

Capacità di lavoro	Consta di una base biologica (validità psicofisica), di una culturale (preparazione tecnica) e di una attitudinale (disposizione naturale psicofisica a una determinata attività)
Incapacità di lavoro	Può essere parziale (invalidità) o totale (inabilità), temporanea o permanente
Validità	Integrità somato-psichica
Invalidità	Perdita parziale dell'integrità somato-psichica, quindi con riflessi più o meno severi sulla capacità di lavoro
Abilità	Possesso dei requisiti di carattere tecnico-professionale, che permettono di espletare un certo lavoro
Inabilità	Perdita assoluta della capacità di lavoro, temporanea o permanente
Idoneità	Possesso dei requisiti biologici e attitudinali per svolgere un certo lavoro con determinati rischi specifici
Inidoneità	Può essere parziale o totale, temporanea o permanente

INFORTUNIO SUL LAVORO

Gli infortuni sul lavoro protetti dalle leggi previdenziali rappresentano dunque solo una categoria con caratteri propri, che vengono definiti dagli **articoli 2 e 210 del D.P.R. 30 giugno 1965, n° 1124**, i quali affermano che l'assicurazione comprende: **“Tutti i casi di infortunio avvenuti per causa violenta in occasione di lavoro, da cui sia derivata la morte o una inabilità permanente al lavoro, assoluta o parziale, ovvero un'inabilità temporanea assoluta che importi l'astensione dal lavoro per più di tre giorni”**.

“Agli effetti del presente decreto, è considerata infortunio sul lavoro l'infezione carbonchiosa”.

L'infortunio sul lavoro è un evento diverso dalla disgrazia accidentale, qualificato dai seguenti elementi:

- ***l'anomalia*** dell'accadimento rispetto all'andamento regolare del lavoro;
- ***l'imprevedibilità*** del fatto dannoso che non è stato voluto dal lavoratore ed è giunto inaspettato;
- ***l'accidentalità*** dell'incontro tra la causa lesiva e la persona del lavoratore stesso, la quale tuttavia non dipende dal caso fortuito o dalla forza maggiore bensì è legata alla pericolosità della prestazione d'opera.

Si tratta, cioè, di un evento dannoso avvenuto per causa violenta in occasione di lavoro, i cui componenti essenziali sono **l'elemento eziologico (causa violenta)**, **l'elemento circostanziale (occasione di lavoro)** e **l'elemento consequenziale (morte o inabilità)**.

La **causa violenta** produttiva dell'incidento lavorativo è rappresentata da **agenti esterni, dotati di idoneità lesiva e di concentrazione cronologica.**

E' quest'ultima che differenzia l'incidento dalla malattia professionale.

- 1. L'esteriorità della causa è propria delle azioni nocive estranee all'organismo dell'infortunato, che operano "ab extrinseco".*
- 2. L'idoneità lesiva, va intesa nel senso che la capacità di provocare l'incidento è ammessa per tutte quelle azioni anormali rispetto al regolare andamento del lavoro, capaci di produrre lesioni corporali da cui derivi la morte o un'inabilità.*
- 3. La concentrazione cronologica, cioè la causalità concentrata nel tempo, si riferisce alla durata del contatto tra l'agente esterno e l'organismo del lavoratore.*
- 4. Le concause preesistenti, simultanee o sopravvenute, non escludono l'indennizzabilità dell'incidento. Di fatto l'incidento può essere determinato da una sola causa oppure da un concorso di cause, la cui presenza può agire in vario modo, cioè come concausa d'incidento, di lesione o di inabilità.*

Le concause di incidente sono tutti quei stati preesistenti che rendono possibile il verificarsi dell'incidento stesso.

Le concause di lesione sono rappresentate da stati patologici preesistenti.

Le concause di inabilità comprendono gli esiti di un incidente pregresso o di eventi extralavorativi che incidono sulle conseguenze menomative del successivo incidente, aggravando il grado complessivo di inabilità permanente.

L'occasione di lavoro

L'**occasione** designa il **rapporto eziologico** particolare che può intendersi nel senso che il lavoro debba aver creato la condizione che ha permesso alla causa accidentale di divenire causa lesiva. Il rischio professionale è l'elemento fondamentale su cui si basa, come già ricordato, il principio dell'assicurazione obbligatoria, poichè è il lavoro che reca in sè il movente dell'azione lesiva, indipendentemente da ogni misura di prevenzione o di prudenza. **La pericolosità del lavoro costituisce, insomma, la presunzione dell'esistenza del rischio e il fondamento dell'assicurazione stessa.**

- 1. Il rischio professionale è l'elemento fondamentale su cui si basa il principio dell'assicurazione obbligatoria, poiché è il lavoro che reca in sè il movente dell'azione lesiva, indipendentemente da ogni misura di prevenzione o di prudenza.*

Il rischio può essere di tre specie: generico, generico aggravato o specifico.

Il **rischio generico** è rappresentato da una situazione di pericolo che grava in egual misura sul lavoratore intento alla propria opera come su ogni altro individuo.

Il **rischio generico aggravato** è quello che incombe su ogni cittadino, ma grava in misura maggiore, per frequenza o entità, su coloro che disimpegnano determinate attività lavorative.

Il **rischio specifico**, o proprio, è quello strettamente inerente alle condizioni di determinate attività lavorative e incombe in modo esclusivo o nettamente preponderante su coloro che esplicano mansioni peculiari.

- 2. La **finalità di lavoro** rappresenta il **rapporto di obbligo** derivante dal contratto di lavoro, in virtù del quale l'assicurato è tenuto alla prestazione della propria opera, esponendosi in tal modo al rischio professionale, cui è estraneo invece la maggior parte dei cittadini.*

Perchè un infortunio dia **diritto alle provvidenze assicurative** è necessario che **da esso sia derivata la morte o un'inabilità permanente al lavoro, assoluta o parziale, ovvero un'inabilità temporanea assoluta al lavoro che comporti l'astensione dal lavoro per più di tre giorni.**

Le conseguenze di una lesione personale sulla capacità lavorativa possono essere, oltre la morte:

- a) **Un'inabilità permanente assoluta è quella che “tolga completamente e per tutta la vita l'attitudine al lavoro” (art. 74 T.U.);**
- b) **Un'inabilità permanente parziale è quella che “diminuisca in parte, ma essenzialmente e per tutta la vita, l'attitudine al lavoro” (art. 74 T.U.);**
- c) **Un'inabilità temporanea assoluta è quella che “impedisce totalmente e di fatto all'infortunato di attendere al lavoro” (art. 68 T.U.);**

PRESTAZIONI ASSICURATIVE

Il verificarsi dell'**infortunio** fa sorgere per l'Istituto Assicuratore l'**obbligo di corrispondere le prestazioni stabilite**, il cui conseguimento si configura come un diritto vero e proprio dell'assicurato. Questo diritto per il **principio dell'automaticità delle prestazioni** (art. 67 T.U.), vale anche nel caso in cui il datore di lavoro non abbia adempiuto ai suoi obblighi. Le prestazioni sono di due specie: economiche e sanitarie (art. 66 T.U.).

Prestazioni economiche: le **prestazioni economiche** sono le seguenti: **un'indennità giornaliera per l'inabilità temporanea; una rendita per l'inabilità permanente; un assegno per l'assistenza personale continuativa; una rendita ai superstiti e un assegno una volta tanto in caso di morte.**

1. **L'indennità giornaliera** (art. 68 T.U.) per inabilità temporanea assoluta decorre dal quarto giorno successivo a quello in cui è avvenuto l'infortunio e viene corrisposta senza limiti di tempo fintanto dura l'impedimento totale dell'infortunato di attendere al lavoro.
2. La **rendita per inabilità permanente** (art 74 T.U.) viene corrisposta, con effetto dal giorno successivo a quello della cessazione dell'inabilità temporanea, quando l'attitudine al lavoro sia ridotta in misura superiore al 10 % sino alla D. Lgs. n° 38 del 23.02.2000.
3. L'**assegno per l'assistenza personale continuativa** (art. 76 T.U., sostituito dall'art. 6 L. 10 maggio 1982 n° 251) viene corrisposto mensilmente a integrazione della rendita quando sia indispensabile l'assistenza ai grandi invalidi del lavoro.
4. La **rendita ai superstiti dell'assicurato** (art. 85 T.U.) è corrisposta quando questi venga a morte in conseguenza dell'infortunio.

PRESTAZIONI SANITARIE

L'assistenza sanitaria agli infortunati comprende le **cure mediche e chirurgiche e la fornitura degli apparecchi di protesi**, che l'Istituto assicuratore è tenuto a prestare a proprie spese.

1. Le **cure mediche e chirurgiche**, *compresi gli accertamenti clinici, sono prestate all'infortunato per tutta la durata dell'inabilità temporanea (art. 86 T.U.)*
2. La **fornitura e rinnovo delle protesi riguarda gli apparecchi atti a ridurre il grado di inabilità e ne è previsto il rinnovo a seguito della normale usura e nel caso di inefficienza o rottura non imputabile all'assicurato (art. 90 T.U.);**
3. Disposizioni speciali riguardano **l'ernia addominale (art. 91 T.U.)**. Nel caso di infortunio che abbia causato ernia addominale, l'Istituto assicuratore è tenuto solo alle prestazioni mediche e chirurgiche e al pagamento dell'indennità per l'inabilità temporanea. Se trattasi di ernia non operabile spetta all'assicurato una rendita per inabilità permanente nella misura fissa del 15 % (percentuale prevista nella nuova tabella del danno biologico in ambito INAIL che quantifica la percentuale fino al 9 %).

CRITERI PER LA COSTITUZIONE DELLA RENDITA

Nel dettare le regole per la valutazione **dell'inabilità permanente** la legge tiene distinti i casi in cui è derivata dall'infortunio **una sola menomazione (inabilità unica)** e quelli in cui sono residue **più menomazioni (inabilità plurime)**.

A loro volta le **inabilità plurime possono interessare uno stesso arto o organo oppure arti e organi diversi**, da cui può derivare una semplice coesistenza o un concorso di inabilità. Le **menomazioni multiple possono derivare contemporaneamente da uno stesso infortunio (monocrone)** oppure **da più infortuni verificatisi in tempi diversi (policrone)** di cui l'una preesistente e l'altra successiva. Le **inabilità policrone** possono dipendere da **più infortuni lavorativi (omogenee)** oppure derivare quella preesistente **da fatti estranei al lavoro o la successiva da un infortunio sul lavoro (eterogenee)**.

Quando l'**inabilità permanente è prodotta da una sola menomazione**, l'**attitudine al lavoro si intende ridotta nella misura percentuale indicata per ciascun caso nell'apposita tabella (art. 78 T.U.)**.

Per la valutazione dei reliquati multipli nei riguardi della inabilità permanente si devono applicare differenti metodi, secondo le varie specie di inabilità. Occorre innanzitutto stabilire se vi sia una **coesistenza** o una **concorrenza**.

Si ha **coesistenza di inabilità** quando più cause di **inabilità interessano organi o apparati diversi, non influenzantesi reciprocamente**, perché privi di correlazioni funzionali e quindi senza conseguenze peggiorative sull'attitudine lavorativa.

Si ha **concorso di inabilità** quando le singole menomazioni **interessano uno stesso sistema organo-funzionale con strette analogie di struttura e collaborazione** nell'attività lavorativa.

Il principio generale **di valutazione delle inabilità multiple** è il seguente (**art. 78 T.U.**): *in caso di perdita di più arti od organi o di più parti di essi, il grado di inabilità permanente deve essere determinato di volta in volta tenendo conto di quanto, in conseguenza dell'infortunio e per effetto della pluralità delle menomazioni, è diminuita l'attitudine al lavoro.*

1. Se l'infortunio colpisce un **soggetto già menomato** in un diverso sistema organo-funzionale (**coesistenza di inabilità**) per cause extraprofessionali, o per infortuni lavorativi in altro settore assicurativo, o per infortuni lavorativi in cui la rendita sia stata liquidata in capitale, la valutazione del danno è fatta senza tenere conto della inabilità preesistente, come se avesse interessato un individuo sano.
2. Se l'infortunio colpisce un **soggetto già menomato** da un pregresso infortunio sul lavoro che abbia interessato un sistema organo-funzionale diverso (**coesistenza di inabilità**) si procede ad una valutazione complessiva del danno permanente, costituendo un'unica rendita per i due eventi. Per la valutazione delle inabilità non si procede alla somma aritmetica ma si utilizza la formula di **Balthazard (il metodo cosiddetto a "scalare")**.
3. Sempre nel caso di inabilità **plurime policrone**, quando vi sia un **concorso tra le lesioni preesistenti e quelle nuove** che incidano su uno stesso sistema organo-funzionale aggravando l'inabilità stessa, la legge prevede l'applicazione di un **criterio proporzionalistico** mediante il ricorso alla formula di **Gabrielli**.

REVISIONE

La revisione della **rendita per inabilità permanente**, già regolata dall'art. 83 del T.U., è stata modificata dalla Legge 9 marzo 1989 n° 88, che ha disposto (art. 55, punto 5) quanto segue:

“Le prestazioni a qualunque titolo erogate dall'INAIL possono essere in qualunque momento rettificate dallo stesso Istituto in caso di errore di qualsiasi natura, commesso in sede di attribuzione, erogazione o liquidazione delle prestazioni. Nel caso in cui siano riscosse prestazioni non dovute, non si dà luogo al recupero delle somme predette, salvo che l'indebita percezione sia dovuta a dolo dell'interessato. Il mancato recupero delle somme predette può essere addebitato al funzionario responsabile soltanto in caso di “dolo o colpa grave”.

IL DANNO BIOLOGICO IN AMBITO INAIL

Decreto legislativo 23 febbraio 2000 n° 38 e D.M. del 12.07.2000 (Tabella delle menomazioni; Tabella indennizzo danno biologico; Tabella dei coefficienti).

Art. 1) In attesa della definizione di carattere generale di danno biologico e dei criteri per la determinazione del relativo risarcimento, il presente articolo definisce, in via sperimentale, ai fini della tutela dell'assicurazione obbligatoria contro gli infortuni sul lavoro e le malattie professionali il danno biologico come lesione all'integrità psico-fisica, suscettibile di valutazione medico-legale, della persona. Le prestazioni per il ristoro del danno biologico sono determinate in misura indipendente dalla capacità di produzione del reddito del danneggiato.

L'INAIL eroga l'indennizzo previsto e regolato dalle seguenti disposizioni:

- **L'indennizzo delle menomazioni pari o superiore a 6 % ed inferiore al 16 % è erogato in capitale, superiore al 16 % è liquidato in rendita;**
- **L'indennizzo delle menomazioni di grado pari o superiori al 16 % danno diritto all'erogazione di un'ulteriore quota di rendita per l'indennizzo delle conseguenze delle stesse sul lavoro;**
- **Entro dieci anni dalla data di infortunio o quindici anni se trattasi di malattia professionale, qualora l'assicurato fosse dichiarato guarito senza postumi d'invalidità permanente o con postumi che non raggiungono il minimo per l'indennizzabilità in capitale o per l'indennizzabilità in rendita, dovessero aggravarsi l'assicurato stesso può chiedere all'Istituto assicuratore la liquidazione del capitale o della rendita.**

- **Per le malattie neoplastiche, per la silicosi e l'asbestosi e per le malattie infettive e parassitarie la domanda di aggravamento ai fini della liquidazione della rendita può essere presentata anche oltre i limiti temporali dei 15 anni;**
- **Nel caso l'assicurato, sia già colpito da uno o più eventi lesivi si procede alla valutazione complessiva dei postumi ed alla liquidazione di un'unica rendita o dell'indennizzo in capitale corrispondente al grado complessivo della menomazione dell'integrità psico-fisica.**
- **In caso di morte dell'assicurato, avvenuta prima che l'Istituto assicuratore abbia corrisposto l'indennizzo in capitale, è dovuto un indennizzo proporzionale al tempo trascorso tra la data della guarigione clinica e la morte;**
- **La rendita, elemento alternativo all'indennizzo in forma di capitale, può essere soppressa in caso di recupero complessivo o miglioramento dell'integrità psico-fisica menomata;**
- **La valutazione della quota aggiuntiva di rendita, a titolo di danno patrimoniale, conseguente l'infortunio e riflettentesi sulle capacità di produrre reddito del soggetto è valutata mediante l'applicazione di un coefficiente di maggiorazione.**

ASSICURAZIONE CONTRO LE MALATTIE PROFESSIONALI

In senso medico sono **malattie professionali o malattie del lavoro o tecnopatie i processi morbosi che derivano da un'esposizione protratta agli effetti nocivi del lavoro, cioè quelle manifestazioni cliniche dovute all'azione lenta e ripetuta nel tempo di agenti patogeni legati la lavoro stesso.**

Diversa e più limitata è limitata è la nozione che si deduce dal **T.U. 30 giugno 1965, n° 1124** che comprende nell'assicurazione obbligatoria sole le **“malattie professionali indicate nella tabella, contratte nell'esercizio e a causa delle lavorazioni specificate nella tabella stessa, manifestantesi entro il periodo massimo di indennizzabilità dalla cessazione del lavoro”.**

L'assicurazione obbligatoria non contemplava tutte le malattie da lavoro conosciute, ma limita la tutela a un certo numero di esse, elencate e specificate in tabelle aventi carattere tassativo, diverse per il settore industriale e agricolo, con le lavorazioni che espongono al rischio di ammalare. Inoltre la legge stessa non definisce cosa si debba intendere per malattia professionale, limitandosi a fissare le condizioni che, agli effetti assicurativi, rendono indennizzabile il danno prodotto da una determinata lavorazione protetta. **Le malattie professionali assicurate sono dovute ad agenti specifici, la cui nocività è propria delle lavorazioni tabellate e solo di quelle.**

Un'altra **nozione della malattia professionale** si deduce dall'adozione del cosiddetto **sistema misto**, che ha trovato attuazione in Italia a seguito di una **decisione della Corte Costituzionale (sentenza 18 febbraio 1988 n° 179)** la quale ha dichiarato incostituzionali le norme che limitano la tutela delle malattie professionali a quelle indicate tassativamente nelle tabelle del T.U. n° 1124 del 1965. Attualmente, l'assicurazione obbligatoria viene estesa ad ogni malattia diversa da quelle comprese nelle tabelle, causata da lavorazioni o da agenti patogeni diversi da quelli indicati nelle tabelle stesse, anche se manifestatasi oltre il periodo massimo di indennizzabilità dalla cessazione del lavoro, **purché ne sia provata la causa di lavoro.**

Questa visione **della malattia professionale non sostituisce il sistema tabellare, che rimane vigente, ma estende la tutela a ogni altra patologia addebitabile a lavorazioni non comprese nella tassativa indicazione tabellare** e propone nuovi criteri medico-legali per il riconoscimento dei rapporti di causalità.

La **malattia professionale non** è un **evento improvviso, imprevisto e accidentale**, ma è **legata** prevedibilmente alla **nocività delle lavorazioni** ed è evitabile con le opportune misure preventive e protettive. Inoltre, la **malattia professionale non** è un **evento fortuito**, come l'incidento, bensì è **il risultato di continue, reiterate e insidiose offese alla salute** che, **accumulatesi nel tempo quasi inavvertitamente, sfociano nelle manifestazioni cliniche della tecnopatia**.

Quanto alla eziologia, il **lavoro** funge da occasione di danno per l'incidento, mentre è **causa di danno per la malattia professionale**. La causa è violenta nell'incidento, mentre è **lenta nella malattia professionale**, cioè **reiterata, protratta e diluita nel tempo**, conseguente a un prolungato contatto con l'agente patogeno durante **l'esposizione al rischio professionale**.

La medicina legale studia le **malattie professionali** distinguendone tre **componenti fondamentali: l'elemento causale**, rappresentato dalla noxa patogena specifica o comunque dalla connessione etiologica con il lavoro; **l'elemento circostanziale**, che risiede nell'esposizione al rischio professionale durante l'esercizio della lavorazione morbigena; **l'elemento consequenziale** costituito dalle manifestazioni cliniche della malattia e delle sue **conseguenze inabilitanti o letali**.

La **tutela assicurativa** è subordinata alla **dimostrazione del rapporto causale esistente tra la malattia e le lavorazioni rischiose specificate** secondo il criterio tabellare, oppure con altra causa di lavoro secondo il sistema misto. L'esistenza del rapporto causale nella patologia professionale non può dedursi dal solo fatto dell'esposizione al rischio, ma deve essere dimostrato e riconosciuto come requisito essenziale dell'indennizzabilità.

Il campo delle malattie professionali è assai cambiato rispetto al passato poiché oggi sono meno numerose le classiche tecnopatie causate dall'intossicazione cronica di prodotti chimici usati nell'industria mentre sono frequenti le patologie aspecifiche, che non denotano inequivocabilmente una genesi professionale ma possono essere condizionate anche da fattori ambientali, compresi quelli di lavoro.

La **tutela assicurativa** comprende le manifestazioni cliniche e le **conseguenze dirette di ciascuna tecnopatia**, nonché le **ricadute e le recidive**.

1. La **manifestazione clinica** è la condizione necessaria per riconoscere l'esistenza della malattia professionale e verificare se essa faccia parte di quelle elencate nell'apposita tabella o abbia comunque un rapporto causale con il lavoro.

Per manifestazione si intende la comparsa di quei segni clinici, resi palesi dalla sintomatologia propria, che esprimono il turbamento delle funzioni organiche indotto dall'agente morbigeno e consentono di diagnosticare al tecnopatia.

2. Le **conseguenze dirette** sono rappresentate da quei sintomi, manifestazioni, sviluppi clinici, anche meno frequenti, purché facenti parte del paradigma nosografico noto della tecnopatia, espressione della sua naturale evoluzione o delle complicanze che possono essere ragionevolmente attribuite a quella causa.
3. La **ricaduta della malattia professionale** precedentemente indennizzata da luogo alle prestazioni qualora essa si verifichi non oltre il periodo di tre anni dalla cessazione della lavorazione che abbia determinato la malattia (art 134 T.U.).

SISTEMA DELLA LISTA

Il sistema della lista o **sistema tabellare** consiste **nell'elencazione tassativa** e nominativa **delle malattie professionali** assicurate (voci nosologiche) **con** le loro **conseguenze dirette, indicante** per ciascuna di esse gli **agenti patogeni**, le **lavorazioni** che espongono al **rischio** e il **periodo massimo** di **indennizzabilità** **dalla cessazione di lavoro**

FUNZIONAMENTO DELL'ASSICURAZIONE

Le **persone** che fruiscono dell'assicurazione contro gli infortuni sul lavoro sono **assicurate per legge** anche contro le malattie professionali contratte nel lavoro industriale ed agricolo.

I datori di lavoro debbono denunciare all'Istituto assicuratore la natura dei lavori intrapresi e in particolare le lavorazioni specificate nelle tabelle dell'assicurazione contro le malattie professionali e fornire elementi e indicazioni richiesti per la valutazione del rischio (art. 12 T.U.)

Per la **valutazione del grado di inabilità permanente parziale** non state predisposte tabelle di menomazioni percentuali, come per gli infortuni, perciò le conseguenze inabilitanti della malattia professionale **andranno stabilite caso per caso**, secondo la gravità delle manifestazioni cliniche di ciascuna tecnopatìa.

La **rendita per i postumi permanenti** e in particolare quella dovuta a inabilità plurime è calcolata secondo le regole vigenti per gli infortuni, anche quando l'inabilità complessiva sia derivata in parte da infortunio sul lavoro e in parte da malattia professionale (art. 132 T.U.).

La **rendita è soggetta a revisione**, che viene effettuata fino al termine massimo di 15 anni, in qualunque momento e senza le scadenze periodiche vigenti in passato.

SILICOSI ED ASBESTOSI

L'assicurazione **obbligatoria** contro le due **pneumoconiosi**, ha mantenuto una **normativa separata** dalle altre tecnopatie anche nel testo unico vigente, che statuisce disposizioni speciali per la silicosi e l'asbestosi (art. 140 e segg.).

Le lavorazioni protette per la silicosi (anche associata a tubercolosi) sono quelle che espongono alla inalazione di polvere di silice libera e comprendono i lavori nelle miniere e cave in sotterraneo o a cielo aperto; la frantumazione e altri trattamenti di rocce, abrasivi e materiali contenenti silice ecc.

Le lavorazioni protette per la asbestosi (anche associata a tubercolosi) sono tutelate l'estrazione dell'amianto nelle miniere e le lavorazioni che impiegano l'amianto.

Attualmente non occorre che la silicosi e l'asbestosi siano contratte "nell'esercizio e a causa" delle lavorazioni specificate dalla legge, come per tutte le altre malattie professionali assicurate, ma è sufficiente che siano contratte "nell'esercizio" delle lavorazioni anzidette, dandosi per scontato o presunto il nesso causale tra la malattia e il lavoro rischioso.

Circa le **prestazioni assicurative** non è prevista per la silicosi e l'asbestosi l'**indennità giornaliera per l'inabilità temporanea assoluta** poiché le due pneumoconiosi sono considerate **affezioni croniche evolutive** e non suscettibili di reversione perciò una volta accertata la malattia, si procede alla costituzione della rendita permanente. Tuttavia viene corrisposto un assegno giornaliero durante il periodo in cui l'assicurato è sottoposto ad accertamenti diagnostici o a cure per la malattia.

Le prestazioni assicurative sono dovute:

- **in tutti i casi di silicosi o di asbestosi, con le loro conseguenze dirette, da cui sia derivata la morte o un'inabilità permanente al lavoro superiore al 10 %;**
- **in tutti i casi di silicosi o asbestosi associata ad altre forme morbose dell'apparato respiratorio e cardiocircolatorio, procedendo alla valutazione globale del danno;**
- **nei casi di morte derivata da silicosi o da asbestosi, associate ad altre forme morbose dell'apparato respiratorio e cardiocircolatorio.**

E' prevista una **rendita di passaggio** (art. 150 T.U.) quando l'assicurato **abbandoni** per **ragioni profilattiche** la **lavorazione nella quale ha contratto la silicosi o l'asbestosi con inabilità permanente non superiore all'80%**, erogabile per la **durata di uno o due anni.**

La revisione della rendita di inabilità permanente da silicosi o da asbestosi può avvenire, a richiesta del titolare della rendita o per disposizione dell'Istituto assicuratore, in caso di variazione per diminuzione o aggravamento della inabilità al lavoro.

INPS

L'istituto nazionale della previdenza sociale ha lo scopo di tutelare i rischi non professionali (a differenza di quella contro gli infortuni sul lavoro e le malattie professionali) garantendo ai cittadini i mezzi necessari per far fronte a situazioni di bisogno in caso di invalidità, inabilità, vecchiaia, morte o altre emergenze.

Nel regime generale sono assicurati tutti i lavoratori dipendenti, sia operai che impiegati, di qualsiasi sesso e nazionalità, che abbiano compiuto l'età di 14 anni e prestino lavoro retribuito alle altrui dipendenze in Italia o all'estero.

Nei regimi speciali sono assicurati i lavoratori autonomi, quali i coltivatori diretti, i mezzadri e coloni, gli artigiani, i commercianti, i pescatori della piccola pesca marittima e delle acque interne.

Altri regimi speciali o integrativi comprendono il personale addetto ai servizi pubblici dei trasporti, delle telecomunicazioni, delle aziende elettriche, del gas, della gente dell'aria, del clero cattolico e non cattolico, del personale delle imposte di consumo e di quello delle esattorie delle imposte dirette.

ASSICURAZIONE PER LA INVALIDITA', LA VECCHIAIA ED I SUPERSTITI

Questa assicurazione, gestita dall'Istituto Nazionale della Previdenza Sociale, ha lo scopo di tutelare i rischi non professionali (a differenza di quella contro gli infortuni sul lavoro e le malattie professionali) garantendo ai cittadini i mezzi necessari per far fronte a situazioni di bisogno in caso di invalidità, inabilità, vecchiaia, morte o altre emergenze. La tutela dell'invalidità, della vecchiaia e dei superstiti trova il suo fondamento nell'art.38 della Costituzione: "Ogni cittadino inabile al lavoro o sprovvisto dei mezzi necessari per vivere ha diritto all'assistenza sociale ed al mantenimento.

Nel *regime generale* sono assicurati tutti i lavoratori dipendenti, sia operai che impiegati, di qualsiasi sesso e nazionalità, che abbiano compiuto l'età di 14 anni e prestino lavoro retribuito alle altrui dipendenze in Italia o all'estero.

Nei *regimi speciali* sono assicurati i lavoratori autonomi, quali i coltivatori diretti, i mezzadri e coloni, gli artigiani, i commercianti, i pescatori della piccola pesca marittima e delle acque interne.

Altri *regimi speciali o integrativi* comprendono il personale addetto ai servizi pubblici dei trasporti, delle telecomunicazioni, delle aziende elettriche, del gas, della gente dell'aria, del clero cattolico e non cattolico, del personale delle imposte di consumo e di quello delle esattorie delle imposte dirette.

Il diritto alle prestazioni per l'invalidità, vecchiaia e superstiti è condizionato dall'*anzianità di assicurazione e contribuzione*, nel senso che siano trascorsi almeno cinque anni dalla data di inizio dell'assicurazione e sia stato versato dal datore di lavoro almeno un anno di contributi nel quinquennio antecedente alla domanda del pensionamento. Per il diritto alla pensione di vecchiaia è richiesto un periodo minimo di 15 anni di anzianità assicurativa e contributiva.

Alla contribuzione effettiva può sostituirsi quella *figurativa*, posta a carico dello Stato, quando l'assicurato non ha potuto provvedere col proprio lavoro perchè ammalato, infortunato, disoccupato, in servizio militare, in ricovero sanatoriale e così via.

Chiunque, se privo di altra tutela, può accedere all'assicurazione *facoltativa* per invalidità o vecchiaia, pagando volontariamente i contributi.

Gli **eventi tutelati** dall'assicurazione sono i seguenti: **l'invalidità e l'inabilità, l'invalidità e l'inabilità per causa di servizio, la vecchiaia e la morte dell'assicurato.**

L'INPS provvede ad erogare:

- Pensione sociale (anziani oltre 65° anno di età senza altre pensioni o reddito);
- Pensione di vecchiaia (raggiungimento età pensionabile)
- Pensione di anzianità (a richiesta dell'assicurato dopo 35 anni di servizio)
- Pensione di reversibilità (superstiti lavoratore assicurato)
- Assegno ordinario di invalidità (riconoscimento dello status invalido civile)
- Pensione di inabilità (riconoscimento status di inabile pensionabile INPS)
- Assegno privilegiato di invalidità (invalidità dipendente da causa di servizio)
- Pensione privilegiata di inabilità (dipendente da causa di servizio)
- Pensione privilegiata ai superstiti (morte dell'assicurato dipende da causa di servizio)
- Assegno una tantum ai superstiti (se il deceduto non aveva i requisiti minimi)
- Assegno integrativo speciale per l'assistenza personale e continuata (pensionati non deambulanti o non capaci di svolgere gli atti ordinari della vita quotidiana)
- Indennità ordinaria oppure sussidio straordinario (disoccupazione involontaria)
- Sussidio per tubercolosi
- Indennità di malattia (lavoratori dipendenti ammalati dopo il terzo giorno)
- Assegno per il nucleo familiare
- Cassa integrazione del guadagno agli operai dell'industria
- Trattamento economico nel caso di richiamo alle armi
- Trattamento di fine rapporto-lavoro
- Pagamento crediti di lavoro (insolvenza del datore di lavoro negli ultimi tre mesi)

PENSIONE DI VECCHIAIA

La pensione di vecchiaia può essere richiesta dagli assicurati INPS a condizione che sussistano le seguenti tre condizioni:

1. anzianità assicurativa minima di almeno 15 anni;
2. numero di contributi pari ad almeno 780 settimane
3. Compimento dell'età pensionabile

Il decreto n° 503 del 30 dicembre 1992, l'art.3 della legge 23 ottobre 1992 n° 421 hanno indotto importanti modifiche che riguardano:

- L'elevazione dell'età pensionabile (65 anni per gli uomini e 60 anni per le donne)
- L'elevazione del periodo assicurativo da 15 a 20 anni
- L'integrazione al trattamento minimo delle pensioni
- La determinazione della retribuzione pensionabile
- Il calcolo delle pensioni
- Il divieto di cumulo delle pensioni

L'art. 6 della legge 12 giugno 1984 n° 222 stabilisce che "L'iscritto nell'Assicurazione generale obbligatoria per l'invalidità, la vecchiaia e i superstiti dei lavoratori dipendenti ha diritto all'assegno di invalidità ed alla pensione di inabilità, di cui ai precedenti artt. 1 e 2, anche in mancanza dei requisiti di cui all'art. 4 (requisiti contributivi), quando:

- a) L'invalidità o l'inabilità risultino in rapporto causale diretto con finalità di servizio;
- b) Dall'evento non derivi il diritto a rendita a carico dell'assicurazione contro gli infortuni sul lavoro e le malattie professionali, ovvero a trattamenti a carattere continuativo di natura previdenziale o assistenziale a carico dello stato o di altri enti pubblici.

E' altresì disposto:

"I superstiti dell'iscritto nell'assicurazione generale obbligatoria per l'invalidità e la vecchiaia ed i superstiti dei lavoratori dipendenti indicati nell'art. 22 della legge 21 luglio 1965 n° 903 e successive modificazioni ed integrazioni, hanno diritto alla pensione privilegiata per inabilità, purché:

- 1) La morte dell'iscritto risulti in rapporto causale diretto con finalità di servizio;
- 2) Dalla morte dell'iscritto non derivi ai superstiti il diritto a rendita a carico dell'assicurazione contro gli infortuni sul lavoro e le malattie professionali, ovvero a trattamenti a carattere continuativo di natura previdenziale o assistenziale a carico dello Stato o di altri enti pubblici.

Si considerano confacenti alle attitudini di un assicurato tutte quelle occupazioni, anche diverse da quelle esercitate abitualmente prima del sopraggiungere della causa invalidante, che si dimostrino realmente adeguate alla personalità del lavoratore, alla sua competenza tecnica, al suo addestramento, ai suoi interessi, e quindi anche alla sua età, al sesso, etc.

Si deve trattare di attività per le quali l'assicurato è in grado di utilizzare le residue capacità lavorative senza sforzo o fatica eccessivi, senza un lungo tirocinio, senza declassamento.

Esse devono consentire un impiego proficuo delle energie lavorative in modo non saltuario nè precario, ma abituale o continuativo e devono essere prive di valore o carattere usurante o stressante.

Con usurante si vuole intendere che quel logorio, ossia quel consumo, quella modificazione peggiorativa dell'intero organismo o di qualche sua importante funzione vanno oltre il fisiologico logorio legato all'attività lavorativa ed anzi tanto oltre da far ritenere certamente invalido l'assicurato.

Il Decreto Legislativo 11.08.1993, n° 374: Attuazione dell'art. 3, comma 1, lettera f, della legge 23 ottobre 1992 n° 421 recante benefici per le attività usuranti precisa che debbono considerarsi lavori particolarmente usuranti quelli per il cui svolgimento è richiesto un impegno psico-fisico particolarmente intenso e continuativo, condizionato da fattori che non possono essere prevenuti con misure idonee. Al comma 2 dello stesso articolo è altresì stabilito che le attività particolarmente usuranti di cui al comma 1 sono individuate nella tabella A allegata al decreto.

Sono considerate attività particolarmente usuranti quelle concernenti l'espletamento di:

- Lavoro notturno continuativo.
- Lavori alle linee di montaggio con ritmi vincolati.
- Lavori in galleria, cava o miniera.
- Lavori espletati direttamente dal lavoratore in spazi ristretti: all'interno di condotti, di cunicoli di servizio, di pozzi, di fognature, di serbatoi, di caldaie.
- Lavori in altezza: scale aeree, su ponti a sbalzo, su ponti a castello installati su natanti, ecc.
- Quelli svolti dal gruista, dall'addetto alla costruzione di camini e dal copri tetto.
- Lavori in cassone ad aria compressa. Lavori svolti dai palombari.
- Lavori in celle frigorifere o all'interno di ambienti con temperatura uguale o inferiore a 5° C.
- Lavori ad alte temperature: addetti ai forni e fonditori nell'industria metallurgica e soffiatori nella lavorazione del vetro cavo.
- Autisti di mezzi rotabili di superficie.
- Marittimi imbarcati a bordo.
- Personale addetto ai reparti di pronto soccorso, rianimazione, chirurgia d'urgenza.
- Trattoristi
- Addetti alle serre fungaie.
- Lavori di asportazione dell'amianto da impianti industriali, da carrozze ferroviarie e da edifici industriali e civili.

ASSICURAZIONE CONTRO LA TUBERCOLOSI

L'INPS ha la competenza ad erogare le prestazioni di ordine economico e la tutela previdenziale del rischio, e tale tutela si è estesa anche alle forme tubercolari in fase non attiva.

Allo stato attuale le prestazioni economiche comprendono:

- a) Il sussidio o indennità giornaliera;
- b) L'indennità post-sanatoriale;
- c) L'assegno di cura o sostentamento.

L'indennità giornaliera per il ricovero è pari come importo a quella di malattia per i primi 180 giorni ed è maggiorata per i familiari a carico, ma non è cumulabile con la retribuzione integrale.

L'indennità post-sanatoriale è invece cumulabile con la retribuzione e pur'essa è maggiorata per carico di famiglia.

L'assegno di cura e di sostentamento può essere concesso per un biennio, non è cumulabile, ma è rinnovabile di biennio in biennio.

Perché si riconosca il diritto alle varie prestazioni di legge, occorre accertare:

La condizione di malattia: in fase attiva per la concessione dell'indennità giornaliera; anche in fase di consolidamento o non attiva per la concessione dell'indennità post-sanatoriale e l'indennità di cura e sostentamento;

la natura tubercolare della stessa o degli esiti obiettivati.