba essere il grado minimo di pericolosità, ma rinvia alla disposizione del comma 1 che considera rischiose le macchine mosse non direttamente dalla persona che le usa, nonché gli apparecchi a pressione e gli apparecchi ed impianti elettrici o termici. Tenuto conto dell'ampia giurisprudenza sulla materia, va precisato che per "macchina" si intende qualsiasi meccanismo o congegno, dalle forme più semplici a quelle più sofisticate, che utilizzi una particolare fonte di energia per ottenere il maggior rendimento lavorativo con il minimo sforzo umano. Perciò è sufficiente, ai fini della individuazione dell'attività protetta INAIL, che il lavoratore (impiegato o operaio) abbia necessità di usare, anche in via accessoria e strumentale o in misura solo marginale (cioè anche non inerente all'attività principale), purché sempre per l'esplicazione della propria attività, una qualsiasi macchina od apparecchio che rientri nella disposizione di cui all'art. 1, comma 1 del TU 1124/1965. In questi casi la pericolosità dell'uso è presunta dalla legge, senza che occorra accertare e valutare in concreto volta per volta la gravità o l'entità del pericolo.

L'art. 1 del TU 1124/1965 recita testualmente:

«È obbligatoria l'assicurazione contro gli infortuni sul lavoro delle persone 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 in via transitoria o non servano direttamente ad operazioni attinenti all'esercizio dell'industria che forma oggetto di derti opifici o ambienti, ovvero siano adoperati dal personale comunque addetto alla vendita, per prova, presentazione pratica o esperimento.

L'assicurazione è inoltre obbligatoria anche quando non ricorrano le ipotesi di cui ai commi precedenti per le persone che, nelle condizioni previste dal presente titolo, siano addette ai lavori:

- 1) di costruzione, manutenzione, riparazione, demolizione di opere edili, comprese le stradali, le idrauliche e le opere pubbliche in genere, di rifinitura, pulitura, ornamento, riassetto delle opere stesse, di formazione di elementi prefabbricati per la realizzazione di opere edili, nonché ai lavori, sulle strade, di innaffiatura, spalatura della neve, potatura degli alberi e diserbo;
- 2) di messa in opera, manutenzione, riparazione, modificazione, rimozione degli impianti all'interno o all'esterno di edifici, di smontaggio, montaggio, manutenzione, riparazione, collaudo delle macchine, degli apparecchi, degli impianti di cui al primo comma;
- 3) di esecuzione, manutenzione o esercizio di opere o impianti per la bonifica o il miglioramento fondiario, per la sistemazione delle frane e dei bacini montani, per la regolazione o la derivazione di sorgenti, corsi o deflussi di acqua, compresi, nei lavori di manutenzione, il diserbo dei canali e il drenaggio in galleria;
- 4) di scavo a cielo aperto o in sotterraneo; a lavori di qualsiasi genere eseguiti con uso di mine;
- 5) di costruzione, manutenzione, riparazione di ferrovie, tramvie, filovie, teleferiche e funivie o al loro esercizio;

- 6) di produzione o estrazione, di trasformazione, di approvvigionamento, di distribuzione del gas, dell'acqua, dell'energia elettrica, compresi quelli relativi alle aziende telegrafiche e radiotelegrafiche, telefoniche e radiotelefoniche e di televisione; di costruzione, riparazione, manutenzione e rimozione di linee e condotte, di collocamento, riparazione e rimozione di parafulmini;
- 7) di trasporto per via terrestre, quando si faccia uso di mezzi meccanici o animali;
- 8) per l'esercizio di magazzini di deposito di merci o materiali;
- 9) per l'esercizio di rimesse per la custodia di veicoli terrestri, nautici o aerei, nonché di posteggio anche all'aperto di mezzi meccanici;
- 10) di carico o scarico;
- 11) della navigazione marittima, lagunare, lacuale, fluviale, ed aerea, eccettuato il personale di cui all'art. 34 del RDL 20 agosto 1923, n. 2207, concernente norme per la navigazione aerea, convertito nella Legge 31 gennaio 1926, n. 753;
- 12) della pesca esercitata con navi o con galleggianti, compresa la pesca comunque esercitata delle spugne, dei coralli, delle perle e del tonno; della vallicoltura; della mitilicoltura, della ostricoltura;
- 13) di produzione, trattamento, impiego o trasporto di sostanze o di prodotti esplosivi, esplodenti, infiammabili, tossici, corrosivi, caustici, radioattivi, nonché ai lavori relativi all'esercizio di aziende destinate a deposito e vendita di dette sostanze o prodotti; sono considerate materie infiammabili quelle sostanze che hanno un punto di infiammabilità inferiore a 125°C e, in ogni caso, i petroli greggi, gli olii minerali bianchi e gli olii minerali lubrificanti;
- 14) di taglio, riduzione di piante, di trasporto o getto di esse;
- 15) degli stabilimenti metallurgici e meccanici, comprese le fonderie;
- 16) delle concerie;
- 17) delle vetrerie e delle fabbriche di ceramiche;
- 18) delle miniere, cave e torbiere e saline, compresi il trattamento e la lavorazione delle materie estratte, anche se effettuati in luogo di deposito;
- 19) di produzione del cemento, della calce, del gesso e dei laterizi;
- 20) di costruzione, demolizione, riparazione di navi o natanti, nonché ad operazioni di recupero di essi o del loro carico;
- 21) dei pubblici macelli o delle macellerie;
- 22) per l'estinzione di incendi, eccettuato il personale del Corpo nazionale dei vigili del fuoco;
- 23) per il servizio di salvataggio;
- 24) per il servizio di vigilanza privata, comprese le guardie addette alla sorveglianza delle riserve di caccia e pesca;
- 25) per il servizio di nettezza urbana;
- 26) per l'allevamento, riproduzione e custodia degli animali, compresi i lavori nei giardini zoologici e negli acquari;
- 27) per l'allestimento, la prova o la esecuzione di pubblici spettacoli, per l'allestimento o l'esercizio dei parchi di divertimento, escluse le persone addette ai servizi di sala dei locali cinematografici e teatrali;
- 28) per lo svolgimento di esperienze ed esercitazioni pratiche nei casi di cui al n. 5 dell'art. 4.

Sono considerati come addetti 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 addette ai lavori di cui al primo comma del presente articolo le 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'obbligo dell'assicurazione di cui al presente articolo non sussiste soltanto nel caso di attività lavorativa diretta unicamente a scopo domestico, salvo per i lavoratori appositamente assunti per la conduzione di automezzi ad uso familiare o privato.

Non rientrano nella assicurazione del presente articolo le attività di cui al presente articolo quando siano svolte dall'imprenditore agricolo per conto e nell'interesse di aziende agricole o forestali, anche se i lavori siano eseguiti con l'impiego di macchine mosse da agente inanimato, ovvero non direttamente dalla persona che ne usa, le quali ricadono in quelle tutelate dal titolo secondo del presente decreto».

PERSONE ASSICURATE NEL SETTORE INDUSTRIALE

Le persone assicurate nel settore industriale sono:

- 1) coloro che in modo permanente o avventizio prestano alle dipendenze e sotto la direzione altrui opera manuale retribuita, qualunque sia la forma di retribuzione;
- 2) coloro che, trovandosi nelle condizioni di cui al precedente n. 1), anche senza partecipare materialmente al lavoro, sovraintendono al lavoro di altri;
- 3) gli artigiani, che prestano abitualmente opera manuale nelle rispettive imprese;
- 4) gli apprendisti, quali sono considerati dalla legge;
- 5) gli insegnanti e gli alunni delle scuole o istituti di istruzione di qualsiasi ordine e grado, anche privati, che attendano ad esperienze tecnico-scientifiche o esercitazioni pratiche, o che svolgano esercitazioni di lavoro, gli istruttori e gli allievi dei corsi di qualificazione o riqualificazione professionale o di addestramento professionale anche aziendale, o dei cantieri scuola, comunque istituiti o gestiti, nonché i preparatori, gli inservienti e gli addetti alle esperienze ed esercitazioni tecnico-pratiche o di lavoro;
- 6) il coniuge, i figli, anche naturali o adottivi, gli altri parenti, gli affini, gli affiliati o gli affidati del datore di lavoro che prestano con o senza retribuzione alle di lui dipendenze opera manuale, ed anche non manuale alle condizioni di cui al precedente n. 2);
- 7) i soci delle cooperative e di ogni altro tipo di società, anche di fatto, comunque denominata, costituita o esercitata, i quali prestino opera manuale, oppure non manuale alle condizioni di cui al precedente n. 2);
- 8) i ricoverati in case di cura, in ospizi, in ospedali, in istituti di assistenza e beneficenza quando, per il servizio interno degli istituti o per attività occupazionale, siano addetti ad uno dei lavori indicati nell'art. 1, nonché i loro istruttori o sovraintendenti nelle attività stesse;
- 9) i detenuti in istituti o in stabilimenti di prevenzione o di pena, quando, per il servizio interno degli istituti o stabilimenti, o per attività occupazionale, siano addetti a uno dei lavori indicati nell'art. 1, nonché i loro istruttori o sovraintendenti nelle attività stesse.

Per i lavoratori a domicilio si applicano le disposizioni della Legge 13 marzo 1958, n. 264, e del regolamento approvato con DPR 16 dicembre 1959, n. 1289.

Tra le persone assicurate sono compresi i commessi viaggiatori, i piazzisti e gli agenti delle imposte di consumo che, pur vincolati da rapporto impiegatizio, per l'esercizio delle proprie mansioni si avvalgono non in via occasionale di veicoli a motore da essi personalmente condotti.

Sono anche compresi i sacerdoti, i religiosi e le religiose che prestino opera retribuita manuale, o anche non manuale alle condizioni di cui al precedente n. 2), alle dipendenze di terzi diversi dagli enti ecclesiastici e dalle associazioni e case religiose di cui all'art. 29, lettere a) e b), del Concordato tra la Santa Sede e l'Italia, anche se le modalità delle prestazioni di lavoro siano pattuite direttamente tra il datore di lavoro e l'ente cui appartengono le religiose o i religiosi o i sacerdoti occupati e se la remunerazione delle prestazioni stesse sia versata dal datore di lavoro all'ente predetto. Per quanto riguarda la navigazione e la pesca, sono compresi nell'assicurazione i componenti dell'equipaggio comunque retribuiti, delle navi o galleggianti anche se eserciti a scopo di diporto.

Fra le persone assicurate e le attività protette sono altresì inclusi:

- i pescatori della piccola pesca marittima e delle acque interne (Legge 13 marzo 1958, n. 250);
- i lavoratori addetti ai servizi domestici e familiari, nonché le persone addette ai servizi di riassetto e di pulizia dei locali (DPR 31 dicembre 1971, n. 1403 in GU 10 aprile 1972, n. 34).

L'assicurazione è stata estesa (Legge 493/1999) anche agli infortuni in ambito domestico. Sono obbligati ad assicurarsi coloro, in età compresa tra i 18 ed i 65 anni, che svolgono in via non occasionale, gratuitamente e senza vincolo di subordinazione, lavoro finalizzato alle cure della propria famiglia e dell'ambiente in cui dimorano. Sono esclusi coloro che svolgono altra attività che comporti l'iscrizione a forme obbligatorie di previdenza sociale.

È opportuno segnalare infine che nessun limite è stato fissato nei riguardi dell'età del lavoratore assicurato.

DATORE DI LAVORO

Il datore di lavoro è colui il quale occupa alle proprie dipendenze uno o più lavoratori e nello stesso momento dell'assunzione contrae l'obbligo di versare all'INAIL il contributo assicurativo.

L'articolo 9 del TU 1124/1965 considera datore di lavoro non solo le persone fisiche ma anche le società, gli Enti privati e pubblici, compreso lo Stato e gli Enti locali che occupino alle proprie dipendenze persone aventi diritto alla tutela di legge.

Infine, sono soggetti all'onere di versare il contributo assicurativo anche i cosiddetti lavoratori autonomi o in proprio (per esempio: l'artigiano senza dipendenti, il medico radiologo libero professionista, il pescatore autonomo, ecc.).

Assicurazione obbligatoria contro gli infortuni sul lavoro in agricoltura

In pratica si considera avvenuto in occasione di lavoro ogni infortunio connesso anche parzialmente ad attività della vita rurale. Tale maggiore estensione deriva dalla pratica impossibilità per chi esercita un'attività agricola di distinguere quali siano le attività inerenti alla vita comune e quali quelle pertinenti più propriamente a finalità di lavoro.

Per il resto valgono nel settore agricolo gli stessi principi che si sono illustrati per quello industriale.

Per quanto riguarda le attività protette e le persone assicurate, è stabilito che l'assicurazione vale per tutti i lavoratori agricoli di ambo i sessi, senza limiti di età; per gli addetti ad aziende agricole o forestali, compresi i proprietari, i mezzadri, gli affittuari (loro coniuge e figli), ecc., per i quali sono disposti comunque precisi obblighi contributivi (come per i lavoratori autonomi).

Circa le attività protette: rientrano nella garanzia assicurativa tutte quelle gestite dall'imprenditore agricolo secondo l'art. 2135 c.c., cioè la coltivazione del fondo, la silvicoltura, la orticoltura, l'allevamento del bestiame e delle attività connesse, anche se si tratta di lavori eseguiti con l'impiego di macchine; le attività dirette alla trasformazione dei prodotti agricoli comprese quelle relative alla avicoltura, bachicoltura, alla apicoltura, ecc.

Ai fini dell'indennizzo, per il settore industriale e quello agricolo, valgono le stesse norme. In sostanza la definizione di infortunio, il concetto di causa violenta, la valutazione dell'inabilità si basano sugli stessi principi e criteri degli infortuni sul lavoro nell'industria, ma occorre riferirsi come s'è accennato alle percentuali contenute nella speciale tabella (allegato n. 2 del TU).

Gli articoli 80 ultimo comma e 212 TU 30 giugno 1965 n. 1124 stabiliscono che gli infortuni, comportanti ciascuno inabilità permanente in misura non indennizzabile, diano luogo ad indennizzo quando l'inabilità permanente, complessivamente valutata, superi la soglia dell'indennizzabilità, solo nel caso in cui essi si siano verificati nel medesimo settore lavorativo, escludendo così la valutazione cumulativa ove si siano verificati in parte nel settore dell'industria ed in parte in quello dell'agricoltura (v. sentenza della Corte Costituzionale 22 febbraio 1990, n. 71, in Riv. Inf. Mal. Prof. 1990, 2, 11).

DATI STATISTICI

Occorre qui ricordare che si tratta di dati ufficiali forniti dall'Istituto, che non tengono conto del lavoro (e quindi degli infortuni e delle morti) in "nero", che è (e sono) in crescita continua.

In particolare, le statistiche dell'INAIL sottolineano il crescente "contributo" dei lavoratori nati in Paesi extracomunitari il cui tasso di incidentalità è decisamente più elevato rispetto a quello medio nazionale (55,6 contro 43,2 per 1000 occupati) che nel 2003 hanno subito 105.000 infortuni e 147 morti, pari a circa l'11% del totale. Questo perché i lavoratori immigrati sono in genere impiegati nelle attività a maggior rischio, come le costruzioni, la metalmeccanica e l'agricoltura. Le comunità che pagano il tributo più alto sono Marocco (20,6% gli infortuni e 11,6% le morti), Albania (13% gli infortuni e 21,8% le morti) Romania (8% gli infortuni e 14,3% le morti).

In termini assoluti, gli infortuni sul lavoro risultano concentrati sia per gli uomini che per le donne, nella fascia di età fino a 34 anni, dove rappresentano rispettivamente il 45,1% e il 42,5% del totale. I due sessi si differenziano invece per l'incidenza degli infortuni mortali: per gli uomini la percentuale più alta è nella classe di età da 35 a 49 anni (38,7%) e per le donne in quella fino a 34 anni (44,9%). Nell'industria e servizi i settori a più alto rischio di infortuni sono la metallurgia, la lavorazione di minerali, del legno e delle costruzioni, mentre le morti sono più frequenti nelle attività di trasporti, della estrazione di minerali e delle costruzioni.

Riguardo alla ripartizione geografica, in termini assoluti gli infortuni di minore gravità che quelli mortali sono addensati nel nord-est (33,5% gli infortuni e 25,6% le morti) e nel no-

ovest (28,7% gli infortuni e 26,9% le morti), segue il centro (19,6% e 20,2%), il sud (13% e 18,5%) e le isole (5,2% e 8,8%). In particolare, in Lombardia, Emilia Romagna e Veneto si concentrano oltre il 44% degli infortuni ed il 37% dei morti. I dati INAIL rilevano che, in base agli indicatori strutturali di rischio, i tassi di frequenza infortunistica più elevati si riscontrano in Umbria, Marche e Friuli-Venezia Giulia, che rappresentano indici complessivi nettamente superiori a quello nazionale (+42,7% per l'Umbria). In particolare, il rischio di infortunio mortale è mediamente più elevato nelle regioni del sud e nelle isole, mentre il Lazio presenta la situazione complessiva più favorevole in assoluto e Liguria e Lombardia hanno i più bassi tassi di infortuni gravi e mortali.

Nel mondo, gli infortuni mortali sono stati nel 2003: 2.256.335 di cui 1.498.410 uomini e 757.925 donne. Tra le principali cause di mortalità ci sono le malattie contagiose (625.660), le neoplasie maligne (634.984) e le malattie del sistema circolatorio (449.343). L'OIL (Organizzazione Internazionale del Lavoro) ha richiamato l'attenzione su tre questioni fondamentali: il grave pericolo costituito dai danni causati dalle sostanze tossiche, che provocano circa 440.000 morti ogni anno di cui 100.000 per l'amianto, la violenza (fisica o psicologica) sul luogo di lavoro che ha interessato nel 2002 solo negli Stati Uniti circa 2 milioni di persone, le patologie polmonari che interessano circa il 15-30% del totale delle malattie professionali.

■ Nozione di infortunio sul lavoro

L'art. 2 del TU stabilisce che «l'assicurazione comprende tutti i casi di infortunio avvenuti per causa violenta in occasione di lavoro, da cui sia derivata la morte o una inabilità permanente al lavoro, assoluta o parziale, ovvero una inabilità temporanea assoluta che importi l'astensione dal lavoro per più di tre giorni.

Agli effetti del presente articolo è considerata infortunio sul lavoro l'infezione carbonchiosa.

Non è invece compreso fra i casi di infortunio sul lavoro l'evento dannoso derivante da infezione malarica, il quale è regolato da disposizioni speciali».

Tenuto conto di quanto il citato art. 2 TU 1124/1965 stabilisce e dell'ampia dottrina e giurisprudenza sulla materia, per infortunio intendiamo un evento anche non accidentale, purché non volontariamente provocato dall'assicurato, imprevedibile e abnorme, pregiudizievole per la sua integrità fisico-psichica, il cui momento centrico è l'incontro della causa violenta con l'organismo umano in occasione di lavoro.

Tale definizione deriva da quella a suo tempo fornita dal Moriani che sull'argomento così scriveva: «L'avvenimento fortuito, l'evento accidentale e cioè l'incontro della causa violenta col corpo dell'uomo, che nell'attimo del contatto converte l'energia lesiva della causa in lesione corporea, è in realtà il vero momento centrico, che nell'immediata continuità di un'efficienza univoca fonde insieme causa e lesione e segna così nello spazio e nel tempo l'esistenza vera di quel fatto giuridico complesso, che è l'infortunio sul lavoro».

Il Gerin, considerata la giurisprudenza sulla materia, se-

gnala che è preferibile sostituire la dizione "evento accidentale" con quella di "evento non volontariamente provocato" dall'assicurato.

Infatti, per quanto in genere si tratti effettivamente di un evento accidentale o fortuito, l'infortunio può verificarsi anche per "dolo" o per "colpa" di terze persone, estranee al rapporto assicurativo, ma senza che per ciò solo venga meno la finalità di lavoro che rende l'infortunio indennizzabile.

Anche nel caso di infortunio che si verifichi per colpa (imperizia, imprudenza o negligenza, ecc.) dello stesso operaio non è esclusa automaticamente l'indennizzabilità dell'eventuale danno patito (v. più avanti *Occasione di lavoro*); né la colpa del lavoratore esclude di per sé quella eventuale del datore di lavoro e l'eventuale onere risarcitorio che su questi direttamente può ricadere.

Ove, invece, l'infortunio derivi da un comportamento del lavoratore estraneo alle finalità di lavoro, l'evento non sarà considerato infortunio indennizzabile, perché verrà a mancare uno dei suoi requisiti fondamentali: cioè l'occasione di lavoro.

Infine, nel caso di dolo del lavoratore, l'art. 65 del TU stabilisce che «l'assicurato, il quale abbia simulato un infortunio o abbia dolosamente aggravato le conseguenze di esso, perde il diritto ad ogni prestazione, ferme rimanendo le pene stabilite dalla legge».

Tenuto conto di ciò che si è detto, gli elementi costitutivi della figura giuridica dell'infortunio indennizzabile INAIL sono in sintesi i seguenti:

- l'esistenza del rischio (specifico o generico aggravato);
- la causa violenta;
- l'occasione di lavoro;
- il danno biologico e il danno lavorativo.

Tali elementi verranno ora esaminati distintamente.

■ CONCETTO DI RISCHIO NELL'ASSICURAZIONE OBBLIGATORIA CONTRO GLI INFORTUNI SUL LAVORO

Prima di esaminare i concetti di causa violenta e di occasione di lavoro, crediamo sia opportuno precisare quello di rischio, a sua volta in rapporto con la prevedibilità dell'evento e la sua maggiore o minore probabilità di verificarsi.

Uno degli attributi fondamentali dell'infortunio indennizzabile è la sua imprevedibilità specifica concreta.

Infatti, sebbene sul piano teorico e astratto sia generalmente sempre possibile che esso si verifichi, sul piano pratico e in sede di tutela INAIL, si richiede debba trattarsi di un evento comunque incerto a verificarsi nel caso concreto. Tale incertezza deve riguardare il se, il come, il quando, il chi, cioè la persona stessa che fra tutte quelle che prestano lavoro nelle medesime condizioni, subirà poi l'infortunio. Più brevemente: deve sussistere il rischio, intendendosi con tale termine il grado di probabilità del verificarsi di un evento dannoso, incerto sul se, sul come e sul quando.

Ma ai fini della tutela previdenziale, non basta la sola

dimostrazione della esistenza di un rischio generico. Si deve trattare di rischio lavorativo, nel senso che il lavoro deve esso stesso condizionare e in qualche modo aggravare la natura e l'entità del rischio. È opportuno a tal proposito segnalare che a seconda del maggior o minor grado del rischio, gli eventi infortunistici (o eventi lesivi produttori di danno lavorativo) possono essere in generale distinti in diverse categorie:

- eventi impossibili a realizzarsi;
- eventi possibili;
- eventi probabili;
- eventi certi.

Nella scala considerata, la probabilità costituisce evidentemente il ponte tra la possibilità e la certezza. Un evento impossibile a verificarsi è quello per il quale il rischio che esso ha di realizzarsi in quell'ambiente di lavoro e nella prestazione di quella attività è uguale a zero.

La possibilità indica semplicemente che l'evento dannoso può accadere, ma essa non fornisce ancora alcuna indicazione precisa dal punto di vista matematico circa la frequenza con cui l'evento realmente accade.

La possibilità vuol dire aleatorietà e come tale è scarsamente significativa sul piano medico-legale. La possibilità del verificarsi di certi eventi può interessare soprattutto dal punto di vista preventivo. Si è visto dalla dottrina generale del rapporto di causalità che criterio della possibilità significa solo criterio della ammissibilità scientifica dell'ipotesi causale stessa.

Ciò che più conta in concreto è che al verificarsi del danno dovrà essere provato il nesso di causalità fra l'azione dell'antecedente lesivo considerato (causa violenta in occasione di lavoro) e l'esito dannoso medesimo.

E per sostenere l'effettiva esistenza del nesso causale, si tratterà di applicare tutti gli altri criteri già noti: cronologico, qualitativo, quantitativo, modale, ecc. Man mano che la possibilità del verificarsi dell'evento di danno aumenta, essa si tramuta in probabilità: l'evento cioè da possibile a verificarsi diventa probabile. Qualora il "rischio" aumenti ancora, l'evento da probabile diventerà molto probabile ed infine praticamente certo. Dunque la possibilità, la probabilità o la certezza con cui un evento dannoso si verifica dipendono da:

- natura ed entità del rischio lavorativo;
- condizioni specifiche dell'ambiente di lavoro;
- natura e gravosità dell'attività lavorativa;
- stato anteriore del soggetto considerato;
- attitudini lavorative, preparazione professionale, padronanza delle macchine e dei sistemi di lavorazioni impiegati.

Dal punto di vista tecnico-assicurativo e giuridico, si suole parlare di:

- "*rischio generico*", per indicare la semplice possibilità del verificarsi di un evento dannoso. È il rischio cui sottostà la generalità degli appartenenti ad una data collettività: tutti ad esempio sono sottoposti al rischio di un terremoto, di un fulmine, di un'inondazione, di un incendio, di contrarre una malattia infettiva, ecc.;

- "*rischio generico aggravato*", quando sussiste la probabilità del verificarsi dell'evento stesso. Tale probabilità deriva dalla stessa attività espletata che costringe il lavoratore ad esporsi maggiormente a determinati fattori di rischio: si pensi ai lavoratori addetti alla manutenzione di strade, di linee ferroviarie, ecc., certamente più esposti di altre persone ad essere vittime di incidenti stradali. Un pastore, ad esempio, o un boscaiolo hanno più probabilità di essere colpiti da un fulmine, e tale maggior rischio assume significato ai fini della tutela assicurativa in quanto connesso alla specifica attività lavorativa. Ancora a titolo d'esempio: l'evento terremoto costituisce un rischio generico cui tutti siamo esposti; ma se per sua causa il ponteggio, su cui si trova un lavoratore, oscilla o si spezza e il lavoratore cade, riportando lesioni o morte, nei riguardi dell'evento stesso il terremoto costituirà un rischio generico aggravato.

- si parla infine di "*rischio specifico*", quando esiste la elevata probabilità del verificarsi del danno. Si tratta di un rischio che grava soltanto su coloro che svolgono una certa attività e quindi dipende dalle particolari caratteristiche dell'attività espletata: per esempio si parla di rischio specifico nel caso di un lavoratore addetto alla bonifica di campi minati; alla preparazione di gas o di sostanze tossiche, di un addetto alla manutenzione di strade ad alta densità di traffico, ecc.

Perché sussista la tutela previdenziale occorre che il lavoro abbia prodotto almeno un aggravamento del rischio generico, che si tratti cioè di rischio "generico aggravato"¹ o di "rischio specifico".

Va tuttavia ricordato che il sistema di sicurezza sociale e il sistema previdenziale, che ne costituisce parte integrante, sono fondati non tanto sulla tutela privilegiata dei rischi, quanto piuttosto sulla tutela del lavoratore al verificarsi delle condizioni di bisogno e i presupposti fondamentali per l'intervento previdenziale sono unicamente:

- l'espletamento dell'attività protetta;
- l'esistenza di un valido nesso di causalità fra antecedente lesivo (causa violenta in occasione di lavoro, per gli infortuni, o caratteristiche della lavorazione, per la malattia professionale), il danno biologico e il danno lavorativo.

Perciò ogni volta che sussiste l'occasione di lavoro (la finalità di lavoro) e si tratti di una delle lavorazioni contemplate dall'art. 1 TU 1124/1965, l'infortunio (sempre che sussistano la causa violenta e il danno lavorativo) sarà sempre indennizzabile, dovendosi ritenere in tali casi presunta *ope legis* l'esistenza del rischio (presunzione assoluta di pericolosità e dell'esistenza del rischio nel caso delle "*lavorazioni protette*").

¹ «Anche il rischio generico, gravante sul lavoratore come su ogni altra persona, può rientrare nell'oggetto dell'assicurazione obbligatoria contro gli infortuni sul lavoro ed è ricompreso nella relativa tutela, quando subisce in dipendenza dell'attività lavorativa un incremento qualitativo e quantitativo [...]» (Cass. Civ. Sez. Lav. 7 gennaio 1992, n. 80, in Riv. Inf. Mal. Prof. 79, 50, 1992) (v. anche sentenze Corte di Cass. Civ. Sez. Lavoro, n. 1714/1975 e 5390/1983).

OCCASIONE DI LAVORO

A giustificare la tutela previdenziale è il particolare collegamento fra il danno lavorativo e l'attività prestata (attività protetta). Questa, nell'ambito della assicurazione contro gli infortuni, non è di per se stessa causa del danno, come è invece nel caso della malattia professionale. Il lavoro costituisce la condizione, la ragione per la quale la causa violenta produce l'evento dannoso.

Occasione non sta quindi a significare un rapporto di derivazione diretta come da causa ad effetto tra lavoro e danno, quanto invece un rapporto più ampio (rapporto "occasionale"), l'"atmosfera lavorativa" (Gerin) nella quale si verifica l'incontro tra la causa violenta ed il corpo umano. Non bastano però la semplice correlazione cronologica (occasione non significa solo attualità di lavoro) o topografica o un collegamento solo marginale fra l'attività lavorativa ed il sinistro. L'evento dannoso deve dipendere dal rischio (generico aggravato o specifico) inerente l'attività espletata e deve quindi accadere in stretta connessione con il perseguimento delle specifiche finalità di lavoro. Occasione significa dunque soprattutto "finalità di lavoro" (Cass. Civ. Sez. Lav. 4000/1985; 1778/1976; 1017/1989).

In questo senso può sussistere "finalità" di lavoro e dunque infortunio indennizzabile anche nell'espletamento di lavorazioni secondarie, non specificamente contemplate nell'art. 1, ma strettamente connesse con quelle principali ed ivi enumerate (*rischio specifico improprio*) ed alle quali il lavoratore sia stato adibito; oppure è indennizzabile l'infortunio che si verifichi a motivo dell'espletamento di attività sindacali. La finalità di lavoro, lo si ripete, può sussistere anche nel caso di comportamento colposo del lavoratore o dei suoi colleghi di lavoro, a meno che tale comportamento sia francamente ingiustificabile e aggiunga altri autonomi elementi di rischio o di pericolosità all'attività prestata (*rischio elettivo*)².

INFORTUNIO "IN ITINERE"

È l'infortunio che il lavoratore subisce nell'andare dalla propria abitazione verso il luogo di lavoro o nel ritornare da esso.

² «La colpa dello stesso lavoratore infortunato, se non ha alcuna incidenza negativa – tranne i casi di fatto doloso e di rischio elettivo – ai fini delle prestazioni assicurative [...], assume invece rilevanza diretta nei rapporti fra l'infortunato e il datore di lavoro o i suoi dipendenti, nonché rilevanza indiretta sulla misura della rivalsa dell'INAIL in sede di recesso, quando detta colpa dello stesso infortunato escluda (se totale) ovvero riduca (se parziale) l'entità del suo diritto al risarcimento, che costituisce il limite quantitativo del regresso» (Cass. Civ. Sez. Lav. 27 maggio 1986, n. 3576, in Giust. Civ. Mass. 1986, fasc. 5).
«A differenza del fatto doloso del lavoratore infortunato, che esclude la responsabilità del datore di lavoro (e dei suoi preposti) ed esula dal rischio assicurato, la colpa del medesimo lavoratore, concretizzandosi nell'imprudenza o nell'inoservanza delle regole tecniche nell'uso delle macchine (e dei relativi dispositivi di sicurezza) non elimina quella del datore di lavoro [...]» (Cass. Civ. Sez. Lav. 30 gennaio 1985, n. 633 in Giust. Civ. Mass. 1985, fasc. 1).
«Il rischio tutelato dalla legge infortuni comprende l'evento generato da imprudenza, negligenza e imperizia del lavoratore e va esclusa la responsabilità dal datore di lavoro solo nel caso di dolo del lavoratore o nel caso di rischio elettivo [...]» (Cass. Civ. Sez. Lav. 21 gennaio 1981, n. 505 Riv. Inf. Mal. Prof. 1981 II, 97).

In questa categoria rientrano certamente i camionisti, i tassisti, i tranvieri, i ferrovieri, i viaggiatori di commercio, i piazzisti, gli impiegati "commerciali", gli autisti di professione, ecc. Ma l'incidente che colpisce il "professionista" della strada è cosa diversa rispetto al vero e proprio infortunio *in itinere*. Si tratta dei cosiddetti infortuni "in viaggio, durante il percorso", cioè degli infortuni che accadono lungo il tragitto che conduce il lavoratore dalla propria abitazione al luogo di lavoro, prima di iniziare l'attività lavorativa, e lungo il percorso inverso al termine del lavoro; ma anche gli incidenti che avvengono mentre il lavoratore si sposta da un luogo di lavoro ad un altro, anche se espleta la sua attività alle dipendenze di datori di lavoro diversi, e quelli che si verificano durante la pausa mensa, nel tragitto per andare dal luogo di lavoro a quello di ristoro e viceversa.

Ebbene, quando nel corso del tragitto (dal latino *iter* = strada, cammino) il prestatore d'opera è esposto al solo rischio generico, come tutti i cittadini, l'eventuale infortunio sarà escluso dalla tutela assicurativa (si fa l'esempio del lavoratore che resta infortunato per una caduta accidentale in luogo di pubblico transito).

Se invece la prestazione lavorativa comporta un aggravamento del rischio (rischio generico aggravato o rischio specifico di lavoro) (ad esempio: necessità di attraversare a piedi l'unica strada percorribile e particolarmente accidentata, ecc.), sarà lecito parlare di infortunio indennizzabile.

Prima l'art. 55, comma 1, lett. n della Legge 17 maggio 1999, n. 144 di riforma dell'INAIL, e poi l'art. 12 del DLgs 23 febbraio 2000, n. 38, tenendo conto della giurisprudenza prevalente, hanno definito le condizioni al verificarsi delle quali questi incidenti della strada possono essere riconosciuti come infortuni sul lavoro indennizzabili.

In primo luogo la tutela assicurativa contro gli infortuni *in itinere* opera soltanto a favore dei lavoratori per i quali ricorre l'obbligo dell'assicurazione per le normali attività che svolgono, qualunque esse siano.

La specifica copertura assicurativa degli infortuni *in itinere* opera soltanto durante il percorso che va dal luogo di partenza a quello di arrivo, e viceversa, con esclusione quindi di tutti gli eventi che accadono prima di partire, o dopo che si è arrivati.

La tutela assicurativa si applica comunque: sia nel caso in cui il lavoratore sia direttamente adibito alla guida di un automezzo, sia che viaggi in qualità di trasportato; sia se l'incidente accade per sua colpa (imperizia, imprudenza o negligenza), sia se è provocato dal mancato rispetto delle norme del codice della strada.

Sono invece esclusi da qualsiasi indennizzo tutti gli infortuni, *in itinere* e non, dovuti al cosiddetto "rischio elettivo", che consiste in un'azione pericolosa, deliberatamente messa in atto dal lavoratore senza alcuna necessità o nesso con l'attività lavorativa.

Sono esclusi dall'indennizzo gli incidenti che accadono a causa dell'abuso di sostanze alcoliche o di psicofarmaci, dell'uso non terapeutico di stupefacenti o allucinogeni, della partecipazione a gare illegali di velocità, del percorrere

strade inagibili, oppure della guida senza patente, così come espressamente previsto dall'art. 12 del DLgs 38/2000.

Sono esclusi dalla tutela contro gli infortuni *in itinere*, per espressa disposizione normativa, gli alunni delle scuole e gli allievi dei corsi professionali, in considerazione del fatto che questi soggetti, che non hanno un rapporto di lavoro, sono assicurati soltanto per il tempo che occupano nello svolgimento di esperienze tecnico-scientifiche ed esercitazioni pratiche di lavoro.

CONCETTO DI CAUSA VIOLENTA

Per causa violenta s'intende qualsiasi fatto lesivo che produca il danno protetto (da ciò la sua "dannosità"), agendo dall'esterno sul corpo umano ("esteriorità"), in modo sufficientemente intenso (perciò si dice "violenta") e rapido nel tempo (causa "concentrata").

Esteriorità e abnormità della causa

La causa del danno deve agire dall'esterno (causa *ab extrinseco*) e più precisamente deve derivare dall'ambiente di lavoro. La legge non specifica "causa violenta ed esteriore". Parla semplicemente di "causa violenta". L'attributo di esteriorità è insito nel concetto stesso di causa, sicché caso per caso si deve esaminare non tanto se ricorre una "causa *ab extrinseco*"³ o una "causa *ab intrinseco*", ma se sussiste un valido nesso di causalità. Si è stabilito ad esempio che anche lo sforzo effettuato dal lavoratore per vincere determinate resistenze può possedere le caratteristiche di "esteriorità" e di intensità proprie della "causa violenta". Né è necessario che si tratti di uno sforzo eccezionale o straordinario.

«In materia di infortunio sul lavoro, la causa violenta può consistere anche in uno sforzo non straordinario né eccezionale, purché diretto a vincere dinamicamente una resistenza peculiare della prestazione di lavoro, e non è esclusa da una preesistente condizione morbosa del lavoratore, la quale può anzi rilevare in senso contrario, in quanto una predisposizione morbosa può far sì che un concentrato dispendio di energie per un atto di lavoro determini una brusca rottura del sia pur precario equilibrio organico in atto e dia luogo a conseguenze invalidanti» (Cass. Civ. Sez. Lav. 2 aprile 1990 n. 2639, in Giust. Civ. Mass. 1990, fasc. 4).

È da escludere invece che possa parlarsi di "infortunio" nel caso di "sforzi" minimali, continui o reiterati nel tem-

po poiché in tal caso mancherebbe il requisito della sufficiente intensità lesiva dell'antecedente causale (v. Cass. Civ. Sez. Lav. 14 dicembre 1985 n. 6355, in Riv. Inf. Mal. Prof. 1986, II, 61) e della sua concentrazione nel tempo.

Natura della causa

Tra le più frequenti ipotesi di causa violenta in materia di infortuni sul lavoro ricordiamo le seguenti:

- *cause lesive di tipo fisico (energia meccanica)*: infortuni che si verificano a seguito dell'azione lesiva di una forza fisica esterna (ad esempio caduta di corpi pesanti sul capo oppure scoppio di un ordigno, caduta da un'impalcatura, ecc.). Nel nostro Paese, tra le cause più frequenti di infortuni sul lavoro mortali figura appunto la precipitazione dall'alto. Talora può trattarsi di un cattivo funzionamento degli attrezzi di lavoro, dovuto ad un guasto meccanico o ad errori dello stesso lavoratore come nel caso di recisione di dita causata da taglierine meccaniche. Da escludere il ricorrere di un infortunio indennizzabile nei casi in cui il danno consegue a microtraumi ripetuti nel tempo, a vibrazioni o scuotimenti cronici, a posture incongrue, a sforzi ripetuti o protratti nel tempo. In questi casi occorrerà valutare piuttosto se si tratta di "malattia professionale";
- *energia elettrica, elettromagnetica e termica* (folgorazione da corrente elettrica, ustioni, colpo di sole o di calore; polmonite a frigore, ecc.). Anche la "fulminazione" può costituire infortunio indennizzabile. Naturalmente il rischio di essere colpito da un fulmine incombe su tutti: si tratta di un rischio generico. Si darà perciò luogo all'indennizzo solo se, tenuto conto delle circostanze di tempo, di modo e di luogo nelle quali l'attività lavorativa è stata effettuata, si conclude che proprio l'espletamento del lavoro abbia favorito, se non proprio direttamente ed esclusivamente causato, l'evento dannoso (ad esempio il lavoratore è stato costretto a lavorare con strumenti o nei pressi di qualcosa che abbia costituito un polo di attrazione del fulmine, a sostare sotto alberi di alto fusto, ecc.);
- *energia atomica* (lavoratori che espletano la loro attività nelle centrali nucleari). Vi sono casi nei quali le sostanze radioattive agiscono in modo massivo e concentrato nel tempo ed altri invece in cui agiscono in modo lento e continuo (si parlerà allora di malattia professionale);
- *sostanze tossiche* (intossicazione da esteri organo-fosforici, da inalazione di farmaci negli operai delle industrie farmaceutiche), ecc. Anche in questi casi, quando l'assorbimento delle sostanze tossiche avviene in modo acuto o massivo si parlerà di infortunio; se invece l'assorbimento è lento, graduale, continuo si parlerà di malattia professionale;
- *cause di natura microbica*: si deve attribuire al Borri (1922) il concetto di equivalenza tra la causa virulenta e la causa violenta, accettato dalla dottrina medico-legale e recepito dalla giurisprudenza di merito e di Cassazione (v. anche quanto è detto a proposito della concentrazione nel tempo della modalità d'azione della causa);

³ La abnormità significa che l'infortunio deve costituire un *quid* che va oltre il normale svolgimento del lavoro.

La Cassazione ha anche precisato:

«Perché un evento lesivo possa essere qualificato come causa violenta di un infortunio sul lavoro [...] è necessario che esso arrechi un danno all'organismo del lavoratore, operando *ab extrinseco* mediante un'azione determinata e concentrata nel tempo, mentre non sono indispensabili i requisiti della straordinarietà, della accidentalità e della imprevedibilità del fatto lesivo, i quali, non essendo richiamati dalla previsione normativa, ne costituiscono soltanto meri aspetti occasionali e non caratterizzanti» (Cass. Civ. Sez. Lav. 7 febbraio 1989, n. 754, in Giust. Civ. Mass. 1989, fasc. 2).

- *cause psichiche*: nella nozione di causa violenta può rientrare anche un grave stress emotivo ricollegabile al lavoro svolto dall'assicurato (ancorché le conseguenze lesive si determinino in concorso con una situazione morbosa preesistente).

□ Intensità lesiva (ovvero entità della forza lesiva)

La causa deve essere idonea quantitativamente a provocare l'effetto dannoso. Pertanto non costituiscono infortunio quelle modestissime lesioni attribuibili ad antecedenti causali di minima entità lesiva. In questi casi, infatti, la forza lesiva non è palesemente idonea a cagionare né una inabilità temporanea né tanto meno una inabilità permanente. Ove sussistano concause preesistenti, il rapporto di causalità si realizza tutte le volte si dimostri che l'antecedente in esame è sul piano quantitativo dotato di una forza lesiva per lo meno superiore a quella del momento sciogliente o liberatore (C. Gerin) (v. anche Cass. Civ. Sez. Lav. 13 agosto 1981, n. 4913, in Giust. Civ. Mass. 1981, fasc. 3). Al di sotto di questa soglia, si parlerà di momento rivelatore e, com'è noto, "ciò che rivela non causa".

La Corte di Cassazione ha escluso ad esempio che «la lombalgia sopravvenuta al lavoratore per raccogliere da terra un arnese di lavoro» costituisse infortunio indennizzabile, «trattandosi di evento patologico conseguente ad un atto (flessione del tronco) che non può considerarsi direttamente connesso col rischio proprio della prestazione lavorativa e che avrebbe potuto essere compiuto, con medesimo risultato, anche fuori dell'attività di lavoro» (Cass. Civ. Sez. Lav. 2 marzo 1988, n. 2219, in Giust. Civ. Mass. 1988, fasc. 3). Per lo stesso motivo è stato anche escluso che costituisse infortunio indennizzabile «la rottura del menisco subita dal lavoratore a causa del semplice movimento di rotazione del ginocchio, compiuto per passare dalla posizione accosciata a quella eretta» (Cass. Civ. Sez. Lav. 10 luglio 1981, n. 4500, in Riv. Inf. Mal. Prof. II, 202, 1981).

□ Modalità d'azione della causa

La causa si considera "violenta" quando agisce in modo rapido e concentrato nel tempo. L'unità cronologica di misura è un turno lavorativo: si considera concentrata nel tempo l'azione lesiva di quell'antecedente causale la cui durata non superi la durata di un turno di lavoro.

Si tratta di un elemento di giudizio fondamentale in quanto costituisce uno dei criteri per poter differenziare l'infortunio sul lavoro dalla malattia professionale (ove invece si parla di causalità lenta e diluita nel tempo).

Non è detto però che parlare di causa concentrata nel tempo significhi anche parlare di effetti concentrati nel tempo. Talora questi possono non solo manifestarsi tardivamente rispetto all'azione traumatica o lesiva, ma evolvere anche con lentezza sino al concludersi degli esiti. Classico è

l'esempio dell'operaio che rimane bloccato in una galleria o in una cava per una frana del terreno e che subisce le conseguenze della permanenza protratta in ambiente confinato (asfissia). Nel colpo di sole o di calore o nell'assideramento, la temperatura per acquistare efficienza lesiva ha bisogno di agire per un certo lasso di tempo; nell'avvelenamento da determinati gas tossici (per esempio: CO), l'esposizione deve durare per un certo tempo, sicché si comprende che quando si parla di "azione lesiva concentrata nel tempo" non si vuole intendere azione istantanea ed effetti immediati.

Anche nel caso delle infezioni microbiche o virali, i batteri o i virus, ecc. agiscono in modo rapido e concentrato nel tempo, penetrando nell'interno dei tessuti. Le conseguenze cliniche dell'infezione si manifesteranno invece qualche tempo dopo il momento della penetrazione e potranno evolvere a seconda dei casi anche lentamente nel tempo.

□ NESSO CAUSALE NELL'INFORTUNISTICA INAIL, CON PARTICOLARE RIGUARDO AL PROBLEMA DELLE CONCAUSE E DELLE PREESISTENZE

La valutazione del nesso causale e delle concause nell'assicurazione obbligatoria contro gli infortuni sul lavoro è molto importante, poiché da esso dipenderà il diritto del lavoratore alle prestazioni di legge.

Ai fini del riconoscimento dell'infortunio indennizzabile, se tra il fatto lesivo esterno ed il lavoro basta un semplice rapporto di causa indiretta (la cosiddetta occasione, intesa nel senso di finalità di lavoro), tra l'evento lesivo iniziale e l'esito dannoso finale (danno lavorativo) deve sussistere un diretto rapporto di causa ad effetto.

L'antecedente lesivo può svolgere un ruolo semplicemente rivelatore di un danno preesistente, e ricordando che ciò che rivela non causa, si dovrà escludere in questi casi il ricorrere del nesso causale.

In sostanza il problema della causalità nell'ambito trattato non si discosta da quello generale, sicché anche in questa sede vale la regola che il rapporto fra antecedente e susseguente deve essere valutato sulla base dei noti criteri di giudizio:

- *criterio cronologico*: l'antecedente causale deve precedere l'effetto clinico; inoltre l'epoca in cui le manifestazioni cliniche si consolidano deve essere compatibile con la natura, l'entità della causa e la modalità con cui essa ha agito nel caso concreto. In ogni caso, il semplice nesso cronologico non è mai sufficiente da sé solo per considerare un fatto prodotto dall'altro (si ricordi l'aforisma "post hoc, non ergo propter hoc");
- *criterio quantitativo*: la causa deve possedere un'intensità lesiva almeno superiore a quella del momento sciogliente o liberatore; occorre che vi sia adeguatezza tra l'intensità della forza lesiva e l'entità degli effetti immediatamente prodotti; e fra questi e la gravità degli esiti finali;
- *criterio qualitativo*: si deve trattare di causa esteriore e deve esserci compatibilità fra la natura della causa stessa e la natura delle manifestazioni cliniche prodotte;

- *criterio modale*: si deve trattare di causa violenta, cioè di causa concentrata nel tempo (un turno lavorativo); la modalità d'azione della causa deve essere compatibile con la natura, la gravità e la modalità di comparsa degli effetti prodotti, ecc.;
- *criterio topografico*: deve esserci corrispondenza fra la sede di applicazione del trauma e la sede delle manifestazioni cliniche;
- *criterio di continuità*: deve esserci un *continuum* di sintomi e di segni clinici fra la lesione iniziale e gli esiti dannosi finali;
- *criterio di esclusione*, ecc.

Anche in infortunistica INAIL devono essere accolti gli infortuni concausati, cioè quelli in cui si dimostri che l'agente esterno abbia avuto solo un'efficacia cooperante alla produzione del danno, sebbene non ne sia stata la causa unica ed esclusiva. La Cassazione fornisce in materia un'interpretazione che può ritenersi certamente favorevole per il lavoratore infortunato:

«È indennizzabile [...] anche la inabilità permanente nel cui determinismo l'infortunio abbia avuto un ruolo concausale soltanto indiretto, come è confermato implicitamente dalla mancanza (in materia di infortuni sul lavoro) di una norma analoga all'art. 133 dello stesso decreto presidenziale (1124/1965), che per le malattie professionali esclude dalla tutela assicurativa le conseguenze non direttamente connesse alle malattie stesse» (Cass. Civ. Sez. Lav. 3 febbraio 1986, n. 646, in Riv. Inf. Mal. Prof. 1986, II, 14; Cass. Civ. Sez. Lav. 27 gennaio 1982, n. 552, in Riv. Inf. Mal. Prof. 1982, II, 65).

In definitiva non interessa sapere se l'evento infortunistico abbia assunto nel caso specifico un ruolo concausale diretto o solo indiretto. È importante invece stabilire, sulla base dei ricordati criteri di giudizio, se il rapporto di causalità tra l'evento infortunistico considerato e il danno lavorativo c'è o non c'è, se è ammissibile o no.

Per ciò che riguarda le concause, valgono i principi a suo tempo già illustrati in materia di nesso causale e quanto stabilito dall'art. 41 c.p. Esse come è noto possono essere distinte in preesistenti, simultanee, sopravvenute e suddivise a loro volta in concause di lesione e concause di inabilità.

Si parla di *concause preesistenti di lesione* quando le conseguenze lesive dirette dell'infortunio si innestano su di una condizione morbosa preesistente, indipendente dall'infortunio stesso, con la conseguenza di produrre effetti lesivi più gravi di quelli che il semplice evento infortunistico avrebbe prodotto da sé solo (classici gli esempi del diabete o dell'emofilia preesistenti che complicano il decorso di una banale lesione infortunistica).

In questi casi il lavoratore infortunato ha diritto all'indennizzo dell'intero danno esitato, a nulla rilevando ai fini dell'ammissione del nesso causale lo stato anteriore dell'infortunato, il che è facilmente comprensibile trattandosi di un'assicurazione sociale.

Per ciò che riguarda le *concause preesistenti di inabilità*, esse possono dar luogo a coesistenza oppure a concorrenza

di inabilità, a seconda che le menomazioni riguardino o meno lo stesso organo od apparato.

Si parla di coesistenza, quando la minorazione preesistente non ha alcuna influenza sul decorso e sugli esiti della lesione infortunistica (ad esempio: sordo congenito che subisce l'amputazione di un arto; cieco parziale che subisce la perdita di un dito, ecc.).

Si parla di concorrenza, quando la o le menomazioni preesistenti incidono sullo stesso organo-funzione che subisce l'evento infortunistico (per esempio occhio-occhio, mano destra e mano sinistra) oppure su sistemi che sono fra loro intimamente connessi (vista e udito).

Caso per caso, ai fini di una corretta valutazione del danno, occorrerà distinguere se la inabilità preesistente (coesistente o concorrente con l'inabilità prodotta dal nuovo infortunio) sia derivata da fatti extra-lavorativi o da infortuni sul lavoro pregressi e in quest'ultimo caso se si tratta di inabilità già liquidata in capitale o in rendita, nella stessa o in altra gestione. Il problema della valutazione delle concause preesistenti di inabilità verrà trattato nel prossimo paragrafo.

In merito alle *concause sopravvenute*, ci basti segnalare per concludere che anch'esse possono essere distinte in concause di lesione e d'inabilità. Per queste ultime va detto che l'eventuale aggravamento di inabilità preesistenti, dovuto a fatti extra-lavorativi (concausa sopravvenuta di inabilità per fatti extra-lavorativi), costituisce evento privo di rilievo in materia di assicurazioni contro gli infortuni sul lavoro (v. art. 79 TU 1124/1965; ad esempio si parlerà di concausa sopravvenuta di inabilità nel caso di lesione traumatica di un arto, successivo fatto settico riconducibile alle lesioni patite nell'infortunio e amputazione dell'arto; non sarà invece in nessun caso lecito parlare di concausa sopravvenuta di inabilità se il fatto settico da cui è dipesa la necessità di amputare l'arto è assolutamente indipendente dalle lesioni traumatiche riportate nell'evento infortunistico).

In sostanza, per la costituzione di una rendita più elevata è espressamente richiesta la collegabilità della causa sopravvenuta al "trauma" infortunistico o meglio all'evento lesivo prodotto dall'infortunio e alle sue conseguenze (v. i merito Cass. Civ. Sez. Lav. 10 novembre 1983, n. 6679, in Riv. Inf. Mal. Prof. II, 1984, 127).

Per le concause sopravvenute di lesione valgono le stesse regole stabilite dall'art. 41 del c.p.: esse escludono il rapporto causale solo quando sono state da sé sole sufficienti a determinare l'evento.

☐ DANNO LAVORATIVO E DANNO BIOLOGICO

Il danno lavorativo può consistere nella:

- inabilità temporanea parziale (non indennizzabile INAIL);
- inabilità temporanea assoluta che importi l'astensione dal lavoro per meno di 3 giorni (non indennizzabile INAIL);
- inabilità temporanea assoluta che importi l'astensione dal lavoro per più di 3 giorni;

- inabilità permanente parziale;
- inabilità permanente assoluta al lavoro;
- morte dell'assicurato.

All'articolo 74 del TU è precisato che «agli effetti del presente titolo deve ritenersi inabilità permanente assoluta la conseguenza di un infortunio o di una malattia professionale, la quale tolga completamente e per tutta la vita l'attitudine al lavoro.

Deve ritenersi inabilità permanente parziale la conseguenza di un infortunio o di una malattia professionale la quale diminuisca in parte, ma essenzialmente e per tutta la vita, l'attitudine al lavoro».

Con l'art. 13 del DLgs 38/2000 (in conformità con la sentenza della Corte Costituzionale 87/1991) la tutela INAIL è stata estesa al danno biologico⁴.

⁴ Art. 13 "Danno biologico".

1. In attesa della definizione di carattere generale di danno biologico e dei criteri per la determinazione del relativo risarcimento, il presente articolo definisce, in via sperimentale, ai fini della tutela dell'assicurazione obbligatoria contro gli infortuni sul lavoro e le malattie professionali il danno biologico come la lesione all'integrità psicofisica, suscettibile di valutazione medico-legale, della persona. Le prestazioni per il ristoro del danno biologico sono determinate in misura indipendente dalla capacità di produzione del reddito del danneggiato.
2. In caso di danno biologico, i danni conseguenti ad infortuni sul lavoro e a malattie professionali verificatisi o denunciati a decorrere dalla data di entrata in vigore del decreto ministeriale di cui al comma 3, l'INAIL nell'ambito del sistema d'indennizzo e sostegno sociale, in luogo della prestazione di cui all'articolo 66, primo comma, numero 2), del Testo Unico, eroga l'indennizzo previsto e regolato dalle seguenti disposizioni:
 - a) le menomazioni conseguenti alle lesioni dell'integrità psicofisica di cui al comma 1 sono valutate in base a specifica "tabella delle menomazioni", comprensiva degli aspetti dinamico-relazionali. L'indennizzo delle menomazioni di grado pari o superiore al 6 per cento ed inferiore al 16 per cento è erogato in capitale, dal 16 per cento è erogato in rendita, nella misura indicata nell'apposita "tabella indennizzo danno biologico". Per l'applicazione di tale tabella si fa riferimento all'età dell'assicurato al momento della guarigione clinica. Non si applica il disposto dell'articolo 91 del Testo Unico;
 - b) le menomazioni di grado pari o superiore al 16 per cento danno diritto all'erogazione di un'ulteriore quota di rendita per l'indennizzo delle conseguenze delle stesse, commisurata al grado della menomazione, alla retribuzione dell'assicurato e al coefficiente di cui all'apposita "tabella dei coefficienti", che costituiscono indici di determinazione della percentuale di retribuzione da prendere in riferimento per l'indennizzo delle conseguenze patrimoniali, in relazione alla categoria di attività lavorativa di appartenenza dell'assicurato e alla ricollocabilità dello stesso.

Per la determinazione della corrispondente quota di rendita, la retribuzione, determinata con le modalità e i criteri previsti dal Testo Unico, viene moltiplicata per il coefficiente di cui alla "tabella dei coefficienti" e per il grado percentuale di menomazione (1).
3. Le tabelle di cui alle lettere a) e b), i relativi criteri applicativi e i successivi adeguamenti sono approvati con decreto del Ministro del lavoro e della previdenza sociale su delibera del consiglio di amministrazione dell'INAIL. In sede di prima attuazione il decreto ministeriale è emanato entro trenta giorni dalla data di entrata in vigore del presente decreto legislativo.
4. Entro dieci anni dalla data dell'infortunio, o quindici anni se trattasi di malattia professionale, qualora le condizioni dell'assicurato, dichiarato guarito senza postumi d'invalidità permanente o con postumi che non raggiungono il minimo per l'indennizzabilità in capitale o per l'indennizzabilità in rendita, dovessero aggravarsi in conseguenza dell'infortunio o della malattia professionale in misura da raggiungere l'indennizzabilità in capitale o in rendita, l'assicurato stesso può chiedere all'istituto assicuratore la liquidazione del capitale o della rendita, formulando la domanda nei modi e nei termini stabiliti per la revisione della rendita in caso di aggravamento. L'importo della rendita è decurtato dell'importo dell'eventuale indennizzo in capitale già corrisposto. La revisione dell'indennizzo in capitale, per aggravamento della menomazione sopravvenuta nei termini di cui sopra, può avvenire una sola volta. Per le malattie neopla-

Anzi quest'ultimo diventa il momento centrale della valutazione, innovando pertanto il metodo valutativo rispetto al passato. Il danno patrimoniale è considerato solo come conseguenza, che deriva dai riflessi sfavorevoli che il danno biologico può avere sulla capacità dell'esaminato di produrre reddito con il proprio lavoro.

Il medico INAIL, incaricato della valutazione del danno subito dal lavoratore, concluderà dunque l'esame clinico, completato eventualmente da esami specialistici e da altri accertamenti, con un giudizio diagnostico e prognostico. Preciserà quindi la natura e l'entità degli esiti funzionali obiettivi, in rapporto di causalità con le lesioni patite nell'infortunio o con la malattia professionale in discussione.

stiche, per la silicosi e l'asbestosi e per le malattie infettive e parassitarie la domanda di aggravamento, ai fini della liquidazione della rendita, può essere presentata anche oltre i limiti temporali di cui sopra, con scadenze quinquennali dalla precedente revisione.

5. Nel caso in cui l'assicurato, già colpito da uno o più eventi lesivi rientranti nella disciplina delle presenti disposizioni, subisca un nuovo evento lesivo si procede alla valutazione complessiva dei postumi ed alla liquidazione di un'unica rendita o dell'indennizzo in capitale corrispondente al grado complessivo della menomazione dell'integrità psicofisica. L'importo della nuova rendita o del nuovo indennizzo in capitale è decurtato dell'importo dell'eventuale indennizzo in capitale già corrisposto e non recuperato.
6. Il grado di menomazione dell'integrità psicofisica causato da infortunio sul lavoro o malattia professionale, quando risulti aggravato da menomazioni preesistenti concorrenti derivanti da fatti estranei al lavoro o da infortuni o malattie professionali verificatisi o denunciate prima della data di entrata in vigore del decreto ministeriale di cui al comma 3 e non indennizzati in rendita, deve essere rapportato non all'integrità psicofisica completa, ma a quella ridotta per effetto delle preesistenti menomazioni, il rapporto è espresso da una frazione in cui il denominatore indica il grado d'integrità psicofisica preesistente e il numeratore la differenza tra questa ed il grado d'integrità psicofisica residuo dopo l'infortunio o la malattia professionale. Quando per le conseguenze degli infortuni o delle malattie professionali verificatisi o denunciate prima della data di entrata in vigore del decreto ministeriale di cui al comma 3 l'assicurato percepisce una rendita o sia stato liquidato in capitale ai sensi del Testo Unico, il grado di menomazione conseguente al nuovo infortunio o alla nuova malattia professionale viene valutato senza tenere conto delle preesistenze. In tale caso, l'assicurato continuerà a percepire l'eventuale rendita corrisposta in conseguenza di infortuni o malattie professionali verificatisi o denunciate prima della data sopra indicata.
7. La misura della rendita può essere riveduta, nei modi e nei termini di cui agli articoli 83, 137 e 146 del Testo Unico. La rendita può anche essere soppressa nel caso di recupero dell'integrità psicofisica nei limiti del minimo indennizzabile in rendita. In tale caso, qualora il grado di menomazione accertato sia compreso nel limite indennizzabile in capitale, viene corrisposto l'indennizzo in capitale calcolato con riferimento all'età dell'assicurato al momento della soppressione della rendita.
8. Quando per le condizioni della lesione non sia ancora accertabile il grado di menomazione dell'integrità psicofisica e sia, comunque, presumibile che questa rientri nei limiti dell'indennizzo in capitale, l'Istituto assicuratore può liquidare un indennizzo in capitale in misura provvisoria, dandone comunicazione all'interessato entro trenta giorni dalla data di ricevimento del certificato medico constatante la cessazione dell'inabilità temporanea assoluta, con riserva di procedere a liquidazione definitiva non prima di sei mesi e non oltre un anno dalla data di ricevimento del predetto certificato medico. In ogni caso l'indennizzo definitivo non può essere inferiore a quello provvisoriamente liquidato.
9. In caso di morte dell'assicurato, avvenuta prima che l'istituto assicuratore abbia corrisposto l'indennizzo in capitale, è dovuto un indennizzo proporzionale al tempo trascorso tra la data della guarigione clinica e la morte.
10. Per l'applicazione dell'articolo 77 del Testo Unico si fa riferimento esclusivamente alla quota di rendita di cui al comma 2, lettera b).
11. Per quanto non previsto dalle presenti disposizioni, si applica la normativa del Testo Unico, in quanto compatibile.
12. All'onere derivante dalla prima applicazione del presente articolo, valutato in lire 340 miliardi annui, si fa fronte con un'addizionale sui premi e contributi assicurativi nella misura e con le modalità stabilite con decreto del Ministro del lavoro e della previdenza sociale di cui al comma 3.

Esaurita l'analisi del nesso causale, dovrà verificare quale e quanto sia nel caso di specie la ripercussione degli esiti funzionali e quindi della invalidità (o danno biologico o danno alla salute, che rimane punto costante di riferimento dell'attività valutativa del medico, in qualsiasi sede essa si svolga) sulla abilità dell'assicurato, cioè sulla sua attitudine al lavoro proficuo e quindi a produrre reddito, tenendo conto della categoria di attività lavorativa di appartenenza e della ricollocabilità dell'assicurato stesso.

■ Malattie professionali

- □ CONCETTO DI MALATTIA PROFESSIONALE.
- IL SISTEMA DI LISTA O TABELLARE.
- IL COSIDDETTO SISTEMA MISTO.
- IL CONCETTO DI "PRESUNZIONE D'ORIGINE"

Si definiscono "malattie professionali" o "del lavoro" o "tecnopatie" quelle che colpiscono i lavoratori assicurati INAIL, esposti in modo protratto al rischio tutelato (rischio generico aggravato, rischio specifico) e per le quali sia certa la derivazione causale dall'attività espletata. L'assicurato deve contrarre la tecnopatia "nell'esercizio" ed "a causa della" lavorazione espletata o "a causa della" specifica noxa patogena (piombo, cromo, idrocarburi, ecc.) cui è esposto per l'assolvimento della propria attività. Ma occorre anche tener conto dell'influenza esercitata dall'ambiente di lavoro. La legge, infatti, non pone come presupposto necessario ed esclusivo che il lavoratore esegua direttamente una delle lavorazioni indicate all'art. 1 del TU, essendo sufficiente che la malattia risulti contratta nell'ambiente di lavoro, purché frequentato a causa delle lavorazioni stesse (ad esempio: ipoacusia o sordità da rumore), anche se queste sono eseguite da un soggetto diverso da quello colpito (Cassazione Civile Sezione Lavoro 28 maggio 1983, n. 3697, in Giust. Civ. Mass. 1983, fasc. 5).

Più limitata invece la definizione di malattia professionale fornita testualmente dal DPR 1124/1965, che all'articolo 3 stabilisce: «L'assicurazione è altresì obbligatoria per le malattie professionali indicate nella tabella le quali siano contratte nell'esercizio e a causa delle lavorazioni che rientrano fra quelle previste nell'articolo 1».

Si vedrà che la maggior ampiezza della moderna definizione di "malattia professionale indennizzabile" scaturisce dalle innovazioni che in materia di valutazione del nesso causale sono state apportate dalla Corte Costituzionale. Per ora tuttavia basti rilevare che è soprattutto il diverso significato che assume il nesso causale a differenziare la malattia dall'infortunio sul lavoro.

Per l'infortunio, infatti, deve sussistere la causa violenta in occasione di lavoro e si è già visto in precedenza che la causa per essere tale (cioè violenta) deve agire con azione rapida, intensa e concentrata nel tempo (turno giornaliero di lavoro).

Per la malattia professionale, invece, la causa è diluita (il

lavoratore è esposto al rischio lavorativo per l'intero arco vitale della sua attività) e agisce in modo lento, cioè con azione graduale e protratta nel tempo.

La natura dell'antecedente causale può essere la stessa e ciò che cambia è soprattutto la sua diversa modalità d'azione: ad esempio una determinata noxa patogena, come una sostanza tossica presente nella lavorazione, potrà causare un infortunio sul lavoro se agisce in modo rapido e concentrato (intossicazione acuta) oppure una malattia professionale se agisce in modo lento, reiterato o protratto nel tempo (intossicazione cronica).

Ne deriva che, mentre negli infortuni sul lavoro l'etiologia professionale è generalmente accertabile con una certa facilità, nel senso che l'evento lesivo è ben evidenziabile, collegandosi con immediata evidenza a quello infortunistico e all'occasione di lavoro (e se ciò non è, non vi sarà infortunio indennizzabile), più difficile diventa accertare il nesso causale con l'attività lavorativa nel caso delle malattie professionali. Talora, la causalità "professionale" si confonde con quella comune e diventa difficile differenziare quanto dipende dalla lavorazione o dai fattori di rischio inerenti ad essa o all'ambiente di lavoro e quanto invece dall'ambiente di vita comune o dalle altre attività extra-lavorative.

Da ciò soprattutto deriva la maggiore ampiezza del contenzioso giudiziario in materia di malattie professionali. È proprio in considerazione della maggiore difficoltà di stabilirne con sufficiente esattezza la nozione, che il legislatore ha scelto di fondare la tutela delle malattie professionali sul sistema della lista chiusa.

Secondo tale sistema sono ritenute malattie professionali, comprese perciò nella tutela previdenziale, solo quelle tassativamente elencate nelle apposite tabelle (industria e agricoltura) e riferite ad attività o lavorazioni pur esse ben indicate nella lista, sempre che si manifestino entro un determinato intervallo di tempo, pur esso ben indicato, a partire dal momento dell'abbandono o cessazione della lavorazione morbigena (periodo massimo di indennizzabilità).

Per il settore industriale si fa riferimento alla tabella allegata al DPR 13 aprile 1994, n. 336, che ha sostituito la tabella n. 4 allegata al DPR 9 giugno 1975 n. 482 che aveva sostituito a sua volta la vecchia tabella 4 allegata al TU del 1965, e che in pratica comprende tutte le tecnopatie protette, tranne la silicosi e l'asbestosi, contemplate nella lista di cui all'allegato n. 8 del TU.

Per il settore agricolo si fa riferimento alla apposita tabella annessa al DPR 13 aprile 1994, n. 336 che ha portato a 27 le malattie tabellate in agricoltura.

In pratica secondo il sistema tabellare, perché si dia luogo alla rendita INAIL, occorrono le seguenti condizioni:

- la malattia patita dal lavoratore deve essere contemplata fra quelle contenute nelle tabelle menzionate;
- essa deve essere contratta nell'esercizio e a causa di lavorazioni o a causa di noxe patogene tassativamente indicate dal legislatore;

- la manifestazione clinica della malattia deve essersi verificata entro un certo limite di tempo dalla cessazione dell'attività in questione. Tale limite è tassativamente indicato dalle tabelle. Inoltre, secondo quanto stabilisce l'art. 135 del TU: il momento in cui la malattia professionale si considera iniziata, coincide con il primo giorno di completa astensione dal lavoro a causa della malattia stessa; oppure se astensione dal lavoro non v'è stata, essa si considera iniziata nel momento in cui perviene all'INAIL la denuncia della malattia corredata del relativo certificato medico;
- dalla malattia deve essere derivata una inabilità permanente superiore ad un certo grado (superiore al 10%).

Nel passato il limite minimo per la concessione della rendita era diversamente stabilito:

- 20% per le malattie professionali elencate nella tabella A allegata 4 al TU (art. 74);
- 20% per le malattie professionali: silicosi e asbestosi (art. 145);
- 20% per le malattie professionali della gestione medici radiologi.

Successivamente:

- con sentenza della Corte Costituzionale n. 93 del 30 maggio 1977: si è passati dal 20 al 10% per le malattie professionali di cui alle tabelle allegate 4 e 5 al TU DPR 482/1975⁵ e DPR 336/1994;
- con sentenza della Corte Costituzionale n. 64 del 15 aprile 1981 si è passati dal 20 al 10% di inabilità permanente (superiore al 10%) anche per la silicosi e l'asbestosi⁶;
- con sentenza della Corte Costituzionale n. 246 del 28 novembre 1986 si è passati dal 20 al 10% anche per le malattie professionali rientranti nella gestione assicurativa dei medici radiologi.

Nel sistema tabellare vale la presunzione d'origine della malattia obiettivata, presunzione in base alla quale la malattia, allorché ricorrano le surricordate condizioni, viene definita "professionale" senza ammettere prova in contrario.

Il carattere tassativo esclude però la possibilità di ricorrere ad una interpretazione analogica sia per definire l'attività lavorativa sia per valutare la malattia professionale. Al ricorrere di quelle condizioni e solo di quelle, lo si ripete, il lavoratore non ha nessun obbligo di provare l'esistenza del nesso causale: basta semplicemente che la lavorazione rientri fra quelle protette e che la malattia risulti fra quelle tabellate.

Nonostante gli indubbi vantaggi per il prestatore d'opera di provare la natura professionale della malattia eventualmente patita, il sistema di lista chiusa presenta notevoli inconvenienti, in quanto la tutela è limitata tassativamente alle sole malattie elencate nella lista.

A questo inconveniente si sarebbe dovuto sopperire con periodici aggiornamenti della tabella di legge, il che purtroppo non è avvenuto.

È intervenuta allora la Corte Costituzionale con la sentenza n. 179 del 18 febbraio 1988, grazie alla quale la tutela assicurativa delle malattie professionali è stata estesa anche a quelle malattie non comprese nella tabella allegata n. 4 di cui al TU 30 giugno 1965, n. 1124, come modificata dal DPR 9 giugno 1975, n. 482, e dal DPR 336/1994, sempre che sia dimostrato con certezza il nesso di causalità tra la malattia stessa e l'attività lavorativa.

Peraltro, ai fini dell'esclusione dell'indennizzabilità non ha più rilievo nemmeno l'eventuale notevole intervallo temporale intercorso dall'abbandono della lavorazione, poiché la Corte Costituzionale ha dichiarato nella stessa citata sentenza 179/1988 (e 206 del 1988) l'illegittimità costituzionale del comma 1 dell'art. 134 citato TU, n. 1124 del 1965, nella parte in cui esige che la tecnopatia si verificasse entro il periodo indicato in tabella. Dunque anche il periodo massimo di indennizzabilità, può essere diverso da quello stabilito nelle tabelle, purché si fornisca la prova dell'esistenza del nesso causale.

Va da sé che la sentenza ricordata spiega i suoi effetti non solo nell'ambito della tutela delle malattie professionali nell'industria, ma anche in agricoltura.

In definitiva, qualsiasi malattia di cui sia stata accertata la derivazione causale dall'esercizio di una delle lavorazioni previste nell'articolo 1 DPR 30 giugno 65/1124 è indennizzabile, indipendentemente dalla espressa inclusione della infermità e della attività lavorativa nella tabella allegata al DPR n. 336/1994. In pratica è venuta meno, con efficacia *ex tunc*, per effetto della citata sentenza della Corte Costituzionale 179/1988, la cosiddetta tassatività o esclusività del sistema tabellare e si sono superati i limiti previsti dal cosiddetto periodo massimo di indennizzabilità:

- 1) malattie tabellate, provocate da lavorazioni tabellate e denunciate entro i termini massimi di indennizzabilità: resta in vigore il principio della presunzione legale di origine;
- 2) malattie tabellate, provocate da lavorazioni tabellate, denunciate dopo i termini massimi di indennizzabilità:
 - a) se il lavoratore dimostra che la malattia si è manifestata dentro i suddetti termini, fruisce della presunzione legale insita nel sistema tabellare;
 - b) in mancanza di tale dimostrazione cade sul lavoratore l'onere di provare la natura professionale della malattia;
- 3) al di fuori delle previsioni tabellari, restano fermi i principi che presidono alla assicurazione obbligatoria contro gli infortuni e le malattie professionali con onere della prova a carico del lavoratore per ciò che concerne l'origine professionale.

L'attuale sistema di tutela si definisce quindi "misto" poiché ammette sia la indennizzabilità delle malattie contemplate nel sistema di lista chiusa (tabelle di legge, per le quali esiste la presunzione del nesso causale) sia delle altre per le quali sia comunque dimostrato il nesso causale (sistema di lista aperta, con obbligo per il lavoratore di provare il rapporto di causalità).

⁵ V. in merito sentenza Pretura di Torino del 15 dicembre 1990, in Foro It. parte II, 116, 1991.

⁶ La sentenza è riportata in Riv. Inf. Mal. Prof. 1988, II, 3.

Da ciò la grande importanza di una corretta applicazione della criteriologia medico-legale in tema di valutazione del nesso causale.

☒ RAPPORTO DI CAUSALITÀ NELLE MALATTIE PROFESSIONALI

Tenuto conto di ciò che si è detto sulla sentenza della Corte Costituzionale n. 179/1988, si comprende la grande importanza che assume la corretta valutazione del nesso causale poiché il lavoratore è ammesso a provare direttamente la natura e l'eziologia professionali della malattia contratta, anche al di fuori delle ipotesi tabellate. Il medico deve perciò avere la preparazione necessaria per fornire al lavoratore la dovuta assistenza sulla materia.

Nella malattia professionale, diversamente che nell'infornuto, l'influenza del lavoro nella genesi del danno lavorativo è specifica, poiché la malattia deve essere contratta proprio nell'esercizio ed a causa di quell'attività lavorativa, o per l'esposizione a quella determinata noxa patogena.

Nell'infornuto, invece, la causa violenta, pur non essendo né potendo essere estranea o indipendente dal lavoro, gode di una notevole variabilità nel suo modo di determinarsi: si parla infatti di occasione di lavoro. In definitiva nell'infornuto il lavoro funge da mera occasione del danno lavorativo, nella malattia professionale il lavoro rappresenta esso stesso non solo l'occasione ma la causa specifica del danno. Nel caso dell'infornuto sul lavoro, il danno può derivare e spesso deriva da un avvenimento fortuito, imprevisto, abnorme, che in qualche modo interrompe il normale svolgimento del ciclo lavorativo; nella malattia professionale il danno non è mai improvviso, né è imprevisto o imprevedibile come per il primo, ma è sempre direttamente connesso alla nocività "intrinseca" della stessa lavorazione. Sotto questo punto di vista il danno che il lavoratore subisce può essere considerato per certi versi come inevitabile.

La evitabilità della malattia professionale è problema connesso più in generale con quello della prevenzione e dell'organizzazione della medicina della prevenzione sul territorio e nell'ambiente di lavoro, organizzazione che ancora oggi è molto carente nonostante il disposto così impegnativo per il legislatore dell'art. 32 della Costituzione.

Proprio perché la malattia professionale non rappresenta un evento fortuito, ma il prodotto di continue offese alla salute del lavoratore, connesse in modo prevedibile con l'attività espletata, è necessario che gli stessi datori di lavoro e gli imprenditori si impegnino nella tutela preventiva della salute del lavoratore. Dal che anche l'importante ruolo che può essere svolto dai medici del lavoro, dai medici di fabbrica, ecc. Tutti i medici, inoltre, devono saper utilizzare quell'importante strumento di prevenzione, che costituisce peraltro un preciso dovere giuridico, rappresentato dalla denuncia di malattia professionale.

Si tenga conto peraltro che nell'assicurazione obbligatoria contro le malattie professionali rientrano anche le loro conseguenze dirette, poiché vale anche in questo ambito il generale principio "*causa causae est causa causati*".

Sono escluse invece dalla tutela assicurativa le conseguenze non direttamente connesse alla malattia stessa secondo quanto stabilisce l'art. 133 TU.

Una volta accertato che determinate manifestazioni cliniche rappresentano una conseguenza diretta della tecnopatia, qualsiasi successione morbosa che da quelle manifestazioni sia ulteriormente derivata (evoluzione propria della malattia professionale), si trova inserita nei limiti della indennizzabilità, sempreché ne derivi una inabilità temporanea o permanente, parziale o totale, sino alla morte dell'operaio.

Quanto all'importanza dello stato anteriore, è ben noto che due persone, poste nelle identiche condizioni lavorative, non sempre si comportano nell'identico modo di fronte alle stesse noxe patologiche: una potrà essere più vulnerabile dell'altra e la vulnerabilità può riguardare nell'una questo sistema, nell'altra un sistema diverso; la prima potrà presentare delle manifestazioni relativamente precoci e di una certa gravità, ad esempio a carico del parenchima epatico, l'altra invece potrà reagire più tardivamente, meno gravemente e con manifestazioni cliniche che interessino ad esempio il parenchima polmonare o quello renale, ecc.

Per spiegare tali differenze di danno si suole invocare come s'è detto il ruolo dello stato anteriore. Basti pensare alle malattie su base allergica e alla importanza degli stati di sensibilizzazione individuale.

Ma a parte il lato scientifico della questione, cioè la possibilità di riconoscere effettivamente l'importanza specifica nei singoli casi dei diversi fattori predisponenti od aggravanti o degli stati di pregressa sensibilizzazione individuale, è largamente ammesso dalla giurisprudenza infortunistica che il concorso di cause non intacca il diritto dell'assicurato al *quantum* spettantegli per il danno complessivamente riportato, anche nell'ambito delle malattie professionali. Insomma vale ancora il principio generale che le concause preesistenti, simultanee o sopravvenute non escludono il nesso di causalità.

Pertanto si terrà conto ai fini valutativi degli eventuali fattori concausali che di quella malattia aggravano il decorso, applicando nei casi dovuti, la formula di Gabrielli (concorso di inabilità nel caso di inabilità preesistente derivante da fatti estranei al lavoro o liquidata in capitale, ecc.).

Più controversa, invece, è la situazione allorché ci si trovi in presenza di una concausa sopravvenuta extra-lavorativa. Questa può essere rappresentata ad esempio da una malattia intercorrente, il cui decorso si faccia gradualmente più grave e porti all'esito letale una persona già minata in precedenza da una malattia professionale.

Sarebbe certamente errato sostenere che la malattia sopraggiunta e la morte derivante siano da ritenere in ogni caso conseguenza diretta dell'affezione professionale. Infatti, ammesso che le alterazioni organiche e funzionali di-

pendenti da quest'ultima costituiscano semplici condizioni predisponenti all'insorgere della nuova malattia, esse non ne costituirebbero una condizione necessaria. La nuova malattia peraltro potrebbe svilupparsi anche in un soggetto completamente immune da quelle tare che sono dovute a fattori professionali oppure manifestarsi in un soggetto con preesistenze di origine diversa da quella lavorativa; può essere superata nonostante la preesistenza come invece può divenire di per sé mortale o può peggiorare anche in un soggetto precedentemente sano. Perciò, la concatenazione causale: malattia professionale → malattia intercorrente (concausa sopravvenuta) → morte o peggioramento, va dimostrata con rigore caso per caso, ricorrendo ancora ai noti criteri di giudizio e sapendo distinguere quando si tratta di semplice coesistenza o di concorrenza di danno.

Nel caso di evento mortale, per ammettere il nesso causale, occorre escludere che la concausa sopravvenuta (fattore extra-professionale) sia di per sé sola sufficiente a determinare la morte, perché in tal caso si tratterebbe non di concausa sopravvenuta ma di causa e la malattia professionale preesistente non sarebbe affatto necessaria al determinismo dell'evento letale.

D'altra parte non sempre si può pretendere la certezza; talora conviene accontentarsi di quegli elementi di giudizio che ci garantiscono quanto meno una seria probabilità di essere nel vero.

Spetta però al medico-legale indagare con criteri rigorosamente scientifici la realtà biologica per fornire al Magistrato dei dati attendibili o certi, in base ai quali formulare un giudizio finale veramente equo ed obiettivo.

☐ MALATTIA PROFESSIONALE E I CONCETTI DI RECIDIVA E DI RICADUTA

I termini in questione vengono spesso in discussione nel caso delle malattie allergiche cutanee da contatto nelle quali la ricaduta o la recidiva sono quasi la regola⁴. Si tratta però di concetti diversi, pur essendo caratterizzati entrambi dalla ripresa della malattia dopo una iniziale fase di guarigione.

La differenza sta nel diverso meccanismo patogenetico che condiziona il ripristino delle manifestazioni morbose. La parola recidiva deriva dal latino "recidivus" detto di chi ritorna ad uno stato precedente. Quindi recidiva indica la nuova insorgenza di una malattia simile o analoga a quella che un individuo aveva già subito in precedenza, e i cui esiti erano o stabilizzati o guariti. Ciò si verifica per una nuova esposizione a quegli stessi o ad altri fattori di rischio, senza che vi siano diversità nelle manifestazioni cliniche nuovamente prodotte. Ad esempio, una persona con manifestazioni eczematose da contatto prodotte da determinate sostanze e già riconosciute come tecnopatia, presenta una recidiva dell'eczema, verificatasi dopo la cessazione dell'attività morbigena e dovuta ad esposizione a fattori extra-lavorativi o a nuove sostanze allergizzanti presenti nel nuovo

ambiente di lavoro o di vita. La ricaduta invece è la ricomparsa dei sintomi e segni di una malattia progressiva senza che vi sia stata esposizione a nuovi fattori di rischio.

In definitiva la ricaduta esprime la riattivazione della malattia, prima o senza che vi sia stata una nuova esposizione al rischio.

Alcuni piuttosto che usare il termine di ricaduta, proprio per esprimere il fatto che il soggetto ancora in fase di convalescenza presenta nuovamente la stessa sintomatologia a causa dei primitivi fattori di malattia che tornano a farsi attivi, parlano di recrudescenza oppure di riaffioramento della medesima entità morbosa. Il problema di differenziare le due forme, recidiva-ricaduta, acquista importanza solo quando il tecnopatico ha abbandonato la lavorazione morbigena specifica e le manifestazioni cliniche interpretabili come recidiva, si producono al di fuori dell'ambito lavorativo che ha dato luogo al primo riconoscimento della tecnopatia.

In questo caso la recidiva, contrariamente a quanto è per la ricaduta di malattia professionale, non è indennizzabile.

☐ TUTELA DELLA SILICOSI E DELL'ASBESTOSI

Si tratta di due importanti infermità iscritte nel più ampio capitolo delle *pneumoconiosi*. Questo termine deriva dal greco *konia*, che significa polvere e si riferisce ad un gruppo di malattie caratterizzate da un accumulo di polvere nei polmoni con il conseguente innesco di reazioni tessutali sclerogene a carattere generalmente evolutivo.

Nel passato si intendevano compresi nello stesso gruppo anche i quadri causati da polveri organiche.

Oggi invece si preferisce limitare il termine pneumoconiosi alle sole malattie polmonari causate da accumulo di polveri inorganiche. Tutte si manifestano con alterazioni funzionali respiratorie più o meno gravi:

- la *silicosi*, causata dalla inalazione di silice cristallina o silice libera (biossido di silicio, SiO₂); secondo il sistema di lista, l'assicurazione per la silicosi riguarda le lavorazioni dell'allegato 8 TU 1124/1965;
- l'*asbestososi* (v. allegato 8 TU);
- le *pneumoconiosi da silicati* (escluso l'asbesto) e *calcari* (voce n. 47 del DPR 6 giugno 1975, n. 482).

Per la silicosi e l'asbestososi le prestazioni sono dovute nei casi di morte o di inabilità permanente al lavoro superiori al 10% (sentenza della Corte Costituzionale n. 64 del 15 aprile 1981).

Non è prevista invece l'indennità per inabilità temporanea assoluta, ma solo un assegno giornaliero per i giorni in cui il lavoratore deve sottoporsi ad accertamenti diagnostici. Infatti, una volta raggiunta la certezza diagnostica della malattia, si presume che l'inabilità sia valutabile in termini di permanenza (vista l'impossibilità di una reversione clinica); da ciò l'esclusione della indennità per inabilità temporanea.

☐ Silicosi

La tutela delle malattie pneumoconiotiche e della silicosi in particolare venne introdotta con Legge 12 aprile 1943, n. 455 che all'articolo 3 stabiliva: «Agli effetti della presente legge per silicosi deve intendersi una fibrosi polmonare, provocata da inalazione di biossido di silicio allo stato libero, che si manifesta particolarmente con bronchite ed enfisema e ripercussioni sull'apparato circolatorio ed all'esame radiografico con disseminazione diffusa di ombre nodulari, miliariformi, confluenti o non».

Furono sollevate tuttavia numerose critiche soprattutto nella parte in cui il legislatore rendeva tassativa la diagnosi radiografica. La Legge 27 dicembre 1975, n. 780 ha però definitivamente svincolato la diagnosi della infermità dai rigidi schemi della norma (art. 3).

Sicché oggi la diagnosi e la valutazione della silicosi e delle pneumoconiosi in genere debbono essere espresse unicamente dal medico, secondo gli indirizzi accettati dalla comunità scientifica internazionale, fondati prevalentemente sui segni clinici e funzionali, oltre che radiologici, accusati dal paziente.

La diagnosi di silicosi è dunque prima di tutto clinica. Nell'esame clinico acquista sempre grande importanza l'anamnesi, e ciò anche in sede medico-legale, specie in considerazione del fatto che la semeiotica fisica può mostrare reperti assai scarsi o discutibili. Ma l'importanza che universalmente si riconosce all'anamnesi non deve tradursi nella legittimazione del cosiddetto criterio anamnestico anche in ambito valutativo. La diagnosi di silicosi deve essere il più possibile certa, attendibile e rispondere a criteri di rigorismo obiettivo.

I sintomi più importanti della malattia silicotica sono la dispnea da sforzo, che compare quando la fibrosi e l'enfisema hanno ridotto in modo significativo la superficie utile per gli scambi respiratori, compromettendo dapprima la cosiddetta funzione di riserva respiratoria e la capacità di incrementare la ventilazione sotto sforzo. Dal punto di vista funzionale si osserva riduzione della capacità vitale e della VEMS, con prevalente compromissione di quest'ultima anche in relazione all'aumento delle resistenze delle vie aeree, sicché il rapporto è tipico delle sindromi di insufficienza respiratoria a prevalente carattere ostruttivo.

Anche il volume residuo tende ad aumentare mentre la capacità polmonare totale diminuisce in rapporto alla diminuzione della capacità vitale.

La capacità di diffusione polmonare è in genere meno deficitaria rispetto a quanto si può osservare nell'asbestosi, nella quale invece tale importante segno è prevalente. Sono comunque descritti casi di silicosi in cui si ha una estesa compromissione del letto capillare polmonare con conseguente marcata alterazione della capacità di diffusione.

Il grado del deficit funzionale respiratorio può essere classificato in crescendo nella maniera seguente:

I = insufficienza respiratoria che compare inizialmente solo sotto sforzo fisico;

II = insufficienza respiratoria che compare solo sotto sforzo, ma si accompagna anche ad alterazione dei valori emogasanalitici di PO_2 , di PCO_2 e del pH;

III = insufficienza respiratoria anche a riposo;

IV = acidosi respiratoria compensata (PCO_2 aumentata, con pH normale);

V = acidosi respiratoria scompensata (PCO_2 aumentata, pH diminuito);

VI = ipertensione polmonare marcata: riduzione del letto capillare polmonare ed alterazioni delle pareti arteriolari;

VII = ipertrofia e sovraccarico del ventricolo destro;

VIII = cuore polmonare;

IX = coma respiratorio.

Tra le complicanze più gravi della silicosi vi è la tubercolosi. In questo caso gli accertamenti diagnostici spettano non all'INAIL, ma all'INPS (art. 148 TU) e ciò anche nel caso in cui la tubercolosi sia associata all'asbestosi.

Dal punto di vista radiologico la malattia è caratterizzata da una disseminazione di ombre nodulari, miliariformi, confluenti o non. Le ombre nodulari in questione possono essere distinte in due categorie, piccole e grandi opacità.

A loro volta le piccole opacità possono essere ulteriormente classificate in due sottogruppi:

– piccole opacità rotondeggianti;

– piccole opacità irregolari.

Quelle rotondeggianti sono indicate con le seguenti lettere dell'alfabeto:

– P: micronoduli di diametro non superiore a 1,5 mm;

– Q: micronoduli con diametro compreso fra 1,5 e 3 mm;

– R: micronoduli con diametro fra i 3 ed i 10 mm.

Il gruppo delle opacità irregolari comprende quadri radiologici distinti invece dalle lettere S.T.U.

Le opacità irregolari sono caratteristiche soprattutto dei quadri asbestosici. A seconda del numero delle piccole opacità, presenti in un quadro silicotico tipico, si usa aggiungere alle lettere precedentemente citate un numero variabile da 0 a 3.

– 0: le piccole opacità sono assenti o assai scarse;

– 1: le piccole opacità sono presenti ma assai poco numerose;

– 2: le piccole opacità sono poco numerose. È ancora visibile il disegno polmonare normale;

– 3: le piccole opacità sono molto numerose e il disegno polmonare è parzialmente o totalmente mascherato.

Dal punto di vista anatomo-patologico l'elemento caratteristico della silicosi è il nodulo silicotico. Esso non deve essere confuso con quello radiologico che è formato da più noduli confluenti.

Il nodulo silicotico ha una forma di tipo sferico, del diametro variabile fra 0,3 e 1 mm.

È costituito da macrofagi che sono irretiti in una fitta rete di fibre connettive, reticolari e collagene.

I macrofagi vanno incontro gradualmente a disfacimento cosicché al centro del nodulo si evidenzia del materiale

ialino amorfo costituito da lamine ad andamento concentrico, che con l'immunofluorescenza mettono in evidenza la presenza di immunoglobuline.

Attorno al centro ialino è presente un alone periferico costituito da grosse cellule: plasmacellule e macrofagi e attorno a queste si osserva un reticolato di fibre collagene e fibroblasti.

I noduli possono confluire fra di loro: silicosi confluenti o silicosi massiva. Talora si costituiscono grosse masse fibrose di consistenza lignea: quadri di silicosi pseudotumorale.

Come s'è detto, l'indagine radiologica non è mai da sé sola sufficiente a formulare una corretta diagnosi differenziale con altre malattie: bronchiti e broncopolmoniti acute, polmone da stasi, fibrosi polmonari diffuse da peribronchiti, malattie del collagene a localizzazione polmonare (artrite reumatoide, sclerodermia), ecc.

Nelle forme nodulari occorre saper effettuare una corretta diagnosi differenziale con le forme di miliare fredda tubercolare; la emosiderosi polmonare idiopatica, la proteinosi endoalveolare, le malattie del collagene a localizzazione polmonare, l'adenomatosi polmonare, la bronchiolite obliterante, le micosi polmonari, l'amiloidosi polmonare, ecc.

Nelle forme massive pseudotumorali le immagini radiologiche vanno differenziate dalle forme di tubercolosi fibrosa retraente del polmone; dai tumori massivi primitivi metastatici; dalla echinococcosi, ecc.

Dal punto di vista assicurativo, per ciò che concerne le prestazioni economiche (rendita) per inabilità e per morte, viene riconosciuta rilevanza giuridica non più alla sola associazione della silicosi (e/o dell'asbestosi) con la tubercolosi polmonare, ma anche all'associazione della malattia con qualsiasi altra forma morbosa dell'apparato respiratorio e cardio-circolatorio, nel qual caso si dovrà procedere ad una valutazione complessiva o globale del danno.

Il legislatore ha sancito il principio che nelle pneumoconiosi sclerogene, silicosi ed asbestosi, deve essere indennizzata l'inabilità globale causata dalle pneumoconiosi stesse nonché da eventuali altre forme morbose polmonari o cardiache, dipendenti o meno etiopatogeneticamente, dalle prime.

Perciò non v'è più bisogno di dimostrare la interdipendenza causale o la "concorrenza" della infermità cardiaca o di altra malattia polmonare con quella principale e ciò anche nel caso di decesso dell'assicurato.

Ciò significa che nella valutazione del danno occorre comprendere tutte le possibili forme di cardiopatia nonché le affezioni dell'apparato circolatorio e respiratorio, anche se solo coesistenti (e non solo concorrenti, come è richiesto invece per le altre malattie professionali), che contribuiscono a rendere più grave il danno anatomico funzionale presente in questi soggetti.

Una delle altre innovazioni più importanti introdotte dalla Legge 780/1975 (a parte l'abrogazione della definizione legale della silicosi e della asbestosi) consiste nella

soppressione della vecchia formula di legge che limitava la tutela assicurativa alla silicosi ed alla asbestosi contratte «nell'esercizio ed a causa» delle lavorazioni tabellate (ex art. 140 TU). È stata eliminata la dizione «a causa di», restando solo quella «nell'esercizio di». In pratica, accertata la diagnosi, al lavoratore basta dimostrare di aver effettuato una delle lavorazioni tabellate per ottenere la tutela di legge.

Nel passato (v. art. 143 TU, abrogato grazie alla Legge 780/1975) invece occorreva valutare anche se la concentrazione percentuale delle polveri silicotigene nell'ambiente di lavoro fosse quantitativamente compatibile con la genesi della malattia silicotica.

Tale semplificazione dell'onere della prova si inserisce nel principio di tassatività proprio del sistema tabellare.

Essa non significa però ammissibilità del cosiddetto criterio anamnestico, secondo il quale una volta provata l'esposizione al rischio non sarebbe più necessario alcun altro accertamento medico-legale, ammettendo il diritto alla tutela, anche quando la silicosi e l'asbestosi non siano state accertate clinicamente o radiograficamente e siano solo evidenti i segni di una bronchite cronica complicata o no da enfisema.

Si tratterebbe di un comportamento errato, che non trova alcuna giustificazione nei disposti di legge.

Merita infine di essere segnalato un ulteriore obbligo introdotto dalla Legge 780/1975, che impone l'aggiornamento biennale della tabella, qualora sussistano altri lavori che espongono al rischio della silicosi e della asbestosi.

☞ Asbestosi

La Legge 12 aprile 1943, n. 455 ne forniva la seguente definizione: «Per asbestosi deve intendersi una fibrosi polmonare che, provocata da inalazione di polvere d'amianto, si manifesta particolarmente con la presenza negli alveoli, nei bronchioli e nel connettivo interstiziale di corpuscoli dell'asbesto con tracheo-bronchite ed enfisema, ed all'esame radiologico, con velatura del campo polmonare e con striature ad intrecci reticolari più o meno intensi, maggiormente diffusi alle basi».

La già ricordata Legge 27 dicembre 1975, n. 780 ha abolito la definizione legale della asbestosi (così come quella di silicosi), sicché anche la diagnosi di questa malattia è rimessa alla diretta ed esclusiva competenza del medico. L'asbestosi costituisce una delle più importanti fibrosi polmonari, a carattere generalmente evolutivo e diffusivo, causata dall'inalazione di polveri di amianto. L'*amianto* sta ad indicare più propriamente due varietà di silicati: l'amianto di serpentino e l'amianto di anfibolo (Sud-Africa), mentre il termine *asbesto* si riferisce correttamente solo a quella particolare varietà di amianto che è il crisotilo o asbesto bianco (Valtellina). Nella pratica, tuttavia, asbesto e amianto sono usati come sinonimi, sicché è da ritenere che nella garanzia assicurativa ricadano anche le altre forme morbose causate da amianto.

Le proprietà fisico-chimiche caratteristiche dell'amianto sono quelle di essere incombustibile, resistente all'usura, alle sostanze chimiche aggressive, all'energia elettrica, ai micro-organismi. Da ciò la fama di indistruttibilità che accompagna questa sostanza e la sua capacità di restare immutata per lungo tempo nell'ambiente. Viene impiegato per la preparazione di fibrocemento per la costruzione di strutture edili, tubature (acquedotti e oleodotti), bacini, vasche, ecc.; come materiale isolante (termico, elettrico, sonoro per coibentazione di edifici, ecc.); come materiale di frizione per la costruzione di freni; per l'allestimento di guarnizioni, ecc.

I lavoratori a rischio sono in primo luogo quelli addetti alla estrazione delle diverse varietà di asbesto dalle relative cave, gli addetti alla produzione ed impiego di cemento-amianto, alla produzione di altri manufatti con asbesto, ecc.

Il rischio di malattia riguarda principalmente l'azione cancerogena e la comparsa di carcinomi del polmone, di carcinoma delle sierose (pleurica, peritoneale e pericardica: il cosiddetto mesotelioma). Più precisamente in rapporto con l'inalazione di asbesto si sono osservati:

- aumento dell'incidenza di carcinoma della laringe e del carcinoma bronchiale;
- aumento dell'incidenza di carcinomi dell'apparato gastro-intestinale (carcinoma gastrico);
- maggiore incidenza di carcinoma dell'ovaio e delle vie biliari;
- maggiore incidenza dei linfomi e delle leucemie;
- maggiore incidenza dei tumori del rene.

L'azione cancerogena dell'asbesto dipende soprattutto dall'entità dell'esposizione e dalla sua durata. Più intensa e più protratta è l'esposizione, maggiore è il rischio di malattia neoplastica.

Per ciò che riguarda la patogenesi della fibrosi polmonare asbestosica si pensa sia in rapporto con le proprietà fisiche dell'asbesto, ma il rilievo nel siero di soggetti ammalati di un più alto livello di IgA, di IgG e di IgM nonché di un'elevata frequenza di anticorpi antinucleari ha fatto pensare all'intervento di fattori immunologici. I segni e i sintomi dell'asbestosi conclamata sono quelli di una qualsiasi fibrosi polmonare interstiziale con dispnea, inizialmente da sforzo e poi anche a riposo, cianosi, fini rantoli e crepitii, di solito inspiratori, a volte anche espiratori alle basi polmonari, maggiormente evidenti da un lato.

La diagnosi è basata sull'anamnesi, sui dati obiettivi e soprattutto sul quadro radiologico, essendo ben evidenti sul radiogramma le alterazioni sia parenchimali sia pleuriche; talora può dare reperti positivi lo stesso esame dell'escreato (corpuscoli dell'asbesto).

A carico del parenchima si osserva una reticolazione in corrispondenza dei campi polmonari medi ed inferiori. Questo quadro coesiste in genere con una condizione enfisematosa.

Nell'interstizio si possono osservare i cosiddetti corpuscoli dell'asbesto, costituiti da una fibra di asbesto della

lunghezza di circa 15-100 μ , ricoperto da uno strato di materiale proteico contenente ferro, del diametro massimo di 2-3 μ .

Valgono per la tutela dell'asbestosi le stesse norme che si sono già dette per la silicosi. La Legge 27 marzo 1992 n. 257, contenente norme relative alla cessazione dell'impiego dell'amianto, stabilisce il divieto della estrazione, importazione, commercializzazione e produzione dell'amianto.

Per compensare gli effetti negativi conseguenti a tale provvedimento che colpiscono tutti i lavoratori del settore, è stata loro concessa una maggiorazione dell'attività contributiva al fine di consentire il raggiungimento dei 35 anni di contribuzione assicurativa, onde conseguire il trattamento pensionistico anticipato. Il comma 8 dell'art. 13 della legge 257/1992 stabilisce che: «Ai fini del conseguimento delle prestazioni pensionistiche i periodi di lavoro soggetti all'assicurazione obbligatoria contro le malattie professionali derivanti dall'esposizione all'amianto gestita dall'INAIL quando superano i 10 anni sono moltiplicati per il coefficiente di 1,5».

Possono ottenere tale beneficio tutti i lavoratori che abbiano contratto una malattia professionale da esposizione all'amianto, purché documentata dall'INAIL, anche se l'inabilità permanente è al di sotto del minimo indennizzabile.

Il Decreto del 21 gennaio 1987 del Ministro del Lavoro e della Previdenza Sociale (GU n. 35 del 12 febbraio 1987) stabilisce inoltre particolari norme per l'esecuzione di visite mediche periodiche ai lavoratori esposti a rischio di asbestosi: altre norme sono contenute nel DLgs 277/1991.

In realtà già l'art. 157 del DPR 30 giugno 1965, n. 1124 dispone: «I lavoratori, prima di essere adibiti alle lavorazioni di cui all'art. 140, e comunque non oltre 5 giorni da quello in cui sono stati adibiti alle lavorazioni stesse, debbono essere sottoposti, a cura e a spese del datore di lavoro, a visita medica da eseguirsi dal medico di fabbrica, oppure da enti a ciò autorizzati, secondo le modalità di cui agli artt. 158 e seguenti [...]».

Detti accertamenti debbono essere ripetuti ad intervalli non superiori ad un anno».

L'art. 158 dello stesso DPR prevede che a tali controlli medici siano sottoposti anche i lavoratori provenienti da altra impresa soggetta all'obbligo assicurativo contro la silicosi e l'asbestosi. Viene altresì disposto che la visita medica comprenda, oltre l'esame clinico, «anche una radiografia del torace comprendente l'intero ambito polmonare» (art. 160).

La sorveglianza medica dei soggetti esposti alla inalazione di polvere di asbesto comprende anzitutto un controllo clinico a periodicità annuale (DPR 1124/1965). Per ciò che riguarda il controllo radiologico, da più parti si è sottolineato che sottoporre il lavoratore ad esame Rx del torace a intervalli ravvicinati nel tempo (un anno), poteva essere pericoloso, cosicché nell'allegato III della direttiva CE del 2 giugno 1983 è stato raccomandato che la radiografia del torace sui lavoratori esposti all'amianto venga opporto

namente disposta per ciascun lavoratore al momento del controllo medico, dopo il colloquio individuale e l'esame clinico diretto, ma solo quando il sanitario addetto al controllo ne ravvisa la necessità. Nel citato Decreto del 1987 il legislatore ha recepito tali indicazioni affermando nelle premesse che «l'esposizione a radiazione a scopi diagnostici, deve, per quanto possibile, essere ridotta, data la potenziale nocività delle stesse», specie rilevando che esistono «numerosi indicatori non radiologici che possono integrare gli accertamenti sopra descritti».

Dunque, l'esame radiografico del torace, a periodicità pur esso annuale come l'esame clinico per gli esposti a rischio, può essere sostituito, secondo quanto dispone il DM 21 gennaio 1987, dalla ricerca di almeno tre dei seguenti indicatori:

- ricerca dei corpuscoli dell'asbesto nell'espettorato;
- ricerca dei siderociti nell'espettorato;
- rilievo di rantoli crepitanti basali molto fini e persistenti nel tempo;
- rilievo di insufficienza ventilatoria e restrittiva;
- compromissione della diffusione alveolo-capillare dei gas.

Va segnalato infine che è stato convertito nella Legge 24 novembre 2003, n. 326 il DL 30 settembre 2003, n. 269, che introduce disposizioni riguardanti lo sviluppo e la correzione dell'andamento dei conti pubblici, prevedendo alcuni importanti mutamenti ed innovazioni in materia di tutela dell'asbestosi, di cassa integrazione, di invalidità civile, ecc. Per ciò che riguarda l'amianto è stata modificata la disciplina relativa ai benefici pensionistici spettanti in caso di esposizione ultradecennale all'amianto. Ai fini della tutela e della rivalutazione del periodo contributivo è richiesta l'esposizione ad una concentrazione media annua di amianto pari ad un valore medio di 100 fibre/litro; il beneficio contributivo sarà utile solo ai fini del calcolo della pensione e non anche ai fini del raggiungimento del diritto alla stessa. La domanda per ottenere i predetti benefici dovrà essere presentata entro e non oltre 180 giorni dalla data di pubblicazione di un decreto attuativo interministeriale. Soltanto a specifiche condizioni vengono mantenuti i requisiti previsti in precedenza. Tali benefici spettano anche ai lavoratori tutelati da forme di assicurazione contro gli infortuni professionali che siano diverse dall'INAIL (es. ferrovieri, marittimi, dipendenti pubblici, e così via).

AMBIENTE DI LAVORO, AMBIENTE DI VITA E MALATTIE NEOPLASTICHE CON PARTICOLARE RIGUARDO ALLA CANCEROGENESI CHIMICA

Stabilire la natura professionale della malattia neoplastica diventa problematico soprattutto quando il tumore compare al di fuori delle ipotesi tabellari, per le quali com'è noto vale la presunzione legale d'origine.

Peraltro le neoplasie professionali sono considerate espressamente solo nelle tabelle del settore industriale (allegato 4 TU), il che lascia aperti ampi spazi di discussione per i restanti lavoratori.

Talora a decesso avvenuto, allorché non sia più possibile effettuare un'indagine anatomico-patologica, è necessario basarsi sulla documentazione medica, sui dati concernenti l'ambiente di lavoro, sulle caratteristiche della lavorazione cui la persona era addetta, sui dati epidemiologici, della letteratura, ecc.

Il più delle volte ci si trova a confrontare il diverso peso che nella genesi del tumore hanno assunto la esposizione del lavoratore ai diversi inquinanti ambientali della vita extra-lavorativa e quella ai fattori di rischio inerenti specificamente l'attività di lavoro.

La tutela assicurativa si deve ritenere estesa anche alle "malattie neoplastiche" per le quali l'attività lavorativa abbia svolto il ruolo di concausa. Ora se si riflette sulla molteplicità dei fattori capaci di indurre una neoplasia e ai quali la persona è normalmente esposta nell'ordinaria vita quotidiana, si comprende che basta a volte poco perché un certo ambiente di lavoro o una certa attività, con la conseguente esposizione a determinate noxe che essa comporta, assumano il valore di concausa.

I cibi inquinati (per la presenza di additivi chimici, residui di pesticidi, ecc.), il consumo di superalcolici, l'abitudine al fumo, l'inalazione dei gas di scarico delle auto, l'assunzione talora scriteriata di farmaci al di fuori di qualsiasi prescrizione del medico, lo stesso inquinamento dell'ambiente domestico, l'aumentata concentrazione ambientale dell'ozono, ecc., sono tra i numerosi fattori chiamati in causa nella genesi delle manifestazioni tumorali.

L'Organizzazione Mondiale della Sanità ha affermato in particolare che la carcinogenesi ambientale è responsabile di circa il 75% delle neoplasie maligne.

Ciò significa che nella valutazione delle cause di un tumore devono essere sempre vagliati i dati anamnestici che si riferiscono anche all'ambiente di vita ed alle occupazioni abituali oltre che alla attività lavorativa della persona esaminata:

- il luogo di residenza;
- la vicinanza alla propria abitazione di complessi industriali;
- vita abituale in ambiente urbano o nelle vicinanze di centrali termiche e nucleari, ecc.

Ad esempio è noto a tale proposito che nella genesi dei tumori possono avere grande influenza le esposizioni a diversi inquinanti ambientali prodotti dalla combustione degli impianti di riscaldamento, degli inceneritori di rifiuti, delle centrali termiche nucleari, dalle varie industrie chimiche, ecc.

La cancerogenesi ambientale è stata maggiormente studiata soprattutto per ciò che concerne l'ambiente di lavoro. L'esposizione di taluni lavoratori a determinate sostanze cancerogene è più intensa, maggiormente protratta nel tempo, quindi più continua, il che rende in definitiva più

agevole lo studio degli effetti lesivi e dannosi immediati, mediati e a distanza di tempo.

Sull'argomento vanno ricordate le conclusioni dei vari gruppi di lavoro (1987-1990) presso l'Agenzia Internazionale per la Ricerca sul Cancro (IARC) afferente alla Organizzazione Mondiale della Sanità.

In pratica tali gruppi di lavoro hanno valutato tutti i dati scientifici già contenuti nelle note "monografie IARC" sulla valutazione dei rischi cancerogeni per l'uomo, la cui pubblicazione risale al 1969 e che contengono tutti i dati fino ad oggi disponibili concernenti i tumori nell'uomo, negli animali da esperimento, ivi comprese le varie sostanze cancerogene, il loro metabolismo, nonché i testi di cancerogenicità.

Sulla base dei risultati dei citati studi, le sostanze cancerogene sono state distinte in 4 gruppi.

- Gruppo 1: comprende le sostanze certamente cancerogene per l'uomo, per le quali cioè è stata accertata una relazione causa-effetto tra esposizione e tumori;
- Gruppo 2A: comprende sostanze a probabile azione cancerogena dell'uomo, per le quali cioè è stata osservata una associazione "positiva" tra esposizione e comparsa del tumore. È perciò ammissibile l'associazione causale con la comparsa del tumore, pur non escludendo l'importanza "concausale" di altri fattori;
- Gruppo 2B: comprende sostanze a possibile azione cancerogena sull'uomo. Esistono per esse prove sufficienti di cancerogenicità negli animali da esperimento, non accompagnate però da dati sufficientemente adeguati di induzione del tumore anche negli esseri umani esposti;
- Gruppo 3: comprende sostanze che non sono classificabili per la loro cancerogenicità per l'uomo;
- Gruppo 4: comprende sostanze che non sono cancerogene, probabilmente o con certezza, per l'uomo.

Fanno parte delle sostanze e gruppi di sostanze chimiche cancerogene del primo gruppo:

- aflatossine;
- amine aromatiche: benzidina, beta - naftilamina e 4 aminobifenile;
- 4-aminodifenile;
- anatossine;
- arsenico e composti di arsenico (voce n. 4 della tab. allegato 4 TU 1124/1965);
- asbesto (amianto);
- benzene (benzolo);
- benzidina;
- bis-(cloro-metil)-etere e cloro-metil-etere;
- cromo, composti di (voce n. 5 della tab. allegato 4 T.U. 1124/1965);
- fumo di tabacco;
- idrocarburi aromatici saturi e non saturi (voce n. 30 tab. allegato 4 TU 1124/1965);
- iprite (gas mostarda) (mostarda solforata);
- la fuliggine di carbone, che contiene grandi quantità di idrocarburi aromatici policiclici;
- 2-naftilamina;

- nichel, composti di (voce n. 9 tab. allegato 4 TU 1124/1965);
- olio di scisto bituminoso ed olii minerali in genere;
- pece di catrame di carbone;
- radon e suoi prodotti di decadimento;
- talco, contenente fibre di asbesto;
- vinilcloruro (cloruro di vinile) (voce n. 36 della tab. allegato 4 TU 1124/1965).

In rapporto alle ricordate sostanze, certamente dotate di potere cancerogeno, si sono individuati processi industriali gravati di un più alto rischio di insorgenza di neoplasie. I processi industriali in questione sono soprattutto i seguenti:

- raffinazione del petrolio;
- produzione dell'alluminio;
- fabbricazione dell'auramina;
- gassificazione del carbone;
- produzione di coke;
- estrazione di ematite con esposizione al radon;
- falegnameria ed ebanisteria (neoplasie delle fosse nasali);
- fusione del ferro e dell'acciaio;
- industria della gomma;
- preparazione di iso-propil-alcool;
- fabbricazione e riparazione di scarpe e stivali;
- verniciatura;
- industria dei coloranti (ammine aromatiche);
- industria farmaceutica (analgesici contenenti fenacetina, antipiretici, ecc.);
- industria della plastica;
- produzione industriale di cromati;
- industria produttiva dell'iprite.

Dal punto di vista medico-legale nella definizione del nesso di causalità: lavorazione → malattia neoplastica, si terrà conto dei noti criteri:

- *criterio cronologico*: la comparsa della neoplasia deve avvenire non immediatamente dopo l'esposizione alla data sostanza, ma dopo un certo lasso di tempo, variabile caso per caso e in accordo con i dati della letteratura (talora anche oltre il periodo massimo di indennizzabilità per le voci contemplate in tabella);
- *criterio qualitativo*: la natura e il tipo istologico della neoplasia devono essere compatibili con il tipo di sostanza volta per volta incriminata;
- *criterio quantitativo*: se si tratta di voce tabellata non occorre alcuna ulteriore indagine sui livelli della sostanza incriminata nell'ambiente di lavoro; in caso contrario occorre verificare anche la concentrazione della sostanza stessa nell'ambiente lavorativo;
- *criterio modale*: occorre vi sia corrispondenza tra la via di penetrazione o di eliminazione dell'agente nocivo e la sede di comparsa della neoplasia (tenuto altresì conto dei dati della letteratura), nonché corrispondenza fra la sede di comparsa del tumore nel caso concreto e la sede elettiva (come dalla letteratura) delle manifestazioni neoplastiche prodotte dalla sostanza in esame;
- *criterio di esclusione*, certezza dell'avvenuta esposizione, certezza della diagnosi, ecc.

☒ SORDITÀ E IPOACUSIE PROFESSIONALI DA RUMORE

Si è già accennato altrove (v. il paragrafo sul danno alla persona da inquinamento acustico) all'importante DPCM 1° marzo 1991 (GU n. 57 dell'8 marzo 1991) che ha stabilito quali debbano essere i limiti massimi di esposizione delle persone al rumore negli ambienti abitativi e nell'ambiente esterno.

Si è già visto che il danno uditivo è prodotto più spesso quando la persona è esposta a rumori di una certa durata e con intensità compresa tra 90 e 130 decibel. Rumori di più forte intensità possono provocare una sordità con meccanismo acuto (trauma acustico acuto).

L'attività lavorativa è genericamente dannosa quando espone il lavoratore a rumori subcontinui di intensità che oscillano intorno agli 80 decibel, mentre rumori di più forte intensità (oltre gli 80 decibel) sono da considerarsi certamente lesivi, specie se la persona vi rimane esposta per tutto l'arco lavorativo giornaliero. Il DLgs 277/1991 stabilisce una soglia minima di 80 decibel, oltre la quale il datore di lavoro ha l'obbligo di informare il lavoratore del rischio cui è esposto, di assumere le dovute misure di prevenzione e di sicurezza e di sorvegliare che esse vengano rispettate.

A seconda dei casi e soprattutto a seconda della violenza o meno della causa si parlerà, al verificarsi del danno, di infortunio sul lavoro o di malattia professionale.

Rumori molto forti che superano la soglia dei 130 decibel sono certamente lesivi in modo acuto anche se percepiti per pochi minuti.

Va riconosciuto tuttavia che ben poche sono le attività lavorative che espongono ad esposizione a rumori di intensità che oscilla o supera tali livelli, a meno che non si tratti di infortuni per causa violenta.

Diverso il discorso per i rumori di intensità inferiore alla soglia dei 50-60 decibel, ai quali la persona può essere esposta più o meno di continuo per un lungo periodo, e che col passare del tempo diventano dannosi specie quando al lavoratore non vengono forniti idonei mezzi di protezione.

La diagnosi di otopatia da rumore si fonda sostanzialmente su dati anamnestici e soprattutto sui reperti dell'audiometria tonale, effettuata almeno 15 ore dopo la cessazione dell'attività incriminata. Nei casi dubbi si può ricorrere all'audiometria a risposte evocate (ERA).

L'otopatia da rumore costituisce danno irreversibile poiché le cellule acustiche non sono cellule che si riproducono e dunque non v'è più possibilità di compensare il danno conseguente alla loro perdita: si comprende perciò che sono senza fondamento le revisioni per miglioramento.

Invece, per ciò che riguarda l'aggravamento dell'ipoacusia da rumore, si deve distinguere quello che si verifica in rapporto di causalità con l'esposizione del lavoratore alla fonte di rischio e quello che invece si verifica per il decadimento fisiologico (invecchiamento) del tecnopatico.

Oggi si tende ad ammettere che i fenomeni degenerativi innescati dalla otopatia da rumore presentino carattere evolutivo anche dopo l'allontanamento del soggetto dalla fonte di rumore.

Circa i metodi valutativi del danno occorre tener conto di quanto già è noto circa il rapporto di causalità e di quanto stabiliscono le tabelle per la sordità da rumore.

Il concorso di inabilità per associazione della menomazione uditiva da rumore con quella da altre cause va valutato con la formula Gabrielli.

Volta per volta, infine, si valuterà l'opportunità di una maggiorazione della percentuale di inabilità nel caso della esistenza di acufeni o di una sua riduzione ove sia possibile emendare almeno parzialmente il danno con una protesi acustica.

Per ciò che riguarda i danni extra-uditivi da esposizione protratta al rumore, considerata la sentenza 179/1988 della Corte Costituzionale, è possibile che anche per essi venga riconosciuta l'origine professionale anche se non sono tabellati. È evidente in questi casi la necessità di seguire un accertamento rigoroso per la valutazione del nesso di causalità.

A tal proposito l'INAIL ha messo a punto un questionario per la valutazione del danno uditivo (ed extra-uditivo) da rumore nel caso di lavorazioni non tabellate e dal questionario, a mero titolo esemplificativo, si riportano alcune delle domande che vengono poste all'esaminando:

- 1) Quale attività ha svolto l'assicurato? Descrivere le lavorazioni svolte.
- 2) In quale reparto o reparti ha lavorato?
- 3) Quali macchine o attrezzature ha adoperato?
- 4) Quanti sono stati mediamente i minuti di impiego al giorno delle macchine o attrezzature utilizzate dall'assicurato?
- 5) Quali macchine o attrezzature sono state in funzione nelle vicinanze del posto di lavoro dell'assicurato?
- 6) L'assicurato ha utilizzato mezzi individuali di protezione auricolare? In caso affermativo specificare quali.
- 7) Sono state effettuate operazioni di insonorizzazione sulle macchine o nell'ambiente di lavoro, e quando?

Appare evidente la grande importanza di una corretta e completa esecuzione dell'indagine anamnestica anche al fine di definire il più accuratamente possibile il nesso causale. Perciò è necessario ricercare il momento storico in cui il danno uditivo si è conclamato, effettuare un confronto con lo stato anteriore del lavoratore in epoca preassuntiva, valutare l'evoluzione nel tempo del danno uditivo stesso ed il suo rapporto con l'esposizione al rischio (cioè nella specie alla fonte di rumore) e al variare nell'arco lavorativo dell'esposizione al rumore; è necessario avere a disposizione delle precise valutazioni fonometriche effettuate nell'ambiente di lavoro, tenendo conto delle variazioni di rumorosità a seguito di eventuali provvedimenti di insonorizzazione; va effettuato un accurato esame ORL per escludere altre possibili cause di sordità; vanno studiate e definite le caratteristiche specifiche dell'audiogramma, al fine di verificare se sia presente l'aspetto

Tabella 9.I – Tabella di valutazione del danno professionale da rumore (1991).

Perdita in dB	500 Hz	1000 Hz	2000 Hz	4000 Hz
20	0,00	0,00	0,00	0,00
25	2,77	3,33	4,44	0,55
30	5,55	6,66	8,88	1,11
35	8,33	10,00	13,33	1,66
40	11,11	13,33	17,77	2,22
45	13,88	16,66	22,22	2,77
50	16,66	20,00	26,66	3,33
55	19,44	23,33	31,11	3,88
60	22,22	26,66	35,55	4,44
65	25,00	30,00	40,00	5,00

$$I.P. = \frac{\text{orecchio migliore} \times 3 + \text{orecchio peggiore}}{4} \times 0,60$$

+ 4 punti se la differenza tra 2000 e 4000 Hz è > 4

caratteristico della sordità da rumore: sordità neurosensoriale con caduta sui toni acuti e deep sui 4000 Hz, ecc.

Dal punto di vista valutativo, per la perdita totale monolaterale e bilaterale dell'udito sono stabiliti valori rispettivamente del 15 e del 60% nell'industria e del 20 e del 60% nell'agricoltura.

Per i gradi intermedi sono state proposte diverse metodiche valutative, ma non esiste una norma di legge che imponga di seguirne una piuttosto che l'altra.

Tra le più utilizzate sono quelle di Maggiorotti (1966), Bocca-Pellegrini-Maggiorotti (1954) e Rossi (1978).

Va infine ricordato che il 12 dicembre 1991 venne siglato un accordo fra l'INAIL e le rappresentanze dei lavoratori al fine di adottare su tutto il territorio nazionale un'unica tabella (tab. 9.I) per la valutazione dell'inabilità prodotta da menomazioni della funzione uditiva (v. circolare INAIL n. 17 del 31 marzo 1992). Essa utilizzava le frequenze di 500, 1000, 2000 e 4000 Hz. La normalità uditiva era fissata sui 20 decibel. La perdita totale per ciascuna frequenza era fissata sui 65 decibel, cioè su un valore oltre il quale è necessario l'utilizzo di protesi acustica. Oggi, per la valutazione del danno uditivo ci si riferisce alla tabella di cui all'allegato 1 del DM 12 luglio 2000 che è quella elaborata dal Marello (v. pag. 873). Può essere indicativo confrontare i risultati che si ottengono applicando le due tabelle.

MALATTIE PROFESSIONALI IN AGRICOLTURA

Dopo la sentenza n. 179 del 1988 della Corte Costituzionale risulta adottato anche per il settore agricolo il cosiddetto sistema misto, così come per quello industriale.

Dunque sono riconoscibili come malattie professionali non soltanto quelle incluse nella tabella (v. allegato n. 5, poi modificata e integrata dalla nuova annessa al DPR 9 giugno 1975, n. 482 e al DPR 13 aprile 1994, n. 36), ma

anche quelle per le quali l'assicurato provi il nesso causale con l'attività di lavoro.

Dall'esame della tabella si rileva che solo per la anchilostomiasi viene indicata con precisione la lavorazione tutelata: deve trattarsi di lavoro in terreni irrigui e argillosi. Per tutte le altre malattie, la tabella si limita a segnalare che la lavorazione deve esporre il lavoratore a determinati fattori di rischio, consistenti nella manipolazione e nell'impiego di particolari sostanze: come ad esempio l'arsenico e i suoi composti, i composti del mercurio, il fosforo e i suoi composti, i composti del rame, i derivati clorurati degli idrocarburi, i fenoli ed i creosoli e altre sostanze impiegate in agricoltura come parassitocidi.

Il periodo massimo di indennizzabilità dalla cessazione della lavorazione morbigena è stabilito in 3 anni, ma anche tale termine può essere superato se si forniscono le prove certe dell'esistenza del nesso causale. In pratica valgono per l'assicurazione contro le malattie professionali in agricoltura tutte le disposizioni già stabilite per le malattie professionali nell'industria.

Di diverso c'è soltanto la disciplina in materia di denuncia della tecnopatia, con gli adempimenti a carico dell'assicurato e del medico curante (v. capitolo sulle denunce), la norma contenuta nell'articolo 252 TU, in base alla quale se per l'incertezza dei sintomi e per la difficoltà della diagnosi, la malattia è stata erroneamente denunciata ad altro Ente previdenziale, la prescrizione dell'azione per ottenere le prestazioni da parte dell'INAIL è interrotta fino a quando non è stata esaurita la procedura amministrativa presso l'altro Ente; va infine segnalata la disposizione dettata dall'art. 255 TU per cui in caso di anchilostomiasi l'istituto assicuratore è legittimato a prendere visione dei referti relativi alle visite mediche effettuate dall'assicurato in base alle norme sull'igiene e la profilassi della malattia.

Assicurazione obbligatoria contro le malattie e le lesioni dei medici causate dall'azione dei raggi X e delle sostanze radioattive

I principali testi di legge, che riguardano tale assicurazione sociale gestita dall'INAIL, sono:

- Legge 20 febbraio 1958, n. 93;
- DPR 4 agosto 1960 n. 1055: "Regolamento contenente norme di attuazione della Legge 20 febbraio 1958, n. 93, sull'assicurazione obbligatoria dei medici contro le malattie e le lesioni causate dall'azione dei raggi X e delle sostanze radioattive";
- Legge n. 1103 del 4 agosto 1965, che ha esteso la tutela assicurativa ai tecnici di radiologia e agli allievi dei corsi di formazione professionale per tecnici;
- Legge 30 gennaio 1968 n. 47: "Modifica degli articoli 5 e 8 della Legge 20 febbraio 1958, n. 93, sull'assicurazione obbligatoria dei medici contro le malattie e le lesioni causate dall'azione dei raggi X e delle sostanze radioattive" (GU 6 marzo 1958, n. 57);
- Legge 17 marzo 1975 n. 68: "Modifiche alla Legge 20 febbraio 1958, n. 93 e successive modifiche sull'assicurazione obbligatoria dei medici [...]" (GU 2 aprile 1975, n. 87);
- Legge 10 maggio 1982 n. 251: "Norme in materia di assicurazione contro gli infortuni sul lavoro e le malattie professionali" (GU 15 maggio 1982, n. 132);
- DM del Ministro del Lavoro di concerto col Ministro della Sanità, 8 agosto 1991: "Rivalutazione delle rendite in favore dei medici colpiti dalle malattie e lesioni causate dall'azione dei raggi X e delle sostanze radioattive, con decorrenza 1° luglio 1991" (GU 5 ottobre 1991, n. 234);
- Decreto 19 maggio 2003: "Determinazione dell'addizionale sui premi assicurativi delle gestioni industria e medici RX, per gli anni 2000 e 2001, per la copertura del danno biologico" (GU n. 193 del 21 agosto 2003).

Sono assicurati contro le malattie e le lesioni conseguenti all'azione dei raggi X e delle sostanze radioattive «tutti i medici che compiono funzioni in dipendenza delle quali si trovano esposti a rischio di malattie o di lesioni determinate da radiazioni ionizzanti, sia pure saltuariamente o anche senza attendere o sovraintendere specificamente all'impiego degli apparecchi radiologici o delle sostanze radioattive» (art. 1 DPR 1055/1960).

L'assicurazione è estesa anche agli odontoiatri che fanno uso di apparecchi radiologici, a nulla rilevando l'iscrizione di tali professionisti in albo distinto da quello dei medici, ex Legge 24 luglio 1985, n. 409 (in tal senso v. Cass. Civ. Sez. Lav. 18 gennaio 1991, n. 436, in Riv. Inf. Mal. Prof. 1991, 169)⁷.

L'assicurazione riguarda tutti i casi di malattia o di lesione da cui sia derivata la morte o il danno biologico nella misura superiore al 6% o l'inabilità permanente assoluta o anche parziale, secondo quanto già in precedenza specificato per la costituzione della rendita (si fa riferimento alla riduzione della capacità lavorativa specifica, cioè quella di medico).

La Legge n. 47 del 30 gennaio 1968 all'art. 1 dispone che «L'onere dell'assicurazione è a carico dei possessori a qualunque titolo di apparecchi radiologici funzionanti [...] ed è determinato in relazione al tipo degli apparecchi [...]». Lo stesso art. 1 stabilisce che il premio (cioè ciò che è dovuto all'Istituto assicurativo) sia suscettibile di aggiornamento (con decreto del Min. del Lavoro e Previdenza Sociale su proposta del Consiglio d'Amministrazione dell'INAIL) con cadenza biennale.

Per la determinazione del grado di inabilità, in attesa dell'emanazione da parte del Ministero del Lavoro di un'apposita tabella contenente le forme ed i gradi di inabilità, ci si può riferire al DPR 25 maggio 1976 n. 411 sull'equo indennizzo per il personale degli Enti pubblici e che comprende l'elenco delle malattie che si presumono dipendenti da cause di servizio nei soggetti esposti per ragioni professionali ai rischi da radiazioni ionizzanti (v. tabella 9.II, periodo massimo di indennizzabilità: 10 anni).

Tabella 9.II - *Elenco delle patologie per cui si riconosce la presunzione d'origine e relativi tempi di indennizzabilità dalla cessazione della lavorazione a rischio (DPR 411/1976).*

- Anemia progressiva grave di tipo ipoplasico o aplasico	3 anni
- Anemia progressiva leggera di tipo ipoplasico o aplasico	1 anno
- Leucopenia con neutropenia	1 anno
- Leucosi	10 anni
- Stati leucemoidi	3 anni
- Sindrome emorragica	1 anno
- Blefarite o congiuntivite	7 giorni
- Cheratite	1 anno
- Cataratta	5 anni
- Radiodermiti acute	60 giorni
- Radiodermiti croniche	10 anni
- Radio epiteliti acute delle mucose	60 giorni
- Radiolesioni croniche delle mucose	5 anni
- Radio necrosi ossea	5 anni
- Sarcoma osseo	15 anni
- Cancro broncopolmonare per inalazione	10 anni

n. 93 e 1 DPR 4 agosto 1960 n. 1055, prescinde dall'accertamento in concreto della entità del rischio assicurato ed è giustificato dall'esistenza di un sia pur minimo rischio connesso con l'utilizzazione o l'esposizione, anche meramente eventuali o occasionali, con gli apparecchi indicati nella norma. (Nella specie, la sentenza dei Giudici di merito, cassata dalla S.C., aveva escluso l'obbligo assicurativo in questione con riferimento all'attività di medici odontoiatri per la quale non era stata accertata l'assoluta inesistenza del rischio). (Cassazione Civile, Sez. lav. 2 dicembre 1991, n. 12904, in Giust. civ. Mass. 1991, fasc. 12).

⁷ «L'obbligo di assicurazione dei medici contro le malattie e le lesioni riconducibili all'azione di radiazioni ionizzanti ai sensi degli art. 1 Legge 20 febbraio 1958

L'assicurazione non prevede l'erogazione di una indennità per inabilità temporanea, poiché si presume che le radiolesioni abbiano carattere cronico e permanente *ab initio*. Peraltro l'assicurato nel periodo di astensione dal lavoro per la malattia è considerato in servizio a tutti gli effetti, ivi compresi quelli economici.

I medici che abbiano prestato assistenza agli ammalati debbono ottemperare agli obblighi della denuncia della malattia o della lesione (v).

Gli obblighi del medico radiologo o del medico che detiene a qualunque titolo apparecchi radiologici funzionanti e che impieghi sostanze radioattive in uso, sono quelli di presentare entro 30 giorni dall'inizio dell'attività, la denuncia degli apparecchi e delle sostanze radioattive e quindi dell'inizio dell'esposizione al rischio.

Deve essere denunciata all'INAIL anche ogni successiva modifica del rischio e la cessazione dell'attività.

L'articolo 2, comma 3 del DPR 1055/1960 stabilisce altresì l'obbligo della denuncia annuale per l'impiego di sostanze radioattive artificiali.

L'articolo 12 della Legge dispone che l'Ente alle cui dipendenze il medico radioleso presti servizio dovrà adibirlo ad altre funzioni gerarchicamente ed amministrativamente analoghe, fino al raggiungimento dei limiti di età previsti dalle disposizioni vigenti, a meno che non si concreti un'inabilità permanente assoluta.

■ PATOLOGIE CONSIDERATE, AI FINI DELL'ASSICURAZIONE INAIL, COME A PROBABILE EZIOLOGIA RADIOGENA

■ Effetti non stocastici

- *Cute*: radiodermiti croniche, atrofia cutanea, iperdisceratosi, teleangectasie, alterazioni ungueali con pigmentazione, evoluzione di precedenti lesioni cutanee, verruche, ulcerazioni.
- *Occhio*: opacità del cristallino, prevalentemente al polo posteriore.
- *Sistema eritropoietico*: pancitopenia (anemia iporigenerativa, piastrinopenia, leucopenia).
- *Tessuti radiosensibili*: sofferenza cronica dei tessuti radiosensibili: midollo osseo, cellule germinali, cute, tiroide, tessuto ghiandolare, ecc.^{8,9}

⁸ «In tema di assicurazione contro le malattie professionali, l'accertamento che la malattia, manifestatasi entro il periodo massimo di indennizzabilità, sia astrattamente compresa fra quelle tabellate - e cioè derivante da una lavorazione tabellata (nella specie, carcinoma mammario, accertato come rientrante nella voce 40 dell'allegato 4, nel testo del DPR 9 giugno 1975 n. 482, al DPR 30 giugno 1965 n. 1124, relativa a malattie causate da radiazioni ionizzanti, laser, onde elettromagnetiche e loro conseguenze) - comporta l'applicabilità della presunzione di eziologia professionale della patologia sofferta dall'assicurato, con il conseguente onere dell'INAIL di provare una diversa patogenesi della malattia stessa» (Cassazione Civile, Sez. lav., 8 maggio 1996, n. 4297, in Giust. civ. Mass. 1996, 694, e in Lavoro nella giur. 1996, 862 [s.m.]).

⁹ «In tema di assicurazione contro le malattie professionali, l'accertamento che sia la lavorazione che la malattia, manifestatasi entro il periodo massimo d'inden-

■ Effetti stocastici

- *Cute*: neoplasia, prevalentemente spinocellulare e fibrosarcoma.
- *Apparato urogenitale*: mutazioni geniche ed alterazioni cromosomiche delle cellule germinali, neoplasia.
- *Sistema eritropoietico*: leucemie, ad eccezione della leucemia linfatica.

■ Importanza della prevenzione in materia di tutela della salute del lavoratore

La spesa per la costituzione delle rendite per inabilità permanente da infortuni e da malattie professionali è stata nel 1993 pari a 60 mila miliardi di lire rappresentando circa il 4% del prodotto interno lordo.

Si calcola inoltre che del numero totale di decessi per neoplasie che si verificano in Italia (circa 160.000 casi all'anno) quasi il 4% deriva da neoplasie professionali.

Ciò significa che circa 6-7000 casi di tumori professionali vengono indennizzati dall'INAIL. Si comprende che il costo degli infortuni e delle malattie professionali è veramente eccessivo ed è destinato ad accrescersi ulteriormente se lo Stato non impone dei sistemi di prevenzione davvero efficienti all'interno delle aziende e dei luoghi di produzione. A tale riguardo va segnalato che il Parlamento, con Legge n. 142 del 19 febbraio 1992 ha delegato il Governo al recepimento di numerose direttive comunitarie, tra cui alcune riguardano specificamente l'igiene e la sicurezza del lavoro.

Fra le principali ricordiamo le seguenti:

- Direttiva n. 89/391 del Consiglio del 12 giugno 1989 concernente l'attuazione di misure volte a promuovere il miglioramento della sicurezza e della salute dei lavoratori durante il lavoro (GUCE n. L 183/1 del 29 giugno 1989).
- Direttiva n. 89/654 del Consiglio del 30 novembre 1989, relativa alle prescrizioni minime di sicurezza e di salute per i luoghi di lavoro (I direttiva particolare ai sensi dell'articolo 16, paragrafo 1 della direttiva 89/391/CEE) (GUCE n. L 391/1 del 30 dicembre 1989).
- Direttiva n. 89/655 del Consiglio del 30 novembre 1989, relativa ai requisiti minimi di sicurezza e di salute per l'uso delle attrezzature di lavoro da parte dei lavora-

nizzabilità, sono comprese fra quelle tabellate (nella specie, alla voce 40 dell'allegato 4 - nel testo ex DPR n. 482 del 1975 - al DPR n. 1124 del 1965, relativa a malattie causate da radiazioni ionizzanti, laser, onde elettromagnetiche e loro conseguenze) comporta l'applicabilità della presunzione di eziologia professionale della patologia sofferta dall'assicurato (nella specie, carcinoma tiroideo), con il conseguente onere a carico dell'INAIL di provare una diversa eziologia della malattia stessa» (Cassazione Civile, Sez. lav., 13 ottobre 1992, n. 11143, in Giust. civ. Mass. 1992, fasc.10).

tori durante il lavoro (II direttiva particolare ai sensi dell'art. 16, paragrafo 1 della direttiva 89/391/CEE) (GUCE n. L 393/13 del 30 dicembre 1989).

- Direttiva n. 89/656 del Consiglio del 30 novembre 1989, relativa alle prescrizioni minime in materia di sicurezza e salute per l'uso da parte dei lavoratori di attrezzature di protezione individuale durante il lavoro (III direttiva particolare ai sensi dell'art. 16, paragrafo 1, della direttiva 89/391/CEE) (GUCE n. L 393/18 del 30 dicembre 1989).
- Direttiva n. 89/269 del Consiglio del 29 maggio 1990, relativa alle prescrizioni minime di sicurezza e di salute concernenti la movimentazione manuale di carichi che comporta tra l'altro rischi dorso-lombari per i lavoratori (IV direttiva particolare ai sensi dell'art. 16, paragrafo 1, della direttiva 89/391/CEE) (GUCE n. L 156/9 del 21 giugno 1990).
- Direttiva n. 90/270 del Consiglio del 29 maggio 1990 relativa alle prescrizioni minime in materia di sicurezza e di salute per le attività lavorative svolte su attrezzature munite di video terminali (V direttiva particolare ai sensi dell'art. 16, paragrafo 1, della direttiva 89/391/CEE) (GUCE n. L 156/14 del 21 giugno 1990).
- Direttiva del Consiglio del 28 giugno 1990 sulla protezione dei lavoratori contro i rischi derivanti da un'esposizione ad agenti cancerogeni durante il lavoro (VI direttiva particolare ai sensi dell'articolo 16, paragrafo 1, della direttiva 89/391/CEE) (90/394/CEE).

In pratica in tutte le aziende dovrà essere creato un servizio di prevenzione e protezione dai rischi, la cui struttura dovrà essere comunicata alla USL ed all'Ispettorato del lavoro di competenza. Tale servizio redigerà in collaborazione con il datore di lavoro un documento che conterrà una precisa analisi dei rischi sul luogo di lavoro. Del servizio farà parte integrante il "medico competente" che potrà essere anche dipendente del datore di lavoro oppure dipendente da una struttura pubblica o privata convenzionata con l'imprenditore oppure un medico libero professionista.

▣ Prestazioni economiche erogate dall'INAIL

▣ INDENNITÀ PER INABILITÀ TEMPORANEA ASSOLUTA

▣ *Requisiti per avere diritto alla prestazione*

- Causa lavorativa dell'infortunio o della malattia;
- inabilità che comporta l'astensione dal lavoro per più di tre giorni.

▣ *Decorrenza*

Dal quarto giorno successivo alla data di infortunio o di manifestazione della malattia professionale.

▣ *Durata*

- Tutto il periodo della inabilità temporanea assoluta al lavoro, compresi i giorni festivi, fino alla guarigione clinica;
- *i lavoratori affetti da silicosi o asbestosi* percepiscono un assegno giornaliero pari all'indennità temporanea assoluta nei giorni in cui devono assentarsi dal lavoro per sottoporsi ad accertamenti diagnostici o cure.

▣ COSTITUZIONE DELLA RENDITA PERMANENTE INAIL PER EVENTI ANTECEDENTI AL 25 LUGLIO 2000¹⁰

▣ *Natura della prestazione*

Economica: indennizzo per la diminuita capacità lavorativa (inabilità permanente, calcolata tenendo conto delle vecchie tabelle INAIL annesse al TU 1124/1965). La rendita non è soggetta a tassazione IRPEF.

▣ *Requisiti per avere diritto alla prestazione*

- Causa lavorativa dell'infortunio o della malattia;
- grado di inabilità permanente compreso tra l'11 ed il 100%.

▣ *Decorrenza*

Dal giorno successivo alla stabilizzazione (guarigione) clinica.

▣ *Durata*

- Per tutta la vita a condizioni che:
- nell'arco di tempo in cui è possibile che si verifichi una revisione, il grado di inabilità riconosciuta non scenda al di sotto dell'11%;
- la rendita non venga liquidata in capitale.

▣ *Calcolo della rendita*

- L'importo della rendita viene calcolato su:
- retribuzione percepita nell'anno precedente la data di infortunio o di manifestazione della malattia;
- grado di inabilità riconosciuto.

¹⁰Data di entrata in vigore del Decreto del Ministero del lavoro e della Previdenza sociale con l'approvazione delle tabelle e dei relativi criteri applicativi come previsto dal DLgs 38 del 23 febbraio 2000)

L'importo della retribuzione da considerare per il calcolo deve comunque essere compreso entro i limiti minimo e massimo stabiliti per legge.

Per specifiche categorie (lavoratori agricoli autonomi e subordinati a tempo determinato, medici radiologi, ecc.) il calcolo viene effettuato sulla base di retribuzioni convenzionali stabilite con Decreto Ministeriale.¹¹

☐ Capitalizzazione della rendita

L'INAIL liquida il valore capitale della rendita quando:

- dopo 10 anni dalla data di costituzione della rendita da infortunio o
- dopo 15 anni dalla data di costituzione della rendita da malattia professionale risulti, in sede di ultima revisione, un grado di inabilità compreso tra l'11% ed il 15%.

☐ Riscatto della rendita per il lavoratore agricolo

Il lavoratore agricolo titolare di rendita:

- con un grado di inabilità permanente non superiore al 20% può richiedere il riscatto in capitale della rendita;
- con un grado di inabilità permanente non inferiore al 50% e per investimenti e miglioramenti della propria attività, può richiedere l'applicazione di particolari forme di riscatto della rendita.

☐ CRITERI DI VALUTAZIONE DELL'INABILITÀ PERMANENTE: I DANNI PLURIMI MONOCRONI E POLICRONI

I criteri generali di valutazione dell'inabilità permanente sono stabiliti dall'art. 78 del TU 1124/1965.

¹¹ Variazioni di importo della rendita:

- Aumento, diminuzione o cessazione a seguito della variazione del grado di inabilità.
- Rivalutazione annuale a decorrere dal 1° luglio di ciascun anno sulla base della variazione effettiva dei prezzi al consumo con decreto del Ministero del Lavoro di concerto con quelli del Tesoro e della Sanità.
- Aumento di un ventesimo per:
 - Il coniuge;
 - I figli fino a 18 anni;
 - I figli inabili, senza limiti di età, finché dura l'inabilità;
 - I figli fino a 21 anni se studenti di scuola media superiore e viventi a carico;
 - I figli fino a 26 anni se studenti universitari e viventi a carico, per tutta la durata normale del corso di laurea.

Sono stati pubblicati sulla Gazzetta Ufficiale 24 ottobre 2003, n. 248, il DM 31 luglio 2003, recante "Rivalutazione delle prestazioni economiche erogate dall'INAIL, con decorrenza 1° luglio 2003, per il settore industria" e il DM 1° agosto 2003, recante "Rivalutazione delle prestazioni economiche erogate dall'INAIL, con decorrenza 1° luglio 2003, per il settore agricoltura" che, in recepimento della Delibera INAIL 21 maggio 2003, n. 377 hanno fissato la rivalutazione della retribuzione annua di riferimento per la liquidazione delle rendite, da applicare a partire dal 1° luglio 2003 e fino al 30 giugno 2004. Tale rivalutazione è determinata sulla base della variazione dei prezzi al consumo per le famiglie di operai ed impiegati nel 2002 rispetto all'anno precedente, calcolata dall'ISTAT (2,4%).

Sulla base dei citati provvedimenti ministeriali l'INAIL provvederà alla rivalutazione delle rendite e delle altre prestazioni economiche collegate.

È detto testualmente:

«Nei casi di inabilità permanente previsti nella tabella (allegato n. 1) l'attitudine al lavoro, agli effetti della liquidazione della rendita, si intende ridotta nella misura percentuale indicata per ciascun caso.

L'abolizione assoluta della funzionalità di arti o di organi o di parti di essi è equiparata alla loro perdita anatomica.

Quando gli arti o gli organi o parti di essi abbiano perduto soltanto parzialmente la loro funzione, il grado di riduzione dell'attitudine al lavoro, si determina sulla base della percentuale di inabilità stabilita per la loro perdita totale, in proporzione del valore lavorativo della funzione perduta.

In caso di perdita di più arti od organi o di più parti di essi, e qualora non si tratti di molteplicità espressamente contemplata nella tabella, il grado di riduzione dell'attitudine al lavoro deve essere determinato di volta in volta tenendo conto di quanto, in conseguenza dell'infortunio e per effetto della coesistenza delle singole lesioni, è diminuita l'attitudine al lavoro».

Con l'ultima disposizione il legislatore si è riferito alle *menomazioni plurime monocrone* (cioè prodotte nello stesso infortunio, dal greco *monos* = unico e *cronos* = tempo). In questi casi, sia che si tratti di menomazioni coesistenti che concorrenti, occorre effettuare una valutazione complessiva ed unica del danno (si tenga conto di ciò che è stato già detto a titolo orientativo circa la tecnica valutativa a proposito del danno biologico in responsabilità civile: formula di Balthazard, formula salomonica, a scalare modificata, ecc.).

Nel caso di *inabilità plurime policrone* (da infortuni subiti in epoche diverse), occorre distinguere se si tratta di preesistenze dovute a fatti extra-lavorativi o lavorativi. Ai sensi dell'articolo 80, comma 1, TU n. 1124 del 1965, qualora il titolare di una rendita di inabilità sia colpito da un nuovo infortunio indennizzabile, si procede alla costituzione di un'unica rendita.

Questa è rappresentata non già dalla somma aritmetica delle due rendite, ma è proporzionata al grado di riduzione complessiva dell'attitudine al lavoro, causata dalle menomazioni determinate dal precedente infortunio e dal nuovo.

Insomma ci si regola come per le inabilità plurime monocrone, cioè si costituisce una rendita unica, basandosi sulla complessiva riduzione dell'attitudine al lavoro.

Se si tratta di preesistenze dovute a fatti extra-lavorativi, occorre ulteriormente distinguere se ricorre "coesistenza" o invece "concorrenza" di inabilità e quindi se le minorazioni subite nell'infortunio sul lavoro attuale riguardano o meno lo stesso organo od apparato (od altro funzionalmente connesso) già compromesso dalla preesistente minorazione (inabilità). Se sussiste mera coesistenza, della preesistenza, essendo questa rapportata a fatti extra-lavorativi, non se ne terrà conto ai fini valutativi.

Se invece si tratta di concorrenza, sulla base di quanto stabilisce l'articolo 79, il grado di riduzione permanente complessivo che residua al nuovo infortunio deve essere rapportato non all'attitudine al lavoro proprio del soggetto

normale e sano, ma a quella ridotta per effetto delle preesistente inabilità (formula Gabrielli).

Ne deriverà che la seconda minorazione, subita per infortunio sul lavoro, sarà valutata con una percentuale di inabilità permanente più elevata rispetto a quanto stabilito dalla tabella di legge, riconoscendo cioè all'assicurato il maggior danno causato dalla preesistenza.

Formula di Gabrielli:

$$D = \frac{C - C'}{C}$$

- D = danno indennizzabile;
- C = attitudine al lavoro preesistente;
- C' = attitudine al lavoro residua all'infortunio da valutare.

Esempio: un lavoratore ha subito per infortunio accidentale (extra-lavorativo) la perdita del pollice destro. Tale perdita è tabellata con una percentuale di inabilità permanente del 28%. Nel corso dell'attività lavorativa e a causa di infortunio sul lavoro egli subisce la perdita anche del pollice di sinistra, tabellata con il 23%. Se non si tenesse conto della preesistenza (come dovrebbe essere se si trattasse di coesistenza), quel lavoratore dovrebbe percepire una rendita pari al 23% di inabilità permanente. Poiché invece sussiste concorrenza di inabilità della nuova con la minorazione pregressa, occorre applicare la formula di Gabrielli.

Perciò:

- attitudine di lavoro preesistente: $100 - 28 = 72$;
- attitudine residua all'infortunio sul lavoro: $100 - 51 = 49$.
- inabilità complessiva con formula di Gabrielli:

$$D = \frac{72 - 49}{72} \cdot 0,319 = 31,9\%$$

cioè il nuovo danno subito (perdita del pollice sinistro) viene valutato con una inabilità permanente del 32%, invece che del 23%.

Oppure: un lavoratore con preesistente perdita di un occhio per causa extra-lavorativa (35%) perde a causa di un infortunio sul lavoro l'altro occhio.

Tale perdita non sarà valutata più con il 35% di inabilità, ma con una percentuale maggiore essendo il danno più grave a causa della preesistenza e del concorso di danno.

Applicando la formula Gabrielli:

- attitudine al lavoro preesistente $100 - 35 = 65$;
- attitudine al lavoro residua all'infortunio $100 - 100 = 0$;
- inabilità complessiva:

$$D = \frac{65 - 0}{65} = 1 = 100\%$$

Appare evidente che la situazione del monocolo per causa extra-lavorativa che perde l'occhio superstite per infortunio sul lavoro è pari, nei riguardi della tutela INAIL, rispetto a quello di chi a causa di un infortunio ha perso entrambi gli

occhi. La situazione di bisogno nella quale il lavoratore si viene a trovare è infatti identica nei due casi (cecità completa) e a parità di bisogno v'è naturalmente parità di tutela.

La formula di Gabrielli si applica oltre che nel caso di preesistente inabilità extra-lavorativa concorrente, anche nei casi di danni infortunistici INAIL già liquidati in capitale (invece che con rendita) o di danni infortunistici indennizzati in altra gestione (per esempio: infortuni in agricoltura) (v. art. 79 TU).

INDENNIZZO PER LA MENOMAZIONE DELLA INTEGRITÀ PSICOFISICA (DANNO BIOLOGICO) E PER LE SUE CONSEGUENZE PATRIMONIALI (EVENTI SUCCESSIVI AL 25 LUGLIO 2000) (v. CD-ROM)

Definizione

L'art. 3 del DL 70/2000 precisa che: in caso di danno biologico, definito come «lesione all'integrità psicofisica della persona suscettibile di accertamento medico-legale», le menomazioni conseguenti vengono indennizzate con una prestazione che sostituisce la rendita permanente di cui al Testo Unico.

Decorrenza della disciplina

La nuova disciplina decorre dal 25 luglio 2000.

Requisiti per avere diritto alla prestazione

- Causa lavorativa dell'infortunio o della malattia;
- grado di menomazione dell'integrità psicofisica compreso tra il 6% ed il 100%.

Natura della prestazione

Le menomazioni conseguenti alle lesioni psicofisiche sono indennizzate, senza alcun riferimento alla retribuzione, in base a:

- tabella delle menomazioni;
- tabella indennizzo danno biologico.

Con un grado di menomazione pari o superiore al 16% si presume per legge che sussista anche un danno patrimoniale. Questo viene indennizzato con riferimento ad una percentuale della retribuzione determinata con la tabella dei coefficienti.

Calcolo dell'indennizzo

Il tipo di indennizzo erogato viene stabilito in base al grado di menomazione previsto nella specifica tabella:

- < 6% = nessun indennizzo per danno biologico (in

- franchigia); nessun indennizzo per conseguenze patrimoniali;
- $\geq 6\%$ - $< 16\%$ = indennizzo del danno biologico in capitale nessun indennizzo per conseguenze patrimoniali;
- $\geq 16\%$ = indennizzo del danno biologico in rendita; indennizzo con ulteriore quota di rendita per conseguenze patrimoniali (tabella coefficienti);
- menomazioni fino al 5% = nessun indennizzo;
- menomazioni dal 6 al 15% = indennizzo in capitale del danno biologico;
- menomazioni dal 16 al 100% = indennizzo in rendita applicando la tabella d'indennizzo del danno biologico.

Applicazione tabella indennizzo danno biologico. - La "tabella indennizzo del danno biologico" segue i seguenti criteri di impostazione:

- *areddituale*, la menomazione in sé produce lo stesso pregiudizio alla salute per tutti gli essere umani;
- *crescente*, al crescere della gravità della menomazione;
- *variabile*, in funzione dell'età (decresce al crescere dell'età) e del sesso (tiene conto della maggiore longevità femminile);
- *uguale*, per i settori industria ed agricoltura.

La tabella indennizzo è strutturata secondo i seguenti criteri di applicazione:

- fino al 5% è prevista la franchigia;
- dal 6 al 15% è differenziata per sesso; l'indennizzo in capitale è in funzione dell'età e del grado di menomazione;
- dal 16 al 100%: indennizzo in rendita in funzione del grado di menomazione; la rendita vitalizia è calcolata come attualizzazione dell'indennizzo in capitale.

Tabella delle menomazioni. La tabella è prevista dal DL 38/2000 ed include circa 400 voci, consentendo di valutare menomazioni precedentemente non considerate, quali ad esempio il danno estetico, quello all'apparato riproduttivo, ecc.

Comprende voci tassative e voci con *range* di valutazione.

Tabella dei coefficienti. È lo strumento per valutare l'ulteriore quota d'indennizzo in rendita relativa alle conseguenze patrimoniali presunte per gradi di menomazioni pari o superiori al 16%.

L'ulteriore quota di rendita è commisurata all'incidenza della menomazione sulla capacità dell'infortunato di produrre reddito con il lavoro e tiene conto della categoria di attività dell'assicurato e della sua possibilità di ricollocarsi in un proficuo lavoro.

Si utilizza per la determinazione della percentuale di retribuzione, effettivamente percepita dall'infortunato entro i limiti minimi e massimi previsti dal TU, da prendere a base per l'indennizzo delle conseguenze della menomazione (aspetto patrimoniale). Comprende quattro diverse fasce.

- *Prima fascia:* La menomazione non pregiudica gravemente né l'attività svolta né quelle della categoria di appartenenza.

Grado di menomazione:

- da 16 a 20% = coeff. 0,4;
- da 21 a 25% = coeff. 0,5.

- *Seconda fascia:* La menomazione pregiudica gravemente o impedisce l'attività svolta, ma consente comunque altre attività della categoria di appartenenza anche mediante interventi di supporto e ricorso a servizi di sostegno:

Grado di menomazione:

- da 26 a 35% - coeff. 0,6;
- da 36 a 50% - coeff. 0,7.

- *Terza fascia:* La menomazione consente soltanto lo svolgimento di attività lavorative diverse da quella svolta e da quella della categoria di appartenenza, compatibili con le residue capacità psico-fisiche anche mediante interventi di supporto e ricorso a servizi di sostegno.

Grado di menomazione:

- da 51 a 70% = coeff. 0,8;
- da 71 a 85% = coeff. 0,9.

- *Quarta fascia:* Consente il reimpiego solo in attività che necessitano di intervento assistenziale permanente, continuativo e globale.

Grado di menomazione:

- da 86 a 100% = coeff. 1.

☐ *Disciplina di più eventi lesivi*

In caso di un nuovo infortunio, è prevista un'unica rendita o indennizzo in capitale corrispondente al grado complessivo della menomazione dell'integrità psicofisica, con decurtazione dell'indennizzo in capitale già corrisposto, ricalcolato con riferimento all'età dell'assicurato al momento del nuovo evento.

☐ *Disciplina delle preesistenze*

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

Diversi sono, invece, i casi di preesistenze lavorative:

- *preesistenze lavorative indennizzate in rendita:* in questo caso il grado di menomazione conseguente al nuovo infortunio o alla nuova malattia professionale viene valutato senza tenere conto delle preesistenze. Ciò in quanto l'assicurato, oltre alla rendita spettante ai sensi della nuova disciplina, continuerà a percepire quella spettante ai sensi della precedente normativa;
- *preesistenze lavorative non indennizzate in rendita:* in questo caso le preesistenze assumono rilevanza solo se concorrenti od aggravanti.

☐ *Disciplina dell'indennizzo provvisorio in capitale*

Se al ricevimento del certificato medico, che attesta la cessazione dell'inabilità temporanea assoluta, non è an-

cora possibile accertare in via definitiva il grado di menomazione, ma è comunque presumibile che sia compreso tra il 6% ed il 15%, si può procedere alla liquidazione di un indennizzo provvisorio in capitale. La liquidazione definitiva dovrà avvenire non prima dei sei mesi e non oltre un anno dal ricevimento del certificato medico e non potrà essere inferiore al capitale liquidato provvisoriamente.

REVISIONE DELLA RENDITA PER INFORTUNI E MALATTIE PROFESSIONALI (CON RENDITA COSTITUITA PRIMA DEL 25 LUGLIO 2000)

Il DLgs 38/2000 disciplina, all'art. 13, 4° comma, l'aggravamento nei casi specifici di assicurati dichiarati guariti, con postumi inferiori al 6% e con postumi dal 6 al 15%.

In tali casi è ammessa la domanda di aggravamento che comporta, se riconosciuto, l'erogazione dell'indennizzo in capitale o in rendita commisurato al nuovo grado di menomazione.

L'importo della rendita viene decurtato del precedente indennizzo in capitale.

L'aggravamento può comportare l'adeguamento del precedente indennizzo in capitale, ma solamente una volta.

La revisione del grado di inabilità¹² può essere disposta dall'INAIL (revisione attiva) o richiesta dall'interessato (revisione passiva).

In caso di infortunio

Entro 10 anni dalla data di costituzione della rendita il lavoratore può richiedere o può essere inviato a sottoporsi a visita:

- ogni anno nei primi quattro anni;
- alla scadenza del settimo anno;
- alla scadenza del decimo anno.
- *Prima visita*: dopo 6 mesi dalla data di cessazione del periodo di inabilità temporanea oppure, nei casi in cui non esiste inabilità temporanea, dopo 1 anno dalla data di manifestazione della malattia.
- *Ultima visita*: alla scadenza dei 15 anni dalla data di costituzione della rendita.

Per i casi dal 25 luglio 2000

A) Infortunati o tecnopatici senza postumi o con postumi inferiori al 6%.

In caso di aggravamento:

- entro 10 anni (se conseguente ad infortunio) dalla data dell'infortunio;

- o 15 anni (se conseguente a malattia professionale) dalla data di denuncia della malattia professionale;
- l'indennizzo in capitale per danno biologico, se la menomazione si è aggravata raggiungendo postumi di grado pari o superiori al 6% ed inferiori al 16%;
- la liquidazione della rendita per danno biologico e danno patrimoniale se la menomazione si è aggravata raggiungendo postumi di grado pari o superiori al 16%.

Se trattasi di malattie neoplastiche, di silicosi o asbestosi, o di malattie infettive e parassitarie, la domanda di aggravamento, *esclusivamente ai fini della liquidazione della rendita, e quindi non ai fini dell'indennizzo in capitale, può essere presentata anche oltre i limiti temporali di cui sopra, con scadenze quinquennali dalla precedente richiesta.*

B) Infortunati o tecnopatici con postumi di grado compreso fra il 6 ed il 15%.

In caso di aggravamento:

- entro 10 anni (se conseguente ad infortunio) dalla data dell'infortunio;
- o 15 anni (se conseguente a malattia professionale) dalla data di denuncia della malattia professionale,

il lavoratore può chiedere l'adeguamento dell'indennizzo in capitale già concesso, se la menomazione si è aggravata ma non ha raggiunto un grado indennizzabile in rendita (pari o superiore al 16%).

In tali casi l'accoglimento della domanda comporta l'impossibilità di effettuare altre richieste di adeguamento dell'indennizzo in capitale, in quanto «la revisione dell'indennizzo in capitale per aggravamento della menomazione può avvenire una sola volta».

L'impossibilità di richiedere ulteriori adeguamenti dell'indennizzo in capitale *non preclude il diritto dell'assicurato di continuare a richiedere, nei termini indicati, nuove revisioni per aggravamento del grado di menomazione esclusivamente ai fini di ottenere la costituzione della rendita.*

C) Infortunati o tecnopatici con postumi pari o superiori al 16%.

In tali casi vigono le norme stabilite dal Testo Unico (vedi casistica precedente al 25 luglio 2000).

In caso di silicosi o asbestosi

Le revisioni potranno avvenire senza alcun limite di tempo.

RETTIFICA PER ERRORE¹³

La Corte di Cassazione ha stabilito che anche l'assicurato e non solo l'INAIL, come avvenuto sino ad oggi, può ri-

¹² Può comportare la conferma, l'aumento o la diminuzione della rendita.

¹³ Ripubblicazione del testo del DLgs 23 febbraio 2000, n. 38, recante: "Disposizioni in materia di assicurazione contro gli infortuni sul lavoro e le malattie pro-

chiedere la rettifica per errore delle prestazioni in precedenza riconosciute.

L'istituto della rettifica per errore è stato introdotto dall'art. 55 della Legge n. 88 del 1989. Il frequente ricorso a questo strumento e l'incremento del contenzioso cui ha dato luogo hanno portato ad una sua revisione. L'art. 9 del DLgs n. 38/2000 ha disposto l'abrogazione dell'art. 55 comma quinto della Legge n. 88 del 1989 il quale prevedeva che «le prestazioni a qualunque titolo erogate dall'INAIL possono essere in qualunque momento rettificate dallo stesso Istituto in caso di errore di qualunque natura commesso in sede di attribuzione, erogazione o riliquidazione delle prestazioni».

Oggi vi sono due limiti all'operatività dell'Istituto.

Il primo è riconducibile alla correttezza stessa della originaria valutazione medico-legale: la norma infatti prevede che «[...] in caso di mutamento della diagnosi medica e della valutazione da parte dell'Istituto assicuratore, successivamente al riconoscimento delle prestazioni, l'errore, purché non riconducibile a dolo o colpa grave dell'interessato accertati giudizialmente, assume rilevanza ai fini della rettifica solo se accertato con i criteri, metodi e strumenti di indagine disponibili all'atto del provvedimento originario».

Il secondo limite è di natura meramente temporale: mentre con la precedente normativa l'istituto della rettifica era applicabile in qualunque momento, attualmente deve essere applicato entro dieci anni dalla comunicazione dell'originario provvedimento errato.

Il computo della data di partenza del decennio decorre

professionali a norma dell'articolo 55, comma 1, della Legge 17 maggio 1999, n. 144, corredato delle relative note. (Gazzetta Ufficiale n. 66 del 20 marzo 2000).

Capo II

Disposizioni in materia di prestazioni

Art. 9. - *Rettifica per errore*

1. Le prestazioni a qualunque titolo erogate dall'istituto assicuratore possono essere rettificate dallo stesso Istituto in caso di errore di qualsiasi natura commesso in sede di attribuzione, erogazione o riliquidazione delle prestazioni. Salvo i casi di dolo o colpa grave dell'interessato accertati giudizialmente, l'Istituto assicuratore può esercitare la facoltà di rettifica entro dieci anni dalla data di comunicazione dell'originario provvedimento errato.

2. In caso di mutamento della diagnosi medica e della valutazione da parte dell'istituto assicuratore successivamente al riconoscimento delle prestazioni, l'errore, purché non riconducibile a dolo o colpa grave dell'interessato accertati giudizialmente, assume rilevanza ai fini della rettifica solo se accertato con i criteri, metodi e strumenti di indagine disponibili all'atto del provvedimento originario.

3. L'errore non rettificabile comporta il mantenimento delle prestazioni economiche in godimento al momento in cui l'errore stesso è stato rilevato.

4. È abrogato il primo periodo del comma 5 dell'articolo 55 della Legge 9 marzo 1989, n. 88.

5. I soggetti nei cui confronti si è proceduto a rettifica delle prestazioni sulla base della normativa precedente possono chiedere all'Istituto assicuratore il risame del provvedimento.

6. Nei casi prescritti o definiti con sentenza passata in giudicato, la domanda deve essere presentata, a pena di decadenza, entro centottanta giorni dalla data di entrata in vigore del presente decreto legislativo. In caso di accoglimento la riattribuzione della prestazione decorre dal primo giorno del mese successivo alla domanda e non dà diritto alla restituzione di somme arretrate.

7. Nei casi non prescritti o non definiti con sentenza passata in giudicato, per la presentazione della domanda si applica, se più favorevole, il termine di cui al comma 6. In caso di accoglimento della domanda, la riattribuzione della prestazione avverrà con decorrenza dalla data di annullamento o di riduzione della stessa».

dalla data di comunicazione dell'originario provvedimento errato, il che significa che eventuali provvedimenti successivi, confermativi o meno di quello originariamente errato non spostano avanti la decorrenza del periodo utile per la rettifica.

Il termine decennale, secondo una recente pronuncia della Corte di Cassazione (sentenza Cass. civ., Sez. lav., 19 aprile 2003, n. 6386), si applica anche all'assicurato per un fondamentale principio costituzionale di parità di posizioni tra assicuratore ed assicurato.

DISCIPLINA IN CASO DI MORTE

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

L'indennizzo in capitale è dovuto in misura proporzionale al periodo di tempo tra la data di guarigione clinica e la morte.

INTEGRAZIONE DELLA RENDITA DIRETTA

Natura della prestazione

Economica: l'integrazione è soggetta a tassazione IRPEF.

Requisiti per aver diritto alla prestazione

- Titolarità di rendita diretta;
- validità dei termini di revisione;
- necessità di effettuare cure per il recupero della capacità lavorativa.

Durata

Per tutto il periodo della cura.

Calcolo dell'integrazione

La quota giornaliera della rendita può essere integrata fino ad un massimo del 75% della retribuzione media giornaliera degli ultimi 15 giorni di lavoro.

L'integrazione si ottiene su richiesta del lavoratore assicurato alla sede INAIL di appartenenza.

Le cure e la conseguente integrazione possono essere disposte anche direttamente dall'INAIL.

RENDITA DIRETTA ALLE CASALINGHE

Natura della prestazione

Economica: indennizzo per la diminuita capacità lavorativa.

La rendita non è soggetta a tassazione IRPEF.

☐ *Requisiti per aver diritto alla prestazione*

- Avere un'età compresa tra i 18 ed i 65 anni;
- svolgere in via esclusiva, e senza vincolo di subordinazione, lavoro domestico per la cura dei componenti della famiglia e dell'ambiente in cui dimora;
- non avere altra attività per la quale sussista obbligo di iscrizione ad un altro ente o cassa previdenziale;
- aver riportato un infortunio da cui consegua una inabilità permanente uguale o superiore al 33% in occasione ed a causa del lavoro prestato in ambito domestico.

☐ *Condizione fondamentale per aver diritto alla rendita*

Nell'ambito dell'assicurazione contro gli infortuni domestici non vale il principio dell'automaticità delle prestazioni. Solo il pagamento del premio, o la domanda di iscrizione in caso di pagamento da parte dello Stato, danno diritto alla liquidazione della rendita.

☐ *Decorrenza*

Dal primo giorno successivo a quello di avvenuta guarigione clinica.

☐ *Durata*

Per tutta la vita. Questa rendita – diversamente dalle altre erogate dall'INAIL – non è soggetta a revisione per modifica della condizioni fisiche (miglioramento o peggioramento).

☐ *Calcolo della rendita*

L'importo della rendita viene calcolato su:

- grado di inabilità riconosciuta (uguale o superiore al 33%);
- retribuzione minima convenzionale stabilita per le rendite del settore industriale.

☐ RENDITA DI PASSAGGIO PER SILICOSI E ASBESTOSI

☐ *Natura della prestazione*

Economica: la rendita non è soggetta a tassazione IRPEF.

☐ *Requisiti per aver diritto alla prestazione*

- Riconoscimento di silicosi o asbestosi causate da lavorazioni a rischio;
- abbandono della lavorazione nociva per evitare l'aggravamento della malattia;
- grado di inabilità permanente compreso tra l'1% e l'80%.

☐ *Decorrenza*

Dalla data di effettivo abbandono della lavorazione nociva.

☐ *Durata*

Un anno.

☐ *Come si ottiene*

Il lavoratore, entro 180 giorni dalla data di abbandono della lavorazione nociva, deve presentare all'INAIL:

- richiesta di rendita di passaggio;
 - dichiarazione del datore di lavoro che attesta l'abbandono della lavorazione e la misura dell'ultima retribuzione;
 - certificato medico da cui risulti che il lavoratore ha abbandonato la lavorazione nociva per evitare l'aggravamento della malattia.
- E inoltre in caso di disoccupazione:
- certificato di disoccupazione.
- In caso di nuova occupazione:
- dichiarazione del datore di lavoro sulla natura della nuova occupazione e sulla misura della relativa retribuzione.

☐ *Rinnovo della rendita*

La rendita di passaggio può essere riconosciuta una seconda volta entro il termine massimo di 10 anni dalla cessazione della prima, a condizione che la nuova lavorazione risulti comunque dannosa (Corte Costituzionale 178/1988).

☐ RENDITA AI SUPERSTITI

☐ *Condizioni per avere diritto alla prestazione*

La morte del lavoratore è causata dall'infortunio o dalla malattia professionale.

☐ *Chi ha diritto alla prestazione*

- Coniuge;
- figli legittimi, naturali o riconosciuti o riconoscibili, adottivi.

In mancanza di coniuge e figli:

- genitori naturali o adottivi;
- fratelli e sorelle.

☐ *Requisiti per aver diritto alla prestazione*

- Coniuge;
- figli:
 - fino al 18° anno di età, nessun requisito;

- fino al 21° anno, frequenza di scuola media superiore, vivenza a carico e assenza di lavoro retribuito;
 - fino al 26° anno di età, frequenza di corso normale di laurea, vivenza a carico ed assenza di lavoro retribuito;
 - maggiorenni totalmente inabili;
- ascendenti con vivenza a carico.
– fratelli e sorelle con vivenza a carico e conviventi.

☐ Decorrenza

Dal giorno successivo alla morte del lavoratore.

☐ Durata

- Coniuge: fino alla morte o a nuovo matrimonio;
– figli:
- fino al 18° anno di età per tutti i figli;
 - fino al 21° anno di età per studenti di scuola media superiore o professionale;
 - per la durata normale del corso di laurea, ma non oltre il 26° anno di età per gli studenti universitari.

In mancanza di coniuge e figli:

- genitori naturali o adottivi: fino alla morte;
– fratelli e sorelle: negli stessi termini validi per i figli.

☐ Calcolo della rendita

In rapporto alla retribuzione annua del lavoratore deceduto, la rendita viene così calcolata:

- 50% al coniuge;
- 20% a ciascun figlio;
- 40% ai figli orfani di entrambi i genitori.

In mancanza di coniuge e figli:

- 20% ai genitori naturali e adottivi;
- 20% a ciascuno dei fratelli e delle sorelle.

La somma totale delle rendite che spettano ai superstiti non può superare la retribuzione presa a base per il calcolo della rendita. In caso contrario le rendite vengono proporzionalmente adeguate.

L'importo della retribuzione da considerare per il calcolo deve comunque essere compreso entro i limiti minimo e massimo stabiliti per legge.

Con l'emanazione del DLgs 23 febbraio 2000 n. 38, art. 11 comma 1, l'assegno viene rivalutato annualmente, a decorrere dal 1° luglio di ciascun anno, con apposito Decreto del Ministro del Lavoro, di concerto con quelli del Tesoro e della Sanità, sulla base della variazione effettiva dei prezzi al consumo.

☐ Come si ottiene la rendita

In caso di infortunio mortale provvede direttamente l'INAIL su denuncia del datore di lavoro.

Se il datore di lavoro non presenta la denuncia, l'INAIL

provvede su richiesta dei superstiti del lavoratore deceduto, a presentazione della documentazione sanitaria da cui è possibile rilevare la causa della morte.

In caso di decesso del titolare di rendita diretta, l'INAIL provvede su richiesta dei superstiti del lavoratore deceduto, a presentazione della documentazione sanitaria da cui è possibile rilevare la causa della morte.

L'INAIL è comunque tenuto a comunicare ai superstiti la possibilità di presentare la richiesta di rendita. Dalla data di ricevimento della comunicazione dell'INAIL, i superstiti hanno 90 giorni di tempo per poter presentare la richiesta stessa.

☐ ASSEGNO FUNERARIO

☐ Chi ha diritto all'assegno

I superstiti di lavoratori deceduti a causa di infortunio sul lavoro o malattia professionale, oppure chiunque dimostri di aver sostenuto le spese funerarie.

☐ Importo dell'assegno

Con l'emanazione del DLgs 23 febbraio 2000 n. 38, art. 11 comma 1, l'assegno viene rivalutato annualmente, a decorrere dal 1° luglio di ciascun anno, con apposito Decreto del Ministero del Lavoro, di concerto con quelli del Tesoro e della Sanità, sulla base della variazione effettiva dei prezzi al consumo.

L'importo è di € 1.630,73 (aggiornato al 21 giugno 2004).

☐ ASSEGNO PER ASSISTENZA PERSONALE CONTINUATIVA

☐ Natura della prestazione

Economica: l'assegno non è soggetto a tassazione IRPEF.

☐ Requisiti per aver diritto alla prestazione

- *Inabilità permanente assoluta del 100%;*
- necessità di assistenza personale continuativa a causa di una delle seguenti infermità:
 - riduzione della capacità 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 dei due arti inferiori;
 - amputazione bilaterale degli arti inferiori;
 - perdita di una mano o di ambedue i piedi, anche se è possibile l'applicazione di protesi;

- perdita di un arto superiore e di un arto inferiore;
- 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.

☐ Decorrenza

- Dalla data di costituzione della rendita; oppure
- dal primo giorno del mese successivo alla richiesta del titolare di rendita per ottenere il riconoscimento dell'assistenza personale continuativa o per la revisione del grado di inabilità; oppure
- dal primo giorno del mese successivo all'invito da parte dell'INAIL a sottoporsi a visita per la revisione del grado di inabilità.

☐ Durata

Finché permane la necessità di assistenza personale continuativa.

☐ Come si ottiene l'assegno

- Su richiesta del titolare di rendita alla Sede INAIL di appartenenza;
- su espresso parere del medico dell'INAIL al momento dell'accertamento del grado di inabilità.

☐ ASSEGNO DI INCOLLOCABILITÀ

☐ Natura della prestazione

Economica: l'assegno non è soggetto a tassazione IRPEF.

☐ Requisiti per aver diritto alla prestazione

- Grado di inabilità per infortunio sul lavoro o malattia professionale non inferiore al 34% riconosciuto dall'INAIL;
- età non superiore a 65 anni;
- incollocabilità riconosciuta dagli organismi competenti di cui alla Legge n. 68/1999.
La materia è comunque in corso di ridefinizione.

☐ Decorrenza

Un mese dopo la presentazione della richiesta.

☐ Durata

Fino al compimento dei 65 anni salvo che nel frattempo non intervengano variazioni nella condizione di incollocabilità.

☐ Come si ottiene la prestazione

Allo stato, in attesa di ridefinire la materia, il lavoratore assicurato deve:

- *recarsi* presso la ASL con la seguente documentazione:
 - certificato di inabilità rilasciato dall'INAIL contenente la descrizione delle lesioni invalidanti;
 - certificazione medica, in caso di inabilità extra-lavorativa;
- *richiedere* alla ASL rilascio del certificato attestante l'inabilità al lavoro, dal quale risulti anche la causa che impedisce il collocamento;
- *recarsi* agli Uffici per l'impiego presso la Provincia per ottenere la dichiarazione di incollocabilità con la seguente documentazione:
 - certificato di nascita o autocertificazione sostitutiva;
 - certificato rilasciato dalla ASL;
 - certificato rilasciato dall'INAIL;
- *presentare* alla più vicina sede INAIL la seguente documentazione:
 - certificato di nascita o autocertificazione o esibizione di documento di riconoscimento;
 - dichiarazione di incollocabilità rilasciato per l'impiego presso la Provincia;
 - certificato medico rilasciato dalla ASL.
- *richiedere* l'attribuzione dell'assegno di incollocabilità con apposita domanda.

☐ Importo dell'assegno

L'assegno viene pagato mensilmente insieme alla rendita ed è rivalutato annualmente con apposito decreto del Ministero del Lavoro e della Previdenza Sociale in relazione all'indice ISTAT delle variazioni effettive dei prezzi al consumo.

L'importo è di € 210,43 (aggiornato al 21 giugno 2004).

☐ ASSEGNO SPECIALE CONTINUATIVO MENSILE

☐ Natura della prestazione

Economica: sostegno ai superstiti. L'assegno non è soggetto a tassazione IRPEF.

☐ Condizioni per avere diritto alla prestazione

Decesso del titolare della rendita con grado di inabilità permanente non inferiore al 65%, avvenuto per cause non dipendenti dall'infortunio sul lavoro o dalla malattia professionale.

Chi ha diritto alla prestazione

Coniuge e figli a condizione che non percepiscano rendite, prestazioni economiche previdenziali o altri redditi (escluso il reddito della casa di abitazione) di importo pari o superiore a quello dell'assegno speciale (Legge 248/1976 e Legge 251/1982).

Calcolo dell'assegno

Le misure percentuali che vengono applicate all'importo della *rendita diretta* goduta in vita dal titolare sono:

- 50% per il coniuge fino alla morte o al nuovo matrimonio;
- 20% a ciascun figlio:
 - fino al 18° anno di età, nessun requisito;
 - fino al 21° anno, frequenza di scuola media superiore, vivenza a carico e assenza di lavoro retribuito;
 - non oltre il 26° anno di età, frequenza di corso normale di laurea, vivenza a carico ed assenza di lavoro retribuito;
- 40% per i figli orfani di entrambi i genitori;
- 50% per i figli inabili, finché dura l'inabilità.

La somma globale degli assegni che spettano ai superstiti non può superare l'importo della rendita diretta. In caso contrario gli assegni vengono proporzionalmente adeguati.

In presenza di redditi di importo inferiore all'assegno, l'INAIL corrisponde la differenza fra l'importo dei redditi e l'importo inizialmente calcolato.

Con l'emanazione del DLgs 23 febbraio 2000 n. 38, art. 11 comma I, l'assegno viene rivalutato annualmente, a decorrere dal 1° luglio di ciascun anno, con apposito Decreto del Ministero del Lavoro, di concerto con quelli del Tesoro e della Sanità, sulla base della variazione effettiva dei prezzi al consumo.

Come si ottiene l'assegno

Presentando richiesta all'INAIL entro 180 giorni dalla data del decesso del lavoratore assicurato.

L'INAIL corrisponde direttamente l'assegno, nel caso in cui sia stata respinta la richiesta di rendita ai superstiti.

EROGAZIONE INTEGRATIVA DI FINE ANNO

Requisiti per aver diritto alla prestazione

- Grado di inabilità per infortunio sul lavoro o malattia professionale compreso tra l'80% ed il 100%;
- reddito personale non superiore ai limiti che l'INAIL stabilisce ogni anno.

Chi ha diritto alla prestazione

- Grandi invalidi nella misura di:
 - € 192,12 se usufruiscono di assistenza personale continuativa;
 - € 154,94 negli altri casi.
- figli di grandi invalidi di età non superiore ai 12 anni nella misura di € 44,93. (La misura dell'indennità integrativa è indipendente dal reddito).

Come si ottiene l'erogazione integrativa

Nei mesi di novembre e dicembre di ogni anno l'INAIL comunica con lettera a tutti i grandi invalidi l'importo della erogazione integrativa ed i limiti di reddito stabiliti.

Alla lettera è allegato uno schema di dichiarazione che l'assicurato deve riempire e restituire all'INAIL.

PROTESI E PRESIDII

Natura della prestazione

Sanitaria: la fornitura della protesi o del presidio va intesa come parte integrante del processo di riabilitazione e reinserimento sociale ed occupazionale del soggetto.

Requisiti per aver diritto alla prestazione

Invalidità conseguente ad infortunio sul lavoro o malattia professionale per la quale siano necessari protesi e/o presidi.

Come si ottiene la prestazione

- Il lavoratore invalido presenta richiesta all'INAIL;
- un'equipe multidisciplinare dell'INAIL - formata da un medico, da un funzionario socio-educativo, un operatore di controllo, ecc. - individua la protesi o il presidio necessario nonché un progetto riabilitativo individualizzato con i relativi interventi di sostegno¹⁴.

Tipologia delle prestazioni concesse

Alla luce delle mutate disposizioni legislative e tenuto conto delle innovazioni tecnologiche intervenute, i livelli delle prestazioni concesse sono stati elevati in modo che la fornitura delle prestazioni tenga presente la persona nel suo complesso.

L'obiettivo è quello del massimo recupero delle capacità

¹⁴ Per la fornitura della protesi e/o del presidio il lavoratore invalido può:
 - rivolgersi al Centro Protesi Vigorso di Budrio e alla sue filiali che garantiscono i migliori livelli qualitativi delle prestazioni;
 - scegliere come fornitrice una delle Ditte ortopediche indicate in un apposito elenco corredato di tariffario;
 - chiedere la fornitura di protesi e presidi di prezzo eccedente il Tariffario in caso di particolari esigenze psicofisiche, lavorative o ambientali.

lese e del reintegro dell'assistito nella sua vita di relazione, attraverso un complesso di interventi unitari e coordinati.

Accanto alla concessione di normali protesi, ortesi, ausili, l'INAIL interviene anche:

- nelle opere di abbattimento e superamento delle barriere architettoniche al fine di rendere accessibile e fruibile da parte dei disabili la propria abitazione;
- nel rimborso di comandi speciali ed adattamenti o modifiche di auto di assistiti e di familiari che li abbiano fiscalmente a carico;
- nella concessione di ausili informatici per facilitare l'autonomia del soggetto, le sue attività di comunicazione ed il suo reinserimento sociale e lavorativo.

☐ *Manutenzioni e riparazioni*

- Le riparazioni delle protesi e dei presidi sono a carico dell'INAIL;
- la ordinaria manutenzione, le piccole riparazioni ed il rifornimento periodico degli elementi necessari al loro funzionamento, sono a carico del lavoratore invalido.

☐ *Rinnovi di protesi e presidi*

Dietro richiesta del lavoratore invalido, il rinnovo è possibile quando:

- la protesi o il presidio sono ancora necessari;
- è trascorso il termine indicato dall'INAIL;
- pur non essendo ancora trascorso il termine di rinnovo indicato dall'INAIL, ricorrono particolari condizioni che hanno determinato una più rapida usura della protesi o del presidio;
- la riparazione non è più economicamente conveniente.

☐ CURE IDRO-FANGO-TERMALI E SOGGIORNI CLIMATICI

☐ *Natura della prestazione*

Economica (rimborso) e sanitaria.

☐ *In cosa consiste la prestazione*

- Rimborso *spese di:*
 - viaggio di andata e ritorno all'invalido e all'eventuale accompagnatore per l'effettuazione delle cure;
 - soggiorno in albergo convenzionato, anche per l'eventuale accompagnatore;
- *indennità per inabilità temporanea assoluta o integrazione della rendita diretta.* Gli importi relativi alla indennità o alla integrazione sono soggetti a tassazione IRPEF.

☐ *Chi ha diritto alla prestazione (Legge 98/1982)*

- Lavoratori infortunati o affetti da malattia professionale, durante il periodo di inabilità temporanea assoluta;

- titolari di rendita per i quali non sia scaduto l'ultimo tempo di revisione;
- malati di silicosi o di asbestosi senza limiti di tempo.

☐ *Come si ottiene la prestazione*¹⁵

Presentando la domanda alla Sede INAIL di appartenenza; il medico dell'INAIL esamina la domanda, individuando, in caso di concessione, la cura più adeguata al caso singolo.

Sono privilegiati i cicli di riabilitazione motoria e respiratoria.

☐ BREVETTO E DISTINTIVO D'ONORE

☐ *Natura della prestazione*

Concessione di onorificenza più beneficio economico.

☐ *Requisiti per aver diritto alla prestazione*

- Inabilità non inferiore al 50%;
- cittadinanza italiana;
- assenza di condanne penali di durata complessiva superiore a due anni.

☐ *In cosa consiste la prestazione*

- Un grande invalido diventa mutilato del lavoro: l'interessato dovrà richiedere la sostituzione del brevetto e distintivo, restituendo quelli che a suo tempo gli erano stati consegnati;
- a seguito di revisione, viene accertato un grado di inabilità inferiore al 50%: l'interessato dovrà restituire il brevetto ed il distintivo che a suo tempo gli erano stati consegnati.

Brevetto e distintivo di:

- grande invalido, in caso di inabilità compresa tra l'80% ed il 100%;
- mutilato del lavoro, in caso di inabilità compresa tra il 50% ed il 79%.

Pagamento di una somma in denaro attualmente pari a:

- € 127,05 per il grande invalido.
- € 95,03 per il mutilato del lavoro.

La prestazione viene fornita una sola volta e può subire adeguamenti migliorativi o peggiorativi rispettivamente nei casi in cui: un mutilato del lavoro diventa grande invalido: l'INAIL gli consegna il nuovo brevetto, il distintivo ed un assegno ad integrazione della differenza.

¹⁵ Le spese di viaggio e di soggiorno di coloro che accompagnano ad effettuare le cure i titolari di assegno per assistenza personale continuativa sono a carico dell'INAIL.

Il Medico dell'INAIL può stabilire la necessità di accompagnamento, per il solo viaggio o per il viaggio ed il soggiorno, anche a favore del lavoratore assicurato non titolare di assegno per *assistenza personale continuativa*.

Il ciclo di cura ha una durata di 15 giorni (12 di cure più 3 di viaggio); per i soggiorni climatici la durata è prevista nel limite massimo di 20 giorni.

☒ CURE AMBULATORIALI PRESSO LE SEDI INAIL

☐ *In cosa consiste la prestazione*

- Accertamenti diagnostici;
- prestazioni specialistiche eseguibili a livello ambulatoriale in materia di:
 - ortopedia;
 - oculistica;
 - otoiatria;
 - neurologia;
 - chirurgia;
 - sieroprofilassi e vaccinazione antitetanica.

☐ *Chi ha diritto alla prestazione*

Tutti i lavoratori infortunati sul lavoro o affetti da malattia professionale:

- in caso di visita al pronto soccorso: dopo aver ricevuto la prestazione al pronto soccorso stesso;
- in caso di ricovero: dopo la dimissione ospedaliera.

☐ *Durata*

Per tutto il periodo di inabilità temporanea assoluta.

L'art. 91 TU riguarda specificamente le prestazioni per ernia addominale. L'Istituto è tenuto alla sola concessione delle cure mediche e chirurgiche e al pagamento dell'indennità per inabilità temporanea. Se però si tratta di ernia inoperabile, viene riconosciuta una rendita per inabilità permanente nella misura fissa del 15%.

In tutti i casi si realizza un obbligo bilaterale alle cure: da un lato l'Istituto assicuratore s'impegna a fornire i necessari presidi terapeutici al lavoratore, dall'altro questi è tenuto a sottoporsi ad essi (art. 87 TU).

Resta fermo che l'assicurato è sempre libero di scegliere se praticare o meno le cure che gli sono state prescritte (ex art. 32 della Costituzione); ma se, in assenza di giustificati motivi, rifiuta di sottoporsi alle terapie ritenute necessarie per emendare lo stato di inabilità, egli andrà incontro alla perdita totale dell'indennità per inabilità temporanea e alla riduzione della rendita per l'inabilità permanente. L'Istituto è legittimato in questi casi a commisurare la rendita per inabilità permanente al minor grado presumibile che sarebbe stato raggiunto se il soggetto si fosse sottoposto regolarmente alle cure indicate come necessarie. Costituisce un'ulteriore garanzia per l'assicurato il fatto che egli può discutere sull'utilità delle terapie in questione attraverso il proprio consulente: il giudizio in materia viene demandato infatti ad un collegio arbitrale. Si ripete che egli non è mai "obbligato", nel senso che non possono mai essere disposti provvedimenti coercitivi per costringerlo a curarsi. Sono solo previste, come s'è detto, sanzioni di ordine economico, qualora non sussistano giustificati motivi a fondamento del suo rifiuto.

☒ GRANDI INVALIDI DEL LAVORO

Sono definiti grandi invalidi del lavoro coloro che in conseguenza di un infortunio sul lavoro o di malattia professionale presentano una inabilità permanente pari o superiore all'80% (mutilati del lavoro coloro ai quali è stata riconosciuta una inabilità permanente tra il 50 e il 79%).

In aggiunta a quelli ordinari concessi dall'INAIL, sono previsti trattamenti speciali che fanno capo ad una distinta gestione appartenente pur'essa all'INAIL.

Si tratta di prestazioni medico-chirurgiche, balneoterziali, di rieducazione funzionale, ecc. e di prestazioni economiche. Ai grandi invalidi possono essere erogate prestazioni economiche integrative della rendita:

- assegni continuativi mensili (art. 22 DPR 616/1977; e artt. 124 e 235 TU per inabili in misura non inferiore al 50%);
- sovvenzione di contingenza per grandi invalidi del lavoro che si trovano in particolare stato di bisogno;
- assegno di assistenza personale continuativa (inabilità 100%);
- elargizioni integrative di fine anno;
- distintivi d'onore di mutilato del lavoro e grande invalido del lavoro e in occasione della consegna: elargizione in denaro nella misura decisa dal Comitato tecnico per l'assistenza ai grandi invalidi (DPR 29 dicembre 1946 n. 757).

Nel caso di morte dell'assicurato per malattia non collegata causalmente agli esiti inabilitanti, che hanno dato luogo a suo tempo alla costituzione della rendita, le vedove e gli orfani hanno comunque diritto ad uno speciale "assegno continuativo mensile", ex art. 1 Legge 5 maggio 1976 n. 248. A tal fine essi devono presentare apposita domanda entro 180 giorni dalla morte dell'assicurato. Se la morte è invece causalmente correlata con le infermità per le quali fu costituita la rendita, spetterà la rendita ai superstiti:

- coniuge (nella misura del 50% del 100%);
- figli minori o studenti: 20%;
- figli inabili a lavoro proficuo;
- collaterali o ascendenti a carico, ecc.

(All'assistenza materiale e morale dei grandi invalidi del lavoro provvede assai utilmente anche l'Associazione Nazionale Mutilati e Invalidi del Lavoro = ANMIL).

☒ Sicurezza del lavoro (art. 2087 cc e art. 32 Costituzione)

Prima ancora che in termini giuridici od economici, il problema della prevenzione, dell'igiene e della sicurezza del lavoro, in qualsiasi settore se ne discuta, deve essere affrontato ed inteso come problema etico.

Ognuno dovrebbe sentirsi impegnato a fare tutto il pos-

sibile per evitare situazioni di pericolo per sé o per altri e adoperarsi a rispettare scrupolosamente l'integrità dell'ambiente di vita o di lavoro, la libertà e la dignità di coloro che vi abitano, mirando a prevenire qualsiasi evento di danno alla persona.

Quello della prevenzione degli infortuni e delle malattie professionali è sostanzialmente un problema di conoscenza, di informazione, perciò anche di educazione, di sensibilità, per certi versi di autentica solidarietà e di rispetto per il lavoratore, di partecipazione e coscienza sociale, sicché il grado della sua organizzazione testimonia forse più di altri l'effettivo livello di civiltà e di cultura raggiunto dalla collettività.

Nessun essere umano (datore di lavoro) può disporre della salute di un altro uomo (lavoratore) e nessuno (lavoratore) può mettere sul mercato o monetizzare la propria salute e la propria incolumità fisica e psichica.

La Costituzione italiana ha solennemente affermato tali principi, laddove all'articolo 32 stabilisce che «la Repubblica tutela la salute come fondamentale diritto dell'individuo ed interesse della collettività». In realtà ancor'oggi il significato del dettato costituzionale non è stato completamente recepito, quasi si stenti a ritenere che tutela della salute sia cosa profondamente e sicuramente diversa che parlare di cura o di assistenza nel caso di malattie. Non si starà a ripetere quanto già scritto sul significato di salute e sulla sostanziale identità del termine con quello di validità: il concetto vuol dire certamente molto più che la semplice assenza di malattia. Ebbene, l'art. 32 della nostra Costituzione sancisce in modo inequivoco che è fondamentale interesse della collettività la tutela della validità individuale. Dunque da un lato si afferma il dovere per lo Stato di tutelare la salute dei cittadini, il che significa anche riconoscere, ad ogni componente della collettività e perciò *in primis* alla persona che lavora, il diritto di difendere quell'inalienabile bene contro qualsiasi aggressione o minaccia; dall'altro si afferma che quella stessa tutela costituisce un «interesse della collettività». Ed è questo soprattutto che giustifica ogni intervento dell'Autorità pubblica e statale in materia di tutela della salute e dunque anche in materia di prevenzione.

È facile peraltro riconoscere che il diritto alla salute si specifica non solo nel dovere dello Stato di garantire l'assistenza necessaria ad evento dannoso conclamato, cioè al ricorrere della condizione di malattia o al conclamarsi dello stato invalidante, ma implica il dovere di intervenire prima di tutto a fini di prevenzione. Su questa direzione si è già visto che la tutela della salute comprende anche la tutela della salubrità dell'ambiente, diritto quest'ultimo ritenuto pienamente operante anche nei rapporti tra privati dalla Corte Costituzionale (v. sentenza n. 88 del 1979).

Ogni essere umano infatti ha il diritto di vivere in un ambiente salubre e idoneo ad assicurargli condizioni di effettivo benessere fisico e psichico e ciò anche e soprattutto per l'ambiente di lavoro.

Concorde è stato l'orientamento espresso in materia dalla Corte di Cassazione civile, che, a sezioni unite, ha anche

affermato che «il bene della salute ha carattere primario ed assoluto e nell'ambito della tutela dei diritti assoluti, assicurata dagli artt. 2043 e 2059 c.c., deve essere protetto contro qualsiasi attività che possa menomarlo [...]» (Cass. civ. sez. II, sentenza del 6 aprile 1983, n. 2396).

Nell'interpretazione estensiva che del citato dettato costituzionale è stata giustamente fornita dalla giurisprudenza (di merito e di cassazione), è certo che diritto alla salute significa anche diritto del lavoratore alla sicurezza nell'ambiente di lavoro; diritto a che gli siano forniti mezzi adeguati a prevenire il verificarsi di infortuni sul lavoro o di malattie professionali; a prevenire il conclamarsi di stati invalidanti; a prevenire le condizioni di malattie o gli stati di *handicap*; alla educazione sanitaria, all'analisi dei fattori di rischio inerenti all'ambiente ed all'attività di lavoro; diritto di svolgere un lavoro effettivamente adeguato alla propria personalità ed alle proprie attitudini, ecc. Ed è ancora dal citato disposto costituzionale che trae giustificazione il diritto all'informazione dei lavoratori, quindi alle loro rappresentanze di accedere a tutte le notizie, inerenti alla produzione, che consentano di valutare l'adeguatezza effettiva delle modalità di quest'ultima rispetto alla tutela della sicurezza, ecc.

Forse proprio la complessità delle implicazioni che i concetti di salute e della sua tutela hanno posto e pongono tuttora in essere, è all'origine della lentezza con cui il nostro legislatore ha recepito l'autentico senso del dettato costituzionale (v. Legge 626/1994).

Si comprende peraltro che i destinatari della norma contenuta nel primo capoverso dell'articolo 32 sono non solo lo Stato nella sua attività di amministrazione e di organizzazione degli interventi a difesa della salute pubblica e individuale, ma anche le organizzazioni sindacali ed i lavoratori, gli imprenditori, e in definitiva tutti i cittadini in prima persona, chiamati essi stessi a difendere la loro validità e ad attivarsi in tal senso, ciascuno in ragione delle proprie competenze, possibilità e conoscenze. È certo comunque che nell'articolo 32 della Costituzione italiana vi è già insito un preciso comando rivolto in primo luogo al legislatore affinché provveda in materia di prevenzione, obbligo tanto più evidente se si pensa che all'art. 35 della stessa Costituzione è anche affermato «La Repubblica tutela il lavoro in tutte le sue forme ed applicazioni», e all'articolo 41, riconosciuto che «l'iniziativa economica privata è libera», è sancito che essa «non può svolgersi in contrasto con l'utilità sociale o in modo da arrecare danno alla sicurezza, alla libertà, alla dignità umana». Nell'art. 24 della stessa Legge istitutiva nel nostro Paese del Servizio Sanitario Nazionale (Legge 833/1978) si fa obbligo al Governo di emanare un testo unico in materia di sicurezza degli ambienti di vita e di lavoro, che definisca le procedure di controllo delle condizioni ambientali, nonché per l'acquisizione delle informazioni epidemiologiche al fine di tenere sotto controllo il rapporto salute/ambiente di lavoro e salute/ambiente di vita.

A fronte di tale espressa intenzione del legislatore, va an-

che rilevata la conflittualità degli interessi che sono talora in giuoco in materia di prevenzione e sicurezza ambientale. Da un lato vi è infatti il diritto di ogni individuo al lavoro e quindi allo svolgimento di un'attività produttiva, dall'altro quello dello stesso lavoratore alla salvaguardia della propria validità e quello della collettività ad assicurarsi le condizioni di sicurezza ambientale che ne consentano la sopravvivenza, e quindi a non subire le conseguenze dannose delle attività esercitate. È dunque soprattutto il legislatore, proprio in ragione del citato dettato costituzionale, ad avere maggiori responsabilità, poiché dovrà dettare leggi veramente illuminate che si dimostrino in concreto adeguate a contemperare le esigenze della produzione e del lavoro con quelle della salute dell'ambiente e della salute del lavoratore, a contrarre al massimo i fattori di rischio assicurando così le premesse per il raggiungimento del pieno benessere fisico e psichico di ogni componente della collettività.

Ma, lo si ripete, tutti i cittadini sono da ritenere legittimi destinatari della norma costituzionale e non solo il legislatore. In primo luogo: gli stessi lavoratori. Essi hanno l'obbligo di rispettare le disposizioni messe in atto in materia di prevenzione, di usare i mezzi di protezione predisposti, di controllare l'applicazione delle norme in tema di sicurezza del lavoro, di promuovere se necessario in prima persona iniziative per migliorare la tutela della salute in azienda e per una esatta definizione del rischio lavorativo.

Si ricorda a tale riguardo che già l'articolo 9 della Legge 300/1970 (statuto dei lavoratori) stabilisce che i lavoratori «mediante le loro rappresentanze, hanno diritto di controllare l'applicazione delle norme per la prevenzione degli infortuni e delle malattie professionali e di promuovere la ricerca, l'elaborazione e l'attuazione di tutte le misure idonee a tutelare la loro salute e la loro integrità fisica».

Le misure di prevenzione messe in atto nei luoghi di lavoro sono peraltro soggette a controllo da parte delle USL ed in particolare dei servizi di medicina del lavoro, destinatari perciò anch'essi del comando di cui all'art. 32 della Costituzione. E lo sono le stesse rappresentanze sindacali: basti pensare a tale riguardo all'importanza che hanno ai fini della tutela della salute sul posto di lavoro le norme inserite nei contratti collettivi in materia di ambiente e di sicurezza di lavoro (v. ad esempio quanto essi stabiliscono circa l'adozione dei libretti individuali sanitari e di rischio, del registro dei dati ambientali e biostatistici, ecc.). In sostanza la tutela del diritto alla salute, così ben espressa nel dettato costituzionale, deve ritenersi ormai radicata nella ideologia della produttività industriale come postulato inderogabile dell'organizzazione del lavoro (v. anche esame della Legge 626/1994).

È certo, inoltre, stando a quanto l'articolo 2087 del codice civile (*"Tutela delle condizioni di lavoro"*) dispone, che è principalmente l'imprenditore ad avere gli obblighi maggiori, poiché è stabilito che egli «è tenuto ad adottare nell'esercizio dell'impresa le misure che, secondo la particolarità del lavoro, l'esperienza e la tecnica, sono necessarie a tutelare l'integrità fisica e la personalità morale dei presta-

tori di lavoro». La mancata adozione di tali misure lo espone certamente a problemi di responsabilità penale (v. capitolo sulla lesione personale) e civile.

Giova ripetere a tal proposito che sanzioni penali sono stabilite nel nostro sistema legislativo per chiunque «omette di collocare impianti, apparecchi o segnali destinati a prevenire disastri o infortuni sul lavoro, ovvero li rimuove o li danneggia» (v. artt. 437 c.p.: *"Rimozione od omissione dolosa di cautele contro infortuni sul lavoro"*; 451 c.p.: *"Omissione colposa di cautele o difese contro disastri o infortuni sul lavoro"*; 452 c.p.: *"Delitti colposi contro la salute pubblica"*, ecc.).

Merita anche di essere ricordata dal punto di vista penalistico, nel quadro delle modifiche al sistema penale apportate a suo tempo dalla Legge 24 novembre 1981, n. 689, la disposizione dell'articolo 92 che sostituendo l'ultimo comma dell'articolo 590 del codice penale, dichiara perseguibili a querela di parte le lesioni personali colpose, anche gravi o gravissime, lasciando però invariata la procedibilità d'ufficio, così come previsto dalla precedente normativa, per quelle commesse «con violazione delle norme per la prevenzione degli infortuni sul lavoro o relative all'igiene del lavoro o che abbiano determinato una malattia professionale».

A parte quanto stabilito dagli artt. 589 e 590 del codice penale, che si riferiscono rispettivamente all'omicidio ed alle lesioni personali colpose, vanno infine ricordate le diverse leggi speciali che riguardano la prevenzione degli infortuni e l'igiene sul lavoro e che contengono pur esse norme di rilevanza penale per chi pone in pericolo l'incolumità o la salute del lavoratore.

☐ *Norme per la prevenzione degli infortuni sul lavoro*

– DPR 19 marzo 1956, n. 303: *"Norme generali per l'igiene del lavoro"*.

In base ai principi stabiliti dalla legislazione e dalla giurisprudenza, il datore di lavoro è tenuto in definitiva:

- ad adottare le misure di prevenzione allo scopo di assicurare la "protezione oggettiva" del lavoratore e col solo limite della "fattibilità tecnologica";
- ad adoperarsi per la definizione dei fattori di rischio nell'azienda e per il loro contenimento;
- a rendere edotti i lavoratori dei rischi specifici e delle corrispondenti misure di prevenzione e di sicurezza;
- a vigilare sui comportamenti dei destinatari della prevenzione affinché rispettino le disposizioni di sicurezza loro impartite.

Non v'è dubbio infine che la tutela costituzionale del diritto alla salute esplica oggi i suoi effetti anche in ambito civilistico ed in particolare nella valutazione del danno alla persona del lavoratore. Intanto va precisato che l'esonerazione dalla responsabilità civile prevista dall'assicurazione obbligatoria contro gli infortuni sul lavoro e le malattie professionali opera solo a favore del datore di lavoro e non anche

nei confronti di terzi estranei al rapporto assicurativo, allorché questi siano riconosciuti responsabili del fatto dal quale è derivato il danno.

Peraltro l'esonero dalla responsabilità civile opera solo nei limiti posti dall'art. 10 del DPR 1124/1965 e riguarda unicamente gli eventi coperti dall'assicurazione obbligatoria.

È noto che tale garanzia secondo le disposizioni di legge riguarda esclusivamente l'inabilità permanente, assoluta o parziale (a parte la inabilità temporanea assoluta superiore a tre giorni) e la morte.

Rimane dunque fuori dalla copertura assicurativa il danno alla salute e, ove esso sussista, legittimamente il lavoratore può rivolgere la sua pretesa risarcitoria nei confronti del datore di lavoro.

A tal fine egli deve dare la dimostrazione del danno subito e della sua relazione causale con la nocività dell'ambiente di lavoro; ma grava sul datore di lavoro l'onere di provare di aver predisposto ed attuato tutte le cautele necessarie, ai sensi del già citato art. 2087 del codice civile.

Se l'infortunio o la malattia professionale si verificano malgrado l'imprenditore abbia osservato tutte le norme in materia di prevenzione, di igiene e sicurezza del lavoro, l'unica riparazione dell'eventuale danno subito dal lavoratore è fornita dall'assicurazione obbligatoria (INAIL). Tuttavia anche nei casi in cui vale l'esonero del datore di lavoro dalla responsabilità civile per gli infortuni sul lavoro e le malattie professionali, si fa strada un nuovo orientamento giurisprudenziale.

La Corte Costituzionale infatti con sentenza 15 febbraio 1991 n. 87 (GU 27 febbraio 1991) ha stabilito che le indennità assicurative erogate sono collegate e commisurate esclusivamente ai riflessi che la menomazione psico-fisica ha sull'attitudine al lavoro dell'assicurato, mentre nessun rilievo assumono gli svantaggi, le privazioni e i sacrifici che la menomazione comporta con riferimento agli altri ambiti o agli altri modi in cui il soggetto svolge la sua personalità nella propria vita.

Viene dunque ribadito che il danno alla salute non è di pertinenza dell'INAIL, il cui intervento previdenziale è limitato all'indennizzo del solo danno lavorativo.

Secondo lo stesso Giudice costituzionale questo non è in sintonia con la garanzia della salute come diritto fondamentale dell'individuo e interesse della collettività. Egli ha pertanto sollecitato il legislatore ad intervenire al fine di assicurare al danno biologico di sicura origine professionale la stessa tutela in atto prevista per il danno che si traduce in una perdita o riduzione dell'attitudine al lavoro. Parimenti ha osservato che un rafforzamento della tutela assicurativa nel senso sopra indicato, comporta una innovazione legislativa e quindi la specificazione di modalità procedurali e tecniche la cui effettuazione spetta solo al legislatore e non al magistrato. Oggi questo obiettivo è stato raggiunto grazie alle innovazioni legislative di cui si è parlato e allo specifico rilievo assunto anche in sede INAIL del danno biologico di natura professionale.

Il datore di lavoro risponderà comunque in prima persona allorché si dimostri che non abbia rispettato la norma dell'art. 2087 del codice civile, che gli impone di adottare anche indipendentemente dalle disposizioni anti-infortunistiche, stabilite dalle leggi in generale e da quelle specifiche in materia di sicurezza del lavoro (v. Legge 626/1994), tutte le cautele necessarie, secondo l'esperienza e la tecnica, e tenuto conto della natura dell'attività lavorativa esercitata, atte a tutelare l'integrità fisica dei dipendenti, sebbene questi siano regolarmente assicurati.

Si segnala infine che già a norma dell'art. 4 del DPR 27 aprile 1955, n. 547, i doveri dell'imprenditore in materia di prevenzione degli infortuni sul lavoro e malattie professionali non si esauriscono nel solo atto di comandare l'osservanza delle misure di sicurezza, ma consistono anche nell'assicurarsi che esse siano concretamente rispettate, vigilando attivamente sulla sicurezza del lavoro (v. in merito sentenza Cass. Civ. Sez. Lav. 29 luglio 1986, n. 4860, in Giust. Civ. Mass. 1986, fasc. 7). In caso contrario può configurarsi una condotta colposa, con l'eventuale addebitabilità anche del delitto di lesioni personali colpose.

In tal caso, il datore di lavoro può essere chiamato al risarcimento del danno (art. 185 c.p.). L'omissione colposa delle cautele che sarebbero state necessarie e sufficienti a scongiurare il verificarsi dell'infortunio o della malattia professionale modifica il rischio inerente l'espletamento di quell'attività (tutelata dall'INAIL). A quel rischio, che è proprio del lavoro effettuato, si sovrappone una diversa causa di danno, cioè la colpa dell'imprenditore, che, malgrado l'assicurazione obbligatoria, è di per se stessa fonte di responsabilità per il datore di lavoro, con la conseguente esclusione dell'esonero della responsabilità civile. La stessa Corte Costituzionale, con sentenza n. 356 dell'11 luglio 1991, ha nuovamente affermato che il danno biologico dovrà essere risarcito da parte del datore di lavoro, ove ne sia dimostrata la colpa, secondo le regole fissate per la definizione della responsabilità civile. Si è quindi affermata la illegittimità costituzionale dell'art. 1916 c.c. nella parte in cui consente all'Istituto assicuratore di esercitare il diritto di surroga nei confronti del terzo responsabile anche per le somme spettanti all'assicurato a titolo di risarcimento del danno biologico.

Uno dei meriti delle direttive CEE in materia di igiene e sicurezza del lavoro è certamente quello di aver più dettagliatamente precisato gli obblighi che dovranno essere rispettati in materia di sicurezza del lavoro, passando dalle enunciazioni di carattere generale allo specifico. Tali direttive sono pienamente aderenti al sistema dei valori costituzionali e si profilano come disposizioni tese a tutelare un bene giuridico fondamentale qual è il diritto del lavoratore alla salvaguardia della propria salute nell'ambiente di lavoro. In questo senso il loro pieno recepimento rappresenta per il legislatore e per tutti i cittadini un dovere etico prima ancora che giuridico e testimonia il diverso e maggiore rispetto della collettività per la persona umana e la dignità del lavoratore.

Fonti normative in materia di previdenza sociale contro gli infortuni sul lavoro e le malattie professionali

1. DPR 27 aprile 1955, n. 547: "Norme per la prevenzione degli infortuni sul lavoro" (GU, s.o n. 158 /1955: in vigore dal 1° gennaio 1956).

2. Testo Unico del 1965. È stato approvato con DPR 30 giugno 1965, n. 1124, a seguito della delega conferita al Governo dall'art. 30 Legge 19 gennaio 1963, n. 15.

Esso si articola in quattro titoli, per complessivi 296 articoli, concernenti rispettivamente il settore dell'industria (artt. 1-204); quello dell'agricoltura (artt. 205-290) i cosiddetti regimi speciali (art. 291) e particolari categorie di lavoratori (artt. 292-294).

Titolo I - *L'assicurazione infortuni e malattie professionali nell'industria*

Capo I - Attività protette (art. 1).

Capo II - Oggetto dell'assicurazione (artt. 2-3).

Capo III - Persone assicurate (artt. 4-8).

Capo IV - Datori di lavoro (artt. 9-65).

Capo V - Prestazioni (artt. 66-125).

Capo VI - Istituti assicuratori (artt. 126-130).

Capo VII - Disposizioni speciali per le malattie professionali (artt. 131-139).

Capo VIII - Disposizioni speciali per la silicosi e l'asbestosi (artt. 140-177).

Capo IX - Assistenza ai grandi invalidi (artt. 178-189).

Capo X - Norme generali transitorie e finali (artt. 190-204).

Titolo II - *L'assicurazione infortuni e malattie professionali nell'agricoltura*

Capo I - Campo di applicazione (soggetti e lavorazioni) (artt. 205-209).

Capo II - Oggetto dell'assicurazione (artt. 210-211).

Capo III - Prestazioni (artt. 212-248).

Capo IV - Disposizioni speciali per le malattie professionali (artt. 249-255).

Capo V - Organizzazioni tecniche e finanziarie dell'assicurazione (artt. 256-285).

Capo VI - Norme generali transitorie e finali (artt. 286-290).

Titolo III - *Regimi speciali*

Capo I - Assicurazione contro gli infortuni e le malattie dei marittimi imbarcati su navi straniere (art. 291).

Titolo IV - *Disposizioni speciali per particolari categorie di soggetti (artt. 292-294) Disposizioni finali del provvedimento (artt. 295-296).*

Al Testo Unico 1124/1965 sono inoltre allegate diverse tabelle:

- Tabella delle valutazioni del grado percentuale di invalidità permanente nel settore industriale e tabella di valutazione delle menomazioni dell'acutezza visiva (settore industriale ed agricolo; allegato n. 1).

- Tabella di valutazione del grado percentuale di invalidità permanente (settore agricolo; allegato n. 2).

- Tabella delle menomazioni che possono dar luogo all'assegno per l'assistenza personale continuativa (settore industriale ed agricolo; allegato n. 3).

- Tabella delle malattie professionali nel settore industriale (allegato n. 4).

- Tabella delle malattie professionali nel settore agricolo (allegato n. 5).

- Tabella delle aliquote percentuali base di retribuzione per il calcolo delle rendite e della rendita base annua per ogni mille lire di retribuzione (in vigore dal 1° luglio 1965; allegati n. 6 e 7).

- Tabella delle lavorazioni per le quali è obbligatoria l'assicurazione contro la silicosi e l'asbestosi (allegato n. 8).

- Scheda personale per visita medica relativamente a lavoratori da adibire o già addetti a lavorazioni per le quali sussiste l'obbligo dell'assicurazione contro la silicosi e l'asbestosi (allegato n. 9).

- Attestazioni mediche delle suddette visite mediche (allegato n. 10).

3. Legge 17 ottobre 1967, n. 977: "Tutela del lavoro dei fanciulli e degli adolescenti".

4. Legge 30 gennaio 1968, n. 47, concernente le modifiche alla normativa sull'assicurazione obbligatoria dei medici contro le malattie e le lesioni causate dall'azione dei raggi X delle sostanze radioattive (disciplina già contenuta nella Legge 20 febbraio 1958 n. 93 e nel DPR 4 agosto 1960, n. 1055).

5. Legge 12 marzo 1968, n. 235: "Miglioramenti al trattamento economico degli infortunati del lavoro già liquidati in capitale o in rendita vitalizia".

6. Legge 20 maggio 1970, n. 300: "Norme sulla tutela della libertà e dignità dei lavoratori, della libertà sindacale e dell'attività sindacale nei luoghi di lavoro e norme sul collocamento" (Statuto dei lavoratori).

7. DPR 4 gennaio 1971, n. 36: "Determinazione dei lavori leggeri nei quali possono essere occupati fanciulli di età non inferiore ai 14 anni compiuti, ai sensi dell'art. 4 della Legge 17 ottobre 1967, n. 977 sulla tutela del lavoro dei fanciulli e degli adolescenti".

8. DPR 31 dicembre 1971, n. 1403, con il quale è stata estesa la tutela obbligatoria in favore dei lavoratori addetti ai servizi domestici e familiari, qualunque sia la durata della prestazione lavorativa ed anche se le lavorazioni svolte non rientrano fra quelle previste dal TU 1124/1965.

9. Legge 8 agosto 1972, n. 457, contenente l'abolizione dei limiti minimo e massimo di età, già fissati dall'articolo 205 del TU 1124/1965 per la tutela dei lavoratori agricoli, con allineamento del grado minimo di inabilità permanente, agli effetti della liquidazione della rendita, a quello stabilito per settore industriale.

10. DM 18 aprile 1973, contenente l'elenco delle malattie per le quali è obbligatoria la denuncia contro gli infortuni sul lavoro e le malattie professionali.

11. Legge 11 agosto 1973, n. 533: "Disciplina delle controversie individuali di lavoro e delle controversie in materia di previdenza e di assistenza obbligatoria".

12. Legge 18 dicembre 1973, n. 877: "Nuove norme per la tutela del lavoro a domicilio".
13. Legge 27 dicembre 1973, n. 852: "Nuove norme per il finanziamento dell'assicurazione infortuni nel settore agricolo".
14. Legge 17 marzo 1975, n. 68: "Modifica alla Legge 20 febbraio 1958, n. 93 e successive modifiche sull'assicurazione obbligatoria dei medici contro le malattie e le lesioni causate dall'azione dei raggi X delle sostanze radioattive".
15. DPR 9 giugno 1975, n. 482: "Modificazioni e integrazioni alle tabelle delle malattie professionali nell'industria e nell'agricoltura" (allegati n. 4 e 5 al DPR 30 giugno 1965, n. 1124).
16. Legge 27 dicembre 1975, n. 780: "Norme concernenti la silicosi e l'asbestosi, nonché la rivalutazione degli assegni continuativi mensili agli invalidi liquidati in capitale".
17. DPR 20 gennaio 1976, n. 432: "Determinazione dei lavori pericolosi, faticosi ed insalubri ai sensi dell'art. 6 della Legge 17 ottobre 1967, n. 977 sulla tutela del lavoro dei fanciulli e degli adolescenti".
18. Legge 5 maggio 1976, n. 248: "Provvidenza in favore delle vedove e degli orfani dei grandi invalidi del lavoro deceduti per cause estranee ad infortunio sul lavoro o alla malattia professionale ed adeguamento dell'assegno di incollocabilità di cui all'articolo 180 del TU approvato con DPR 30 giugno 1965, n. 1124".
19. Legge 9 dicembre 1977, n. 903: "Parità di trattamento tra uomini e donne in materia di lavoro".
20. Legge 23 dicembre 1978, n. 833, istitutiva del Servizio Sanitario Nazionale.
21. DPR 14 febbraio 1979: "Estinzione dell'Ente Nazionale per la prevenzione degli infortuni".
22. DPR 18 aprile 1979: "Trasferimento alle Regioni ed ai Comuni delle funzioni di carattere assistenziale non previdenziale svolte dall'INAIL".
23. DPR 31 luglio 1980, n. 619: "Istituzione dell'Istituto Superiore per la prevenzione e la sicurezza del lavoro (art. 23 della Legge n. 833 del 1978)".
24. Legge 24 novembre 1981, n. 689: "Modifiche al sistema penale con depenalizzazione di diverse contravvenzioni alle disposizioni in materia di tutela infortunistica".
25. Legge 26 febbraio 1982, n. 54: "Modifiche al sistema di calcolo delle prestazioni economiche spettanti ai lavoratori agricoli subordinati".
26. Legge 10 maggio 1982, n. 251: "Norme in materia di assicurazione contro gli infortuni sul lavoro e le malattie professionali".
27. DL 18 novembre 1986, n. 761: "Norme per la tutela previdenziale dei lavoratori italiani operanti all'estero". (GU 19 novembre, n. 269).
28. DL 30 giugno 1982, n. 390, riguardante la disciplina delle funzioni prevenzionali e omologative delle USL e dell'Istituto Superiore per la prevenzione e la sicurezza del lavoro (convertito con modificazioni in Legge 12 agosto 1982, n. 597).
29. Legge n. 533 del 1983: "Formazione del silenzio rifiuto sulla richiesta agli Istituti previdenziali ed assistenziali". In base all'articolo 7 di tale legge in materia di previdenza ed assistenza obbligatoria la richiesta all'Istituto assicuratore s'intende respinta a tutti gli effetti di legge quando siano trascorsi 120 giorni dalla data di presentazione, senza che l'Istituto si sia pronunciato.
30. DM 13 agosto 1984: "Estensione a tutti i dipendenti dell'Amministrazione Autonoma dei Monopoli di Stato delle norme sull'assicurazione contro gli infortuni sul lavoro".
31. Legge 29 febbraio 1988, n. 48 con parziale delegificazione in materia infortunistica.
32. Legge 9 marzo 1989, n. 88: "Legge di ristrutturazione dell'INAIL".
33. Legge 5 marzo 1990, n. 46: "Norme per la sicurezza degli impianti".
34. Circolare 22 febbraio 1991 del Ministero della funzione pubblica: "Linee guida per l'uso dei videoterminali".
35. Legge 10 aprile 1991, n. 125: "Azioni positive per la realizzazione della parità uomo-donna nel lavoro".
36. DM 6 agosto 1991: "Rivalutazione biennale delle prestazioni economiche per infortunio sul lavoro e malattia professionale nel settore industriale, dal 10 luglio 1991" (GU n. 217 del 16 settembre 1991).
37. DM 7 agosto 1991: "Rivalutazione [idem] nel settore agricolo" (GU n. 217 del 16 settembre 1991).
38. DM 8 agosto 1991: "Rivalutazione delle rendite in favore dei medici colpiti da malattie e lesioni causate dall'azione di raggi X e di sostanze radioattive, con decorrenza dal 1° luglio 1991" (GU n. 234 del 5 ottobre 1991).
39. DL 15 agosto 1991, n. 277: "Attuazione delle direttive n. 80/1107/CEE, n. 82/605/CEE, n. 83/477/CEE, n. 86/188/CEE e n. 88/642/CEE, in materia di protezione dei lavoratori contro i rischi derivanti da esposizioni ad agenti chimici, fisici e biologici durante il lavoro, a norma dell'articolo 7 della Legge 30 luglio 1990, n. 212" (GU 27 agosto 1991, n. 200, s.o.).
40. Legge 30 dicembre 1991, n. 412, che con effetto dal 1° gennaio 1993 ha imposto ai datori di lavoro ed ai lavoratori autonomi il pagamento di addizionali sui premi e sui contributi per compensare la maggiore spesa relativa alla rivalutazione annuale delle rendite.
41. DLgs n. 502 del 1992, con il quale sono stati istituiti e regolati i flussi informativi tra INAIL e SSN in tema di rischi e danni da lavoro a fini prevenzionali;
42. DL 31 maggio 1999: "Individuazione delle lavorazioni comportanti una sorveglianza medica e di quelle particolarmente pericolose vietate nella fornitura di lavoro temporaneo" (GU n. 161 del 12 luglio 1999).
43. DLgs 26 novembre 1999, n. 532: "Disposizioni in materia di lavoro notturno, a norma dell'articolo 17, comma 2, della Legge 5 febbraio 1999, n. 25" (GU n. 16 del 21 gennaio 2000).
44. Circolare n. 1/2000 5 gennaio 2000 prot. 801- Segr./D Ministero del Lavoro e della Previdenza Sociale, Direzione Generale Rapporto di Lavoro: "Oggetto": Lavoro minorile - DLgs 4 agosto 1999, n. 345 - Prime direttive applicative".
45. DLgs 25 febbraio 2000, n. 66 "Attuazione delle direttive 97/42/CE e 1999/38/CE, che modificano la direttiva 90/394/CEE, in materia di protezione dei lavoratori contro i rischi derivanti da esposizione ad agenti cancerogeni o mutageni durante il lavoro".

46. Circolare n. 5/2001 8 gennaio 2001 prot. 51/RI Ministero del Lavoro e della Previdenza Sociale. Direzione Generale Rapporti di Lavoro – Div. III: “Oggetto: DLgs 26 maggio 2000 n. 241: Attuazione della direttiva 96/29/Euratom in materia di protezione sanitaria dei lavoratori e della popolazione contro i rischi derivanti dalle radiazioni ionizzanti”.
47. Decreto del Ministero del Lavoro e della Previdenza Sociale del 19 maggio 1999: “Criteri per l’individuazione delle mansioni usuranti” (GU n. 208 del 4 settembre 1999).
48. Decreto del Ministero del Lavoro e della Previdenza Sociale del 12 luglio 2000: “Approvazione di Tabella delle menomazioni; Tabella indennizzo danno biologico; Tabella dei coefficienti; relative al danno biologico ai fini della tutela dell’assicurazione contro gli infortuni e le malattie professionali”.
49. DL 17 aprile 2001: “Attuazione dell’art. 78, della Legge 23 dicembre 2000, n. 388 (Finanziaria 2001): Benefici in favore dei lavoratori che risultino aver svolto prevalentemente mansioni particolarmente usuranti per le caratteristiche di maggior gravità dell’usura”. (GU n. 114 del 18 maggio 2001).
50. DLgs 2 febbraio 2002, n. 25: “Attuazione della direttiva 98/24/CE sulla protezione della salute e della sicurezza dei lavoratori contro i rischi derivanti da agenti chimici durante il lavoro” (GU n. 57 dell’8 marzo 2002).
51. Circolare INAIL su infortuni a insegnanti pubblici e privati (Roma 31 Marzo 2003): “Oggetto: Insegnanti di scuole pubbliche e private. Criteri per la trattazione dei casi di infortunio. Aspetti contributivi”.
52. DPCM 10 dicembre 2002, n. 308: “Regolamento per la determinazione del modello e delle modalità di tenuta del registro dei casi di mesotelioma asbesto correlati ai sensi dell’articolo 36, comma 3, del DLgs n. 277 del 1991”.
54. DLgs 8 luglio 2003, n. 235: “Attuazione della direttiva 2001/45/CE relativa ai requisiti minimi di sicurezza e di salute per l’uso delle attrezzature di lavoro da parte dei lavoratori” (GU n. 198 del 27 agosto 2003).
54. Direzione Generale – Direzione Centrale Prestazioni Sovrintendenza Medica Generale INAIL Circolare n. 71 del 17 dicembre 2003: “Oggetto: Disturbi psichici da costrittività organizzativa sul lavoro. Rischio tutelato e diagnosi di malattia professionale. Modalità di trattazione delle pratiche”.
55. Circolare n. 35/1992: “Sentenze nn. 179 e 206 del 1988 della Corte Costituzionale: prima fase del decentramento della trattazione di pratiche di tecnopatie non tabellate”.
56. DLgs n. 38 del 23 febbraio 2000, art. 10, comma IV: “Conferma legislativa del sistema misto di tutela delle malattie professionali”.
57. DM del 12 luglio 2000: “Approvazione di Tabella delle menomazioni, Tabella indennizzo danno biologico, Tabella dei coefficienti, relative al danno biologico ai fini della tutela dell’assicurazione contro gli infortuni e malattie professionali”.
58. Delibera del Consiglio di Amministrazione n. 473 del 26 luglio 2001: “Definizione di percorsi metodologici per la diagnosi eziologica delle patologie psichiche e psicosomatiche da stress e disagio lavorativo”.
59. Lettera del 12 settembre 2001 della Direzione Centrale Prestazioni e della Sovrintendenza Medica Generale: “Malattie psichiche e psicosomatiche da stress e disagio lavorativo, compreso il mobbing. Prime indicazioni operative”.
60. Raccomandazione della Commissione Europea del 19 settembre 2003 sull’elenco europeo delle malattie professionali.
61. Delibera n. 133 del 23 marzo 2000 del Consiglio di amministrazione INAIL, concernente il DLgs 23 febbraio 2000, n. 38 “Articolo 13: Danno biologico in casi di infortuni sul lavoro e di malattie professionali”.

TABELLA DELLE MENOMAZIONI CONSEGUENTI ALLE LESIONI DELL'INTEGRITÀ PSICO-FISICA,
 COMPRESIVA DEGLI ASPETTI DINAMICO-RELAZIONALI (COMMA 2, LETTERA A).
 TABELLA INDENNIZZO DANNO BIOLOGICO (COMMA 2, LETTERA A).
 TABELLA DEI COEFFICIENTI PER LA DETERMINAZIONE DELLA PERCENTUALE DI RETRIBUZIONE
 DA PRENDERE A BASE PER L'INDENNIZZO DELLE CONSEGUENZE DELLE MENOMAZIONI
 (COMMA 2, LETTERA B).

IL CONSIGLIO DI AMMINISTRAZIONE

nella seduta del 23 marzo 2000

Visto il DLgs n. 479 del 30 giugno 1994 e successive modifiche; Visto il D.P.R. n. 367 del 24 settembre 1997; Visto l'articolo 13 del DLgs 23 febbraio 2000, n. 38, che disciplina l'indennizzo del danno biologico in casi di infortuni sul lavoro e di malattie professionali; Visto, in particolare, il comma 2 del suddetto articolo, che prevede l'emanazione di una "Tabella delle menomazioni" conseguenti alle lesioni dell'integrità psico-fisica, suscettibili di valutazione medico-legale, della persona, comprensiva degli aspetti dinamico-relazionali (lettera a), di una "Tabella indennizzo danno biologico" (lettera a) e di una "Tabella dei coefficienti" per la determinazione della percentuale di retribuzione da prendere a base per l'indennizzo delle conseguenze delle menomazioni (lettera b); Considerato che il comma 3 del citato articolo stabilisce che le tabelle di cui sopra, i relativi criteri applicativi e i successivi adeguamenti sono approvati con decreto del Ministro del lavoro e della previdenza sociale su delibera del Consiglio di amministrazione dell'INAIL, fissando in trenta giorni dalla data di entrata in vigore del decreto legislativo il termine entro il quale deve essere emanato il decreto ministeriale in sede di prima attuazione; Vista la relazione del Direttore generale in data 21 marzo 2000, e la documentazione allegata, che illustrano i criteri seguiti nella predisposizione delle tre Tabelle, le caratteristiche principali del nuovo sistema di tutela indennitaria e la loro coerenza complessiva con gli indirizzi a suo tempo formulati dal Consiglio di Indirizzo e Vigilanza, nonché con gli impegni assunti con le parti sociali nel Tavolo di concertazione del luglio 1999, oggetto di nuova positiva verifica nell'incontro tecnico del 17 marzo 2000; Sentito il Direttore generale il quale si è espresso favorevolmente all'adozione del presente provvedimento;

DELIBERA

di approvare la "Tabella delle menomazioni" conseguenti alle lesioni dell'integrità psico-fisica, suscettibili di valutazione medico-legale, della persona, comprensiva degli aspetti dinamico-relazionali, la "Tabella indennizzo danno biologico" e la "Tabella dei coefficienti" per la determinazione della percentuale di retribuzione da prendere in riferimento per l'indennizzo delle conseguenze delle menomazioni, di cui al DLgs n. 38/2000, art. 13, comma 2, lettere a) e b), tabelle che formano parte integrante della presente deliberazione che sarà inviata al Ministero del lavoro e della previdenza sociale per l'emanazione del relativo decreto [omissis] (v. CD-ROM).

L'elencazione delle menomazioni segue una numerazione progressiva funzione dell'ordine alfabetico seguito per apparati / sensi / tessuti di riferimento.

Nella specie: cardio-circolatorio, cicatrici e dermopatie, digerente, emopoietico, endocrino, patologia erniaria, neoplasie, nervoso, osteoarticolare e muscolare, otorinolaringoiatrico, respiratorio, sessuale, visivo.

La descrizione della menomazione esplicitata nelle singole voci è riferibile al valore massimo indicato in tabella.

Nel caso di danni composti, vale a dire comprensivi di più menomazioni, la valutazione non potrà essere il risultato della somma delle singole menomazioni tabellate. In tali casi, infatti, si dovrà procedere a stima complessiva del danno con riferimento all'entità del pregiudizio effettivo dell'apparato e/o della funzione interessata dalle menomazioni.

In caso di danni policroni professionali, sia riferibili a menomazioni ricadute in franchigia, sia a menomazioni indennizzate con capitale o in rendita, il danno biologico permanente finale sarà sempre il risultato di una valutazione complessiva. La stessa sarà guidata dai criteri comunemente utilizzati nella valutazione di menomazioni coesistenti e concorrenti.

Per menomazioni concorrenti devono intendersi quelle che incidono su organi od apparati strettamente sinergici.

In caso di abolizione di funzione di organo o di senso pari (reni, occhi, ecc.), qualora la stessa ricada su soggetti portatori di preesistenza extralavorativa o lavorativa, incidente sullo stesso organo o senso, il danno biologico permanente sarà uguale all'abolizione bilaterale tabellata.

L'applicazione della formula Gabrielli nei casi previsti dalla normativa vigente è, invece, indicata qualora debbano valutarsi anche perdite parziali di organo o senso pari.

Nella valutazione del danno la perdita funzionale non è equiparata a quella anatomica. Quest'ultima assume, di norma, connotazione di maggiore gravità.

Nell'ambito della stima del danno, il computo dei disturbi correlati, a carattere locale, non può portare a valutazioni superiori a quelle previste per la perdita anatomica del segmento interessato.

Ulteriori criteri applicativi sono stati inseriti al termine dell'elencazione delle voci tabellari. Per la valutazione delle ipoacusie intermedie si propone la tabella elaborata da Marellò nella quale sono prese in considerazione cinque frequenze: 500, 1000, 2000, 3000 e 4000 Hz.

La tabella assegna un valore ponderato per ogni singola frequenza. Ne consegue che ognuna di queste ha un diverso peso nella produzione del danno uditivo.

TABELLA DELLE MENOMAZIONI*		%
1.	Cardiopatie riconducibili a classe I NYHA	Fino a 10
2.	Cardiopatie riconducibili a classe II NYHA con frazione d'eiezione tra 50% e 40%	11-30
3.	Cardiopatie riconducibili a classe III NYHA: – con frazione d'eiezione tra 39% e 30% – con frazione d'eiezione inferiore a 30%	31-70 31- 60 61-70
4.	Cardiopatie riconducibili a classe IV NYHA	> 70
5.	Esiti anatomici di pericardite o pericardiectomia senza disturbi funzionali di rilievo	Fino a 8
6.	Disturbi del ritmo e/o della conduzione di significato clinico-patologico ma non richiedenti trattamento farmacologico	Fino a 5
7.	Disturbi del ritmo e/o della conduzione complessi controllabili con trattamento farmacologico e/o con impianto di pace-maker	Fino a 10
8.	Disturbi del ritmo e/o della conduzione persistenti nonostante trattamento farmacologico o impianto di pace-maker, a seconda della complessità del disturbo residuo	Fino a 45
9.	Trapianto di cuore, con insufficienza residua riconducibile a classe I NYHA	40
10.	Trapianto di cuore, con insufficienza residua riconducibile a classe II NYHA	50
11.	Trapianto di cuore, con insufficienza residua riconducibile a classe III NYHA	75
12.	Ipertensione arteriosa non complicata e controllata con trattamento dietetico o farmacologico	Fino a 5
13.	Ipertensione arteriosa non complicata, non perfettamente controllata con terapia ovvero controllata mediante complesso trattamento farmacologico	Fino a 10
14.	Ipertensione arteriosa con ipertrofia ventricolare sinistra ecocardiograficamente apprezzabile, alterazioni del fondo oculare di 1° e 2° grado e/o iniziale interessamento renale	Fino a 25
15.	Ipertensione arteriosa con ipertrofia ventricolare sinistra, alterazioni del fondo oculare do 3° grado, insufficienza renale moderata	Fino a 40
16.	Ipertensione arteriosa con ipertrofia ventricolare sinistra, alterazioni del fondo oculare di 3° grado, insufficienza renale grave	Fino a 50
17.	Ipertensione maligna, a seconda dell'interessamento sistemico	> 50
18.	Arteriopatia arti superiori – Il paziente non accusa dolore a riposo né sotto sforzo, calcificazioni e dilatazioni dei vasi apprezzabili strumentalmente	Fino a 5
19.	Arteriopatia arti superiori – Dolore a seguito di impegno fisico degli arti; sono presenti ulcere persistenti, a seconda del livello e della mono o bilateralità	Fino a 20
20.	Arteriopatia arti superiori – Presenza di disturbi trofici con amputazioni, a seconda del livello e della mono o bilateralità	21-85
21.	Sindrome dello stretto toracico in fase iniziale, a seconda della mono o bilateralità	Fino a 6
22.	Arteriopatia arti inferiori – Pazienti in stadio I di Fontaine-Lériché	Fino a 5
23.	Arteriopatia arti inferiori – Pazienti in stadio II di Fontaine-Lériché	6-20
24.	Arteriopatia arti inferiori – Pazienti in stadio IIb di Fontaine-Lériché	21-30
25.	Arteriopatia arti inferiori – Pazienti in stadio III di Fontaine-Lériché	31-55
26.	Arteriopatia arti inferiori – Pazienti in stadio IV di Fontaine-Lériché	Fino a 80
27.	Flebo-linfopatie arti inferiori – Soggetti con flebolinfostasi regredibile mediante adeguata elastocompressione, con edema serotino, cianosi, parestesie, sofferenza alla marcia	Fino a 5
28.	Flebo-linfopatie arti inferiori – Sindrome postflebitica totalmente o parzialmente ricanalizzata. Varici complicate da varicoflebiti con segni importanti di stasi e/o turbe trofiche. In ambedue i casi possono essere presenti retrazioni cicatriziali	Fino a 20
29.	Flebo-linfopatie arti inferiori – Pazienti portatori di: trombosi venosa profonda, malattia post-flebitica con ostruzione permanente dei collettori profondi e importanti segni di stasi. Linfedema medio-grave ed irreversibile; ulcerazioni profonde bilaterale; varicorragie	Fino a 50
30.	Linfedema mostruoso, irreversibile, degli arti inferiori	Fino a 70

* Decreto Ministeriale del 12 luglio 2000: Approvazione di "Tabella delle menomazioni"; "Tabella indennizzo danno biologico"; "Tabella dei coefficienti", relative al danno biologico ai fini della tutela dell'assicurazione contro gli infortuni sul lavoro e le malattie professionali. (Gazzetta Ufficiale n. 172 del 25 luglio 2008, supplemento ordinario).

31. Vasculopatia, aneurismi dell'aorta (1)	
a) Esiti di intervento chirurgico o di endoprotesi su aneurisma dell'aorta, a seconda del livello e dei disturbi residui	Fino a 20
b) Esiti di intervento chirurgico su aneurisma complicato dell'aorta, a seconda del livello e dei disturbi residui	Fino a 30
32. Vasculopatia, aneurismi dell'aorta (2)	
Aneurisma dell'aorta non operabile, a seconda del tratto, dell'estensione e del diametro	Fino a 45
33. Vasculopatia, sindrome di Raynaud (1)	
Assenza del fenomeno di Raynaud, assenza del recupero della temperatura cutanea e del polso sino a 40' dalla fine del <i>cold-test</i> , pronta risposta alla trinitrina	Fino a 5
34. Vasculopatia, sindrome di Raynaud (2)	
Forme subcliniche con fenomenologia di Raynaud; comparsa di tipica crisi ischemica nel corso del <i>cold-test</i> a carico delle falangi distale ed intermedia di più dita, pronta risposta alla trinitrina	Fino a 12
35. Vasculopatia, sindrome di Raynaud (3)	
Presenza di disturbi trofici: ulcerazioni superficiali a carico dell'estremità superiori, assenza assoluta di risposta alla trinitrina	Fino a 20
36. Cicatrici cutanee, non interessanti il volto ed il collo, distrofiche, discromiche	Fino a 5
37. Cicatrici cutanee deturpanti, non interessanti il volto ed il collo	Fino a 12
38. Cicatrici cutanee, interessanti il volto ed il collo, a seconda della natura, della estensione e del complessivo pregiudizio fisionomico o fisiognomico, fino alla deturpazione	Fino a 30
39. Dermopatia cronica a genesi irritativa, con alterazione della sensibilità, a seconda del tipo e della diffusione delle lesioni	Fino a 7
40. Dermopatia cronica a genesi irritativa, a seconda del tipo e della diffusione delle lesioni, comunque interessanti il volto e/o il collo e gli arti, con alterazione della sensibilità ed apprezzabile pregiudizio estetico	Fino a 16
41. Stato di sensibilizzazione con risposta dermatitica ad allergene (professionale, non professionale) a seconda della gravità e della frequenza delle riacutizzazioni	Fino a 5
42. Dermopatia cronica a genesi allergica, con alterazione della sensibilità, a seconda del tipo e della diffusione delle lesioni	Fino a 8
43. Dermopatia cronica a genesi allergica, con alterazione della sensibilità ed apprezzabile pregiudizio estetico, a seconda del tipo e della diffusione delle lesioni, comunque interessanti il volto e/o il collo e gli arti	Fino a 20
44. Perdita di singoli elementi dentari, se non protesizzabili ¹	
– incisivo inferiore	0,5
– incisivo superiore	1
– canino	1,25
– premolare	0,75
– I molare	1,25
– II molare	1
– III molare	0,5
45. Esiti di fratture del condilo mandibolare consistenti in sintomi ed alterazioni condilari minori	Fino a 4
46. Esiti di fratture del condilo mandibolare consistenti in sintomi ed alterazioni condilari maggiori	Fino a 8
47. Esiti di lesione del condilo mandibolare consistenti in importante sindrome algico-disfunzionale e irreversibile deficit articolare (distanza i.c. intorno a 20 mm)	Fino a 12
48. Stenosi esofagea di grado moderato con alterazione del transito e necessità di adeguato regime alimentare, senza ripercussioni sullo stato nutrizionale generale, a seconda del grado di disfagia	Fino a 10

¹ In caso di protesizzazione o di reimpianto, già effettuato al momento della valutazione dei postumi, l'indicazione percentuale proposta nella guida è ridotta della metà. In caso di protesizzazione successiva degli elementi dentari già valutati ed indennizzati, dovrà procedersi a rivalutazione del danno per miglioramento in sede di prima revisione utile.

(continua)

49.	Stenosi esofagea marcata con ripercussioni sullo stato nutrizionale generale, necessità di trattamento terapeutico e di alimentazione semiliquida	Fino a 20
50.	Stenosi esofagea serrata e disturbi funzionali conseguenti (Vedasi voci da n. 53 a n. 56)	
51.	Patologia gastrica e intestinale flogistica e/o stenotica e/o da resezione (comprensiva del danno anatomico), a seconda del tratto, con sintomi e segni saltuari senza ripercussione sullo stato generale, richiedente trattamento dietetico e/o farmacologico, senza palese limitazione delle attività ordinarie ed usuali	Fino a 8
52.	Patologia gastrica e intestinale flogistica e/o stenotica e/o da resezione (comprensiva del danno anatomico), a seconda del tratto, con sintomatologia intermittente, apprezzabile nelle fasi di acuzie, non condizionante funzioni di assorbimento ed escretorie, con opportunità di trattamento medico e cautele igieniche costanti, con apprezzabile e concreta limitazione di alcune delle attività ordinarie ed usuali	Fino a 15
53.	Patologia gastrica e intestinale flogistica e/o stenotica e/o da resezione (comprensiva del danno anatomico), a seconda del tratto, con sintomatologia subcontinua, ripercussione sullo stato generale ed eventuale perdita di peso, richiedente necessità di trattamento farmacologico, dietetico e cautele igieniche, interferenza sulle attività ordinarie superiore a quella della classe precedente	Fino a 25
54.	Patologia gastrica e intestinale flogistica e/o stenotica e/o da resezione (comprensiva del danno anatomico), a seconda del tratto, con sintomi e segni continui di grado moderato, compromissione dello stato generale e perdita di peso intorno al 20% rispetto a quello usuale per il soggetto e comunque al di sotto di quello ideale, necessità di trattamento medico e/o chirurgico, limitazione concreta delle attività ordinarie ed usuali	Fino a 40
55.	Patologia gastrica e intestinale flogistica e/o stenotica e/o da resezione (comprensiva del danno anatomico), a seconda del tratto, con sintomi e segni continui o subcontinui di entità severa, rilevante perdita di peso comunque superiore ai livelli della classe precedente, trattamento medico e/o chirurgico non efficace, conservazione dell'autonomia gestionale e relazionale nel contesto di una concreta e grave limitazione delle attività svolte dal soggetto	Fino a 55
56.	Patologia gastrica e intestinale flogistica e/o stenotica e/o da resezione (comprensiva del danno anatomico), a seconda del tratto, severa compromissione dello stato generale conseguente alla alterazione delle funzioni gastro-intestinali, inefficacia dei trattamenti medici e/o chirurgici, dimagrimento non altrimenti controllato, riflessi sull'autonomia personale del soggetto e/o con obbligata degenza a letto e/o con impossibilità allo svolgimento delle attività minime relazionali	> 55
57.	Incontinenza dello sfintere anale totale e permanente, con disturbi secondari locali	Fino a 40
58.	Ano preternaturale, a seconda della malattia di base ²	Fino a 40
59.	Esiti di lesione epatica contusivo-emorragica e/o discontinuativa consistente in cicatrici, disturbi post-aderenziali e/o modeste alterazioni bioumorali	Fino a 8
60.	Esiti di epatectomia per 1/3 dell'organo, con alterazioni bioumorali	Fino a 16
61.	Epatite cronica con alterazioni morfologiche ecografiche e cliniche di lieve entità, modifiche modeste degli indici bioumorali, assenza di fibrosi	Fino a 8
62.	Epatite cronica con segni di moderata fibrosi, alterazione costante degli indici bioumorali di necrosi e funzionalità, epatomegalia	Fino a 25
63.	Epatite cronica con segni di discreta attività, alterazione costante degli indici bioumorali di necrosi e funzionalità, splenomegalia; a seconda anche della positività HBV o HCV in caso di genesi virale	Fino a 45
64.	Epatite cronica con segni di ascite conclamata ma controllabile con trattamento medico-dietetico, a seconda del grado di encefalopatia	Fino a 60
65.	Epatite cronica con segni di ascite scompensata, difficilmente controllabile con terapia medico-dietetica, a seconda delle complicanze comparse e soprattutto del grado di encefalopatia	> 60

² La valutazione dell'ano preternaturale, espressa con valore massimo (40%), è comprensiva della patologia di base qualora la stessa non comporti maggiore valutazione.

66. Esiti di colecistectomia, a seconda dei disturbi residui	Fino a 5
67. Pancreatite cronica con dolore continuo-subcontinuo, con segni di iniziale insufficienza esocrina e necessità di trattamento farmacologico	Fino a 15
68. Pancreatite cronica con conclamata sindrome da malassorbimento e rilevante calo ponderale	Fino a 40
69. Anemia aplastica di grado non grave, a seconda anche dell'efficacia del trattamento	Fino a 20
70. Anemia aplastica grave, a seconda delle manifestazioni cliniche e dell'efficacia del trattamento (<i>neutrofili < 500 /mm³, piastrine < 20.000 /mm³, reticolociti < 40.000 /mm³</i>)	Fino a 60
71. Anemia aplastica molto grave, a seconda anche dell'efficacia del trattamento (<i>neutrofili < 200 /mm³, piastrine < 20.000 /mm³, reticolociti < 40.000 /mm³</i>)	> 60
72. Anemia emolitica non immune con buon compenso midollare	Fino a 10
73. Anemia emolitica non immune con necessità terapeutiche, a seconda delle manifestazioni cliniche	Fino a 35
74. Anemia emolitica non immune grave	> 35
75. Disordini emorragici da piastrinopenia non grave, a seconda della frequenza e della gravità dei disturbi	Fino a 10
76. Disordini emorragici da piastrinopenia grave, a seconda della frequenza e della gravità dei disturbi (<i>piastrine ≤ 20.000 /mm³</i>)	Fino a 40
77. Disordini emorragici da piastrinopenia severa, a seconda della frequenza e della gravità dei disturbi (<i>piastrine ≤ 10.000 /mm³</i>)	> 40
78. Porfiria cutanea tarda con manifestazioni cliniche apprezzabili e costanti	Fino a 10
79. Porfiria cutanea tarda, complicata con epatopatia a seconda del grado	> 10
80. Leucemia mieloide cronica in fase iniziale, asintomatica, a seconda delle necessità e degli effetti terapeutici	Fino a 40
81. Leucemia mieloide cronica con disturbi minori	Fino a 80
82. Leucemia mieloide cronica in fase accelerata	> 80
83. Leucemia mieloide cronica in fase blastica	100
84. Leucemia linfatica cronica con interessamento sino a tre stazioni linfonodali, stadio A della classificazione internazionale, a seconda dei disturbi e delle necessità terapeutiche	Fino a 30
85. Leucemia linfatica cronica con più di tre stazioni linfonodali coinvolte, stadio B della classificazione internazionale, a seconda dei sintomi sistemici progressivi	Fino a 80
86. Leucemia linfatica cronica stadio C della classificazione internazionale, con anemia e piastrinopenia gravemente sintomatiche, indipendentemente dalle stazioni linfonodali coinvolte	> 80
87. Linfomi non-Hodgkin's (1): – linfomi B a basso grado di malignità, secondo classificazione di Kiel, in base allo stadio di maturazione linfocitaria ed alla capacità di risposta alla terapia	Fino a 30
88. Linfomi non-Hodgkin's (2): – linfomi B ad alto grado di malignità, secondo classificazione di Kiel, in base allo stadio di maturazione linfocitaria ed alla capacità di risposta alla terapia	> 30
89. Linfomi non-Hodgkin's (3): – linfomi T a basso grado di malignità, secondo classificazione di Kiel, comprensivi dei linfomi T periferici non specificati, in base allo stadio di maturazione linfocitaria ed alla capacità di risposta alla terapia	Fino a 30
90. Linfomi non-Hodgkin's (4): – linfomi T ad alto grado di malignità, secondo classificazione di Kiel, comprensivi dei linfomi T periferici non specificati, in base allo stadio di maturazione linfocitaria ed alla capacità di risposta alla terapia	> 30
91. Recidive di linfomi non-Hodgkin's, già trattati con trapianto di midollo allogenico	> 80
92. Linfoma non-Hodgkin's in AIDS	> 80

(continua)

93. Morbo di Hodgkin, stadio IA, IIA secondo Ann Arbor in base agli effetti cronici della terapia	Fino a 10
94. Morbo di Hodgkin, stadio IA, IIA con interessamento di almeno quattro siti o con presenza di massa tumorale; stadio IIIA, IB, IIB secondo Ann Arbor in base anche alla persistenza di sintomi ed alla capacità di risposta alla terapia	Fino a 40
95. Morbo di Hodgkin, stadio IIIB, IVA, IVB secondo Ann Arbor	> 40
96. Mieloma multiplo in stadio I secondo Durie e Salmon, in base all'entità ed alla completezza del quadro sindromico (funzionalità renale e lesioni osteolitiche in particolare)	Fino a 45
97. Mieloma multiplo in stadio II secondo Durie e Salmon, in base all'entità ed alla completezza del quadro sindromico (funzionalità renale e lesioni osteolitiche in particolare)	Fino a 80
98. Mieloma multiplo in stadio III secondo Durie e Salmon, in base all'entità ed alla completezza del quadro sindromico (funzionalità renale e lesioni osteolitiche in particolare)	> 80
99. Policitemia vera in fase proliferativa o stabile, a seconda del grado di eritrocitosi e trombocitosi, della sussistenza dei sintomi correlati e delle necessità terapeutiche	Fino a 25
100. Policitemia vera in fase spenta, a seconda del quadro sindromico correlato, della natura e dell'entità delle complicanze	> 25
101. Policitemia vera complicata da tumori o in trasformazione leucemica	> 80
102. Infezione cronica da HIV in asintomatico o con linfadenopatia generalizzata persistente (PGL), con linfociti TCD4+ >500 /mm ³ , a seconda della carica virale plasmatica	Fino a 16
103. Infezione cronica da HIV in asintomatico o con linfadenopatia generalizzata persistente (PGL), in trattamento, con linfociti TCD4+ compresi tra 200 e 500/mm ³	Fino a 30
104. Infezione cronica da HIV in asintomatico o con linfadenopatia generalizzata persistente (PGL), in trattamento, con linfociti TCD4+ <200 /mm ³	Fino a 45
105. Infezione cronica da HIV in sintomatico, in stadio iniziale, con linfociti TCD4+ >500/mm ³ , a seconda della natura e della gravità delle complicanze cliniche ³	Fino a 25
106. Infezione cronica da HIV in sintomatico, in stadio intermedio, con linfociti TCD4+ compresi tra 200 e 500 /mm ³ , a seconda della natura e della gravità delle complicanze cliniche	Fino a 45
107. Infezione cronica da HIV in sintomatico, in stadio avanzato, con linfociti TCD4+ <200 /mm ³ , a seconda della natura e della gravità delle complicanze cliniche	Fino a 80
108. Infezione cronica da HIV in stadio tardivo, con linfociti TCD4+ <50 /mm ³ , a seconda della natura e della gravità delle complicanze cliniche	> 80
109. Splenectomia con necessità di accorgimenti terapeutici	Fino a 9
110. Diabete mellito di tipo II in buon controllo metabolico	Fino a 10
111. Diabete mellito di tipo II insulino-trattato, ben compensato	Fino a 15
112. Diabete mellito di tipo II senza adeguato controllo metabolico	Fino a 25
113. Diabete mellito di tipo II scompensato, a seconda dell'interessamento sistemico	> 25
114. Diabete mellito di tipo I	Fino a 25
115. Diabete mellito di tipo I instabile, a seconda dell'interessamento sistemico	> 25
116. Diabete insipido con assente o residuale poliuria, polidipsia, in trattamento	Fino a 5
117. Diabete insipido in controllo farmacologico incompleto, a seconda della sindrome residuale	Fino a 25
118. Esiti di tireopatia, ipo-iper, richiedenti trattamento, con manifestazioni cliniche conseguenti a disturbi funzionali marcati, persistenti	Fino a 20

³ La ascrivibilità del paziente con HIV sintomatico ad uno degli stadi indicati in tabella, è funzione del livello di CD4+ e delle patologie opportunistiche e/o neoplastiche e/o neurologiche manifestate.

La teorica relazione tra i due fondamentali valutativi (numero dei linfociti e sindrome clinica) non esclude che pazienti con gravi e persistenti complicanze opportunistiche e con buon livello di CD4+ siano valutati ed inseriti nello stadio più avanzato rispetto a quello indicato dai CD4+. In altri termini, in caso di discordanza tra il livello di CD4+ ed il tipo e la gravità della patologia opportunistica o neoplastica o neurologica, la valutazione del danno sarà guidata e motivata essenzialmente dal secondo dei due elementi (complicanze cliniche). Detta stadiazione, cosiddetta aperta, è tanto più applicabile in quanto si è in presenza di plurime patologie opportunistiche ricadenti tra quelle maggiori.

119. Esiti di tiroidectomia, parziale o totale, a seconda dell'efficacia del trattamento sostitutivo farmacologico, con manifestazioni cliniche conseguenti a disturbi funzionali marcati	Fino a 22
120. Insufficienza surrenalica ben compensata con trattamento sostitutivo, in assenza o con sfumati effetti iatrogeni	Fino a 16
121. Insufficienza surrenalica non controllata farmacologicamente e a seconda delle crisi addisoniane e degli squilibri idro-elettrolitici	Fino a 50
122. Obesità con indice di massa corporea (IMC o BMI) compreso tra 40 e 60 ⁴	Fino a 16
123. Ernia inguinale operabile	Fino a 5
124. Ernia crurale operabile	Fino a 5
125. Ernia epigastrica, ombelicale, ipogastrica operabile	Fino a 5
126. Laparocele, a seconda delle dimensioni (>10 cm)	Fino a 8
127. Ernie operate con successo: da valutarsi come cicatrici semplici	
128. Ernia diaframmatica operabile	Fino a 5
129. Ernia non operabile	Fino a 9
130. Lesioni precancerose efficacemente trattate	Fino a 5
131. Neoplasie maligne che si giovano di trattamento medico e/o chirurgico locale, radicale ⁵	Fino a 10
132. Recidive di neoplasia maligna che si giovano di trattamento medico e/o chirurgico locale, radicale ⁶	Fino a 16
133. Neoplasie maligne che si giovano di trattamento medico e/o chirurgico ai fini di una prognosi <i>quoad vitam</i> superiore a 5 anni, a seconda della persistenza e dell'entità di segni e sintomi minori di malattia, comprensivi degli effetti collaterali della terapia	Fino a 30
134. Neoplasie maligne che non si giovano di trattamento medico e/o chirurgico ai fini di una prognosi <i>quoad vitam</i> superiore a 5 anni; i pazienti richiedono speciali cure ed assistenza, sono sostanzialmente abili allo svolgimento delle necessità primarie ed agli atti del vivere comune	Fino a 60
135. Neoplasie maligne che non si giovano di trattamento medico e/o chirurgico ai fini di una prognosi <i>quoad vitam</i> superiore a 5 anni, il supporto terapeutico ed assistenziale è necessario e continuo, il soggetto è severamente disabile, è indicata l'ospedalizzazione	Fino a 80
136. Neoplasie maligne con metastasi plurime diffuse e severa compromissione dello stato generale con necessità di ospedalizzazione ovvero di presidi domiciliari equivalenti, sebbene la morte non sia imminente	> 80
137. Cachessia neoplastica	100
138. Tetraplegia alta ⁷	100
139. Emiplegia flaccida	85
140. Emiplegia spastica con possibilità di deambulare con appoggio ed arto superiore funzionalmente perduto	Fino a 75
141. Paraplegia ⁸	85
142. Monoplegia dell'arto superiore	<i>d.</i> : 58 - <i>n.d.</i> ⁹ : 48
143. Monoplegia dell'arto inferiore	55
144. Tetraparesi, a seconda del deficit di forza	Fino a 80

⁴ L'Indice di Massa Corporea o *Body Mass Index* è espresso dalla seguente formula: $IMC = P/h^2$, ove P è il peso espresso in kg, h è l'altezza espressa in metri.

⁵ Deve intendersi per trattamento radicale l'exeresi, locale e/o distrettuale della massa tumorale con interruzione presuntiva del processo neoplastico.

⁶ Nel caso di recidive multiple il punteggio complessivamente assegnato, a seguito di accertamenti policroni, deve far riferimento alla voce che costituisce il limite massimo di danno indennizzabile.

⁷ Il valore percentuale del 100% va esclusivamente riservato ai casi di menomazione corrispondenti alla tetraplegia alta ovvero, in altri termini, alla paraplegia degli anglosassoni; l'interessamento midollare a livello più basso, con condizioni di deficit più sfumato, non giustificano l'eccezionale attribuzione percentuale.

⁸ Il valore percentuale pari ad 85% è riservato alla condizione di disautonomia motoria del tronco, degli arti inferiori con anche danno genito-urinario.

⁹ Le sigle *d.* e *n.d.* sono da riferirsi, rispettivamente, a lato o arto dominante ed a lato o arto non dominante.

(continua)

145. Paraparesi con deficit di forza di media entità, deambulazione consentita con appoggio	46 - 50
146. Paraparesi con deficit di forza di lieve entità, deambulazione deficitaria ma possibile senza appoggio	40 - 45
147. Monoparesi dell'arto superiore con grave deficit di forza e della compromissione dei movimenti fini della mano	d.: fino a 45 -n.d.: fino a 40
148. Monoparesi dell'arto inferiore a seconda del deficit di forza e della compromissione deambulatoria	25-35
149. Emiparesi con grave deficit di forza, deambulazione con appoggio, perdita o grave difficoltà ai movimenti fini della mano dominante	Fino a 60
150. Emiparesi con medio deficit di forza, possibilità di deambulazione senza appoggio, difficoltà ai movimenti fini della mano dominante	Fino a 35
151. Emiparesi con minimo deficit di forza e sfumati segni piramidali	Fino a 8
152. Afasia non fluente (motoria o dell'area di Broca):	
- sfumata	10
- lieve	Fino a 20
- media	Fino a 30
- grave	Fino a 45
153. Afasia fluente (sensoperceptiva o dell'area di Wernicke):	
- sfumata	Fino a 20
- lieve	Fino a 35
- media	Fino a 45
- grave	Fino a 65
154. Afasia globale:	
- media	Fino a 65
- grave	>80
155. Paralisi totale del plesso brachiale	d.: 58 - n.d.: 48
156. Sindrome radicolare superiore tipo Duchenne-Erb, a seconda del lato	Fino a 42
157. Sindrome radicolare media tipo Remak, a seconda del lato	Fino a 25
158. Sindrome radicolare superiore tipo Dejerine-Klumpke, a seconda del lato	Fino a 40
159. Paralisi totale del nervo radiale a seconda del lato: alta	Fino a 35
160. Paralisi totale del nervo radiale a seconda del lato: bassa	Fino a 25
161. Paralisi totale del nervo mediano, a seconda del lato e della fase (irritativa, deficitaria, paralitica): alta	Fino a 40
162. Paralisi totale del nervo mediano, a seconda del lato e della fase (irritativa, deficitaria, paralitica): bassa	Fino a 35
163. Esiti neurologici di sindromi canalicolari (a tipo tunnel carpale) con sfumata compromissione funzionale, a seconda dell'efficacia del trattamento e della mono o bilateralità	Fino a 7
164. Paralisi totale del nervo ulnare, a seconda del lato e del livello	Fino a 25
165. Esiti neurologici di sindromi canalicolari (a tipo tunnel/canale di Guyon, canale cubitale) con sfumata compromissione funzionale, a seconda dell'efficacia del trattamento, a seconda della mono o bilateralità	Fino a 6
166. Paralisi totale del nervo circonflesso	16
167. Paralisi completa del nervo muscolo-cutaneo	15
168. Paralisi totale del nervo femorale	30
169. Paralisi totale del nervo sciatico, a seconda del livello	Fino a 40
170. Paralisi totale del nervo sciatico popliteo interno	18
171. Paralisi totale del nervo sciatico popliteo esterno	22
172. Paralisi periferica totale, monolaterale, del nervo facciale	Fino a 18

(continua)

173. Nevralgia del trigemino, a seconda della frequenza delle crisi	Fino a 20
174. Deficit masticatorio da lesione del trigemino	Fino a 5
175. Deficit sensitivo da lesione del trigemino	Fino a 5
176. Epilessia con sporadiche crisi, a seconda del tipo di crisi (semplici, complesse, generalizzate)	Fino a 10
177. Epilessia trattata farmacologicamente, a seconda della frequenza delle crisi (da mensili a settimanali) e del tipo di crisi (semplici, complesse, generalizzate)	Fino a 30
178. Epilessia non controllata farmacologicamente con crisi settimanali plurime, alterazioni di natura psichiatrica, ideomotorie e comportamentali, svolgimento di attività protette, a seconda del tipo di crisi (semplici, complesse, generalizzate)	Fino a 60
179. Epilessia con grave compromissione psicofisica (scadimento sino alla perdita dell'autonomia personale) a seconda del tipo di crisi (semplici, complesse, generalizzate)	> 60
180. Disturbo post-traumatico da stress cronico moderato, a seconda dell'efficacia della psicoterapia	Fino a 6
181. Disturbo post-traumatico da stress cronico severo, a seconda dell'efficacia della psicoterapia	Fino a 15
182. Sindrome soggettiva del traumatizzato cranico	Fino a 4
183. Disturbo psicotico – sindrome dissociativa di lieve entità	10-20
184. Disturbo psicotico – sindrome dissociativa di media entità	21-50
185. Disturbo psicotico – sindrome dissociativa di grave entità	> 50
186. Sindrome prefrontale psicorganica non grave	Fino a 20
187. Sindrome prefrontale psicorganica grave o severa	> 20
188. Deterioramento mentale, sostanzialmente comparabile a stato deficitario semplice	Fino a 50
189. Deterioramento mentale generale	> 50
190. Demenza vera	> 90
191. Anchilosi ¹⁰ del rachide <i>in toto</i> , a seconda del coinvolgimento nervoso	Fino a 60
192. Patologia vertebrale con deficit funzionale complessivo di media o grave entità, con disturbi trofico-sensitivi ¹¹ anche persistenti e disturbi motori solo episodici ma reversibili; quadro diagnostico-strumentale di discoartrosi pluridistrettuale, di grado severo, comunque presente nei tratti cervicale e lombare	Fino a 35
193. Patologia vertebrale con deficit funzionale complessivo di lieve entità o ai gradi estremi delle escursioni articolari, con disturbi trofico-sensitivi anche persistenti e disturbi motori solo intermittenti, reversibili; quadro diagnostico-strumentale di discoartrosi pluridistrettuale di grado medio-grave, comunque presente nei tratti cervicale e lombare	Fino a 25
194. Esiti di frattura somatica dell'atlante o dell'epistrofeo consistenti in deficit funzionale medio, in assenza di segni e sintomi neurologici persistenti	Fino a 10
195. Anchilosi del rachide cervicale in posizione favorevole	25
196. Esiti di frattura di vertebra cervicale con residua deformazione somatica, deficit funzionale di media entità e disturbi trofico-sensitivi intercorrenti	Fino a 10
197. Esiti di duplice frattura vertebrale cervicale con residua deformazione somatica, deficit funzionale di media entità ed artrosi reattiva locoregionale	Fino a 16
198. Esiti di frattura apofisaria cervicale con disfunzionalità residua	Fino a 5
199. Esiti di distorsione del rachide cervicale con deficit funzionale apprezzabile su base antalgica, disturbi radicolari di natura trofico-sensitiva	Fino a 4
200. Anchilosi del tratto dorsale	10
201. Esiti di frattura di vertebra dorsale con residua deformazione somatica e dolore riflesso	Fino a 6
202. Esiti di frattura della XII vertebra dorsale con residua deformazione somatica e deficit funzionale di media entità	Fino a 10

¹⁰ La voce "anchilosi", utilizzata per i vari segmenti osteo-articolari, deve intendersi come impossibilità attiva e passiva a qualsiasi movimento articolare.

¹¹ Devono intendersi disturbi trofico-sensitivi i disturbi del trofismo cutaneo (a tipo pallore, acrocianosi, ecc.) e disturbi della sensibilità tattile e termo-dolorifica (a tipo ipoestesia, anestesia, parestesia).

(continua)

203. Esiti di frattura dell'arco o di processo trasverso o di elementi posteriori con dolore riflesso	Fino a 3
204. Anchilosi del tratto lombare con risentimento trofico-sensitivo, a seconda dei disturbi motori	Fino a 25
205. Esiti di frattura di vertebra lombare con residua deformazione somatica, deficit funzionale di media entità e/o disturbi trofico-sensitivi intercorrenti	Fino a 10
206. Esiti di duplice frattura vertebrale lombare con residua deformazione somatica, deficit funzionale di media entità ed artrosi reattiva locoregionale	Fino a 16
207. Esiti di frattura apofisaria lombare con disfunzionalità residua	Fino a 4
208. Esiti di frattura somatica vertebrale, apprezzabili strumentalmente, in assenza di ripercussione funzionale	Fino a 5
209. Esiti di trauma distorsivo o contusivo-distorsivo del rachide lombare con deficit funzionale apprezzabile e disturbi radicolari intercorrenti di natura trofico-sensitiva	Fino a 6
210. Esiti di frattura sacrale con deformazione residua e riflesso antalgico disfunzionale	Fino a 5
211. Esiti di frattura coccigea consistenti in coccigodinia reattiva e deformazione ossea residua	Fino a 6
212. Ernia discale del tratto cervicale con disturbi trofico-sensitivi persistenti	Fino a 12
213. Ernia discale del tratto lombare con disturbi trofico-sensitivi persistenti	Fino a 12
214. Esiti di frattura di clavicola apprezzabili con indagini strumentali, in assenza o con sfumata compromissione funzionale	Fino a 2
215. Esiti di lussazione acromioclaveare o sternoclaveare apprezzabili con indagini strumentali, in assenza o con sfumata compromissione funzionale	Fino a 4
216. Esiti di frattura dello sterno apprezzabili con indagini strumentali, in assenza o con sfumata compromissione funzionale	Fino a 5
217. Esiti di frattura della scapola, apprezzabili strumentalmente, in assenza di compromissione funzionale	Fino a 3
218. Esiti di frattura di una costa apprezzabili con indagini strumentali	2
219. Esiti di fratture costali multiple, viziosamente consolidate; per ogni costa	Fino a 1
220. Perdita bilaterale degli arti superiori ¹²	85
221. Perdita del braccio per disarticolazione scapolo-omerale, a seconda dell'applicazione di protesi efficace	d.: 60-65 n.d.: 50-55
222. Perdita del braccio per amputazione al terzo superiore o terzo medio, a seconda dell'applicazione di protesi efficace	d.: 55-60 n.d.: 45-50
223. Anchilosi completa dell'articolazione scapolo-omerale con arto in posizione favorevole	d.: 25 - n.d.: 20
224. Limitazione dei movimenti dell'articolazione scapolo-omerale ai gradi estremi	3
225. Esiti di lussazione di spalla, apprezzabili strumentalmente, in assenza di ripercussioni funzionali	Fino a 4
226. Instabilità di spalla:	
- di grado severo (a tipo lussazione abituale)	d.: 12 - n.d.: 10
- di grado medio (a tipo lussazione recidivante)	d.: 6 - n.d.: 5
227. Esiti di lesione delle strutture muscolo-tendinee della spalla, apprezzabili strumentalmente, non comprensive del danno derivante dalla limitazione funzionale	Fino a 4
228. Esiti di lesioni tendinee del muscolo bicipite brachiale, a seconda del deficit di forza	Fino a 6
229. Esiti di frattura d'omero diafisaria, viziosamente consolidata, con dismorfismo, in assenza o con sfumata compromissione funzionale	Fino a 4
230. Anchilosi del gomito in posizione favorevole con prono-supinazione libera	d.: 18 - n.d.: 15
231. Anchilosi del gomito in posizione sfavorevole	d.: 24 - n.d.: 20

¹² Per quanto attiene alla perdita dei due arti superiori, il valore massimo dell'85% va riservato ai casi di amputazione di entrambi gli arti superiori con eventuale sofferenza dolorosa del moncone.

232. Esiti di epicondiliti, epitrocleiti e patologie muscolo-tendinee assimilabili, apprezzabili strumentalmente, in assenza o con sfumata ripercussione funzionale, a seconda della mono o bilateralità	Fino a 5
233. Perdita totale dell'avambraccio, a seconda dell'applicazione di protesi efficace	d.: 50-55 - n.d.: 40-45
234. Esiti di frattura di radio, viziosamente consolidata, in assenza o con sfumata compromissione funzionale	Fino a 4
235. Esiti di frattura di ulna, viziosamente consolidata, in assenza o con sfumata compromissione funzionale	Fino a 4
236. Anchilosi del polso in estensione rettilinea, in supinazione	d.: 20 - n.d.: 16
237. Anchilosi del polso in estensione rettilinea, senza limitazione della pronosupinazione	d.: 10 - n.d.: 8
238. Movimenti di flessione-estensione del polso limitati ai gradi estremi	2
239. Perdita bilaterale della mano	75
240. Perdita della mano	d.: 55 - n.d.: 45
241. Perdita di tutte le dita della mano	d.: 48 - n.d.: 41
242. Perdita del pollice e del I metacarpo	d.: 22 - n.d.: 18
243. Perdita totale del pollice	d.: 20 - n.d.: 16
244. Perdita totale dell'indice	d.: 11 - n.d.: 9
245. Perdita totale del medio	d.: 7 - n.d.: 6
246. Perdita totale dell'anulare	d.: 6 - n.d.: 5
247. Perdita totale del mignolo	d.: 8 - n.d.: 7
248. Perdita della falange ungueale del pollice	d.: 9 - n.d.: 8
249. Perdita della falange ungueale dell'indice	d.: 5 - n.d.: 4
250. Perdita della falange ungueale del medio	d.: 3 - n.d.: 2
251. Perdita della falange ungueale dell'anulare	2
252. Perdita della falange ungueale del mignolo	d.: 3 - n.d.: 2
253. Perdita delle ultime due falangi dell'indice	d.: 7 - n.d.: 6
254. Perdita delle ultime due falangi del medio	d.: 5 - n.d.: 4
255. Perdita delle ultime due falangi dell'anulare	3
256. Perdita delle ultime due falangi del mignolo	d.: 5 - n.d.: 4
257. Esiti di frattura di scafoide con evoluzione in pseudoartrosi	Fino a 5

(continua)

258. Esiti di frattura di altro osso carpale, apprezzabili strumentalmente, in assenza o con sfumata ripercussione funzionale	Fino a 3
259. Esiti di frattura del primo osso metacarpale apprezzabili strumentalmente, in assenza o con sfumata ripercussione funzionale	Fino a 3
260. Esiti di frattura di altro osso metacarpale, apprezzabili strumentalmente, in assenza o con sfumata ripercussione funzionale	Fino a 2
261. Anchilosi del pollice (metacarpofalangea e interfalangea) in posizione favorevole	d.: 15 - n.d.: 12
262. Anchilosi dell'articolazione interfalangea del pollice	d.: 5 - n.d.: 4
263. Anchilosi rettilinea dell'indice	d.: 8 - n.d.: 5
264. Anchilosi rettilinea del medio	d.: 5 - n.d.: 4
265. Anchilosi rettilinea dell'anulare	3
266. Anchilosi rettilinea del mignolo	d.: 5 - n.d.: 4
267. Esiti di tenovaginaliti del distretto polso-mano, apprezzabili strumentalmente, a seconda del grado e dell'estensione, in assenza o con sfumata limitazione funzionale	Fino a 4
268. Perdita totale di coscia, bilateralmente, a seconda dell'applicazione di protesi efficace	Fino a 80
269. Perdita totale di coscia per disarticolazione coxo-femorale, a seconda dell'applicazione di protesi efficace	45-60
270. Perdita di una coscia in qualsiasi altro punto, a seconda dell'applicazione di protesi efficace	35-50
271. Anchilosi completa coxo-femorale con arto in posizione favorevole	30
272. Esiti di frattura di femore, apprezzabili con indagini strumentali, in assenza o con sfumata ripercussione funzionale	Fino a 8
273. Anchilosi rettilinea del ginocchio (180°)	3
274. Esiti di patellectomia, in assenza o con sfumata ripercussione funzionale	Fino a 6
275. Deficit articolare del ginocchio con flessione possibile da 50° a 90°	0 - 7
276. Deficit articolare del ginocchio con estensione impossibile negli ultimi 15° (da 165° a 180°) ¹³	Fino a 12
277. Lassità articolare del ginocchio per lesioni legamentose che non necessitano di intervento (a tipo di rotture parziali di un legamento, oppure di rotture complete ma ben compensate dal tono muscolare)	Fino a 4
278. Lassità articolare del ginocchio da rottura di uno dei due legamenti collaterali, non operata	Fino a 7
279. Lassità articolare del ginocchio da rottura, parziale o totale, di uno dei due legamenti crociati, non operata	Fino a 8
280. Lassità articolare del ginocchio da rottura, parziale o totale, dei due legamenti crociati, non operata e bisognevole di tutore	Fino a 16
281. Esiti di condropatie, a seconda del grado, non comprensivi del danno derivante dalla limitazione funzionale	Fino a 4
282. Esiti di meniscectomia artroscopica	2
283. Esiti di rottura di un menisco, non operata, a seconda del riflesso sulla funzionalità articolare	Fino a 4
284. Esiti di borsectomia, sinoviectomia, a seconda del comparto aggredito chirurgicamente, in assenza di compromissione funzionale, a seconda della mono o bilateralità	Fino a 5
285. Perdita della gamba al terzo medio con ginocchio mobile, a seconda dell'applicazione di protesi efficace	30-40
286. Perdita del piede	30
287. Perdita dell'avampiede, a seconda del livello	Fino a 20

¹³ I gradi compresi tra 180° e 175° comportano una valutazione minima.

288. Perdita anatomica dell'alluce	4
289. Perdita delle altre dita del piede, a seconda del numero	Fino a 4
290. Esiti di frattura isolata di tibia apprezzabili con indagini strumentali, in assenza o con sfumata ripercussione funzionale	Fino a 3
291. Esiti di frattura isolata di perone apprezzabili con indagini strumentali, in assenza o con sfumata ripercussione funzionale	Fino a 3
292. Esiti di fratture biossee della gamba, apprezzabili con indagini strumentali, con disturbi di circolo, in assenza o con sfumata ripercussione funzionale	Fino a 8
293. Anchilosi della caviglia in posizione favorevole	12
294. Anchilosi in posizione favorevole della caviglia e del complesso sottoastragalico-mediotarsico	15
295. Esiti di rottura, parziale o totale, del tendine d'Achille, trattati chirurgicamente	Fino a 8
296. Esiti di frattura del calcagno apprezzabili con indagini strumentali, con disturbi di circolo, in assenza o con sfumata ripercussione funzionale	Fino a 8
297. Esiti di frattura dell'astragalo apprezzabili con indagini strumentali, in assenza o con sfumata ripercussione funzionale	Fino a 5
298. Esiti di frattura dello scafoide apprezzabili con indagini strumentali, in assenza o con sfumata ripercussione funzionale	Fino a 3
299. Esiti di frattura del cuboide apprezzabili con indagini strumentali, in assenza o con sfumata ripercussione funzionale	Fino a 2
300. Esiti di frattura di un cuneiforme apprezzabili con indagini strumentali, in assenza o con sfumata ripercussione funzionale	Fino a 2
301. Esiti di frattura del primo metatarso apprezzabili con indagini strumentali, in assenza o con sfumata ripercussione funzionale	Fino a 2
302. Esiti di frattura di due o più metatarsi, comprensivi del primo e/o del quinto, apprezzabili con indagini strumentali, in assenza o con sfumata ripercussione funzionale	Fino a 4
303. Anchilosi favorevole prima metatarso-falangea	3
304. Anchilosi favorevole di due o più articolazioni metatarso-falangee comprensive del primo e del quinto raggio	Fino a 5
305. Anchilosi dell'interfalangea dell'alluce	2
306. Mezzi di sintesi in sede non comprensivi del danno derivante dalla limitazione funzionale del corrispondente segmento osteo-articolare	Fino a 3
307. Artroprotesi di anca, non comprensiva del danno funzionale, a seconda dell'età	Fino a 5
308. Artroprotesi di ginocchio, non comprensiva del danno funzionale, a seconda dell'età	Fino a 4
309. Accorciamento di arto intorno a 5 cm, a seconda dell'efficacia del presidio ortopedico	Fino a 6
310. Sordità completa unilaterale	12
311. Sordità completa bilaterale	50
312. Deficit uditivo bilaterale parziale	Vedasi all. n.1
313. Acufeni	Vedasi all. n.1
314. Vertigine parossistica posizionale benigna	Fino a 4
315. Sindrome labirintica deficitaria unilaterale o bilaterale, in accettabile compenso	Fino a 5
316. Sindrome labirintica deficitaria unilaterale mal compensata	Fino a 10
317. Sindrome vestibolare centrale disarmonica	Fino a 18
318. Disturbi della funzione gustativa sino all'ageusia	Fino a 5
319. Disturbi della funzione olfattiva con residua capacità funzionale	Fino a 5
320. Anosmia vera	8
321. Sinusopatia cronica mascellare, a seconda dei sintomi e dell'impegno del seno	Fino a 5
322. Sinusopatia cronica etmoido-sfenoidale o frontale, a seconda dei sintomi e dell'impegno del seno	Fino a 7
323. Esiti di frattura delle ossa nasali con minima alterazione del profilo nasale e lievi difficoltà respiratorie	Fino a 4

(continua)

324. Esiti di frattura delle ossa nasali con minima alterazione del profilo nasale diminuzione della pervietà nasale bilaterale intorno al 50%	Fino a 10
325. Esiti di lesioni traumatiche o malattia cronica del laringe che incidono apprezzabilmente sulla funzione fonatoria	Fino a 8
326. Esiti di lesioni traumatiche o malattia cronica del laringe che determinano una disfonia molto grave ovvero subtotale	Fino a 30
327. Rinite allergica, a seconda degli episodi	Fino a 10
328. Esiti di exeresi polmonare segmentaria o atipica, in assenza o con sfumata ripercussione funzionale	Fino a 8
329. Esiti di exeresi lobare, in assenza o con sfumata ripercussione funzionale	Fino a 12
330. Esiti di exeresi polmonare totale monolaterale	Fino a 25
331. Danno anatomico (a tipo: placche pleuriche; ovvero esiti di processo specifico; esito di scissuriti) in assenza o con sfumata ripercussione funzionale	Fino a 5
332. Danno anatomico riferibile a nodulazioni parenchimali, in assenza o con sfumata ripercussione funzionale, a seconda dell'estensione	Fino a 6
333. Insufficienza respiratoria lieve, secondo i parametri di cui all'all. 2 parte A	Fino a 15
334. Insufficienza respiratoria media, secondo i parametri di cui all'all. 2 parte A	Fino a 40
335. Insufficienza respiratoria grave, secondo i parametri di cui all'all. 2 parte A	Fino a 60
336. Insufficienza respiratoria severa, secondo i parametri di cui all'all. 2 parte A	> 60
337. Stato di sensibilizzazione ad allergeni con risposta dell'apparato respiratorio, eccezionali episodi anafilattici	Fino a 5
338. Crisi asmatiche documentate con assenza di deficit ventilatorio nel periodo intercritico, a seconda della frequenza delle riacutizzazioni e dell'entità delle crisi	Fino a 8
339. Asma, prima classe secondo i parametri di cui all'all. 2 parte B	Fino a 20
340. Asma, seconda classe secondo i parametri di cui all'all. 2 parte B	Fino a 35
341. Asma, terza classe secondo i parametri di cui all'all. 2 parte B	Fino a 60
342. Asma, quarta classe secondo i parametri di cui all'all. 2 parte B	> 60
343. Stato di male asmatico, a seconda dell'insufficienza ventilatoria, della natura e della gravità delle complicanze extrapolmonari	> 70
344. Esiti di evirazione totale, comprensiva delle turbe psico-relazionali, a seconda dell'età	Fino a 50
345. Perdita del pene, senza applicazione di correttivo, comprensiva delle turbe psicorelazionali, a seconda dell'età	Fino a 40
346. <i>Impotentia coeundi</i> organica (non corretta), comprensiva delle turbe psicorelazionali, a seconda dell'età	Fino a 30
347. <i>Impotentia coeundi</i> lieve correggibile con trattamento medico o difficoltà al coito psicogena, comprensiva delle turbe psicorelazionali, a seconda dell'età	Fino a 15
348. Castrazione totale, comprensiva delle turbe psicorelazionali, a seconda dell'età	Fino a 30
349. Perdita di un testicolo	6
350. Innestoannessioctomia totale: - dalla pubertà fino ai 45 anni con incidenza sull'attività sessuale e strutturazione di quadri psichiatrici	Fino a 40
- oltre i 45 anni con incidenza sull'attività sessuale e strutturazione di quadri psichiatrici	Fino a 20
351. Isterectomia: - fino ai 45 anni con eventuale incidenza sull'attività sessuale e strutturazione di quadri psichiatrici	Fino a 30
- oltre i 45 anni con eventuale incidenza sull'attività sessuale e strutturazione di quadri psichiatrici	Fino a 10
352. Ovariectomia bilaterale: - dalla pubertà fino ai 45 anni con incidenza sull'attività sessuale e strutturazione di quadri psichiatrici	Fino a 30
- oltre i 45 anni con incidenza sull'attività sessuale e strutturazione di quadri psichiatrici	Fino a 20
353. Ovariectomia monolaterale, a seconda dell'età	Fino a

354. Dismetrie del bacino (oltre al danno ortopedico) con necessità di parto per via addominale (<i>impotentia parturiendi</i>)	Fino a 7
355. Dispareunia e/o perturbazioni della sfera psico-sessuale dimostrabili e di cui possa essere accertata la causa	Fino a 15
356. Perdita di un rene (con rene superstite indenne), comprensiva degli esiti chirurgici cutanei	18
357. Perdita di entrambi i reni con trattamento dialitico	Fino a 75
358. Trapianto renale, con necessità terapeutica, e segni di insufficienza renale, a seconda della gravità (lieve, moderata)	Fino a 45
359. Trapianto renale con insufficienza d'organo e manifestazioni secondarie della terapia adottata di grado severo	Fino a 60
360. Idronefrosi unilaterale, a seconda dei disturbi funzionali	Fino a 25
361. Insufficienza renale ¹⁴ di lieve entità	Fino a 10
362. Insufficienza renale moderata	Fino a 25
363. Insufficienza renale grave	Fino a 40
364. Insufficienza renale severa	> 50
365. Cistite cronica	Fino a 12
366. Esiti di rottura della vescica trattati chirurgicamente, a seconda dei disturbi funzionali e flogistici	Fino a 25
367. Cistectomia definitiva, a seconda dell'efficacia del trattamento chirurgico	Fino a 20
368. Incontinenza urinaria assoluta, non migliorabile con mezzi palliativi, a seconda dell'età	85
369. Cecità assoluta bilaterale	28
370. Cecità assoluta monolaterale	
371. Deficit dell'acuità visiva	Vedasi all. n. 3, Parte A
372. Deficit del campo visivo	Vedasi all. n. 3, Parte B
373. Pseudoafachia, a seconda se monocolare o binocolare, comprensiva della correzione con lenti	Fino a 5
374. Afachia monocolare	Vedasi all. n. 3, Parte C
375. Afachia binocolare	Fino a 10
376. Diplopia nelle posizioni alte dello sguardo, a seconda dei meridiani interessati	Fino a 10
377. Diplopia nella parte inferiore del campo, a seconda dei meridiani interessati	Fino a 20
378. Diplopia nel campo centrale	Fino a 25
379. Diplopia in tutte le posizioni dello sguardo senza neutralizzazione, tale da obbligare ad occludere un occhio in permanenza	Fino a 28
380. Acromatopsia, discromatopsia	Fino a 8
381. Enucleazione o atrofia del bulbo oculare con possibilità di protesi estetica	28
382. Enucleazione o atrofia del bulbo oculare, senza possibilità di protesi estetica	35
383. Enucleazione di entrambi i bulbi oculari senza possibilità di protesi estetica	Fino a 90
384. Blefarospasmo	Fino a 5
385. Ectropion, entropion, lagofalmo, epifora	Fino a 5
386. Obliterazione delle vie lacrimali, a seconda dei disturbi secondari ¹⁵ - monolaterale - bilaterale	Fino a 4
387. Correzione con lenti, a seconda del potere refrattivo	Fino a 10
	Fino a 3

¹⁴ Le diverse classi d'insufficienza renale si individuano come di seguito:

- *i.r. lieve*: clearance creatinina tra 80 e 60 ml/min, creatininemia normale,
- *i.r. moderata*: clearance creatinina tra 59 e 46 ml/min, creatininemia inferiore a 1.3 mg,
- *i.r. grave*: clearance creatinina tra 45 e 16 ml/min, creatininemia tra 1.5 e 7 mg,
- *i.r. severa*: clearance creatinina inferiore a 15 ml/min, creatininemia superiore a 7 mg.

¹⁵ La valutazione del danno oculare monolaterale, qualora concomitino più patologie di annessi, dovrà computare tutte le fattispecie in una stima complessiva sino ad un massimo del 10%.

TABELLA RELATIVA AL DEFICIT Uditivo

Perdita uditiva in dB	Percentuali di deficit per singole frequenze				
	500 Hz	1000 Hz	2000 Hz	3000 Hz	4000 Hz
25	0	0	0	0	0
30	1,25	1,5	1,75	0,4	0,1
35	2,5	3	3,5	0,8	0,2
40	5	6	7	1,6	0,4
45	7,5	9	10,5	2,4	0,6
50	11,25	13,5	15,75	3,6	0,9
55	15	18	21	4,8	1,2
60	17,5	21	24,5	5,6	1,4
65	18,75	22,5	26,25	6	1,5
70	20	24	28	6,4	1,6
75	21,25	25,5	29,75	6,8	1,7
80	22,5	27	31,5	7,2	1,8
85	23,75	28,5	33,25	7,6	1,9
90	25	30	35	8	2

In tutti i casi di perdita uditiva bilaterale, la percentuale di danno biologico si ricava calcolando la perdita di funzionalità uditiva per ciascun orecchio ed applicando la seguente formula:

$$\text{danno} = \left[\frac{(4 \times \text{orecchio migliore}) + \text{orecchio peggiore}}{5} \right] \times 0,5$$

Nel caso di deficit uditivo unilaterale si sommano i valori corrispondenti alla perdita in dB per ciascuna frequenza.

La valutazione del danno biologico inerente il solo orecchio leso sarà il risultato dell'applicazione della percentuale totale (somma delle percentuali relative alle singole frequenze) rapportata a 12 (valore previsto per la sordità monolaterale).

In relazione alla valutazione di menomazioni preesistenti, lavorative o non, si rimanda a quanto già esposto in sede di criteri applicativi generali.

Gli acufeni sono compresi nel danno ipoacusico tabellato e non danno luogo ad indennizzo qualora concorrano nella loro forma ordinaria.

Per tali esiti può essere prevista una percentuale pari a 1-2% qualora essi non accompagnino un'ipoacusia già valutata e sia possibile documentare la loro eccezionale persistenza a distanza di uno o due anni dal trauma.

TABELLA RELATIVA AL DEFICIT RESPIRATORIO

TABELLA RELATIVA ALLE PNEUMOPATIE OSTRUTTIVE
CON RIFERIMENTO ALL'INDICE FEV1

Riduzione percentuale dell'indice		Percentuale di danno biologico
<i>Insufficienza respiratoria "lieve"</i>		
-25%		6%
-35%		11%
-40%		15%
<i>Insufficienza respiratoria "media"</i>		
-45%		20%
-55%		33%
-60%		40%
<i>Insufficienza respiratoria "grave"</i>		
<ul style="list-style-type: none"> - FEV1 ridotto a meno di 1/3 e contestuale compromissione anche degli altri indici - Dispnea stadio IV - Complicanze extrapolmonari in parziale compenso - Ipossiemia con riduzione della PaO₂ intorno al 55% del valore normale] Fino a 60%
<i>Insufficienza respiratoria "severa"</i>		
<ul style="list-style-type: none"> - FEV1 ridotto a meno del 70%, con contestuale compromissione anche degli altri indici - Dispnea stadio V - Complicanze extrapolmonari, a seconda della gravità - Ipossiemia con PaO₂ ridotta per oltre il 55% rispetto al valore normale - Ipercapnia (>50 mmHg) - Ossigenoterapia a permanenza] > 60%

TABELLA RELATIVA ALLE PNEUMOPATIE RESTRITTIVE
CON RIFERIMENTO ALL'INDICE FVC

Riduzione percentuale dell'indice		Percentuale di danno biologico
<i>Insufficienza respiratoria "lieve"</i>		
-25%		6%
-35%		11%
-40%		15%
<i>Insufficienza respiratoria "media"</i>		
-45%		25%
-50%		40%
<i>Insufficienza respiratoria "grave"</i>		
<ul style="list-style-type: none"> - FVC ridotto a meno del 50%, con contestuale compromissione anche degli altri indici - Complicanze extrapolmonari in parziale compenso - Ipossiemia con PaO₂ intorno al 55% del valore normale di riferimento] Fino a 60%
<i>Insufficienza respiratoria "severa"</i>		
<ul style="list-style-type: none"> - FVC ridotto a meno di 1/3, con contestuale compromissione anche degli altri indici - Dispnea stadio V - Complicanze extrapolmonari, a seconda della gravità - Ipossiemia con PaO₂ ridotta per oltre il 55% rispetto al valore normale di riferimento - Ipercapnia (>50 mmHg) - Ossigenoterapia a permanenza] > 60%

TABELLA RELATIVA ALLE INTERSTIZIOPATIE PURE CON RIFERIMENTO ALL'INDICE DLCO		
Riduzione percentuale dell'indice		Percentuale di danno biologico
	<i>Insufficienza respiratoria "lieve"</i>	
-25%		6%
-35%		11%
-40%		15%
	<i>Insufficienza respiratoria "media"</i>	
-45%		25%
-50% con contestuale compromissione anche degli altri indici		40%
	<i>Insufficienza respiratoria "grave"</i>	
- DLCO ridotto a meno del 50%, con contestuale compromissione anche degli altri indici] Fino a 60%	
- Complicanze extrapolmonari in parziale compenso		
- Ipossiemia con PaO ₂ intorno al 55% del valore normale di riferimento		
	<i>Insufficienza respiratoria "severa"</i>	
- DLCO ridotto a meno del 50%, con contestuale compromissione anche degli altri indici.] > 60%	
- Dispnea stadio V		
- Complicanze extrapolmonari, a seconda della gravità		
- Ipossiemia con PaO ₂ ridotta per oltre il 55% rispetto al valore normale di riferimento		
- Ipercapnia (> 50 mmHg)		
- Ossigenoterapia a permanenza		
In caso di <i>pneumopatie con deficit a tipo misto</i> , la valutazione sarà guidata dall'indice di ostruzione o di restrizione, indicato nelle rispettive tabelle di cui sopra, maggiormente compromesso.		
TABELLA RELATIVA ALL'ASMA CON RIFERIMENTO ALL'INDICE FEV1		
Riduzione percentuale dell'indice		Percentuale di danno biologico
	<i>asma prima classe</i>	
-25%		Fino a 12%
-35%		Fino a 16%
-40%		Fino a 20%
	<i>asma seconda classe</i>	
-45%		Fino a 35%
	<i>asma terza classe</i>	
-50%		Fino a 42%
- FEV1 ridotto oltre il 50%, con contestuale compromissione anche degli altri indici] > 60%	
- Ipossiemia con PaO ₂ ridotta per oltre il 55% rispetto al valore normale di riferimento		
	<i>asma quarta classe</i>	
- FEV1 ridotto a meno di 1/3, con contestuale compromissione anche degli altri indici] > 60%	
- Dispnea stadio V		
- Complicanze extrapolmonari, a seconda della gravità		
- Ipercapnia (>50 mmHg)		
- Ossigenoterapia a permanenza		
La dizione "fino a", relativamente al danno per l'asma, è utilizzata perché il danno complessivo in questo caso è funzione anche del numero e della frequenza della crisi.		

TABELLA RELATIVA AL DANNO VISIVO

1 La percentuale relativa al danno biologico conseguente a menomazione da deficit dell'acuità visiva è calcolata, di norma, sull'acutezza visiva per lontano.
Di seguito è proposta la tabella di valutazione.

PARTE A
ACUTEZZA VISIVA

Visus residuo per lontano in occhio peggiore

		9/10	8/10	7/10	6/10	5/10	4/10	3/10	2/10	1/10	1/20	< 1/20	OS *	
Visus residuo per lontano in occhio migliore	10/10	1	1	3	5	7	9	14	18	22	24	26	28	
	9/10	3	3	5	7	9	11	16	20	24	26	28	30	
	8/10		3	5	7	9	11	16	20	24	26	28	30	
	7/10			9	11	13	15	20	24	28	30	32	34	
	6/10				15	17	19	24	28	32	34	36	38	
	5/10					21	23	28	32	36	38	40	42	
	4/10						27	32	36	40	42	44	46	
	3/10							42	46	50	52	54	56	
	2/10								54	58	60	62	64	
	1/10									67	69	71	73	
	1/20										73	75	77	
	<1/20											79	81	
	OS*													85

* OS: L'acronimo equivale alla dizione "occhio spento".

Le percentuali si riferiscono al visus corretto.

In caso di lenti non tollerate la valutazione va effettuata sul visus naturale.

La valutazione del danno è effettuata con misurazione del visus per lontano.

Solo qualora siano presenti rilevanti dissociazioni tra l'incapacità visiva per lontano e quella per vicino sarà necessario tenere conto di un'apposita tavola di rilevazione.

In tale eventualità, sarà opportuno ricavare il danno biologico effettuando la media aritmetica dei valori derivanti dalla misurazione per lontano e per vicino secondo la seguente formula:

$$\frac{\text{danno per lontano} + \text{danno per vicino}}{2}$$

2

Sulla scorta di tale raccomandazione si propone di seguito un tavola relativa al danno per vicino. L'esame per vicino è limitato e giustificato, al massimo, sino al 10° carattere.

Tabella A2

		Visus residuo per vicino in occhio peggiore									
		1° c.	2° c.	3° c.	4° c.	5° c.	6° c.	7° c.	8° c.	9° c.	10° c.
Visus residuo per vicino in occhio migliore	1° c.	0	2	2	7	10	13	16	20	25	28
	2° c.		6	6	11	14	17	20	24	29	32
	3° c.			6	11	14	17	20	24	29	32
	4° c.				23	26	29	32	36	41	44
	5° c.					34	37	40	44	49	52
	6° c.						43	46	50	55	58
	7° c.							51	55	60	63
	8° c.								62	67	70
	9° c.									75	78
	10° c.										85

In relazione alla valutazione di menomazioni preesistenti, lavorative o non, si rimanda a quanto già esposto in sede di criteri applicativi generali.

PARTE B CAMPO VISIVO

Per la determinazione del campo visivo, l'accertamento deve essere eseguito mediante perimetria computerizzata. Per la valutazione percentuale dei punti difettosi, deve essere seguito il criterio in base al quale un difetto assoluto ha valore di "0,8" ed un difetto relativo ha un valore di "0,4" (*prima ipotesi*).
Nei casi in cui i punti con difetto assoluto siano pari o superiori a 70 sui 100 esaminati, il valore di ognuno di essi sarà pari a "1", mentre i punti con difetto relativo in questo caso hanno un valore di "0,5" (*seconda ipotesi*).

Prima ipotesi. - Se vengono esplorati 100 punti e di questi 30 sono normali, 30 presentano un difetto assoluto, 40 un difetto relativo, il danno viene così calcolato:

30 punti normali	(30% dei punti esaminati)	danno oculistico 0%
30 punti con difetto assoluto	(30% dei punti esaminati × 0,8)	danno oculistico 24%
40 punti con difetto relativo	(40% dei punti esaminati × 0,4)	danno oculistico 16%

danno oculistico complessivo = 40% del valore dell'occhio
danno biologico permanente: $40 \times 28/100 = 11\%$

Seconda ipotesi. - Se vengono esplorati 100 punti e di questi 10 sono normali, 75 presentano un difetto assoluto, 15 un difetto relativo, il danno viene così calcolato:

10 punti normali	(10% dei punti esaminati)	danno oculistico 0%
75 punti con difetto assoluto	(75% dei punti esaminati × 1)	danno oculistico 75%
15 punti con difetto relativo	(15% dei punti esaminati × 0,5)	danno oculistico 7,5%

danno oculistico complessivo = 82,5% del valore dell'occhio
danno biologico permanente: $81 \times 28/100 = 23\%$

Per la valutazione del danno binoculare si esegue lo stesso tipo di esame e si calcola il valore medio relativo al danno oculistico per i due occhi.

Il danno biologico permanente sarà il risultato dell'applicazione del predetto valore alla seguente formula:

Danno biologico permanente: Valore medio × 85/100.

PARTE C AFACHIA MONOLATERALE

Tabella relativa ad occhio afachico qualora migliore (Tab. C1) e tabella relativa ad occhio afachico qualora peggiore (Tab. C2).

Nei casi in cui l'acuità visiva dei due occhi risulti uguale, l'occhio afachico è da presumersi sempre quale occhio peggiore, con conseguente applicazione della tabella relativa.

Tabella C1 – Relativa ad occhio afachico qualora migliore.

		Visus residuo per lontano in occhio migliore afachico												
		10/10	9/10	8/10	7/10	6/10	5/10	4/10	3/10	2/10	1/10	1/20	<1/20	OS*
Visus residuo per lontano in occhio peggiore	10/10	/												
	9/10	11												
	8/10	11	13											
	7/10	13	15	15										
	6/10	15	17	17	21									
	5/10	17	19	21	23	25								
	4/10	19	21	21	25	27	31							
	3/10	24	26	26	30	32	36	38						
	2/10	28	30	30	34	36	40	42	53					
	1/10	32	34	34	38	40	44	46	57	67				
	1/20	34	36	36	40	42	46	48	59	69	74			
	<1/20	36	38	38	42	44	48	50	61	71	76	81		
	OS*	38	40	40	44	46	50	52	63	73	78	83	85	/

OS*: L'acronimo equivale alla dizione "occhio spento".

Tabella C2 – Tabella relativa ad occhio afachico qualora peggiore.

(Nei casi in cui l'acuità visiva dei due occhi risulti uguale, l'occhio afachico è da presumersi sempre quale occhio peggiore, con applicazione di questa tabella).

		Visus residuo per lontano in occhio peggiore afachico												
		10/10	9/10	8/10	7/10	6/10	5/10	4/10	3/10	2/10	1/10	1/20	<1/20	OS*
Visus residuo per lontano in occhio migliore	10/10	10	10	11	12	14	16	18	21	23	25	26	28	28
	9/10		12	13	14	16	18	20	23	25	27	28	30	30
	8/10			13	14	16	18	20	23	25	27	28	30	30
	7/10				18	20	22	24	27	29	31	32	34	34
	6/10					24	26	28	31	33	35	36	38	38
	5/10						30	32	35	37	39	40	42	42
	4/10							36	39	41	43	44	46	46
	3/10								49	51	53	54	56	56
	2/10									59	61	62	64	64
	1/10										70	71	73	73
	1/20											75	77	77
	<1/20												81	81
	OS*													85

OS*: L'acronimo equivale alla dizione "occhio spento".

**TABELLA DEI COEFFICIENTI DA UTILIZZARE
PER LA DETERMINAZIONE DELLA PERCENTUALE DI RETRIBUZIONE
DA PRENDERE A BASE PER L'INDENNIZZO DELLE CONSEGUENZE DELLA MENOMAZIONE,
AI SENSI DELL'ARTICOLO 13, COMMA 2, LETTERA B), DEL DLGS 23 FEBBRAIO 2000, N 38**

Ai fini della presente Tabella si intende per categoria di attività lavorativa di appartenenza dell'assicurato il complesso delle attività adeguate al suo patrimonio bio-attitudinale-professionale (cultura, età, sesso, condizione psicofisica, esperienze lavorative, ecc.); si intende per ricollocabilità dell'assicurato la possibilità che le residue capacità psicofisiche siano utilizzabili per attività lavorative anche mediante interventi di supporto e ricorso a servizi di sostegno.

A. La menomazione non pregiudica gravemente né l'attività svolta né quelle della categoria di appartenenza.

Grado di menomazione	da 26% a 35%	Coefficiente: 0,4
Grado di menomazione	da 21% a 25%	Coefficiente: 0,5

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

Grado di menomazione	da 26% a 35%	Coefficiente: 0,6
Grado di menomazione	da 36% a 50%	Coefficiente: 0,7

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

Grado di menomazione	da 51% a 70%	Coefficiente: 0,8
Grado di menomazione	da 71% a 85%	Coefficiente: 0,9

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

Grado di menomazione	da 86% a 100%	Coefficiente: 1,0
----------------------	---------------	-------------------

È consentito, con motivato parere medico-legale, sia in sede di prima valutazione dei postumi che in sede di revisione, attribuire o confermare il coefficiente previsto in una fascia di grado superiore.

Elenco delle malattie professionali soggette a denuncia sanitaria obbligatoria

Con Decreto del Ministero del Lavoro e delle Politiche sociali del 27 aprile 2004 – pubblicato sulla Gazzetta Ufficiale n. 134 del 10 giugno 2004 – è stato aggiornato l'elenco delle malattie di origine lavorativa per le quali è obbligatoria la denuncia alla ASL, all'INAIL e all'Ispettorato del lavoro ai sensi e per gli effetti dell'art. 139 del DPR n. 1124 del 30 giugno 1965 (Testo Unico sull'Assicurazione obbligatoria contro gli infortuni e le malattie professionali). Il nuovo elenco sostituisce quello del DM 18 aprile 1973.

Ogni medico che effettua la denuncia è tenuto a riportare nella stessa, limitatamente alle malattie della lista I e della lista II, il relativo codice identificativo. Per agevolare la comprensione del decreto e valutarne meglio le differenze rispetto al vecchio elenco si ritiene utile tener conto della relazione di accompagnamento inviata al Ministero del Lavoro dalla "Commissione scientifica" che, ai sensi dell'art. 10 del DLgs 38/2000, ha aggiornato l'elenco.

IL MINISTRO DEL LAVORO E DELLE POLITICHE SOCIALI

Visto l'art. 139 del Testo Unico delle disposizioni per l'assicurazione obbligatoria contro gli infortuni sul lavoro e le malattie professionali, approvato con DPR 30 giugno 1965, n. 1124, e successive modificazioni e integrazioni;

Visto l'art. 10, comma 1, del DLgs 23 febbraio 2000, n. 38, che prevede la costituzione di una commissione scientifica per l'elaborazione e la revisione periodica dell'elenco delle malattie di cui all'art. 139 oltre che delle tabelle di cui agli articoli 3 e 211 del Testo Unico approvato con DPR n. 1124/1965;

Visto il comma 4 dello stesso art. 10 che, tra l'altro, prevede che gli aggiornamenti dell'elenco di cui al citato art. 139 sono effettuati con decreto del Ministro del lavoro e delle politiche sociali su proposta della commissione scientifica sopra richiamata;

Visto il DM 23 marzo 2001 e successive modificazioni e integrazioni, con il quale è stata costituita la commissione scientifica di cui sopra;

Visto il DM 18 aprile 1973, concernente Elenco delle malattie per le quali è obbligatoria la denuncia contro gli infortuni sul lavoro e le malattie professionali;

Visto che il comma 4 del citato art. 10 ha inoltre disposto che l'elenco delle malattie di cui all'art. 139 del DPR n. 1124/1965 debba contenere anche liste di malattie di probabile e di possibile origine lavorativa;

Vista la delibera n. 3 assunta in data 22 marzo 2004, con cui la predetta commissione scientifica ha proposto un elenco costituito da tre liste: lista I, contenente malattie la cui origine lavorativa è di elevata probabilità; lista II, con-

tenente malattie la cui origine lavorativa è di limitata probabilità; lista III, contenente malattie la cui origine lavorativa è possibile;

Considerato che la proposta ha tenuto conto della raccomandazione 90/326/CEE così come sostituita dalla raccomandazione 2003/670/CE;

DECRETA:

Art. 1

1. È approvato, nel testo allegato al presente decreto di cui forma parte integrante, l'elenco delle malattie per le quali è obbligatoria la denuncia ai sensi e per gli effetti dell'art. 139 del Testo Unico approvato con DPR 30 giugno 1965, n. 1124, e successive modificazioni e integrazioni.

2. L'elenco è costituito: dalla lista I, contenente malattie la cui origine lavorativa è di elevata probabilità; dalla lista II, contenente malattie la cui origine lavorativa è di limitata probabilità; dalla lista III, contenente malattie la cui origine lavorativa è possibile.

3. L'elenco di cui ai commi precedenti sostituisce quello approvato con DM 18 aprile 1973.

Art. 2.

1. Nella denuncia di cui all'art. 1, limitatamente alle liste I e II, va indicato il codice identificativo, riportato in dette liste, della malattia correlata all'agente.

Il presente decreto sarà trasmesso alla Corte dei conti per il visto e la registrazione e sarà pubblicato nella GU della Repubblica italiana.

Roma, 27 aprile 2004

Il Ministro: Maroni

Registrato alla Corte dei conti il 19 maggio 2004

Ufficio di controllo preventivo sui Ministeri dei servizi alla persona e dei beni culturali, registro n. 3, foglio n. 1

LISTA I

MALATTIE LA CUI ORIGINE LAVORATIVA È DI ELEVATA PROBABILITÀ

GRUPPO 1

MALATTIE DA AGENTI CHIMICI

Metalli, loro leghe, amalgame, composti inorganici e organici

1. *Antimonio (leghe e composti):*
 - Pneumoconiosi non sclerogena
 - Anemia emolitica (trisolfuro di antimonio o stibina)
 - Tracheobronchite
 - Dermatite irritativa da contatto
2. *Arsenico (leghe e composti):*
 - Congiuntivite
 - Rinite
 - Perforazione setto nasale
 - Epatopatia cronica
 - Cheratosi palmare e plantare

- Polineuropatia periferica
 - Tumori del polmone
 - Tumori del fegato
 - Tumori della cute
3. *Berillio (leghe e composti):*
 - Tracheobronchite
 - Granulomatosi polmonare (berilliosi)
 - Dermatite allergica da contatto
 - Granulomi cutanei
 - Ulcere cutanee
 - Tumori del polmone
 4. *Cadmio (leghe e composti):*
 - Rinite atrofica
 - Enfisema
 - Nefropatia
 - Osteomalacia
 - Tumori del polmone
 5. *Cromo (leghe e composti):*
 - Ulcere e perforazioni del setto nasale
 - Dermatite ulcerativa
 - Dermatite allergica da contatto
 - Asma bronchiale
 - Tumori del polmone
 - Tumore delle cavità nasali
 - Tumore dei seni paranasali
 6. *Manganese (leghe e composti):*
 - Parkinsonismo manganico
 - Psicossindrome organica
 7. *Mercurio (amalgame e composti):*
 - Tremore
 - Atassia
 - Diplopia
 - Psicossindrome organica
 - Polineuropatia periferica
 - Nefropatia
 - Gengivostomatite
 8. *Nichel (leghe e composti):*
 - Dermatite allergica da contatto
 - Asma bronchiale
 - Tumori del polmone
 - Tumore delle cavità nasali
 - Tumore dei seni paranasali
 9. *Osmio (leghe e composti):*
 - Dermatite allergica da contatto
 - Cheratocongiuntivite
 - Tracheobronchite
 10. *Piombo (leghe e composti):*
 - Orletto gengivale di Burton
 - Gastroduodenite
 - Colica saturnina
 - Polineuropatia periferica
 - Encefalopatia
 - Nefropatia
 - Anemia
 11. *Rame (leghe e composti):*
 - Congiuntivite
 - Rinite
 - Asma bronchiale
 - Dermatite
 - Granulomatosi polmonare (solfato di rame)
 12. *Selenio (leghe e composti):*
 - Bronchite irritativa
 - Dermatite
 - Encefalopatia tossica
 13. *Stagno (leghe e composti):*
 - Stannosi
 - Dermatite irritativa da contatto
 14. *Tallio (leghe e composti):*
 - Neuropatia periferica
 - Gastroenterite
 - Alopecia
 - Epatopatia
 - Nefropatia
 15. *Uranio (e composti):*
 - Nefropatia (effetti non radioattivi)
 16. *Vanadio (leghe e composti):*
 - Tracheobronchite
 - Asma bronchiale
 - Fibrosi polmonare
 - Congiuntivite
 - Dermatite allergica da contatto
 17. *Zinco (leghe e composti):*
 - Bronchite
 - Pneumoconiosi benigna (stearato di zinco)
 - Febbre da fumi metallici
 18. *Bromo, cloro, iodio:*
 - Tracheobronchite
 - Congiuntivite
 - Dermatite irritativa da contatto
 - Acne
 - Bromismo
 18. *Fluoro e composti:*
 - Tracheobronchite
 - Congiuntivite
 - Dermatite irritativa da contatto
 - Osteofluorosi
 - Anemia
- Composti inorganici dell'azoto, carbonio, zolfo e fosforo
20. *Composti inorganici dell'azoto (ossido di azoto, acido nitrico, ammoniac):*
 - Tracheobronchite
 - Congiuntivite
 21. *Ossido di carbonio*
 - Ossicarbonismo: vertigini, astenia, cefalea, turbe cardiache del ritmo e della conduzione (sequele neurologiche e cardiache di intossicazioni acute)
 22. *Cloruro di carbonile o fosgene*
 - Dermatite irritativa da contatto
 - Edema polmonare tardivo
 23. *Composti inorganici del fosforo*
 - Miocardite
 - Necrosi del mascellare

- Alveoliti del mascellare
 - Tracheobronchite
 - Epatopatia
 - Nefropatia
 - Dermatite irritativa da contatto
24. *Zolfo, polisolfuri (polisolfuro di bario, di calcio, di sodio)*
- Dermatite irritativa da contatto
 - Congiuntivite
25. *Anidride solforosa*
- Tracheobronchite
 - Congiuntivite
 - Enfisema polmonare
26. *Acido solforico*
- Blefarocongiuntivite
 - Odontopatie
 - Periodontopatie
 - Bronchite
 - RADS (sindrome da disfunzione reattiva delle vie aeree)
27. *Solfuro di carbonio*
- Psicossindrome organica
 - Polineuropatia sensitiva motoria arti inferiori
 - Arteriosclerosi distretto coronarico
 - Arteriosclerosi distretto cerebrale
 - Arteriosclerosi arterie arti inferiori
 - Arteriosclerosi distretto renale
 - Arteriosclerosi distretto retinico
 - Ipertensione arteriosa
28. *Idrogeno solforato*
- Tracheobronchite
 - Congiuntivite
 - Sindrome neuroasteniforme con amnesia
- Idrocarburi alifatici e aromatici**
29. *N-esano:*
- Polineuropatia periferica
30. *Butadiene:*
- Tracheobronchite
 - Congiuntivite
 - Dermatite irritativa da contatto
31. *Etere di petrolio "white spirit":*
- Depressione sistema nervoso centrale
 - Tracheobronchite
 - Congiuntivite
 - Dermatite irritativa da contatto
 - Nefropatia
32. *Derivati alogenati e/o nitrici degli idrocarburi alifatici: diclorometano, triclorometano (cloroformio), tetraclorometano (tetracloruro di carbonio), dicloroetano, tricloroetano, dibromoetano, dicloroetilene, tricloroetilene (trielina), tetra-cloroetilene (percloroetilene):*
- Encefalopatia (trielina)
 - Tracheobronchite
 - Congiuntivite
 - Dermatite irritativa da contatto
 - Epatopatia tossica
 - Nefropatia
- Polineuropatia periferica
33. *Dicloroacetilene:*
- Tracheobronchite
 - Congiuntivite
 - Dermatite irritativa da contatto
34. *Cloruro di vinile:*
- Fibrosi polmonare
 - Acrosteolisi (falangi ungueali)
 - Sindrome Raynaud-simile
 - Epatopatia fibrotica
 - Angiosarcoma epatico
35. *Benzene:*
- Pancitopenia di tipo iporigenerativo
 - Leucemia (prevalentemente mielocitica)
36. *Toluene:*
- Psicossindrome organica
37. *Xilene:*
- Psicossindrome organica
 - Tracheobronchite
 - Congiuntivite
 - Dermatite irritativa da contatto
38. *Stirene:*
- Psicossindrome organica
 - Neuropatia periferica
 - Tracheobronchite
 - Congiuntivite
 - Dermatite irritativa da contatto
39. *Derivati alogenati e/o nitrici del benzene monocloro benzene, diclorobenzene, dinitrocloro-benzene, esaclorobenzene:*
- Dermatite allergica da contatto (dinitroclorobenzene)
 - Porfiria tossica (esaclorobenzene)
40. *Idrocarburi policiclici aromatici (IPA), miscele (catrame, bitumi, pece, fuliggine, olii minerali, olii e fluidi da taglio, olio di creosoto):*
- Dermatite irritativa da contatto (olii minerali)
 - Dermatite allergica da contatto (olii minerali)
 - Dermatite follicolare acneiforme (olii minerali)
 - Tumori della cute
 - Tumori del polmone
41. *Terpeni (essenza di trementina, limonene, altri):*
- Tracheobronchite
 - Asma bronchiale
 - Dermatite allergica da contatto
42. *Fenolo, tiofenolo, naftolo e loro omologhi e derivati alogenati, nitrici, solfonici e fosforati:*
- Tracheobronchite
 - Congiuntivite
 - Dermatite irritativa da contatto
43. *Amine alifatiche primarie, secondarie, terziarie, eterocicliche e derivati (etilendiamina, trietilentetramina, nitrosammina, metilammina, altri):*

- Dermatite irritativa da contatto
 - Dermatite allergica da contatto
 - Asma bronchiale
 - Congiuntivite
 - Lesioni corneali (metilamina)
44. *Amine aromatiche primarie, secondarie, terziarie, eterocicliche, e loro derivati (anilina, parafenilendiamina [PFD], beta-naftilamina [*], 4-aminodifenile [*], benzidina [*], altri):*
- Asma bronchiale (PFD)
 - Metaemoglobinemia
 - Anemia emolitica
 - Dermatite allergica da contatto
 - Cistite emorragica
 - Tumore della vescica [*]
45. *Amidi (dimetilformamide, dimetilacetamide, acrilamide, altri):*
- Tracheobronchite
 - Congiuntivite
 - Dermatite irritativa da contatto
 - Epatopatia
 - Neuropatia periferica (acrilamide)
46. *Acido cianidrico, cianuri, nitrili (acrilonitrile, altri):*
- Sequela neurologiche di intossicazioni acute
 - Sindrome parkinsoniana
 - Sindromi cerebellospastiche
 - Quadri epilettici
 - Tracheobronchite
 - Congiuntivite
 - Dermatite allergica da contatto
47. *Ozono, ozonuri e perossidi:*
- Tracheobronchite
 - Congiuntivite
48. *Chetoni e derivati alogenati (acetone, metilbutilchetone [MBK], altri):*
- Tracheobronchite
 - Congiuntivite
 - Dermatite irritativa da contatto
 - Neuropatia periferica (metilbutilchetone)
49. *Aldeidi e derivati (formaldeide, glutaraldeide, altri):*
- Tracheobronchite
 - Congiuntivite
 - Dermatite irritativa da contatto
 - Asma bronchiale
 - Dermatite allergica da contatto
50. *Diisocianati (toluendiisocianato [TDI], difenilmetandiisocianato [MDI], esametildiisocianato [HDI], naftalendiisocianato [NDI], altri):*
- Asma bronchiale
 - Tracheobronchite
 - Congiuntivite
 - Dermatite irritativa da contatto
51. *Chinoni e derivati (idrochinone, benzochinone, altri):*
- Dermatite allergica da contatto
- Depigmentazione cutanea
 - Congiuntivite
 - Cheratite
52. *Alcoli e derivati (alcol metilico, alcol butilico, alcol isopropilico, altri):*
- Depressione del sistema nervoso centrale
 - Nevrite ottica (alcol metilico)
 - Tracheobronchite
 - Congiuntivite
 - Dermatite irritativa da contatto
53. *Glicoli e derivati (glicole etilenico, glicole dietilenico, metilcellosolve, cellosolve, altri):*
- Tracheobronchite
 - Congiuntivite
 - Nistagmo
 - Ossaluria
 - Anemia macrocitica (metilcellosolve)
 - Tremore (intossicazione acuta)
 - Atassia (intossicazione acuta)
54. *Eteri e derivati (etere etilico, clorometilene [CMME], bisclorometilene [BCME], altri):*
- Congiuntivite
 - Psicossindrome organica
 - Tumori del polmone (BCMF, CMME)
55. *Acidi organici alifatici, aromatici, tio-acidi e loro derivati (acido carbamico, acido tiocarbamico, carbamati, tiocarbamati, acido formico, acido acetico, acido tricloroacetico, acido tioglicolico, altri):*
- Tracheobronchite
 - Congiuntivite
 - Dermatite irritativa da contatto
 - Dermatite allergica da contatto
 - Gozzo (ditiocarbamati)
 - Epatopatia
56. *Anidridi e derivati (anidride maleica, anidride trimellitica, anidride ftalica, altre):*
- Tracheobronchite
 - Asma bronchiale
57. *Composti organici del fosforo (trioctocresilfosfato e esteri organofosforici):*
- Polineuropatia
58. *Esteri organici e derivati (acetato di amile, acetato di butile, acetato di etile, acetato di propile, butilftalato, metacrilato di metile, altri):*
- Depressione del sistema nervoso centrale (s.n.c.)
 - Neuropatia periferica sensitiva (metacrilato di metile)
 - Tracheobronchite
 - Congiuntivite
 - Asma bronchiale (metacrilato di metile)
 - Dermatite irritativa da contatto (metacrilato di metile)
 - Dermatite allergica da contatto (metacrilato di metile)
59. *Esteri organici dell'acido nitrico (nitroglicole, nitroglicerina, nitrocellulosa, altri):*

[*] Presenza di idrocarburi policiclici aromatici (i.p.a.) cancerogeni.

- Cefalea vascolare
- Crisi anginose (nitroglicole)
- Dermatite allergica da contatto
- Ulcere sottoungueali

GRUPPO 2 MALATTIE DA AGENTI FISICI

1. *Rumore olesivo:*
 - Ipoacusia percettiva bilaterale
2. *Vibrazioni meccaniche trasmesse al sistema mano-braccio:*
 - Sindrome di Raynaud secondaria (angioneurosi dita-mani)
 - Osteoartropatie (polso, gomito, spalla)
 - Sindrome del tunnel carpale
 - Altre neuropatie degli arti superiori
 - Tendiniti-tenosinoviti mano-polso
3. *Movimentazione manuale di carichi eseguita con continuità durante il turno lavorativo:*
 - Spondilodiscopatie del tratto lombare
 - Ernia discale lombare
4. *Microtraumi e posture incongrue a carico degli arti superiori per attività eseguite con ritmi continui e ripetitivi per almeno la metà del tempo del turno lavorativo:*
 - Sindrome da sovraccarico biomeccanico della spalla:
 - Tendinite del sovraspinoso (o tendinite cuffia dei rotatori)
 - Tendinite capo lungo bicipite
 - Tendinite calcifica (morbo di Duplay)
 - Borsite
 - Sindrome da sovraccarico biomeccanico del gomito:
 - Epicondilita
 - Epitrocleeite
 - Borsite olecranica
 - Sindrome da sovraccarico biomeccanico polso-mano:
 - Tendiniti flessori/estensori (polso-dita)
 - Sindrome di De Quervain
 - Dito a scatto
 - Sindrome del tunnel carpale
5. *Microtraumi e posture incongrue a carico del ginocchio per attività eseguite con continuità durante il turno lavorativo:*
 - Borsite
 - Tendinopatia del quadricipite femorale
 - Meniscopatia degenerativa
6. *Lavori subacquei e in camere iperbariche:*
 - Otopatie barotraumatiche
 - Sinusopatie barotraumatiche
 - Embolie gassose da decompressione
 - Osteoartropatie (malattia dei cassoni, malattia dei palombari)
7. *Radiazioni ionizzanti:*
 - Radiodermite
 - Opacità del cristallino
 - Anemia iporigenerativa

- Piastrinopenia
 - Leucopenia
 - Pancitopenia
 - Infertilità temporanea o permanente maschile
 - Tumori solidi
 - Tumori del sistema emolinfopoietico
8. *Radiazioni ultraviolette:*
 - Cheratosi attiniche
 9. *Laser:*
 - Lesioni retiniche
 - Lesioni della cornea
 - Opacità del cristallino
 - Opacità del corpo vitreo
 10. *Radiazioni infrarosse:*
 - Opacità del cristallino
 - Eritema permanente
 11. *Radiofrequenze, microonde:*
 - Opacità del cristallino
 - Infertilità maschile temporanea

GRUPPO 3 MALATTIE DA AGENTI BIOLOGICI

Batteri e organismi simili

1. *Clostridium tetani:*
 - Tetano
2. *Brucella (melitensis, abortus, suis, canis):*
 - Brucellosi nelle varie forme cliniche
3. *Micobatteri tubercolari tipici e atipici:*
 - Tubercolosi del polmone
 - Tubercolosi di altri organi/apparati
4. *Micobatterio della lebbra:*
 - Lebbra
5. *Streptococcus suis:*
 - Meningite e sue complicanze
 - Settlicemia e sue complicanze
6. *Bacillo dell'antrace:*
 - Carbonchio cutaneo, polmonare e gastroenterico
7. *Rickettsie:*
 - Febbre Q
 - Rickettsiosi nelle varie forme cliniche
8. *Neisseria (meningitidis):*
 - Meningite
9. *Salmonellae:*
 - Salmonellosi
10. *Listeria:*
 - Listeriosi (localizzata e sistemica)
11. *Erysipelothrix rhusiopathiae:*
 - Erisipeloide nelle varie forme cliniche (mal rossino o malattia dei pescivendoli)
12. *Francisella tularensis:*
 - Tularemia nelle varie forme cliniche
13. *Chlamydia trachomatis:*
 - Tracoma
14. *Chlamydia psittaci:*
 - Ornitosi (psittacosi) e sue complicazioni
15. *Borreliae:*

- Malattia di Lyme nelle varie forme cliniche (precoci e tardive)
- 16. *Leptospire*:
 - Leptospirosi
- 17. *Yersinia pestis*:
 - Peste nelle varie forme cliniche

Virus

18. *Virus epatite "A"*:
 - Epatite acuta "A"
19. *Virus epatite "B"*:
 - Epatite acuta "B"
 - Epatite cronica "B"
20. *Virus epatite "C"*:
 - Epatite acuta "C"
 - Epatite cronica "C"
 - Crioglobulinemia mista
 - Altre sequele
21. *Virus HIV*:
 - Sindrome da immunodeficienza acquisita (AIDS)
22. *Virus della rabbia*:
 - Rabbia
23. *Arena-virus*:
 - Febbre emorragica
24. *Altri virus della febbre emorragica*:
 - Febbre emorragica
25. *Papilloma-virus*:
 - Verruche cutanee
26. *Agenti associati con le encefalopatie spongiformi trasmissibili (TSE)*:
 - Encefalopatie spongiformi

Parassiti

27. *Ancylostoma duodenalis*:
 - Anchilostomiasi
28. *Echinococcus granulosus*:
 - Idatidosi
29. *Entamoeba histolytica*:
 - Amebiasi intestinale e asessuale
30. *Giardia lamblia*:
 - Giardiasi (lambliasi)
31. *Plasmodium falciparum*:
 - Malaria
32. *Plasmodium vivax*:
 - Malaria
33. *Plasmodium malariae*:
 - Malaria
34. *Plasmodium ovale*:
 - Malaria
35. *Schistosomi*:
 - Schistosomiasi
36. *Leishmania*:
 - Leishmaniosi

Miceti (funghi)

37. *Aspergillus fumigatus*:
 - Aspergillosi bronco-polmonare allergica

- Aspergilloma
- Aspergillosi sistemica
- 38. *Cryptococcus neoformans* (o *Filobasidiella neoformans*):
 - Criptococcosi

Artropodi

39. *Sarcoptes scabiei*:
 - Scabbia

GRUPPO 4

MALATTIE DELL'APPARATO RESPIRATORIO NON COMPRESSE IN ALTRE VOCI

Silicati

1. *Silice libera cristallina*:
 - Silicosi polmonare
2. *Polveri miste a basso contenuto in silice libera cristallina*:
 - Pneumoconiosi fibrogene
 - Pneumoconiosi dei minatori di carbone
 - Siderosilicosi, liparosi, aure
3. *Asbesto*:
 - Asbestosi polmonare
 - Placche e/o ispessimenti della pleura
 - Mesotelioma pleurico
 - Tumori del polmone

Altri silicati

4. *Talco*:
 - Talcosi
5. *Caolino*:
 - Caolinosi
6. *Miche, bentonite, altri*:
 - Pneumoconiosi fibrogene
 - Polveri inerti
7. *Carbone puro, grafite pura*:
 - Antracosi
8. *Ossidi di ferro*:
 - Siderosi
9. *Bario*:
 - Baritosi
10. *Stagno*:
 - Stannosi
11. *Altre*:
 - Altre pneumoconiosi da accumulo
12. *Cemento, calcare, gesso, calce, altre polveri*:
 - Broncopneumopatia cronica ostruttiva

Altri agenti

13. *Alluminio*:
 - Alluminosi
14. *Carburi metallici sinterizzati (metalli duri)*:
 - Fibrosi polmonare
15. *Fumi e gas di saldatura*:
 - Bronchite cronica
 - Fibre tessili vegetali
16. *Cotone*:
 - Bissinosi

17. *Canapa, juta, sisal:*
 - Altre broncopneumopatie da fibre tessili

Fibre artificiali

18. *Fibre minerali (lana di roccia e lana di scoria):*
 - Tracheobronchite

19. *Fibre vetrose:*
 - Tracheobronchite

Agenti a prevalente meccanismo immuno-allergico causa di asma

20. *Di origine vegetale:*
 a) *Polvere e farina di cereali; semi (soia, grano saraceno, ricino, caffè verde); polveri di legno:*
 - Asma bronchiale
 - Rinite
 b) *Enzimi (papaina, pepsina, bromelina):*
 - Congiuntivite
 c) *Lattice*
 d) *altri*
 21. *Di origine animale:*
 a) *Derivati dermici (forfora, peli, piume):*
 - Asma bronchiale
 b) *Liquidi biologici (sangue e urine) ed escrementi:*
 - Rinite
 c) *Acari (delle derrate, del pollame):*
 - Congiuntivite
 d) *Enzimi (pancreatina, subtilisina, tripsina)*
 e) *altri*
 22. *Miceti:*
 a) *Alternaria*
 - Asma bronchiale
 b) *Aspergilli*
 - Rinite
 c) *Penicilli*
 - Congiuntivite
 d) *altri*
 23. *Agenti chimici diisocianati (tdi mdi), sali di platino, colofonia, persolfati, altri agenti classificati, R42:*
 - Asma bronchiale

Agenti a prevalente meccanismo immuno-allergico causa di alveoliti allergiche estrinseche

24. *Actinomiceti termofili:*
 - Polmone del contadino
 25. *Altri miceti:*
 - Alveoliti allergiche estrinseche con o senza evoluzione fibrotica
 26. *Proteine aviarie (siero e deiezioni di piccioni e tacchini):*
 - Alveoliti allergici e estrinseche con o senza evoluzione fibrotica

GRUPPO 5 MALATTIE DELLA PELLE

1. *Sostanze e preparati scientificamente riconosciuti come allergizzanti o irritanti presenti nell'ambiente di lavoro:*

- Dermatite allergica da contatto (D.A.C.)
 - Dermatite irritativa da contatto (D.I.C.)
 - Orticaria da contatto e altre reazioni da
 - Contatto immediate
2. *Composti fotoattivi:*
 - Dermatiti esogene di natura fotoallergica e/o fototossica
3. *Olii minerali:*
 - Dermatite follicolare
4. *Fibre di lana di vetro:*
 - Dermatite irritativa da contatto
5. *Diossina e composti:*
 - Cloracne

Aromatici polialogenati

6. *Radiazioni ionizzanti:*
 - Radiodermiti
 - Epiteliomi cutanei
7. *Radiazioni solari:*
 - Epiteliomi cutanei delle sedi fotoesposte
 - Cheratosi attiniche
8. *Radiazioni ultraviolette:*
 - Cheratosi attiniche
9. *Radiazioni infrarosse:*
 - Eritema permanente

GRUPPO 6 TUMORI PROFESSIONALI

1. *Amine aromatiche (benzidina, betanafilamina, 4-aminodifenile):*
 - Tumore della vescica
2. *Arsenico e composti:*
 - Tumori della cute
 - Tumori del fegato
 - Tumori del polmone
3. *Asbesto:*
 - Mesotelioma pleurico
 - Mesotelioma pericardico
 - Mesotelioma peritoneale
 - Mesotelioma tunica vaginale del testicolo
 - Tumori del polmone
4. *Benzene:*
 - Tumori del sistema emolinfopoietico
5. *Berillio e composti:*
 - Tumori del polmone
6. *Bisclorometilene e clorometilene:*
 - Tumori del polmone
7. *Cadmio e composti:*
 - Tumori del polmone
8. *Cloruro di vinile:*
 - Angiosarcoma epatico
9. *Cromo (composti esavalenti):*
 - Tumori del polmone
 - Tumori delle cavità nasali
 - Tumori dei seni paranasali

10. *Erionite:*
– Mesotelioma pleurico
11. *Nichel (e composti del nichel):*
– Tumori del polmone
– Tumori delle cavità nasali
– Tumori dei seni paranasali
12. *Ossido di etilene:*
– Tumori del sistema emolinfopoietico
13. *Talco contenente fibre asbestiformi:*
– Mesotelioma pleurico
– Tumori del polmone
14. *2,3,7,8-tetracloro-dibenzo-para-diossina:*
– Tumori del polmone
– Sarcoma dei tessuti molli
– Linfoma non Hodgkin's
15. *Radiazioni ionizzanti:*
– Tumori solidi
– Tumori del sistema emolinfopoietico
16. *Radiazioni solari:*
– Epiteliomi cutanei delle sedi fotoesposte
17. *Radon e suoi prodotti del decadimento:*
– Tumori del polmone
18. *Virus epatite B (infezione cronica):*
– Epatocarcinoma
19. *Virus epatite C (infezione cronica):*
– Epatocarcinoma
20. *Virus tipo I dell'immunodeficienza acquisita (con infezione):*
– Sarcoma di Kaposi
– Linfoma non Hodgkin
- Miscela**
21. *Fuliggine [*]:*
– Tumori della cute
– Tumori del polmone
22. *Olii di schisti bituminosi [*]:*
– Tumori della cute
23. *Olii minerali non trattati o blandamente trattati [*]:*
– Tumori della cute
– Tumori del polmone
24. *Pece di catrame di carbone e catrame di carbone [*]:*
– Tumori della cute
– Tumori del polmone
– Tumore della laringe
– Tumori della cavità orale
– Tumore della vescica
25. *Polveri di legno duro:*
– Tumori delle cavità nasali
– Tumori dei seni paranasali
- Lavorazioni/esposizioni**
26. *Esposizioni a nebbie di acidi inorganici forti, contenenti acido solforico:*
– Tumori del polmone
– Tumori della laringe
27. *Estrazione dell'ematite dal sottosuolo con esposizione al radon:*
– Tumori del polmone
28. *Fabbricazione e riparazione di calzature:*
– Tumori delle cavità nasali
– Tumori dei seni paranasali
– Leucemie [**]
29. *Fusione del ferro e dell'acciaio [*]:*
– Tumori del polmone
30. *Industria della gomma:*
– Tumore della vescica
– Tumori della pelvi e dei calici renali
– Leucemie [**]
31. *Produzione dell'alcol isopropilico (processo dell'acido forte):*
– Tumori delle cavità nasali
– Tumori dei seni paranasali
32. *Produzione dell'alluminio [*]:*
– Tumori del polmone
– Tumore della vescica
33. *Produzione dell'auramina:*
– Tumore della vescica
34. *Produzione del coke [*]:*
– Tumori della cute
– Tumori del polmone
– Tumore della vescica
35. *Produzione del gas dal carbone [*]:*
– Tumori della cute
– Tumori del polmone
– Tumore della vescica
36. *Produzione di Magenta:*
– Tumore della vescica
37. *Produzione di mobili e scaffalature:*
– Tumori delle cavità nasali
– Tumori dei seni paranasali
38. *Attività del verniciatore:*
– Tumori del polmone
– Tumore della vescica

GRUPPO I
MALATTIE DA AGENTI CHIMICI

1. *Anidride ftalica:*
– Alveoliti allergiche estrinseche
2. *Anidride trimellitica:*
– Alveoliti allergiche estrinseche
3. *Diisocianati (TDI MDI):*
– Alveoliti allergiche estrinseche
4. *Cloruro di polivinile (PVC):*
– Granulomatosi polmonare
5. *Silice (esposizione con o senza silicosi):*
– Sclerodermia
– Artrite reumatoide
– Lupus eritematoso sistemico

[*] Presenza di idrocarburi policiclici aromatici (i.p.a.) cancerogeni

[*] Presenza di idrocarburi policiclici aromatici (i.p.a.) cancerogeni
[**] Per utilizzo di benzene

GRUPPO 2
MALATTIE DA AGENTI FISICI

1. *Microtraumi e posture incongrue: a carico degli arti superiori per attività eseguite con ritmi continui e ripetitivi per almeno la metà del tempo del turno lavorativo:*
 - Sindrome da intrappolamento del nervo ulnare al gomito
 - Tendinopatia inserzione distale tricipite
 - Sindrome del canale di Guyon
2. *Microtraumi e posture incongrue a carico del piede e della caviglia per attività eseguite durante il turno lavorativo:*
 - Talalgia plantare (entesopatia)
 - Tendinite del tendine di Achille
 - Sindrome del tunnel tarsale
3. *Vibrazioni trasmesse al corpo intero per le attività di guida di automezzi pesanti e conduzione di mezzi meccanici:*
 - Spondilodiscopatie del tratto lombare
 - Ernia discale lombare
4. *Sforzi prolungati delle corde vocali:*
 - Noduli alle corde vocali.

LISTA II

MALATTIE LA CUI ORIGINE LAVORATIVA È DI LIMITATA PROBABILITÀ

GRUPPO 6
TUMORI PROFESSIONALI

1. *Amine aromatiche [4,4'-metilen-bis(2-cloroanilina) (moca), orto-toluidina, 4-cloro-orto-toluidina]:*
 - Tumori dell'apparato urinario
2. *Antiblastici del gruppo 1 e gruppo 2a della IARC (manipolazione da parte del personale addetto):*
 - Tumori del sistema emolinfopoietico
3. *Asbesto:*
 - Tumore della laringe
4. *Difenili policlorurati (PCB):*
 - Tumore del fegato e vie biliari
 - Tumori del tratto digerente
 - Tumori del sistema emolinfopoietico
 - Melanoma cutaneo
5. *1,3-butadiene:*
 - Tumori del sistema emolinfopoietico
6. *Cloruro di vinile:*
 - Epatocarcinoma
7. *Creosoto:*
 - Tumori della cute
8. *Epilcloridrina:*
 - Tumori del polmone
9. *Formaldeide:*
 - Tumori delle cavità nasali
 - Tumori dei seni paranasali
 - Tumori del nasofaringe
10. *Gas di combustione motori diesel:*

- Tumori del polmone
 - Tumori della vescica
11. *Idrocarburi policiclici aromatici (IPA): benzo[a]antracene, benzo[a]pirene, dibenzo[a,h]antracene:*
 - Tumori del polmone
 - Tumori della cute
 - Tumore della vescica
 12. *Radiazioni solari:*
 - Melanoma cutaneo
 13. *Silice cristallina:*
 - Tumori del polmone
 14. *Tricloroetilene (percloroetilene):*
 - Linfoma non Hodgkin
 - Tumore dell'esofago
 - Tumore della cervice uterina
 15. *Tricloroetilene (triellina):*
 - Linfoma non Hodgkin
 - Tumore del fegato e delle vie biliari
 - Tumore del rene
 - Tumore della cervice uterina
 16. *Toluene alfa-clorurati (esposizione combinata al benzalcloruro, tricloruro di benzene, benzil cloruro e benzoil-cloruro):*
 - Tumori del polmone
 - Linfoma di Hodgkin
 17. *Produzione di auramina:*
 - Tumori della pelvi e dei calici renali
 18. *Produzione di Magenta:*
 - Tumori della pelvi e dei calici renali
 19. *Attività di parrucchiere e di barbiere:*
 - Tumori della vescica
 20. *Raffinazione del petrolio:*
 - Leucemie
 - Tumori della cute
 21. *Vetri artistici, contenitori di vetro, vetro stampato (manifattura):*
 - Tumori della laringe
 - Tumori del polmone
 - Tumori dello stomaco
 - Tumori dell'intestino
 22. *Lavorazioni che hanno comportato l'esposizione professionale all'asbesto come da Registro nazionale dei casi accertati di mesotelioma asbesto correlati (art. 36 DLgs n. 377/1991 - DPCM. n. 308/2002):*
 - Mesotelioma pleurico
 - Mesotelioma pericardico
 - Mesotelioma peritoneale
 - Mesotelioma tunica vaginale del testicolo

GRUPPO 7

MALATTIE PSICHICHE E PSICOSOMATICHE DA DISFUNZIONI DELL'ORGANIZZAZIONE DEL LAVORO

1. *Disfunzioni dell'organizzazione del lavoro (costrittività organizzative):*
 - Malattie psichiche e psicosomatiche:
 - Disturbo dell'adattamento cronico (con ansia, de-

- pressione, reazione mista, alterazione della condotta c/o della emotività, disturbi somatiformi)
- Disturbo post-traumatico cronico da stress

LISTA III
MALATTIE LA CUI ORIGINE LAVORATIVA È POSSIBILE

GRUPPO 1
MALATTIE DA AGENTI CHIMICI

1. *Silice (esposizione con o senza silicosi):*
 - Poliange microscopica
 - Granulomatosi di Wegener
2. *Fibre ceramiche:*
 - Fibrosi polmonare
 - Placche e/o ispessimenti della pleura

GRUPPO 2
MALATTIE DA AGENTI FISICI

1. *Rumore (effetti extrauditivi):*
 - Malattie degli apparati cardiocircolatorio, digerente, endocrino, malattie neuropsichiche
2. *Microtraumi e posture incongrue degli arti superiori per attività eseguite con ritmi continui e ripetitivi per almeno la metà del tempo del turno lavorativo:*
 - Sindromi da sovraccarico biomeccanico:
 - Sindrome dello stretto toracico (esclusa la forma vascolare)
 - Morbo di Dupuytren

GRUPPO 6
TUMORI PROFESSIONALI

1. *Asbesto:*
 - Tumori gastroenterici
2. *Cloruro di vinile:*
 - Tumori del polmone
3. *Fibre ceramiche:*
 - Tumori del polmone
 - Mesotelioma pleurico
4. *Fumo passivo (attività lavorative che espongono a fumo passivo):*
 - Tumori del polmone
5. *Pesticidi non arsenicali (irrorazione e applicazione):*
 - Tumori del sistema emolinfopoietico
 - Tumori del polmone
 - Tumori della cute
 - Tumori cerebrali
6. *Sostanze del gruppo 2a IARC di cui non sono ancora definiti nell'uomo gli organi bersaglio: acrilamide, bromuro di vinile, dibromoetilene, fluoruro di vinile, stirene 7,8 ossido 1,2,3-tricloropropano, tris (2,3-dibromopropil) fosfato:*
 - Tumori solidi
 - Tumori del sistema emolinfopoietico.

Proposta di aggiornamento dell'elenco delle malattie professionali di cui all'art. 139 del TU DPR 1124/1965

RELAZIONE TECNICA

La Commissione Scientifica di cui al comma 1 dell'art.10 del DLgs n.38/2000, istituita con Decreto del Ministro del Lavoro e della Previdenza Sociale del 23 marzo 2001 e successive modifiche e integrazioni, con il compito della elaborazione e della revisione periodica dell'elenco delle malattie di cui all'articolo 139 e delle tabelle di cui agli articoli 3 e 211, si è insediata l'11 settembre 2001 e si è riunita con periodicità mensile.

A conclusione dei lavori relativi alla prima fase del mandato la Commissione formula la proposta di aggiornamento dell'elenco di cui al DM 18 aprile 1973 (pubblicato nella GU n. 203 del 7 agosto 1973).

1. NORMATIVA DI RIFERIMENTO

Si richiamano i principali riferimenti normativi:

Testo Unico approvato con DPR 1124/1965, art.139:

«È obbligatorio per ogni medico, che ne riconosca l'esistenza, la denuncia delle malattie professionali, che saranno indicate in un elenco da approvarsi con decreto del Ministro per il lavoro e la previdenza sociale di concerto con quello per la sanità, sentito il Consiglio superiore di sanità [...]».

DM 18 aprile 1973: «*Elenco delle malattie per le quali è obbligatoria la denuncia contro gli infortuni sul lavoro e le malattie professionali*»: «È approvato il seguente elenco di malattie per le quali è obbligatoria la denuncia ai sensi e per gli effetti della disposizione legislativa richiamata in premessa (art. 139 TU).

L'elenco si articola in sette gruppi di malattie:

- 1) malattie provocate dai seguenti agenti chimici;
- 2) malattie professionali della pelle causate da sostanze e agenti non compresi sotto altre voci;
- 3) malattie provocate da agenti diversi;
- 4) malattie professionali provocate dalla inalazione di sostanze ed agenti non compresi sotto altre voci;
- 5) malattie infettive e parassitarie di origine professionale;
- 6) malattie professionali dovute a carenza;
- 7) malattie professionali provocate da agenti fisici».

DLgs 38/2000 art. 10 comma 4: «L'elenco delle malattie di cui all'art. 139 del TU conterrà anche liste di malattie di probabile e di possibile origine lavorativa da tenere sotto osservazione ai fini della revisione delle tabelle delle malattie professionali di cui agli art. 3 e 211 del Testo Unico. Gli aggiornamenti dell'elenco sono effettuati con cadenza annuale con Decreto dal Ministro del Lavoro e delle Politiche Sociali su proposta della Commissione di cui al comma 1. La trasmissione della copia della denuncia di cui

all'art. 139 comma 2 del TU e successive modificazioni ed integrazioni è effettuata, oltre che alla azienda sanitaria locale, anche alle Sedi dell'Istituto assicuratore competente per territorio».

La Commissione ha ritenuto opportuno procedere alla elaborazione e alla revisione dell'elenco delle malattie professionali di cui all'art. 139 del Testo Unico, in quanto propeedeutico all'aggiornamento delle tabelle di cui agli artt. 3 e 211 del sopra citato Testo Unico, considerato che l'ultima revisione dell'elenco risale al 1973.

2. CRITERI DI DEFINIZIONE DELL'ELENCO

L'art. 10 comma 4, del DLgs n. 38/2000, presupponendo come di certa origine lavorativa le malattie di cui all'art. 139 TU, fino a questo momento elencate nel DM 18 aprile 1973, ha disposto che, nell'elaborazione e nella revisione periodica di tale elenco, siano prese in considerazione e ricomprese anche le malattie di probabile e possibile origine lavorativa.

La Commissione, procedendo per la prima volta a tale elaborazione e revisione, ha ritenuto che, in base alle attuali conoscenze, l'assoluta certezza di origine non può più essere attribuita ad alcuna malattia professionale per il cambiamento delle esposizioni lavorative e per le interazioni tra causa morbigena e suscettibilità individuale, tanto che ormai si preferisce parlare di matrice causale (combinazione di multifattorialità e diversa sensibilità individuale). La Commissione ha pertanto ritenuto opportuno ricorrere al concetto di "elevata probabilità" oltre che a quelli di "limitata probabilità" e di "possibilità". I tre concetti, e conseguenti definizioni, sono derivati, in riferimento alla multifattorialità e alla evidenza epidemiologica della malattia esaminata, in base ai cinque criteri di causalità che si riportano¹⁶:

- la consistenza (associazione dimostrata in più studi);
- la forza (la probabilità aumenta con l'aumento del rischio relativo e se c'è un gradiente dose-effetto);
- la specificità (ad una specifica esposizione corrisponde una specifica malattia);
- la temporalità (la causa deve precedere la malattia);
- la coerenza (o plausibilità biologica, da valutare con vari modelli anche animali).

In relazione a quanto sopra, l'elenco risulta costituito dai seguenti tre gruppi di malattie:

- malattie la cui origine lavorativa è di elevata probabilità che costituiranno la base per la revisione delle tabelle ex artt. 3 e 211 del TU;
- malattie la cui origine lavorativa è di limitata probabilità per le quali non sussistono ancora conoscenze sufficientemente approfondite perché siano incluse nel primo gruppo;
- malattie la cui origine lavorativa si può ritenere possibile e per le quali non è definibile il grado di probabilità per

le sporadiche e ancora non precisabili evidenze scientifiche.

La denuncia di tali malattie ha la finalità di registrare e monitorare le segnalazioni di varia provenienza (Istituti universitari e di ricerca, ASL, medici di base, ecc.) ai fini di non disperdere dati utili per il confronto e i necessari approfondimenti di ordine scientifico ed epidemiologico.

Con tali premesse le malattie dell'elenco sono state ripartite nelle seguenti tre liste:

- *Lista I*: malattie la cui origine lavorativa è di elevata probabilità.
- *Lista II*: malattie la cui origine lavorativa è di limitata probabilità.
- *Lista III*: malattie la cui origine lavorativa è "possibile".

La esposizione lavorativa agli agenti che possono essere causa di malattia professionale riguarda tutte le categorie di lavoratori: dell'industria, agricoltura, artigianato, commercio, pubblica amministrazione, ecc. indipendentemente dalla specifica tutela assicurativa INAIL ai fini delle prestazioni.

L'elenco delle malattie professionali previsto dall'art. 139 del TU, già prima del 1973 era stato adeguato alle raccomandazioni della Commissione Europea (CE), rinnovate nel 1990 e nel 2003; con la 2003/670/CE viene tra l'altro comunicato: «La presente raccomandazione deve costituire uno strumento privilegiato per la prevenzione a livello comunitario», con la testuale raccomandazione agli Stati membri (art. 1, p. 10): «di promuovere il contributo attivo dei sistemi sanitari nazionali alla prevenzione delle malattie professionali, in particolare mediante una maggiore sensibilizzazione del personale medico per migliorare la conoscenza e la diagnosi di queste malattie».

Le suddette raccomandazioni comprendono in Allegato I l'elenco europeo delle malattie «direttamente connesse con la professione esercitata» e in Allegato II «l'elenco complementare delle malattie di sospetta origine professionale che dovrebbero formare oggetto di una dichiarazione e che potrebbero essere inserite in futuro nell'allegato I dell'elenco europeo».

In Italia l'art. 10 del DLgs 38/2000 ha tenuto conto degli intenti della Commissione Europea prevedendo un aggiornamento dell'elenco ex art. 139 simile a quello europeo affinché possa diventare uno strumento utile, per la individuazione delle malattie correlate al lavoro, e per le conoscenze finalizzate alla prevenzione delle stesse.

La Commissione ex art. 10 DLgs 38/2000, viste le raccomandazioni della C.E., tenuto conto dell'ultimo aggiornamento delle tabelle delle malattie professionali allegato al TU con DPR 336/1994, nonché degli elenchi delle malattie professionali in vigore negli altri Paesi europei, in base al mandato affidatole con il Decreto del Ministero del Lavoro e delle Politiche Sociali del 23 marzo 2001 e successive modifiche:

- ha dato precedenza alla revisione dell'elenco datato 1973,

¹⁶ Fonte: Hill AB: The environment and disease: association or causation. Proc. Royal Soc. Med. 58:295-300, 1965.

- considerati i quasi trenta anni di mancato aggiornamento e la frequente inadempienza dell'obbligo di denuncia di malattia professionale prevista dall'art. 139 TU;
- ha tenuto conto della difficoltà ad utilizzare il suddetto elenco da parte dei medici non esperti nel campo delle malattie professionali;
 - ha perciò deciso di aggiornare l'elenco, oltre che con la revisione e l'inserimento delle nuove malattie, anche con una diversa struttura che prevede l'indicazione in due colonne degli agenti di rischio e delle principali e più note malattie ad essi correlate secondo le più aggiornate conoscenze [...];
 - ha predisposto una terza colonna con il codice delle malattie elencate secondo la Codifica Internazionale alla decima revisione (ICD-10), adeguando la definizione e la terminologia delle malattie a tale codifica. È stata inoltre prevista la numerazione progressiva per ogni gruppo di "agente-malattia", tale che ogni malattia potrà essere identificata con un codice comprensivo della numerazione e dell'ICD-10; la prima cifra è riferita alla lista (I-II), la seconda al gruppo di agente-malattia (da 1 a 7), la terza al numero progressivo seguito dal codice ICD-10. Nella lista III tale codifica non è presente in quanto non è sempre precisabile la patologia correlata.

Tali accorgimenti dovrebbero permettere l'applicazione dell'art. 139 per le finalità sia preventive sia assicurative, oltre che per le acquisizioni scientifiche soprattutto di ordine epidemiologico. L'impegno di tutte le strutture sanitarie, oltre che dei medici di base, dovrà essere di particolare attenzione a correlare ogni tipo di malattia in osservazione con l'attività lavorativa, presente e pregressa dei pazienti, attraverso una accurata anamnesi lavorativa.

[*Omissis*]

In relazione a quanto sopra, considerato che ogni malattia e relativo agente è identificabile in elenco (Lista I e II) con il codice denominato "*Codice Identificativo*", è indispensabile che il decreto in attuazione preveda esplicitamente l'obbligo normativo di indicarlo nella denuncia di malattia professionale, limitatamente alle Liste I e II.

3. STRUTTURA DELL'ELENCO

Le malattie in elenco sono state così raggruppate:

- malattie da agenti chimici;
- malattie da agenti fisici;
- malattie da agenti biologici;
- malattie dell'apparato respiratorio;
- malattie della pelle;
- tumori professionali;
- malattie psichiche e psicosomatiche da disfunzioni dell'organizzazione del lavoro incluse solo nella lista II.

Per i diversi gruppi di malattie si è predisposto un breve commento sulla impostazione.

Malattie da agenti chimici (gruppo 1)

Si è proceduto alla formulazione degli elenchi sulla scorta dei dati epidemiologici e scientifici disponibili, relativi

alle patologie associate ai diversi agenti chimici; questi sono stati suddivisi per la famiglia di appartenenza, indicando quei composti ai quali sono correlate, con criteri consolidati, specifiche patologie.

Gli agenti chimici sono inclusi nella *Lista I*; nella *Lista II* e *III* sono riportate quelle malattie "di limitata probabilità" o "di possibile" origine lavorativa correlate ad alcuni agenti già presenti nella *Lista I*.

Malattie da agenti fisici (gruppo 2)

Sono stati inclusi i più noti agenti di rischio (rumore, vibrazioni, radiazioni ionizzanti e non ionizzanti) e i più recenti di ordine ergonomico con le correlate malattie a carico degli arti e della colonna vertebrale, inseriti nelle *Liste I, II, III* a seconda della evidenza epidemiologica e delle conoscenze acquisite per le stesse.

Malattie da agenti biologici (gruppo 3)

Sono state incluse le malattie che possono essere contratte per causa lavorativa tenendo anche conto dell'elenco allegato XI del DLgs 626/1994.

Malattie dell'apparato respiratorio (gruppo 4)

Sono riferite ad agenti non compresi in altre voci, prevalentemente polveri, sclerogene e inerti, causa di pneumoconiosi e di altre broncopneumopatie e ad agenti causa di asma bronchiale allergico e delle alveoliti allergiche estrinseche.

Malattie della pelle (gruppo 5)

Nella prima voce dell'elenco sono indicati tutti gli agenti compresi o non compresi in altre voci, dei quali è noto il potere irritante o sensibilizzante. Le schede tecniche dei relativi composti riportano, secondo il DLgs 52/1997 e il DLgs 65/2003, le frasi di rischio R38 (irritante per la pelle) e R43 (può provocare sensibilizzazione per contatto con la pelle).

Le successive voci dell'elenco riguardano i composti fotoattivi, gli agenti fisici e altri agenti causa sia di dermatiti sia di tumori cutanei.

Tumori professionali (gruppo 6)

Nella *Lista I* sono inseriti gli agenti chimici, fisici, biologici, nonché le lavorazioni, per i quali, sulla base delle attuali conoscenze scientifiche, è altamente probabile che l'esposizione lavorativa causi l'insorgenza di tumori; sono state riportate le malattie tumorali (v. "organo bersaglio") ad essi correlate che hanno le maggiori evidenze epidemiologiche. Ai fini suddetti è stato fatto particolare riferimento alla revisione dei dati scientifici effettuata dalla *International Agency Research on Cancer* (IARC) nonché alle indicazioni provenienti dalla Unione Europea e da altre agenzie internazionali.

Nella *Lista II* sono inclusi:

- gli agenti di gruppo 1 IARC per quelle malattie tumorali ancora in osservazione (es. asbesto e tumore della laringe, antitumorali e sistema emolinfopoietico nel personale addetto alla manipolazione);

- gli agenti di gruppo 2a IARC correlati a specifiche malattie tumorali di uno o più organi o apparati;
- le lavorazioni che hanno comportato esposizione professionale all'asbesto come da Registro Nazionale dei casi accertati di mesotelioma asbesto-correlati (art. 36 DLgs n. 277/1991-DPCM n. 308/2002) tenuto dall'ISPESL su segnalazione dei Centri Operativi Regionali (COR).

Nella *Lista III* sono incluse quelle patologie tumorali riferite ad agenti del gruppo 1 e 2a IARC la cui correlazione è ritenuta allo stato "possibile" ma con basse e/o non confermate evidenze nell'uomo. Sono inoltre comprese sostanze del gruppo 2a IARC di cui non sono ancora definiti nell'uomo gli organi bersaglio.

Si precisa che nell'elenco sono riportati anche agenti cancerogeni il cui utilizzo è attualmente vietato o fortemente limitato [ad esempio amine aromatiche (DLgs 25/2002), asbesto (Legge 257/1992), benzene (Legge 245/1963), ecc.] in considerazione delle esposizioni lavorative in epoca antecedente alle disposizioni legislative.

Malattie psichiche e psicosomatiche da disfunzione dell'organizzazione del lavoro (gruppo 7)

Sono state incluse in *Lista II*, riferite a condizioni lavorative di costrittività organizzativa cui sono correlabili le specifiche patologie neuropsichiche.

Mobbing e tutela INAIL

INAIL
DIREZIONE GENERALE
DIREZIONE CENTRALE PRESTAZIONI
SOVRINTENDENZA MEDICA GENERALE

CIRCOLARE N. 71 DEL 17 DICEMBRE 2003

"Disturbi psichici da costrittività organizzativa sul lavoro. Rischio tutelato e diagnosi di malattia professionale. Modalità di trattazione delle pratiche"

QUADRO NORMATIVO

DPR n. 1124 del 30 giugno 1965: "Testo Unico delle disposizioni per l'assicurazione obbligatoria contro gli infortuni sul lavoro e le malattie professionali", art. 3.

Sentenza della Corte Costituzionale n. 179 del 18 febbraio 1988: "Introduzione del 'sistema misto' di tutela delle malattie professionali".

Circolare n. 35/1992: "Sentenze nn. 179 e 206 del 1988 della Corte Costituzionale: prima fase del decentramento della trattazione di pratiche di tecnopatie non tabellate".

DLgs n. 38 del 23 febbraio 2000, art. 10, comma IV: "Conferma legislativa del 'sistema misto' di tutela delle malattie professionali".

Decreto ministeriale del 12 luglio 2000: "Approvazione di Tabella delle menomazioni, Tabella indennizzo danno biologico, Tabella dei coefficienti, relative al danno biologico ai fi-

ni della tutela dell'assicurazione contro gli infortuni e malattie professionali".

Delibera del Consiglio di Amministrazione n. 473 del 26 luglio 2001: "Definizione di percorsi metodologici per la diagnosi eziologica delle patologie psichiche e psicosomatiche da stress e disagio lavorativo".

Lettera del 12 settembre 2001 della Direzione Centrale Prestazioni e della Sovrintendenza Medica Generale: "Malattie psichiche e psicosomatiche da stress e disagio lavorativo, compreso il mobbing. Prime indicazioni operative".

PREMESSA

Con lettera del 12 settembre 2001 sono state fornite le prime istruzioni per la trattazione delle denunce di disturbi psichici determinati dalle condizioni organizzativo/ambientali di lavoro ed è stato disposto che, data l'esigenza di acquisire un adeguato patrimonio di informazioni e conoscenze sulla materia, tutte le fattispecie con documentazione completa e probante fossero inviate all'esame centrale.

L'esame degli oltre 200 casi pervenuti (denunciati all'INAIL quasi sempre dopo accertamenti e trattamenti terapeutici) ha consentito di monitorare il fenomeno e di conoscere l'approccio diagnostico dei vari centri specialistici nazionali che fanno capo a Cattedre Universitarie, Ospedali, Ambulatori e Centri di Salute Mentale delle AASSLL operanti sul territorio.

L'accertamento del rischio, effettuato sulla base della denuncia di malattia professionale – integrata ove necessario da richieste specifiche ai datori di lavoro e dai risultati di incarichi ispettivi mirati – nonché le ulteriori indagini cliniche specialistiche eseguite, hanno condotto al riconoscimento della natura professionale della patologia diagnosticata nel 15 per cento circa dei casi esaminati.

Contemporaneamente, l'apposito Comitato Scientifico¹⁷, dopo aver approfondito gli aspetti più complessi e controversi del problema, è pervenuto alle conclusioni contenute nel documento che si allega per opportuna conoscenza¹⁸.

Completata questa propedeutica fase di studio e monitoraggio, si forniscono nuove e più articolate istruzioni sulle modalità di trattazione di questi casi.

Le istruzioni di seguito indicate tengono conto:

- dell'esperienza maturata nel periodo di osservazione;
- della Relazione del Comitato Scientifico;
- della letteratura in materia.

I FATTORI DI RISCHIO

La posizione assunta dall'Istituto sul tema delle patologie psichiche determinate dalle condizioni organizzativo/ambientali di lavoro trova il suo fondamento giuridico nella Sentenza della Corte Costituzionale n. 179/1988 e nel DLgs n. 38/2000 (art. 10, comma 4), in base ai quali sono malattie professionali, non solo quelle elencate nelle apposite Tabelle di legge, ma anche tutte le altre di cui sia dimostrata la causa lavorativa.

¹⁷ Nominato con delibera del Consiglio di amministrazione n. 608/2001.

¹⁸ Allegato 1: relazione del Comitato Scientifico.

Secondo un'interpretazione aderente all'evoluzione delle forme di organizzazione dei processi produttivi ed alla crescente attenzione ai profili di sicurezza e salute nei luoghi di lavoro, la nozione di causa lavorativa consente di comprendere non solo la nocività delle lavorazioni in cui si sviluppa il ciclo produttivo aziendale (siano esse tabellate o non) ma anche quella riconducibile all'organizzazione aziendale delle attività lavorative.

I disturbi psichici quindi possono essere considerati di origine professionale solo se sono causati, o concausati in modo prevalente, da specifiche e particolari condizioni dell'attività e della organizzazione del lavoro.

Si ritiene che tali condizioni ricorrano esclusivamente in presenza di situazioni di incongruenza delle scelte in ambito organizzativo, situazioni definibili con l'espressione "costrittività organizzativa".

Le situazioni di "costrittività organizzativa" più ricorrenti sono riportate di seguito, in un elenco che riveste un imprescindibile valore orientativo per eventuali situazioni assimilabili.

Elenco delle "Costrittività organizzative":

- marginalizzazione dalla attività lavorativa;
- svuotamento delle mansioni;
- mancata assegnazione dei compiti lavorativi, con inattività forzata;
- mancata assegnazione degli strumenti di lavoro;
- ripetuti trasferimenti ingiustificati;
- prolungata attribuzione di compiti dequalificanti rispetto al profilo professionale posseduto;
- prolungata attribuzione di compiti esorbitanti o eccessivi anche in relazione a eventuali condizioni di handicap psico-fisici;
- impedimento sistematico e strutturale all'accesso a notizie;
- inadeguatezza strutturale e sistematica delle informazioni inerenti l'ordinaria attività di lavoro;
- esclusione reiterata del lavoratore rispetto ad iniziative formative, di riqualificazione e aggiornamento professionale;
- esercizio esasperato ed eccessivo di forme di controllo.

Nel rischio tutelato può essere compreso anche il cosiddetto "mobbing strategico" specificamente ricollegabile a finalità lavorative. Si ribadisce tuttavia che le azioni finalizzate ad allontanare o emarginare il lavoratore rivestono rilevanza assicurativa solo se si concretizzano in una delle situazioni di "costrittività organizzativa" di cui all'elenco sopra riportato o in altre ad esse assimilabili.

Le incongruenze organizzative, inoltre, devono avere caratteristiche strutturali, durature ed oggettive e, come tali, verificabili e documentabili tramite riscontri altrettanto oggettivi e non suscettibili di discrezionalità interpretativa.

Sono invece esclusi dal rischio tutelato:

- i fattori organizzativo/gestionali legati al normale svolgimento del rapporto di lavoro (nuova assegnazione, trasferimento, licenziamento);

- le situazioni indotte dalle dinamiche psicologico-relazionali comuni sia agli ambienti di lavoro che a quelli di vita (conflittualità interpersonali, difficoltà relazionali o condotte comunque riconducibili a comportamenti puramente soggettivi che, in quanto tali, si prestano inevitabilmente a discrezionalità interpretative).

MODALITÀ DI TRATTAZIONE DELLE PRATICHE

Accertamento delle condizioni di rischio

Come per tutte le altre malattie non tabellate, l'assicurato ha l'obbligo di produrre la documentazione idonea a supportare la propria richiesta per quanto concerne sia il rischio sia la malattia.

L'Istituto, da parte sua, ha il potere-dovere di verificare l'esistenza dei presupposti dell'asserito diritto, anche mediante l'impegno partecipativo nella ricostruzione degli elementi probatori del nesso eziologico.

L'esperienza fin qui maturata ha dimostrato che non sempre sono producibili dall'assicurato, o acquisibili dall'Istituto, prove documentali sufficienti.

È perciò necessario procedere ad indagini ispettive per raccogliere le prove testimoniali dei colleghi di lavoro, del datore di lavoro, del responsabile dei servizi di prevenzione e protezione delle aziende e di ogni persona informata sui fatti allo scopo di:

- acquisire riscontri oggettivi di quanto dichiarato dall'assicurato;
- integrare gli elementi probatori prodotti dall'assicurato.

Ulteriori elementi potranno essere attinti dall'eventuale accertamento dei fatti esperito in sede giudiziale o in sede di vigilanza ispettiva da parte della Direzione Provinciale del Lavoro o dei competenti uffici delle AASSLL.

Come per tutte le altre malattie professionali¹⁹, l'indagine ispettiva mirata ad acquisire i riscontri oggettivi nonché gli eventuali elementi integrativi di quanto asserito e prodotto dall'assicurato dovrà essere attivata su richiesta della funzione sanitaria, che provvederà anche ad indicare gli specifici aspetti da indagare.

Diversamente invece dalle altre malattie professionali (per le quali l'intervento ispettivo è previsto solo se necessario) per le patologie in oggetto l'indagine ispettiva deve essere sempre effettuata. Fanno ovviamente eccezione le ipotesi in cui la funzione sanitaria, già al termine della prima fase istruttoria, è giunta alla determinazione di definire negativamente il caso per l'assenza della malattia o per la certezza della esclusione della sua origine professionale.

L'ITER DIAGNOSTICO DELLA MALATTIA PROFESSIONALE DA COSTRITTIVITÀ ORGANIZZATIVA

L'iter diagnostico da seguire ai fini di una uniforme trattazione medico-legale dei casi denunciati all'Istituto è descritto di seguito.

¹⁹ Lettera del 18 settembre 2003: "Nuovo flusso procedurale per l'istruttoria delle denunce di malattie professionali".

Anamnesi

Anamnesi lavorativa pregressa e attuale:

- indicare settore lavorativo, anno di assunzione, qualifica e mansioni svolte;
- descrivere la situazione lavorativa ritenuta causa della malattia individuando le specifiche condizioni di coattività organizzativa;
- disporre, se non già in atti, le necessarie indagini ispettive²⁰ con la conseguente acquisizione di dichiarazioni del datore di lavoro, testimonianze dei colleghi di lavoro, eventuali atti giudiziari, ecc.

Anamnesi fisiologica: riportare le abitudini di vita (alimentazione, fumo, alcoolici, hobby, titolo di studio, ecc.)

Anamnesi patologica remota.

Anamnesi patologica prossima:

- riportare la diagnosi formulata nel 1° certificato medico di malattia professionale;
- descrivere il decorso ed i sintomi del disturbo psichico;
- comprendere, nella documentazione medica di interesse, le certificazioni specialistiche, gli accertamenti sanitari preventivi e periodici svolti in azienda ed eventuali "precedenti INPS".

Codifica

Dovranno essere utilizzati i seguenti codici:

Codice amministrativo A:	99,0
Codice di malattia M:	144 ²¹
disturbo dell'adattamento cronico disturbo post traumatico da stress cronico	145 ²²

Codice di agente causale:
da individuare nel gruppo "Fattori psicologici"
in relazione alla condizione di coattività organizzativa ritenuta prevalente

Esame obiettivo completo

Indagini neuropsichiatriche:

- visita e relazione neuropsichiatrica corredata di eventuali test psicodiagnostici, se è presente in Sede lo specialista neuropsichiatra;
- consulenza specialistica esterna, in convenzione con specialista in neuropsichiatria di comprovata esperienza o con struttura pubblica, se non è presente in Sede lo specialista neuropsichiatra.

Test psicodiagnostici:

La particolarità della materia lascia al singolo specialista, in relazione alla sua esperienza professionale, la scelta dei test da somministrare, test che integrano l'esame obiettivo

psichico ma non possono sostituirlo. Tali test, nel complesso del *videat* psichiatrico, assumono indubbia importanza per la loro riproducibilità e confrontabilità nel tempo e dunque per finalità medico-legali. Elenchiamo di seguito quelli usati più frequentemente:

- questionari di personalità (MMPI e MMPI-2, EWI, MPI, MCMI, ecc.);
- scale di valutazione dei sintomi psichiatrici:
 - per ansia e depressione, di auto e eterovalutazione (BDI, HAD *scale*, HAM-A, HAM e *Zung depression rating scale*, MOOD *scale*);
 - per aggressività e rabbia (STAXI);
 - per disturbo post-traumatico da stress (MSS-C);
 - per amplificazione di sintomi somatici (MSPQ);
- test proiettivi (Rorschach, SIS, TAT, reattivi di disegno, ecc.).

Diagnosi medico-legale:

Per l'*inquadramento nosografico*, fare esclusivo riferimento ai seguenti due quadri morbosì:

- sindrome (disturbo) da disadattamento cronico
 - sindrome (disturbo) post-traumatica/o da stress cronico.
- La diagnosi comunemente correlabile ai rischi in argomento è il disturbo dell'adattamento cronico, con le varie manifestazioni cliniche (ansia, depressione, reazione mista, alterazione della condotta, disturbi emozionali e disturbi somatoformi). La valutazione di queste manifestazioni consentirà la classificazione in lieve, moderato, severo.

La diagnosi di sindrome (o disturbo) post-traumatico da stress può riguardare quei casi per i quali l'evento lavorativo, assumendo connotazioni più estreme, può ritenersi paragonabile a quelli citati nelle classificazioni internazionali dell'ICD-10 e DSM-IV. Questi casi vengono definiti come "estremi/eccezionalmente minacciosi o catastrofici" (a tale riguardo giova ricordare la possibilità che fattispecie che configurino un "evento acuto" devono trovare naturale collocazione nell'ambito dell'infortunio lavorativo).

Escludere, ai fini della *diagnosi differenziale*, la presenza di:

- sindromi e disturbi psichici riconducibili a patologie d'organo e/o sistemiche, all'abuso di farmaci e all'uso di sostanze stupefacenti;
- sindromi psicotiche di natura schizofrenica, sindrome affettiva bipolare, maniaca, gravi disturbi della personalità.

VALUTAZIONE DEL DANNO BIOLOGICO PERMANENTE

La tabella delle menomazioni, relativa alla valutazione del danno biologico in ambito INAIL²³, prevede la presenza di due voci che attengono entrambe al solo disturbo post-traumatico da stress cronico, di grado moderato (voce 180) e severo (voce 181).

L'intervallo valutativo riportato offre un adeguato riferimento per consentire, in analogia, la valutazione del danno biologico anche da disturbo dell'adattamento cronico. I due quadri menomativi, anche se derivano da un evento le-

²⁰ Cfr. paragrafo precedente: "Accertamento delle condizioni di rischio".

²¹ Inserito nel settore V del "Codice sanitario M" (Circ. n. 35/1992).

²² Cfr. nota ²¹.

²³ DM del 12 luglio 2000.

sivo diverso, possono presentare infatti pregiudizi della sfera psichica in parte sovrapponibili e coincidenti.

La valutazione del danno terrà conto del polimorfismo e della gravità dei sintomi psichiatrici e somatoformi, secondo le indicazioni delle classificazioni internazionali sopra richiamate, così come riscontrati nel singolo caso.

DISPOSIZIONI

La fase di sperimentazione può considerarsi completata. Questa circolare, infatti, riporta un esaustivo ed articolato quadro di riferimento che consente, già da ora, di garantire omogeneità e correttezza nella trattazione delle pratiche.

Sono inoltre previsti specifici corsi di formazione, programmati per il prossimo mese di gennaio, nonché ulteriori direttive di carattere generale in relazione alle problematiche che dovessero emergere.

A partire dalla data della presente circolare, le denunce di disturbi psichici da costrittività organizzativa saranno definite direttamente a cura delle Sedi senza il parere preventivo della Direzione Generale.

Le Direzioni Regionali, nell'ambito delle loro funzioni di indirizzo, coordinamento e controllo, adotteranno ogni iniziativa idonea a garantire uniformità e completezza di lettura della presente circolare e conseguenti correttezza ed omogeneità di comportamento sul territorio.

Per quanto non specificato in questo contesto, si fa rinvio ai vigenti indirizzi in materia di trattazione delle malattie professionali non tabellate.

IL DIRETTORE GENERALE F.F.

Orientamenti giurisprudenziali

Amianto

«In tema di benefici in favore dei lavoratori esposti al rischio di asbestosi, anche in virtù delle sentenze della Corte Cost. n. 5 del 2000 e n. 127 del 2002, deve ritenersi che destinatari del beneficio previdenziale previsto dall'art. 13, comma 8, Legge n. 257 del 1992, siano non soltanto i lavoratori che abbiano perso o siano esposti al rischio di perdere il posto di lavoro in conseguenza della soppressione delle lavorazioni dell'amianto, bensì, più in generale, tutti i lavoratori subordinati i quali – indipendentemente dall'oggetto dell'attività produttiva dell'impresa datrice di lavoro – abbiano subito una esposizione "qualificata" ultradecennale all'azione morbigena delle fibre di amianto, in quanto risulti accertata la presenza nell'ambiente di lavoro di una dispersione di fibre di amianto in concentrazione superiore ai valori indicati negli art. 24 e 31, DLgs n. 277 del 1991, essendo irrilevante che l'esposizione sia cessata alla data (28 aprile 1992) di entrata in vigore della Legge n. 257 del 1992. L'accertamento dell'esistenza di una esposizione "qualificata" richiede che il giudice verifichi – nel rispetto del criterio di ripartizione dell'onere della prova e, se del caso, avvalendosi dei poteri d'ufficio previsti nel rito del lavoro – se il lavoratore ha dimostrato che nell'ambiente nel quale si svolgeva la lavorazione vi era una concentrazione di polveri di amianto superiore ai valori di rischio sopra indicati e che egli è stato esposto al rischio per oltre dieci anni, computando in questo periodo anche le pause "fisiologiche" dell'attività (riposi, ferie, festività) rientranti nella normale evolu-

zione del rapporto di lavoro, non rilevando in contrario il mancato rilascio (ovvero il contenuto), delle dichiarazioni in ordine alla durata ed al grado dell'esposizione che l'INAIL ed il datore di lavoro devono rendere nella procedura amministrativa stabilita in sede congiunta da INPS, INAIL, Ministero del lavoro e parti sociali, esplicitata nella circolare INPS 13 dicembre 1995 n. 304, atteso che le suddette dichiarazioni esauriscono i propri effetti nell'ambito della suddetta procedura e non assumono carattere vincolante in ordine ai fatti attestati» (Cass. Civ. Sez. lav. 23 gennaio 2003 n. 997, in Giust. civ. Mass. 2003, 154 e Foro it. 2003, I, 1357).

Assegno assistenza personale continuativa

«In base all'art. 76 del DPR n. 1124 del 1965, affinché alla rendita si aggiunga l'attribuzione dell'assegno integrativo mensile non bastano la sussistenza di una invalidità permanente assoluta né la necessità di un'assistenza personale continuativa, ma occorre che l'invalidità permanente assoluta consegua ad una delle menomazioni elencate nella "tabella allegata n. 3" del citato decreto, la quale ha natura non esemplificativa ma tassativa. (In base al suddetto principio la S.C. ha cassato, per insufficiente motivazione, la sentenza di merito che, non contenendo una specifica descrizione delle patologie sofferte dall'assicurato, non consentiva di appurare se la gravità dei sintomi manifestatisi fosse quella richiesta per l'attribuzione dell'assegno integrativo)» (Cass. Civ. Sez. lav. 7 aprile 1999 n. 3383, INAIL c. Sertanni, in Giust. civ. Mass. 1999, 778).

«Non è manifestamente infondata – in riferimento agli art. 3 e 38, comma 2 Cost. – la questione di legittimità costituzionale dell'art. 218 TU n. 1124 del 1965 in relazione all'art. 78 stesso TU ed alla tabella all. n. 3, nella parte in cui consente la concessione dell'assegno mensile integrativo per assistenza personale continuativa nei casi di inabilità permanente assoluta conseguenti a menomazioni non elencate nella tabella su citata e comunque comportanti la necessità di assistenza personale continuativa» (Pretura Ferrara, 6 dicembre 1990, in Riv. infort. e mal. prof. 1990, II, 180).

«Non è fondata – in riferimento agli art. 3 e 38 Cost. – la questione di legittimità costituzionale dell'art. 218 del TU delle disposizioni per l'assicurazione obbligatoria contro gli infortuni sul lavoro e le malattie professionali, approvato con DPR 30 giugno 1965 n. 1124, sollevata in relazione all'art. 76 dello stesso decreto alla tabella all. 3, sotto il profilo della mancata concessione dell'assegno integrativo per assistenza personale continuativa nei casi di inabilità permanente assoluta conseguente a menomazioni non elencate nella tabella citata, ma comportanti la necessità di assistenza personale continuativa, perché il punto 8 di tale tabella ("Malattie o infermità che rendano necessaria la continua o quasi continua degenza a letto") va correttamente inteso come comprensivo di tutte le situazioni nelle quali sussista l'impossibilità o l'estrema difficoltà di lasciare la posizione sdraiata o seduta senza l'aiuto altrui» (Corte Costituzionale 24 maggio 1991, n. 216, in Giust. civ. 1991, I, 1645 e Riv. infort. e mal. prof. 1991, II, 1).

Attività protette

«Non è ravvisabile nell'ipotesi di aggressione di un medico INAIL da parte dell'assicurato un infortunio sul lavoro ai sensi dell'art. 2 DPR n. 1124 del 1965, atteso che, pur sussistendo causa violenta e l'occasione di lavoro, il fatto non è stato originato da una delle attività imprenditoriali protette elencate nell'art. 1 DPR n. 1124 citato». (Cass. Civ. Sez. lav. 6 febbraio 1999 n. 1241, in Giur. it. 1999, 29 nota) (Morrone).

Causa violenta

«In tema di infortunio sul lavoro, uno sforzo fisico compiuto durante il lavoro, può configurare l'esistenza di una causa violenta prevista dall'art. 2 DPR n. 1124 del 1965 atta a determinare, con azione rapida ed intensa, la lesione dell'equilibrio fisico dell'assicurato. In tale contesto, il nesso causale non è escluso da una predisposizione morbosa, trovando applicazione in tema di infortuni sul lavoro e di malattie professionali, il principio di equivalenza delle cause stabilito dall'art. 41 c.p., secondo cui il concorso di altre cause non esclude il rapporto di causalità» (Cass. Civ. Sez. lav. 30 maggio 2000 n. 7228, in Giust. civ. Mass. 2000, 1154).

«In tema di infortuni sul lavoro, lo sforzo fisico, al quale possono essere equiparati stress emotivi e ambientali, costituisce la causa violenta, ex art. 2 DPR 30 giugno 1965 n. 1124, che determina con azione rapida ed intensa la lesione. La predisposizione morbosa del lavoratore non esclude il nesso causale tra lo stress emotivo e ambientale e l'evento infortunistico, in relazione anche al principio della equivalenza causale di cui all'art. 41 c.p., che trova applicazione nella materia degli infortuni sul lavoro e delle malattie professionali, dovendosi riconoscere un ruolo di concausa anche ad una minima accelerazione di una pregressa malattia. (Nella specie, la sentenza impugnata, confermata dalla S.C., ha ritenuto sussistente l'occasione di lavoro in relazione al decesso del responsabile di uno stabilimento, già affetto da patologia cardiaca, avvenuto a causa di un infarto determinato da stress emotivo, conseguente all'attivazione dell'allarme antincendio dello stabilimento e alla necessità di un suo intervento, e da stress ambientale, riconducibile alla rigida temperatura esistente all'esterno)» (Cass. Civ. Sez. lav. 23 dicembre 2003 n. 19682, in Giust. civ. Mass. 2003, f. 12).

«Ai sensi dell'art. 2 TU n. 1124 del 1965 "causa violenta" – fatto genetico indispensabile per l'esistenza dell'infortunio sul lavoro – è ogni evento lesivo che agisca "ab extrinseco", ossia dall'esterno verso l'interno dell'organismo del lavoratore; né la preesistenza di un quadro morboso vale ad escludere il rapporto di causalità con la prestazione lavorativa, quando un concentrato dispendio di energie (come significativi sbalzi di temperatura, stress emotivo da lavoro) dia luogo ad una brusca rottura del precario equilibrio organico in atto, come l'infarto cardiaco» (Cass. Civ. Sez. Lav. 16 ottobre 2000 n. 13741, in Riv. infort. e mal. prof. 2000, II, 100).

«In materia di infortuni sul lavoro la causa violenta – fatto genetico indispensabile dell'infortunio – può consistere anche in uno sforzo che, pur se non straordinario o eccezionale, sia diretto a vincere una resistenza propria della prestazione o dell'ambiente di lavoro. Né il ruolo causale dell'attività lavorativa è escluso da una preesistente condizione patologica del lavoratore, la quale, anzi, può rilevare in senso contrario, in quanto può rendere più gravose e rischiose attività solitamente non pericolose e giustificare il nesso tra l'attività lavorativa e l'infortunio. (Nella specie la S.C. ha cassato la sentenza impugnata che, attribuendo l'evento ad una preesistente condizione patologica, aveva escluso l'incidenza causale dell'attività lavorativa in occasione della rottura del tendine estensore del pollice del lavoratore, avvenuta mentre questi stava estendendo tale dito per aprire le forbici usate per la potatura, solo sulla base della presunta modestia dello sforzo compiuto per aprire le lame)» (Cass. Civ. Sez. lav. 9 settembre 2003 n. 13184, in Giust. civ. Mass. 2003, f. 9).

Causa violenta, sforzo, predisposizione

«In materia di assicurazione obbligatoria contro gli infortuni sul lavoro, il diritto alla relativa prestazione richiede che l'infortunio sia stato provocato da una "causa violenta" (art. 2, DPR n. 1124/1965) che può riscontrarsi anche in riferimento allo sforzo messo in atto nel compiere un normale atto lavorativo, qualora sia caratterizzato dalla intensità dell'energia spiegata, concentrata in un breve arco temporale, che va identificato nell'unità cronologica costituita dal turno di lavoro. (Nella specie, la S.C. ha cassato la sentenza di merito, la quale aveva ritenuto insussistente la "causa violenta" nello sforzo posto in essere da due lavoratrici, le quali, per un intero turno lavorativo avevano, rispettivamente, provveduto a rifilare con un coltello plastiche di particolare durezza e ad inserire tappi in scarponi da sci mediante una graffettatrice, contraendo entrambe una tendinite acuta)» (Cass. 10 gennaio 2003, n. 239, Pres. Mileo, Rel. De Matteis, in Lav. nella giur. 2003, 475; in Riv. it. dir. lav. 2003, 637, con nota di Luca Ruggiero. *Il turno lavorativo come unità cronologica della causa violenta "allargata" nell'infortunio sul lavoro*).

«Nell'assicurazione obbligatoria contro gli infortuni sul lavoro, lo sforzo messo in atto dal lavoratore, in una delle situazioni tipiche ed abituali del suo lavoro, al fine di vincere una resistenza specifica delle condizioni di lavoro e del suo ambiente, che determini, con azione rapida ed intensa, un infarto cardiaco e le relative conseguenze invalidanti o letali, costituisce "causa violenta", ai sensi dell'art. 2 del DPR 30 giugno 1965 n. 1124» (Cass. 27 settembre 2000 n. 12798, pres. Trezza, in Lavoro e prev. oggi 2000, pag. 2111).

«L'infarto, per il suo attuarsi in un brevissimo arco temporale, ha il carattere della "violenza" ed assume rilievo come causa di infortunio sul lavoro, ove sia legato all'attività lavorativa con una connessione causale (in quanto, anche nell'ambito di un eventuale concorso di cause, sia determinato dall'attività lavorativa) ed una contiguità topografica (in quanto si verifichi nel corso dell'attività lavorativa), contiguità che non significa (attesa la dizione di legge "in occasione") assoluta contestualità, cosicché essa non è esclusa da un breve intervallo temporale fra lavoro e lesione (infarto), ove questa sia inequivocabilmente riconducibile all'attività volta in un tempo immediatamente precedente (nella fattispecie prestando lavoro dalle 12 alle 14 ore al giorno per l'inaugurazione della nuova sede della Camera del lavoro)» (Cass. 26 ottobre 2000, n. 14085, pres. De Musis, in Lavoro e prev. oggi 2000, pag. 2281).

«In tema di infortuni sul lavoro, affinché un evento lesivo possa configurarsi come "causa violenta", quale prevista dall'art. 2 DPR 30 giugno 1965 n. 1124 per l'indennizzabilità, è sufficiente che la lesione si verifichi in un brevissimo arco temporale a seguito dell'atto lavorativo, mentre non è necessario che questo sia costituito da uno sforzo, potendo avere intensità e peso non maggiori di ciò che è normalmente necessario per lo svolgimento del lavoro, ed in tal modo esaurirsi anche in un'azione che non esuli dalle condizioni abituali e tipiche delle mansioni alle quali il lavoratore è addetto. Si esige, altresì che tra attività lavorativa e lesione sussista non solo connessione causale (per cui la prima, pur estesa ad attività preliminari o propedeutiche, determina la seconda), bensì una contiguità nel tempo e nello spazio, normativamente espressa con il riferimento alla occasione di lavoro. (Alla stregua del principio di cui alla massima, la S.C. ha cassato la decisione del giudice di seconde cure che, in difformità dalla sentenza di primo grado, aveva escluso che l'ernia del disco da cui

era affetto il dipendente fosse indennizzabile non essendo il prodotto di uno sforzo particolare compiuto nel tentativo di recuperare una bobina di peso rilevante sfuggitagli di mano, ma di un consuetudinario atto di forza abituale sovrapposti ad una pregressa morbosità latente)» (Cass. Civ. Sez. lav. 25 agosto 2003 n.12476, in Giust. civ. Mass. 2003, f. 7-8).

«Con riguardo agli infortuni sul lavoro disciplinati dal DPR 30 giugno 1965 n. 1124, anche lo sforzo fisico del lavoratore in condizioni tipiche e abituali di lavoro e diretto a vincere una resistenza peculiare delle condizioni di lavoro e del suo ambiente, assurge a causa violenta allorché con azione rapida ed intensa arrechi una lesione all'organismo del lavoratore medesimo. In particolare, in base alla normativa sull'assicurazione obbligatoria contro gli infortuni sul lavoro, allorché si discuta in tema di indennizzabilità delle conseguenze di un infarto del miocardio occorso in occasione della prestazione lavorativa (nella specie, secondo la tesi dell'assicurato, a causa dello sforzo da lui compiuto per trarre fuori da un pantano il pesante autocarro di cui era alla guida e con il servosterzo non in condizione di funzionare), deve tenersi presente che lo sforzo fisico compiuto o lo stress emotivo o psicologico subito durante il lavoro può integrare la causa violenta prevista dall'art. 2 DPR 30 giugno 1965 n. 1124, idonea a determinare con azione rapida e intensa la lesione. Peraltro, la predisposizione morbosa non esclude il nesso causale tra sforzo ed evento infortunistico, in relazione anche al principio di equivalenza causale di cui all'art. 41 c.p., che trova applicazione nella materia degli infortuni sul lavoro e delle malattie professionali, con la conseguenza che un ruolo di concausa va attribuito anche ad una minima accelerazione di una pregressa malattia, salvo che questa sia sopravvenuta in modo del tutto indipendente dallo sforzo compiuto o dallo stress subito nella esecuzione della prestazione lavorativa» (Cass. Civ. Sez. lav. 21 maggio 2003 n. 8019, in Giust. civ. Mass. 2003, f. 5, e in Orient. giur. lav. 2003, I, 466).

Causa violenta e causa virulenta

«Nell'assicurazione obbligatoria contro gli infortuni sul lavoro, costituisce causa violenta anche l'azione di fattori microbici o virali che, penetrando nell'organismo umano, ne determinino l'alterazione dell'equilibrio anatomico-fisiologico, sempreché tale azione, pur se i suoi effetti si manifestino dopo un certo tempo, sia in rapporto con lo svolgimento dell'attività lavorativa, anche in difetto di una specifica causa violenta alla base dell'infezione. La relativa dimostrazione può essere fornita in giudizio anche mediante presunzioni semplici. (Fattispecie relativa a infermiere professionale che deduceva di avere contratto un'epatite pungendosi con l'ago di una siringa mentre effettuava un prelievo di sangue ad un ricoverato; la S.C., nell'annullare la sentenza impugnata, che aveva rigettato la domanda per difetto di prova adeguata in ordine a uno specifico episodio di puntura con ago infetto, ha rilevato che non erano state effettuate le necessarie indagini scientifiche e statistiche basate sul tipo di epatite contratta dall'interessato, sul reparto e le mansioni cui lo stesso era addetto, ecc.)» (Cass. Civ. Sez. lav. 1 giugno 2000 n.7306, in Giust. civ. Mass. 2000, 1193).

Infortunio *in itinere*

«Anche prima dell'entrata in vigore dell'art. 12, DLgs 23 febbraio 2000, n. 38, che ha espressamente previsto l'indennizzabilità dell'infortunio *in itinere*, la riconducibilità di tale infortunio nell'ambito del rischio professionale e dell'assicurazione obbligatoria comportava per il datore di lavoro, in ragione della na-

tura essenzialmente assicurativa della tutela previdenziale antinfortunistica, l'assunzione di tutte le conseguenze contributive derivanti dalla verifica di quell'evento dannoso e, in particolare, la rilevanza anche di tale infortunio agli effetti del tasso specifico aziendale, che determina – in relazione all'andamento infortunistico aziendale e per le singole lavorazioni assicurate – oscillazioni del tasso medio nazionale dei premi di assicurazione contro gli infortuni sul lavoro e le malattie professionali nel settore industriale. Poiché, infatti, la tariffa dei premi, approvata con decreto ministeriale, determina il tasso medio nazionale per ciascuna lavorazione ed il tasso specifico aziendale, in relazione all'andamento, parimenti aziendale, di infortuni e malattie professionali, quale risulta dal rapporto tra oneri e retribuzioni, e poiché gli oneri considerati a tal fine sono, tra l'altro, quelli finanziari relativi agli infortuni ed alle malattie professionali del periodo di osservazione, tra questi devono essere compresi anche gli oneri relativi alle prestazioni erogate per infortunio *in itinere*, in quanto indennizzato dall'INAIL al pari di qualsiasi infortunio sul lavoro a prescindere dalla colpa del datore di lavoro, non avendo questa alcun rilievo ai fini della indennizzabilità dell'infortunio stesso e, quindi, degli oneri considerati dalla tariffa. (Nella specie, la S.C. ha cassato, decidendo nel merito, la sentenza impugnata che aveva accolto la domanda del datore di lavoro volta ad ottenere pronunce consequenziali alla declaratoria di illegittimità del provvedimento di aumento – dal 40 al 56 per cento – del tasso di premio, adottato dall'INAIL in dipendenza di un infortunio mortale *in itinere*, indennizzato dal medesimo istituto) (Cass. 6 agosto 2002, n. 11792, Pres. Mileo, Rel. De Luca, in Lav. nella giur. 2003, 76).

«L'infortunio *in itinere* è da comprendere nella tutela assicurativa obbligatoria in quanto sia riconducibile alla comune ipotesi di infortunio avvenuto "in occasione di lavoro". Tale infortunio può ritenersi indennizzabile allorché l'attività strumentale e preparatoria, anteriore o successiva alla vera e propria prestazione lavorativa, e tra essa dunque anche l'attività di spostamento su strada tra abitazione e luogo di lavoro, sia obbligata e si renda necessaria per le particolari modalità e caratteristiche della prestazione lavorativa. In questo caso il generico rischio della strada, al quale sono indistintamente esposti tutti gli utenti della stessa, può diventare rischio specifico di lavoro quando a quel rischio si accompagni un elemento aggiuntivo e qualificante, per il quale l'infortunio su strada viene a trovarsi in rapporto di stretta e necessaria connessione con gli obblighi lavorativi» (Cass. 21 aprile 1999 n. 3970, pres. Sommesa, est. Mercurio, in D&L 1999 746, n. Veraldi, *L'infortunio in itinere e l'occasione di lavoro: lo sforzo interpretativo e ricostruttivo operato dalla giurisprudenza*).

«Allorché l'utilizzo della pubblica strada sia imposto dall necessità di raggiungere il posto di lavoro (o di farne ritorno all propria abitazione), particolarmente ove la strada pubblica con duce esclusivamente ad esso e non siano dunque possibili al lavoratore scelte diverse, si configura un rapporto finalistico o strumentale tra l'attività di locomozione e di spostamento (tra luogo di abitazione e quello di lavoro e viceversa) e l'attività di stretta esecuzione della prestazione lavorativa, che di per sé è sufficiente ad integrare quel *quid pluris* richiesto per la indennizzabilità dell'infortunio *in itinere* (nel caso di specie l'indennizzabilità è stata fatta conseguire all'accertamento della necessità dell'uso del mezzo privato, dovuto non ad una scelta arbitraria della lavoratrice ma all'inutilizzabilità del mezzo pubblico in ragione della inadeguatezza del servizio in relazione anche ai variabili orari de-

l'infortunata, capo d'ufficio di un'agenzia assicurativa, alla misura di 45 minuti con il ricorso all'autobus – contro i 5-7 minuti con l'impiego della bicicletta – nonché alla ragionevole esigenza di risparmiare tempo per raggiungere l'abitazione ed ivi accudire ai suoi impegni familiari (vincolanti giuridicamente) verso il marito, i due figli e la madre ottantenne invalida)» (Cass. 14 novembre 2000, n. 14715, pres. Ianniruberto, in *Lavoro e prev. oggi* 2000, pag. 2316).

«In materia di assicurazione contro gli infortuni sul lavoro, in applicazione del principio secondo cui il generico rischio della strada può diventare rischio specifico di lavoro nei casi in cui il lavoratore sia costretto a far uso di un mezzo privato di trasporto, deve escludersi la indennizzabilità dell'infortunio occorso al lavoratore che sia rimasto infortunato in conseguenza dell'impiego della bicicletta per recarsi sul posto di lavoro, se la necessità di fare ricorso a tale veicolo sia esclusa dalla particolare vicinanza del posto di lavoro all'abitazione dell'interessato (nel caso il luogo di lavoro distava 800 metri dall'abitazione ed era quindi agevolmente raggiungibile anche a piedi, considerata anche la buona stagione e la giovane età dell'infortunata)» (Cass. 13 novembre 2000, n. 14681, pres. Ianniruberto, in *Lavoro e prev. oggi* 2000, pag. 2313).

«Ai sensi dell'art. 2 TU 30 giugno 1965 n. 1124, l'indennizzabilità dell'infortunio *in itinere* subito dal lavoratore nel percorrere con un mezzo proprio, la distanza tra la sua abitazione ed il luogo di lavoro postula: a) la sussistenza di un nesso eziologico tra il percorso seguito e l'evento, nel senso che tale percorso costituisce, per l'infortunato, quello normale per recarsi al lavoro e per tornare alla propria abitazione; b) la sussistenza di un nesso almeno occasionale tra itinerario seguito e attività lavorativa, nel senso che il primo non sia dal lavoratore percorso per ragioni personali o in orari non collegabili alla seconda; c) la necessità dell'uso del veicolo privato, adoperato dal lavoratore, per il collegamento tra abitazione e luogo di lavoro, considerati i suoi orari di lavoro e quelli dei pubblici servizi di trasporto e tenuto conto della possibilità di soggiornare in luogo diverso dalla propria abitazione, purché la distanza tra tali luoghi sia ragionevole. (Nella fattispecie, alla stregua di tali principi, la Corte Suprema ha casato la decisione del giudice del merito che aveva escluso dalla tutela assicurativa obbligatoria l'infortunio occorso ad un lavoratore lungo il percorso verso la propria dimora, più vicina al luogo di lavoro rispetto a quello della propria residenza anagrafica, e resa nota al datore di lavoro, in base alla circostanza che la scelta dell'infortunato di tornare, alla fine della settimana lavorativa, ed alla vigilia del giorno festivo, al luogo di dimora, anziché presso la famiglia di origine, nel luogo di residenza, avrebbe costituito rischio elettivo)» (Cass. 18 aprile 2000 n. 5063, pres. Trezza, in *Dir. lav.* 2000, pag. 425, con nota di Gambacciani, *L'infortunio in itinere: dall'interpretazione giurisprudenziale alla recente disciplina legislativa*).

«L'assicurazione contro gli infortuni sul lavoro – secondo la più recente e condivisibile giurisprudenza maggiormente rispettosa dei canoni della ragionevolezza (art. 3 Cost.) e della protezione dell'infortunato (art. 38 Cost.) – comprende gli infortuni occorsi alle persone assicurate durante il normale percorso di andata e ritorno dal luogo dell'abitazione a quello del lavoro, anche nel caso di utilizzo del mezzo di trasporto privato, purché imposto da particolari esigenze; per luogo di abitazione non si può intendere soltanto quello di personale dimora del lavoratore, ma, soprattutto, il luogo in cui si svolge la personalità dell'individuo,

di norma, nell'ambito della comunità familiare; di conseguenza, anche il percorso di andata e ritorno dal luogo di residenza della famiglia al luogo di lavoro, in considerazione dei doveri di rilevanza costituzionale di solidarietà familiare, deve reputarsi "normale"». (Cass. 8 novembre 2000, n. 14508, pres. Ianniruberto, in *Lavoro e prev. oggi* 2000, pag. 2309 e in *Foro it.* 2001, pag. 1531).

«Costituisce infortunio *in itinere*, come tale indennizzabile dall'INAIL, quello sofferto dal lavoratore a seguito di sinistro automobilistico occorsogli durante il tragitto per recarsi da casa al lavoro e viceversa, qualora risulti provata la necessità dell'uso del veicolo privato a causa della mancanza o comunque dell'inadeguatezza dei mezzi pubblici per raggiungere il lavoro, e ciò indipendentemente dall'accertata responsabilità colposa dello stesso lavoratore nell'incidente» (Trib. Milano 17 ottobre 2001, Est. Salmeri, in *D&L* 2002, 213).

«Costituisce infortunio *in itinere*, e come tale indennizzabile dall'INAIL, quello sofferto dal lavoratore a seguito di sinistro automobilistico occorsogli durante il tragitto per recarsi in macchina in ufficio per svolgere di sabato prestazioni di lavoro straordinario, qualora risulti provata la necessità dell'uso del veicolo privato adoperato dal lavoratore a causa della mancanza di servizi pubblici che avrebbero potuto consentirgli di raggiungere il luogo di lavoro in tempo utile per l'inizio della prestazione lavorativa» (Pret. Milano 14 novembre 1994, est. Curcio, in *D&L* 1995, 388. In senso conforme, v. Pret. Milano 16/4/99, est. Curcio, in *D&L* 1999, 750).

«Nel caso di infortunio *in itinere* accaduto in occasione dell'utilizzo necessitato del mezzo privato, l'Istituto assicuratore assume il rischio connesso all'uso del mezzo di trasporto verso il luogo di lavoro sino al completamento del viaggio, anche quando il conducente del veicolo, abbandonato il sistema pubblico viario, abbia raggiunto l'area privata nella quale la prestazione lavorativa deve svolgersi, diversamente da quando il veicolo, prima di essere lasciato in parcheggio, venga utilizzato per scopi diversi e non collegati ad alcuna esigenza lavorativa, quale mezzo per un più comodo spostamento all'interno dell'area stessa. Ciò in quanto deve ritenersi incluso nella copertura assicurativa lo spostamento del veicolo stesso anche all'interno dell'area privata, solo al fine di reperire un luogo di parcheggio. (Fattispecie relativa ad un infortunio occorso, in dipendenza dell'operazione di discesa da una bicicletta, al lavoratore che la utilizzava per spostarsi più agevolmente all'interno dell'area cantiere, dove prestava la propria attività lavorativa)» (Cass. 6 marzo 2003, n. 3363, Pres. Senese, Rel. Curcuruto, in *Lav. nella giur.* 2003, 675).

«L'infortunio *in itinere* come tale indennizzabile nell'ambito della tutela del lavoratore contro il rischio di infortuni sul lavoro, non è configurabile – oltre che nell'ipotesi di infortunio subito dal lavoratore nella propria abitazione (o nel proprio domicilio o dimora) – anche in quella di infortunio verificatosi nelle scale condominiali od in altri luoghi di comune proprietà privata, atteso che l'indennizzabilità (come risulta chiaramente anche dalle nuove disposizioni di cui all'art. 12 del DLgs n. 38 del 2000) presuppone che l'infortunio si verifichi nella pubblica strada o, comunque, non in luoghi identificabili con quelli di esclusiva (o comune) proprietà del lavoratore assicurato» (Cass. 9 giugno 2003 n. 9211, Pres. Ianniruberto Rel. Vidiri, in *Dir. e prat. Lav.* 2003, 3053).

«È indennizzabile come infortunio *in itinere* il sinistro occor-

so ad un medico ospedaliero che, parcheggiata l'autovettura, mentre si accingeva a raggiungere il reparto dove avrebbe dovuto prestare la propria attività, inciampava in una catenella di delimitazione posta all'interno dell'ospedale» (Cass. 10 gennaio 2001, n. 253, pres. Mileo, est. Lamorgese, in Foro it. 2001, pag. 1532).

«Va cassata la sentenza che abbia escluso l'indennizzabilità di infortunio *in itinere* subito a bordo di automezzo privato, trattandosi di rischio elettivo non imposto dall'orario di lavoro che doveva essere osservato, ma non abbia invece fatto ricorso ad un criterio di normalità – razionalità, che, nell'ambito di applicazione di una norma elastica, tenga conto degli standard comportamentali esistenti nella società civile rispondendo a valori guida dell'ordinamento di rango costituzionale idonei a risolvere il conflitto fra interessi dell'istituto assicuratore a non erogare prestazioni che esulino dalle sue funzioni di copertura di rischi propri delle attività lavorative e quello del lavoratore di vedere non esclusi dall'ambito di tali attività momenti peculiari della sua personalità di uomo-lavoratore in esse coinvolte (quali un più intenso legame con la comunità familiare ed un rapporto con l'attività lavorativa diretto ad una maggiore efficienza delle prestazioni lavorative in relazione al tempo libero)» (Cass. 3 agosto 2001, n. 10750, Pres. De Masis, Est. Guglielmucci, in Foro it. 2003, parte prima, 1845).

«Non è indennizzabile, perché non qualificabile come accaduto *in itinere* per l'adempimento di un obbligo di servizio, l'infortunio mortale occorso al militare della guardia di finanza mentre, all'inizio della licenza, si recava alla propria abitazione con un automezzo privato» (Consiglio di Stato 13 dicembre 1999, parere n. 458, pres. Quaranta, in Foro it. 2000, III, 541).

«In tema di infortunio *in itinere*, il rischio elettivo che ne esclude la indennizzabilità deve essere valutato con maggior rigore che nell'attività lavorativa diretta, comprendendo comportamenti di per sé non abnormi, secondo il comune sentire, ma semplicemente contrari a norme di legge o di comune prudenza. Ne consegue che la violazione di norme fondamentali del codice della strada può integrare il rischio elettivo che esclude il nesso di causalità tra attività protetta ed evento. (Nella specie, anteriore "ratione temporis" alla riforma adottata dal DLgs 23 febbraio 2000 n. 38, la S.C. ha cassato la decisione di merito che aveva accolto la domanda di corresponsione della rendita INAIL proposta dai superstiti di un bracciante agricolo, deceduto a causa del ribaltamento del trattore per errata manovra in fase di parcheggio, in quanto sprovvisto di patente di guida per il mezzo agricolo)» (Cass. Civ. Sez. lav. 18 marzo 2004 n. 5525, in Giust. civ. Mass. 2004, f. 3).

Danno futuro

«In tema di assicurazione contro gli infortuni sul lavoro e le malattie professionali, il danno risarcibile dall'INAIL è l'inabilità permanente, costituita dalla riduzione attuale dell'attitudine al lavoro, mentre è da escludere la indennizzabilità su basi probabilistiche del rischio di un aggravamento futuro (nella specie, il rischio della insorgenza di epilessia quale conseguenza di un trauma cranico), in quanto, in caso di successivo aumento (o diminuzione) della inabilità, l'assicurazione prevede il meccanismo della revisione di cui all'art. 83 del TU del 1965 per adeguare la rendita alla nuova, diversa misura dell'inabilità» (Cass. Civ. Sez. lav. 26 maggio 2003 n. 8355, in Giust. civ. Mass. 2003, f. 5).

Formula di Gabrielli

«A norma dell'art. 79 DPR 30 giugno 1965 n. 112, il grado di riduzione permanente dell'attitudine al lavoro causata da infortunio – quando risulti aggravato da inabilità preesistenti derivanti da fatti estranei al lavoro, ovvero da altro infortunio tutelato da una diversa gestione INAIL – deve essere rapportato non alla attitudine al lavoro normale, ma a quella ridotta per effetto delle preesistenti inabilità; tale rapporto è espresso da una frazione (la cosiddetta formula Gabrielli) avente come denominatore la ridotta attitudine preesistente e come numeratore la differenza tra quest'ultima (minuendo) ed il grado di attitudine al lavoro residuo dopo l'infortunio (sottraendo)» (Cass. Civ. Sez. lav. 21 gennaio 1999, n. 534, in Giust. civ. Mass. 1999, 125).

Malattie professionali: causalità

«È illegittimo per violazione dell'art. 3 Cost., l'art. 2751 bis n. 1, c.c., nella parte in cui non munisce del privilegio generale sui mobili il credito del lavoratore subordinato per danni conseguenti a malattia professionale, della quale sia responsabile il datore di lavoro» (Corte Cost. 22 maggio 2002, n. 220, pres. Rupto, est. Marini, in Lavoro giur. 2002, pag. 630).

«In ipotesi di malattia professionale non tabellata, la prova della causa di lavoro che grava sul lavoratore deve essere valutata in termini di ragionevole certezza, ovvero, esclusa la rilevanza della mera possibilità di eziopatogenesi professionale, questa può essere ravvisata in presenza di un elevato grado di probabilità, che può essere ritenuto sussistente sulla base degli accertamenti operati dal giudice di merito. In particolare, a proposito della ipoacusia derivante da cause di lavoro, trattandosi di malattia che pur se diagnosticata con certezza, non consente con altrettanta certezza l'individuazione di una causa determinata, da un lato, l'avvenuta esposizione professionale al rumore con tempi, modi, ed intensità tali da poter svolgere un apporto causale, e dall'altro l'insorgenza della ipoacusia in capo all'assicurato» (Cass. 24 marzo 2003, n. 4292, Pres. Sciarelli, Rel. Filadoro, in Dir. e prat. lav. 2003, 1866).

«Nell'ipotesi di malattia professionale non tabellata, la prova della causa di lavoro, che grava sul lavoratore, deve essere valutata in termini di ragionevole probabilità, nel senso che, pur dovendosi escludere la rilevanza della mera o devota possibilità di fattori eziopatogeni di natura professionale, tuttavia tale evenienza può essere ravvisata in presenza di un rilevante grado di probabilità. All'uopo non è indispensabile l'espletamento di una consulenza tecnica ambientale allorché la natura professionale della patologia, essendone difficoltosa o impossibile una puntuale ricostruzione, possa essere desunta, con un elevato grado di probabilità, dalla tipologia delle lavorazioni svolte, dalla natura dei macchinari presenti nell'ambiente di lavoro, che possono costituire causa della patologia» (Cass. 21 febbraio 2003, n. 2716, Pres. Sciarelli, Rel. Cellerino, in Lav. nella giur. 2003, 571).

«A seguito della sentenza della Corte Costituzionale n. 206/1988 (dichiarativa della illegittimità costituzionale dell'art. 135, secondo comma, DP. n. 1124/1965, nella parte in cui pone una presunzione assoluta di verificazione della malattia professionale nel giorno in cui è presentata all'istituto assicuratore denuncia con il certificato medico), il *dies a quo* per la decorrenza del termine triennale di prescrizione dell'azione per conseguire dall'INAIL la rendita per inabilità permanente va ricercato con

riferimento al momento in cui l'interessato abbia avuto consapevolezza dell'esistenza della malattia indennizzabile, potendo a tal fine assumere rilievo l'esistenza di eventi oggettivi esterni alla persona dell'assicurato, che costituisce fatto noto ai sensi degli artt. 2727 e 2729 c.c., quali la domanda amministrativa, certificati medici che attestino l'esistenza della malattia al momento della certificazione o altri fatti noti dai quali sia possibile trarre presunzioni gravi, precise e concordanti (nella specie, la S.C. ha annullato la sentenza di merito che, ai fini della decorrenza della prescrizione, aveva ritenuto la sussistenza della consapevolezza della malattia, da parte dell'assicurato, sulla base di una consulenza tecnica espletata in giudizio, la quale aveva desunto tale consapevolezza unicamente dalla gravità della stessa accertata in sede peritale)» (Cass. 6 novembre 2002, n. 15598, Pres. Trezza, Rel. De Matteis, in Lav. nella giur. 2003, 279).

«Il presupposto della domanda amministrativa da parte dell'assicurato, volta al riconoscimento della rendita da malattia professionale, è la consapevolezza dell'esistenza del diritto. Dal momento in cui vi è la certezza dello stato morboso inizia a decorrire il termine prescrizione della domanda amministrativa, di cui all'art. 112, DPR n. 1124/1965. A nulla rileva che al momento della proposizione della domanda, l'inabilità non aveva i requisiti minimi per dar luogo al diritto alla rendita per il solo fatto che nel primo certificato medico di malattia professionale la diagnosi era stata espressa in termini di probabilità, non essendo tale circostanza assolutamente idonea a fornire la prova della conoscenza, il cui onere incombe sul ricorrente, che non sussistevano i requisiti minimi di inabilità necessaria per vincere la prescrizione medesima» (Trib. Grosseto 28 gennaio 2003, Est. Ottati, in Lav. nella giur. 2003, 588).

«In materia di revisione della rendita per inabilità conseguente a malattia professionale, il termine di complessivi quindici anni, previsto dall'art. 137, DPR n. 1124/1965 (secondo il quale l'ultima revisione può aversi soltanto per modificazioni avvenute entro il limite di quindici anni dalla data di costituzione della rendita) delimita l'ambito temporale di rilevanza dei mutamenti dello stato dell'assicurato successivi alla costituzione della rendita, con la conseguenza che alla revisione può procedersi (per fatti verificatisi entro il quindicennio) oltre il limite dei quindici anni, purché entro l'ulteriore termine (previsto dall'art. 137, ultimo comma, DPR n. 1124, per il solo assicurato e da ritenersi però applicabile anche all'INPS) di un anno dal decorso del quindicennio. In tema di rettifica della rendita, viceversa, l'INAIL, ai sensi della disciplina introdotta, con efficacia retroattiva, dall'art. 9, DLgs n. 38/2000, può far valere l'erroneità della iniziale valutazione solo ove l'errore sia accertato con criteri, metodi e strumenti di indagine disponibili all'atto del provvedimento originario ed entro dieci anni dalla data di comunicazione dell'originario provvedimento errato, salvo il caso di dolo o colpa grave dell'interessato. Ne consegue che, ove l'Istituto sostenga l'erronea valutazione della situazione precedentemente accertata e di questa dia una nuova valutazione, la rettifica, nell'ambito delle condizioni previste dall'art. 9 citato, è soggetta al limite dei dieci anni dalla comunicazione dell'originario provvedimento, termine decorso il quale la valutazione iniziale diventa irrettificabile ed il riconoscimento del diritto irreversibile; ove viceversa l'Istituto sostenga che sia intervenuto un materiale miglioramento della situazione precedentemente accertata, la procedura di revisione può essere disposta solo per fatti intervenuti entro quindici anni dalla costituzione della rendita e con atto

che intervenga entro un anno dalla scadenza di questo termine» (Cass. 20 gennaio 2003, n. 776, Pres. Ciciretti, Rel. Cuoco, in Lav. nella giur. 2003, 570).

«Atteso che l'inserimento in tabella di una malattia professionale ha natura di norma processuale, come tale applicabile al momento del giudizio, la presunzione del rapporto di causalità tra la lavorazione e la corrispondente malattia professionale tabellata, desumibile dal rinvio alla tabella operato dall'art. 3, DPR n. 1124/1965, non è esclusa dal fatto che, all'epoca dell'esposizione a rischio, la malattia non fosse tabellata» (Cass. 24 maggio 2003 n. 8254, Pres. Ciciretti Rel. Lupi, in Lav. nella giur. 2004, 80).

«Nei giudizi in materia di costituzione di rendita INAIL per malattia professionale, nel caso in cui il giudice del merito si basi sulle conclusioni del consulente tecnico d'ufficio, sono denunciabili in sede di giudizio di legittimità, sotto il profilo del difetto di motivazione, la palese devianza da parte del consulente tecnico dalle nozioni correnti della scienza medica, nonché che ogni illogicità incidente sulla validità delle sue conclusioni. (Nella specie, la S.C. ha ritenuto sussistente il vizio di motivazione per il fatto che nella relazione del CTU, cui il giudice di merito aveva prestato adesione, la valutazione negativa circa l'incidenza causale dei fattori di rischio lavorativi, collegati allo svolgimento di attività con mezzi pesanti ed escavatori, e relativi scuotimenti, sull'insorgenza di patologia artrosica-malacica-discale-lombare era stata argomentata sul presupposto che, nell'ambito delle malattie non tabellate, siano rilevanti solo quelle suscettibili di diagnosi eziologica univoca essenzialmente unifattoriale, oppure, nelle malattie "concausate", quelle per cui la concausa sia "adeguata ed efficiente". Tali argomentazioni sono state ritenute dalla S.C. devianti rispetto ai corretti principi in materia di equivalenza delle cause)» (Cass. Civ. Sez. lav. 22 agosto 2002 n. 12406, in Giust. civ. Mass. 2002, 1566).

«Anche nella materia degli infortuni sul lavoro e malattie professionali trova diretta applicazione la regola contenuta nell'art. 41 c.p., per cui il rapporto causale tra evento e danno è governato dal principio della equivalenza delle condizioni, secondo il quale va riconosciuta l'efficienza causale ad ogni antecedente che abbia contribuito, anche in maniera indiretta e remota, alla produzione dell'evento, mentre solamente se possa essere con certezza ravvisato l'intervento di un fattore estraneo all'attività lavorativa, che sia per sé sufficiente a produrre l'infermità tanto da far degradare altre evenienze a semplici occasioni, deve escludersi l'esistenza del nesso eziologico richiesto dalla legge. (Nella specie, la S.C. ha confermato la sentenza di merito che aveva escluso il carattere di malattia professionale per l'epatite C, contratta durante la emotrasi da lavoratrice affetta da anemia da benzene, ritenendo il contagio addebitabile alla struttura sanitaria quale fattore esterno e autonomo rispetto alla malattia professionale, non essendo stato censurato tale apprezzamento di fatto sotto il profilo del vizio di motivazione)» (Cass. Civ. Sez. lav. 11 marzo 2004 n. 5014, in Giust. civ. Mass. 2004, f. 3).

«In relazione alle malattie rientranti nelle tabelle delle malattie professionali (nella specie, ipoacusia da rumore derivante dalla lavorazione meccanica del legno con gli strumenti previsti dalla voce 50, lett. S, e dalle lavorazioni meccaniche previste dalla lettera D della tabella delle malattie professionali per l'industria), qualora l'attività lavorativa tabellata venga svolta non in modo continuativo ma in maniera episodica ed occasionale, viene meno la presunzione legale di derivazione della malattia dalla esposizione al ri-

schio e l'onere della prova della riconducibilità della malattia all'attività professionale svolta grava sul lavoratore» (Cass. Civ. Sez. lav. 10 marzo 2004 n. 4927, in Giust. civ. Mass. 2004, f. 3).

«In tema di malattie professionali (ipoacusia da rumore), dalla lettura coordinata degli art. 41 ss. DLgs 15 agosto 1991 n. 277, attuativo di direttive comunitarie, emerge che il valore dei 90 dBA per l'esposizione quotidiana del lavoratore al rumore rappresenta la soglia di tollerabilità, il cui superamento determina particolari obblighi del datore di lavoro, ma anche che l'esposizione a rumori superiori agli 80 decibel comporta per il datore di lavoro obblighi di "informazione e formazione", e che già il superamento della soglia di 85 decibel richiede l'adozione di adeguati mezzi di protezione e l'assoggettamento del lavoratore a controllo sanitario. Conseguentemente anche l'esposizione a rumorosità non eccedente l'indicato limite dei 90 dBA può essere reputata idonea a pregiudicare l'apparato uditivo – in relazione anche alla diversa capacità di resistenza di ciascun organismo – e non è quindi ostativa alla configurabilità di una malattia professionale indennizzabile; essa, pertanto, non esime il giudice dall'indagine medico-legale in ordine alla sussistenza di tale malattia» (Cass. Civ. Sez. lav. 23 gennaio 2004 n. 1221, in Giust. civ. Mass. 2004, f. 1).

Occasione di lavoro

«È configurabile come infortunio sul lavoro il ferimento del gestore di un distributore di carburanti (sul quale si sia formato un giudicato interno che lo qualificava artigiano) da parte di rapinatori per appropriarsi degli incassi, e come tale indennizzabile dall'INAIL, attesa la specificità del rischio di rapina che sul medesimo incombeva nei momenti in cui doveva riporre altrove (banca od altro luogo), per la necessaria custodia, le somme di denaro incassate in corrispettivo della attività produttiva svolta considerata squisitamente manuale» (Cass. Civ. Sez. lav. 13 dicembre 2000 n. 15691, in Riv. infort. e mal. prof. 2000, II, 83).

«L'indennizzabilità dell'infortunio sul lavoro sussiste anche nell'ipotesi di rischio cosiddetto "improprio", ossia non intrinsecamente connesso allo svolgimento delle mansioni tipiche assegnate al lavoratore, ma inerente ad un'attività prodromica e strumentale allo svolgimento delle stesse, a nulla rilevando l'eventuale carattere di mera occasionalità di detto rischio, atteso che è estraneo alla nozione legislativa di occasione di lavoro il carattere della "normalità" o "tipicità" del rischio protetto. (Nella specie, la S.C. ha confermato, sul punto, la sentenza di merito che aveva ritenuto indennizzabile l'infortunio occorso ad un legale dell'INAIL caduto sul pavimento della sede dell'Istituto, dissestato a causa di lavori di ristrutturazione, mentre, in assenza di personale ausiliario, si recava a fotocopiare alcuni documenti necessari per il suo lavoro)» (Cass. Civ. Sez. lav. 7 aprile 2000 n. 4433, in Giust. civ. Mass. 2000, 751).

«In materia di assicurazione contro gli infortuni sul lavoro, ricorre l'occasione di lavoro – costituente requisito di indennizzabilità dell'infortunio – solo quando esista uno specifico collegamento tra l'evento lesivo e l'attività di lavoro, per cui non è sufficiente, ai fini dell'indennizzabilità, il rischio comune e generico connesso all'attività di spostamento spaziale, ma occorre il rischio specifico insito nello svolgimento delle mansioni tipiche del lavoro affidato, o anche il rischio insito in attività accessorie, qualora queste siano immediatamente e necessariamente connesse e strumentali allo svolgimento di quelle mansioni, e quindi funzionalmente collegato all'attività lavorativa» (Cass. 9 novembre

2002, n. 15765, Pres. Senese, Rel. Filadoro, in Lav. nella giur. 2003).

«Nell'assicurazione obbligatoria contro gli infortuni sul lavoro, tenuti presenti i caratteri originari del sistema e la sua evoluzione, deve ritenersi configurabile l'occasione di lavoro, ai fini dell'indennizzabilità dell'infortunio subito da lavoratore soggetto ad assicurazione perché addetto ad attività protetta a norma dell'art. 1 del DPR n. 1124 del 1965, anche con riferimento ad eventi occorsi nello svolgimento di attività prodromica e necessaria rispetto alla prestazione dedotta in contratto, a prescindere da particolari requisiti di specificità del rischio. (Nella specie il giudice di merito, con la sentenza confermata dalla S.C., aveva ritenuto indennizzabile l'infortunio subito da un'addetta alle pulizie presso un ospedale la quale, dopo avere timbrato il cartellino all'ingresso, si stava recando in bicicletta al padiglione in cui doveva eseguire la prestazione lavorativa)» (Cass. 11 maggio 1999, n. 4676, pres. Lanni, in Dir. Lav. 2000, pag. 323, con nota di Gambacciani, *In tema di occasione di lavoro: un nuovo orientamento della giurisprudenza*).

«Elemento costitutivo dell'infortunio indennizzabile è l'occasione di lavoro, la quale sussiste ogniqualvolta l'evento lesivo risulti ricollegabile, in modo non meramente marginale, all'esposizione dell'infortunato al rischio indotto dagli elementi (inerenti all'ambiente, alle macchine o alle persone) costituenti le condizioni oggettive dell'attività protetta; conseguentemente sono indennizzabili tutti quegli eventi che ledono l'integrità fisica del lavoratore per effetto di condotte imprudenti, negligenti o prive di qualsiasi perizia professionale messe in atto da colleghi nello svolgimento delle loro mansioni, e, quindi, anche di quei comportamenti che, seppure sorti per scherzo, hanno cagionato – in ragione della mancanza della necessaria avvedutezza dei loro autori – danni alla persona del lavoratore. (Nella specie, in applicazione di tali principi, la S.C. ha confermato la decisione di merito che aveva riconosciuto la rendita ai superstiti di un lavoratore, autista di un furgone quotidianamente scortato da una guardia giurata armata, deceduto a seguito della ferita d'arma da fuoco procuratagli dalla condotta colposa del collega nell'uso della medesima)» (Cass. 27 novembre 1999 n. 13296, pres. Sciarelli, in Orient. Giur. Lav. 2000, pag. 575).

«Nella nozione di occasione di lavoro, di cui all'art. 2. DPR 30 giugno 1965, n. 1124, rientrano tutti i fatti, anche straordinari e imprevedibili, inerenti all'ambiente, alle macchine e alle persone, sia dei colleghi, sia di terzi, ed anche dello stesso infortunato, attinenti alle condizioni oggettive e storiche della prestazione lavorativa presupposto dell'obbligo assicurativo, ivi compresi gli spostamenti spaziali del lavoratore assicurato, funzionali allo svolgimento della prestazione lavorativa, con l'unico limite in quest'ultimo caso del rischio elettivo. (Nella specie, la sentenza di merito, cassata dalla S.C., aveva escluso l'indennizzabilità dell'infortunio occorso ad una impiegata della pubblica amministrazione addetta al video-terminale che, spostandosi da un ufficio all'altro della sede di lavoro recando con sé un faldone da utilizzare per la sua attività, era scivolata e caduta in terra riportando una frattura ossea)» (Cass. 9 ottobre 2000, n. 13447, pres. Ianniruberto, in Lavoro giur. 2001, pag. 556, con nota di Ludovica, *La nozione di "occasione di lavoro" nella recente giurisprudenza della Cassazione*).

«Ai sensi del DPR 30 giugno 1965, n. 1124, l'indennizzabilità dell'infortunio subito dall'assicurato sussiste anche nell'ipotesi di rischio improprio, non intrinsecamente connesso, cioè, al-

svolgimento delle mansioni tipiche del lavoro svolto dal disidente, ma insito in una attività prodromica e strumentale allo svolgimento delle suddette mansioni, a nulla rilevando l'eventuale carattere meramente occasionale di detto rischio (nella specie, determinato dalle particolari condizioni atmosferiche), atteso che è estraneo alla nozione legislativa di occasione di lavoro il trattare di normalità o tipicità del rischio protetto» (Trib. Milano 31 ottobre 2000, pres. Gargiulo, est. Sbordone, in *Orient. Giur. Lav.* 2000, pag. 1123).

«Va riconosciuta la sussistenza dell'occasione di lavoro, che rende indennizzabile l'infortunio, e va nel contempo esclusa l'ipotesi di rischio elettivo, la cui ricorrenza invece interromperebbe il nesso causale, nella caduta da una sedia a rotelle utilizzata in una postazione di computer verificatosi mentre il lavoratore si postava, allontanandosi dal monitor, per avvicinarsi ad un arnadietto al fine di prelevarvi delle pratiche» (Cass. 8 marzo 2001, n. 3363, pres. Ianniruberto, est. Spanò, in *Foro it.* 2001, pag. 1531).

Onere della prova

«L'onere della prova della verifica dell'infortunio sul lavoro, e, in particolare, del nesso eziologico fra la cosiddetta causa violenta, intervenuta in occasione di una determinata prestazione lavorativa protetta, e l'*eventus damni*, grava, secondo il principio generale stabilito dall'art. 2697 c.c., sull'assicurato che agisce in sede giudiziaria per essere indennizzato, contestando le conclusioni negative raggiunte dall'INAIL all'esito degli accertamenti da questo esperiti in sede amministrativa» (Cass. Civ. Sez. lav. 10 marzo 1987 n. 2490, in *Giust. civ. Mass.* 1987, fasc. 3).

Persone assicurate

«L'art. 1 DPR 30 giugno 1965 n. 1124, nello stabilire l'obbligatorietà dell'assicurazione contro gli infortuni sul lavoro delle persone comunque occupate in ambienti organizzati per lavori, opere e servizi che comportino l'impiego delle attrezzature menzionate nello stesso articolo, non condiziona la tutela assicurativa all'uso diretto e specifico di tali attrezzature da parte delle persone predette, la cui esposizione a rischio (generico di ambiente) è oggetto di presunzione *iuris et de iure* in correlazione con l'analoga presunzione assoluta di pericolosità delle attrezzature indicate. Pertanto, l'obbligo assicurativo sussiste anche ove vi sia la sola eventualità, concretamente realizzabile, che i dipendenti entrino in contatto con quelle attrezzature. (Nella specie, la S.C. ha cassato la sentenza di merito che, in relazione alla possibilità che i dipendenti addetti alle vendite entrassero in contatto con un montacarichi, non aveva verificato se l'azienda avesse o meno vietato ai predetti dipendenti di accedere al vano montacarichi e se le mansioni loro assegnate ed effettivamente svolte comportassero in concreto il rischio di contatto con il macchinario)» (Cass. Civ. Sez. lav. 12 marzo 2004 n. 5148, in *Giust. civ. Mass.* 2004, f. 3).

Protesi e prestazioni economiche

«In materia di assicurazione obbligatoria contro gli infortuni sul lavoro, in relazione alla previsione del n. 2 della tabella delle menomazioni che possono dar luogo all'assegno per l'assistenza personale continua (all. n. 3 al DPR n. 1124 del 1965), relativa alla "perdita di nove dita delle mani, compresi i due pollici", deve ritenersi rilevante la condizione conseguente alla amputazione della mano sinistra e alla perdita della funzionalità di quattro dita, compreso il pollice, della mano destra, dato che a norma dell'art. 78, comma 2, del DPR n. 1124 del 1965, "l'abolizione as-

soluta della funzionalità di arti o organi o di parti di essi è equiparata alla loro perdita anatomica". Né ai fini della concessione dell'assegno deve verificarsi se esistono possibilità riabilitative con utilizzazione di protesi, salva la facoltà dell'Istituto di procedere a revisione a norma dell'art. 83 del citato Testo Unico. (Nella specie la S.C. ha confermato la sentenza impugnata, che aveva riconosciuto il diritto all'assegno di accompagnamento, correggendone la motivazione, facente riferimento alla sola *ratio* della disciplina legale)» (Cass. Civ. Sez. lav. 12 agosto 1996 n. 7480 INAIL c. Indovino, in *Giust. civ. Mass.* 1996, 1168).

Rendita

«In tema di assicurazioni contro gli infortuni sul lavoro, mentre la rendita per inabilità permanente ha la funzione d'indennizzare il danno fisico subito dall'assicurato in relazione alle percentuali di riduzione della sua attitudine al lavoro, l'indennità giornaliera per invalidità temporanea costituisce una prestazione economica, a carattere assistenziale, diretta ad assicurare al lavoratore i mezzi di sostentamento finché dura l'inabilità che impedisce totalmente e di fatto all'infortunato di rendere le sue prestazioni lavorative; pertanto, nell'ipotesi in cui il titolare di rendita infortunistica per inabilità permanente abbia diritto per rioccupazione o per continuazione del lavoro all'assistenza di malattia a carico dell'INPS, rientra nella sfera degli obblighi di tale Istituto l'erogazione delle prestazioni economiche (indennità di malattia) per i periodi di infermità coperti dall'assicurazione sociale; e ciò anche quando lo stato di malattia si riveli come aggravamento degli esiti dell'infortunio sul lavoro suscettibile di stabilizzazione ad un diverso e maggiore livello invalidante (nel qual caso potrà richiedersi la revisione della rendita), o comunque come ulteriore conseguenza e recrudescenza temporanea dell'infortunio stesso» (Cass. 22 agosto 2002, n. 12402, Pres. Senese, Rel. Miani Canevari, in *Lav. nella giur.* 2003, 77).

Responsabilità civile del datore di lavoro

«Le norme dettate in tema di prevenzione degli infortuni sul lavoro, tese ad impedire l'insorgenza di situazioni pericolose, sono dirette a tutelare il lavoratore non solo dagli incidenti derivanti dalla sua disattenzione, ma anche da quelli ascrivibili ad imperizia, negligenza ed imprudenza dello stesso, con la conseguenza che il datore di lavoro è sempre responsabile dell'infortunio occorso al lavoratore, sia quando ometta di adottare le idonee misure protettive, sia quando non accerti e vigili che di queste misure venga fatto effettivamente uso da parte del dipendente, non potendo attribuirsi alcun effetto esimente, per l'imprenditore, all'eventuale concorso di colpa del lavoratore, la cui condotta può comportare, invece, l'esonero totale del medesimo imprenditore da ogni responsabilità solo quando presenti i caratteri dell'abnormità, inopinabilità ed esorbitanza, necessariamente riferiti al procedimento lavorativo "tipico" ed alle direttive ricevute, così da porsi come causa esclusiva dell'evento. (Nella specie, relativa all'infortunio occorso all'interno di un caseificio ad un lavoratore che, per controllare la temperatura del siero bollente contenuto in una vasca sopraelevata, era scivolato all'interno di questa riportando gravi ustioni, la S.C. ha riformato la decisione di merito che aveva escluso la responsabilità del datore di lavoro, in base all'imprevedibilità della condotta del dipendente, senza accertare le modalità "tipicamente" seguite nel procedimento lavorativo nonché l'esistenza di direttive datoriali per il controllo del siero)» (Cass. Civ. Sez. lav. 24 marzo 2004, n. 5920, in *Giust. civ. Mass.* 2004, f. 3).

«Sebbene l'art. 2087 c.c. non configuri un'ipotesi di responsabilità oggettiva – in quanto la responsabilità del datore di lavoro va collegata alla violazione degli obblighi di comportamento imposti da norme di legge o suggeriti dalle conoscenze sperimentali o tecniche del momento – tuttavia, ai fini dell'accertamento della responsabilità del datore di lavoro, incombe sul lavoratore che lamenti di aver subito un danno a causa dell'attività lavorativa svolta l'onere di provare l'esistenza di tale danno, la nocività dell'ambiente di lavoro e il nesso causale tra questi due elementi. Quando il lavoratore abbia provato tali circostanze, grava sul datore di lavoro l'onere di dimostrare di aver adottato tutte le cautele necessarie a impedire il verificarsi del danno. Rimane a carico del datore di lavoro l'onere della dimostrazione del fatto del terzo o del comportamento abnorme del lavoratore» (Cass. 7 ottobre 2002, n. 14323, Pres. Mileo, Est. Morcavallo, in Riv. it. dir. lav. 2003, 266).

«Il lavoratore, che si sia introdotto senza protezione in una zona pericolosa della macchina cui è addetto, non concorre nella responsabilità ai sensi dell'art. 2087 c.c. se il datore di lavoro non l'ha previamente informato sui rischi connessi all'accesso» (Corte d'Appello Milano 11 giugno 2002, Pres. ed Est. Mannacio, in D&L 2002, 661).

«L'infortunio sul lavoro, determinato dalla mancata protezione delle zone pericolose di una macchina e della tolleranza di prassi irregolari per ripararne il funzionamento, comporta anche la responsabilità del sovrintendente della macchina» (Corte d'Appello Milano 11 giugno 2002, Pres. ed Est. Mannacio, in D&L 2002, 661).

«Una volta acclarata la nocività dell'ambiente di lavoro, deve ritenersi che il datore di lavoro sia responsabile per la violazione di specifici obblighi di comportamento imposti da norme di legge. Pertanto, il temporaneo allontanamento del lavoratore dal posto di servizio "per respirare un po' di aria salubre" deve qualificarsi come autorizzato e non è idoneo, quindi, ad interrompere il nesso eziologico fra prestazione di servizio e infortunio» (TAR Abruzzo, sez. Pescara 2 dicembre 1999, n. 897, pres. Catoni, in Dir. Lav. 2000, pag. 338, nota di Fabozzi, *Allontanamento per pericolo di nocività dal posto di lavoro e infortunio*).

«Ancorché il datore di lavoro sia responsabile dell'infortunio occorso al lavoratore non solo quando ometta di adottare le idonee misure protettive ma anche quando ometta esclusivamente di controllare e vigilare che di tali misure sia fatto effettivamente uso da parte del dipendente (non assumendo alcun valore esimente per l'imprenditore l'eventuale concorso di colpa del dipendente), tuttavia può configurarsi un esonero totale da responsabilità per il datore di lavoro quando il comportamento del dipendente presenti i caratteri dell'abnormità e dell'assoluta imprevedibilità, da valutare anche in considerazione dell'esperienza lavorativa del dipendente medesimo» (Cass. 13 ottobre 2000, n. 13690, pres. Grieco, in Orient. Giur. Lav. 2000, pag. 1126).

«La responsabilità del datore di lavoro per infortunio sul lavoro è esclusa non da una mera imprudenza del lavoratore, ma solo da una sua condotta abnorme» (Pret. Trento 12 novembre 1999, est. Flaim, in Lavoro giur. 2000, pag. 962, con nota di Ogriseq, *Condotta imprudente del lavoratore e limiti del danno biologico risarcibile*).

«L'art. 2087 c.c., che, integrando le disposizioni in materia di prevenzione degli infortuni sul lavoro previste da leggi speciali, impone all'imprenditore l'adozione di misure necessarie a tutela-

re l'integrità fisica e la personalità morale dei prestatori di lavoro, è applicabile anche nei confronti del committente, tenuto al dovere di provvedere alle misure di sicurezza dei lavoratori anche se non dipendenti da lui, ove egli stesso si sia reso garante della vigilanza relativa alle misure da adottare in concreto, riservandosi i poteri tecnico-organizzativi dell'opera da eseguire. Il contenuto dell'obbligo di sicurezza include anche i rischi derivanti dall'azione di fattori estranei all'ambiente di lavoro inerenti alla località in cui si trova il posto di lavoro nonché i rischi collegati all'azione criminosa di terzi. Il risarcimento del danno spetta in solido alla società committente e all'appaltatore (datore di lavoro dei lavoratori infortunati) in base alla responsabilità sia contrattuale che extracontrattuale» (Cass. 22 marzo 2002, n. 4129, pres. Mileo, est. Stile, in Lavoro giur. 2002, pag. 746, con nota di Bertocco, *Responsabilità del committente per gli infortuni subiti dai dipendenti dell'appaltatore*).

«Qualora un infortunio sul lavoro interessi una parte del corpo affetta da una persistente patologia, il principio giuridico della "equivalenza delle cause" impone di individuare quale sia la causa giuridicamente rilevante; pertanto, posto che la responsabilità del datore è esclusa solo quando l'infortunio è avvenuto per fatto e colpa interamente addebitabili al dipendente, sussiste tale responsabilità se il datore – a conoscenza della preesistente patologia – abbia ciononostante adibito il dipendente a un'attività non compatibile» (Trib. Milano 23 ottobre 1999, pres. ed est. Mannacio, in D&L 2000, 538).

«La normativa antinfortunistica è direttamente rivolta ad assicurare che i datori di lavoro assumano tutti i provvedimenti atti ad evitare infortuni, indipendentemente dai controlli e dalle revisioni degli organi ispettivi, il cui parere positivo è irrilevante ai fini di escludere la responsabilità penale del datore di lavoro dal reato di lesioni colpose (per amputazione, nella fattispecie, del braccio intrappolato nella macchina priva dei necessari presidi di sicurezza)» (Cass. Sez. IV penale 20 ottobre 2000, n. 10767, pres. Battisti, est. Mazza, in Lavoro e prev. oggi, pag. 1550).

«Il datore di lavoro può fare controllare, nelle forme di cui all'art. 5 Statuto dei lavoratori, la sussistenza dell'impedimento al lavoro del lavoratore infortunatosi in azienda. L'obbligo di disponibilità del lavoratore assente per infortunio sul lavoro, pur non direttamente disciplinato dalle fasce orarie previste dal DL 12 settembre 1983, n. 483, convertito con modificazioni nella Legge 11 novembre 1983, n. 638, applicabile ai soli lavoratori in malattia, è legittimamente regolabile dal contratto collettivo. (Nel caso di specie la S.C. ha rigettato il ricorso avverso la pronuncia che dichiarava legittime le sanzioni disciplinari irrogate nei confronti del lavoratore infortunato il quale, allontanandosi dalla propria abitazione nella fascia orarie previste dalla contrattazione collettiva, senza darne preventiva comunicazione, aveva reso infruttuose le visite di controllo effettuate nel periodo di degenza)» (Cass. 9 novembre 2002, n. 15773, Pres. D'Angelo, Est. Cuoco, in Riv. it. dir. lav. 2003, 575, nota di Andrea Pardini, *Fasce orarie di reperibilità ed infortunio sul lavoro*).

«In quanto destinatario delle norme antinfortunistiche, il costruttore-venditore di una macchina può attenersi alla normativa tecnica del settore soltanto dopo averne accertato la totale conformità alla legge e, quindi, non può non astenersi dal seguirla se tale normativa affermasse l'impossibilità tecnica della collocazione sulla macchina di un presidio antinfortunistico pre-

visto dalla legge» (Cass. 5 novembre 2003, n. 41985, Pres. D'Urso Est. Battisti, in *Dir. e prat. lav.* 2003, 3171).

«In quanto destinatario delle norme antinfortunistiche che lo riguardano, l'imprenditore non può non conoscere tali norme, a prescindere dai suggerimenti o dalle prescrizioni delle Autorità cui spetta la vigilanza ai fini del rispetto di quelle norme e, pertanto, la circostanza che, in occasione di visite ispettive, non siano stati mossi rilievi in ordine alla sicurezza della macchina, non può essere invocata dal costruttore-venditore per escludere la propria responsabilità» (Cass. 5 novembre 2003, n. 41985, Pres. D'Urso Est. Battisti, in *Dir. e prat. lav.* 2003, 3171).

Rettifica per errore

«In materia di revisione delle rendite di inabilità a seguito di rettifica, da parte dell'INAIL, di pregressi errori di valutazione, l'art. 9 del DLgs n. 38 del 2000 – che, modificando l'art. 55 della Legge n. 88 del 1989, ha introdotto limiti al potere di rettifica – ha portata ricognitiva ed efficacia retroattiva, investendo ogni situazione pregressa, con la conseguenza che anche nell'ambito dei giudizi in corso, promossi dall'Istituto per far valere la rettifica in base alla pregressa normativa, il Giudice deve accertare preliminarmente l'esistenza delle condizioni che consentano all'INAIL l'esercizio della facoltà di rettifica sulla base della nuova disciplina. Alla stregua di questa, l'INAIL decade – decadenza di ordine pubblico e rilevabile di ufficio, con conseguente, irreversibile consolidamento dell'originario accertamento – dalla possibilità di ritenere non dovute le prestazioni ove non comunichi all'interessato la rettifica dell'errore entro il termine di dieci anni dalla data di comunicazione della determinazione iniziale erronea (salva l'ipotesi di dolo o colpa grave dell'assicurato), e tale errore assume rilevanza solo se accertato con i criteri, metodi e strumenti di indagine disponibili all'atto della determinazione erronea. Diverso è, ovviamente, il caso in cui, in epoca successiva all'originario atto di riconoscimento, si verifichi una modificazione della capacità lavorativa, in ordine alla quale l'INAIL conserva il potere di revisione ex art. 83 del DPR n. 1124 del 1965» (Cass. Civ. Sez. lav. 12 dicembre 2003 n. 19012, in *Giust. civ. Mass.* 2003, f. 12).

Revisione

«In tema di revisione della rendita da infortunio sul lavoro, la sentenza n. 318 della Corte Cost., riconoscendo la legittimità della costituzione di rendita unica ex art. 80 DPR n. 1124 del 1965 anche nel caso in cui per uno degli infortuni i postumi si siano già consolidati per il passaggio del decennio, ha ammesso la possibilità di nuova valutazione medico-legale dei postumi consolidati dopo il decennio e della loro incidenza invalidante, con l'unico limite costituito dalla misura minima della rendita, che non può essere in nessun caso inferiore a quella a suo tempo liquidata e già stabilizzata in relazione al primo infortunio. I medesimi principi vanno applicati anche nell'ipotesi di revisione di rendita unica entro il decennio dalla sua costituzione, essendo anche in tal caso consentito il riesame dei postumi di tutti gli infortuni e la valutazione della complessiva riduzione dell'attitudine al lavoro, purché la rendita unica così ricostituita non sia inferiore a quella liquidata per i precedenti infortuni e già consolidata» (Cass. Civ. Sez. lav. 25 marzo 2004 n. 6008, in *Giust. civ. Mass.* 2004, f. 3).

«In tema di revisione della rendita per infortunio sul lavoro e malattia professionale, il termine decennale di cui all'art. 83 TU 30 giugno 1965 n. 1124 non è di prescrizione, e neppure di de-

cadenza, ma serve semplicemente a delimitare l'ambito temporale di rilevanza dell'aggravamento o del miglioramento delle condizioni dell'assicurato, che fa sorgere il diritto alla revisione, la quale, come risulta dall'art. 83 comma 3 TU, ha per oggetto non solo il provvedimento positivo di concessione della rendita, ma anche il provvedimento che, accertato il nesso causale con un infortunio sul lavoro o una malattia professionale, determina i postumi permanenti, anche in misura negativa o inferiore al minimo indennizzabile. L'istituto della prescrizione prevista dall'art. 112 DPR 1124/1965 non trova applicazione nelle fattispecie regolate dagli artt. 83 e 137 dello stesso TU, con riguardo alla domanda dell'interessato o alla iniziativa dell'Istituto assicuratore per la revisione della misura della rendita di inabilità. Ne consegue che l'infortunato dichiarato dall'Istituto assicuratore guarito con postumi non indennizzabili, non incorre in prescrizione se chiede l'aggravamento di tali postumi rilevati nel decennio dall'infortunio, entro un anno da tale termine, né a tal fine ha alcuna rilevanza l'accertamento peritale spontaneamente effettuato dal CTU, – e quindi non richiesto ma estraneo al procedimento amministrativo configurato dall'art. 83 e alla domanda giudiziale – che abbia valutato i postumi in misura superiore al minimo indennizzabile» (Cass. Civ. Sez. lav. 11 febbraio 2004 n. 2653, in *D&G – Dir. e Giust.* 2004, f. 11, 121).

Rischio

«L'indennizzabilità dell'infortunio sul lavoro subito dall'assicurato sussiste anche nell'ipotesi in cui l'evento si sia verificato in relazione ad un'attività prodromica e strumentale allo svolgimento delle mansioni, e tale strumentalità può anche concretizzarsi in un'attività di prevenzione di un rischio insito nella prestazione lavorativa; occorre, nondimeno, che si tratti di prevenire un rischio collegato funzionalmente con tale prestazione, per la tutela del prestatore o dei terzi (per es. in relazione allo svolgimento di prestazioni sanitarie in un reparto ospedaliero infettivo o in favore di soggetti immunodepressi), mentre non è sufficiente un collegamento solo marginale o un rapporto di coincidenza cronologica e topografica (fattispecie relativa ad effetti patologici occorsi a medico radiologo ospedaliero in conseguenza dell'assunzione del vaccino antinfluenzale)» (Cassazione Civile, Sez. lav., 25 febbraio 2004, n. 3765, in *Giust. civ. Mass.* 2004, f. 2).

«Ai sensi dell'art. 1 DPR 30 giugno 1965 n. 1124, l'assicurazione obbligatoria contro gli infortuni sul lavoro si estende anche agli insegnanti delle scuole materne che sono soggetti, per la natura manuale della loro attività, che si concreta nello svolgimento di esercitazioni pratiche anche in forma ludica, ad un rischio non generico, ma specifico, di infortunio sul lavoro; ne consegue l'indennizzabilità, da parte dell'INAIL, della lesione derivante da un infortunio occorso all'insegnante di una scuola materna a causa e nello svolgimento della prestazione lavorativa atteso che tale infortunio, essendo dipendente dal rischio inerente a quella prestazione, deve essere considerato non già come collegato in via indiretta all'attività esercitata (in base ad un semplice rapporto di coincidenza cronologica e topografica), bensì come strettamente collegato alla medesima da un nesso di derivazione eziologica» (Cass. Civ. sez. lav. 20 agosto 1996 n. 7671, in *Giust. civ. Mass.* 1996, 1197).

«Anche una caduta è da considerare infortunio risarcibile qualora il rischio generico connesso al semplice fatto di spostarsi da un luogo all'altro sia aggravato dalla presenza sul pavimento di attrezzi e materiali di lavoro» (Cass. Civ. Sez. lav., in *Dir. lav.* 2001, II, 72 nota) (Fontana).

Rischio generico aggravato e infortunio *in itinere*

«In materia di assicurazione contro gli infortuni sul lavoro (nel regime precedente alla riforma di cui al DLgs 23 febbraio 2000, n. 38), il requisito dell'occasione di lavoro implica la rilevanza di ogni esposizione al rischio ricollegabile allo svolgimento dell'attività lavorativa in modo diretto o indiretto, assumendo così il lavoro il ruolo di fattore occasionale del rischio tutelato e il rischio elettivo quello di limite della copertura assicurativa, esclusa, invece, ogni rilevanza autonoma del grado maggiore o minore del rischio; ne consegue che ai fini dell'indennizzabilità di un infortunio occorso lungo il percorso tra il luogo della propria dimora e il luogo di prestazione dell'attività lavorativa fuori sede, è necessario considerare che il mezzo di trasporto pubblico costituisce lo strumento normale per la mobilità delle persone e comporta il grado minimo di esposizione al rischio della strada, ed altresì che il rischio generico connesso all'impiego dei mezzi pubblici di trasporto assume una connotazione eziologica professionale, tanto da diventare rischio generico aggravato, allorché tale impiego sia imposto dalla necessità per il lavoratore di raggiungere il posto di lavoro o di ritornare presso la propria dimora. (Nella specie, è stata ritenuta l'indennizzabilità dell'infortunio "in itinere" occorso in occasione dello spostamento dal posto di lavoro all'abitazione in un'ipotesi in cui il lavoratore aveva fatto uso del mezzo di trasporto pubblico)» (Cass. Civ. Sez. lav. 13 nov. 2000 n. 14682, in *Zacchia* 2001, 293 [s.m.]).

SENTENZA CORTE COSTITUZIONALE
N. 179 DEL 18 FEBBRAIO 1988

La Corte Costituzionale

dichiara l'illegittimità costituzionale, in riferimento all'art. 38, comma secondo, Cost., dell'art. 3, comma primo, del DPR 30 giugno 1965, n. 1124 (Testo Unico delle leggi sull'assicurazione obbligatoria contro gli infortuni e le malattie professionali), nella parte in cui non prevede che «l'assicurazione contro le malattie professionali nell'industria è obbligatoria anche per malattie diverse da quelle comprese nelle tabelle allegate concernenti le dette malattie e da quelle causate da una lavorazione specificata o da un agente patogeno indicato nelle tabelle stesse, purché si tratti di malattie delle quali sia comunque provata la causa di lavoro»;

dichiara l'illegittimità costituzionale, in riferimento all'art. 38, comma secondo, Cost., dell'art. 211, comma primo, del detto DPR n. 1124 del 1965, nella parte in cui non prevede che l'assicurazione è obbligatoria anche per malattie diverse da quelle comprese nelle tabelle concernenti malattie professionali nell'agricoltura e da quelle causate da una lavorazione specificata o da un agente patogeno indicato nelle tabelle stesse, purché si tratti di malattie delle quali sia comunque provata la causa di lavoro;

dichiara l'illegittimità costituzionale, in riferimento all'art. 38, comma secondo, Cost., dell'art. 134, comma primo, del detto DPR n. 1124 del 1965 dalla parola sempreché alla fine;

dichiara, infine, ex art. 27, Legge 11 marzo 1953, n. 87, l'illegittimità costituzionale, in riferimento allo stesso parametro, dell'art. 254 del detto DPR n. 1124 del 1965, dalla parola sempreché alla fine.

SENTENZA CORTE COSTITUZIONALE
N. 206 DELL'11 FEBBRAIO 1988

Effettivamente l'ulteriore presunzione *juris et de jure* che il comma secondo dell'art. 135 della legge impugnato dal Giudice *a quo* pone ad esclusivo carico del lavoratore non è soltanto eccessiva ma è anche incompatibile con i principi di cui agli artt. 3 e 38 Cost.

È sufficiente, infatti, considerare che essa comporta la perdita di ogni indennizzo qualora la denuncia sia presentata oltre il termine previsto dalla tabella All. 4 per ciascuna malattia professionale, per rendersi conto che il principio dell'art. 38 Cost. resta vanificato da un'inosservanza meramente formale. Un'inosservanza, poi, che spesso non è nemmeno imputabile al lavoratore, ma piuttosto all'insidioso decorso della malattia e al suo tardivo accertamento da parte dei sanitari: di talché ben può accadere che, pur essendosi essa manifestata nel corso del termine previsto dalla tabella, il suo riconoscimento sia intervenuto tardivamente, magari al limite dello spirare del termine. D'altra parte, quand'anche la tardiva presentazione della denuncia fosse ascrivibile in tutto o in parte all'ignoranza o alla negligenza o alle stesse pessime condizioni di salute del lavoratore, il privarlo per ciò solo di ogni indennizzo rappresenta pur sempre una manifesta violazione del principio di cui all'art. 38 Cost.

Ma anche l'art. 3 Cost. resta coinvolto dalla disposizione in esame: e non tanto per il confronto instaurato dall'ordinanza con l'ipotesi in cui la malattia professionale determina la morte, giacché sul punto la risposta dell'INAIL sembra effettivamente pertinente ed esaustiva. Quanto piuttosto perché, rispetto ai lavoratori, nei confronti dei quali la manifestazione della malattia e il suo tempestivo accertamento ha consentito una regolare denuncia, la situazione del lavoratore sostanzialmente identica, la cui malattia si è pure verificata nei termini tabellari ma viene tardivamente accertata, o comunque tardivamente denunciata, riceve un trattamento di enorme disparità che non trova una razionale giustificazione.

Dall'altra, poi, se la tardività della denuncia non potrà più, di per se stessa, privare il lavoratore dell'indennizzo, resta ferma, tuttavia, comunque, la decorrenza dalla data della denuncia – secondo i principi generali – della corresponsione dell'indennità quando risulti dovuta.

P.Q.M. La Corte Costituzionale

dichiara l'illegittimità costituzionale del secondo comma dell'art. 135 del DPR 30 giugno 1965, n. 1124 (Testo Unico delle disposizioni per l'assicurazione obbligatoria contro gli infortuni sul lavoro e le malattie professionali).

* * *

[N.B. Per la modulistica INAIL, concernente le richieste di prestazioni avanzate dal cittadino e le denunce di infortunio sul lavoro e di malattia professionale, v. CD-ROM].