

Indennizzo degli infortuni

## Contenzioso Inail sulle prestazioni

Ernesto Murolo - Esperto in materia previdenziale

L'automatica costituzione, "*ipso iure*", del rapporto dell'assicurazione contro gli infortuni sul lavoro e le malattie professionali, al contemporaneo verificarsi della *condizione oggettiva*, relativa all'attività rischiosa svolta (art. 1, D.P.R. n. 1124/1965), e della *condizione soggettiva*, inerente le persone assicurabili (art. 4, D.P.R. n. 1124/1965 e artt. 4, 5 e 6, D.Lgs. n. 38/2000), produce, tra l'altro, l'instaurazione di due distinte e separate relazioni giuridiche elementari.

La prima, che riguarda, in via esclusiva, il *datore di lavoro assicurante e l'assicuratore Inail*, ha per contenuto gli aspetti assicurativi e contributivi della tutela, con i relativi diritti e obblighi a carico dei soggetti interessati; mentre l'altra, che riguarda, anche qui in via esclusiva, il *lavoratore assicurato e l'assicuratore Inail*, ha per contenuto gli aspetti risarcitivi e indennitari della tutela, con i relativi diritti e obblighi a carico degli interessati.

L'esclusività di queste autonome relazioni giuridiche, fa sì che i soggetti che non ne fanno parte, non possano, in alcun modo, intervenire o interferire nella relativa gestione, dal momento che, non avendone titolo a norma di legge, non sono legittimati a farlo.

Ciò vuol dire che il lavoratore assicurato non ha titolo, e quindi non può e non deve in nessun modo interessarsi delle vicende che attengono ai doveri che il suo datore di lavoro ha nei confronti dell'assicurazione (ad esempio, quello di presentare, nei modi e nei termini previsti, le varie denunce, quello di pagare puntualmente i premi, ecc.); così come il datore di lavoro assicurante non ha titolo, e quindi non può e non deve in nessun modo intervenire nelle vicende che attengono ai diritti soggettivi che il lavoratore, e i suoi aventi causa, nelle ipotesi di eventi mortali, hanno nei confronti dell'assicurazione (ad esempio, il riconoscimento dell'indennizzabilità (o

meno) degli eventi infortunistici e tecnopatici denunciati, i periodi di inabilità temporanea al lavoro, l'entità dei postumi permanenti, l'erogazione delle prestazioni, ecc.).

In proposito, è opportuno precisare che, per giurisprudenza ormai da tempo consolidata, la non interferenza del datore di lavoro nelle problematiche indennitarie è stata confermata anche nei casi in cui questi affermava di aver subito un danno dal fatto che l'Inail, contro il suo parere, peraltro del tutto irrilevante ai sensi dell'art. 53, comma 1, D.P.R. n. 1124/1965, avesse riconosciuto e indennizzato al lavoratore, l'infortunio o la malattia professionale, erogando le relative prestazioni.

In verità, il danno per il datore di lavoro esiste, ed è concreto, perché alla luce del vigente sistema contributivo dell'assicurazione Inail, basato com'è noto sui tassi di rischio previsti dalle Tariffe dei premi, che oscillano in virtù dell'andamento infortunistico aziendale, gli oneri delle prestazioni che l'Inail eroga per gli eventi assicurati, vanno ad aggravare i bilanci delle posizioni assicurative, e siccome incidono negativamente sull'oscillazione dei tassi, spesso ne provocano l'aumento.

Tuttavia, ciò non è mai stato ritenuto sufficiente per riconoscere al datore di lavoro un qualsivoglia diritto d'intervento nelle problematiche indennitarie dell'assicurazione, forse nel timore che questo potesse in qualche modo limitare, o anche solo intralciare, la fruizione del diritto alle prestazioni, e la piena e rigorosa tutela sociale che la vigente legislazione infortunistica riconosce in via prioritaria ai lavoratori.

Questa sommaria, quanto necessaria premessa, consente di affermare che il contenzioso in tema di prestazioni, oggetto della presente trattazione, poiché attiene, in via esclusiva, alla relazione giuridica che intercorre tra *lavoratore assicurato*

# Approfondimenti

e *Inail assicuratore*, può essere attivato, avverso i provvedimenti emessi dall'Istituto, unicamente dal lavoratore infortunato o tecnopatico, ovvero dai suoi aventi causa, ed esclude, sempre e comunque, la partecipazione, in qualunque veste, del datore di lavoro.

## Contenzioso in genere

Per opporsi e contestare i provvedimenti emessi dalla Pubblica amministrazione, la legge prevede diversi rimedi, da individuare, caso per caso, con riferimento alla natura dei provvedimenti stessi.

In particolare i ricorsi in materia previdenziale e assistenziale, che sono atti propulsivi di un procedimento contenzioso diretti all'organo amministrativo deputato a decidere le varie controversie, sono finalizzati a ottenere l'annullamento, la modifica o la riforma dei provvedimenti non definitivi, totalmente o parzialmente sfavorevoli, emessi dagli Enti pubblici competenti.

Tutti i ricorsi amministrativi, quindi, presuppongono l'esistenza di un interesse del ricorrente, inteso sia come posizione soggettiva meritevole di tutela (diritto soggettivo, interesse legittimo o semplice), sia come interesse "*procedurale*" a ricorrere, per cui è inammissibile il ricorso presentato da chi non abbia subito una lesione al proprio interesse e, pertanto, non possa trarre alcun concreto vantaggio dall'eventuale accoglimento dello stesso.

Nelle controversie in tema di previdenza e assistenza sociale, prima di avviare l'azione giudiziaria, vige l'obbligo, quando la legge lo prevede, di esperire il procedimento amministrativo, che rappresenta una necessaria *condizione di procedibilità*. Infatti, il ricorso al Giudice è possibile soltanto nei casi di: esaurimento dei procedimenti prescritti da leggi speciali per la composizione in sede amministrativa; decorrenza dei termini fissati da leggi speciali per la definizione dei procedimenti, ovvero per decorso del termine di 180 giorni dalla data dei ricorsi, che si applica quando le leggi speciali non fissano termini per la decisione dei gravami.

Pertanto, se il ricorrente inizia l'azione giudiziaria prima del verificarsi di una delle ipotesi di procedibilità, il giudice, rilevando nella prima udienza di discussione l'improcedibilità della domanda, sospende il giudizio e fissa al ricorrente un termine perentorio per la proposizione del ri-

corso in sede amministrativa. Sarà poi il ricorrente che, entro il termine, anche qui perentorio, di 180 giorni dalla cessazione della causa di sospensione, dovrà avere cura di riattivare il processo.

## Contenzioso Inail

Avere delle divergenze con l'Inail in tema di assicurazione infortuni, vuol dire instaurare una controversia, insomma un contenzioso nei confronti dell'Istituto, con la possibilità di avvalersi, ma solo quando previsti dalla legge, di formali ricorsi, in mancanza dei quali, è però comunque possibile avvalersi di altri rimedi o comportamenti in grado di dirimere le vertenze.

Vengono così a configurarsi due diverse tipologie di contenzioso che, sebbene caratterizzate da modalità, efficacia ed effetti giuridici sostanzialmente diversi, assumono la forma di contenzioso "*informale*" e contenzioso "*formale*".

Il *contenzioso informale*, che spesso viene attivato ed esperito dagli interessati in modo del tutto inconsapevole, è quello che, siccome non è previsto e regolamentato da nessuna norma o disposizione, può essere instaurato sempre, per qualsiasi tipo di controversia, e con modalità ed entro termini del tutto liberi, purché per problematiche attinenti, nel caso in esame, all'assicurazione infortuni.

Può quindi essere considerato contenzioso informale una semplice telefonata o una email; un accesso, di persona, agli sportelli dell'Inail; una memoria difensiva o uno scritto inviato via PEC, ecc., con cui, motivandole opportunamente, l'interessato esplicita le ragioni delle doglianze e chiede la revoca o la rettifica dei provvedimenti contestati, perché li ritiene lesivi di suoi diritti o interessi legittimi.

Il contenzioso informale, però, non è in grado di assicurare all'interessato nessun genere di garanzia, visto che consente solo di avviare un procedimento del tutto bonario, che comunque non è in grado di intaccare la validità, l'efficacia e, tanto meno, l'esecutività dei provvedimenti impugnati, posto che, siccome non produce nessun effetto giuridico, affida il buon esito dell'esposto al solo fatto che l'Inail, accogliendo e condividendo le argomentazioni esposte, le faccia proprie e, in virtù dell'autotutela, provveda "*motu*

*proprio*” a revocare o a modificare il provvedimento contestato.

In pratica, il contenzioso informale risulta utile ed efficace soprattutto quando i provvedimenti dell’Inail sono viziati da errori evidenti o incongruenze macroscopiche, circostanze che, siccome si verificano difficilmente nell’ambito degli aspetti indennitari dell’assicurazione, ne sconsigliano l’attivazione.

Tuttavia, alla luce dei vigenti principi di trasparenza e di buona amministrazione, l’Inail è tenuto a dare riscontro alle istanze informali, anche quando risultano palesemente infondate, fermo restando che, sia avverso i provvedimenti di rigetto, sia in caso di mancato riscontro, resta in ogni caso salva e impregiudicata la facoltà del ricorrente di proporre i formali ricorsi amministrativi, quando previsti dalla legge, ovvero di adire l’Autorità giudiziaria ordinaria.

Il **contenzioso formale**, invece, è quello che si può attivare solo quando è la legge che espressamente prevede i rimedi da porre in essere per dirimere le controversie, fissando, nel contempo, modalità e termini entro cui ricorrere, la modulistica, anche telematica, da utilizzare, le autorità o gli organi cui indirizzare i gravami, ecc.

A differenza della precedente, questa tipologia di contenzioso assicura al ricorrente una serie di garanzie, tra cui: l’automatica sospensione dei provvedimenti contestati, fino al momento della decisione; la certezza dei tempi, di solito brevi, entro i quali l’iter procedurale deve esaurirsi; l’immediata esecutività delle decisioni che vengono assunte; l’indicazione della possibilità di avvalersi di ulteriori impugnative; ecc.

Comunque, prima di entrare nel merito del contenzioso amministrativo formale circa gli aspetti indennitari dell’assicurazione Inail, è necessario sottolineare che questo si concretizza tutte le volte che il lavoratore interessato, o i suoi aventi causa nel caso di decesso, non sono d’accordo con i provvedimenti assunti dall’Inail nella trattazione indennitaria degli eventi denunciati come infortuni sul lavoro o malattie professionali, e intendono impugnarli a norma di legge.

Alla base di tutto, quindi, c’è il procedimento di natura sanitaria e amministrativa con cui l’Inail esegue, caso per caso, l’accertamento dell’esistenza dei requisiti di legge, necessari per configurare l’evento lesivo come infortunio sul lavoro

o malattia professionale, ai fini della conseguente indennizzabilità.

## Accertamento degli eventi lesivi

Le valutazioni dell’Inail circa i fatti e le circostanze che hanno causato l’evento lesivo denunciato ai fini dell’indennizzo, traggono gli elementi di giudizio da diverse fonti, tra cui: la denuncia d’infortunio o di malattia professionale, effettuata dal datore di lavoro; le certificazioni mediche; le dichiarazioni rese dall’assicurato; gli eventuali accertamenti svolti dall’Inail, sia di natura sanitaria che amministrativa, anche di tipo ispettivo; l’inchiesta amministrativa d’ufficio *ex artt.* 56 e segg. D.P.R. n. 1124/1965 e s.m.i.; ecc.

L’esito del procedimento Inail di valutazione del riconoscimento e dell’indennizzabilità degli eventi infortunistici e tecnopatici denunciati come tali, potrà alla fine essere, ovviamente, sia **positivo** che **negativo**.

Nel **primo caso**, una volta che ha riconosciuto indennizzabile l’evento, l’Inail, ai sensi dell’art. 100, D.P.R. n. 1124/1965, provvede, con la massima sollecitudine, e comunque entro il termine (30 gg.) di cui alla vigente Carta dei servizi, a corrispondere all’assicurato, nella misura prevista, l’indennità giornaliera per inabilità temporanea assoluta al lavoro (art. 68, D.P.R. n. 1124/1965).

Anche dopo aver superato, con esito positivo, la fase di accertamento dell’indennizzabilità dell’evento, la procedura amministrativa dell’Inail non si ferma, ma prosegue ulteriormente allo scopo di accertare, valutare e quantificare l’entità degli eventuali danni fisici permanenti causati dall’evento, al fine di erogare le ulteriori prestazioni sanitarie ed economiche di legge.

Questa seconda fase dell’attività istruttoria dell’Inail, presenta aspetti, sia di carattere giuridico-economici che medico-legali, strettamente connessi e interdipendenti tra loro, che consentono, ad esempio, di valutare, dal punto di vista medico, l’esistenza e la durata di una inabilità temporanea assoluta tale da impedire lo svolgimento dell’attività lavorativa, e quindi meritevole, dal punto di vista amministrativo, del riconoscimento della relativa indennità economica; ovvero di stabilire, dal punto di vista medico, l’esistenza di postumi permanenti che, opportunamente valutati, permettano, dal punto di vista amministrativo,

# Approfondimenti

di riconoscere le relative prestazioni assicurative, ecc.

Va da sé che, se l'assicurato o i suoi aventi causa fanno acquiescenza ai provvedimenti adottati dall'Inail, non si creano problemi, e l'iter indennitario può procedere tranquillo; mentre se gli interessati non condividono le decisioni dell'Inail, e intendono contestarle, la normativa in vigore prevede e disciplina termini e modalità con cui l'assicurato, o chi per lui è legittimato ad agire, può avviare il contenzioso formale, con l'obiettivo di esternare e far valere le sue ragioni, in modo da indurre l'Istituto a eseguire un riesame, sia dell'intera pratica che dei provvedimenti adottati. Nel **secondo caso**, invece, l'Inail, se ritiene di non essere obbligato a corrispondere le prestazioni di legge, perché il caso non è stato giudicato indennizzabile, deve darne formale comunicazione all'infortunato, o ai suoi aventi causa, specificando i motivi del provvedimento di diniego che ha adottato (art. 101, D.P.R. n. 1124/1965). E ciò anche al fine di consentire la proposizione delle opposizioni di rito.

Il provvedimento con cui l'Inail chiude negativamente l'istruttoria, cioè disconosce il caso come infortunio sul lavoro o malattia professionale, può essere motivato dal fatto che l'evento manca di uno dei requisiti di cui all'art. 2, D.P.R. n. 1124/1965 (causa violenta, occasione di lavoro, morte o inabilità), ovvero presenta carenze che attengono allo status e all'assicurabilità del lavoratore interessato, ai sensi degli artt. 1 e 4, D.P.R. n. 1124/1965 e s.m.i.

In realtà, il provvedimento con cui l'Inail disconosce l'indennizzabilità dell'infortunio sul lavoro o della malattia professionale non viene inviato solo al lavoratore interessato, o a chi per lui, ma è anche trasmesso, per gli adempimenti di rispettiva competenza, sia all'Inps che al datore di lavoro.

Infatti, siccome il lavoratore è comunque pienamente tutelato dalla legge, l'evento lesivo che gli è occorso, se non ha i requisiti per essere indennizzato dall'Inail come infortunio sul lavoro o malattia professionale, viene immediatamente e automaticamente trasformato in "*malattia comune*", perché possa essere trattato e indennizzato come tale dall'Inps, se il lavoratore gode della tutela previdenziale, ovvero dal datore di lavoro, se il lavoratore non beneficia della tutela previ-

denziale (ad esempio, gli impiegati dell'industria).

Se il caso è di competenza Inps, la trattazione sarà effettuata ai sensi e per gli effetti della vigente "*Convenzione sui casi dubbi*", che Inps e Inail hanno stipulata (cfr. Inail, circ. n. 47/2015), e il datore di lavoro, avuta conferma dell'accettazione del caso di malattia da parte dell'Inps, potrà eseguire le rettifiche alle scritture e gli eventuali conguagli economici, se necessari.

Se, invece, il caso non è di competenza Inps, sarà il datore di lavoro che dovrà curarne la diretta trattazione e l'indennizzo, nel rispetto di quanto previsto dal Ccnl del settore di appartenenza.

## Ipotesi di contenzioso indennitario

Anche alla luce degli accertamenti sopra citati, sono numerose le ipotesi in cui il lavoratore o i suoi aventi causa, non riconoscendo fondate le motivazioni che l'Inail adduce a sostegno dei provvedimenti che emette al termine dell'istruttoria degli infortuni sul lavoro e delle malattie professionali, possono validamente contestarli e impugnarli a norma di legge, sia in sede amministrativa che giudiziaria.

Si tratta di tutte le situazioni in cui, oltre al riconoscimento e all'indennizzo degli eventi lesivi come infortuni sul lavoro o malattie professionali, sono interessati i provvedimenti Inail che attengono alla liquidazione delle prestazioni e delle indennità assicurative, che possono formare oggetto di specifiche contestazioni da parte dei lavoratori o dei loro aventi causa, come si verifica prevalentemente nei casi di:

- reiezione dell'indennizzabilità degli eventi come infortuni sul lavoro o malattie professionali;
- esistenza e durata dell'inabilità temporanea assoluta al lavoro;
- inesistenza di postumi invalidanti di natura permanente;
- divergenze circa l'entità dei postumi di natura permanente accertati;
- liquidazione e misura delle prestazioni per danno biologico permanente (capitale una-tantum o rendita vitalizia);
- revisione periodica delle rendite in godimento;
- spettanza, liquidazione ed entità della rendita ai superstiti, in caso di decesso dell'assicurato.

Avverso i provvedimenti dell'Inail che riguardano queste fattispecie, ed eventuali altre consimili,

il lavoratore assicurato, o i suoi aventi causa, sono legittimati ad avviare il contenzioso amministrativo formale di legge, che può essere di per sé esaustivo, e dirimere definitivamente le controversie, sia costituire, in caso di esito negativo dei gravami, la necessaria condizione di procedibilità per l'avvio dell'azione giudiziaria.

## Ricorsi in materia indennitaria

Il contenzioso amministrativo, che la vigente legislazione sugli aspetti indennitari dell'assicurazione Inail prevede, è oltremodo limitato perché, di fatto, prevede un'unica ipotesi di ricorso formale che è possibile attivare, rappresentato dalla c.d. "**opposizione amministrativa**" di cui all'art. 104, D.P.R. n. 1124/1965 e s.m.i.

In proposito, è importante rammentare che, per proporre un formale ricorso amministrativo, è necessario che esista un altrettanto formale provvedimento emesso dall'Inail che, a parere dell'assicurato o di chi per lui, va a ledere diritti o interessi che sono garantiti dalla legge.

Non è infatti possibile inoltrare ricorso, ad esempio, per ottenere l'emanazione di un provvedimento, sollecitare la definizione di una pratica, accelerarne l'iter, ecc. In questi casi, però, ci si può avvalere della procedura di "**reclamo**" regolamentata dalla circolare Inail n. 29/1996, che è uno strumento offerto all'utenza, sia per contribuire in modo concreto all'ottimizzazione dei servizi erogati dall'Istituto, sia per tutelare e soddisfare le proprie esigenze, attraverso la rimozione delle cause che hanno portato all'eventuale violazione o inosservanza, da parte dell'Inail, dei principi fondamentali o degli standard di qualità adottati con la Carta dei servizi.

## Opposizione amministrativa

Si è detto che il contenzioso amministrativo formale circa gli aspetti indennitari dell'assicurazione Inail riguarda esclusivamente il rapporto giuridico che intercorre tra l'Istituto e il lavoratore assicurato, dal che si deduce che è solo quest'ultimo, o i suoi aventi causa, che sono legittimati a proporre, nei modi e nei termini previsti, il ricorso in opposizione, al fine di impugnare e contestare i provvedimenti Inail non condivisi.

Difatti, può accadere che, nell'esercizio del diritto/dovere istituzionale che la legge gli assegna in esclusiva, l'Inail, a conclusione degli accerta-

menti come sopra eseguiti, decida di non riconoscere come indennizzabile l'evento lesivo denunciato come infortunio sul lavoro o malattia professionale.

In questi casi, se l'interessato non ritiene fondato il rifiuto dell'Inail di corrispondere le prestazioni assicurative, ovvero non concordi circa la misura di esse, può contestare il provvedimento motivato con cui l'Istituto ha notificato le sue decisioni, attivando il contenzioso formale, mediante l'inoltro dell'opposizione amministrativa.

Il ricorso in opposizione deve essere inoltrato alla Sede Inail competente, quella che ha in trattazione il caso e ha emesso il provvedimento che si intende impugnare, via PEC, oppure mediante raccomandata AR o lettera consegnata a mano di cui si è avuta ricevuta, entro 60 gg. dalla data di ricezione del provvedimento. Questo termine, però, non è più perentorio (art. 8, legge n. 533/1973), perché i ricorsi sono accettati e decisi comunque nel merito, anche se presentati in ritardo, purché entro e non oltre 3 anni e 150 gg. (210 se si tratta di revisioni delle rendite) dall'evento, che è il **termine di prescrizione** del diritto di ottenere le prestazioni assicurative Inail (art. 112, D.P.R. n. 1124/1965 e s.m.i.).

Se il caso rigettato dall'Inail è stato trasmesso per competenza e trattazione all'Inps, è opportuno che copia del ricorso venga inviata anche a quest'ultimo Istituto.

Il decorso del termine di prescrizione, che rimane *sospeso* per 150 gg. (210 se si tratta di revisioni) nelle more dell'iter dell'opposizione amministrativa, può essere *interrotto*, oltre che con la proposizione dell'azione giudiziaria, di cui si dirà in seguito, anche con i rituali atti stragiudiziali previsti dal codice civile.

L'opposizione può essere presentata anche per il tramite o con la collaborazione, di solito a titolo oneroso, di un consulente del lavoro o di un legale, anche se, molto più spesso, gli interessati preferiscono avvalersi dell'assistenza gratuita dei "**Patronati**", che sono enti privati che offrono servizi di pubblica utilità, tutela e promozione dei diritti riconosciuti dalle disposizioni normative e contrattuali riguardanti il lavoro, la salute, l'assistenza sociale ed economica, la previdenza pubblica, complementare, ecc.

A pena di inammissibilità, l'opposizione amministrativa deve sempre essere *adeguatamente motivata*, nel senso che deve contenere specifiche

# Approfondimenti

censure e precisi elementi di contestazione e, nel caso sia in discussione l'inabilità permanente, deve indicare pure la misura dell'indennità che il ricorrente ritiene essergli dovuta, comprovata dalle certificazioni mediche, che in ogni caso devono essere allegate al gravame.

Inoltre il ricorso, che è da redigere in carta semplice, deve evidenziare le sole motivazioni strettamente connesse all'evento lesivo, senza aggiungere altre considerazioni che, oltre a essere superflue, potrebbero addirittura comprometterne il buon esito. L'atto deve necessariamente contenere:

- i dati anagrafici del ricorrente (lavoratore o legittimi aventi causa);
- l'esatto riferimento e la descrizione dell'evento lesivo (numero e data dell'infortunio, fatti e circostanze in cui è occorso, ecc.);
- la descrizione dei danni fisici riportati;
- le cure ricevute (esami, accertamenti, eventuali ricoveri, interventi, ecc.);
- l'eventuale esistenza di complicazioni (aggravamenti, ricadute, ecc.);
- l'esatto riferimento al provvedimento impugnato (organo emittente, protocollo, data, ecc.);
- l'esplicita richiesta di revisione del provvedimento contestato, con l'accoglimento di quanto richiesto, oppure, in subordine, l'ammissione del caso alla "*Collegiale medica*", di cui si dirà meglio in seguito.

Il procedimento di opposizione amministrativa deve essere esaurito dall'Inail entro 150 gg. (210 nel caso di revisione delle rendite) dalla data dell'evento, e si deve concludere con la formale notifica al ricorrente delle decisioni che sono state assunte.

Se l'Inail non dà riscontro entro 60 gg. dall'inoltro del gravame o l'esito del ricorso è sfavorevole, il lavoratore, ai sensi dell'art. 111, D.P.R. n. 1124/1965 e s.m.i., può convenire in giudizio l'Istituto assicuratore avanti l'Autorità giudiziaria.

## **Collegiale medica**

Trattando del contenzioso amministrativo indennitario dell'assicurazione contro gli infortuni sul lavoro e le malattie professionali, non si può fare a meno di citare un davvero "*particolare*" istituto, la c.d. "*collegiale medica*" che, sebbene non sia previsto da nessuna norma o disposizione, si è creato e consolidato nel tempo sulla sola base della consuetudine e della prassi, e consente di

dirimere in sede amministrativa molteplici controversie, evitando l'instaurazione del contenzioso giudiziario.

Va detto subito che, anche ai sensi della citata legge n. 533/1973, si tratta di un istituto privo di qualsiasi valenza giuridica ed efficacia vincolante per le parti interessate che, nel caso, sono costituite dall'Inail e dal lavoratore, quasi sempre rappresentato dal Patronato cui ha conferito delega.

Come dice il nome, la collegiale medica si interessa, praticamente in esclusiva, di controversie di natura medico-legale, che però costituiscono sempre oggetto, quanto meno indiretto, dei ricorsi in tema di conseguimento delle indennità da infortunio sul lavoro o malattia professionale, che sono commisurate proprio all'esistenza e all'entità dei danni fisici che gli eventi tutelati hanno provocato ai lavoratori.

La visita collegiale medica, cui viene sottoposto il lavoratore, è eseguita dai sanitari dell'Inail e da quelli di fiducia dell'assicurato, di norma del Patronato che lo assiste, e ha lo scopo di eseguire una valutazione tecnica congiunta delle problematiche sanitarie in contestazione, allo scopo di pervenire a una decisione concorde sui punti controversi (indennizzabilità dell'evento, entità dei postumi permanenti, ecc.).

Data l'irrelevanza giuridica che caratterizza l'istituto, anche quando nel corso della collegiale medica è stato raggiunto un accordo, è comunque possibile adire l'Autorità giudiziaria ordinaria.

## **Cenni sull'azione giudiziaria**

Una volta esperito, con esito sfavorevole, l'iter del contenzioso amministrativo per il conseguimento delle prestazioni dell'assicurazione contro gli infortuni sul lavoro e le malattie professionali, al lavoratore, o ai suoi aventi causa, non resta altro da fare, come ultima ratio, che intraprendere la via giudiziaria per veder riconosciute le proprie ragioni.

Anche il termine per intraprendere l'azione giudiziaria si prescrive entro 3 anni e 150 gg. (210 nei casi di revisioni delle rendite) dal giorno in cui è occorso l'infortunio o si è manifestata la tecnopatia.

Il procedimento giudiziario per il conseguimento delle prestazioni Inail, enunciato dall'art. 111, D.P.R. n. 1124/1965 e disciplinato dalla legge n. 533/1973, richiede l'assistenza di un legale, che

deve redigere il ricorso, da depositare nella cancelleria del giudice competente, in uno con la necessaria documentazione probatoria da produrre. L'onere della prova, infatti, spetta all'infortunato che agisce in giudizio per conseguire le prestazioni, cui tocca provare che le lesioni fisiche subite sono state provocate da un infortunio che si è verificato per causa violenta e in occasione di lavoro, visto che a suo favore non opera nessuna presunzione di legge.

Il processo, affidato al Tribunale ordinario in formazione monocratica, si avvia e prosegue, secondo il rito del lavoro, con lo svolgimento delle udienze, cui le parti in causa possono presenziare, sia di persona che per mezzo di loro procuratori, muniti, tra l'altro, anche del potere di conciliare e transigere.

Il Giudice, se ritiene, può nominare uno o più consulenti tecnici iscritti agli appositi Albi, e sentire, su richiesta dell'infortunato, il Patronato

che lo assiste. Una volta esaurita la discussione orale, e udite le conclusioni delle parti, il Giudice pronuncia la sentenza, che è provvisoriamente esecutiva e, se contiene la condanna a pagare delle somme di denaro, deve determinare anche il maggior danno dovuto alla svalutazione monetaria.

Il lavoratore infortunato o tecnopatico, anche se soccombe nel giudizio, è esonerato dal pagare spese, competenze e onorari a favore di enti previdenziali, a meno che la sua pretesa non sia risultata assolutamente infondata, al limite del temerario.

Avverso la sentenza di primo grado, la parte soccombente (Inail o lavoratore) può fare ricorso alla Corte d'Appello territorialmente competente, la cui sentenza può ulteriormente essere impugnata per Cassazione, avanti la speciale sezione della Corte che si occupa esclusivamente di cause di lavoro.