



UNIVERSITÀ POLITECNICA DELLE MARCHE  
FACOLTÀ DI ECONOMIA “GIORGIO FUÀ”

---

Corso di Laurea triennale in economia e commercio

**LA TUTELA PROFESSIONALE,  
DALLE ORIGINI ALLA RESPONSABILITÀ, TRAMITE IL  
DANNO DIFFERENZIALE**

**PROFESSIONAL PROTECTION,  
FROM THE ORIGINS TO THE RESPONSABILITY,  
THROUGH THE DIFFERENTIAL DAMAGE**

Relatore:  
Prof. Laura Torsello

Rapporto Finale di:  
Lorenzo Brecciaroli

Anno Accademico 2018/2019

# SOMMARIO

## INTRODUZIONE

1. LE ORIGINI	
1.1 Premessa.....	5
1.2 Fondamenti costituzionali.....	8
1.3 Fondamenti civili.....	12
1.4 Evoluzione legislativa.....	13
1.4.1 Premessa storica e giuridica.....	13
1.4.2 La legge del 1929.....	16
1.4.3 Il regolamento del 1933.....	20
1.4.4 La legge del 1935.....	22
1.4.5 La legge del 1952.....	24
1.4.6 Le malattie professionali in agricoltura, la legge del 1958...27	
1.4.7 Testo unico, giugno 1965.....	29
2. LE MALATTIE PROFESSIONALI.....	32
2.1 Differenza tra infortunio sul lavoro e malattia professionale.....	32
2.2 Malattie tabellate.....	34
2.3 Malattie professionali non tabellate.....	39
2.4 Il decreto n. 38/00.....	42
2.5 Silicosi ed asbestosi.....	42
2.6 Nozione.....	47
2.7 Manifestazione.....	49
2.8 Denuncia e accertamento.....	51
2.9 Inchiesta dell'ispettorato del lavoro.....	53
2.10 Procedimento d'urgenza.....	54
2.11 Autopsia.....	55
3. RESPONSABILITA' DEL DATORE DI LAVORO.....	56
3.1 Il parziale esonero della responsabilità.....	56
3.2 La responsabilità civile indiretta.....	61
3.3 L'azione di risarcimento del lavoratore.....	62
3.3.1 Il danno differenziale.....	63
3.3.1.1 Presunzioni del danno differenziale.....	65
3.3.1.2 Il calcolo del danno differenziale.....	66
3.4 L'azione di regresso dell'Istituto assicuratore.....	68
3.5 Articolo 2087 vs articolo 4.....	71
3.6 Visione critica dell'esonero della responsabilità.....	73
3.7 La responsabilità civile del terzo.....	74
3.7.1. L'azione di risarcimento del lavoratore.....	74
3.7.2 L'azione di surroga.....	75
3.7.3 Il concorso di colpa dell'assicurato.....	79

4. CONCLUSIONI.....	83
5. BIBLIOGRAFIA.....	85

## INTRODUZIONE

Lo studio di questa tesi affronta il tema delle malattie professionali che, nel corso degli anni, soprattutto in relazione ai rinnovati macchinari e alle sostanze che, impiegate nei luoghi di lavoro, sono caratterizzate da un grado di pericolosità sempre maggiore, sono una tematica del tutto attuale e spesso sottovalutata nell'immaginario collettivo. Mi sono occupato innanzitutto di inquadrare storicamente e giuridicamente l'argomento, trattando quindi le fondamenta della disciplina assicurativa e la nascita di quest'ultima, ho ripercorso poi la strada che ha condotto alla nascita della tutela contro le malattie professionali e la sua evoluzione nel tempo, nel farlo ho posto attenzione anche agli infortuni sul lavoro che in materia assicurativa hanno una grande rilevanza. Dopo una prima parte in cui mi sono concentrato sull'inquadramento storico della tematica, ho scelto di evidenziare la differenza che intercorre tra la malattia professionale e l'infortunio sul lavoro, spesso considerati sinonimi, al fine di far capire che seppur inquadrati nell'ambito del medesimo settore sono disciplinati in modo differente. Ho presentato quindi nello specifico le tecnopatie, la loro manifestazione, struttura, il modo in cui si verificano, denunciano e le varie implicazioni che comporta essere affetti da una di queste. Infine mi sono focalizzato sulla responsabilità che, il datore di lavoro e il terzo hanno nei confronti del soggetto tutelato, quindi ho messo in evidenza tutti i casi in cui i colpevoli lo fossero e il modo in cui dovessero risarcire il danneggiato, con particolare attenzione qui al danno differenziale. Accanto al ruolo che giocano il datore, il soggetto terzo e il soggetto assicurato ho evidenziato anche la funzione dell'Istituto assicuratore il quale opera complementariamente agli altri. Il lavoro ha quindi lo scopo di mettere in luce l'importanza delle malattie professionali in dottrina che troppo spesso sono considerate solo alla stregua degli infortuni sul lavoro, in realtà hanno un loro dignità giuridica e nella vita pratica di tutti i giorni sono presenti tanto quanto gli infortuni sul lavoro. E' bene quindi che le persone conoscano anche questa realtà per essere sempre più consapevoli delle tutele che gli spettano al fine di salvaguardare il proprio status e la propria salute psico-fisica.

# LE ORIGINI

## PREMESSA

Il percorso di protezione sociale in Italia ebbe inizio nel 1881, quando, all'esposizione nazionale di Milano, veniva conferito un premio speciale ad un'industria manifatturiera di Intra che aveva provveduto ad assicurare i propri operai contro gli infortuni sul lavoro. Da tale iniziativa scaturì nel giro di pochi anni l'idea di creare un ente che potesse offrire condizioni più favorevoli ai datori di lavoro che decidessero di assicurare le proprie maestranze contro gli infortuni, è così che con la legge 8 luglio 1883, n. 1473 si istituì la Cassa Nazionale di assicurazione per gli infortuni degli operai sul lavoro. La legge concesse il servizio gratuito delle Casse di Risparmio postali per la stipulazione dei contratti di assicurazione e per tutti gli atti ad essi collegati, comprese le riscossioni dei premi e i pagamenti di indennità.

Da quella data il processo non ha subito soste: con il decreto regionale 19 dicembre 1901, veniva costituita presso il Ministero dell'Agricoltura, Industria e Commercio, una commissione con il compito di ricercare e studiare le cause autoctone e determinanti le diverse infermità che contraggono gli operai a causa del lavoro che svolgono all'interno dell'industria e suggerire i provvedimenti più idonei a prevenire e limitare tale infermità. La Commissione diede una prima definizione di malattia professionale<sup>1</sup>. Considerò, quindi, le malattie professionali come assimilabili all'infortunio sul lavoro e le distinse in due grandi categorie: quelle dovute ad infezioni e quelle dovute ad intossicazioni. La Commissione ritenne inoltre, di procedere ad una completa indagine statistica sulle malattie professionali degli operai e di estendere tale indagine a tutte le malattie generali di questi dovute o meno dal lavoro industriale. A tal fine fu predisposta una doppia

---

1) "Sono malattie professionali, da equipararsi agli infortuni sul lavoro, quelle malattie dovute in modo certo e nel caso concreto esclusivamente all'esercizio di un determinato lavoro industriale, che siano tali da portare la morte o, in modo transitorio o permanente, l'inabilità al lavoro". *La tutela del lavoratore contro le malattie professionali in Italia e negli altri paesi del M.E.C.*, Aldo Morinello, Milano, Dott. A. Giuffrè, 1963.

serie di indagini: una prima che richiedeva la collaborazione dei datori di lavoro per mezzo di schede individuali nelle quali sarebbero dovute essere indicate, per ogni operaio, le generalità e le eventuali malattie sofferte, con le relative conseguenze. A questa segue una seconda indagine più attinente alle malattie professionali che sarebbe dovuta essere eseguita dagli ufficiali sanitari. A tal fine venne realizzato un accurato raggruppamento dei tipi di industrie e, per ciascuna, delle diverse fasi di lavorazione, la Commissione predispose inoltre, vari questionari speciali, relativi alle diverse categorie di industria, i quali comprendono una parte generale e una speciale. La parte generale comprende quesiti concernenti informazioni standard sull'industria che vanno dalla richiesta della denominazione al numero degli operai, alle ore lavorative fino a delineare il tenore di vita degli operai fuori dall'opificio, con particolare attenzione ai fattori che possono influire sulle loro condizioni igieniche e sulla loro salute. La seconda parte, quella speciale, poneva quesiti circa le malattie che gli operai potessero contrarre a causa dei differenti lavori che svolgevano, richiamando l'attenzione su quelle che si manifestano maggiormente in ciascuna industria. La Commissione infine, decideva di affidare ai singoli membri il compito di visitare gli stabilimenti esercenti determinate industrie. L'indagine tuttavia non dette i risultati sperati poiché i questionari non ritornarono compilati se non in numero esiguo e quelli compilati contenevano informazioni insufficienti per quanto riguardava la morbilità, ovvero la frequenza di una malattia in una collettività, e la mortalità. Anche se l'indagine non andò a buon fine, tali studi permisero di gettare il seme della realizzazione sociale nel campo delle malattie professionali.

Passiamo ora ad inquadrare l'assicurazione infortuni sul lavoro e malattie professionali nell'ambito degli interventi pubblici diretti a realizzare la sicurezza sociale e in generale il benessere dei cittadini. Il benessere dei cittadini nei vigenti ordinamenti giuridici costituisce l'oggetto di una garanzia più ampia rispetto al passato. Questo deriva dall'evoluzione dello Stato moderno, le innovazioni non consistono in un semplice ampliamento della sfera di attività pubblica compresa nell'azione sociale dello stato ma consistono anche in modifiche sostanziali dei principi e strutture giuridiche di tali attività con particolare attenzione alle

situazioni giuridiche dei singoli. Si assiste ad un bilanciamento nuovo rispetto al passato, degli interessi pubblici e privati in ordine alla previdenza sociale. Un bilanciamento che si riferisce alla rilevanza giuridica riconosciuta dalle disposizioni costituzionali all'interesse del singolo a garanzia della sua libertà professionale e dignità. Esistono varie forme attraverso le quali è possibile perseguire il benessere dei cittadini, esso corrisponde infatti ad una finalità di carattere generale comprendente altre finalità operanti in ambiti specifici per cui sussistono altrettante forme di intervento pubblico che tendono al benessere della popolazione. Non è detto tuttavia che tali interventi siano in grado di corrispondere adeguatamente a tutti i bisogni, infatti resta sempre un ambito nel quale è chiamata ad operare la libera iniziativa individuale o collettiva, a titolo di solidarietà o carità. La sicurezza sociale si differenzia rispetto alla totalità di tali interventi in quanto non ne è onnicomprensiva, essa non è chiamata a realizzare il benessere dei cittadini nella sua totalità, ma soltanto a concorrere al soddisfacimento di tale finalità. Questa non si identifica quindi con tutta l'azione sociale dello stato altrimenti le sue finalità potrebbero risultare confuse con quelle dell'ordinamento giuridico. Va sottolineato comunque che, nell'ambito degli innumerevoli interventi pubblici diretti al benessere dei cittadini, questi presentano a volte varie affinità in ragione degli scopi che perseguono, possono quindi essere considerati secondo una prospettiva unitaria. Ci riferiamo a interventi pubblici di carattere previdenziale e assistenziale. Sulla base di tale premessa si può giungere ad una definizione di sicurezza sociale corrispondente ad un complesso di norme comprendenti sia le forme di carattere previdenziale che quelle di carattere assistenziale. Le prime garantiscono a certe persone, al verificarsi di determinati eventi, delle prestazioni sulla base di assicurazioni sociali fondate sul finanziamento contributivo e sul concorso finanziario dello Stato a titolo di solidarietà, le seconde prevedono mediante servizi pubblici, su basi non contributive, l'erogazione di prestazioni ai cittadini in stato di bisogno e non in condizione di provvedere a se stessi. Chiaramente, l'adottare una prospettiva unitaria non significa non notare le differenze che esistono tra le forme previdenziali e assistenziali, tali forme infatti si differenziano per la qualificazione

giuridica: previdenziale o assistenziale, per i destinatari e per la struttura normativa seppur presentando come già detto analogie dal punto di vista finalistico. Tale convergenza non esclude il fatto che essa sussista anche nell'ambito stesso delle forme previdenziali, il che può affermarsi sia pure in termini differenti anche per quelle assistenziali. E' necessario evidenziare che la sicurezza sociale non si identifica con le attuali forme previdenziali e assistenziali destinate esclusivamente ai lavoratori: essa le comprende in quanto appare finalizzata alla generalità dei cittadini, non soltanto ad una porzione di questi ovvero i lavoratori.

## **FONDAMENTI COSTITUZIONALI**

Il nostro ordinamento presenta quindi elementi di un superamento delle precedenti concezioni in ordine alla tutela assistenziale dei cittadini non in grado di provvedere a se stessi e in condizioni di bisogno. Tale tendenza viene evidenziata dalla Costituzione e in particolare in alcune sue disposizioni, quali nell'articolo 38<sup>2</sup> e nell'articolo 32<sup>3</sup>. L'importanza riconosciuta alla salute si evince dal fatto che essa rappresenta un diritto fondamentale inviolabile della persona oltre ad essere di interesse primario della collettività. Tale diritto è il solo ad essere considerato come inviolabile dalla Costituzione. Esso si esplica nel diritto all'integrità fisica e psichica, ovvero ricevere trattamenti medici di prevenzione e cura e di poter operare in un ambiente di lavoro e vita salubre. Tuttavia, esso non implica che

---

2) Ogni cittadino inabile al lavoro e sprovvisto dei mezzi necessari per vivere ha diritto al mantenimento e all'assistenza sociale. I lavoratori hanno diritto che siano preveduti ed assicurati mezzi adeguati alle loro esigenze di vita in caso di infortunio, malattia, invalidità e vecchiaia, disoccupazione involontaria. Gli inabili ed i minorati hanno diritto all'educazione e all'avviamento professionale. Ai compiti previsti in questo articolo provvedono organi ed istituti predisposti o integrati dallo Stato. L'assistenza privata è libera. Brocardi.it.

3) La Repubblica tutela la salute come fondamentale diritto dell'individuo e interesse della collettività, e garantisce cure gratuite agli indigenti. Nessuno può essere obbligato ad un determinato trattamento sanitario se non per disposizione di legge. La legge non può in nessun caso violare i limiti imposti dal rispetto della persona umana. Brocardi.it.



vengano fornite cure gratuite a tutti in quanto queste sono riservate agli indigenti. Il diritto alla salute secondo un ottica comunitaria è considerato sia nell'art. 35 della Carta dei diritti fondamentali dell'Unione Europea come diritto alla prevenzione e alle cure, sia nell'art. 3 che regolamenta una serie di principi in materia. Il concetto sopracitato implica in senso positivo uno stato di benessere mentale e fisico e in senso negativo l'assenza di malattia. E' bene prestare attenzione al primo concetto, quello che vede la salute in un ottica positiva, in quanto è un traguardo proprio degli ordinamenti moderni che vede lo Stato impegnarsi verso il raggiungimento del benessere della popolazione attraverso azioni volte a prevenire i mali piuttosto che ad una cura ex-post di essi.

Quello della salute è considerato un diritto fondamentale, perché si identifica come il fondamento dell'integrità fisica senza la quale, l'esercizio degli altri diritti presi in esame dall'ordinamento non è possibile, impedendo così l'evoluzione della persona. Esso possiede anche la caratteristica di essere composito, in quanto garantisce una varietà di situazioni soggettive. Il secondo comma a sua volta assume una certa rilevanza in quanto sancisce l'autodeterminazione del malato nel merito del trattamento sanitario, che non può essere imposto dall'esterno se non nei casi previsti dalla legge, ovvero di trattamento sanitario obbligatorio.

Una naturale conseguenza dell' autodeterminazione del paziente è materia del consenso informato che delinea un presupposto di legittimità del trattamento.

La Costituzione, al centro della quale vi è la persona umana , è orientata a favorire la soddisfazione dei bisogni materiali dell'uomo, come condizione essenziale al fine di favorire un'esistenza libera e dignitosa. A tal proposito l'ordinamento si avvale del INPS, che si occupa di tutela previdenziale dei lavoratori in imprese private e del INAIL, che si occupa invece di infortunistica sul lavoro. L'importanza dell'assistenza privata è aumentata negli ultimi anni, tra le forme previdenziali private introdotte rientrano le cooperative, le associazioni di volontariato e istituti di patronato e assistenza. Tale disposizione esprime lo stato sociale e il principio di sicurezza sociale, i quali assicurano al singolo il rispetto della sua dignità pur ritrovandosi in una situazione di bisogno. Si discute, sotto un profilo generale, se con l'espressione. “ mezzi adeguati alle esigenze di vita”, il

Costituente abbia voluto assicurare al lavoratore prestazioni economiche in linea con il livello del reddito percepito durante l'attività lavorativa, oppure se la garanzia costituzionale preveda di corrispondere solo il minimo indispensabile per vivere. Se da un lato è vero che la garanzia di “adeguatezza” della prestazione previdenziale deve essere interpretata in funzione della garanzia di “sufficienza” della retribuzione ex art. 36 primo comma della Costituzione, dall'altro non comporta il diritto ad ottenere il necessario a mantenere il tenore di vita di cui si godeva ex-ante il verificarsi dell'evento scatenante il bisogno. L'articolo 38 garantisce in particolare la nozione di sicurezza sociale<sup>4</sup>. L'assistenza sociale è infatti una problematica di cui lo Stato si fa carico, ovvero l'insieme delle misure funzionali a supportare un certo tenore di vita anche per quelli che possiedono un reddito che non supera una soglia prestabilita e che non ha altre fonti di guadagno, come per esempio l'inabile al lavoro per malattia o l'invalido di guerra. A questi vengono inoltre corrisposte pensioni di invalidità e di guerra e altre agevolazioni per la fruizione dei servizi. A differenza del primo, il secondo comma tratta la previdenza sociale che differisce dall'assistenza in quanto concerne solamente i lavoratori. Questa si concretizza con prestazioni sanitarie ed economiche, al fine di tutelare, oltre che l'invalidità, l'infortunio, anche eventi naturali quali la vecchiaia. Parliamo di una precauzione obbligatoria che preme in parte, sui datori di lavoro e in parte sulle casse dello stato tranne il caso in cui i lavoratori decidano di integrare tali misure con forme di garanzia privatistiche. La previdenza sociale ha quindi lo scopo di assicurare ai vari soggetti una vita dignitosa. Con il passare del tempo, si sono succedute varie disposizioni di legge finalizzate alla limitazione o condizionamento del diritto a tali forme di tutela, ritenute legittime al fine di adattare il suddetto diritto con i finanziamenti disponibili. Per quello che riguarda gli inabili e i minorati, a causa della situazione particolare che li caratterizza, viene conferito loro il diritto all'avviamento professionale, ovvero di venire assunti anche nel caso in cui non lo sarebbero stati in casi condizioni

4) Secondo quest'ultima le autorità devono preservare la dignità nelle situazioni di necessità, assicurando ai cittadini il necessario al fine di avere condizioni minime di vita, garantendo al contempo la loro salute e favorendo lo sviluppo della persona e del suo coinvolgimento alla vita pubblica. Battisti Anna Maria, *Principi di diritto della sicurezza sociale*, Universitalia, 2019.

normali<sup>5</sup>. Per quanto riguarda il tema degli interessi tutelati, non è possibile negare che esiste un interesse del singolo ad ottenere, quando si manifestano le condizioni previste dalla legge, il necessario alle esigenze quotidiane di vita. Bisogna però chiarire che tale interesse non ha solo una natura di tipo privata. Si può perciò affermare che l'obbligo di erogare le prestazioni posto a carico dell'ente previdenziale e quello di pagare i contributi che grava sulle spalle dei datori di lavoro sono imposti essenzialmente per la soddisfazione di un interesse pubblico. Inoltre oltre al generale interesse alla prestazione previdenziale del lavoratore, la logica di conciliazione degli opposti interessi delle parti del rapporto, consente di individuare, altri interessi che fanno capo alle parti del rapporto di lavoro. Si tratta dell'interesse dei lavoratori al trasferimento, tramite l'assicurazione, del rischio di infortunio o malattia professionale sul datore di lavoro e dell'interesse di quest'ultimo che provvede con il pagamento dei premi: al pagamento di quella assicurazione, all'esonero dalla responsabilità civile nei confronti del lavoratore infortunato. Tuttavia l'interesse del datore, occasionalmente protetto in ragione della forma assicurativa scelta, sta perdendo importanza con l'evoluzione dell'ordinamento. Il sistema è ormai fortemente orientato a garantire al lavoratore la tutela nella ricorrenza di un determinato bisogno, mentre l'interesse del datore di lavoro all'esonero della responsabilità civile ha subito varie compressioni che fanno dubitare che tale interesse, la cui tutela costituiva la contropartita dell'onere finanziario posto a carico del datore di lavoro, rimanga ancora un interesse giuridicamente rilevante.

In realtà l'art. 38 stabilisce solo un fine da perseguire, ma non privilegia alcun modello atto a realizzarlo. La legge può pertanto scegliere qualsiasi sistema , purché idoneo a tutelare l'interesse dei lavoratori a disporre, in caso di infortunio o malattia professionale, dei mezzi adeguati alle loro esigenze di vita.

---

5) A tal proposito è stata emanata la legge 23 marzo 1999, n. 68, con la quale viene stabilito che i lavoratori affetti da disabilità devono essere assunti da tutti i datori di lavoro per una quantità variabile dipendente dal numero di lavoratori impiegati nell'azienda. Nell'ambito comunitario l'art. 26 della Carta dei diritti fondamentali dell'Unione Europea regola l'inserimento dei disabili anche nella società oltre che nel mondo lavorativo. Cinelli: *Diritto della previdenza sociale*, Torino, 2015.

## FONDAMENTI CIVILI

Se finora per le nostre considerazioni abbiamo tenuto conto del dato costituzionale, in quanto fonte suprema del diritto, facciamo ora riferimento ad una fonte subordinata: il Codice Civile, in particolare all'art.2087<sup>6</sup>.

Il datore di lavoro ha l'obbligo di attuare un'insieme di misure consone a prevenire tutti i rischi interni all'ambiente di lavoro e esterni relativi al contesto in cui il lavoratore si trova ad operare, previsto che il datore deve anteporre la sicurezza di chi esegue la prestazione al proprio profitto.

Tale norma comprende una massima generale, di cui la legislazione che si occupa di assicurazione di infortuni sul lavoro e di prevenzione ne costituisce un'applicazione specifica. Bisogna inoltre aggiungere che ha un valenza integrativa rispetto a suddetta legislazione e si qualifica come norma di chiusura relativa il sistema antinfortunistico. Quindi viene imposto all'imprenditore, a conferma del suo ruolo di garante dell'incolumità fisica del lavoratore, di mettere in atto tutte le precauzioni del caso al fine di tutelare chi presta lavoro alle sue dipendenze. L'art. 2087 è considerato una norma conclusiva del sistema di salvaguardia dell'integrità del lavoratore, evidenziandone la natura di dovere generico e l'intento prevenzionistico.

A tal proposito il datore di lavoro può avvalersi di una serie di misure: quelle intimate dalla legge, quelle generali dettate dalla prudenza comune e quelle che si rendono indispensabili. E' possibile inoltre rilevare un collegamento tra tale norma e quelle costituzionali che difendono il diritto alla salute ( art. 32 Cost.) e del rispetto della libertà, dignità e sicurezza nell'esplicazione dell'iniziativa economica ( art. 41 Cost.).

---

6) Art. 2087: “ L'imprenditore è tenuto ad adottare nell'esercizio dell'impresa le misure che, secondo la particolarità del lavoro, l'esperienza e la tecnica, sono necessarie a tutelare l'integrità fisica e la personalità morale dei prestatori di lavoro “. Bertoncini: *L'art. 2087 e gli obblighi di informazione verso l'apprendista*, nota a Cass.18 maggio 2007 n.11622, in Resp.civ. E prev., 2006, II, 2295.

La responsabilità del datore di lavoro riconosciuta dalla giurisprudenza ha natura extracontrattuale e contrattuale, con la conseguenza che il lavoratore può esercitare entrambe le azioni per tutelare i propri diritti. Tra i beni salvaguardati dalla norma sono compresi: la personalità morale e l'integrità fisica del lavoratore, tra cui vi rientrano il danno morale, quello biologico e il mobbing. E' il giudice del lavoro ad occuparsi delle denunce emanate dai dipendenti per violazione dei doveri del datore di lavoro relativi a sicurezza e salute.

## **EVOLUZIONE LEGISLATIVA**

### **PREMESSA STORICA E GIURIDICA**

L'attenzione nei confronti degli infortuni sul lavoro da parte di studiosi e uomini politici cominciò ad emergere dopo il 1870, quando, al crescere dell'attività dei vari settori produttivi, crebbe il rischio di infortunio. A quel tempo l'operaio che rimanesse vittima di un infortunio di lavoro aveva la stessa tutela prevista dalle norme di diritto comune per coloro che venivano colpiti da qualsiasi altro evento dannoso. Per entrambi i casi sopracitati si applicava il principio della responsabilità extracontrattuale convalidato dall'art. 1151 del vecchio c.c. del 1865. Quindi solo se il datore di lavoro aveva effettivamente delle colpe era obbligato a corrispondere un risarcimento. Dai dati storici del tempo emerge tuttavia che gli infortuni nella gran parte dipendevano o da eventi fortuiti o da cause di forza maggiore o da imprudenza dell'operaio. Poche volte quindi il compito di dimostrare la colpa dell'imprenditore ricadeva sull'operaio che voleva essere risarcito. Va sottolineato che la difficoltà nel dimostrare la prova di colpevolezza era elevata e che difficilmente l'operaio agiva legalmente contro il proprio datore di lavoro per paura di perdere la propria mansione nell'impresa di quest'ultimo. Nella maggior parte dei casi quindi gli operai e i loro eredi non ottenevano risarcimenti e venivano supportati solamente dalla beneficenza privata o pubblica. A fronte di tale situazione si iniziò a ragionare sul fatto che il rischio di lavoro non dovesse ritrovarsi sullo stesso livello di qualsiasi altro rischio e si intuì

che, a differenza della responsabilità dei terzi, che doveva essere giudicata a detta dei principi del diritto comune, quella dell'imprenditore necessitava di principi differenti. Ricercando tali principi si giunse alla conclusione che il sistema della colpa extra-contrattuale o aquiliana dovesse essere sostituito da sistemi dell'inversione dell'onere della colpa, di colpa contrattuale e infine di colpa oggettiva. I disegni di legge iniziali erano infatti basati sul principio dell'inversione dell'onere della prova, in funzione del quale, in seguito all'avvento dell'infortunio, il datore di lavoro aveva l'obbligo di provare di non esserne stato la causa e quindi di non aver avuto responsabilità nel merito. Tuttavia tali iniziative legislative non andarono a buon fine in quanto il suddetto sistema si poneva in contrasto con il diritto positivo e inoltre non rappresentava una difficoltà per i datori di lavoro provare di non avere responsabilità nell'evento dannoso dato che, gli infortuni erano molto spesso imputabili ad altre cause.

In seguito la giurisprudenza nella ricerca di principi che potessero tutelare al meglio il lavoratore giunse al sistema della responsabilità contrattuale. Presupponendo quindi che il rapporto con il datore di lavoro era subordinato ad un contratto, si giunse alla conclusione che ogni infortunio doveva essere imputabile alla responsabilità del datore, il quale, in virtù di tale contratto, era tenuto non solo a pagare il corrispettivo ma anche a preservare la salute dell'operaio. Pertanto, al fine di evitare la responsabilità del danno il datore doveva dimostrare di essersi comportato in modo diligente al fine di scongiurare il danno. Anche in questo caso tuttavia, come per quello del sistema dell'inversione dell'onere della prova, si raccolsero consensi iniziali ma poi giunsero le critiche in quanto l'obbligo del datore di lavoro era subordinato all'esistenza di una colpa, in mancanza della quale, non sussisteva responsabilità, con il risultato che la maggioranza degli infortuni rimanevano privi di risarcimento: ossia quelli riconducibili a forza maggiore, caso fortuito, imprudenza dell'operaio o negligenza. Era quindi necessario trovare una nuova soluzione al problema della tutela assicurativa dell'operaio sotto infortunio. Si pensò quindi di trasferire la responsabilità dagli individui alle cose, affermando che, in virtù dei principi di responsabilità oggettiva dell'art. 1153 del vecchio c.c., che le fondamenta della

tutela del lavoratore dovessero risiedere nella cosa, oggetto e occasione di lavoro e quindi nell'infortunio e non nella colpa del committente o dell'agente. Anche in questo caso tuttavia tale sistema non risultò efficace, in quanto l'imprenditore poteva sottrarsi dalla responsabilità provando di non essere stato capace di impedire il fatto scatenante l'infortunio. Era lampante a questo punto che, se l'intento era quello di assicurare il risarcimento all'operaio o ai suoi eredi anche nei casi in cui gli infortuni dipendessero da cause di forza maggiore o caso fortuito, non si doveva ricercare ogni dolo o colpa dell'imprenditore. I dati dimostravano che l'infortunio dipendeva dall'attività dell'industria e che questo sussisteva indipendentemente dall'applicazione di misure preventive e di prudenza da parte del datore. Da tale riscontro originò la teoria del rischio professionale, in virtù della quale, appresa la caratteristica di ineluttabilità dell'infortunio sul lavoro, si affibbiava il risarcimento derivante da questo all'imprenditore o a chi traeva vantaggio dall'attività industriale. Vi era quindi diffusa la convinzione che il rischio dell'operaio dovesse essere evoluto in rischio dell'azienda. A tal proposito facciamo riferimento al progetto di legge presentato al Senato il 13 aprile 1891,<sup>7</sup>. Una volta radicatosi il principio secondo il quale l'industria doveva far fronte agli oneri degli infortuni di cui era la causa, non si presentarono difficoltà nel promulgare l'obbligo assicurativo. E' così che tale obbligo convalidò la legge n. 80 del 17 marzo 1898<sup>8</sup>, che si fondava sul principio del rischio professionale.

Quindi una volta realizzata l'assicurazione contro gli infortuni industriali,

---

7) “ Se l'organizzazione della grande industria genera il male, giustizia vuole che essa lo ripari. E' questo il principio nuovo conosciuto con il nome di rischio professionale, che, vincendo ostacoli di ogni natura, ha finito con il trionfare degli ostacoli e dei pregiudizi”. Alibrandi Giuseppe: *Infortuni sul lavoro e malattie professionali*, Giuffrè editore, 2002.

8) Tale decreto rappresentava un compromesso in quanto il lavoratore aveva diritto ad un risarcimento parziale del danno subito, ma aveva diritto anche ad un indennizzo nell'ipotesi di caso fortuito o colpa propria; il datore aveva l'obbligo di corrispondere un premio assicurativo non solo in ragione dei rischi da ascrivere a sua colpa, ma anche quando questi dipendevano da colpa del lavoratore o caso fortuito; il datore rimaneva comunque esonerato dalla responsabilità di infortuni derivanti da sua colpa, tranne nel caso in cui si trattasse di colpa penale. De Compadri Fausto: *L'assicurazione obbligatoria contro gli infortuni sul lavoro e le malattie professionali, diritto e procedura*, Giuffrè editore, Milano, 2002.

rimanevano privi di tutela le malattie professionali e gli infortuni sul lavoro agricolo. Per questi ultimi la soluzione non si palesò immediatamente perchè le masse contadine non erano compatte nel supportare le proprie pretese e perchè si riteneva che già esistesse una forma di tutela per i lavoratori agricoli con il T.U. 31 gennaio 1904, n. 51 che assicurava alcune categorie di lavoratori agricoli. Il problema di una tutela presente e concreta, acquisì importanza una volta terminata la prima guerra mondiale, quando molte migliaia di contadini tornarono ai campi. A questo punto attribuire una protezione ai lavoratori agricoli rappresentava anche una forma di riconoscenza in virtù del contributo dato al fronte. Non tardarono ad arrivare quindi il D.lgs.Lgt. 23 agosto 1917, n. 1450 e il D.Lgs.Lgt. 21 novembre 1918, n. 1889.

La tutela delle malattie professionali arrivò molti anni dopo anche se già era diffusa la consapevolezza di tale problematica. Il primo ad interessarsene fu Bernardino Ramazzini che nel 1600 rilevò manifestazioni morbose in quelli che, nello svolgimento del proprio lavoro, maneggiavano materie come: il rame, il mercurio e il piombo. In seguito la tematica interessò altri studiosi e portò nel 1776, Pietro Verri a fondare a Milano una società con lo scopo di curare la tubercolosi e le intossicazioni dei saturnini. Dopo che la questione venne sollevata varie volte con il R.D. 19 dicembre 1901, venne costituita una commissione che presentò una serie di proposte di legge volte ad estendere la tutela propria degli infortuni sul lavoro alle malattie professionali. Tuttavia la soluzione del problema giunse solamente nella settima edizione della Conferenza internazionale del lavoro di Ginevra del 1925 in cui gli stati aderenti approvarono una convenzione che li impegnava ad indire un'assicurazione contro il saturnismo, il carbonchio e il mercurialismo.

## **LA LEGGE DEL 1929**

Il nostro paese ribadì tale impegno con la Dichiarazione XXVII della Carta del lavoro pervenendo così al R.D. 13 maggio 1929, n. 928, ovvero la prima legge per l'assicurazione contro le malattie professionali dell'industria. Quest'ultima estese



alle malattie professionali la medesima assicurazione prevista dalla legge per gli infortuni, richiamò inoltre l'insieme delle norme comprese nel Testo Unico 31 gennaio 1904, n. 51, ai titoli III, IV, V, VI (ART. 3 DEL r.d. 13 maggio 1929), salvo particolari decreti modificativi. La conseguenza fu che l'assicurazione contro le malattie professionali divenne obbligatoria, solamente per le lavorazioni indicate nella tabella compresa nel R.D. 13 maggio, nel caso in cui per tali lavorazioni ricorressero i requisiti e gli estremi per l'esistenza dell'obbligo di assicurazione obbligatoria contro gli infortuni sul lavoro in conformità al T.U. 31 gennaio 1904, n. 51. Quindi un' industria o un' impresa che pur attenendosi alla manipolazione o produzione di sostanze tossiche annesse nella tabella compresa al R.D. 13 maggio 1929, esercitasse tali attività in maniera per cui, o per il tipo di lavorazione o per il numero di lavoratori impegnati, non si presentassero gli estremi dell'art. 1 della legge T.U. 31 gennaio 1904, a proposito dell'onere dell'assicurazione infortuni, non sarebbe stata tenuta all'assicurazione obbligatoria delle malattie professionali.

Teoricamente possono affiorare una serie di critiche alla legge del 1904, in quanto questa viene ritenuta, dallo stesso legislatore nel momento in cui veniva approvata, limitata rispetto al rischio collegato al lavoro subordinato. Inoltre tale legge mettendo in atto il principio del rischio professionale, in opposizione alla tradizione civilistica relativa la responsabilità per danno attribuibile a fatto colposo ed attribuendo un ulteriore onere alla produzione nazionale, doveva e poteva limitare la prima applicazione, all'insieme di industrie e imprese nelle quali il maggiore grado di rischiosità fosse insita nella natura della lavorazione, o relativa ad un numero di operai maggiore addetti a quest'ultima. Dalla valutazione dell'onere non era possibile pertanto, escludere l'importanza economica dell'azienda sottoposta ad imposizione contributiva. Ma se l'insieme di tali considerazioni possono avere un valore in materia di infortuni sul lavoro, perchè non appaiono altrettanto valide nella sfera di riparazione di effetti nocivi prodotti da malattie professionali in cui il rischio, salvo il carattere più o meno rapido dell'attività lesiva dipendente dalla resistenza insita nel lavoratore, è più assiduo e frequente, a volte inevitabile senza un'accurata prevenzione ed è per la maggior

parte connesso al carattere qualitativo della lavorazione. Tali lacune della legge 1904 sono state colmate dall'art. 1, n. 1 del R.D. 17 agosto 1935, n. 1765<sup>9</sup>. E' stato così agguistato il difetto relativo la legge del 1904 che faceva riferimento ai soli opifici di carattere industriale, ora infatti al termine opificio viene attribuito il giusto significato, ovvero di luogo in cui si svolge un'attività produttiva agricola, commerciale o industriale e asservendo l'applicazione della legge alla sola condizione che all'interno dell'opificio venga svolto il lavoro con l'ausilio di macchine non manovrate da chi ne fa uso. La suddetta interpretazione venne ulteriormente sostenuta dall'art. 1 del regolamento del 25 gennaio 1937, n. 200 che incluse i laboratori tra gli opifici, con l'art. 2 del medesimo Regolamento il campo applicativo fu esteso ai lavori sussidiari e complementari.

Va sottolineato che i difetti della legge 1904, dato il collegamento tra i due sistemi assicurativi, non poteva non intaccare negativamente anche il ramo delle malattie professionali. Era possibile si verificassero casi di lavorazione in cui, per l'esistenza di un rischio non considerato dalla legge 1904 o per una particolare modalità esecutiva, non fosse richiesto l'obbligo assicurativo contro gli infortuni e venisse manipolato ad esempio mercurio e altri composti o derivati. Se da un lato era facile rivelare che, se per le lavorazioni comprese nella Tabella ricorreva anche l'obbligo dell'assicurazione contro gli infortuni in virtù del numero di operai e delle modalità con cui venivano svolte, il legislatore, perseguendo il sistema della parificazione delle malattie professionali con gli infortuni ed integrando le prime con le disposizioni in vigore per i secondi, non avrebbe potuto intimare ai datori di lavoro esonerati dalla responsabilità risarcitoria del danno da infortunio, la responsabilità di risarcimento per le tecnopatie. In modo tale che l'operaio non avesse diritto ad un risarcimento derivante da una malattia molto simile ad un'altra per cui tale diritto non sussistesse, ad esempio, è come se possedesse il diritto ad un indennizzo per un accidentale avvelenamento da sostanza tossica ma non per un avvelenamento lento e progressivo della sostanza.

9) in cui la legislazione si è adeguata alla reale condizione del rischio su infortuni nelle correnti condizioni di lavoro, attestando la necessità dell'obbligo di assicurazione contro gli infortuni sul lavoro nei confronti degli addetti ad opifici che utilizzano macchine che non necessitano della manualità umana per il loro funzionamento. Cinelli: *Diritto della previdenza sociale*, Torino, 2015.

Il R.D. 13 maggio 1929, n. 928, rese perciò obbligatoria l'assicurazione contro le tecnoaptie per gli operai preposti alle lavorazioni espresse nella tabella<sup>10</sup> congiunta al decreto stesso, nel momento in cui per essi si presentasse l'obbligo di assicurazione contro gli infortuni sul lavoro ai sensi degli art. 1 e 2 della legge del 1904, n. 51. Sia nel caso di inabilità temporanea al lavoro che di inabilità permanente, quando la predisposizione a lavorare diminuiva del 20%, veniva stabilito che le indennità venissero concesse anche nel caso in cui l'operaio avesse terminato il suo incarico nelle lavorazioni che ammettevano il diritto di indennità, sempre nel caso in cui la morte o l'inabilità si verificassero all'interno del periodo temporale indicato per ciascuna malattia nelle tabelle. Le indennità venivano concesse anche nel caso in cui si rimanifestasse una malattia precedentemente indennizzata quando tale manifestazione non eccedeva un periodo di tre anni dalla cessazione dell'attività lavorativa causale la malattia. La legge stabiliva anche che il lavoratore dovesse soggiacere alle cure che l'Istituto assicuratore riteneva necessarie e di recarsi nei luoghi ospedalieri o di cura indicati da questo a spese dell'istituto. Nel caso in cui l'operaio si fosse rifiutato avrebbe perso il diritto di indennità. La norma prescriveva inoltre che l'operaio avesse un tempo di quindici giorni dalla manifestazione della malattia per effettuare la denuncia pena la decadenza del diritto all'indennizzo per il tempo antecedente la denuncia, questa doveva essere fatta al datore di lavoro che, entro cinque giorni avrebbe dovuto trasmetterla all'istituto assicuratore. Tale norma ha il difetto di non prevedere alcun risarcimento per le malattie poste in essere prima della data in cui è entrato in vigore il decreto e per quelle manifestatesi ex-post il termine di sei mesi dalla data predetta. Allo stesso modo non veniva riconosciuta alcuna indennità agli operai in cui si era manifestata una malattia che avevano lasciato le proprie mansioni all'interno delle lavorazioni, necessitando così di un'assicurazione, prima della data in cui è entrato in vigore il decreto.

---

10) La suddetta tabella racchiude le malattie professionali per cui viene richiesta l'assicurazione obbligatoria, le corrispondenti lavorazioni ed il lasso di tempo massimo d'indennizzabilità di ogni malattia dall'abbandono del lavoro. Ferrari Gennaro: *Infortuni sul lavoro e malattie professionali*, Padova, Cedam, 2002.

## IL REGOLAMENTO DEL 1933

La legge del 1929, n. 928, dell'assicurazione obbligatoria contro le malattie professionali, permise al potere esecutivo di emanare le norme regolamentari per l'attuazione delle norme contenute in esso. E' da questa disposizione che, con il R.D. 5 ottobre 1933, n. 1565, venne autorizzato un regolamento che estese all'assicurazione contro le malattie professionali le disposizioni contenute nel regolamento avallato con decreto 13 marzo 1904, n. 141. Inoltre estese, come forma di protezione, l'assicurazione obbligatoria contro le malattie professionali anche agli operai che erano impiegati in lavorazioni collegate o complementari a quelle contenute nella tabella allegata al decreto 1929 n. 928, qualora l'ufficio dell'Ispettorato ritenesse che fossero esposti a pericolo di intossicazione. Chiari anche le modalità e le tempistiche da rispettare per ottenere l'indennizzo delle malattie menzionate nella tabella e che il rimborso sarebbe stato concesso quando le malattie si fossero manifestate nelle forme cliniche stabilite<sup>11</sup>. La legge stabilì inoltre che, per quanto riguarda la determinazione del grado di inabilità permanente, la diminuzione della capacità lavorativa dovesse riferirsi non tanto ad una particolare attività specifica in cui veniva contratta la malattia, ma al lavoro in generale, ribadendo così, la nozione di rischio generico e non di rischio specifico. Nel caso in cui l'operaio non intendesse smettere di prestare la propria opera nella lavorazione o fosse inabilitato permanentemente, il saldo dell'indennità sarebbe stato proporzionato al più piccolo grado di inabilità ipotizzabile, al quale il lavoratore sarebbe stato ridotto in seguito all'abbandono temporaneo o definitivo della lavorazione in esame. Il regolamento determinava anche che, nel caso di ricaduta di un malattia in precedenza indennizzata, veniva concesso il diritto

---

11) La malattia si considera manifestata quando il lavoratore salta un giorno completo di lavoro a causa di questa. Nel caso in cui essa si manifestasse dopo che l'operaio avesse prestato il suo apporto nelle lavorazioni ricomprese nell'obbligo assicurativo, la decorrenza del rimborso avrebbe avuto inizio dal giorno di presentazione del certificato medico all'Istituto assicuratore. Morinello Aldo: *La tutela del lavoratore contro le malattie professionali in Italia e negli altri paesi mec*, Milano, Dott. A. Giuffrè, 1963.

all'indennità a partire dal primo giorno di inabilità, oltre al diritto di revisione quando se ne presentassero gli estremi, nel caso in cui per la suddetta malattia sia stata concessa un'indennità per inabilità permanente. Nell'eventualità di ricaduta di una malattia non in precedenza indennizzata, ma che lo sarebbe stata ai termini del decreto 13 maggio 1929, n. 928, la ricaduta verrebbe considerata come prima manifestazione della malattia. La liquidazione delle indennità per le malattie professionali era a carico dell'istituto presso il quale il lavoratore era assicurato nel momento in cui si manifestava la malattia e quando l'operaio cessava la propria opera nelle lavorazioni che ammettevano il diritto al risarcimento, tenendo sempre conto del fatto che la morte o l'inabilità dovessero manifestarsi entro le tempistiche proprie di ciascuna malattia indicate nelle tabelle annesse al decreto del 1929, erano a carico dell'istituto nel quale l'operaio era assicurato nella lavorazione scatenante la malattia, nel momento in cui cessava la propria attività. Quelle indennità dovute in caso di ricaduta e quelle a titolo revisionale erano a carico dell'istituto assicuratore che aveva effettuato il primo pagamento. Veniva inoltre stabilito che l'operaio dovesse sottoporsi a visite di controllo presso gli uffici dell'ufficio assicuratore o in luoghi da questo stabiliti e nel caso in cui il lavoratore non potesse muoversi, nell'istituto di cura o ospedale in cui si trovasse. Se l'operaio si fosse rifiutato di recarsi alle visite di controllo o avesse impedito lo svolgersi di queste non avrebbe più avuto il diritto al risarcimento.

Oltre ad indicare le modalità con cui l'istituto assicuratore poteva procurarsi i mezzi finanziari per fronteggiare il nuovo onere, il regolamento stabiliva una serie di norme a proposito delle modalità di rilascio e compilative del certificato medico<sup>12</sup> che doveva accompagnare la denuncia di malattia professionale e doveva essere redatto dal medico curante o da quello contattato dal datore di lavoro al fine di effettuare la visita della manovalanza che è sottoposta al rischio di malattia professionale. La norma stabilisce infine che nel caso in cui il datore di lavoro si

---

12) Suddetto certificato indicava la sintomatologia rilevata dal lavoratore e quella constatata dal clinico che lo redigeva, oltre al luogo di ricovero e il domicilio dell'operaio. Inoltre conteneva una serie di informazioni idonee a differenziare la tecnopatia dalla comune malattia ai fini di prestare un corretto risarcimento. Morinello Aldo: *La tutela del lavoratore contro le malattie professionali in Italia e negli altri paesi mec*, Milano, Dott. A. Giuffrè, 1963.

fosse accorto, sulla base dei risultati delle visite, che un operaio presentasse i sintomi di una delle tecnopatie indicate nella tabella, aveva il dovere di darne informazione all'istituto assicuratore, salvo che l'operaio non avesse effettuato ex-ante la denuncia di malattia.

## **LA LEGGE DEL 1935**

Il R.D. 17 agosto 1935, n. 1765 abrogò i precedenti decreti discussi: 13 maggio 1929, n. 929, e 5 ottobre 1933, n. 1565. Esso contiene infatti nuove norme per l'assicurazione contro le malattie professionali e gli infortuni sul lavoro. L'art 3 predispose per le malattie professionali il rinvio alle nuove disposizioni per gli infortuni, confermando, allo stesso tempo, il sostegno assicurativo delle malattie professionali per sei tecnopatie, alle quali furono aggiunte nel 1943, l'asbestosi e la silicosi. La base dell'impostazione della riforma del 1935 è l'automatismo assicurativo e l'unificazione istituzionale, accrescendo così la garanzia del sistema di tutela e sottraendolo alla manifestazione di volontà delle parti. Altre caratteristiche del sistema furono: il rimpiazzamento dell'indennità in rendita con quella in capitale, l'adozione di prestazioni mediche chirurgiche in termini ampliati rispetto al passato in cui erano circoscritte al soccorso immediato dell'incidentato e l'adattamento della controversia alle norme moderatrici dei contenziosi individuali di lavoro. La legge 1935 ha una natura fortemente pubblicistica in quanto lo Stato delegò all'Istituto unico la funzione di gestione assicurativa contro le malattie professionali e gli infortuni e dell'automatismo che governò il rapporto giuridico assicurativo e la copertura del rischio. Essa considerò inoltre indipendenti fra loro i doveri e le prestazioni del datore di lavoro e i diritti del lavoratore infortunato. L'insieme di tali doveri e diritti non furono, come in precedenza, determinati all'interno di polizze o clausole di contratti, le quali, sebbene fossero formulate prendendo come riferimento disposizioni di regolamento e di legge, avevano conferito all'assicurazione modalità e caratteristiche proprie dell'assicurazione privata. Con il nuovo sistema la polizza assicurativa venne soppressa e la regolamentazione dei rapporti fu subordinata a

norme di legge e regolamento, con l'indicazione di limiti, condizioni e modalità per il conseguimento di diritti o per l'adempimento di doveri. Come già detto quindi a norma dell'art. 3 della legge del 1935, alle tecnopatie presenti nella tabella allegata alla legge fu riconosciuto lo stesso trattamento giuridico delle malattie professionali, nel caso in cui fossero state contratte nel medesimo esercizio e causate dalle lavorazioni comprese nella tabella e per cui quindi vi fosse l'obbligo di assicurazione contro gli infortuni. Le tecnopatie<sup>13</sup> in esame furono sei: l'intossicazione da mercurio, piombo, solfuro di carbonio, fosforo, da benzolo e l'anchilostomiasi, un'infezione causata da parassiti. Si diffuse quindi un processo di individualizzazione delle malattie professionali che si concretizzò nelle linee direttive della tabella, ad evidenziare quindi un rapporto più profondo con la lavorazione rispetto a quello che si creava nell'infortunio. Non veniva considerata la violenza come requisito per l'alterazione e la degenerazione che intacca lentamente i tessuti e gli organi per un periodo variabile ma difficilmente determinabile. Quest'ultima difficoltà è dovuta al fatto che le varie fasi non sono facilmente accertabili dal datore di lavoro e di frequente nemmeno dal medico, ribadendo così una delle caratteristiche differenziali di maggior rilevanza tra malattia professionale e infortunio, ovvero tra causalità diluita per la prima e causa violenta per l'infortunio.

E' facile sottolineare che nel momento in cui si prendono in considerazione l'insieme di malattie prodotte nei moderni processi lavorativi, l'evoluzione della tecnica e la varietà dei sistemi produttivi che portano all'utilizzo di nuove sostanze o nuove materie prime, la tutela assicurativa della legge del 1935 appare limitata in quanto si riferisce ad un settore troppo ristretto, quale quello della patologia del lavoro. Per quanto riguarda la malattia professionale, ed il connesso rischio, non c'è stata un'indagine giuridica approfondita<sup>14</sup>. Per questo molti Paesi del mondo

---

13) Tutte queste malattie vennero ammesse alla tutela di legge per far sì che fossero comprese nelle lavorazioni della tabella entro un tempo limite di un anno, per tutte le intossicazioni, dal termine del lavoro prestato, di un biennio per il fosforismo e sei mesi per l'anchilostomiasi. Morinello Aldo: *La tutela del lavoratore contro le malattie professionali in Italia e negli altri paesi mec*, Milano, Dott. A. Giuffrè, 1963.

14) L'analisi viene effettuata dal tecnico che considera la mancanza o la presenza di sintomi, l'arco

hanno dovuto creare una lista delle tecnopatie da tutelare.

## LA LEGGE DEL 1952

Con la legge 15 novembre 1952, n. 1967, la branca delle malattie professionali ha raggiunto l'apice del completamento, con la dilatazione della tutela assicurativa ad una quarantina di malattie professionali dalle sei che erano nel 1935, comprese l'asbestosi e la silicosi che sono regolate da norme speciali. Tale estensione è tuttavia molto maggiore del rapporto sei a quaranta in quanto molte delle malattie comprese nella nuova tabella racchiudono, oltre alla tecnopatia determinata dalla sostanza base anche quella proveniente dai derivati o composti, dagli omologhi o dalle sostanze affini. La portata di tale ampliamento è riconosciuta universalmente perchè se da un lato i sintomi delle tecnopatie più conosciute sono ben noti a tutti, i rischi patogeni mutano continuamente e la loro evoluzione è legata proporzionalmente a quella dell'industria. I rischi evolvono con l'evolvere della tecnica e continuamente nascono nuovi derivati e composti dalle sostanze base. E' importante evidenziare che la tabella non sottolinea nello specifico le manifestazioni coperte dalla tutela assicurativa in modo tale che questa comprenda tutte quelle possibili, estendendo così i benefici dell'assicurazione il più possibile. Essa inoltre non indica che lavorazioni sono soggette all'obbligo assicurativo in quanto allo stesso modo così facendo le comprende tutte anche quelle complementari e accessorie alla principale. Non esiste quindi probabilmente un settore industriale che sia privo di rischi professionali compresi nella tabella. Della suddetta legge bisogna quindi sottolineare che: il numero di malattie aggiunte non può essere considerato in sé in quanto all'ampiezza raggiunta dalla tutela assicurativa il numero di quaranta non fa giustizia, in ogni voce infatti vengono racchiuse un numero variabile e più elevato di cause lesive.

---

temporale in cui il soggetto ha lavorato nei reparti a rischio e l'influenza di altri fattori che possano essere legati all'evento per poi indentificare il male come tecnopatia o come generico. Morinello Aldo: *La tutela del lavoratore contro le malattie professionali in Italia e negli altri paesi mec*, Milano, Dott. A. Giuffrè, 1963.



Le manifestazioni risarcibili non sono più elencate nelle tabelle e inoltre viene sostituito il termine intossicazione con quello di malattia per indicare l'insieme delle sindromi morbose indennizzabili e perchè alcune delle nuove tecnopatie, non venivano definite di origine tossica e perchè si volle estendere i benefici assicurativi anche a quelle lesioni che non venivano ricomprese tra le intossicazioni. Si conserva la clausola<sup>15</sup> limitante delle conseguenze delle malattie assicurate. Viene sostituita la tradizionale elencazione delle lavorazioni con una nozione più generica che comprende tutti i processi lavorativi, in cui il rischio può manifestarsi in molteplici modi, tutelando perciò, ogni lavoratore che fosse esposto alle azioni lesive delle cause prese in esame. Viene inoltre fissato per molte malattie un periodo di indennizzabilità più ampio rispetto alla data di cessazione del lavoro in quanto in molti casi le forme patologiche vengono diagnosticate, o si manifestano dopo un periodo più o meno lungo, quando perciò il periodo di indennizzabilità potrebbe essere scaduto, impedendo così al lavoratore di beneficiare dell'assicurazione. Attraverso tale provvedimento l'Italia ha fatto sì che la tutela assicurativa si adeguasse all'insieme di materie nocive utilizzate e prodotte nei nuovi sistemi di lavorazione, alla varietà dei sistemi produttivi e all'evoluzione tecnica che fa sì che si utilizzino sempre più nuove sostanze lesive della salute del lavoratore. Tuttavia anche la legge del 1952 non delinea una situazione ottimale in quanto un sistema perfetto dovrebbe incorporare prestazioni preventive in base al grado di pericolo perchè a differenza dell'infortunio in cui si è impotenti a fronte di eventi legati alla forza maggiore, al caso fortuito o alla colpa del lavoratore stesso, per quanto riguarda le malattie professionali la prevenzione può ridurre il problema assicurativo. Oltre a ciò bisogna sottolineare che le norme vigenti convalidano l'indennizzo soltanto per una menomazione della capacità lavorativa dell'individuo, al contrario bisognerebbe tener conto che una patologia non intacca solamente la capacità di prestare la propria opera, ma anche la sua personalità. L'ottimo sarebbe stato che

---

15) Questa viene utilizzata da molte legislazioni come un limitatore per impedire che molti casi venissero inseriti nell'ambito della tutela in esame da quello dell'assicurazione contro le malattie comuni. De Matteis Aldo: *Infortuni sul lavoro e malattie professionali*, Giuffrè editore, 2016.

non vi fosse un limite all'espansione della previdenza, e che quindi venissero tutelate tutte le malattie contratte dal lavoratore a causa delle operazioni svolte nelle lavorazioni in cui presta la propria opera. Un altro problema legato alla legge del 1952 è di ordine giuridico, ovvero essa non è retroattiva e dispone solo per l'avvenire quindi ciò che appartiene al passato non può essere soggetto a norme in precedenza non vigenti. Ne derivò che la rinnovata protezione sociale venne messa in atto solo per le malattie manifestatesi la prima volta successivamente rispetto l'entrata in vigore della legge, ovvero dal 27 dicembre 1952. A causa di tale difetto della disposizione solo le malattie appartenenti alla nuova tabella erano soggette alla nuova e maggiore protezione, ponendo sempre come condizione base la costanza di lavoro morbigeno. Per quello che riguarda le malattie manifestatesi prima dell'entrata in vigore della nuova tabella, venivano considerate indennizzabili se come tali venivano classificate dalla vecchia tabella. Si stabilì espressamente che l'ampliamento dell'assicurazione ad altre malattie o lavorazioni avesse valenza dalla data in cui il relativo provvedimento fosse entrato in vigore, salvo che non venisse stabilita una data differente. Quindi le nuove forme patologiche, comprese nella tabella legata alla legge in esame, furono protette solo nel caso in cui si manifestassero in seguito all'entrata in vigore della tabella, ogniqualvolta che da quel momento il lavoratore venisse impiegato in lavorazioni morbigeno. Da ciò ne consegue che i casi di ricaduta delle malattie contratte nell'esercizio o delle malattie tutelabili, furono meritevoli di protezione solamente quando la prima manifestazione fosse avvenuta dopo il 26 dicembre 1952, venendo classificata la ricaduta come un'alteriore manifestazione della medesima malattia, al contrario vennero protetti i casi di recidiva<sup>16</sup>.

Questo è l'atteggiamento che il nostro paese ha assunto nei confronti del settore

---

16) Quest'ultima si differenzia dalla ricaduta in quanto non prevede che l'individuo non sia guarito del tutto dalla malattia, si parla di recidiva infatti quando tutti i sintomi e le cause della malattia sono scomparsi, ma la causa determinata torna ad essere viva e degenera nella nuova evoluzione e decorso della malattia. Si parla invece di ricaduta quando il soggetto non è guarito del tutto e si rimanifestano i sintomi morbosi. In conclusione quindi non tutte le malattie che si ripetono sono classificabili come ricadute. Morinello Aldo: *La tutela del lavoratore contro le malattie professionali in Italia e negli altri paesi mec*, Milano, Dott. A. Giuffrè, 1963.

industriale, definibile come avanguardistico per quanto riguarda la protezione sociale dei lavoratori dal rischio di malattia professionale, un decennio più tardi si diffuse la consapevolezza di estendere la suddetta protezione anche al settore agricolo.

## **LE MALATTIE PROFESSIONALI IN AGRICOLTURA, LA LEGGE DEL 1958**

E' proprio grazie alla legge del 21 marzo 1958, n. 313, che, nel settore agricolo, non esiste più alcuna lacuna in materia di protezione delle malattie professionali. L'arretratezza che caratterizzava la tutela nel settore agricolo fino a questo punto si palesa attraverso un esempio: l'anchilostomiasi venne infatti considerata nell'immaginario collettivo come una malattia professionale propria dei lavoratori operanti nell'industria, quando in realtà, si manifestava molto più facilmente in coloro che entravano in contatto con la terra umida, e quindi tipica di chi lavorava in campagna. Tale legge trova fondamento, oltre che in sollecitazioni sociali di un certo rilievo, anche nella legge del 1952, grazie alla quale, venne ampliata notevolmente la tutela contro le malattie professionali per quanto riguarda il settore industriale, facendo così apparire con maggior evidenza la differenza di protezione che intercorre tra i due settori, quello agricolo e industriale. Inoltre con il tempo si erano sviluppate nuove conoscenze in materia di patologie professionali agricole, le quali erano ormai entrate a far parte del patrimonio della scienza, a ciò va aggiunto che i processi di lavorazione agricoli tendevano sempre più ad impiegare prodotti chimici ad azione nociva. Pur tenendo conto di tali considerazioni, il legislatore ha deciso che l'assicurazione dovesse essere inizialmente limitata ad una cerchia ristretta di malattie, tra le più note e diffuse o per le quali fosse più immediato e meno incerto identificare il nesso causale professionale. Tali malattie sono rappresentate da una infestazione, ovvero l'anchilosomiasi, e da varie tossicosi. Il numero delle malattie inizialmente tutelate era poco perchè la maggior parte delle malattie di agevole manifestazione in ambito agricolo sono per forza di legge considerate come infortuni sul lavoro,

sulla base del principio che identifica la causa violenta con la causa virulenta. Perciò il legislatore ha deciso di non sovvertire il suddetto orientamento anche per non pregiudicare la sua applicazione nell'ambito industriale e lasciare così prive di tutela le malattie comprese nell'assicurazione contro gli infortuni. Non sono state inoltre incluse nella lista una serie di malattie infettive e trasmissibili egualmente diffuse tra gli agricoltori, per via della difficoltà di accertamento del nesso causale in campo agricolo. Questi sono i motivi per cui l'assicurazione contro le malattie professionali venne limitata a quelle scatenanti da agenti biologici, quali l'anchilostomiasi, per il fatto che quest'ultima non richiama a se il principio della causa virulenta, per la quale viene ritenuta necessaria l'infiltrazione ripetuta di parassiti nell'organismo, ma quello della causa lenta da cui origina la malattia. In virtù di tali considerazioni è stata allegata alla legge, la tabella delle malattie professionali in ambito agricolo nella quale vennero esplicitate: le lavorazioni soggette, la causa del rischio e periodo massimo entro il quale era possibile ottenere il risarcimento dalla data di cessazione dell'attività lavorativa. La legge del 1958 è composta da tre articoli<sup>17</sup>.

---

17) Il primo prevede che vengano aggiunti una serie di commi all'art. 3 del decreto-legge 23 agosto 1917, n. 1450, il quale trattava di assicurazione obbligatoria contro gli infortuni sul lavoro in campo agricolo, l'articolo viene impreziosito quindi dalla considerazione che l'assicurazione comprende anche le malattie professionali, specificate nella tabella allegata alla legge, che vengano contratte a causa delle lavorazioni specificate nella suddetta tabella e durante l'esercizio ed in quanto queste rientrino tra quelle previste dall'articolo. Per le sopracitate malattie professionali vengono applicate le norme proprie degli infortuni sul lavoro in agricoltura.

Il secondo articolo fa sì che il Governo della Repubblica sia autorizzato a promulgare una serie di norme atte a stabilire il limite di indennizzabilità, le modalità e i termini propri della denuncia, il periodo di carenza, l'esercizio del diritto di revisione, le prestazioni sanitarie, la decorrenza del pagamento dell'indennità e la prescrizione e la decadenza, nonché altre disposizioni di attuazione della legge e di coordinamento con le varie leggi statali.

L'ultimo articolo, il terzo, delega al Governo della Repubblica l'emanazione di disposizioni incentrate sull'igiene e la profilassi dell'anchilostomiasi e le coordina con le disposizioni della presente legge. Le suddette norme devono comprendere: il trattamento di bonifica degli infestati, l'accertamento diagnostico e l'educazione sanitaria della popolazione. Inoltre per le stesse motivazioni valide per il settore industriale il legislatore ha deciso di utilizzare, al posto di intossicazioni, il termine malattie professionali, di evitare di stabilire le manifestazioni morbose

E' stata invece posta più attenzione alle lavorazioni rischiose per via della difficoltà nel delimitare l'occasione di lavoro all'interno del ramo della lavorazione agricola. Concludo precisando che è un bene che molte delle malattie tipiche dei lavoratori agricoli siano state assorbite dalla tutela contro gli infortuni sul lavoro, in quanto vanno in contro ad una notevole e ampia assistenza. La chiara conseguenza della legge del 21 marzo del 1958 fu l'emanazione da parte del Governo della Repubblica, nel 30 aprile 1959, di norme in grado attuare la suddetta legge e quindi idonee a estendere all'agricoltura la tutela contro le malattie professionali comprese nella tabella allegata alla legge. Esse trattano le modalità della denuncia, le prestazioni economiche, sanitarie e il regolamento di alcuni aspetti della tutela. Vengono richiamate in particolare le disposizioni proprie degli infortuni sul lavoro in campo agricolo e industriale in quanto non in contrasto tra loro, perchè per gli infortuni agricoli, valgono quelle vigenti per gli infortuni industriali e perchè il R.D. 1935, n.1765 prevede la tutela assicurativa contro le malattie professionali che solamente ora interessa il settore agricolo.

## **TESTO UNICO, GIUGNO 1965**

Il Testo Unico è fortemente connesso alla legge del 1963, n. 15<sup>18</sup>. Con la legge del 1963 sono stati raggiunti una serie di obiettivi, in particolare dove ci si augurava una maggiore applicazione nel campo della tutela infortunistica, si intervenì ampliando le lavorazioni protette e il termine di persona assicurata. Dove si chiedeva che venisse concessa una remunerazione anche nei periodi di inabilità

---

meritevoli di indennizzo e di mantenere limitate le conseguenze dirette. Morinello Aldo: *La tutela del lavoratore contro le malattie professionali in Italia e negli altri paesi mec*, Milano, Dott. A. Giuffrè, 1963.

18) Essa ha apportato miglioramenti notevoli al trattamento economico proprio dei lavoratori dell'agricoltura e dell'industria, sotto due profili: quello giuridico, essendo stato emanato per mezzo della delega compresa nell'articolo 30, e quello sostanziale, in quanto esprime le decisioni legislative ospitate nel suddetto provvedimento in sede di delega. Ludovico: *Tutela previdenziale per gli infortuni sul lavoro e le malattie professionali e responsabilità civile del datore di lavoro*, Milano, 2012.

temporanea, venne sancito l'obbligo per i datori di concedere una retribuzione menomata nel suddetto periodo. Laddove ci si augurava uno sviluppo delle prestazioni in rendita, vi si provvide tramite la nascita di un sistema di periodica riliquidazione e rivalutazione delle rendite, allineando contemporaneamente le rendite con lo stesso metro salariale, indipendentemente dalla data dell'infortunio. Infine si intervenì con varie iniziative per una migliore attività rieducativa e riqualificativa in ambito professionale degli invalidi del lavoro. Tali direttive palesavano l'esigenza di un coordinamento testuale e di revisione di vari aspetti della tutela infortunistica, a tal proposito intervenne il T.U. 1965, con cui vennero confermati vari principi della precedente normativa e ne vennero sviluppati altri soprattutto per quanto riguarda le prestazioni. Le innovazioni realizzate non sono da analizzare in relazione alla disciplina assicurativa privata ma mediante l'essenza stessa del processo assicurativo e vanno valutate come espressioni di quest'ultimo, proprie del ramo pubblicistico e fondamentali per rispondere alle esigenze di tutela previdenziale e garanzia. E' proprio in relazione a tali esigenze che si è ottenuto un perfezionamento nell'assicurazione per quanto concerne la sua funzionalità indennitaria. Si ha quindi un'evoluzione dell'assicurazione sociale di tipo pubblicistico. Al risarcimento meramente economico sono state aggiunte le cure chirurgiche e mediche<sup>19</sup>. L'intera normativa sembra proprio essere finalizzata a quest'ultima questione: il T.U. oltre a confermare le disposizioni vigenti in materia, amplia i compiti dell'Istituto in materia di cure mediche e chirurgiche, l'articolo 54 del 1937 viene infatti sostituito dal 92, in virtù del quale l'Istituto deve operarsi per quanto riguarda i soccorsi d'urgenza laddove in precedenza era il datore di lavoro che doveva occuparsene, il suo ruolo rimane comunque presente nel caso in cui l'Istituto non possa intervenire. Al fine di garantire in ogni caso un pronto soccorso in caso di infortunio. Un'importante trasformazione è avvenuta anche per le prestazioni economiche. Se come ho già detto il sistema della rendita è migliorato con l'adattamento periodico delle rendite alle variazioni dei livelli

19) Nei confronti di quest'ultime si era sviluppata l'idea che guarire dalle lesioni non era più sufficiente, sono nate così una serie di strutture terapeutiche e rieducative finalizzate al recupero degli infortunati. De Matteis Aldo: *Infortuni sul lavoro e malattie professionali*, Giuffrè editore, 2016.

salariali, il T.U. ha ampliato ulteriormente la tutela perchè la composizione familiare viene ora rilevata, ai fini della prestazione, senza tener conto della data di nascita dei figli e della data di matrimonio del soggetto infortunato. Il T.U. si è concentrato inoltre sulle prestazioni di servizio sociale e assistenziali generalizzando quest'ultime e sviluppando maggiormente le prestazioni volte alla riqualificazione, rieducazione e addestramento professionale degli invalidi del lavoro. Infine esso tende a limitare la discrezionalità propria dell'Istituto assicuratore quando esercita il suo compito istituzionale, ad esempio per quello che riguarda le rendite provvisorie o le cure utili al recupero della capacità lavorativa. In questa sede non è comunque possibile enucleare in maniera approfondita tutti i campi di applicazione del T.U. è bene però sottolineare le trattazioni di maggior rilievo di cui ho parlato e che si articola in quattro titoli<sup>20</sup>.

---

20) Il primo disciplina l'assicurazione obbligatoria nel settore industriale, il secondo disciplina l'assicurazione obbligatoria nel settore agricolo, il terzo titolo invece si occupa dell'assicurazione contro gli infortuni e le malattie professionali di chi si imbarca in navi straniere e l'ultimo titolo contiene invece particolari disposizioni per speciali categorie di soggetti e disposizioni finali. De Matteis Aldo: *Infortuni sul lavoro e malattie professionali*, Giuffrè editore, 2016.

# **LE MALATTIE PROFESSIONALI**

## **DIFFERENZA TRA INFORTUNIO SUL LAVORO E MALATTIA PROFESSIONALE**

Fino ad ora nel tracciare il profilo evolutivo della tutela contro le malattie professionali e di infortuni sul lavoro non mi sono soffermato nello specificare la differenza che intercorre tra questi due termini e perchè vengono quindi regolati da norme e disposizioni differenti. L'errore comune che si compie nel trattare suddetti argomenti è quello di associare le due terminologie solo per il fatto che all'interno dei manuali vengono trattati congiuntamente nell'ambito dell'assicurazione, il pericolo è quello infatti di non riconoscerne la distinzione dopo che ve ne sia sentito parlare nell'ambito della stessa tematica e pensando magari che si tratti di due sinonimi atti ad esprimere il medesimo concetto. D'altronde il Borri afferma che: “ giudicando solamente in base a criteri medici e tenendo conto unicamente del dato eziologico, non si rileva sostanzialmente differenza tra le due figure, poiché ogni forma morbosa e le conseguenze di essa per la persona fisica e la capacità lavorativa del lavoratore possono diventare un infortunio o una malattia professionale”. Quindi nonostante entrambi siano trattati congiuntamente si distinguono per differenze sostanziali e richiedono differenti procedure di denuncia all'Inail. Il nostro ordinamento prevede un sistema di assicurazione sociale obbligatoria atta a tutelare in caso di malattia professionale o infortunio sul lavoro. Essa in particolare garantisce ai lavoratori: prestazioni economiche e sanitarie inerenti le cure immediate e forniture di protesi. La suddetta assicurazione viene gestita dall'Inail, Istituto Nazionale per l'Assicurazione contro gli infortuni sul lavoro, ovvero l'ente che si occupa di ricevere le denunce degli infortuni e i relativi certificati medici e che si occupa di erogare le indennità. L'Inail come già detto si occupa quindi sia della tutela degli infortuni sul lavoro che di quella delle malattie professionali. Gli infortuni sul lavoro sono classificati come l'insieme delle lesioni subite durante la prestazione



dell'attività lavorativa per via di una causa violenta, questa solitamente provoca danni fisici o psichici che impediscono al lavoratore di continuare a prestare la propria opera per un periodo più o meno lungo o che ne causano la morte. Va sottolineato che anche nel caso in cui l'infortunio avvenisse a causa della negligenza del lavoratore, questo avrebbe diritto alla copertura assicurativa offerta dall'Inail. Un'altra tipologia di infortunio che viene riconosciuta è quella in itinere, ovvero quando l'infortunio colpisce il lavoratore durante il tragitto dal lavoro a casa o viceversa e durante le trasferte lavorative. Quando l'incidente avviene durante una deviazione o una sosta lungo il percorso standard, bisogna dimostrare che esse siano dovute a cause improrogabili e di forza maggiore o all'adempimento di obblighi rilevanti penalmente. L'infortunio sul lavoro si caratterizza quindi per: una causa violenta, una lesione e un'occasione di lavoro. La malattia professionale invece non viene determinata da una causa violenta che si abbatte immediatamente sul lavoratore, essa è strettamente legata alla professione e al suo operato, il fattore scatenante la causa quindi agisce per gradi e con tempistiche più o meno prolungate. Ne sono alcuni esempi la nascita di un tumore dovuto all'utilizzo di particolari materiali nocivi o la sordità causata dall'esposizione prolungata in un ambiente cacofonico. Il meccanismo di tutela prevede che si dimostri il nesso causale tra la malattia professionale e le attività lavorative considerate nocive. Da tale legame vengono distinte le malattie professionali in tabellate e non tabellate<sup>21</sup>. Nel caso di infortuni sul lavoro, il lavoratore deve avvisare in modo tempestivo il datore, mentre la denuncia all'Inail viene effettuata per infortuni non guaribili entro tre giorni. Per quanto riguarda gli infortuni con prognosi è necessario recapitare la comunicazione di infortunio. Se il lavoratore è stato ricoverato in clinica o in ospedale il certificato verrà inviato al datore di lavoro e all'Inail dalle varie strutture. Se si tratta di malattia lavorativa, piuttosto, egli deve consegnare il certificato medico al datore entro quindici giorni dalla manifestazione dei sintomi della tecnopatìa. In questo caso il datore avrà

21) Nel primo caso il lavoratore non deve dimostrare l'origine professionale della tecnopatìa, in caso invece di malattia non tabellata, egli può dimostrare l'origine professionale della tecnopatìa al fine di beneficiare della tutela dell'Inail. De Matteis Aldo: *Infortuni sul lavoro e malattie professionali*, Giuffrè editore, 2016.

l'obbligo di inviare la denuncia all'Inail entro cinque giorni dalla ricezione del certificato. Quindi per riassumere troviamo per gli infortuni sul lavoro una causa violenta, una lesione e un'occasione di lavoro dalle quali scaturisce il danno fisico o psicologico alle spese del lavoratore. Per le malattie professionali invece abbiamo: le condizioni lavorative, i rischi associati a queste ultime e l'insieme di sollecitazioni che il nostro organismo subisce nell'arco della giornata lavorativa che danno vita alla patologia. Ancora oggi quello delle malattie professionali risulta un fenomeno molto più complesso rispetto a quello infortunistico non solo per la separazione temporale fra il momento in cui si viene esposti al rischio e quello in cui si manifesta la malattia ma anche per l'oggettiva difficoltà nell'individuare, fra le possibili cause della nascita e peggioramento della malattia, quelle che sono legate all'attività lavorativa compiuta o al contesto lavorativo. Inoltre manca un sistema che permetta di diffondere tra i professionisti i risultati in tempo reale della ricerca scientifica, in quanto solitamente chi si approccia alla tecnopatia è il medico generale, che spesso non è in grado di formulare una diagnosi attendibile. Sono tutte mancanze<sup>22</sup> che si riflettono sulla prevenzione.

## MALATTIE TABELLATE

La tutela assicurativa contro le tecnopatie prima della sentenza del 1988 era limitata a quelle incluse nelle liste, una per l'agricoltura e una per l'industria, ammesso che si originassero nel corso dell'esercizio e per via delle lavorazioni comprese nelle stesse liste, nel caso in cui queste rientrassero tra quelle tutelate

---

22) Tuttavia è stato inventato un modo finalizzato ad attenuare tali mancanze conoscitive, sono stati predisposti dei protocolli diagnostici relativi ad alcune malattie. Questi forniscono al medico generale informazioni e dati relativi la base eziologica ed epidemiologica della malattia oltre a delle linee guida da utilizzare nell'elaborazione della diagnosi. Sempre su questo piano viene realizzato, per mezzo dell'art. 10 D.L. 23 febbraio 2000 n. 38, il registro delle malattie determinate dal lavoro o a questo legate, che permette di uniformare le fonti informative relative i rischi da lavoro e le tecnopatie che derivano da quest'ultimo. De Matteis Aldo: *Infortuni sul lavoro e malattie professionali*, Giuffrè editore, 2016.

dall'assicurazione contro infortuni. Attraverso il sistema della lista, il legislatore aveva tentato di eliminare il problema di definire la malattia professionale. La lista si esplica in un elenco di malattie per le quali è stata accertata la natura professionale dal medico-legale e in un'insieme di lavorazioni patogene, capaci di originare determinate malattie ai danni di chi vi sia addetto. Perciò il lavoratore che è affetto da una di esse non deve dimostrare che la causa del malanno sia la lavorazione, a differenza dell'infortunio, ma solo di aver prestato la propria opera in quell'attività morbigena. Tale nesso, fra la lavorazione e malattia, è presunto, ovvero può essere vinto dall'INAIL, solo attraverso la dimostrazione inconvertibile e rigorosa della relazione della tecnopatia con fattori estranei all'attività lavorativa. La lista contiene l'indice di 58 tecnopatie, di tutte le attività lavorative da cui può scaturire il rischio di contrarre le tecnopatie e dei periodi massimi di indennizzabilità dalla data in cui si cessa di prestare la propria opera nelle lavorazioni interessate. Tale tabella venne integrata e modificata con il D.P.R. 9 giugno 1975, n. 482 e in seguito con il D.P.R. 13 aprile 1994, n. 336, tuttavia già prima di quello del 1975 si era diffusa l'idea che la lista chiusa era troppo antiquata e si pensava già ad un sistema misto, che prevedesse di tutelare il lavoratore non solo per le malattie integrate nella lista, ma anche per quelle non previste delle quali quest'ultimo fosse in grado di provare l'origine professionale. A tal proposito si era già pronunciata la Corte costituzionale con la sentenza n. 206 4 luglio 1974, con la quale veniva suggerita oltre alla legittimità costituzionale del sistema tabellare anche la possibilità per il lavoratore di provare l'eziologia professionale di una qualunque malattia non integrata nelle tabelle. Il suggerimento della Corte costituzionale non venne tuttavia ascoltato ed è così che con il D.P.R. del 1975 venne ribadito il concetto di lista chiusa, sostituite alcune tabelle allegate al T.U. del 65 e aumentato il numero di tecnopatie soggette a protezione. Il problema si ripresentò quando si pronunciò di nuovo la Costituzione con la sentenza n. 179 del 1988 che venne comparata immediatamente con la precedente del 74, tale comparazione si fondava su l'equilibrio tra volontà di verificare l'eziologia professionale in un'area limitata, e l'interesse ad ampliare quest'ultima. Il risultato di quest'analisi ha portato la Corte costituzionale ad

affermare che il rapporto di rilevanza fra gli interessi sopracitati è stato alterato. Infatti l'interesse all'accertamento eziologico si è ridotto a favore di quello per l'ampliamento dell'area eziologica. In pratica è stato scelto di abbandonare il sistema tabellare chiuso a favore di uno misto a lista aperta. Tale sistema è in contrasto con l'art. 38 della Costituzione, in quanto non consente di effettuare un'indagine sull'eziologia professionale delle malattie. In seguito venne dichiarata l'illegittimità costituzionale dell'art. 3 T.U. dove non si presumesse che, anche le malattie non comprese nella tabella, determinate da una lavorazione specifica o da un agente patogeno precisato nelle medesime tabelle, dovessero avere un'assicurazione obbligatoria, a patto che venisse comunque provata la causa di lavoro. Quindi è bene precisare che gli emendamenti di illegittimità costituzionale avevano effetti anche retroattivi nei confronti di quelle situazioni verificatesi nei periodi in cui la norma incostituzionale era vigente. Perciò ora il lavoratore che fosse in grado di provare l'origine professionale di una malattia, che in precedenza non avrebbe meritato il diritto ad essere tutelata, poteva ricevere il risarcimento, sia nel caso in cui questa fosse stata denunciata in passato all'INAIL sia nel caso in cui non fosse stato fatto. Il T.U. infortunistico ha subito una forte scossa con la sentenza n. 179 del 1988<sup>23</sup>. E' stato disposto in seguito che la suddetta disciplina deve essere applicata sia per le malattie non tabellate che per quelle tabellate ma denunciate successivamente la scadenza del termine limite nell'ipotesi in cui: la denuncia venga effettuata oltre il 25 febbraio 1988, prima del 25 febbraio 1988 e non definiti a tale data perchè sono in atto controversie giudiziarie o amministrative o sia in corso la relativa istruttoria e il caso in cui la denuncia sia effettuata precedentemente al 25 febbraio 1988 e i casi in esame non siano ancora

---

23) Per la quale per le lavorazioni tabellate e malattie già comprese nella tabella rimane in vigore la precedente normativa, per le lavorazioni tabellate che determinano malattie comprese nella tabella ma che non vengono denunciate entro i termini indennizzabili, il lavoratore beneficia della presunzione legale del sistema tabellare se prova che la malattia si è manifestata entro il termine di indennizzo, altrimenti spetta al lavoratore dimostrare l'eziologia professionale della malattia. Per le malattie che non sono comprese nelle tabelle è comunque prevista la tutela se, il lavoratore ne dimostri, la natura professionale. Giubboni-Ludovico-Rossi, *infortuni sul lavoro e malattie professionali*, Padova, 2014.

colpiti, nella medesima data, dalla prescrizione ex art. 112. Bisogna ricordarsi tuttavia che l'intervento della sentenza del 1988 non ha eclissato il sistema tabellare, ma ha solamente esteso, con l'introduzione del sistema misto, l'ambito di tutela delle malattie professionali permettendo il risarcimento in caso di malattie non considerate nella tabella, sempre a condizione che il lavoratore desse prova della natura professionale di queste. Rimane quindi saldo l'interesse del soggetto a far verificare che sia la malattia che la lavorazione incriminata rientri nelle tabelle, quantomeno per evitare l'onere della prova. Dopo la sentenza del 1988 l'INAIL ha affidato ad una commissione di esperti l'incarico di approfondire una serie di tematiche legate alla nozione di malattia professionale. Quest'ultima ha confermato che esiste un'unica nozione di malattia professionale, tabellata o meno, e ha individuato le caratteristiche del rischio specifico derivante dalle lavorazioni. Ha ritenuto inoltre che il rapporto causale dovesse essere efficiente e diretto al fine di evitare che ricadano all'interno della tutela assicurativa altri casi ricollegabili ad altro tipo di tutela, ad esempio per malattia comune, invalidità da causa di servizio o invalidità pensionabile. Per quanto riguarda la prova degli elementi del rapporto causale, ha deciso che assumesse connotazioni diverse a seconda che si tratti di malattia professionale tabellata o meno: per la prima parliamo di presunzione legale, mentre per quella non tabellata vi è l'onere della prova a carico del lavoratore. Dal lavoro effettuato dalla Commissione è possibile desumere alcune interpretazioni. L'importanza che la Commissione ha attribuito alla caratteristica di unicità della nozione di malattia professionale permette di rimarcare i criteri di base su cui si fonda la malattia professionale, i presupposti per essere tutelati rimangono comunque la qualifica di soggetto assicurato e l'esercizio di una delle lavorazioni incriminate. E' inoltre fondamentale il rapporto causale tra malattia e attività lavorativa svolta, di tipo efficiente e diretto con il rischio lavorativo. Tutto ciò non sta a significare che nella generazione della tecnopatologia non possano avere avuto un ruolo anche altre cause non strettamente legate all'opera prestata, ma è importante che queste non siano state le sole determinanti dell'evento dannoso. Il problema nasce quindi solo per le malattie che hanno un'origine multifattoriale, per le quali deve essere riconosciuto il

lavoro come fattore determinante e eziologico a produrre il danno. L'accertamento del rischio è così importante nell'assicurazione contro le malattie professionali perchè la qualifica ed è un fattore di diversificazione rispetto alle altre forme previdenziali. In materia di malattie non tabellate la Commissione ha rilevato che la prova è valida se si verifica l'esistenza della malattia, se si prova l'esercizio di una delle lavorazioni comprese in specifici articoli del T.U. (1, 206, 207, 208), e se si da prova di essere esposti al rischio specifico derivante dalle mansioni svolte e dalle condizioni lavorative. Infine per quanto riguarda l'accertamento della natura professionale di una malattia, la Commissione ha facilitato tale compito suggerendo una serie di volumi che si configurano come vere e proprie guide finalizzate a razionalizzare e schematizzare le indagini relative la diagnosi sopracitata. E' a questo punto, nel 1994, che viene approvata la nuova tabella delle malattie professionali nell'industria con il D.P.R. n. 336<sup>24</sup>. La nuova tabella viene definita dall'INAIL come espressione dei progressi in ambito epidemiologico, medico e tecnico per quanto riguarda le tecnologie produttive sempre in tema di tossicità del lavoro. L'Istituto assicuratore definisce la tutela del rischio di malattie professionali come esteso e migliorato tramite l'inserimento di lavorazioni non prese in precedenza in considerazione, e allo stesso tempo razionalizzato, avendo cioè eliminato alcune lavorazioni, quando non più in linea con l'evoluzione scientifica e tecnologica. E' tornato quindi equilibrio nel sistema in quanto alla

---

24) Va precisato che per quanto attiene al suddetto decreto, i suoi effetti si applicano ai casi denunciati successivamente la sua entrata in vigore, pertanto, nel caso in cui fossero già state presentate denunce per casistiche comprese nell'antecedente sistema tabellare e non nel nuovo, vale per queste ultime la normativa vigente nel momento in cui la domanda venne presentata. Nei casi in cui la denuncia, presentata prima dell'entrata in vigore del nuovo decreto, sia relativa a circostanze non comprese nel sistema tabellare precedente e previste invece dal nuovo, se è in corso di istruttoria, viene applicata la normativa del 1994 che ha effetto dal momento in cui entra in vigore, mentre è scontato che per i casi già indennizzabili al termine dell'istruttoria ai sensi della sentenza dell'88, le prestazioni vengono concesse dalla data della domanda. Se invece la denuncia non è andata a buon fine perchè qualificata in modo negativo, il caso può venire riesaminato, su richiesta dell'interessato, in virtù della rinnovata normativa che ha effetto dalla sua entrata in vigore, salvo i casi che sono soggetti a prescrizione o relativi a sentenze passate in giudicato. Giubboni-Ludovico-Rossi, *infortuni sul lavoro e malattie professionali*, Padova, 2014.

tutela delle malattie non incluse nella tabella viene affidato un ruolo sussidiario nei confronti della tutela di quelle comprese nella tabella, preservata da varie garanzie proprie dell'assicurato. Va sottolineato che il nuovo sistema tabellare è molto allineato con la legislazione comunitaria. Esistono infatti poche differenze con l'elenco europeo delle tecnopatie del 1990, salvo che per le malattie parassitarie e infettive, le quali vengono tutelate nel sistema sottoforma di infortuni sul lavoro.

## **MALATTIE PROFESSIONALI NON TABELLATE**

Nelle malattie professionali non tabellate, l'onere della prova della causa di lavoro grava sul lavoratore. A tal proposito la Corte di Cassazione ha stabilito che il giudice deve permettere al soggetto assicurato di presentare le prove di cui dispone e deve valutare il nesso causale relativo l'esposizione del lavoratore ai vari fattori di rischio. In seguito all'entrata in vigore del D.P.R. n. 336 del 1994, che sancì la nascita delle nuove tabelle e la loro estensione, la gamma di malattie non tabellate per cui era previsto l'esame da parte della Direzione generale si era ridotto a ipocausie derivanti da lavorazioni non tabellate, a malattie dovute a posture scorrette e a microtraumi ripetuti. Tenendo conto di tali considerazioni, con una circolare nel 1997, l'Istituto assicuratore stabilì una procedura che rendeva obbligatorio l'esame delle Direzioni regionali sui singoli casi prima che venissero definiti in modo positivo dalle Sedi. In seguito tuttavia con la circolare n. 70 del 2001, l'INAIL ha deciso di trasformare il processo di trattazione delle malattie professionali non tabellate, rilegandolo nell'ambito dell'assetto organizzativo del medesimo Istituto. È stato stabilito quindi che, le pratiche relative malattie non tabellate vengano definite in Sede, senza che venga svolto un esame preliminare e venga dato un giudizio dalla Direzione regionale. È stata fatta eccezione per alcune patologie per le quali rimane la necessità di un'analisi preliminare a livello regionale e centrale. Oltre alle pratiche delle tecnopatie non

tabellate sono stati messi in discussione anche i rapporti tra CON.T.A.R.P.<sup>25</sup>, ovvero la Consulenza Tecnica Accertamento Rischi e Prevenzione, e Sedi, al fine di verificare l'attualità dell'esame e del parere tecnico sui singoli casi e per precisare la tipologia del contributo che le CON.T.A.R.P. devono alla diagnosi medica-legale. A tal proposito l'Istituto assicuratore ha deciso di richiamare vari principi che trovano riscontro nella giurisprudenza di merito: il concetto assicurativo di malattia professionale, tabellata o meno, si caratterizza per l'esistenza di una causante insita nell'attività lavorativa svolta ma non preclude il fatto che possano interferire anche altri fattori extralavorativi nella formazione della tecnopatia. La qualificazione di una malattia, tabellata o meno, come professionale è rimandata esclusivamente al giudizio del medico-legale. Quest'ultimo tuttavia non può essere assoggettato limitatamente a indicatori statistici di rischio o a valori limite, in quanto egli deve considerare la peculiare reazione del soggetto in esame alla causa nociva. Inoltre il sistema previdenziale rimane distinto da quello assicurativo previdenziale proprio delle tecnopatie, ciò comporta che se da un lato le aziende sono costrette a rispettare determinati canoni preventivi dall'altro questi ultimi non devono condizionare l'analisi medico-legale relativa lo stato di salute del lavoratore sebbene il datore abbia assunto tutte le misure prevenzionistiche del caso. Per concludere con l'elencazione di tali principi è necessario sottolineare che in materia di sistema tabellare, la prova contraria, che può originarsi solamente dall'accertamento medico-legale, è l'unico modo per superare la presunzione legale d'origine. L'insieme delle suddette nozioni favorisce la nascita di altre considerazioni valutabili come corollari di queste ultime, come il fatto che, quella del medico, sia una figura centrale inserita nel contesto e che quest'ultimo debba assumersi la responsabilità del procedimento qualificante la patologia. Il suo giudizio inoltre è del tutto peculiare e considera un insieme molto vasto di variabili e dati e analizza

---

25) Le CON.T.A.R.P. sono un organo dell'INAIL che si occupa di valutare i rischi negli ambienti lavorativi al fine del riconoscimento dei benefici previdenziali e assicurativi. Ferrari G. *Equo indennizzo e rendita Inail nel sistema legislativo di tutela contro i rischi sul lavoro nel comparto del pubblico impiego*, in Giur. merito, 2009.



la capacità nociva del rischio legato all'attività lavorativa. Se da un lato quindi si evince la centralità della funzione sanitaria propria delle CON.T.A.R.P, dall'altro troviamo l'INAIL che attribuisce a queste ultime un ruolo di supporto alla diagnosi medico-legale e di complementarietà delle nozioni medico-legali, di igiene industriale e medicina del lavoro. Quindi il loro contributo è tanto più meritevole quanto più si discosta dall'analisi della singola fattispecie e quanto più fornisce uno studio sul contesto in cui operano le imprese e sui principali fattori di rischio tecnopatologico insito nei processi produttivi, nei macchinari e materiali utilizzati e nell'organizzazione lavorativa. Il giudizio tecnico sulla fattispecie viene quindi visto come necessario, quando si configura come un surplus alle conoscenze e informazioni di cui dispone il medico. L'Istituto assicuratore afferma quindi che i pareri degli esperti sui singoli casi sono ben accetti solo su espressa richiesta del dirigente medico di Sede, quando le conoscenze sanitarie in materia non siano complete, inoltre stabilisce che i giudizi tecnici espressi devono avere una struttura tale da permettere la loro applicazione anche a situazioni e contesti analoghi. E' rimandato alle Direzioni regionali in collaborazione con le CON.T.A.R.P, il compito di orientare l'attività di queste ultime verso studi mirati in tematiche specifiche nel settore di competenza. In ogni caso la responsabilità di qualificare o meno il rischio come lesivo nel caso concreto, spetta comunque al dirigente medico di Sede, il cui giudizio non viene influenzato dai pareri tecnici espressi sulle singole casistiche o su situazioni generalizzate. Sulle base di tale analisi l'INAIL si occupa inoltre di evidenziare il processo di istruttoria delle pratiche proprie delle malattie professionali non tabellate. Le pratiche relative malattie non tabellate sono definite in Sede, senza essere in precedenza esaminate dalla Direzione regionale. Il dirigente medico di Sede può richiedere un parere specialistico, tramite un colloquio con le Consulenze tecniche, quando lo ritenga necessario. Tali pareri devono essere applicabili a casi affini, e arricchire le conoscenze del medico sulle qualità del rischio. A tal proposito il parere più importante rimane quello del medico di Sede, enunciato al termine dell'istruttoria, sul quale si basa la determinazione della natura dei casi denunciati. La Direzione generale dell'INAIL si occuperà di quelle pratiche relative varie malattie e

patologie particolari, tra cui il mobbing, che per il loro carattere inconsueto, richiedono che vengano trattate dalle strutture competenti dell'INAIL.

## **IL DECRETO N. 38/00**

L'art. 10 del D.L. 23 febbraio 2000, n. 38, stabilisce si costituisca una commissione per la revisione e l'elaborazione periodica delle tabelle delle malattie professionali annesse agli art. 139, 3 e 211 T.U. Tale decreto stabilisce la composizione e la disciplina della commissione stessa, essa per esercitare i suoi compiti può avvalersi della collaborazione di enti e istituti di ricerca. Le suddette tabelle possono essere modificate in collaborazione con il Ministro della sanità e con decreto della previdenza sociale e del Ministro del lavoro, una volta ascoltato il parere dei sindacati nazionali di categoria maggiormente influenti e rappresentativi. In base all'articolo 10 vengono considerate malattie professionali pure quelle non incluse nelle citate tabelle, semprechè il lavoratore ne verifichi l'eziologia professionale. Saranno inoltre allegare delle liste contenenti malattie, la cui origine lavorativa è ancora in fase di discussione, al fine di revisionare all'occasione le tabelle vigenti. Le revisioni vengono effettuate annualmente , con decreto della previdenza sociale e del Ministro del lavoro, su proposta della Commissione.

## **SILICOSI ED ASBESTOSI**

Per la silicosi e l'asbestosi è prevista una disciplina differente da quella per la tutela delle tecnopatie, in quanto si vuole rendere l'assicurazione in linea con le loro particolari caratteristiche. Queste sono malattie professionali che derivano dall'inalazione di silicio, polvere di biossido e amianto ed hanno la peculiarità di essere irreversibili: è stato appurato che nella gran parte dei casi è solamente possibile attenuare il decorso del morbo, senza poter raggiungere una completa

guarigione. La tutela a queste due tecnopatie è stata applicata nel 1943, nel 1965 il Testo Unico ha fornito una nuova definizione<sup>26</sup> di asbestosi e silicosi. Vennero introdotte in seguito nuove modifiche con la legge 27 dicembre 1975, n. 780, con la quale furono abrogati e sostituiti vari articoli del T.U. (140,144,145,146,143,142). Essa rappresenta inoltre l'introduzione all'interno di quest'ultimo di nozioni e principi che rinnovano i precedenti criteri medico-legali e giuridico-assicurativi e allo stesso tempo sono espressione di un'allineamento della legislazione nazionale con quella europea. Il nuovo articolo 140 stabilisce che la silicosi, acquisita nell'esercizio di uno dei lavori compresi nella tabella e fra quelli inclusi nell'art. 1, venga compresa tra le malattie professionali assicurate nell'art. 3 del T.U. La suddetta tabella è soggetta ad una revisione biennale con D.P.R., su proposta del Ministro del lavoro e la previdenza sociale, in collaborazione con il Ministro della sanità, dopo aver ascoltato le organizzazioni sindacali di categoria più rappresentative, nel caso in cui esistano altri lavori che prospettino il rischio di contrarre la silicosi. Il nuovo articolo 144 invece determina quanto già disposto dall'art. 140 ma prendendo in considerazione l'asbestosi. Quindi per entrambe le malattie si fa riferimento all'assicurazione obbligatoria contro le tecnopatie comprese nell'art. 3. La legge del 75 ha quindi abrogato le definizioni di silicosi ed asbestosi ed ha precisato che queste, alla stregua delle altre malattie professionali, sono soggette a tutela sempreché contratte nell'esercizio dei lavori elencati nell'apposita tabella all. n. 8. Come si può notare, ciò che le differenzia dalle altre malattie professionali, è che non è più indispensabile che vengano contratte a causa e nell'esercizio dei lavori, ma solo

26) Per silicosi si intende una fibrosi polmonare complicata o non a tubercolosi polmonare che, provocata da inalazione di biossido di silicio allo stato libero, si manifesta particolarmente con bronchite ed enfisema e ripercussioni sull'apparato circolatorio e all'esame radiografico con disseminazione diffusa di ombre nodulari miliariformi confluenti o non. Per asbestosi deve intendersi una fibrosi polmonare che, provocata da inalazione di polvere d'amianto, si manifesta particolarmente, ma non esclusivamente, con presenza negli alveoli, nei bronchioli e nel connettivo interstiziale di corpuscoli dell'asbesto, con tracheobronchite ed enfisema, ed all'esame radiologico con velatura del campo polmonare o con striature ed intrecci reticolari, più o meno intensi, maggiormente diffusi alle basi. Alibrandi Giuseppe : *Infortuni sul lavoro e malattie professionali*, Giuffrè editore, 2002.

nell'esercizio. Non è quindi più necessario accertare il nesso causale attraverso il giudizio tecnico. E' stato precisato dalla Corte Suprema che, in virtù della nuova disciplina, il legame tra l'attività lavorativa e la silicosi non deve essere più di sola causalità fra le lavorazioni morbigene che determinano l'esposizione al rischio silicotigeno e la manifestazione della malattia stessa, ma può comprendere anche attività lavorative subordinate a quelle morbigene che, allo stesso modo, possono dare origine alla malattia professionale. La Corte Suprema ha ritenuto inoltre che sussistesse l'assicurazione anche quando la tecnopatia avesse influenzato le conseguenze derivanti dall'associazione della silicosi ed asbestosi con altre malattie ma non eziopatologicamente collegate con la tecnopatia stessa. Inoltre il fatto che il soggetto sia assicurato contro le suddette lavorazioni, è comunque una condizione imprescindibile al fine di ottenere la prestazione, questa viene meno nel momento in cui non si è esposti effettivamente al rischio silicotigeno. E' bene precisare che la tutela assicurativa che riguarda la silicosi non si limita al periodo in cui il lavoratore è stato impegnato in quelle lavorazioni morbigene, ma si estende anche al periodo successivo la cessazione delle lavorazioni, periodo nel quale la malattia inizia a manifestarsi per via di fattori latenti, esogeni ed endogeni all'organismo. A tal proposito è intervenuta l'INAIL con una serie di criteri: se il datore di lavoro che si occupa della denuncia è impegnato in lavorazioni soggette al rischio di esposizione alla malattia, l'assicurazione per la tutela di quest'ultima graverà sulle sue spalle, indipendentemente dalla durata dell'occupazione del soggetto assicurato in tali mansioni e dalla sua precedente esposizione in altre imprese al rischio di contrazione della malattia. Nel caso in cui venga rilevata la presenza di silicosi o asbestosi e denunciata da un'azienda che non svolge attività che espongono al rischio di contrazione della malattia, il carico assicurativo graverà sulle spalle dell'ultima azienda in cui il soggetto assicurato è stato esposto al rischio specifico, questa dovrà anche occuparsi della compilazione del modulo di denuncia. Prima che venisse abrogato l'articolo 142, il giudice aveva il compito di verificare l'esistenza di una determinata sintomatologia e l'accuratezza dei referti del consulente tecnico, prima di stabilire il diritto del soggetto alla tutela assicurativa. In seguito all'abrogazione del suddetto articolo, il giudice, può

verificare l'attitudine del soggetto a ricevere o meno la tutela in virtù delle prove che quest'ultimo produce in giudizio e può chiedere l'aiuto di esperti del settore che procederanno ad un accertamento tecnico, egli dovrà inoltre motivare un suo eventuale dissenso rispetto al risultato della documentazione medica prodotta dall'interessato e rispetto al perito. In ragione della gravità e dell'impatto sociale di tali malattie è stato deciso con il T.U. del 1965 di elaborare una disciplina previdenziale al fine di tutelarne il rischio: sono, infatti, state imposte delle visite mediche periodiche a carattere preventivo, obbligatorie per i lavoratori che si espongono al sopraccitato rischio. Nei casi in cui la silicosi venisse contratta nelle miniere belga di carbone è prevista una disciplina particolare dall'articolo 293 del T.U. La legge 27 luglio 1962, n. 1115 estende i benefici previdenziali ai lavoratori affetti da silicosi, che sono stati rimpatriati dopo averla contratta nelle miniere belghe. Sono state garantite ai lavoratori in questione le medesime prestazioni assistenziali, sanitarie ed economiche che gli sarebbero spettate nel caso in cui, la malattia si fosse manifestata in territorio nazionale, successivamente all'esposizione di quest'ultimo al rischio specifico. I benefici tipici di questa legge si applicano sia ai lavoratori occupati in Belgio che si sono ammalati di silicosi e senza aver ottenuto alcun risarcimento da quel paese, sono stati rimpatriati, sia ai parenti del lavoratore deceduto anche se non è previsto espressamente dalla legge n. 1115. Infatti il rimando alla legge n. 455 del 1943 è tanto forte che permette di evitare di effettuare la distinzione tra prestazioni assicurative a favore del lavoratore e quelle a favore dei suoi parenti in vita. La nascita del rischio di contrarre una delle due malattie dipende da una serie di fattori insiti nell'ambiente: areazione dei locali, cubatura, polverosità delle varie fasi produttive ecc... Una lavorazione pertanto può essere più o meno pericolosa a seconda dell'azienda in cui è inserita. Si procede quindi solitamente ad un'analisi individuale, casistica volta a valutare l'inquinamento atmosferico degli ambienti lavorativi. Al fine di valutare il rischio di insorgenza di silicosi è necessario verificare i valori intermedi di concentrazione di polvere nell'aria, la grandezza e il numero di particelle per centimetro cubo e la percentuale di silice libera e totale. Bisogna precisare che le particelle più pericolose sono quelle più piccole, che hanno un

diametro inferiore ai 5 micron. A tal proposito è bene citare l'art. 636 del D.P.R. del 1959 che determina quali sono le misure e le concentrazioni particellari ideali per essere considerate dannose<sup>27</sup>. In tale ambito sono state effettuate inoltre innumerevoli ricerche a proposito del rapporto tra salute del lavoratore ed esposizione di quest'ultimo all'inalazione di amianto. La misurazione della concentrazione delle fibre di amianto è disciplinata dal D.M. del 1986 che ha integrato le norme di quello del 1959 n. 128. Tale decreto impone che il controllo sia almeno trimestrale e che debba essere applicato in funzione delle modalità proprie del suo allegato. Il Sotto-Comitato sull'asbestosi ha rilevato che spesso la silice viene utilizzata nella preparazione di un prodotto in cui è presente dell'amianto, come per materiali di rivestimento per costruzioni e tubazioni. Viene quindi suggerito che, nel mentre si valuti il rischio di esposizione di quelli che lavorano con l'amianto, si eseguano inoltre accertamenti di silice libera. Indagare sul rischio asbestotigeno e silicotigeno dovrebbe essere slegato dalle finalità proprie del rapporto previdenziale ed essere quindi rilevante anche in materia di prevenzione. Da questa analisi è palese come risultino complessi gli accertamenti dei rischi trattati, inoltre va evidenziato che, a detta della Corte di cassazione, l'obbligo assicurativo contro tali tecnopatie è previsto solamente per le aziende caratterizzate da un ambiente di lavoro in cui sia effettivo il rischio di contrarre queste ultime, peraltro il rischio va verificato di volta in volta. Si devono quindi individuare, non solo gli operai esposti ad inalazione di silice libera, ma anche quelli che maneggiano amianto nelle concentrazioni tali da risultare rischioso. Infatti l'esistenza della suddetta concentrazione si configura come la determinante dei lavori qualificabili come nocivi in quanto esposti al rischio specifico. In considerazione di ciò l'INAIL ha deciso di disapplicare il tasso supplementare per l'asbestosi e la silicosi quando non venga preventivamente accertata la presenza di un rischio effettivo, ha inoltre fatti presenti un'insieme di voci e sottogruppi della

---

27) In particolare, le particelle che hanno un diametro compreso tra 0,5 e 5 micron per centimetro cubo devono essere inferiori a 650. Tale dato è il risultato di una media delle misurazioni relative 8 campioni, prelevati con intervalli di 3 minuti, nei pressi del luogo lavorativo, mentre si effettuano operazioni di carico del materiale abbattuto e di perforazione delle mine, in normali condizioni di lavoro. De Matteis Aldo: *Infortuni sul lavoro e malattie professionali*, Giuffrè editore, 2016.

tariffa dei premi delle lavorazioni che è impossibile diano luogo al rischio silicotigeno.

## NOZIONE

L'assicurazione obbligatoria relativa le malattie professionali viene vagliata nel complesso dell'assicurazione contro gli infortuni. In quanto la prima, opera soltanto se sussiste l'obbligo assicurativo contro gli infortuni sul lavoro. Inoltre l'assicurazione contro le malattie professionali è generalmente disciplinata, salvo sporadiche disposizioni, dalla stessa normativa che regola l'assicurazione infortuni. Tenendo conto delle suddette particolarità tale assicurazione è stata considerata a volte come una forma di provvidenza supplementare rispetto l'assicurazione infortuni, mentre altre volte, pur essendo consci degli elementi in comune tra i due rapporti assicurativi al punto da presupporre una sorta di identificazione tra i due si è diffusa l'opinione che, vi sia una netta distinzione tra i due rapporti. In seguito alla sentenza 18 febbraio 1988, n. 179 della Corte costituzionale viene introdotto all'interno del nostro ordinamento un sistema misto. Perciò la nozione di malattia professionale assume una duplice connotazione a seconda che ci si riferisca a malattie precisate nella lista, quindi a malattie differenti da quelle comprese nelle tabelle o che scaturiscono da una lavorazione determinata o da un agente patogeno precisato nelle stesse tabelle, sempre che nei loro riguardi venga provata la causa di lavoro. Parliamo quindi di una innovazione che riguarda tanto il settore agricolo quanto quello industriale. Vengono quindi considerate malattie professionali, tutelate dall'istituto assicurativo, l'insieme di tecnopatie indicate dalla legge, che vengano contratte nell'esercizio per via dell'insieme di lavorazioni che compaiono nella tabella specifica, ma solo nel caso in cui per le suddette lavorazioni esista l'obbligo di tutela contro gli infortuni sul lavoro. E' necessario quindi che si tratti in primis di una malattia compresa nella tabella, che per il settore industriale è quella allegata al D.P.R. 9 giugno 1975, n. 482, che sostituì la tabella n. 4 legata al T.U., che

annovera tutte le tecnopatie protette, salvo asbestosi e silicosi, per le quali vige la lista m.8, T.U. che rispecchia quella convalidata con il R.D. 20 marzo 1956, n. 648. In secondo luogo è doveroso che le malattie professionali vengano contratte nell'esercizio e a causa di specifiche lavorazioni. Ciò sta a significare che per la tecnopatia l'attribuzione professionale dell'evento soggetto ad assicurazione viene condizionato da fattori che provocano la malattia e meccanismi con cui opera, più tipici rispetto a quelli previsti per l'infortunio sul lavoro. Inoltre si distacca dall'infortunio sul lavoro anche per la natura del rapporto eziologico: se nell'infortunio il lavoro è rilevante nei confronti dell'occasione di lavoro, nella malattia professionale lo è in termini di derivazione della causa patogena. Quindi per le malattie professionali, a differenza degli infortuni, non è esaustivo il rapporto occasionale tra evento e lavoro, ma ne è necessario uno di causalità. Tale correlazione di tipo causale non deve essere letta rispetto al rischio, al punto che l'evento si verifichi sicuramente, ma va considerata nel corso della verifica del carattere professionale, nel momento in cui si sia manifestata. Questo legame causale esprime le condizioni per cui la malattia professionale si manifesta. Infine va ribadito che rispetto all'infortunio, le modalità della causa lesiva sono differenti: nel primo essa è concentrata, violenta, nella tecnopatia invece è allungata nel tempo, si originano quindi una causa violenta e una causa lenta in contrapposizione tra loro. Infatti nelle malattie professionali la lesione è lo specchio della lenta e prolungata azione di una serie di fattori morbigeni insiti nelle lavorazioni incriminate, che operando per periodi più o meno lunghi, compromettono la salute dei lavoratori. Si può parlare di causa lenta quando agisce con tempistiche superiori ad un turno lavorativo. A tal proposito va evidenziato che la legislazione italiana non prevede un periodo minimo di impiego nella lavorazione morbigena anche se risulterebbe utile a fini applicativi.

In terzo luogo è necessario che le malattie vengano contratte in forza e nell'esercizio di determinate lavorazioni che per il legislatore sono ritenute morbigene e cioè soggette al rischio tipico delle tecnopatie assicurate. La lista comprende quindi oltre alle malattie professionali, anche le lavorazioni morbigene. Inoltre mentre in precedenza nel 1935 le lavorazioni morbigene



venivano elencate e indicate in modo specifico, attualmente, in seguito alla legge n. 1967 del 1952, solo alcune malattie vengono elencate, in particolare quelle che potrebbero derivare anche da un rischio generico, allo scopo di verificarne il carattere professionale. La stessa cosa vale per le malattie professionali del settore agricolo, per le quali solo per l'anchilostomiasi è prevista l'indicazione delle lavorazioni soggette a tutela. Per quanto riguarda le altre malattie professionali agricole, la tabella precisa come soggette a tutela, l'impiego e la manipolazione di particolari sostanze come parassitocidi dei prodotti agricoli e delle piante. Perciò, tutti gli altri utilizzi diversi da questi, non hanno il presupposto per essere tutelati. Infine occorre che le suddette lavorazioni patogene siano soggette alla tutela obbligatoria contro gli infortuni. Se da un lato questa soluzione legislativa non consente la piena autonomia all'assicurazione contro le malattie professionali dall'altro non nega nemmeno a quest'ultima una sua personalità distinta rispetto a quella contro gli infortuni, nel senso che l'istituto giuridico che comprende il rapporto assicurativo delle tecnopatie non si confonde con l'assicurazione infortuni quando assume la connotazione di istituto giuridico sebbene ne sia condizionato fortemente e siano disciplinati dalla medesima normativa.

## **MANIFESTAZIONE**

Occorre da ultimo che le malattie professionali si manifestino. A tal proposito la Corte Costituzionale è intervenuta varie volte in più occasioni: in primis con la sentenza del 1988 con cui è stata dichiarata l'illegittimità costituzionale sia dell'art. 134 T.U., sia dell'art. 3, 1° comma che dell'art. 211, 1° comma, T.U. Nella sezione in cui non veniva previsto che l'assicurazione contro le malattie professionali industriali non fosse obbligatoria anche per l'insieme di malattie non comprese nelle tabelle annesse e per quelle scatenate da un agente patogeno o da una lavorazione specifica indicati nelle tabelle stesse, semprechè si parli di malattie per cui venga verificata la causa di lavoro. La suddetta sentenza ha introdotto il c.d. sistema misto per la tutela delle malattie professionali. Esso prevede oltre all'esistenza delle malattie tabellate, anche la possibilità per il soggetto assicurato

di dimostrare il principio professionale di malattie non tabellate, originate da lavorazioni non incluse nella tabella o manifestatesi oltre il periodo di indennizzabilità, previsto dalle tabelle, dal termine della prestazione d'opera.

E' proprio riguardo a quest'ultimo punto che la Corte Costituzionale interviene nuovamente con la sentenza del 1988 n. 206, stabilendo che la manifestazione della tecnopatia coincide con il suo effettivo accertamento e che la denuncia è rilevante soltanto ai fini del decorrere delle prestazioni. Il quadro è riassumibile in questo modo: per le malattie professionali tabellate determinate da lavorazioni tabellate e che vengono denunciate entro il periodo massimo di indennizzabilità, viene applicata la normativa del T.U. facendo riferimento al principio di presunzione legale d'origine; per le malattie nate da lavorazioni tabellate e che vengono denunciate oltre il termine consentito di indennizzabilità, se il lavoratore dimostra la manifestazione della malattia entro i termini stabiliti, fruisce della tutela propria del sistema tabellare, altrimenti è necessario che dia prova della natura professionale della malattia; al di fuori delle tabelle, viene tutelata qualunque malattia contratta in forza delle lavorazioni protette dal T.U. di cui venga dimostrata, dal lavoratore, l'origine professionale.

La manifestazione delle malattie professionali è regolata da una disposizione speciale per le tecnopatie, l'art. 135, sotto questo profilo si differenzia nuovamente rispetto all'infortunio in quanto il verificarsi della malattia è un avvenimento generalmente difficile da individuare. Vi sono due ipotesi di manifestazione a seconda che ci si astenga dal lavoro o meno: nel primo caso la tecnopatia viene considerata verificata dal primo giorno lavorativo che si salta, nel secondo caso invece, il soggetto è legittimato a presentare una denuncia tardiva per una tecnopatia verificatasi nei termini propri della tabella, egli deve anche provare che tale verifica sia avvenuta effettivamente rispettando i termini insiti nella tabella, e se non riesce nell'intento, deve dimostrare che pur essendosi manifestata non rispettando i termini tabellari, dipende dalla lavorazione a cui si dedicava e ha carattere professionale. Viene inoltre specificato che, se da un lato il fatto che la denuncia venga presentata in ritardo, non potrà più essere la causante del mancato indennizzo, dall'altro rimane salda la decorrenza dalla data della denuncia della

concessione del risarcimento quanto sia dovuto.

## **DENUNCIA E ACCERTAMENTO**

La denuncia della malattia professionale viene rimandata all'articolo 53 T.U. Essa va inviata con le modalità proprie dell'articolo 13 D.M. 26 gennaio 1988, entro cinque giorni<sup>28</sup> da quello in cui il datore di lavoro viene informato dal dipendente che si è manifestata la malattia. Il certificato medico deve contenere, oltre alle indicazioni precedenti, anche una relazione relativa la sintomatologia avvertita dal soggetto e una su quella rilevata dal medico certificante. Al fine di facilitare il compito dell'Istituto assicuratore nell'esprimere una corretta valutazione del caso. Il medico in questione ha il compito inoltre di allegare i dati inerenti l'evoluzione della malattia professionale. Il datore ha quindi l'obbligo di effettuare la denuncia, salvo una serie di sanzioni. E' un dovere che grava sulle sue spalle in virtù del mandato conferitogli dalla legge, un suo indampimento da origine ad una responsabilità per il datore, che persiste anche se l'Istituto assicuratore sia venuto a conoscenza della tecnopatia o dell'infortunio in altro modo, erogando di conseguenza al soggetto le prestazioni dovutegli. E' bene precisare che l'inadempienza del datore di lavoro non comporta che quest'ultimo sia responsabile civilmente per i danni subiti dal lavoratore per la mancata

---

28) E' necessario precisare che per il calcolo del sopracitato termine, si prende come riferimento la data di ricezione del certificato da parte del datore e nel caso in cui questo non rispettasse le tempistiche stabilite sarebbe possibile effettuare una contestazione per la violazione dell'obbligo di denuncia nei termini di legge, ma solo una volta verificata la corrispondenza tra la data di ricezione della denuncia e quella indicata. Nel caso in cui invece, che è anche quello più diffuso, non si informi preventivamente il datore di lavoro ma ci si rivolga direttamente all'Istituto assicuratore conferendogli il certificato medico, verrà intimata al datore la compilazione e la spedizione del pertinente modulo di denuncia, informandolo inoltre che, nel caso in cui non provveda entro il quinto giorno dalla data in cui si è ricevuta la richiesta, all'invio del modulo, sarà soggetto alla sanzione di cui alla legge del 1993 n. 561, che attribuisce la violazione di tutte le disposizioni dell'articolo 53 T.U. e non solo di quelle relative le tempistiche e i termini. De Matteis Aldo: *Infortuni sul lavoro e malattie professionali*, Giuffrè editore, 2016.

corresponsione, dovuta a sua volta dall'inadempienza informativa del datore, da parte dell'Istituto delle prestazioni dovutegli per legge. Tale situazione naturalmente si verifica solo nel caso in cui il soggetto abbia informato preventivamente il datore di lavoro della malattia o dell'infortunio. In ogni caso l'inerzia del lavoratore non è giustificabile: sia nel caso in cui il datore abbia provveduto ad effettuare la denuncia sia nel caso contrario, spetta al lavoratore rivolgersi all'Istituto assicuratore, perciò quando non lo fa, facendo sì che decorra il termine stabilito, non può concausare la perdita del suo diritto con l'omissione di denuncia da parte del datore di lavoro. Il datore di lavoro deve inoltre redarre la denuncia seguendo le disposizioni modulistiche previste dall'art. 13. A ciò si aggiunge che la mancata spedizione della denuncia di malattia professionale o infortunio nei termini propri dell'articolo 53, si configura come illecito formale. Tutta la procedura di sanzionamento si articola quindi nell'accertamento delle suddette omissioni relative le denunce, i dati obbligatori, i certificati medici, e la verifica dei soggetti responsabili dei comportamenti condannabili.

Dopo che l'Istituto assicuratore viene a conoscenza, o tramite la denuncia del datore o in altra maniera, della malattia professionale o dell'infortunio che ha leso un lavoratore assicurato, si dà inizio alla fase di accertamento. Con quest'ultima si vuole verificare la presenza degli estremi necessari alla legge per conferire l'indennizzo, e calcolare l'entità effettiva del danno patito dal lavoratore. In questo momento il lavoratore si configura come un creditore della prestazione che l'istituto assicuratore gli deve. Egli deve quindi dimostrare l'esistenza di tutte le condizioni alle quali viene subordinata la tutela assicurativa, pertanto: il suo status di lavoratore assicurato, il nesso eziologico tra infortunio o malattia professionale sofferta e attività lavorativa svolta e l'ammontare dei danni subiti.

Tale sistema probatorio viene fortunatamente mitigato da un'insieme di disposizioni che determinano una serie di accertamenti di ufficio in ordine alle circostanze e cause della malattia, agevolando così la posizione in cui si trova l'assicurato. Quest'ultima funzione viene assolta dall'inchiesta dell'Ispettorato del lavoro, dall'accertamento d'urgenza nei sospetti casi di dolo e dall'accertamento necroscopico.

## **INCHIESTA DELL'ISPettorATO DEL LAVORO**

L'art. 54 T.U. fa sì che ogni datore di lavoro, anche per chi non fosse soggetto all'assicurazione contro gli infortuni sul lavoro, debba dare informazione alle autorità di pubblica sicurezza di ogni evento lesivo capitato ai propri dipendenti. La denuncia deve essere effettuata con l'ausilio di determinati moduli che vengono predisposti dal Ministero del lavoro e dalla previdenza sociale. Va spedita all'autorità di pubblica sicurezza che opera nel luogo in cui è avvenuto l'infortunio e nel suo interno devono essere contenute le generalità dell'infortunato e del datore di lavoro, la ditta dell'impresa, il luogo, l'ora e il giorno in cui si è verificato l'infortunio, le circostanze e le cause che lo hanno determinato, le generalità dei testimoni e le lesioni subite dal lavoratore. Una volta che l'autorità di Pubblica Sicurezza riceve la denuncia, quando questa fa riferimento ad infortuni che abbiano causato una inabilità assoluta o temporanea superiore a trenta giorni, o a infortuni mortali, e salvo che gli infortuni non fossero avvenuti durante la prestazione della propria opera in un lavoro protetto, se ne consegna una copia al pretore. Costui procederà con un'inchiesta volta a verificare la natura del lavoro svolto, le lesioni subite dall'assicurato, le cause dell'infortunio, la retribuzione percepita dal lavoratore prima dell'evento e, nel caso in cui il lavoratore abbia perso la vita, i superstiti che hanno diritto per legge alle prestazioni. Nel caso in cui all'infortunio fosse seguita la morte o un'inabilità maggiore di trenta giorni e non venisse informata l'autorità di Pubblica Sicurezza dell'infortunio o non fosse regolare la denuncia, l'Istituto assicuratore, i superstiti o l'infortunato sarebbero abilitati a chiedere al pretore di procedere con l'inchiesta anche nei casi in cui non gli fosse concesso farlo. Tale procedura ha origine con la comunicazione, al datore di lavoro, ai superstiti, all'Istituto assicuratore o all'infortunato, da parte della direzione amministrativa, tramite lettera raccomandata, del luogo e della data in cui avrà luogo l'inchiesta. Questa deve essere effettuata, quando lo ritenga necessario, con la presenza di un medico e altri esperti selezionati dal pretore. Quando non sono presenti né i soggetti con diritto

di ricevere le prestazioni assicurative né i relativi rappresentanti, il funzionario può agire nel loro interesse e far sì che all'inchiesta assistano due prestatori d'opera scelti fra coloro che svolgevano le stesse attività lavorative nell'ambito delle quali si è verificato l'infortunio. Durante l'inchiesta inoltre il funzionario ha il potere di interrogare tutti coloro che, a suo dire, possano fornire informazioni utili sulle circostanze e le cause dell'infortunio. A volte è possibile, ed è tenuto a farlo, che al funzionario venga richiesto da uno dei soggetti precedentemente citati o per sua volontà che l'inchiesta venga eseguita sul luogo dell'infortunio. L'art. 59 del T.U. vieta l'ingresso degli esperti, di cui si avvale il funzionario al fine di individuare con più efficacia le circostanze e le cause dell'evento, in strutture statali soggette a sorveglianza speciale e in cui hanno luogo lavorazioni che, nell'interesse dello stato, devono essere tenute segrete. Quindi nel caso in cui l'infortunio avesse luogo in tali stabilimenti, i funzionari che si occupano della sorveglianza possono solo spedire al funzionario una relazione relativa le cause dell'infortunio, unita al processo verbale dell'inchiesta. Il funzionario ha il dovere di dare inizio all'inchiesta in tempi il più possibile brevi e, ad ogni modo, entro quattro giorni dal momento in cui ha ricevuto la denuncia di infortunio dall'autorità di Pubblica Sicurezza, egli deve quindi completarla entro un periodo limite di dieci giorni. Bisogna sottolineare che l'inchiesta ha carattere amministrativo e che quindi non fa fede per quanto concerne l'autenticità delle dichiarazioni degli interrogati ma solo per ciò che viene detto o fatto in presenza del funzionario. Ciò non preclude il fatto che i risultati dell'inchiesta possano qualificarsi, in seguito, come un mezzo di convincimento per il magistrato.

## **PROCEDIMENTO D'URGENZA**

Il procedimento d'urgenza è un'altra tipologia di intervento che interessa l'autorità giudiziaria, volto a verificare le circostanze e le cause dell'infortunio e le responsabilità ad esso connesse. Viene disciplinato dall'articolo 64 T.U. che dispone che l'Istituto assicuratore può rivolgersi al funzionario chiedendo l'accertamento d'urgenza quando ritenga che l'infortunio si sia verificato per dolo

del soggetto assicurato o che quest'ultimo ne abbia aggravato dolosamente le conseguenze.

## **AUTOPSIA**

L'autopsia è l'ultimo modo in cui il funzionario può intervenire durante la fase di accertamento dell'infortunio. Viene disciplinata dall'articolo 63 T.U. il quale sottolinea che in seguito alla morte di un lavoratore dovuta ad infortunio sul lavoro, gli aventi diritto e l'Istituto assicuratore, possono appellarsi al funzionario chiedendo che venga realizzata l'autopsia per verificare le cause del decesso. Una volta ricevuta la richiesta, il funzionario può decidere, se ritiene che sia fondata, di effettuarla o meno. A differenza del settore agricolo, in cui il funzionario non ha il potere di disporre l'autopsia senza chiedere il consenso dei familiari, in quello industriale egli può in virtù della sua autorità prevederla quando la ritenga necessaria, anche se i familiari non appoggiano tale decisione. Va sottolineato che la rinuncia da parte dei familiari delle prestazioni assicurative per non effettuare l'autopsia sul defunto, si considera nulla in quanto ha per oggetto diritti indisponibili. Pertanto le norme che regolano il settore assicurativo, sono inderogabili dal volere dei soggetti facenti parte del rapporto assicurativo. Quindi anche i diritti che da esso derivano sono indisponibili, tuttavia relativamente e non in modo assoluto in quanto è possibile che il soggetto interessato agisca in modo da far decorrere il termine entro il quale il diritto può essere esercitato, provocandone così la perdita. In tutti gli altri casi, vale il principio dell'indisponibilità dei diritti previdenziali, cosicchè anche coloro che in un primo momento avessero rinunciato al risarcimento per evitare l'autopsia, possano in seguito rivolgersi all'Istituto assicuratore e chiedere le prestazioni che gli spettano per legge, senza che l'Istituto possa opporsi.

## **RESPONSABILITA' DEL DATORE DI LAVORO**

### **IL PARZIALE ESONERO DELLA RESPONSABILITA'**

Esaminerò ora l'importanza che il legislatore ha attribuito ai comportamenti del terzo o del datore di lavoro che abbiano influenzato l'evento lesivo e la loro portata in relazione al problema del risarcimento spettante al lavoratore danneggiato secondo il diritto comune e speciale. Per quanto riguarda la responsabilità del datore di lavoro abbiamo che l'art. 10 del T.U. prevede un esonero parziale del datore rispetto la responsabilità civile dovuta all'infortunio lavorativo che ha colpito i suoi dipendenti. Tale principio si applica anche per il settore agricolo e in caso di responsabilità del datore per malattia professionale. La suddetta norma ha dato origine a vari problemi di carattere sostanziale e di ordine interpretativo: affinché l'interprete possa risolvere questi ultimi è necessario stabilire il raggio dell'esonero, ricordiamo che esso è parziale e quindi ha dei limiti imposti dalla legge. Di quest ultimo può giovare soltanto il datore di lavoro e non il terzo, indipendentemente dal fatto che questo sia un dipendente della stessa impresa a cui appartiene l'infortunato o un estraneo. Alla persona terza che è responsabile non è quindi applicabile nessuno sconto di responsabilità in virtù del fatto che è estraneo al rapporto assicurativo. Una seconda problematica emerge quando si riflette sul fatto che il parziale esonero sia applicabile o meno soltanto al datore che si sia preoccupato di corrispondere i premi stabiliti all'Istituto assicuratore. In un primo momento vigeva la regola che il datore potesse far ricorso alla responsabilità limitata solo quando questi avesse adempiuto, rispettando le tempistiche, agli obblighi assicurativi. Ma in seguito si è pronunciata sulla questione la S.C. rifiutando tale interpretazione e ribadendo che le disposizioni sulla responsabilità civile del datore di lavoro sono valide anche per colui che non adempie agli obblighi assicurativi, dal momento in cui questa mancanza, se da un lato lo espone a responsabilità sanzionatorie, dall'altro non esercita nessuna influenza negativa relativamente il diritto del soggetto a ricevere



dall'Istituto assicuratore le prestazioni dovute. E' necessario aggiungere che la limitazione della responsabilità è una conseguenza diretta della costituzione del rapporto assicurativo, il quale si costituisce a opera di legge al presentarsi di determinate condizioni, ed è il mezzo attraverso il quale hanno luogo l'insieme di relazioni giuridiche che intercorrono fra i soggetti facenti parte del rapporto assicurativo. Le disposizioni di responsabilità civile contenute negli articoli 10 e 11 del T.U. 1965, devono essere applicabili anche alla Pubblica amministrazione per gli infortuni che riguardano i suoi lavoratori dipendenti. Nel caso in cui la dirigenza dell'assicurazione infortuni venga affidata alla medesima amministrazione dalla quale dipende l'infortunato, abbiamo due soluzioni contrastanti: l'esonero della responsabilità civile viene escluso per gli impiegati delle Ferrovie dello stato, mentre viene applicato per il personale dei Telegrafi e dell'Amministrazione delle Poste. Nel caso in cui il datore di lavoro o i suoi dipendenti, delle cui azioni deve rispondere, abbiano subito una condanna penale per il fatto da cui è scaturito l'infortunio, la legge ha posto ulteriori limiti<sup>29</sup> all'esonero della sua responsabilità civile. L'articolo 10 del T.U. determina la presenza di responsabilità civile del datore se l'infortunio deriva da un fatto perseguibile come un reato d'ufficio, anche se questo non origina un reato punibile in seguito alla contravvenzione di norme nell'ambito della sicurezza e prevenzione del lavoro, semprechè vi sia un legame causale tra l'evento dannoso e l'infrazione alle suddette norme, a tal proposito non hanno quindi valenza i reati perseguibili a querela di parte. Vi è responsabilità civile del datore anche quando il suddetto reato viene accertato con un sentenza penale di condanna passata in giudicato, non vi è responsabilità invece quando viene emesso un decreto di archiviazione o la sentenza penale, per qualunque motivo, sia di proscioglimento. Si è discusso se fosse troppo riduttiva una condanna del datore, tramite un semplice decreto penale, per fatto contravvenzionale, al fine di attestare la sua

29) Vi sono due motivazioni sulle quali si fonda la suddetta limitazione: da un lato vi è la necessità di non lasciare l'applicazione della disciplina di responsabilità, propria degli articoli 10 e 11, al libero arbitrio dei soggetti interessati, dall'altro abbiamo un ridimensionamento del danno subito dal soggetto assicurato. Casola: *Esonero da responsabilità del datore di lavoro e conseguenze processuali in tema di danno differenziale*, in Riv.it.dir.lav. 2009,I, 99.

responsabilità civile. I sostenitori di una risposta affermativa sottolineano che l'articolo 10 del T.U. fa una netta distinzione tra responsabilità diretta, per la quale è prevista una semplice condanna penale, che sia questa sotto forma di decreto o sentenza, e responsabilità indiretta per la quale è invece prevista una sentenza penale. E' quindi ininfluente che la condanna penale venga pronunciata con sentenza o decreto penale, in quanto una volta che diviene esecutivo, acquisisce efficacia di giudicato. E' in realtà necessario effettuare una distinzione tra aspetto processuale e sostanziale. Per quanto riguarda il primo, il problema è che non è così rilevante la contrapposizione tra il vocabolo "condanna" e quello di "sentenza" proprio del terzo comma, in quanto la disciplina tipica della responsabilità civile si caratterizza per un'eccessiva precisione tecnica e perchè il processo che prevede il decreto, si applica anche al delitto di lesioni colpose. Allo stesso modo la procedura ordinaria si applica anche alle contravvenzioni. L'aspetto sostanziale si caratterizza invece per un problema che si esplica nel determinare se l'oggetto di accertamento penale si caratterizzi con l'evento lesivo, che si configura come infortunio sul lavoro, o meno. Le soluzioni a tale quesito si differenziano per la diversa interpretazione di una frase utilizzata dalla legge: "condanna penale per il fatto dal quale è derivato l'infortunio". Questa viene letta secondo due ideologie: la prima in cui si crede sia sufficiente la condanna penale per il fatto da cui ha avuto origine l'evento dannoso e in cui è superfluo che l'infortunio si configuri come un elemento integrante delle circostanze criminose. La seconda in cui il fatto scatenante l'evento dannoso per il lavoratore sia l'oggetto del procedimento penale. La diatriba si dipana sulla questione se permanga o meno la responsabilità civile in caso di sentenza che concede il perdono giudiziale. In virtù del fatto che la sentenza, la quale in sede di giudizio concede il perdono giudiziale, determina, a fine risarcitorio e nei confronti degli autori del fatto, le stesse conseguenze della sentenza di condanna, possiamo concludere che la responsabilità civile permanga. Nel caso in cui venisse pronunciata una sentenza penale che impedisse di procedere per estinzione di reato, è il giudice civile che, una volta presentata la domanda da parte degli interessati in un periodo di tre anni dalla sentenza, stabilisce se sussiste responsabilità civile nei confronti

del datore di lavoro per il fatto determinante il reato. Perciò secondo tali considerazioni la responsabilità propria del datore mitiga al campo civile da quello penale, il magistrato deve compiere una indagine multipla: verificare cioè se il fatto da cui deriva l'infortunio si configura come un reato perseguibile d'ufficio, e se quindi, per quest'ultimo sia necessaria una sentenza penale di condanna quando l'azione penale non venga istinta dalla morte o dall'amnistia dell'imputato. Affinchè il giudice possa effettuare tale indagine è necessaria una sentenza penale di non doversi procedere, emanata in precedenza, in sede di istruttoria, di giudizio o nel corso degli atti preliminari e una richiesta da parte dei soggetti interessati, rivolta al giudice civile, in un periodo di tempo di tre anni dal trasferimento in giudicato della sentenza penale. A tal proposito evidenziamo quali poteri spettano al giudice civile: egli nel verificare l'esistenza del nesso eziologico fra omissione o azione ed evento dannoso<sup>30</sup>, fa riferimento al principio di causalità materiale, proprio del codice penale in quanto gli articoli che ne trattano, 2043 c.c e 40 c.p., pur essendo formulati diversamente, sono simili dal punto di vista contenutistico. Tutto ciò per stabilire che non è fondamentale che un'azione sia la causa immediata e diretta dell'evento, una volta accertato che ha una natura colposa non è rilevante che venga considerata come causa immediata e diretta o mediata e indiretta, l'importante è che ci sia un nesso di dipendenza e concomitanza tra di essa e l'evento dannoso. Al concorso di causa succede quindi il concorso di responsabilità civile e penale. L'articolo 10 ha inoltre modificato i termini entro i quali i soggetti interessati possono presentare la domanda fino a tre anni. A proposito della data dalla quale iniziano a decorrere i suddetti termini abbiamo una distinzione a seconda che le cause estintive del reato subentrino o meno nel

---

30) Nel caso in cui l'evento nocivo sia collegato a più omissioni o azioni, il problema del concorso di causa si risolve, anche civilmente, con l'articolo 41 c.p. In virtù del quale di fronte a fatti che si sono succeduti nel tempo e imputabili a persone differenti, è necessario riconoscere a questi ultimi un'efficacia causale, in quanto anche se non sono state le cause principali dell'evento dannoso, hanno contribuito a dar vita ad una situazione tale per cui la loro presenza è stata determinante nell'originare l'evento dannoso anche se questo viene scatenato dall'ultimo fatto. Cricenti: *La responsabilità per il fatto altrui. Il caso della prestazione gratuita*, in *Nuove leggi civili comm.*, 2006, I, 695.

corso del procedimento penale. Nel caso in cui intervengano quando il procedimento penale è attivo i tre anni decorrono dal momento in cui la sentenza penale che estingue il reato per amnistia o morte del reo, passa in giudicato. Nel caso in cui il procedimento penale non fosse ancora iniziato, il termine decorre dalla data in cui viene emanato il decesso o il provvedimento di clemenza del reo senza che venga considerato in alcun modo il procedimento del giudice con carattere dichiarativo, ovvero la declaratoria estintiva del reato per denuncia posteriore al decreto di amnistia. Perciò è necessario prendere come riferimento la sentenza di proscioglimento e non la data di morte, anche se l'imputato è morto prima della data di inizio del procedimento penale, quando il risultato delle indagini penali o del procedimento penale ha un'influenza rilevante in termini dell'azione di risarcimento. Lo stesso vale nel caso in cui il procedimento abbia avuto luogo anche nei confronti di un altro soggetto, la cui responsabilità, una volta riconosciuta, potrebbe assorbire quella dell'imputato deceduto. Il tempo limite di tre anni è fissato a tutela degli interessi individuali e a pena di decadenza, perciò la decadenza è rinunciabile, ovvero non può venire eccepita in prima istanza nel giudizio di cassazione e non può essere rilevata d'ufficio. Essa è volta a tutelare un'interesse individuale, cerca cioè di evitare che trascorra troppo tempo tra l'azione civile e la pronuncia della sentenza di non doversi procedere, al fine di evitare che i terzi e il datore di lavoro debbano difendersi in un periodo molto distante da quello in cui è originata la loro responsabilità, l'eccezione di decadenza deve quindi essere presentata dai convenuti entro i termini prefissati. Oltre all'insieme delle suddette limitazioni poste dal legislatore all'esonero della responsabilità civile per il datore di lavoro, ve ne è un'altra implicita nel sistema: il fatto che venga raggiunto il minimo indennizzabile dall'inabilità successiva l'evento lesivo. Si potrebbe ribattere che a tal proposito, nel caso contrario, l'assicurato perderebbe qualunque tipo di tutela, sia quella propria del diritto comune che quella dell'assicurazione obbligatoria. Tuttavia tale affermazione non sarebbe del tutto corretta perché l'esonero del datore dalla responsabilità non è una semplice eccezione, ma ha una sua dimensione nel sistema che tutela il lavoratore contro l'infortunio e la malattia professionale, sistema che, salvo una serie di

ipotesi previste dall'articolo 10, si sostituisce al diritto comune. A questo si aggiunge che anche nel momento in cui il minimo indennizzabile non venga raggiunto dall'inabilità, la malattia professionale e l'infortunio non perdono la loro rilevanza nel sistema di assicurazione obbligatoria. E' necessario infine sottolineare che l'esonero ha valenza nei confronti di tutti e non solamente nei rapporti tra lavoratore e datore di lavoro, a valenza del fatto che questo non si configura come una banale eccezione delle norme comuni, ma come una colonna portante del sistema di responsabilità tipico della legge infortunistica. Pertanto il terzo responsabile non può rivalersi nei confronti del datore di lavoro per la quota di responsabilità di quest'ultimo, ciò che manca è infatti la corresponsabilità ex art. 2055 c.c. del datore di lavoro.

## **LA RESPONSABILITA' CIVILE INDIRECTA**

Sempre secondo l'articolo 10 del T.U. rimane la responsabilità civile del datore di lavoro se la sentenza penale è arrivata alla conclusione che l'infortunio è imputabile ai suoi dipendenti, egli deve comunque rispondere del loro operato in virtù delle norme del codice civile. Perciò affinché si sia di fronte a responsabilità civile indiretta del datore è necessario che vi sia una sentenza penale che accusi il dipendente di essere responsabile penalmente per l'infortunio che ha colpito il lavoratore, deve esserci inoltre l'obbligo civilistico per il datore di lavoro di farsi carico delle azioni dei suoi dipendenti. Inizialmente la norma faceva riferimento solamente ai diretti collaboratori del datore. A tal proposito è necessario evidenziare la figura del preposto, l'art. 10 non prevede che quest'ultima venga incaricata sia della sorveglianza dei lavori che della direzione, in quanto tali termini sono utilizzati dalle norme in maniera disgiunta e non congiunta. La presenza del preposto non esime il datore di lavoro dalla responsabilità penale se al primo non siano stati attribuitigli compiti di sorveglianza o direzione o nel caso in cui, anche se glieli avessero attribuiti, non fosse stato in grado di perseguirli diligentemente a causa delle ingerenze del datore nelle mansioni assegnategli. In questi casi l'esonero dalla responsabilità è presente se il datore ha delegato in

maniera corretta le proprie mansioni di sicurezza sul lavoro e semprechè tale delega venga effettuata in virtù di determinate condizioni e limiti. La suddetta norma con il tempo si evolse e venne meno la già citata limitazione nel considerare solo gli stretti collaboratori del datore, venne infatti dichiarata l'illegittimità costituzionale dell'art. 4, che si estese poi anche all'art. 10, facendo sì che la figura del preposto perdesse la sua rilevanza per quanto riguardava la responsabilità civile indiretta del datore, questa comprende ora tutti gli infortuni scaturiti da reati perseguibili d'ufficio, di cui si sono macchiati i suoi dipendenti, per il quale operato è costretto a rispondere in virtù delle norme del codice civile. Ne è derivato un ampliamento della responsabilità civile del datore di lavoro, che ha comportato un'estensione del diritto di regresso dell'Istituto assicuratore, di cui ne è un presupposto la responsabilità del datore.

## **L'AZIONE DI RISARCIMENTO DEL LAVORATORE**

Se viene accertata la responsabilità del datore di lavoro, sia questa diretta o indiretta, il lavoratore può agire nei confronti del suo datore al fine di ottenere il risarcimento che gli spetta in virtù della disciplina propria del codice civile, allo stesso modo l'Istituto assicuratore può agire in regresso verso il datore al fine di ripetere da questo le indennità che ha erogato in precedenza al soggetto infortunato. L'accertamento di responsabilità del datore comporta inoltre che quest'ultimo sia obbligato al risarcimento del danno per intero. Quest'ultimo deve essere liquidato in modo tale da reintegrare il patrimonio psico-fisico del lavoratore infortunato al valore che aveva ex-ante l'illecito subito. Per quanto riguarda la suddetta liquidazione, il magistrato dovrebbe tenere in considerazione anche il pregiudizio alla vita sociale e non deve escludere l'appartenenza del lavoratore ad un'elevata classe sociale o a quella di operaio. Egli deve inoltre tener presente il probabile miglioramento retributivo del lavoratore, a cui ha rinunciato per via della menomazione della sua capacità lavorativa, sia per via delle migliori condizioni di vita che hanno caratterizzato la classe operaia nel tempo, sia per l'evoluzione lavorativa che lo avrebbe accompagnato lungo la sua carriera

assicurandogli un aumento della retribuzione negli anni, dovuto anche al fatto che inizialmente, vista la sua giovane età, si trovi in una fase ascendente di attività lavorativa. Ai sensi del risarcimento bisogna quindi tener conto del guadagno che il soggetto colpito sarebbe stato capace di ottenere nel momento in cui avesse raggiunto la totale capacità lavorativa. In pratica dalla somma che il lavoratore colpito da infortunio avrebbe dovuto ricevere a titolo di indennizzo in virtù del diritto comune, va detratto quanto deve percepire dall'Istituto assicuratore come risarcimento. La norma ha il semplice obiettivo di scongiurare l'arricchimento illecito del soggetto assicurato che percepirebbe un doppio indennizzo, sia da parte del datore di lavoro che da parte dell'Istituto assicuratore. E' disposto inoltre dall'articolo 10 che il lavoratore non possa pretendere nulla dal datore di lavoro responsabile civilmente quando il risarcimento liquidato dal magistrato sia inferiore all'indennità percepita dall'Istituto assicuratore. Come conseguenza di tali disposizioni dell'art. 10, l'ammontare del risarcimento è pari al valore capitale della rendita concessa, un valore che viene calcolato in relazione alle tabelle allegare all'articolo 39 del T.U.

## **IL DANNO DIFFERENZIALE**

Il danno differenziale si configura come il risarcimento che spetta al lavoratore soggetto a malattia professionale o colpito da infortunio sul lavoro e si qualifica come la differenza tra il danno che può essere risarcito in sede civilistica e l'ammontare versato dall'INAIL, come indennizzo. Bisogna evidenziare a tal proposito che, l'ammontare delle somme elargite per i vari titoli si rivelano diverse tra loro in quanto la disciplina dell'INAIL non si pone l'obiettivo di risarcire totalmente il danno ma si preoccupa maggiormente di sostenere socialmente l'infortunato, di contro la disciplina propria della responsabilità civile ha l'obiettivo di risarcire integralmente il danneggiato, con lo scopo primario di ricostituire la situazione in cui si trovava il soggetto prima di aver subito il danno. La suddetta diversità deriva da una duplice considerazione secondo la quale: le prestazioni che vengono elargite dall'INAIL sono correlate ad un banale

infortunio, al contrario il risarcimento proprio della responsabilità civile implica non solo il verificarsi dell'evento lesivo ma anche il fatto che questo si configuri come un illecito, dato che deriva da azioni colpose del terzo o del datore di lavoro. Inoltre con l'indennizzo da parte dell'INAIL si è data applicazione all'art. 38 della Costituzione e si è cercato di fornire il lavoratore infortunato dei mezzi adeguati, al contrario il danno biologico trova applicazione nell' art. 32 della Costituzione, il quale si occupa del risarcimento del danno in relazione alla esatta misura in cui si è manifestato. Quanto detto finora viene giustificato con l'entrata in vigore del D.L.gs. n.38 del 2000<sup>31</sup>. Come già detto tuttavia l'ergoazione gravante sulle spalle dell'INAIL, che si configura come indennizzo del danno biologico, non tutela ogni pregiudizio sofferto dal danneggiato. A dir la verità vi sono una porzione della dottrina e una della giurisprudenza che, suddividono il danno differenziale in quantitativo e qualitativo, effettuano inoltre un'ulteriore distinzione tra danno complementare e differenziale in quanto vogliono differenziare il risarcimento civile in relazione ai danni che non vengono coperti dall'indennizzo dell'INAIL, dalle altre tipologie di danno che, anche se coperti dall'indennizzo, sono inferiori se comparati con quello liquidato in virtù della responsabilità civile. Si sono quindi pronunciati in molti sull'argomento e si evince che le opinioni, anche dopo l'entrata in vigore del D.Lgs. n. 38, propendono per il risarcimento del danno differenziale. Tali sentenze hanno la particolarità comune di interpretare in modo costituzionale il suddetto decreto, al quale deve essere riconosciuto il merito di aver introdotto, in relazione all'assicurazione lavorativa, il danno biologico, che era una categoria non esistente in precedenza. Si è quindi giunti all'accettazione del risarcimento del danno differenziale quando i vari giudici hanno preso come riferimento il principio tipico della Corte Costituzionale, in virtù del quale l'azione di tutela al risarcimento finalizzato a preservare la salute deve essere inimitabile e integrale. Invero, se non sussistesse la suddetta accettazione, si creerebbe una

---

31) Con esso viene modificata la disciplina di riferimento in materia di liquidazione del danno biologico nel caso di infortunio sul lavoro. L'articolo 13 di tale decreto lega la copertura assicurativa obbligatoria al danno biologico, prevedendo inoltre un'insieme di criteri atti alla sua liquidazione e determinazione. De Matteis: *Danno differenziale e danno complementare dopo le sezioni unite del 2008*, in Riv.dir.sic.soc., 2010.



situazione costituzionalmente illegittima e assurda in quanto si limiterebbe ingiustificatamente il recupero totale del danno inflitto al lavoratore. A tal proposito è stato sottolineato che il rinnovato sistema indennitario dell'INAIL non ha la facoltà di vanificare o sacrificare il diritto proprio dell'assicurato volto ad ottenere il risarcimento integrale del danno subito in quanto così facendo verrebbe violato il precetto relativo l'articolo 32 della Costituzione il quale si occupa di proteggere la salute umana. E' evidente inoltre che impedire l'azione nei confronti del danno biologico differenziale, determinerebbe una disparità trattamentale fra gli individui che abbiano subito un danno biologico derivante da infortunio lavorativo, i quali non riceverebbero l'integrale risarcimento del danno, e quei soggetti che siano stati danneggiati ma non eziologicamente legati al lavoro che verrebbero invece risarciti in toto.

### **PRESUNZIONI DEL DANNO DIFFERENZIALE**

Se da un lato generalmente non sorgono difficoltà nel dare origine ad azioni finalizzate a riconoscere il danno differenziale verso un terzo, dall'altro, ai sensi dell'articolo 10 D.P.R. n. 1124 del 1965, il danno differenziale può gravare sul datore di lavoro assicurato, quando con sentenza civile o penale venga verificato che l'evento dannoso si sia manifestato in virtù di un fatto che costituisce reato e perciò, perseguibile d'ufficio, imputabile al datore di lavoro o ad un suo dipendente: solitamente infatti, sussiste un'esonero parziale dalla responsabilità del datore di lavoro salvo che non sia a questo imputabile anche una responsabilità penale, ad esempio per reati perseguibili d'ufficio. Tale verifica può essere effettuata anche dal giudice del lavoro e tramite una serie di criteri presuntivi della colpa in base a quanto disposto dagli articoli 2087 e 1218 c.c. Quindi abbiamo la possibilità di richiedere il danno differenziale al datore di lavoro solo nel caso in cui questo sia responsabile penalmente per reati perseguibili d'ufficio verificabili anche incidentalmente in giudizio civile, nonostante il lavoratore abbia la facoltà anche nella fase dubitativa, di dimostrare la sussistenza del rapporto lavorativo e il nesso causale tra il danno e l'evento. Sta poi al datore di lavoro dimostrare il

difetto proprio delle responsabilità, in virtù del fatto che si sia adoperato al fine di evitare il danno e che abbia tenuto conto dello stato della tecnica e della peculiarità dell'attività svolta.

## **IL CALCOLO DEL DANNO DIFFERENZIALE**

Anche in virtù di ciò che ho premesso nei paragrafi precedenti accade spesso che le società assicurative non si preoccupino di coprire totalmente il danno subito dal soggetto infortunato perchè sostengono che l'erogazione da parte dell'INAIL andrebbe a copertura dell'intero danno biologico. Infatti l'INAIL tenta spesso di agire in surroga nel modo sbagliato, senza quindi far propri i criteri stabiliti con ordinanza dalla Cassazione a proposito del calcolo del danno differenziale, agendo spesso in surroga anche relativamente a somme non indennizzabili e/o coperte. Secondo la suddetta ordinanza, il calcolo del danno differenziale fra indennizzo INAIL e risarcimento del danno deve essere compiuto calcolando la differenza tra il credito risarcitorio civilistico e l'ammontare pagato dall'INAIL per la medesima voce: ciò nonostante, a titolo di danno patrimoniale, il risarcimento del danno biologico non può subire una decurtazione per un importo pari a quanto pagato alla vittima. In virtù del principio di non redditività del danno biologico è palese che ogni aumento del risarcimento che deve l'INAIL per quest'ultimo, legato al reddito del soggetto, ha l'obiettivo di coprire il danno patrimoniale causatogli dalla menomazione della capacità lavorativa e di guadagno, in quanto se così non fosse sarebbe inconciliabile con la natura non reddituale del risarcimento del danno biologico. Perciò, quando sono presenti le premesse di cui all'articolo 13, D.lgs. 38 del 2000, l'INAIL deve liquidare a chi ne ha il diritto un'indennizzo sotto forma di rendita che ha un contenuto bipartito: con tale indennità l'INAIL compensa sia il danno patrimoniale derivante dalla menomazione della capacità lavorativa e di guadagno, sia il danno biologico. Una volta che la vittima ha percepito anche l'indennizzo dall'INAIL, al fine di calcolare il danno biologico differenziale bisogna: stabilire il livello di invalidità permanente proprio della vittima e tramutarlo in una somma monetaria, seguendo

i criteri tipici della responsabilità civile, in cui viene incluso il danno morale, attesa la natura omnicomprensiva e unitaria del danno non patrimoniale, si procede poi sottraendo dall'importo sopracitato solamente il valore capitale della porzione di rendita che copre il danno biologico e non il valore capitale del totale della rendita costituita dall'INAIL. Così facendo, un'interpretazione errata della normativa da parte dell'INAIL e delle assicurazioni, riduce notevolmente la somma che spetta al lavoratore infortunato. Al fine di determinare il danno, occorre quindi seguire i criteri ordinari, comparando in seguito l'importo risultante con l'insieme delle prestazioni erogate dall'INAIL, versando nei confronti del danneggiato, la potenziale differenza<sup>32</sup>. Bisogna far presente che esistono voci di danno, morale e altre voci di danno diverse da quello patrimoniale e da quello biologico, che non vengono ricomprese nella copertura assicurativa. Inoltre, è necessario sottolineare che l'indennizzo INAIL include al suo interno anche il danno patrimoniale derivante dalla menomazione della capacità lavorativa e di guadagno. L'INAIL infatti si preoccupa di indennizzare anche varie voci di danno patrimoniale, che sono legate alla redditività dell'infortunato, al contrario il danno biologico e non patrimoniale è aredituale. Perciò le voci che si riferiscono al danno non patrimoniale ma comunque differenti da quello biologico hanno il diritto di essere risarcite al danneggiato senza alcuna limitazione. Allo stesso modo l'infortunato deve avere la possibilità di detrarre dal danno elargito dall'INAIL, quello che gli è stato riconosciuto a titolo di danno patrimoniale. Da tutto ciò deriva che, in base all'ordinanza del 2016 della Cassazione, si dovrà verificare il danno subito dall'infortunato che è possibile risarcire, in questo marcare le voci relative il danno biologico e sottrarre le somme relative la rendita capitalizzata che viene avvertita dall'attore solamente come danno biologico, dato che viene tralasciato il danno patrimoniale pagato dall'INAIL, così da verificare l'esistenza o meno di un danno differenziale da indennizzare. La disciplina a

---

32) Perciò, tenendo conto del fatto che l'INAIL ha elargito una rendita che si riferisce parzialmente al danno biologico e per l'altra parte agli esiti patrimoniali dell'inabilità permanente, il raffronto non deve essere svolto posta per posta, ma tenendo in considerazione l'ammontare totale dei rispettivi risarcimenti. Ferrari V. : *Danno differenziale e problema della colpa nell'infortunio sul lavoro*, in Foro it., 2009,I, 877.

proposito è però ancora in evoluzione e si pensa che, pur venendo riconosciuto come un lavoro pregiabile quello della Corte di Cassazione, si detteranno ancora nuove regole a proposito della quantificazione del danno differenziale, nel mentre spetta al singolo interprete di gestire la situazione in modo da rendere il risarcimento liquidabile in sede civilistica il più possibile coerente con quello riconosciuto all'infortunato.

## **L'AZIONE DI REGRESSO DELL'ISTITUTO ASSICURATORE**

L'articolo 11 T.U. stabilisce che il lavoratore infortunato deve ricevere le prestazioni di legge dall'Istituto assicuratore anche nel caso in cui, in virtù dell'articolo 10, si verifichi la responsabilità penale dei dipendenti o dei loro datori di lavoro per il fatto da cui ha avuto origine l'infortunio. Inoltre in tali circostanze, può agire in regresso verso il datore di lavoro responsabile civilmente, per fatto a lui attribuibile o a un suo dipendente, con lo scopo di ripetere l'ammontare pagato a titolo indennitario e le spese accessorie sostenute. La suddetta disposizione ha scatenato vari problemi, in primo luogo risulta articolata<sup>33</sup> la natura dell'azione di regresso ex articolo 11 T.U. 1965. L'azione di regresso così intesa si configura come un diritto dell'Istituto assicuratore nei confronti del datore responsabile civilmente dell'infortunio, è un diritto che deriva dal rapporto assicurativo, e non

---

33) Vigè la tesi che essa si basi sulla successione del danno nei confronti del responsabile del sinistro. Ne deriva che il diritto di regresso proprio dell'Istituto assicuratore relativo le indennità che vengono erogate come conseguenza dell'infortunio, ha come limite il risarcimento dovuto al lavoratore infortunato dal datore di lavoro. In alcuni casi tuttavia all'azione di regresso viene attribuito un regime compatibile con la nozione di acquisto, a titolo derivativo, del diritto. Viene infatti ammesso che, nel caso di concorso di colpa del soggetto assicurato relativamente la produzione del sinistro, l'Istituto assicuratore abbia la facoltà, in ogni caso, di ripetere tutta la somma delle indennità concesse, indipendentemente dal risarcimento che il responsabile deve corrispondere. Inoltre essendo il diritto del lavoratore infortunato delimitato dall'eccedenza dell'ammontare dovuto dal responsabile rispetto al risarcimento che gli spetta in virtù del rapporto assicurativo, non sono opponibili all'Istituto assicuratore, la transizione, il pagamento e i fatti estintivi o modificativi tra il lavoratore infortunato e il datore responsabile per l'infortunio. Ferrari V. : *Danno differenziale e problema della colpa nell'infortunio sul lavoro*, in Foro it., 2009, I, 877.

da un risarcimento, e che ha come oggetto la ripetizione delle somme erogate. Nella dottrina si è aperta poi la discussione sull'autonomia dell'azione regressiva propria dell'Istituto assicuratore, cioè, se quest'ultimo, potesse, in caso di estinzione di reato, al fine di recuperare le indennità concesse per il risarcimento con carattere supplementare da parte degli aventi diritto e dell'infortunato, farsi promotore della verifica in sede civile della responsabilità del datore di lavoro. All'inizio tale ipotesi venne criticata sottolineando che, una volta venuta meno la possibilità di verificare il reato-fatto in sede penale, per via dell'intromissione di una causa estintiva, l'azione di regresso potrebbe aver origine solamente dall'accertamento civile sostenuto dagli interessati, dei quali non ne farebbe parte l'Istituto assicuratore, in quanto non è stato danneggiato dalla corresponsione delle indennità di legge, anche perchè le indennità trovano il loro equivalente nei premi che il datore ha pagato. In seguito però la giurisprudenza si è orientata diversamente stabilendo che, anche l'Istituto assicuratore sia interessato alla verifica civile della responsabilità penale tipica del datore di lavoro o dei suoi subordinati, allo scopo di esercitare il diritto di regresso di cui all'art. 5, primo comma; che sarebbe altrimenti subordinato alla volontà dell'infortunato e alle transazioni tra lui e il responsabile, in cui sarebbe inoltre presente una grande disparità di trattamento, rispetto al caso di condanna penale, ingiustificata. Inoltre a proposito del secondo comma dell'articolo 5 R.D. per il quale la sentenza che appura la responsabilità civile si qualifica come "sufficiente" a rendere l'Istituto assicuratore un creditore per via delle indennità corrisposte, in realtà palesa un potere di accertamento degli aventi diritto che non ha niente a che fare con l'esclusività o l'indispensabilità, in quel caso, al posto di "sufficiente" avrebbero dovuto infatti utilizzare "necessario". Tale potere riconosce solamente la validità, in virtù del diritto di regresso proprio dell'Istituto assicuratore, della sentenza civile dell'infortunato o dei superstiti verso il datore di lavoro, e della sentenza penale la quale verifica i presupposti di responsabilità civile del datore. E' una disposizione che vuole quindi favorire l'economia dei giudizi ed evitare contrasti di giudicati. A tale questione si connette quella dei termini di decadenza e prescrizione propri dell'azione di regresso dell'Istituto assicuratore e dell'azione

risarcitoria dell'assicurato in virtù degli articoli 10,11, 112 T.U. 1965. Emerge che, solamente successivamente all'accertamento penale o civile della responsabilità del datore di lavoro, viene applicato il termine prescrittivo di tre anni previsto per l'azione regressiva di cui all'articolo 112. Tale termine ha quindi decorrenza dal passaggio in giudicato della sentenza civile o penale di condanna, che verificano, tramite appello degli aventi diritto all'indennizzo, la responsabilità dei subordinati al datore di lavoro e di quest'ultimo. Se non si compie il suddetto accertamento non nasce nemmeno il diritto di regresso, ma al suo posto quello potestativo dell'Istituto assicuratore di sostenere il giudizio civile proprio dell'articolo 10, il quale ha un termine di decadenza. Per quanto riguarda l'azione risarcitoria dell'infortunato non è previsto alcuno speciale termine prescrittivo, si applicano quindi quelli citati nell'articolo 2947, a decorrenza del passaggio in giudicato della sentenza penale, la quale come già detto, si qualifica come titolo di responsabilità civile per l'infortunio sul lavoro, se siamo di fronte ad un caso di estinzione di reato si applica il termine di decadenza tipico dell'articolo 10, quinto comma, T.U. 1965. E' interessante sottolineare che , nel caso di un'esercizio tempestivo degli aventi diritto o dell'infortunato, dell'azione di accertamento della responsabilità del datore, reprime la decadenza prevista dall'articolo 10 anche nei confronti dell'Istituto assicuratore che potrebbe agire, in futuro, in via di regresso ex-art. 11 T.U. 1965. Il diritto di regresso tipico dell'Istituto assicuratore ha per oggetto anche gli interessi relativi le somme anticipate dall'era della nascita della rendita alla soddisfazione, e non solo il valore capitale di quest'ultima. Infatti, dal momento in cui il responsabile civile è cagionato, decorre per quest'ultimo, l'obbligo integrativo del danno, e siccome l'Istituto è costretto ad indennizzarlo tramite le prestazioni da quel preciso istante, il datore di lavoro si arricchirebbe ingiustamente se non si corrispondessero gli interessi relativi la somma necessaria accantonata dall'Istituto assicuratore, in quanto il primo pagherebbe un'ammontare di interessi inferiore, relativi cioè solamente alla somma che eccede il danno infortunistico.

## **ARTICOLO 2087 VS ARTICOLO 4**

Le disposizioni legislative in materia di responsabilità civile del datore, di cui ho parlato sinora, hanno originato una serie di problemi emersi in seguito l'applicazione della normativa ai singoli casi, ma ne sono sorti altri di più ampio respiro: come quello della compatibilità tra la normativa comune e la disciplina propria del regime speciale o della legittimità e del merito della disciplina legislativa accolta. Un primo quesito che venne posto è quello se l'articolo 4 R.D. n. 1765 del 1935 si dovesse ritenere abrogato dal 2087 c.c. E' stato stabilito che il 2087 non prevalicava l'art. 4 in quanto non si preoccupa di innovare l'intera disciplina, non configura infatti concetti innovativi, ma è un precetto generale dell'impresa, istituto a cui apparteneva prima del codice. Inoltre non impone obblighi differenti dai precedenti, e in ogni caso, anche se in particolari occasioni non contemplate nella legislazione sociale lo facesse, quelli non sovvertirebbero i rapporti tipici della legislazione infortunistica. La dottrina presenta pareri discordati sulla questione. Da un lato abbiamo la convinzione che la responsabilità civile del datore per infortuni sia esclusa dalla legge nella maggior parte dei casi, e sussista eccezionalmente solamente quando venga accertata l'omissione di cautele doverose tramite una sentenza penale, nonché in virtù di quanto disposto dall'articolo 2087 c.c. preso in considerazione per la sua funzione integrativa della forma assicurativa. Ancora viene esclusa la corresponsabilità civile tra l'Istituto assicuratore e il datore di lavoro, viene inoltre sostenuto che l'art. 2087 non si sia occupato di abrogare le disposizioni in materia infortunistica proprie dell'art. 4, in quanto non avrebbe apportato innovazioni rispetto alla norma di cui all'art. 1151 c.c. 1865, che veniva considerato compatibile con l'articolo 4. In altri studi viene sostenuto che non esiste incompatibilità fra l'art. 2087 e l'art. 4, in quanto dove non sia possibile applicare l'assicurazione infortuni, è presente la responsabilità del datore di lavoro, nei casi in cui invece sia applicabile, si ricorre alla limitazione di responsabilità. Perciò se è presente un'assicurazione contro gli infortuni e il datore di lavoro non ha alcuna colpa, l'indennità viene concessa comunque al lavoratore infortunato, se il datore non è al contrario esente da colpe, non c'è alcun titolo risarcitorio superiore all'indennità per via della limitazione

propria dell'art. 4. Se in ultima istanza non c'è un'assicurazione infortuni, il datore sarà responsabile civilmente quando sia colpevole. Ci sono altre facce della dottrina per le quali l'art. 2087 ha la colpa di aver generalizzato gli obblighi previdenziali finalizzati a tutelare l'integrità fisica del lavoratore, ciò determina che non è più possibile associare l'omissione colposa delle suddette azioni cautelari preventive alla limitazione della responsabilità civile del datore, come viene invece previsto dall'art. 4 per i datori in regola con l'assicurazione infortuni. Quindi la responsabilità civile dell'Istituto assicuratore rimane legata a quella del datore di lavoro. La giurisprudenza ritiene invece che l'art. 2087 sia compatibile con l'art. 4. In senso contrario esistono invece degli studi e pubblicazioni per le quali nell'articolo 2087 sia implicita la responsabilità del datore di lavoro per i danni che il lavoratore ha subito in seguito al mancato impiego di misure preventive atte a tutelarne l'integrità fisica. Essendo la citata responsabilità determinata tramite criteri variabili, che mutano in base allo stato della tecnica, all'esperienza e alla particolarità del lavoro. Ne sembrerebbe una logica conseguenza lo stabilire che l'art. 4, il quale limita i casi di responsabilità civile del datore di lavoro e l'art. 2087 siano incompatibili, nel senso che, la colpa del datore non viene eliminata da quella del lavoratore, come nel dolo, a causa del mancato impiego delle misure cautelari preventive previste. Tutto ciò perché la colpa del lavoratore, escluso il caso di rischio elettivo, ha solamente efficacia di occasione, concausa o modalità dell'iter produttivo dell'infortunio, la cui manifestazione sarebbe stata impedita dall'adozione delle citate cautele. In ogni caso possiamo concludere affermando che stiamo trattando norme che agiscono su dimensioni differenti, per le quali non si può parlare di incompatibilità ma di integrazione, in quanto una violazione degli obblighi di sicurezza propri dell'articolo 2087 c.c., costituisce, in virtù dell'articolo 13 c.p., un elemento di colpa per la violazione di leggi, in grado di originare la responsabilità civile per infortunio tipica delle disposizioni dell'articolo 4 R.D. del 1935 e oggi dell'articolo 10 del T.U. 1965.



## **VISIONE CRITICHE DELL'ESONERO DELLA RESPONSABILITA'**

Sono state poste una serie di critiche riguardo la soluzione legislativa presa in considerazione per via della sua incompatibilità con il nostro ordinamento giuridico costituzionale e della sua inadeguatezza nei confronti dell'evoluzione legislativa a riguardo. L'argomento è stato indagato anche in merito al diritto che dovrebbe essere formulato. La suddetta soluzione propria degli articoli 10 e 11 del T.U., andrebbe letta in relazione al determinismo dell'evento assicurato e quindi in relazione ai suoi elementi colposi, fortuiti e causali e alla necessità di evitare l'applicazione di disposizioni che originerebbero dei contenziosi enormi con riflessi negativi nell'ambito lavorativo. Tali critiche sono state prese in considerazione dall'ordinanza del Tribunale di Milano del 1965 che ha portato alla luce la questione di legittimità costituzionale dell'articolo 4 R.D. del 1935, tramutatosi ora nell'articolo 10 T.U., in relazione agli articoli: 3, 35, 38. Peraltro, con la sentenza del 1967, la Corte Costituzionale ha riconosciuto come infondata la questione di costituzionalità a proposito dell'esonero del datore dalla responsabilità civile. La Corte ha poi stabilito che l'articolo 3 della Costituzione non si consideri violato dato che la posizione del lavoratore infortunato è talmente peculiare da renderla inassimilabile a quelle trattate dalle altre norme in materia di responsabilità civile. Essa ha escluso anche ogni contrasto con l'articolo 38 in quanto la riduzione forfettaria dell'indennizzo ha un riscontro in una serie di quote integrative per carico familiare e una periodica rivalutazione delle rendite, le quali assicurano al sistema assicurativo un netto vantaggio rispetto al diritto comune. La Corte continua con l'esclusione dell'illegittimità costituzionale del primo comma dell'art. 4 in riferimento al principio di eguaglianza sostanziale dell'articolo 3, dato che non è possibile stabilire, in sede di giudizio, quanto la colpa del lavoratore o quella del datore di lavoro abbiano inciso nello scatenare l'infortunio. Per quanto riguarda l'incidenza sul lavoratore dell'onere assicurativo è stato rilevato che si tratta di una situazione non corrispondente alla condizione attuale del mercato del

lavoro regolato dalla contrattazione collettiva. La Corte ha inoltre considerato illegittime alcune disposizioni limitative della responsabilità civile del datore di lavoro in quei casi in cui viene meno l'esonero, in particolare il terzo comma in cui si limita la responsabilità civile indiretta all'evento delle persone preposte alla direzione e sorveglianza dei lavori, e il quinto comma dell'art. 4 che limita le ipotesi di estinzione del reato, le quali offrono la possibilità di promuovere l'accertamento civile della responsabilità del datore alle ipotesi di morte e amnistia. La dichiarazione di incostituzionalità non avrebbe comunque determinato l'annullamento di tutta la disposizione, ma avrebbe fatto solamente venir meno le sopracitate limitazioni con la conseguenza che ora il datore è civilmente responsabile dell'evento scatenante il reato commesso da un suo dipendente del quale operato deve farsi carico in virtù delle norme del codice civile e che le azioni di responsabilità civile siano ammissibili in ogni ipotesi di estinzione di reato.

## **LA RESPONSABILITA' CIVILE DEL TERZO**

### **L'AZIONE DI RISARCIMENTO DEL LAVORATORE**

L'evento colposo può, anche derivare da colpa di un terzo che potrebbe far parte o meno dell'azienda a cui appartiene il lavoratore infortunato. In tale ipotesi il terzo è obbligato a risarcire il danno secondo il diritto comune, senza poter appellarsi all'esonero di responsabilità civile ex articolo 10 T.U., e senza poter pretendere la subordinazione della sua responsabilità civile all'esistenza di una sentenza penale, che si fosse occupata di verificare la sua partecipazione nel fatto colposo, il quale ha determinato l'infortunio. L'istituto assicuratore può agire nei confronti del terzo responsabile ma estraneo al rapporto assicurativo, ai sensi dell'articolo 1916 c.c. al fine di ripetere quello che, per legge, ha liquidato al soggetto assicurato. Tale

comportamento non è soggetto alla disciplina propria degli articoli 10 e 11 T.U. e quindi non è subordinato alle limitazioni che questi prevedono. Per quanto riguarda l'assicurato, questo non deve macchiarsi di atti capaci di compromettere il diritto di surroga dell'Istituto assicuratore, come ad esempio accordarsi con il terzo sull'ammontare del risarcimento, nel caso in cui lo facesse, dovrebbe tuttavia rispondere del danno arrecato all'Istituto, perdendo così, in virtù dell'art. 1916, in toto o in parte, il diritto alle indennità. Inoltre a proposito delle dichiarazioni dell'assicurato in relazione alla colpevolezza del responsabile del sinistro o all'entità del danno subito, non è possibile attribuirgli efficacia come prova verso l'Istituto assicuratore, dato che la confessione ha efficacia solamente verso chi la compie e non può compromettere i diritti di terzi.

### **L'AZIONE DI SURROGA**

L'articolo 1916, dispone che in seguito al pagamento delle indennità assicurative venga trasferito il diritto di risarcimento dall'assicurato all'assicuratore, non prevede una vera e propria surrogazione. Quest'ultima implica che vi sia un pagamento da parte di un individuo, estraneo al rapporto giuridico, per un importo pari al debito al quale l'obbligato era tenuto verso il creditore, al contrario, quando l'Istituto assicuratore versa l'indennizzo al soggetto assicurato, non sta facendo altro che adempiere alle sue obbligazioni impostegli dalla legge speciale, obbligazioni che sono autonome e indipendenti rispetto a quelle risarcitorie del responsabile civile. Nell'articolo 1916 deve invece essere presente sempre una forma di successione particolare per quanto riguarda il diritto del credito. Individuare la natura dell'azione di surroga è importante in quanto ha una notevole rilevanza pratica, soprattutto nel momento in cui la surroga diviene operativa nei confronti del terzo soggetto responsabile civilmente. E' compito della Suprema Corte e delle magistrature controllare che la successione nel diritto di credito non si attui automaticamente e nell'immediato, ovvero nell'istante in cui l'assicuratore versa all'assicurato la somma dovuta, ma che questo avvenga solo dopo che l'assicuratore abbia comunicato al soggetto terzo responsabile il pagamento

dell'indennizzo ed abbia dato manifestazione della sua volontà di volersi avvalere dell'azione di surroga riconosciutagli dalla legge. Quando il responsabile del danno non sa che è già avvenuta la corresponsione delle indennità assicurative da parte dell'Istituto, ha la possibilità di indennizzare il danneggiato, liberandosi così della sua obbligazione, in questo modo ha la facoltà di bloccare l'azione proposta dall'assicuratore ex art. 1916 c.c.<sup>34</sup>. Tra l'azione risarcitoria dell'assicurato per il residuo e l'azione di surroga dell'Istituto assicuratore si profila un rapporto di connessione. Sono una serie di principi che, in virtù dell'art. 1916, sono applicabili anche all'assicurazione obbligatoria contro gli infortuni sul lavoro, perciò l'Istituto assicuratore può agire in surroga verso il terzo responsabile civile dell'infortunio, fino a concorrenza dell'indennità di legge ed entro il limite del credito originario dell'assicurato che è stato danneggiato nei confronti del responsabile civile stesso. Ci sono anche altre conseguenze che derivano dalla natura dell'azione ex art. 1916 c.c., ovvero che il soggetto terzo responsabile civilmente, sempre estraneo al rapporto assicurativo obbligatorio, può presentare all'Istituto assicuratore, il quale agisce in surroga, le medesime eccezioni che avrebbe opposto al danneggiato. Perciò non riferendosi a quelle che implicano la legittimità del pagamento dell'indennizzo dovuto a infortunio sul lavoro, né va letta sotto il profilo che all'evento manchino gli elementi propri dell'infortunio sul lavoro, né inoltre circa la corretta corrispondenza tra l'indennizzo stabilito dalla legislazione sugli infortuni e l'indennizzo versato. Anche tale normativa viene giustificata dalla giurisprudenza. Dopo che il terzo responsabile civilmente è obbligato dall'ex art. 2043 c.c. a rimborsare per intero il danno inflitto, si sia preoccupato di

---

34) Perciò la surrogazione legale prevista da tale norma, assume efficacia verso l'obbligato quando viene notificata al soggetto debitore. Se la surroga è totale, segue un'eliminazione completa del rapporto tra creditore originario, ovvero il lavoratore infortunato e il debitore con la conseguenza che il diritto del surrogatorio, ovvero dell'Istituto assicuratore, acquisisce piena autonomia verso il debitore, che sia anche responsabile civile. Anche nel caso in cui la surrogazione fosse solamente parziale il diritto del surrogatorio sarebbe comunque autonomo, in quanto il credito originario diviene bipartito tra il danneggiato e il surrogato, che hanno la possibilità di perseguire il debitore ognuno in modo separato e per la parte che gli spetta. Ferrari V. : *Danno differenziale e problema della colpa nell'infortunio sul lavoro*, in Foro it., 2009,I, 877.

rimborsare l'Istituto assicuratore della somma che quest'ultimo ha corrisposto all'infortunato, si è liberato dal rischio di pagare doppiamente per il danno arrecato considerato che, l'azione di surroga da luogo ad un'ipotesi di successione nel credito, egli si libera del debito originario fino alla concorrenza dell'ammontare corrisposto all'Istituto assicuratore. Il terzo responsabile, vuole invece che l'Istituto assicuratore gli fornisca le prove del liquidamento dell'indennizzo nei confronti del lavoratore assicurato, si interessa inoltre dell'accertamento dell'ammontare dell'indennizzo concesso, non in relazione alla corrispondenza esatta della misura stabilita dalla legge speciale, ma accertandosi che non ecceda il risarcimento da lui dovuto, in virtù del fatto che, il danneggiato non ha la facoltà di trasferire all'Istituto assicuratore, per forza di legge, un credito maggiore rispetto a quello che ha il diritto di reclamare dal terzo. Il terzo non può quindi far riferimento ad una liquidazione di indennità all'infortunato, in misura maggiore di quella che gli spetta realmente, viene inoltre stabilito che il diritto di rivalsa include anche le somme erogate in seguito alla riliquidazione della rendita. Nel senso che compresa nella surroga dell'ente previdenziale ci sono anche i danni morali in quanto si configurano come una componente propria del risarcimento. L'azione di surroga ha inoltre per oggetto, oltre alle indennità già concesse dall'Istituto assicuratore anche l'ammontare che corrisponde alle altre annualità di rendita che devono essere pagate. Si ritiene infatti che la norma compresa nel primo comma dell'articolo 11 T.U. sancisca un principio di carattere generale, che si applica anche nei casi in cui l'Istituto assicuratore agisca in surroga contro il terzo soggetto estraneo al rapporto assicurativo ma civilmente responsabile. E' palese che l'Istituto assicuratore tragga vantaggio da tale situazione dato che questo copre il capitale produttivo della rendita con la propria riserva anche nel caso in cui eroghi l'indennizzo all'assicurato tramite rendita mensile, inoltre anche se egli continua a detenere il controllo di tali somme, in virtù del vincolo che le lega vengono assimilate ad un deposito di un ammontare per di chi detiene il diritto. Venne poi dichiarata l'illegittimità costituzionale dell'articolo 1916 c.c. nella sezione in cui permette all'assicuratore di servirsi, durante l'esercizio del proprio diritto di surrogazione verso il terzo, anche degli importi che egli deve

all'assicurato come risarcimento del danno biologico che costui ha subito. E' stato poi stabilito che l'azione di surroga ha una natura risarcitoria , in virtù del fatto che si basa sull'ingresso del lavoratore nel rapporto risarcitorio tra terzo responsabile e assicurato. Da tale natura deriva che l'ammontare della somma che il responsabile civile deve esercire va presa tenendo conto del momento della decisione giudiziale, quando si calcola il valore capitale della rendita, si devono perciò, prendere in considerazione i miglioramenti che sono stati apportati a quest'ultima. La medesima soluzione può essere applicata all'azione di regresso ex articolo 11 T.U. alla quale allo stesso modo, può venirgli riconosciuta natura surrogatoria. Inoltre siccome l'Istituto assicuratore ha il diritto di ripetere il valore capitale corrente della rendita, inclusa la capitalizzazione degli aumenti disposti per legge fino a quel momento, è necessario che la domanda sia proponibile anche in appello, non costituendosi come domanda nuova, in virtù dell'art. 344 c.p.c. Per di più l'Istituto assicuratore detiene, nei confronti della suddetta somma, il diritto a ricevere interessi compensativi che decorrono dal giorno in cui la rendita si è costituita. A tal proposito è bene citare una serie di disposizioni della legge n. 990 del 1969, trattanti l'assicurazione obbligatoria della responsabilità civile che deriva dalla circolazione dei natanti, ovvero strumenti di navigazione inferiori ai sei metri e dei veicoli a motore. In virtù dell'art. 28, nel momento in cui il danneggiato sia tutelato da un'assicurazione sociale, l'Ente che gestisce l'assicurazione sociale ha la facoltà di ottenere, o tramite l'impresa designata agli effetti del Fondo di garanzia per le vittime della strada o tramite l'assicuratore del responsabile, il risarcimento per le spese sostenute in virtù delle prestazioni devolute al danneggiato ai sensi dei regolamenti e delle leggi che ordinano la stessa assicurazione, salvo che non sia già avvenuta la consegna del risarcimento al danneggiato, secondo l'osservanza dei seguenti adempimenti. Invero, prima che il danno venga liquidato, l'impresa designata o l'assicuratore del responsabile devono richiedere al danneggiato una dichiarazione che attesti che quest'ultimo non abbia alcun diritto a nessuna prestazione da parte di alcun Istituto assicurativo che gestisce assicurazione sociali obbligatorie. Quando il danneggiato sostiene di aver diritto alle suddette prestazioni, l'impresa designata o l'assicuratore devono

darne informazione all'ente di assicurazione sociale competente, procedendo così con la liquidazione del danno solo dopo il preliminare accantonamento di un'ammontare appropriato a coprire il credito dell'ente per le prestazioni da erogare o erogate. Se trascorrono quarantacinque giorni dalla data della comunicazione, e in questo lasso di tempo l'Istituto assicuratore non ha dichiarato di volersi surrogare in relazione ai diritti del danneggiato, l'impresa designata o l'assicuratore del responsabile hanno la facoltà di predisporre la liquidazione finale a favore del danneggiato. Nel caso in cui il comportamento del danneggiato avesse pregiudicato l'azione di surrogazione, l'ente assicuratore sociale avrebbe il diritto di ripetere dal danneggiato gli importi corrispondenti agli oneri sostenuti. Il diritto acquisito dall'Istituto assicuratore è soggetto a prescrizione per effetto della surroga ex art. 1916 c.c.<sup>35</sup>.

## IL CONCORSO DI COLPA DELL'ASSICURATO

Esaminiamo ora cosa succede quando il fatto del soggetto assicurato e danneggiato concorre nella produzione dell'evento dannoso. Bisogna quindi stabilire se l'Istituto assicuratore può surrogarsi verso il terzo responsabile per la totale indennità concessa, oppure deve limitarsi a ripetere l'ammontare di indennità in proporzione al grado di colpa del terzo responsabile, escludendo la parte che corrisponde alla partecipazione dell'assicurato nell'evento lesivo. È stato poi osservato che quando l'assicuratore esercita surrogatoriamente e quindi in modo derivato il diritto di risarcimento dell'infortunato, in quanto proporzionato al livello di colpa del terzo, può farlo valere solamente nei limiti che spettano al soggetto infortunato. Tutto ciò comporta l'esclusione dell'esercizio del diritto di

---

35) A tal proposito, si deve ritenere che, dato il carattere derivativo del suddetto acquisto, essa si configuri come la stessa del diritto al risarcimento del danno che spetta all'assicurato; tale prescrizione si distingue inoltre da quella relativa al diritto potestativo di surroga che nasce dal rapporto assicurativo, in virtù del quale, è applicabile, anche in mancanza di specifiche disposizioni e nel ramo delle assicurazioni sociali, il termine prescrizione proprio dell'articolo 2952 c.c. La Peccerella L., *Il danno alla persona nell'infortunistica del lavoro tra indennizzo e risarcimento*, in Riv.inf.mal.prof., 2008, I, 47.

rivalsa per la parte di colpa che ricade sull'infortunato. Tale soluzione viene rafforzata dal contenuto del rapporto assicurativo: dato che l'assicuratore è obbligato a pagare l'intera indennità all'infortunato anche se la colpa di quest'ultimo è totale, nel caso in cui l'infortunato sia colpevole parzialmente, l'assicuratore dovrebbe farsi carico esclusivo di quella porzione di colpa. In carico all'assicuratore, come obbligazione a favore dell'assicurato, rimarrebbe anche la differenza di danno attribuibile all'infortunato nei confronti della quale il terzo risulta estraneo. Riguardo tale questione si è pronunciata poi la Cassazione disattendendo le conclusioni a cui erano pervenute le suddette magistrature, queste infatti con il tempo si sono adeguate agli insegnamenti della Suprema Corte. A partire dalla sentenza del 1958 la giurisprudenza propria della S.C. è convinta che il concorso di colpa dell'assicurato condizioni solamente in modo indiretto il diritto di surroga proprio dell'assicuratore, in quanto riduce il risarcimento dovuto dal terzo soggetto responsabile. La Suprema Corte ha inoltre osservato che la lettera insita nell'art. 1916 c.c. non permette di limitare il contenuto del diritto di surroga che è stato previsto per favorire l'assicuratore nel recupero dell'indennità corrisposta al danneggiato, dato che la frase “ sino alla concorrenza dell'ammontare di essa” sta a significare che, dove vi sia disponibilità, l'assicuratore ha la facoltà di pretendere dal terzo responsabile la totale indennità pagata al danneggiato. La limitazione del suddetto diritto viene esclusa anche in seguito all'interpretazione logica della norma, dato che il legislatore ha deciso di realizzare tramite l'azione di surroga due differenti obiettivi: evitare che da una parte l'assicurato infortunato, una volta ricevuto il duplice indennizzo, ottenesse una ripartizione superiore al danno effettivamente subito, e dall'altra impedire che il terzo responsabile potesse trarre vantaggio dall'assicurazione, rifuggendo l'onere del risarcimento. Dato che questi sono gli obiettivi che il legislatore vuole raggiungere con il primo comma dell'articolo 1916 c.c., non c'è alcun motivo per il quale, nel caso di concorso di colpa dell'assicurato, l'assicuratore non debba rivalersi dell'ammontare totale dell'indennità corrisposta, a condizione che vi sia capienza a proposito della somma dovuta dal terzo al lavoratore corresponsabile e danneggiato, e debba quindi limitarsi ad esigere la sola parte di indennizzo



corrispondente al grado di colpa del terzo responsabile. Nel caso in cui tale criterio venisse seguito, si inciterebbero comportamenti scorretti in quanto verrebbe premiata la colpevolezza del soggetto assicurato e danneggiato, dato che non si detrarrebbe, a favore dell'assicuratore, dal totale del risarcimento che gli spetta, l'intera somma dell'indennità ricevuta, un'indennità che ricordiamo deve essere versata dall'istituto assicuratore anche se la colpa ricade nel lavoratore, ma solamente la parte di quest'ultima proporzionale al grado di colpa del terzo responsabile, determinando così un'illecito arricchimento per l'assicurato e un danno ingiusto nei confronti dell'assicuratore. Inoltre ciò determinerebbe un trattamento di favore per il lavoratore infortunato che non gli spetterebbe se avesse contribuito, tramite la sua condotta colposa, al verificarsi dell'infortunio. In quest'ultimo caso infatti il risarcimento che gli spetta dal terzo verrebbe ridotto dell'importo totale relativo l'indennità assicurativa ricevuta mentre, nell'ipotesi di concorso di colpa, egli manterrebbe, ai danni dell'assicuratore, la porzione di risarcimento proporzionale al suo grado di colpa. Questa tuttavia è una soluzione che va contro ogni logica giuridica. E' indubbio che il concorso di colpa dell'assicurato possa influenzare il diritto di surroga dell'assicuratore visto che, riducendo l'importo del risarcimento che il terzo deve al corresponsabile danneggiato in virtù del diritto comune, comporta una limitazione della capacità di capienza del credito dell'assicuratore, si tratta tuttavia di una conseguenza eventuale e indiretta. Nella realtà l'azione di surroga si applica all'ammontare del risarcimento che spetta al danneggiato in virtù del diritto comune, il danneggiato è infatti investito del diritto di percepire dal responsabile un importo corrispondente la perdita subita, è proprio su tale somma che viene esercitato il diritto di surroga da parte dell'assicuratore. Da tale soluzione è necessario sottolineare che non trae vantaggio l'assicuratore dato che la surroga si configura come un fatto apprezzabile statisticamente, che è capace di influenzare le tariffe dei premi e di assicurare all'assicuratore un riflusso tale da impiegarlo a migliorare la garanzia collettiva degli assicurati. In seguito è emersa un'altra concezione che pur mantenendo saldo il principio secondo cui il concorso di colpa incida solamente in modo indiretto sulla surroga dell'assicuratore, stabilisce che, in relazione ai rapporti tra l'assicurato e

l'assicuratore, il diritto di surroga di quest'ultimo vada incontro ad una serie di limitazioni, derivanti dalla misura della copertura assicurativa e dall'oggetto del contratto di assicurazione. Viene sostenuto infine che la surroga sia esercitabile solamente nei confronti di quella porzione di risarcimento dovuto dal responsabile, che corrisponde al danno coperto dall'assicurazione.

## CONCLUSIONI

Questo studio ha cercato di rispondere alla domanda:” Cosa sono le malattie professionali e in che ambito si possono inquadrare?”. A tal fine è stata condotta un'indagine sull'origine e le circostanze che hanno determinato la nascita della prevenzione e della protezione sociale attraverso l'analisi prima costituzionale e poi del codice civile della nozione di malattia professionale. Sono stati analizzati vari articoli e varie normative che hanno caratterizzato nel corso degli anni tale disciplina e ne hanno determinato l'evoluzione e la rinascita. Si è tentato di spiegare la differenza tra malattie professionali e infortunio sul lavoro; infatti pur trattandosi di fattispecie che sono spesso citate congiuntamente, non sono sinonimi e anzi si differenziano tra loro per fattori sostanziali come ad esempio primo fra tutti, il fatto che l'infortunio sul lavoro si scatena da una causa violenta, diretta e improvvisa, al contrario per le malattie professionali è necessario studiare il nesso eziologico tra l'attività lavorativa svolta e la tecnopatia manifestatasi. Non è quindi facile ricondurre la nascita della malattia all'attività prestata in ambito lavorativo, anche in base alla circostanza che questa non si manifesta in maniera immediata e impetuosa come per l'infortunio, ma la sua natura cresce nel tempo e agisce con tempistiche prolungate. Prima di passare alla sezione finale ho definito in modo chiaro la malattia professionale e il modus operandi da seguire una volta manifestatasi, ponendo poi l'accento su due tecnopatie particolari che ho inserito in quanto si differenziano dalle altre malattie professionali, della considerazione che per queste ultime non è infatti più indispensabile che vengano contratte “a causa e nell'esercizio dei lavori”, ma solo “nell'esercizio”, perciò, non è più necessario accertare il nesso causale attraverso il giudizio tecnico. Infine ho cercato di enucleare al meglio la responsabilità propria del datore di lavoro e del soggetto terzo all'interno del rapporto lavorativo, con l'intento di mettere in luce i diritti del lavoratore sul tema in quanto il datore è responsabile in certi casi e non lo è in altri, l'importanza di questi diritti e doveri è fondamentale per una tutela

completa dei lavoratori sul tema, oggi centrale, delle loro sicurezze nei luoghi lavorativi, e sulle conseguenze che possono derivarne.

## BIBLIOGRAFIA

- Altavilla Renata: *L'obbligo contributivo nel sistema di tutela degli infortuni sul lavoro e delle malattie professionali*, Dott. A. Giuffrè editore, Milano, 1991.
- Alibrandi Giuseppe : *Infortuni sul lavoro e malattie professionali*, Giuffrè editore, 2002.
- Battisti Anna Maria, *Principi di diritto della sicurezza sociale*, Universitalia, 2019.
- Bertoncini: *L'art. 2087 e gli obblighi di informazione verso l'apprendista*, nota a Cass.18 maggio 2007 n.11622, in Resp.civ. E prev., 2006, II, 2295.
- Blanda Francesco: *L'assicurazione contro infortuni sul lavoro e malattie professionali secondo il T.U. 30/06/1965 n. 1124*, Unione tipografico-editrice Torinese, Torino, 1970.
- Brocardi.it.
- Casola: *Esonero da responsabilità del datore di lavoro e conseguenze processuali in tema di danno differenziale*, in Riv.it.dir.lav. 2009,I, 99.
- Cinelli: *Diritto della previdenza sociale*, Torino, 2015.
- Cricenti: *La responsabilità per il fatto altrui. Il caso della prestazione gratuita*, in *Nuove leggi civili comm.*, 2006, I, 695.
- De Matteis Aldo: *Infortuni sul lavoro e malattie professionali*, Giuffrè editore, 2016.
- De Matteis: *la responsabilità del datore di lavoro*, Roma, 2013.
- De Matteis: *Danno differenziale e danno complementare dopo le sezioni unite del 2008*, in Riv.dir.sic.soc., 2010.
- Diritto e lavoro nelle marche, edizione luglio - dicembre 2018, Centro Stampa Piceno – AP.
- Di Stasi: *Una eccellente sintesi di presente e futuro: la suprema Corte riconosce la rilevanza giuridica dello Straining*, ADL argomenti di diritto del lavoro, CEDAM, 2014.
- Di Cerbo Fernando: *L'assicurazione contro gli infortuni sul lavoro e le*

*malattie professionali nella giurisprudenza*, Giuffrè, 1998.

De Compadri Fausto: *L'assicurazione obbligatoria contro gli infortuni sul lavoro e le malattie professionali, diritto e procedura*, Giuffrè editore, Milano, 2002.

Ente di patrocinio ed assistenza per i lavoratori agricoli: lista europea delle malattie professionali.

Ferrari Gennaro: *Infortuni sul lavoro e malattie professionali*, Padova, Cedam, 2002.

Ferrari Gennaro: *La normativa sull'assicurazione obbligatoria contro gli infortuni sul lavoro e le malattie professionali*, Giuffrè editore, 1991.

Ferrari G. *Equo indennizzo e rendita Inail nel sistema legisaltivo di tutela contro i rischi sul lavoro nel comparto del pubblico impiego*, in *Giur. merito*, 2009.

Ferrari V. : *Danno differenziale e problema della colpa nell'infortunio sul lavoro*, in *Foro it.*, 2009,I, 877.

Giubboni: *Infortuni sul lavoro e malattie professionali*, Torino, 1999.

Giubboni-Ludovico-Rossi, *infortuni sul lavoro e malattie professionali*, Padova, 2014.

Giubboni: *Il risarcimento del danno differenziale del lavoratore vittima di infortunio*, in *Dir. Lav. Marche* 2007,1,11.

La Peccerella L., *Il danno alla persona nell'infortunistica del lavoro tra indennizzo e risarcimento*, in *Riv.inf.mal.prof.*, 2008, I, 47.

Ludovico: *Tutela previdenziale per gli infortuni sul lavoro e le malattie professionali e responsabilità civile del datore di lavoro*, Milano, 2012.

Mirandi Giovanni: *Gli infortuni sul lavoro e le malattie professionali*, CEDAM editore, 1979.

Morinello Aldo: *La tutela del lavoratore contro le malattie professionali in Italia e negli altri paesi mec*, Milano, Dott. A. Giuffrè, 1963.

*Rivista italiana del diritto del lavoro*, Milano, Giuffrè Francis Lefebvre.

*Rivista italiana di medicina legale e del diritto in campo sanitario*, fascicolo n. 4, Giuffrè, 2015.

