

# NOZIONI FONDAMENTALI IN MATERIA DI ASSICURAZIONE ALL'INAIL

## **Attività protette (art. 1 T.U.)**

E' obbligatoria l'assicurazione contro gli infortuni sul lavoro delle persone che sono addette a macchine mosse non direttamente dalla persona che le usa, ad apparecchi a pressione ad apparecchi e impianti elettrici o termici, nonché delle persone comunque occupate in opifici, laboratori o in ambienti organizzati per lavori, opere o servizi, i quali comportino l'impiego di tali macchine, apparecchi e impianti.

L'obbligo ricorre anche se l'uso di macchine, apparecchi ecc. di cui sopra è transitorio o per prova, per presentazione o esperimento.

L'assicurazione è inoltre obbligatoria, indipendentemente dalla presenza di macchine e quant'altro sopra detto, per le persone addette a un elenco di 28 tipi di lavori elencati tassativamente nell'art. 1 (ad es. opere edili e stradali, riparazioni, trasporti, esercizio di magazzini, di carico e scarico, produzione di calce, cemento, gesso e laterizi, macelli e macellerie, vigilanza privata, nettezza urbana, allevamento di animali, ecc.).

Si ricorda che tra le macchine "mosse elettricamente" si ricomprendono i registratori di cassa, le macchine da scrivere (elettroniche, mentre le vecchie meccaniche resterebbero escluse), i computers, i telefoni, ecc..

Al comma successivo l'art. 1 precisa che per persone addette alle macchine si devono intendere non solo coloro che ne fanno uso per mansione assegnata o perché di fatto esposti al rischio in relazione alla funzione svolta, ma anche coloro che sono occupati "in lavori complementari o sussidiari, anche quando lavorino in locali diversi e separati da quelli in cui si svolge la lavorazione principale".

Tale precisazione va interpretata unitamente alla dicitura "in ambienti organizzati" usata nel primo comma: sicché deve intendersi che per ambienti organizzati deve intendersi anche l'intero complesso aziendale (ad esempio l'Inail ha ritenuto assicurabile tutto il personale di un albergo, pur non adibito a macchine o simili e pur lavorando in ambienti separati da quelli in cui erano in azione le macchine, impianti, ecc.).

Cass. 202/1990 ha precisato che è rilevante (ai fini dell'obbligo di assicurazione) soprattutto il fatto oggettivo ambientale dell'esecuzione di un lavoro che, per esigenze oggettive, concrete e permanenti, debba costantemente e normalmente, anche se non quotidianamente, svolgersi in connessione ambientale con la lavorazione protetta, venendo in tal modo il lavoratore esposto allo stesso rischio cui è esposto l'addetto a quest'ultima (conforme Cass. 10949/1992).

Cass. SS. UU. 3476/1994 ha confermato il principio del rischio ambientale, secondo il quale tutti i lavoratori (dipendenti o simili), che frequentano ambienti ove si svolgono attività pericolose, sono soggetti all'obbligo assicurativo e sono tutelati, indipendentemente dalle mansioni svolte.

In pratica si può riassumere il concetto di rischio ambientale dicendo che esso ricorre tutte le volte in cui, indipendentemente dalle mansioni svolte dalla persona e dal locale, anche separato, ove essa le svolge, la stessa si trovi ad operare non occasionalmente anche in locali ove si trovi un rischio, partecipando ad esso abitualmente.

## **Le persone assicurate (art. 4 T.U.)**

L'art. 4 elenca nove categorie di soggetti che, qualora dediti alle attività protette suddette o, in altre parole, si trovino esposti ai rischi di cui sopra, devono essere assicurati:

- 1) coloro che in modo permanente o avventizio prestano alle dipendenze e sotto la direzione altrui opera manuale retribuita: insomma i dipendenti; per “avventizi” s’intendono gli stagionali, da non confondere con gli occasionali, che spesso non si configurano neppure come dipendenti; quanto all’opera manuale, per essa s’intende che non è necessario che l’attività manuale sia esclusiva o prevalente, essendo invece sufficiente che la stessa, ancorché accessoria, strumentale e quantitativamente marginale rispetto a quella intellettuale, sia svolta professionalmente, cioè in modo sistematico e abituale, anche se non continuativo, e come tale si inserisca nel ciclo produttivo dell’impresa. Peraltro Cass. 3510/1996 giunge a ritenere del tutto irrilevante la presenza o meno del requisito della manualità, ritenendo assicurabili anche gli impiegati che non abbiano contatto diretto con gli apparecchi ed impianti, in quanto sussista il rischio ambientale. Si è quindi interpretata l’opera manuale come semplice dispendio di energie fisiche. Evoluzioni successive, anche riflettendo su lavoratori che hanno bisogno di copertura assicurativa ma possono essere esposti a rischi anche senza neppure un minimo dispendio di energie (si pensi alla guardia giurata vittima di aggressione o spari o alla vittima di radiazioni nucleari) hanno finito per svalutare del tutto il concetto fino a far parlare di passaggio dalla manualità alla mera gestualità.
- 2) Coloro che, essendo dipendenti, anche senza partecipare materialmente al lavoro, sovrintendono al lavoro di altri: si presume che il sovrintendente partecipi del rischio dei propri sottoposti, a condizione che lavori nello stesso luogo dei medesimi, pur limitandosi a sovrintendere (è un caso di rischio ambientale codificato). Sono compresi tra i sovrintendenti anche i cd. assistenti contrari, cioè coloro che sorvegliano il lavoro non per conto del datore di lavoro, ma per conto del cliente che deve ricevere l’opera.
- 3) Gli artigiani: in quanto, per definizione, prestanti opera manuale prevalente nelle loro imprese: anche, quindi, se non hanno dipendenti (per essi il premio si calcola, non essendovi una retribuzione, su salari convenzionali).
- 4) Gli apprendisti.
- 5) Gli insegnanti e gli alunni delle scuole o istituti di qualsiasi ordine e grado; gli istruttori ed allievi dei corsi di qualificazione o riqualificazione professionale anche aziendali. Sono compresi gli stagisti (*ex* D.M. 25/03/1998 n. 142). Sono escluse da questa definizione (ma rientreranno facilmente in una delle altre) le autoscuole.
- 6) Il coniuge, i figli, anche naturali o adottivi, gli altri parenti, gli affini, gli affiliati, gli affidati del datore di lavoro, che prestino con o senza retribuzione alle di lui dipendenze opera manuale, ed anche non manuale se sovrintendenti. I parenti elencati devono essere alle dipendenze, anche se senza retribuzione: occorre perciò che siano sotto la direzione e rispondenti alle direttive del datore di lavoro. Sono compresi, a tali condizioni, anche i partecipanti all’impresa familiare di cui all’art. 230*bis* c.c.. Non c’è rapporto di coniugio, parentela, affinità, ecc. con il datore di lavoro, quando tale rapporto interviene con il socio o il legale rappresentante di una società (che sono soggetti distinti dalla società). Tuttavia, con nota 22 marzo 2010 n. 2653, l’Inail, mutando orientamento rispetto al passato, ha ritenuto di includere anche i famigliari coadiuvanti di soci di s.n.c. o di accomandatari di s.a.s., sulla scorta delle indicazioni di Corte Cost. 476/1987 e della ritenuta irrilevanza della forma giuridica prescelta (ditta individuale, s.n.c., o s.a.s.).
- 7) I soci delle cooperative e di ogni altro tipo di società, anche di fatto, comunque denominata, che prestino opera manuale o di sovrintendenza; si ricorda che il socio di cooperativa può lavorare come socio, oppure con contratto di lavoro dipendente; per la presente previsione sarà soggetto all’assicurazione anche come semplice socio lavoratore (e pure come dipendente lavoratore, ma per il n. 1 e non più per il presente n. 7).

- 8) I ricoverati in case di cura, ospizi, ospedali e simili, quando lavoratori addetti ai lavori di cui alle attività protette (art. 1), o istruttori o sovrintendenti alle stesse attività.
- 9) I detenuti in istituti di prevenzione o di pena, quando lavoratori addetti ai lavori di cui alle attività protette (art. 1), o istruttori o sovrintendenti alle stesse attività.
- 10) Una decima categoria è stata introdotta dalla Corte Costituzionale: trattasi degli associati in partecipazione, i quali prestino opera manuale o di sovrintendenza. Da tener presente, tuttavia, ch'essa vale solo per i contratti di questo tipo stipulati prima del 25 giugno 2015, in quanto la recente modifica dell'art. 2549 c.c. da parte dell'art. 53 del D. Lgs. 81/2015 (Jobs Act) ha reso superata la previsione, non essendo più consentite nuove associazioni in partecipazione con apporto di lavoro, neppure parziale.

Altre quattro categorie dei soggetti assicurabili sono state infine introdotte, con effetto dal 1 gennaio 2000, dal D. Lgs. 23 febbraio 2000 n. 38:

- 11) i dirigenti;
- 12) i lavoratori parasubordinati (come definiti dalla normativa fiscale: sono compresi quindi i co.co.co, i co.co.pro. ancora in essere, gli amministratori e sindaci di società che ricevono compenso, ecc.).\_Per essi ricorre l'obbligo se svolgono un'attività protetta (di cui all'art. 1) (come per tutti), ovvero quando "per l'esercizio delle loro mansioni si avvalgono in via non occasionale di veicoli a motore condotti personalmente" (precisazione anche questa peraltro superflua). Da ricordare che l'amministratore unico che abbia tutti i poteri di amministrazione in via esclusiva coincide di fatto con il datore di lavoro e non può pertanto ritenersi collaboratore di se stesso, rimanendo quindi escluso dall'obbligo assicurativo;
- 13) gli sportivi professionisti;
- 14) i lavoratori italiani operanti nei paesi extracomunitari;
- 15) Infine, ex art. 4, sono compresi i lavoratori a domicilio (per i quali viè però normativa speciale) e
- 16) i sacerdoti, i religiosi e le religiose, a determinate condizioni, specificate nello stesso art. 4.
- 17) Da ultimo le casalinghe: l'art. 6 della L. 3 dic. 1999 n. 493, assoggetta all'obbligo di iscrizione all'Inail coloro che, di età tra i 18 e i 65 anni, svolgono in via esclusiva attività di lavoro in ambito domestico. E' svolto in via esclusiva il lavoro delle domestiche, finalizzato alla cura delle persone e dell'ambiente domestico, senza vincolo di subordinazione e a titolo gratuito, quello prestato da chi non svolga altra attività che comporti l'iscrizione presso forme obbligatorie di previdenza sociale. L'obbligo è in vigore dal 22.03.2001.
- 18) I lavoratori (interinali e) somministrati: per essi l'obbligo del versamento è a carico dell'impresa fornitrice o somministratrice, alla quale però l'impresa utilizzatrice deve fornire le indicazioni per il tasso applicabile nel luogo di svolgimento delle prestazioni dei lavoratori utilizzati ed ogni successiva variazione. I premi sono dovuti infatti in base al tasso applicato alla posizione assicurativa già in atto presso l'impresa utilizzatrice, nella quale sono inquadrabili le lavorazioni svolte dai lavoratori temporanei o somministrati.
- 19) Figura analoga ma diversa è quella del lavoratore distaccato (ora disciplinato dall'art. 30 L. Biagi), che si ha quando un lavoratore viene inviato dal datore di lavoro (distaccante) a lavorare, per un periodo temporaneo, presso un altro datore di lavoro (distaccatario). In tal caso gli obblighi assicurativi rimangono in capo al distaccante, il quale, però, pur senza dover per questo aprire una posizione assicurativa apposita, dovrà applicare alle retribuzioni del lavoratore la tariffa e i premi rapportati alle condizioni di lavoro in atto presso l'impresa distaccataria.

### **I soggetti assicuranti (i datori di lavoro) (art. 9 T.U.).**

I soggetti assicuranti, tenuti a denunciare le situazioni che li vedono obbligati all'iscrizione all'Inail, sono i datori di lavoro, che siano persone o enti privati o pubblici, compresi lo Stato e gli enti locali,

che nell'esercizio di attività protette come sopra viste occupino una o più persone protette, come sopra indicate (anche se la persona protetta è se stesso, come nel caso dell'artigiano).

La definizione, molto lata, comprende persone fisiche, società e associazioni, enti pubblici, imprenditori e professionisti, ecc..

L'ultimo comma dell'art. 9 prevede poi che "l'obbligo assicurativo ricorre per coloro i quali direttamente e per proprio conto adibiscano complessivamente, anche se non contemporaneamente, più di tre persone a lavori protetti" (con alcune eccezioni, per le quali l'obbligo scatta indipendentemente dal numero di persone occupate, di seguito elencate).

Sono i c.d. lavori in economia, svolti nel proprio interesse: scatta ugualmente l'obbligo dell'assicurazione, a prescindere dal tipo di rapporto instaurato con i lavoratori, oneroso o gratuito, subordinato o autonomo, quando questi siano più di tre.

Si pensi al caso di privato che si faccia aiutare per il trasloco da quattro amici.

### **L'oggetto dell'assicurazione: l'infortunio e la malattia.**

Oggetto dell'assicurazione sono gli **infortuni sul lavoro** e le **malattie professionali**.

L'art. 2 del T.U. definisce infortuni sul lavoro quelli avvenuti per causa violenta in occasione di lavoro da cui sia derivata la morte o un'inabilità permanente al lavoro assoluta o parziale ovvero un'inabilità temporanea assoluta che importi l'astensione dal lavoro per più di tre giorni.

#### L'infortunio sul lavoro

Gli elementi necessari per aversi infortunio coperto da assicurazione sono dunque tre: la lesione, la causa violenta e l'occasione di lavoro.

Per lesione s'intende qualsiasi alterazione subita dal fisico del lavoratore (o persona protetta) (sia essa esterna che interna, apparente o no, anatomica o funzionale) (art. 2 T.U.).

Essa può avere per conseguenza:

la morte;

un'inabilità permanente al lavoro assoluta o parziale: l'inabilità è permanente quando destinata a durare per tutta la vita del soggetto; assoluta quando gli impedisce ogni attività lavorativa; parziale quando limita soltanto, ma non del tutto, la sua attitudine al lavoro;

un'inabilità temporanea assoluta, che si ha quando vi è impedimento al lavoro totale ma per un periodo di tempo limitato: in questo caso sono coperti da assicurazione, però, solo gli infortuni che provochino un impedimento al lavoro per più di 3 giorni, non computandosi a tal fine il giorno in cui avviene l'infortunio (art. 71 T.U.).

Per causa violenta s'intende invece un fatto esterno che agisce con rapidità e dal quale derivi la lesione; quindi una qualsiasi azione che operi dall'esterno mediante un'azione concentrata nel tempo.

Anche lo sforzo per vincere una resistenza è considerato causa violenta. Come pure è stato ritenuto tale uno stress emotivo. E anche l'azione di fattori microbici o virali, sempreché in rapporto con lo svolgimento dell'attività lavorativa (ad es. l'epatite virale per gli infermieri d'un ospedale). E anche un'azione termica brusca. La causa violenta sussiste anche se preesiste nel soggetto protetto una affezione morbosa predisponente.

Per occasione di lavoro s'intende che sia il lavoro a determinare il rischio di cui è conseguenza l'infortunio stesso.

L'infortunio deve essere quindi conseguenza o di un rischio specifico del lavoro (per esempio l'addetto alla pressa si schiaccia un dito) o di un rischio generico aggravato dal lavoro stesso (per esempio l'elettricista viene colpito da fulmine – rischio generico – mentre era in cima ad un palo della luce da riparare – aggravato dalla posizione pericolosa dovuta ad esigenza di lavoro -).

Si esce dalla nozione di occasione di lavoro e quindi di infortunio assicurato e indennizzabile, invece, quando l'evento lesivo è conseguenza di una situazione nella quale il soggetto si sia trovato per sua scelta volontaria: si parla allora di rischio elettivo (per esempio l'impiegato di uno studio

professionale viene colpito da fulmine mentre è uscito a fumarsi una sigaretta, oppure cade dal cornicione ove era salito per sedersi a chiacchierare durante una pausa lavorativa).

Per l'artigiano l'occasione di lavoro si atteggia in modo particolare: è giurisprudenza costante della Cassazione infatti ritenere che la tutela assicurativa copra solo la fase materiale dell'attività lavorativa del medesimo, ma non gli eventi ricollegabili all'attività di direzione, organizzativa e amministrativa dell'impresa (analogamente alla mancanza di copertura per tali attività di ogni altro datore di lavoro).

E' importante poi rilevare che non esclude l'indennizzabilità dell'infortunio l'eventuale negligenza o imprudenza o disattenzione del lavoratore infortunato (essendo la copertura predisposta appunto anche per tali evenienze).

Il D. Lgs. n. 38 del 2000 ha poi introdotto la copertura anche dell'**infortunio in itinere**, che già peraltro in precedenza la giurisprudenza aveva riconosciuto, partendo dal concetto che poteva ritenersi in occasione di lavoro, in quanto determinato dalla necessità di esso, anche l'infortunio che accadesse durante il tragitto per recarsi al, o tornare dal, luogo di lavoro, quando non ricollegabile a rischio elettivo (per es. del lavoratore che per sua scelta sceglieva una strada più lunga per tornare a casa, per andare a trovare la fidanzata: giustamente il tragitto per tornare a casa dal lavoro veniva ritenuto indennizzabile, ma quello per andare a trovare la fidanzata no, in quanto non più in occasione di lavoro).

La legge, raccogliendo gli insegnamenti formati in molti anni di giurisprudenza, ha introdotto la seguente definizione (art. 12 del D.Lgs. 38/2000, che aggiunge un comma all'art. 2 del T.U.):

“Salvo il caso di interruzione o deviazione del tutto indipendenti dal lavoro o, comunque, non necessitate, l'assicurazione comprende gli infortuni occorsi alle persone assicurate durante il normale percorso di andata e ritorno dal luogo di abitazione a quello di lavoro, durante il normale percorso che collega due luoghi di lavoro se il lavoratore ha più rapporti di lavoro e, qualora non sia presente un servizio di mensa aziendale, durante il normale percorso di andata e ritorno dal luogo di lavoro a quello di consumazione dei pasti. L'interruzione e la deviazione si intendono necessitate quando sono dovute a cause di forza maggiore, ad esigenze essenziali e improrogabili o all'adempimento di obblighi penalmente rilevanti. L'assicurazione opera anche nel caso di utilizzo del mezzo di trasporto privato, purché necessitato. Restano in questo caso esclusi gli infortuni direttamente cagionati dall'abuso di alcolici e di psicofarmaci o dall'uso non terapeutico di stupefacenti ed allucinogeni; l'assicurazione, inoltre, non opera nei confronti del conducente sprovvisto della prescritta abilitazione di guida”.

Ove il legislatore ha usato il termine “lavoratore” non si deve intendere lavoratore subordinato ma soggetto protetto o assicurato, che, come abbiamo visto, può ben essere anche un co.co.co., un artigiano, un amministratore, ecc.

La questione più complessa è poi quella di stabilire se la negligenza consistente in violazione di norme del codice della strada resti anche qui irrilevante oppure se si configuri quale rischio elettivo (la giurisprudenza distingue caso per caso).

Analogamente all'infortunio in itinere un'altra creazione giurisprudenziale si è andata affermando nelle sentenze e poi ha trovato definitivo suggello nella legge, sempre per opera del D. Lgs. 38/2000: **il cd. danno biologico**.

Nella concezione originaria della tutela infortunistica (il T.U. sull'Inail - n. 1124 - è del 1965) con lo strumento privatistico dell'assicurazione, resa però obbligatoria per tutti, si mirava ad una tutela previdenziale: assicurare un indennizzo sostitutivo della ridotta capacità di produrre guadagno, come previsto dall'art. 38, 2° comma, della Costituzione: “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”. Ne conseguiva un sistema, quello realizzato con il testo unico, coerente: il datore di lavoro paga i contributi, in caso di infortunio l'istituto assicuratore indennizza il lavoratore e solleva contemporaneamente il datore di lavoro da ogni responsabilità di risarcimento civile verso il lavoratore.

Ma il risarcimento del danno civile si andava in seguito modificando nella giurisprudenza: dapprima trovò ingresso il danno morale, poi nel danno alla vita di relazione si fecero entrare i danni alle attività extraprofessionali, quali quelle sportive, artistiche, culturali, alla vita sessuale, ecc.; infine nella giurisprudenza si fece strada una nuova concezione, secondo la quale esiste un danno all'integrità psicofisica della persona, che deve essere risarcito di per sé, indipendentemente dalle conseguenze sulla vita lavorativa, sulle capacità di guadagno o sulle relazioni extralavorative del soggetto: tale danno si definiva danno biologico. E si cominciò a studiare dei criteri per quantificare i danni biologici (quanto vale, di per sé, la perdita di un braccio o di un occhio? e di tutte e due?) finché il criterio che prevalse fu quello di creare delle tabelle in medicina legale che per ogni tipo di lesione individuavano una percentuale in punti di danno biologico e nella giurisprudenza fissando un valore medio, uguale per ogni persona, in denaro, per ogni punto di danno biologico.

Il sistema dell'assicurazione obbligatoria subiva così una grossa incrinatura, perché il cd. danno biologico non poteva essere ricompreso nell'assicurazione Inail e il lavoratore infortunato poteva chiederne il risarcimento al datore di lavoro, il cui esonero da responsabilità civile determinato dall'assicurazione Inail e dai premi versati diventava così solo parziale.

Intervennero allora la Corte Costituzionale ad aggiornare un sistema di protezione previdenziale che non reggeva più: con diverse pronunce ha dichiarato incostituzionale alcuni articoli del T.U., producendo in pratica l'effetto di rendere responsabile il datore di lavoro nei confronti del lavoratore anche per il danno biologico occorsogli e impedendo all'Inail di rivalersi nei confronti dei terzi responsabili di infortuni di quelle somme che costoro avessero a pagare all'infortunato a titolo di danno biologico.

Cosicché il D. Lgs. 38/2000, che recepiva in testo di legge queste evoluzioni interpretative e giurisprudenziali, prevedendo espressamente la copertura anche dei danni biologici, mutava la sostanza dell'oggetto della protezione assicurativa, non più limitato alla compromissione dell'attitudine lavorativa, ma esteso alla integrità psico-fisica del lavoratore.

Cosa prevede dunque tale nuova legge in materia di danno biologico?

L'art. 13 della fonte citata definisce innanzitutto il danno biologico, "in attesa della definizione di carattere generale" di esso e dei criteri di risarcimento non solo ai fini dell'assicurazione Inail, come "la lesione all'integrità psico fisica, suscettibile di valutazione medico legale, della persona." Aggiungendo subito dopo che "le prestazioni per il ristoro del danno biologico sono determinate in misura indipendente dalla capacità di produzione del reddito del danneggiato".

Si prevede poi nella stessa legge che in caso di danno biologico conseguente a infortunio o malattia professionale l'Inail risarcisca:

le menomazioni di grado pari o superiore al 6 per cento ed inferiore al 16 per cento tramite erogazione d'un capitale;

le menomazioni superiori al 16 per cento tramite erogazione di una rendita;

e quindi nulla per le menomazioni fino al 6 per cento, come per una sorta di franchigia;

tutte valutate in base a specifica "tabella delle menomazioni" "comprensiva degli aspetti dinamico-relazionali".

Ciò a valere dagli infortuni occorsi e dalle malattie professionali denunciate a partire dal 25 luglio 2000 (data di entrata in vigore del d.m. che ha introdotto la tabella delle menomazioni).

Conseguentemente venivano rivisti i premi assicurativi introducendo uno specifico aggravio per far fronte alla nuova copertura dei danni biologici.

Lo stato delle cose attuale, quindi, è tale per cui il risarcimento del lavoratore ottenuto dall'Inail può non essere integrale, e può permanere un cd. danno differenziale ancora a carico del datore di lavoro: infatti l'Inail non risarcisce il danno da menomazioni inferiori al 6 per cento; non risarcisce il danno morale e non risarcisce il cd. danno temporaneo, ma solo quello derivante da lesioni con effetti permanenti. Per questi danni rimane quindi consigliabile un'assicurazione privata integrativa.

## La malattia professionale

Le malattie professionali (art. 3 T.U.) sono indicate in un'apposita tabella, che elenca 58 tecnopatie e i relativi periodi massimi di indennizzabilità.

Caratteristica che distingue la malattia dall'infortunio è che solo nella prima il danno alla persona insorge lentamente e progressivamente, mentre nel secondo ricorre la causa violenta.

Con sentenza 179 del 1988 la Corte Cost. è intervenuta anche sulle malattie, disponendo che non solo le tabellate potevano legittimamente considerarsi coperte dall'assicurazione, ma anche ogni altra malattia di cui però il lavoratore riesca a dimostrare l'origine professionale (presunta invece per le malattie tabellate).

### **Instaurazione del rapporto assicurativo.**

Il rapporto assicurativo sorge *ope legis* e la dichiarazione o denuncia d'inizio dei lavori che il datore di lavoro deve presentare ha valore solo dichiarativo (e quindi può sempre essere rettificata).

L'obbligo della denuncia iniziale dal 9.10.2003 è previsto come contestuale all'inizio dei lavori medesimi. Deve essere assolto su modello predisposto dall'Inail e presentato ad una qualsiasi Unità territoriale dell'Istituto. Se vi sono più sedi di lavoro deve essere presentata una denuncia per ogni sede. Per sede di lavoro s'intende ogni singola unità produttiva, cioè stabilimento, ufficio od altro che pur facendo capo alla medesima ditta sia dotato di autonomia finanziaria e tecnico-funzionale. L'Inail ha precisato al riguardo che l'autonomia delle strutture fisicamente separate si presume e spetterà al denunciante fornire gli eventuali elementi oggettivi idonei a configurare la diversa sede come semplice dipendenza.

Ove per la natura dei lavori o la necessità del loro inizio non fosse possibile (ma non meramente scomodo) fare la denuncia contestuale, essa può essere inoltrata nei cinque giorni successivi all'inizio.

La denuncia è adempimento del datore di lavoro assai importante perché, dovendo contenere la dettagliata descrizione delle lavorazioni svolte ed ogni altro elemento utile all'Istituto a determinare la classificazione di rischio delle lavorazioni, essa determina tale classificazione o inquadramento e pertanto la misura del premio che dovrà essere versato: con la conseguenza che se esso, magari a seguito di ispezioni, dovesse risultare errato per eccesso, obbligherà l'assicurato a pagamenti superflui e superiori al dovuto, se errato per difetto provocherà il rischio di correzioni da parte dell'Istituto con sanzioni a carico del datore.

E' da tener presente poi che l'Inail procede anche a controlli incrociati con la documentazione dei Comuni per licenze e simili e delle Camere di Commercio e Inps per le relative iscrizioni: occorre quindi far attenzione a non denunciare dati contrastanti tra i vari Enti pubblici e verificare preliminarmente le varie risultanze dei diversi documenti.

### **Svolgimento del rapporto assicurativo**

#### **a) Obblighi del datore di lavoro in relazione ai lavori assicurati**

Ogni modificazione di natura o di estensione del rischio già coperto da assicurazione va denunciata entro 30 giorni dall'accadimento modificativo. (Art. 11 delle Modalità di applicazione delle Tariffe)

Per variazioni della natura o dell'estensione del rischio si intendono tutte le modifiche concernenti:

- le lavorazioni;
- il numero o la categoria dei prestatori d'opera o dei mezzi e macchine impiegati;
- la durata delle lavorazioni denunciate come temporanee e che si protraggano oltre il termine previsto;
- nuovi lavori, apertura di nuovi stabilimenti, cantieri, ecc;
- l'individuazione del titolare dell'azienda, il domicilio e la residenza di esso, la sede dell'azienda;
- la persona delegata a rappresentare il datore di lavoro (il consulente del lavoro incaricato).

Ad ogni richiesta dell'Istituto o dei suoi Ispettori il datore di lavoro è tenuto a fornire tutte le notizie utili a determinare le persone che sono comprese nell'assicurazione, le relative retribuzioni, le ore di lavoro eseguite.

Il datore di lavoro ha l'obbligo di affiggere in bacheca un cartello indicante i medici e gli stabilimenti di cura ai quali devono rivolgersi gli infortunati, pena il mancato rimborso delle spese sostenute altrove.

#### **b) Accentramento delle posizioni assicurative**

Il datore di lavoro che svolga lavori in più luoghi, compresi in diverse circoscrizioni territoriali dell'Inail, può chiedere di essere autorizzato a presentare le denunce dei lavori e quelle di variazioni presso un'unica sede.

Deve essere all'uopo presentata motivata istanza, entro il 15 settembre dell'anno precedente a quello per cui deve valere l'accentramento.

Ciò vale per casi eccezionali di elevato numero di unità produttive, capillarmente diffuse sul territorio di più regioni per gli accentramenti a carattere nazionale, di più province per gli accentramenti a carattere regionale, di più sedi Inail nella stessa provincia per gli accentramenti a carattere provinciale.

Per i lavori a carattere temporaneo esercitati dallo stesso datore di lavoro in più sedi di lavoro e classificabili alla stessa voce di tariffa, il datore di lavoro deve presentare la denuncia di ogni lavoro e di ogni sua modificazione, che verranno inclusi in un'unica posizione assicurativa accentrata.

Per lavori a carattere temporaneo devono intendersi quelli il cui svolgimento è limitato nel tempo e per i quali quindi è già prevista la data di cessazione, anche se a lungo termine (in genere lavori edili).

Il datore di lavoro può chiedere di essere dispensato dall'Inail dall'obbligo della denuncia dei singoli lavori, sempreché classificabili ad una delle lavorazioni già denunciate, se richiedono l'impiego di non più di cinque persone, se non durano più di quindici giorni e se si tratti di lavori edili, stradali, idraulici ed affini di modesta entità.

#### **c) La denuncia dell'infortunio e della malattia**

Gli art. 53 e 54 del T.U. prevedono l'obbligo di denunciare all'Inail gli infortuni che siano prognosticati non guaribili entro tre giorni, indipendentemente da ogni valutazione circa la ricorrenza degli estremi di legge per l'indennizzabilità.

La denuncia deve essere fatta entro due giorni da quello in cui si è avuta notizia dell'infortunio e deve essere corredata da certificato medico.

Si nota così una differenza tra infortunio da denunciare (in tutti i casi in cui si protrae oltre i tre giorni di assenza dal lavoro) e infortunio coperto da assicurazione (che, come visto sopra, ricorre in tutti i casi in cui vi sia astensione dal lavoro per più di tre giorni – cosiddetta carenza -, non computandosi quello in cui è accaduto l'evento lesivo).

La denuncia va fatta in via telematica.

Il *dies a quo* del termine (48 ore) per l'adempimento va identificato da quello in cui il datore di lavoro viene in possesso del certificato medico.

Dal 22 marzo 2016 i medici hanno l'obbligo, come già avveniva per la malattia, di trasmettere telematicamente all'INAIL i certificati. Il dipendente, conseguentemente, ha l'obbligo di fornire al datore di lavoro il numero di protocollo del certificato stesso; tale numero deve essere indicato nella denuncia di infortunio.

In attuazione della nuova normativa, i termini per la presentazione delle denunce decorrono dalla "data in cui il datore di lavoro ha ricevuto i riferimenti del certificato medico dal lavoratore" e tale dicitura è stata riportata sia nella modulistica, sia nell'applicativo delle denunce.

Se, in fase di prima applicazione della nuova normativa, il certificato è stato trasmesso dal medico o dalla struttura sanitaria all'Inail via PEC, questo potrebbe non essere immediatamente disponibile nell'applicativo di consultazione dei certificati.

L'Inail annuncia che sono in corso gli adeguamenti che consentiranno anche la visualizzazione dei certificati medici pervenuti tramite PEC.

Se un infortunio inizialmente prognosticato guaribile entro tre giorni si prolunghi oltre a seguito di nuovo certificato, sarà dal ricevimento di questo secondo certificato che scatterà l'obbligo della denuncia. Se il termine scade in giorno festivo esso slitta al primo giorno successivo non festivo, considerandosi giorno feriale il sabato se la settimana lavorativa è articolata su cinque giorni.

Se il sinistro ha causato la morte o si prevede il pericolo di morte, la denuncia deve essere fatta per telegrafo o telefax entro 24 ore dal sinistro.

Nella denuncia deve anche essere indicata la retribuzione percepita dall'infortunato negli ultimi quindici giorni precedenti l'infortunio.

La denuncia delle malattie professionali invece deve effettuarsi entro i cinque giorni da quando il datore di lavoro ha ricevuto la denuncia della malattia da parte del lavoratore, accompagnandola da certificato medico.

Per gli artigiani valgono gli stessi obblighi visti sopra per il datore di lavoro, salvo che la tardiva comunicazione dell'infortunio dell'artigiano medesimo comporta la perdita dell'indennità per i giorni antecedenti a quello della denuncia.

La regolarità contributiva.

Il datore di lavoro può autocertificare l'assolvimento degli obblighi contributivi, per esempio per concorrere agli appalti pubblici. A tale scopo va tenuto presente che la regolarità si ritiene sussistere quando, rispetto a tutte le posizioni aperte, il datore di lavoro:

- 1) ha versato tutti i premi e gli accessori;
- 2) è debitore nei confronti dell'Istituto di somme per le quali però ha in corso una regolarizzazione agevolata o un pagamento rateale, ovvero sussiste controversia amministrativa-giudiziaria sul punto non definita.

### **Cessazione del rapporto assicurativo**

Il rapporto assicurativo si estingue quando vengono a mancare i presupposti oggettivo o soggettivo del medesimo. In sostanza chi cessa l'attività o cessa di avere persone assicurate, deve denunciarlo all'Inail non oltre trenta giorni dalla cessazione. E' possibile tuttavia comunicare all'Inail una sospensione della posizione assicurativa, tenendola così aperta, qualora si prevedano nuove assunzioni future.

In caso di trasferimento dell'azienda ad altro datore di lavoro, il cedente deve indicare le generalità e l'indirizzo del subentrante e quest'ultimo potrà o sottoscrivere quanto dichiarato dal primo o effettuare autonoma comunicazione. Occorre ricordare che il subentrante è solidalmente obbligato con il precedente datore di lavoro, salvo l'eventuale diritto di regresso verso lo stesso, per tutto quanto risulta dovuto all'Inail per l'anno in corso al momento del subentro e per i due anni precedenti.

### **Il tasso del premio e la difficile classificazione delle lavorazioni**

Il tasso è un indice dell'entità del rischio assicurato riferito a Lire 1.000 di retribuzione e per questo espresso in millesimi.

Il D. Lgs. 38/2000 ha individuato quattro gestioni tariffarie separate:

- a) industria;
- b) artigianato;
- c) terziario;

d) altre attività.

L'articolo 2 delle Modalità prevede che i datori di lavoro sono inquadrati secondo la classificazione disposta ai fini previdenziali e assistenziali dall'art. 49 della L. 88/1989, di competenza dell'Inps, che prevede i seguenti settori: industria; artigianato; agricoltura; terziario; credito, assicurazione e tributi.

Esiste quindi una tabella di conversione tra i codici di attività Inps e le corrispondenti voci di classificazione Inail.

#### Classificazione delle lavorazioni.

L'art. 4 delle Modalità stabilisce che "per lavorazione si intende il ciclo di lavorazioni necessario perché sia realizzato quanto in esse descritto, comprese le lavorazioni complementari e sussidiarie purché svolte dallo stesso datore di lavoro ed in connessione operativa con l'attività principale, ancorché siano effettuate in luoghi diversi".

L'art. 2 delle precedenti Modalità, sostituito dall'art. 4 suddetto, prevedeva che nelle operazioni complementari e sussidiarie rientrassero il trasporto, il magazzinaggio, la custodia, la produzione di contenitori di prodotti anche al fine di imballaggio. Ciò significa che la natura complementare e sussidiaria di tali attività deve ora essere sempre accertata caso per caso.

Le istruzioni tecniche per l'applicazione delle Tariffe, predisposte dall'Inail, danno una definizione di lavorazione principale, complementare e sussidiaria:

- a) lavorazione principale è quella che identifica un ciclo tecnologico produttivo o un'attività operativa; quindi, in sostanza, il ciclo di operazioni necessario perché sia realizzato quanto in essa descritto;
- b) operazione complementare è quella che costituisce un complemento della lavorazione principale, indispensabile per poter effettuare la lavorazione principale (ad esempio la manutenzione del macchinario);
- e) operazione sussidiaria è quella che, legata in modo indiretto alla lavorazione principale, non è indispensabile per il completo svolgimento di essa (ad es. la manutenzione edile degli stabilimenti).

Le operazioni complementari e sussidiarie, in altri termini, pur concorrendo a realizzare l'attività fondamentale, realizzano un prodotto o effettuano un servizio caratterizzati da un proprio rischio specifico.

Le stesse istruzioni tecniche delle Modalità specificano ulteriormente che le operazioni complementari e sussidiarie seguono il riferimento classificativo della lavorazione principale, quando rispondono ai seguenti requisiti:

- sono svolte dallo stesso datore di lavoro, ancorché eventualmente anche in luoghi diversi;
- sono in connessione operativa con l'attività principale, nel senso che tra quest'ultima e le stesse intercorre un rapporto di natura non soltanto tecnica, ma anche esclusivamente funzionale allo svolgimento ottimale o più agevole delle finalità aziendali; in altre parole tale connessione operativa può dirsi ricorrere quando i beni o i servizi prodotti con le operazioni complementari e sussidiarie sono realizzati nella misura strettamente necessaria e richiesta dalla lavorazione principale stessa.

In mancanza dei requisiti suddetti le operazioni complementari e sussidiarie assurgeranno a vera e propria lavorazione principale, ed avranno un inquadramento autonomo in apposita, distinta voce.

La complessità delle distinzioni tra operazioni principali, complementari e sussidiarie, nonché la giusta suddivisione, sulla base di criteri oggettivi e dimostrabili, delle retribuzioni afferenti ciascuna lavorazione e quindi ciascun tasso di premio, è operazione di alto profilo tecnico-professionale, che richiede l'esperienza dei consulenti del lavoro e, in caso di contenzioso con l'Istituto, degli avvocati giuslavoristi.

Si consideri, infatti, che anche il criterio per determinare quante retribuzioni afferiscono ad una lavorazione e quante ad un'altra, deve essere non discrezionale e soggettivo, e quindi approssimativo, ma sempre ancorato ad un esame dettagliato della realtà aziendale e quindi a dati dimostrabili e che non siano quindi facilmente contestabili dall'Inail. Tale distribuzione delle

retribuzioni sui vari rischi e quindi sui vari tassi deve essere rivista ogni anno in sede di autoliquidazione (non essendo più una variazione, laddove la modifica sia solo quantitativa e tra rischi già denunciati, da comunicare entro trenta giorni).

Conegliano, 8 luglio 2016.

Avv. C.d.l. Pietro Scudeller

(ogni riproduzione riservata)