

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

3.1 Caratteristiche del sistema di monitoraggio

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

- "usurante" delle mansioni e dei compiti professionali;

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

Tabella DB 1.3.1 Rendite dirette - Agricoltura

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

Rilevanti, al riguardo, appaiono:

a – l'istituto dell'indennizzo in capitale,

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

¹⁴Il testo di interesse è riportato in Appendice 3.

3.3 Questioni particolari d'interesse medico legale

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

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

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

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

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

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

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

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

alla lesione patita o denunciata in regime di danno biologico.

Ciò comporta che:

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

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

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

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

3.4 Osservazioni sugli aspetti quantitativi degli accertamenti medico legali

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

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

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

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

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

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

Tabella 3 - Totale denunce d'infortunio e di malattie professionali anni 2008-2012¹⁷

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

Tabella 3.1 - Totale denunce di malattie professionali ANNI 2008-2012¹⁸

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

Tabella 3.2 - Totale denunce d'infortunio anni 2008 – 2012¹⁹

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

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

¹⁸*ibid*

¹⁹*ibid*

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

²²*ibid*

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

Tabella 3.7 Numero delle rendite costituite per esercizio - Settore Industria

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

Tabella 3.7.1 Numero delle rendite costituite per esercizio - Settore Agricoltura

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

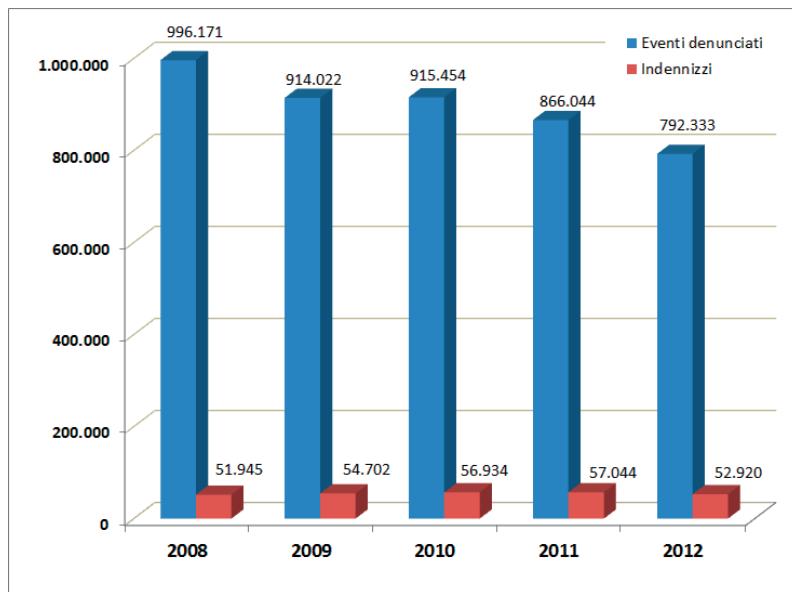


Figura 3.1

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

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

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

Tabella 4 – Rappresentazione dell’andamento evolutivo delle menomazioni

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

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

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

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

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

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

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

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

3.5 Spunti di interesse medico legale in tema di Collegiali

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

Tabella Collegiali 2

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

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

Tabella Collegiali 3

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

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

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