

# Accertamento dell'infortunio e/o della malattia professionale

di Silvana Toriello

## *Premessa*

Allorchè l'Istituto assicuratore, a seguito della denuncia inoltrata dal datore di lavoro o in altro modo, sia venuto a conoscenza dell'infortunio o della malattia professionale che ha colpito un lavoratore assicurato, si avvia la fase di accertamento, con la quale si verifica la sussistenza degli elementi richiesti dalla legge per l'indennizzo e, in sequenza successiva, l'effettiva entità del danno sofferto dal lavoratore. In questa fase il lavoratore assume la posizione di creditore della prestazione pretesa dall'istituto assicuratore; gli compete, quindi, dimostrare, in coerenza con i principi generali vigenti in materia di prove (art. 2697 c.c., secondo il quale «chi vuol far valere un diritto in giudizio deve provare i fatti che ne costituiscono il fondamento»:), l'esistenza nel caso di specie di tutte le condizioni alle quali la normativa vigente subordina la tutela assicurativa: innanzitutto la sua posizione di lavoratore assicurato, poi il nesso eziologico fra l'attività svolta e l'infortunio sofferto; quindi l'esatta entità del danno sofferto. Questa decisa disciplina probatoria è, peraltro, ridimensionata da una serie di disposizioni che tendono a provocare accertamenti d'ufficio in ordine alle cause e circostanze dell'infortunio, e quindi ad agevolare la non facile posizione del lavoratore assicurato. A questa funzione rispondono l'inchiesta dell'Ispettorato del lavoro (art. 56 T.U. 1965), l'accertamento d'urgenza nei casi sospetti di dolo (art. 64 T.U. 1965) e l'accertamento necroscopico (art. 63 T.U. 1965).

## *Il quadro normativo*

L'art. 100 del TU prevede che ricevuta la denuncia dell'infortunio col certificato medico attestante che l'assicurato non è in grado di recarsi al lavoro, l'Istituto assicuratore, accertata l'indennizzabilità dell'infortunio ai sensi del presente titolo, provvede affinché, entro il più breve termine e in ogni caso non oltre il ventesimo giorno da quello dell'infortunio, sia pagata all'infortunato l'indennità per inabilità temporanea. Qualora l'Istituto assicuratore, sancisce l'art. 101, ritenga di non essere obbligato a corrispondere le prestazioni, deve darne comunicazione all'infortunato o gli aventi diritto, specificando i motivi del provvedimento adottato. Ai sensi dell'art. 102 ricevuto il certificato medico costatante l'esito definitivo della lesione, l'Istituto assicuratore comunica immediatamente all'infortunato la data della cessazione dell'indennità per inabilità temporanea e se siano o no prevedibili conseguenze di carattere permanente indennizzabili ai sensi del presente titolo.

Qualora siano prevedibili dette conseguenze, l'Istituto assicuratore procede agli accertamenti per determinare la specie ed il grado dell'inabilità permanente al lavoro e, nel termine di trenta giorni dalla data di ricevimento del certificato medico di cui al comma precedente, comunica all'infortunato la liquidazione della rendita di inabilità, indicando gli elementi che sono serviti di base a tale liquidazione (1).

Quando per le condizioni della lesione non sia ancora accertabile il grado di inabilità permanente, l'Istituto assicuratore liquida una rendita in misura provvisoria, dandone comunicazione nel termine suddetto all'interessato, con riserva di procedere a liquidazione definitiva.

Nel caso di liquidazione di rendita non accettata dell'infortunato, ove questi convenga in giudizio l'Istituto assicuratore, quest'ultimo, fino all'esito del giudizio, è tenuto a corrispondere la rendita liquidata.

L'infortunato, il quale non riconosca fondati i motivi per i quali l'Istituto assicuratore ritiene di non essere obbligato a liquidare indennità o non concordi sulla data di cessazione dell'indennità per inabilità temporanea o sull'inesistenza di inabilità permanente, o non accetti la liquidazione di una rendita provvisoria o quella comunque fatta dall'istituto assicuratore, comunica all'Istituto stesso con lettera raccomandata con ricevuta di ritorno o con lettera della quale abbia ritirato ricevuta, entro sessanta giorni dal ricevimento della comunicazione fattagli, i motivi per i quali non ritiene giustificabile il provvedimento dell'istituto, precisando, nel caso in cui si tratti di inabilità permanente, la misura di indennità che ritiene essergli dovuta, e allegando in ogni caso alla domanda un certificato medico dal quale emergano gli elementi giustificativi della domanda.

Non ricevendo risposta nel termine di giorni sessanta dalla data della ricevuta della domanda di cui al precedente comma o qualora la risposta non gli sembri soddisfacente, l'infortunato può convenire in giudizio l'Istituto assicuratore avanti l'autorità giudiziaria.

Qualora il termine di cui ai commi secondo e terzo dell'art. 102 decorra senza che l'Istituto assicuratore abbia fatto all'infortunato le comunicazioni in essi previste, si applica la disposizione del comma precedente. Questi artt. dal 100 in poi delineano la procedura conseguente di accertamento sulla quale ci si soffermerà in altri contributi.

### *Casi dubbi*

In molti casi è possibile che si crei sovrapposizione o confusione tra l'infortunio e/o la malattia. In sostanza può accadere che vengano denunciati come infortunio sul lavoro o come malattia professionale casi che tali non sono o sono quanto meno dubbi (ad esempio perché manca o è dubbia la causa violenta o l'occasione di lavoro o perché l'infortunato non è soggetto assicurato presso l'Inail o perché non è stato esposto al rischio di malattia professionale ecc.). Allo stesso modo all'Inps vengono denunciati eventi che non sono semplice malattia bensì infortuni o malattie professionali. Al fine di favorire il lavoratore è stata stipulata tra i due enti una convenzione che consente di erogare le prestazioni in via provvisoria dall'Istituto cui il lavoratore si è rivolto. Viene effettuata, poi, la necessaria segnalazione all'altro ente ed alla fine l'Istituto che risulterà competente rimborserà all'altro le prestazioni nel frattempo anticipate corrispondendo al lavoratore l'eventuale differenza. La convenzione è stata di recente nel luglio del 2008 rivisitata. Essa consente al lavoratore di non perdere comunque il ristoro da parte dell'ente cui per primo ha ritenuto di denunciare il proprio caso, ferma restando la possibilità per gli enti di effettuare le proprie verifiche (delibera Inail n. 367 del 23 luglio 2008). La convenzione stabilisce che l'Inail ha la competenza specifica ad accertare il nesso di causalità per le malattie professionali, l'occasione di lavoro e la causa violenta per gli infortuni, nonché la valutazione di ogni altro elemento utile per qualificare l'evento lesivo come professionale; mentre all'Inps compete, nell'ambito della rilevazione degli stati di malattia, l'individuazione dei casi di sospetta competenza Inail, nonché l'eventuale integrazione della documentazione pervenuta, se non già valutata dall'Inail. I casi per i quali non sia stata raggiunta una definizione della competenza in sede locale, verranno trasmessi ad un organo di nuova istituzione, il Collegio regionale, che avrà le stesse competenze finora svolte dai collegi locali e da quello centrale, che, pertanto, sono aboliti. Il Collegio non ha competenza ad occuparsi dei casi per i quali siano in corso contenziosi amministrativi o giudiziari. Le innovazioni introdotte con la convenzione producono i loro effetti per tutti gli eventi verificatisi a decorrere dal 20 luglio 2009. L'Inail con circ. n. 38 del 10 luglio 2009 e l'Inps con circ. n. 91 del 10 luglio 2009 hanno disciplinato la specifica materia. La convenzione stipulata tra l'Inail e l'Inps in data 25 novembre 2008 nasce dall'intendimento di adottare tutte le iniziative per garantire, nei casi per i quali sussistano dubbi circa la competenza assicurativa, una sempre maggiore immediatezza nella definizione del procedimento, principio già peraltro sancito nella convenzione del 23 gennaio 1984. La nuova convenzione, quindi, rappresenta un completamento, una semplificazione e una modernizzazione della precedente, anche alla luce delle nuove dinamiche relazionali e sinergiche tra i due enti, velocizzando, tra l'altro, l'iter amministrativo di gestione del singolo caso. Le innovazioni introdotte con la nuova convenzione, stipulata il 25 novembre 2008, producono i loro effetti per tutti gli eventi verificatisi a decorrere dalla data del 20 luglio 2009. I Collegi locali ed il Collegio centrale continueranno ad essere operativi fino alla completa definizione delle pratiche relative agli eventi precedenti al 20 luglio 2009. Nel dettaglio la circolare prevede che come previsto nella convenzione del 23 gennaio

1984 e nelle successive circolari applicative Inail/Inps 1° agosto 1995, n. 43 e n. 128, esula dall'ambito della nuova convenzione, e non potrà costituire oggetto di esame da parte del Collegio regionale, la trattazione di casi di patologie addotte quali malattie professionali "non tabellate". Queste, infatti, come enunciato dalla **sentenza n. 179/1988 della Corte Costituzionale**, sono sempre da configurarsi come "malattie comuni" finché il lavoratore non avrà fornito la prova, posta a carico del medesimo, del nesso eziologico con l'attività lavorativa svolta.

#### *Le novità più significative*

##### *Previsione di una nuova istruttoria amministrativa (artt. 2 e 3)*

Il flusso procedurale prevede tempi accelerati ed una semplificazione delle fasi operative, illustrate nelle pagine seguenti.

##### *Istituzione del Collegio regionale (art. 5)*

I casi per i quali non sia stata raggiunta una definizione della competenza in sede locale, ai sensi dell'art. 2, commi 4 e 5, vengono trasmessi per l'esame congiunto al Collegio regionale. Il **Collegio regionale** riassume in sé le competenze finora svolte dai Collegi locali e da quello centrale, di cui all'art. 6 della convenzione Inps-Inail del 23 gennaio 1984, che sono pertanto aboliti. L'istituzione di un unico Collegio su base regionale è giustificata dalla maggiore snellezza del procedimento di verifica della competenza delineato dall'attuale convenzione che prevede una valutazione congiunta dei due Istituti solo nei casi tassativamente previsti di grave carenza di motivazione o di omissione di valutazione degli ulteriori e rilevanti elementi. Il predetto Collegio regionale esamina i casi con riunioni periodiche, a cadenze il più possibile ravvicinate; la Struttura Inps competente trasmette informativa utile al lavoratore. Il Collegio è composto, per l'Inps, dai Direttori regionali o loro delegati, dai Coordinatori dell'Avvocatura regionale o loro delegati, dai Coordinatori medici regionali o loro delegati; per l'Inail, dai Direttori regionali/provinciali/Dirigente responsabile della sede regionale di Aosta, o loro delegati, dai Coordinatori dell'Avvocatura regionale o loro delegati, dai Sovrintendenti medici regionali/dirigenti medici di II livello (Direzioni provinciali e sede regionale di Aosta) o loro delegati.

Il Collegio, inoltre, adotta opportune misure organizzative per il suo corretto e tempestivo funzionamento. La presidenza del Collegio è assunta alternativamente, in considerazione delle specifiche realtà territoriali, dai Dirigenti di uffici dirigenziali generali, ovvero non generali dei due Enti o, in caso di loro impedimento/assenza, dai rispettivi delegati. I Collegi regionali devono inviare, entro il 31 dicembre di ogni anno, un resoconto sull'attività svolta in vista della predisposizione da parte dell'Osservatorio centrale della relazione informativa prevista dall'art. 7 della convenzione.

##### *Osservatorio centrale Inail-Inps (art.7)*

È costituito un Osservatorio centrale Inail-Inps, formato dalle componenti amministrativa, medica e legale di entrambi gli Istituti, individuate in seno alle rispettive sedi centrali. L'art. 7 della convenzione delinea le attività dell'Osservatorio centrale che sono quelle di fornire indirizzi operativi ai Collegi regionali, monitorare le attività sia da un punto di vista quantitativo che qualitativo, al fine di garantire una uniformità di comportamenti su tutto il territorio ed analizzare, ai fini epidemiologici, il fenomeno infortunistico e tecnopatico. L'Osservatorio provvede a predisporre, entro il mese di febbraio di ogni anno, un'apposita relazione informativa per gli Organi di entrambi gli Istituti riguardo all'andamento ed all'efficacia della convenzione rispetto agli obiettivi prefissati. Per la sua attività, l'osservatorio può avvalersi del supporto di referenti appositamente individuati a livello territoriale.

##### *Contenzioso (art. 4)*

Il Collegio regionale Inail-Inps non ha competenza ad occuparsi dei casi per i quali sia in corso contenzioso amministrativo e/o giudiziario (art. 4). Nel caso di attivazione di contenzioso da parte del lavoratore, l'Istituto che ha ricevuto il ricorso ne dà immediata informazione all'altro mediante apposito modulo. Dell'esito del ricorso amministrativo e/o giudiziario deve essere data comunicazione all'altro Istituto **entro 15 giorni** a

decorrere dalla notifica della sentenza ovvero dalla data dell'esito del contenzioso amministrativo. Negli stessi termini, l'esito deve essere comunicato al lavoratore ed al datore di lavoro.

#### *Azione di rivalsa (art. 6)*

Nell'ipotesi in cui, durante la trattazione di un caso, si ravvisi la possibilità che l'evento denunciato dal lavoratore derivi da un fatto doloso o colposo di un terzo, la struttura Inail o Inps che riceve la denuncia/certificato del caso è tenuta ad iniziare, sia pure in via cautelativa, la procedura per l'esercizio dell'eventuale azione di rivalsa nei confronti del presunto responsabile (art. 6), dandone immediata comunicazione all'altro Istituto.

#### *Sistema centrale di compensazione (art. 8)*

È stata prevista l'istituzione di un sistema centrale di compensazione dei crediti e dei debiti nascenti dalle prestazioni economiche erogate agli assistiti per tutti i casi controversi definiti.

#### *Flusso procedurale: denuncia presentata all'Inail*

##### *Segnalazione del caso all'Inps*

La sede Inail che riceve la denuncia d'infortunio sul lavoro o di malattia professionale e ritiene, sulla base dell'istruttoria amministrativa e/o dell'accertamento medico-legale effettuati, che il caso non rientra nella sua competenza:

a) eroga comunque le prestazioni in via provvisoria nel limite dell'indennità di malattia comune, da calcolarsi secondo le modalità indicate dall'Inps 1.

Riguardo a particolari categorie di lavoratori (ad esempio lavoratori con contratto a tempo determinato, lavoratori con contratto a progetto, etc.) dovranno essere sempre assunte dirette informazioni presso l'Inps 2. Le prestazioni andranno erogate fino all'assunzione del caso da parte dell'Istituto competente e, comunque, entro i limiti del periodo massimo indennizzabile.

b) segnala il caso all'Inps, **entro 60 giorni** in caso di infortunio ed **entro 90 in caso di malattia professionale, tramite il mod. 330. Copia del predetto modulo deve essere inviata, per conoscenza, al lavoratore ed anche al datore di lavoro.**

c) compila la dichiarazione d'incompetenza mod. 331 (ex modello questionario presunto caso) con l'indicazione dettagliata delle motivazioni amministrative e/o sanitarie, da inviare unicamente all'Inps allegando fotocopia di tutta la documentazione medico-amministrativa.

#### *Gestione da parte dell'Inps della dichiarazione d'incompetenza dell'Inail*

La sede periferica Inps che riceve la dichiarazione d'incompetenza procede all'istruttoria amministrativa e/o medico-legale del caso sulla base della documentazione inviata dall'Inail e, **entro 15 giorni** dalla comunicazione d'incompetenza, assume il caso o segnala all'Inail la contestazione circa la valutazione di incompetenza, nelle seguenti modalità:

a) assunzione del caso

L'Inps, sulla base del principio del ruolo dell'Inail richiamato in premessa, assume la competenza del caso ed eroga le ulteriori prestazioni di malattia, salvo compensazioni, dandone comunicazione con il mod.

“Comunicazione esito definitivo” alla sede dell'Inail, al lavoratore e al datore di lavoro;

b) contestazione circa la valutazione d'incompetenza

L'Inps, secondo il principio del ruolo dell'Inail richiamato in premessa, in caso di grave carenza di motivazione o se ritiene di avere a disposizione ulteriori e rilevanti elementi, trasmette il caso alla struttura dell'Inail che ha emesso la dichiarazione di incompetenza, su apposito mod. “Risposta a Inail”, per le opportune verifiche.

#### *Riesame del caso da parte dell'Inail*

La sede Inail che riceve la segnalazione dell'Inps con le motivazioni del diniego della competenza riesamina il caso e conclude, **entro 15 giorni** dalla ricezione della comunicazione dell'Inps, il procedimento di definizione della competenza procedendo come segue:

a) assunzione del caso

L'Inail, se ritiene i rilievi posti dall'Inps motivati e rilevanti, accetta la competenza del caso e lo comunica, nell'immediato, alla sede Inps con il mod. 333. Successivamente emetterà provvedimento, inoltrandolo a Inps, al lavoratore e al datore di lavoro sempre entro i termini di cui sopra.

b) valutazione di incompetenza

L'Inail, se, invece, ritiene che i rilievi fatti dall'Inps siano irrilevanti ai fini della competenza, dopo il riesame, rinvia la pratica alla stessa sede Inps che ha emesso la comunicazione, compilando il mod. 333.

#### *Dopo il riesame dell'Inail*

La sede Inps, in presenza dell'ulteriore diniego della competenza da parte dell'Inail, procede nel seguente modo:

a) assunzione del caso

accetta le motivazioni addotte dall'Inail, assume la competenza del caso e ne invia comunicazione utilizzando il mod. "Comunicazione esito definitivo" alla sede dell'Inail, al lavoratore e al datore di lavoro;

b) invio al Collegio regionale

secondo il principio del ruolo dell'Inail richiamato in premessa, in caso di grave carenza di motivazione o se ritiene di avere a disposizione ulteriori e rilevanti elementi, l'Inps trasmette, nell'immediato, l'intera pratica al Collegio regionale, dandone comunicazione alla sede territoriale dell'Inail, con il mod. "Inoltro al Collegio regionale", nonché al lavoratore con il mod. "Comunicazione lavoratore".

#### *Esame del Collegio regionale*

Il Collegio regionale, eventualmente investito del caso, procede alla disamina della pratica ricevuta e comunica la sua valutazione, **entro 60 giorni** dalla data di ricezione degli atti, alle sedi territoriali interessate di entrambi gli Istituti, mediante mod. "Risposta Collegio regionale", integrato da motivata relazione. Entro il medesimo termine, la struttura Inps /Inail competente dà, altresì, comunicazione al lavoratore ed al datore di lavoro, mediante mod. "Comunicazione esito esame congiunto". A seguito di ciò, la sede dell'Istituto a cui è stato attribuito il caso procede all'assunzione della definitiva competenza e riceve dall'altro Istituto eventuale comunicazione degli importi già erogati.

#### *Flusso procedurale: denuncia presentata all'inps*

##### *Segnalazione del caso all'Inail*

La sede Inps che riceve il certificato di malattia e ritiene, sulla base dell'istruttoria e/o dell'accertamento medico-legale effettuati, che il caso non rientra nella propria competenza:

a) eroga comunque le prestazioni in via provvisoria nel limite dell'indennità di malattia, da calcolarsi secondo le modalità indicate dall'Inps (cfr. nota 1);

b) segnala il caso all'Inail, **entro 60 giorni** tramite il mod. "Prima segnalazione". Copia del predetto modello deve essere inviata, per conoscenza, al lavoratore e al datore di lavoro;

c) compila l'annessa relazione con l'indicazione dettagliata delle motivazioni amministrative e/o sanitarie, da inviare unicamente all'Inail, allegando fotocopia di tutta la documentazione medico-amministrativa.

##### *Gestione da parte dell'Inail della segnalazione d'incompetenza dell'Inps*

La sede periferica Inail che riceve la segnalazione d'incompetenza procede all'istruttoria amministrativa e/o medico-legale del caso sulla base della documentazione inviata dall'Inps e assume il caso o segnala all'Inps la propria valutazione d'incompetenza nei seguenti modi:

a) assunzione del caso

L'Inail, **entro 60 giorni**, in caso di infortunio, o di **90 giorni**, in caso di malattia professionale, assume la competenza del caso ed eroga le ulteriori prestazioni economiche per inabilità temporanea assoluta, salvo compensazioni, inviandone comunicazione alla sede dell'Inps con il provvedimento, al lavoratore ed anche al datore di lavoro;

b) valutazione d'incompetenza

L'Inail, sempre **entro i 60 giorni** in caso di infortunio o i **90 giorni** in caso di malattia professionale, comunica le proprie valutazioni all'Inps, inoltrandogli nuovamente il caso con mod. 332 e con annessa dichiarazione di incompetenza.

#### *Dopo l'esame dell'Inail*

La sede Inps, in presenza del diniego della competenza da parte dell'Inail:

- a) accetta le motivazioni addotte dall'Inail, assume la competenza del caso e ne invia comunicazione, utilizzando il mod. "Comunicazione esito definitivo", alla sede dell'Inail, al lavoratore e al datore di lavoro;
- b) in presenza di grave carenza di motivazione, ovvero se l'Inps ha a disposizione rilevanti elementi, invia l'intera pratica al Collegio regionale:

- **nell'immediato**, in caso di malattia professionale
- **entro 15 giorni** in caso di infortunio sul lavoro

Di tale inoltro l'Inps dà comunicazione alla sede territoriale Inail competente (mod. "Inoltro Collegio regionale") e al lavoratore (mod. "Comunicazione lavoratore").

#### *Esame del Collegio regionale*

Il Collegio regionale procede alla disamina della pratica ricevuta e comunica la sua valutazione, **entro 30 giorni** in caso di malattia professionale e **entro 45 giorni** in caso di infortunio, alle sedi territoriali interessate di entrambi gli Istituti (mod. "Risposta Collegio regionale", integrato da motivata relazione). Entro i medesimi termini, la Struttura Inps /Inail competente trasmette comunicazione al lavoratore ed al datore di lavoro (mod. "Comunicazione esito esame congiunto"). A seguito di ciò, la sede dell'Istituto a cui è stato attribuito il caso procede all'assunzione della definitiva competenza e riceve dall'altro Istituto eventuale comunicazione degli importi già erogati.

#### *Obbligo di reperibilità del lavoratore infortunato*

La Corte di Cassazione con sentenza in data 02/06/1998 ha **affermato che in caso di malattia dovuta ad infortunio sul lavoro, le fasce orarie di reperibilità, previste per le sole malattie ordinarie, non vanno rispettate.**

Anche il Decreto Ministeriale 18 dicembre 2009 n. 206 ha precisato che sono esclusi dall'obbligo di reperibilità i dipendenti le cui assenze per malattia dipendano da una delle seguenti cause:

- a) patologie gravi che richiedono terapie salvavita;
- b) infortuni sul lavoro;
- c) malattie per le quali è stata riconosciuta la causa di servizio;
- d) stati patologici sottesi o connessi alla situazione di invalidità riconosciuta;

Con una successiva sentenza la Cassazione ha riconosciuto che i CCNL possono disporre diversamente ed estendere l'obbligo di reperibilità in caso di infortunio. (**cassazione sezione lavoro sentenza n. 15773 del 9/11/2002**). Ha quindi modificato un suo precedente orientamento e affermato la legittimità della clausola di un contratto collettivo che estende gli obblighi di reperibilità all'ipotesi di infortunio sul lavoro. Pertanto **l'obbligo di disponibilità del lavoratore assente per infortunio sul lavoro, pur non direttamente disciplinato dalle fasce orarie previste dal Dm 15 luglio 1986, è legittimamente regolabile dal contratto collettivo**, non rientrando esse nello spazio della riserva di legge costituzionalmente garantita dall'art.14. Di conseguenza Inail ha scritto in una nota del 2003 diretta ad una Direzione regionale che con specifico riferimento, alla problematica legata all'estensione dell'obbligo di disponibilità al lavoratore assente per infortunio sul lavoro ovvero per malattia professionale, non si può che prendere atto dell'orientamento da ultimo emergente all'interno della Suprema Corte (Cass. n. 1247/02 e n. 15773/02), secondo cui il rispetto da parte del lavoratore delle fasce orarie di reperibilità, pur non essendo direttamente disciplinato dalle disposizioni legislative che fissano lo specifico obbligo in caso di assenza per malattia (art. 5 legge n. 463/83), tuttavia può legittimamente essere imposto dalla contrattazione collettiva. Da ciò consegue, con esclusivo riferimento al profilo disciplinare del rapporto, specificamente preso in

considerazione nella ricordata giurisprudenza, la legittimità della sanzione irrogata dal datore di lavoro a seguito del mancato rispetto da parte del lavoratore di detto obbligo di reperibilità. Pertanto, laddove previsto nei contratti collettivi ed ai soli fini disciplinari, vige l'obbligo del rispetto delle fasce di disponibilità.

Tuttavia, l'eventuale esistenza di una clausola contrattuale di tale tenore non può in alcun modo condizionare le modalità operative attraverso le quali l'Istituto provvede all'accertamento in ordine allo stato di infermità del lavoratore assente per infortunio o malattia professionale, né tantomeno può incidere sulla tutela infortunistica comunque da garantire all'assicurato. Infatti, anche a ritenere – in linea con il ragionamento operato dalla Suprema Corte – la sussistenza dell'obbligo di reperibilità a carico del lavoratore un corollario del principio generale di buona fede e correttezza, in nessun caso sarebbe possibile estendere all'assenza per infortunio la sanzione amministrativa della perdita dell'indennità, in quanto specificamente dettata dalla legge (art. 5, comma 14, legge n. 463/83) con esclusivo riferimento all'assenza per malattia ordinaria.

### *Inchiesta infortunistica*

L'art. 54 T.U. 1965 prescrive che ogni datore di lavoro, anche se non soggetto all'obbligo assicurativo, deve – nel termine di due giorni – dare notizia all'autorità locale di pubblica sicurezza di ogni infortunio sul lavoro che abbia per conseguenza la morte o l'inabilità al lavoro per più di tre giorni del proprio dipendente. La denuncia deve essere fatta all'autorità di pubblica sicurezza del Comune nel quale è avvenuto l'infortunio. L'Autorità di pubblica sicurezza, dal suo canto, appena ricevuta la predetta denuncia e sempreché essa riguardi un infortunio in conseguenza del quale un lavoratore sia morto o abbia riportato lesioni tali da doverne temere la morte o un'inabilità superiore ai trenta giorni, è tenuta a trasmetterne un esemplare alla Direzione provinciale del lavoro-Settore ispezione del lavoro nella cui circoscrizione è avvenuto l'evento dannoso. Detta Direzione, entro quattro giorni dal suo ricevimento, procede ad un'inchiesta al fine di accertare la natura del lavoro al quale era addetto l'infortunato, le circostanze nelle quali è avvenuto l'infortunio e la causa e natura di esso, l'identità dell'infortunato e il luogo nel quale si trova, la natura e l'entità delle lesioni, la retribuzione percepita, in caso di morte le condizioni di famiglia dell'infortunato, l'identità dei superstiti aventi diritto a rendita e la loro residenza. Questa inchiesta oggi definita inchiesta infortunistica era un tempo inchiesta pretorile. Con d.lgs. 19 febbraio 1998 n. 51 è stata attribuita alla DPL la competenza precedentemente attribuita al Pretore. Oltre ad essere disposta d'ufficio, l'inchiesta può anche essere chiesta dal lavoratore (ove l'inabilità diagnosticata superi i 30 giorni), dai suoi superstiti in caso di infortunio mortale e dall'Istituto assicuratore. L'inchiesta amministrativa, affidata all'Ispettorato del lavoro, non costituisce attività di polizia giudiziaria e non richiede l'osservanza delle norme processuali poste a salvaguardia del diritto di difesa (l'assistenza di un difensore, la facoltà di non rispondere all'interrogatorio, ecc.). Essa ha essenzialmente lo scopo di accertare se l'evento denunciato è classificabile come infortunio sul lavoro e cioè la qualifica dell'evento-lesione; peraltro, ove a conclusione della stessa, emergano ipotesi di violazione delle norme in materia di sicurezza del lavoro, e quindi ipotesi di responsabilità, sorge l'obbligo in capo al funzionario che l'ha condotta di informare tempestivamente l'Autorità giudiziaria competente – Procura della Repubblica circondariale – affinché accerti la loro effettiva sussistenza e le relative responsabilità. Circa il valore probatorio da attribuire alle risultanze dell'inchiesta è da tener presente che esse fanno fede fino a querela di falso solo per ciò che l'ispettore del lavoro attesti essere stato detto o fatto in sua presenza, e non anche per la veridicità delle dichiarazioni rese dai partecipanti all'inchiesta. Copia del verbale di inchiesta è trasmesso all'Inail. Ciò non toglie, però, che i risultati emersi dall'inchiesta possano costituire mezzo di convincimento per il magistrato successivamente adito dalle parti, il quale può porli a base del proprio giudizio, senza procedere a supplementi di istruttoria, se lo ritiene opportuno. L'inchiesta deve esaurirsi nel più breve termine possibile e, in ogni caso, non oltre il decimo giorno da quello in cui è pervenuta alla Direzione provinciale del lavoro la denuncia di infortunio (art. 60, comma 1, T.U. 1965). L'inosservanza di detto termine non ha però efficacia negativa, sulla

rilevanza probatoria dei dati acquisiti nel corso dell'inchiesta né sulla loro utilizzabilità nel giudizio civile relativo alle prestazioni assicurative conseguenti. Speciali disposizioni vigono per gli addetti alla navigazione e alla pesca marittima. Per ogni infortunio avvenuto – sia a bordo, sia a terra – in rapporto a servizi della nave e in conseguenza del quale una persona dell'equipaggio sia deceduta o abbia sofferto lesioni tali da doverne prevedere la morte o un'inabilità superiore a trenta giorni (art. 55 T.U. 1965), spetta all'autorità marittima o all'autorità consolare, che abbia ricevuto la denuncia dell'infortunio, eseguire un'inchiesta nelle forme e con la procedura previste dal codice della navigazione (artt. 578-584).

*Il procedimento d'urgenza di cui agli artt. 692 e ss. e 231 c.d.p.*

L'accertamento d'urgenza può essere richiesto al giudice *ex art.* 64 T.U. 1965 dall'Istituto assicuratore quando quest'ultimo abbia motivo di ritenere che l'infortunio sia stato determinato dal comportamento doloso dell'assicurato o che quest'ultimo ne abbia, sempre con dolo, aggravato le conseguenze.

*Autopsia*

Altro intervento del giudice e quello disciplinato dall'art. 63 T.U. 1965, secondo il quale il magistrato, in caso di morte di un lavoratore a seguito di infortunio o di malattia professionale, quando gliene facciano richiesta l'Istituto assicuratore o i superstiti del lavoratore e sempre che egli ravvisi come fondata l'istanza, può disporre l'accertamento autoptico. È da notare che, a differenza di quanto avviene nel settore agricolo, nel quale l'autopsia è subordinata al consenso dei superstiti del lavoratore (art. 232 T.U. 1965), nel settore industriale essa è disposta d'autorità dal giudice. I congiunti della vittima non possono porre il veto, nemmeno nel caso di rinuncia da parte loro alle prestazioni assicurative, poichè tale rinuncia non basta a privare d'interesse giuridico l'accertamento in questione (che può trovare, ad es., giustificazione sotto un profilo penale). Una siffatta rinuncia, avendo per oggetto diritti indisponibili, deve anzi considerarsi nulla. Circa il valore probatorio da attribuire all'autopsia, essa è in tutto equiparabile ad una normale consulenza tecnica utilizzabile in un successivo giudizio.

*Flusso procedurale per l'istruttoria delle denunce di m.p.*

L'Inail dopo la circ. n. 25 del 16 aprile 1987 con documento redatto dalla D.C. Prestazioni e dalla S.M.G allegato alla lettera prot. n. 1235 *bis* del 18.09.2003 ha attentamente disciplinato il flusso istruttorio interno di istruttoria delle malattie professionali. Il documento di cui alla lettera prot. 1235 del 18.09.2003 nasce nell'ambito di un programma di iniziative per il buon governo delle malattie professionali con le finalità di omogeneizzare i comportamenti sul territorio, recuperare la piena gestione del fenomeno superando definitivamente le criticità verificatesi.

Il suddetto documento si compone di:

A) Un protocollo (amministrativo-medico)

Malattie che non determinano astensione dal lavoro per le quali la denuncia è presentata per la prima volta

Malattie che non determinano astensione dal lavoro per le quali è già stata presentata in passato denuncia di MP

Malattie che determinano astensione dal lavoro

*Istituzione di tavoli di lavoro presso le Direzioni regionali*

B) Tre note tecniche

La prima illustra i criteri per la valutazione della prescrizione.

La seconda riguarda i criteri per l'imputazione alle posizioni assicurative dei casi di tecnopatie.

La terza indica i criteri di classificazione per le codificazioni delle tecnopatie (codice A ed M ed agente causale) riferendosi ad operazioni di competenza esclusivamente sanitaria.

Per iniziare la trattazione di una pratica di malattia professionale è indispensabile l'acquisizione del consenso del lavoratore.



Il consenso al lavoratore va richiesto quando perviene il solo certificato medico. Si invia allora una lettera con r.r. al lavoratore con la quale, nel comunicare che è pervenuto un certificato medico attestante una malattia di sospetta origine professionale, si chiede il suo consenso a procedere nell'istruttoria della pratica, precisando che il primo atto, sulla base della normativa vigente, sarà la richiesta di denuncia al datore di lavoro con l'invio del certificato medico. La presenza invece di una denuncia di malattia professionale o di un mandato di patronato presuppone una attivazione del lavoratore per la trattazione della pratica e quindi un suo consenso seppure implicito.

Al medico legale oltre al corretto inquadramento diagnostico del caso compete anche la valutazione del rischio. È questa la parte che presenta le maggiori difficoltà per giungere alla completa istruttoria del caso, risultando spesso di difficile acquisizione i dati inerenti il concreto ed oggettivo rischio di esposizione professionale. In tale ambito si è teso a cercare le maggiori sinergie tra area amministrativa e medica finalizzate ad acquisire tutte le necessarie informazioni per giungere ad una adeguata valutazione del caso. Ai fini della valutazione del rischio sono necessari oltre all'anamnesi lavorativa una serie di documenti quali la denuncia, il libretto di lavoro, il documento di valutazione dei rischi con eventuali indici di rischio e a seconda delle tipologie di MP i relativi questionari compilati sia dall'assicurato che dal datore di lavoro. A tal fine si può anche disporre una indagine ispettiva sul posto di lavoro, indicando e motivando gli specifici aspetti da indagare e/o i documenti da acquisire.

Il medico, una volta in possesso di tutta la documentazione "acquisibile", valuta se la malattia denunciata rientri o meno nelle previsioni del sistema tabellare. Nel caso applicherà il principio della presunzione legale d'origine, altrimenti effettuerà un'averifica dell'esistenza del nesso eziologico tra rischio e malattia, attraverso l'applicazione della criteriologia medico legale in materia di nesso di causa: si deve tener conto della presenza o meno di uno o più rischi lavorativi, dei tempi e delle modalità di esposizione, della compatibilità della malattia nei suoi connotati clinici con lo specifico tipo di rischio, e della presenza o meno di eventuali fattori extraprofessionali.

#### *Imputazione della m.p. alla corretta P.a.t.*

Il caso di M.P. va imputato alla P.A.T. dell'azienda alle cui dipendenze il lavoratore

\_ ha espletato da ultimo l'attività rischiosa

\_ ha presumibilmente contratto la malattia in base ad un giudizio medico-legale con effetti sulla

\_ Oscillazione dei tassi

\_ Azione di regresso

Il D.M. 12.12.2000 che attualmente disciplina l'oscillazione legata all'andamento infortunistico, conferma i vigenti criteri e percentuali di oscillazione, da praticarsi, in aumento o in riduzione, in percentuale variabile in relazione al tasso specifico della singola azienda e alla relativa dimensione, fino ad un massimo del 35% (artt. 22 e 23). È qui che la malattia professionale ma anche l'infortunio si ricollegano al meccanismo di pagamento del premio determinandone l'entità ed il corretto importo. È anche qui che si gioca la necessità che è innanzitutto culturale che il datore di lavoro interiorizzi il dato secondo cui investire in prevenzione si traduce in concreti risparmi per l'impresa elidendo i costi dell'infortunio e della malattia professionale.

*Silvana Toriello*  
Dirigente Inail – Ufficio Tariffe

\* Il presente articolo è pubblicato anche sulla rivista elettronica [www.laprevidenza.it](http://www.laprevidenza.it), 9 novembre 2011 con il medesimo titolo.