

Nel merito dei rapporti medico legali vigenti tra le assicurazioni sociali: la gestione della malattia, la surrogazione e il cumulo tra prestazioni previdenziali nella loro concreta applicazione

Michele Sammiceli^{1,2}, Marcella Scaglione^{1,2}

¹ Medico chirurgo specialista in Medicina Legale

² Medico esterno convenzionato, Centro Medico Legale (CML) INPS, Siena

ABSTRACT

The article looks at the relationships between the two main Italian Social Security Insurance Institutes: the National Institute of Social Security (INPS) and the National Institute for Insurance against Accidents at Work (INAIL).

The aim of the article, resulting from the daily working practices of the two Authors, is to examine the various sectors in which the two institutions are often confronted: the management of compensable illness, the subrogation, and the cases of accumulation of social security benefits provided by the two institutions for disabled persons.

Some practical examples are reported in order to facilitate the reader the easy understanding of the issues addressed.

Keywords: National Institute of Social Security (INPS); National Institute for Insurance against Accidents at Work (INAIL); Subrogation; Compensable illness; Accumulation of social security benefits

On the merits of the medical legal reports between the Italian Social Insurance Institutes: the management of the compensable illness, the subrogation and the cumulation between social security benefits in their concrete application

Pratica Medica & Aspetti Legali 2018; 12(1): 1-6

<https://doi.org/10.7175/pmeal.v12i1.1349>

Corresponding author

Michele Sammiceli
sammicheli@alice.it

Disclosure

Gli Autori dichiarano di non aver conflitti di interesse in merito agli argomenti trattati nel presente articolo

■ L'ASSICURAZIONE OBBLIGATORIA CONTRO LA MALATTIA E LA CONVENZIONE TRA INPS E INAIL

L'assicurazione obbligatoria contro la malattia rappresenta, in Italia, la concreta applicazione degli articoli della Costituzione Italiana che tutelano la dignità, la salute e il diritto al lavoro di tutti i cittadini (articoli 3, 32 e 38). Con l'istituzione, nel 1978, della Legge 833 [1] venne ad operarsi una netta separazione tra la cosiddetta "malattia assistibile", posta a carico del SSN e riguardante tutti i cittadini che non avessero contratto un'as-

sicurazione sociale, e la "malattia indennizzabile", rilevabile nei lavoratori e tutelata, a seconda delle modalità di sviluppo, dalle due principali assicurazioni sociali: l'Istituto Nazionale della Previdenza Sociale (INPS) e l'Istituto Nazionale Assicurazioni Infortuni sul Lavoro (INAIL).

La malattia, intesa come «*modificazione peggiorativa dello stato anteriore a carattere dinamico, estrinsecantesi in un disordine funzionale apprezzabile di una parte o dell'intero organismo, il quale determina un'effettiva limitazione della vita organica e, soprattutto della vita di relazione e richiede un intervento terapeutico, per quanto modesto*» [2] diviene, nelle assicurazioni sociali, un rischio tutelato. Condizioni fondamentali alla genesi e alla definizione della malattia sono il *fatto biologico*, antecedente

necessario allo sviluppo dello stato di malattia, la sua *rilevanza sul rapporto di lavoro*, cioè sul legame giuridico intercorrente tra il cedente e il prestatore d'opera e, infine, il requisito della sua *indennizzabilità*, qualificazione peculiare dello stato di malattia che colpisca il lavoratore assicurato causandone un'incapacità temporanea assoluta o parziale al lavoro [3].

La tutela sarà di spettanza INAIL nei casi in cui sia dovuta ad infortunio professionale o, comunque, da causa imputabile ad un'esposizione lavorativa (malattia professionale). La competenza, invece, sarà dell'INPS allorché si tratti della cosiddetta "malattia comune indennizzabile", non riconducibile a causa di lavoro o di servizio.

Sovente difficoltoso è il riconoscimento del limite che può separare i due tipi di malattia e, conseguentemente, la rispettiva competenza; per comprendere questo aspetto, spesso causa di contenzioso in merito alla malattia tutelata, occorre analizzare, in maniera particolareggiata, i concetti medico-legali di "infortunio sul lavoro" e "momento rivelatore". L'infortunio sul lavoro è quell'accadimento responsabile della malattia o della morte del lavoratore, avvenuto per causa violenta in occasione di lavoro [4]. Caratteri peculiari dell'infortunio lavorativo sono quindi:

1. il suo esprimersi in occasione di lavoro, intesa non soltanto come "finalità di lavoro" ma in qualsiasi tappa / fase dell'attività di lavoro del soggetto (quella che il Gerin definì, mirabilmente, «*atmosfera di lavoro*»);
2. la presenza di una causa violenta, cioè di un fatto lesivo che agisca dall'esterno («*esteriorità*») con intensità («*violenza*») e rapidità («*concentrazione*») tali da provocare un danno organico. Per identificare l'infortunio lavorativo non è sufficiente, quindi, la sola occasione di lavoro («*momento rivelatore*»), in mancanza di un evento di *vis lesiva* tale da produrre il danno.

Nel 2008 e nel 2015, l'INPS e l'INAIL hanno emanato apposite circolari atte a regolamentare l'erogazione dell'indennità di malattia; nella circolare del 2015 [5], in particolare, fondata sulla stipula della nuova convenzione tra le due principali assicurazioni sociali il 15 dicembre 2014, INPS e INAIL ribadiscono la convenzione in essere tra le medesime, sancendo come all'INAIL competa l'«*accertamento del nesso di causalità per le malattie professionali, l'occasione di lavoro e la causa violenta per gli infortuni nonché la valutazione di ogni altro elemento utile per qualificare l'evento lesivo come professionale; all'INPS competa, invece, [...] l'individuazione dei casi di possibile competenza Inail, l'eventuale integrazione della documentazione pervenuta [...] nonché la valutazione circa l'eventuale grave carenza delle motivazioni di fatto e di diritto di reiezione dei casi da parte dell'Inail*».

La predetta convenzione prevede, da parte dei Sanitari dei due istituti previdenziali, sia la disamina dei casi cosiddetti "di dubbia competenza", sia

il vaglio dei certificati medici di malattia con segnalazione, da parte dell'INPS, dei casi di possibile competenza INAIL.

Nella prima fattispecie, qualora i medici dell'INAIL rigettino la richiesta di prestazioni da parte di un assicurato per "incompetenza motivata" (dubbio sulla genesi lavorativa del trauma, insussistenza di documentazione necessaria a dimostrare l'infortunio lavorativo, etc.), il modello di denuncia/comunicazione di infortunio INAIL e una copia del cosiddetto modello 330 INAIL, inerente la segnalazione dei casi di dubbia competenza, vengono inoltrati, a mezzo posta elettronica certificata (PEC) al Centro Medico Legale (CML) dell'INPS competente per il territorio con la dicitura «*Convenzione INAIL – INPS; casi di dubbia competenza*». I Sanitari INPS valutano di volta in volta i casi, alla luce della documentazione sanitaria presente o richiedendone nuova, e determinano la possibile insussistenza dei presupposti lavorativi del trauma e il riconoscimento quale malattia comune, oppure, al contrario, avviano la procedura per un'azione di regresso. Il processo, in virtù della convenzione del 2015, deve esaurirsi nell'arco temporale dei 180 giorni, oltre il quale vi è la prescrizione normativa della malattia comune.

Altro elemento fondamentale nei rapporti medico legali tra l'Istituto Nazionale della Previdenza Sociale e quello per le Assicurazioni degli Infortuni sul Lavoro è la disamina, da parte dei Sanitari del primo ente, della possibile competenza INAIL dei certificati di malattia. Fino al 2010, prima dell'avvento della telematizzazione del flusso certificativo di malattia, il Sanitario INPS di turno provvedeva a indicare a mano, sul certificato cartaceo, la dicitura «*competenza INAIL*» rinviando all'INAIL stesso il certificato di malattia, qualora si supponesse la possibile genesi lavorativa dell'infortunio. Dal 2011, con l'avvento della telematizzazione per la gestione della certificazione di malattia dei dipendenti privati (procedura ex AS-400 / Gestione dei certificati di malattia[®]), il Sanitario di turno appone il codice «*l*» nell'apposito campo telematico, consentendo l'inoltro automatico all'INAIL del certificato.

ALCUNI ESEMPI PRATICI INERENTI LA CONVENZIONE MEDICO LEGALE TRA I DUE ISTITUTI PREVIDENZIALI ITALIANI

Primo caso

Una donna di anni 28, commessa di negozio a tempo parziale indeterminato, inoltrava all'INAIL denuncia di possibile infortunio lavorativo indicando, nella sezione «*Descrizione dell'infortunio*» che «*mentre stava sollevando un bancale vuoto per spostarlo e riposizionarlo, ha avvertito dolore alla schiena*»; si produceva, come rilevabile dal certificato medico, un «*trauma distrattivo in regione lombare*».

La denuncia, redatta in via telematica da un mandatario del datore di lavoro e pervenuta online all'INAIL competente per il territorio, veniva esaminata in meno di 30 giorni; i Sanitari dell'Istituto, tramite modello 330, rispondevano alla stessa indicando, nella sezione «Motivazione medico legale» come «*sulla base dell'analisi delle circostanze del fatto, tenuto conto anche dello stato e delle condizioni di salute del lavoratore preesistenti e successive all'evento in questione, avuto riguardo, in particolare, per le caratteristiche di inidoneità lesiva dell'evento denunciato, non ricorrono le caratteristiche della causa violenta*». L'INAIL non erogava le prestazioni economiche richieste (indennità di inabilità temporanea assoluta) per mancanza dei requisiti assicurativi.

La pratica, alla luce della convenzione in essere tra i due istituti previdenziali italiani veniva inoltrata, a mezzo PEC, al Centro Medico Legale INPS territoriale; i Sanitari, presa visione della documentazione, concordavano con «*la mancanza, nell'evento descritto, dell'idonea vis lesiva a riconoscere quale infortunio sul lavoro*»; l'inabilità temporanea assoluta (pari a circa 8 giorni) veniva posta a carico dell'INPS.

Secondo caso

Un uomo di anni 37, operaio edile a tempo indeterminato e pieno, inoltrava all'INAIL denuncia di possibile infortunio lavorativo indicando, nella sezione «Descrizione dell'infortunio» che «*veniva coinvolto in un incidente stradale mentre tornava a casa da lavoro*»; il soggetto, che nel certificato medico allegato alla denuncia dichiarava «*dolore ai polpacci e cervicalgia*», accludeva alla pratica la relazione sanitaria di Pronto Soccorso presso il quale si era recato lo stesso giorno del sinistro dichiarato. I Sanitari del presidio accettavano il soggetto come urgenza differita e, nell'esame obiettivo, indicavano l'assenza di dolore cervicale annotando il solo «*dolore al soleo destro ove non si apprezzano ematomi*». L'uomo veniva dimesso dal Pronto Soccorso con prognosi di 8 giorni salvo complicazioni e con diagnosi di «*dolore al soleo destro di n.d.d.*».

La denuncia, redatta in via telematica e pervenuta online all'INAIL competente per il territorio, veniva esaminata in meno di un mese; i Sanitari dell'Istituto, sempre tramite modello 330, rispondevano allo stesso indicando, nella sezione «Motivazione medico legale» come «*l'analisi medico legale abbia rilevato elementi di natura sanitaria utili ad escludere che l'evento denunciato sia attribuibile ad infortunio in itinere*». Stante il dubbio sulla «*reale*» genesi lavorativa del supposto trauma, l'INAIL non erogava le prestazioni economiche richieste per mancanza dei requisiti assicurativi e, ai sensi dell'articolo 10 [6] della Convenzione INPS-INAIL del 2014, attivava, a titolo cautelativo, la procedura per l'eventuale azione di surroga nei confronti del presunto responsabile.

La pratica veniva inoltrata a mezzo PEC al Centro Medico Legale INPS territoriale, ove i Sanitari, esaminato il caso, concordavano con «*la mancanza, nell'obiettivazione riportata in sede di pronto soccorso, di elementi inequivocabilmente riconducibili ad un evento traumatico*»; l'inabilità temporanea assoluta (pari a circa 10 giorni) veniva posta provvisoriamente a carico dell'INPS, in attesa dei chiarimenti in merito alla genesi del dolore soleale destro in assenza di elementi obiettabili del trauma.

■ IL CONCETTO DI SURROGA E IL SUO RILIEVO NEL CONTESTO DEL CONTRATTO ASSICURATIVO SOCIALE

Con il termine «surrogare» (dal latino *subrōgare*, sincrasi dei vocaboli *sub* e *rogare*, cioè «chiedere la sostituzione») si indica il rimpiazzo di una persona o di una cosa da parte di qualcun altro o di un altro oggetto. Più nello specifico, la surrogazione è, nell'ordinamento giuridico e assicurativo, il subingresso di un terzo che si sostituisca nei diritti del creditore nei confronti di un debitore, per effetto del pagamento del debito da parte del terzo stesso. La surrogazione assicurativa è sancita dall'articolo 1916 del codice civile [7], il quale stabilisce che «*l'assicuratore che ha pagato l'indennità è surrogato, fino alla concorrenza dell'ammontare di essa, nei diritti dell'assicurato verso i terzi responsabili*»; con il termine di «*terzi responsabili*» si indicano sia il diretto responsabile che il suo assicuratore in responsabilità civile auto [8].

Nel contesto dell'assicurazione sociale, la surrogazione (talvolta erroneamente indicata come «rivalsa») è sancita dall'articolo 142 del Decreto Legislativo n. 209 del 2005 [9] noto anche come «Codice delle assicurazioni private»; questo articolo sancisce, al comma 1, che «*qualora il danneggiato sia assistito da assicurazione sociale, l'ente gestore dell'assicurazione sociale ha diritto di ottenere direttamente dall'impresa di assicurazione il rimborso delle spese sostenute per le prestazioni erogate al danneggiato ai sensi delle leggi e dei regolamenti che disciplinano detta assicurazione, sempreché non sia già stato pagato il risarcimento al danneggiato*».

La surrogazione, per ciò che concerne la quotidiana attività medico legale dei Sanitari INPS, si concretizza sia al riguardo dell'erogazione dell'indennità economica di malattia, sia in materia di invalidità civile e pensionabile, anche alla luce della convenzione, sottoscritta nel 2011, tra l'INPS e l'ANIA, l'Associazione Nazionale delle Imprese d'Assicurazione [10].

La surrogazione in tema di erogazione dell'indennità economica di malattia, che costituisce la

tutela di un diritto privato del lavoratore [11], si concretizza, fattualmente, nell'attenta disamina della certificazione di malattia, al fine di identificare i possibili casi in cui alla genesi della stessa concorra, anche solo in via potenziale, la responsabilità di terzi. Si considerano, tra le diagnosi suscettibili di genesi dipendente dall'azione di terzi i traumi contusivi e fratturativi, le diagnosi indicanti «da trauma, da incidente», le lesioni personali, i postumi dell'incidentistica stradale. La possibile azione di surroga veniva effettuata, in passato, segnando a penna, sul certificato cartaceo, la dicitura «responsabilità di terzi» o l'acronimo «RT»; oggi, con l'avvento della telematizzazione certificativa dei lavoratori privati, propria della procedura ex AS-400®, indicando la lettera «R» nell'apposita casella (Figura 1). Ovviamente tale indicazione trova applicazione solo allorché la malattia superi il periodo dei tre giorni (periodo di carenza), oltre i quali l'INPS si sostituisce al datore di lavoro nell'erogazione dell'indennità stessa. L'annotazione della possibile responsabilità di terzi nella genesi della malattia porta all'invio al lavoratore del modello AS-1 per infortunio extra lavorativo, nel quale l'assicurato dovrà indicare la modalità di genesi dell'infermità e l'eventuale responsabilità o partecipazione di terzi allo sviluppo della stessa.

Nel campo dell'invalidità civile, ormai gestito, dal 2010, dall'Istituto Nazionale della Previdenza Sociale, la surrogazione è attivabile nelle procedure informatiche INPS predisposte allo scopo (software InvCiv2010®, CIC®) tramite la sbiffatura dell'apposita casella nella quale il medico segnala che «una o più menomazioni possono essere dipendenti dall'azione illecita di terzi»; tale azione surrogatoria viene resa possibile dall'applicazione concreta della Legge 183 del 2010 [12] che, all'articolo 41 («Responsabilità di terzi nelle invalidità civili») recita come «le pensioni, gli assegni e le indennità, spettanti agli invalidi civili ai sensi della legislazione vigente, corrisposti in conseguenza del fatto illecito di terzi, sono recuperate fino a concorrenza dell'ammontare di dette prestazioni dall'ente erogatore delle stesse nei riguardi del responsabile civile e della compagnia di assicurazione».

In materia di invalidità pensionabile la surrogazione è applicabile, invece, in virtù dell'articolo 14 della Legge n. 222 del 12 giugno 1984; questo sancisce, infatti, che «l'istituto erogatore delle prestazioni previste dalla presente legge è surrogato, fino alla concorrenza del loro ammontare, nei diritti dell'assicurato o dei superstiti verso i terzi responsabili e le loro compagnie di assicurazione. [...] Agli effetti del precedente comma, dovrà essere calcolato il valore capitale della prestazione erogata, mediante i criteri e le tariffe, costruite con le stesse basi di quelle allegate al decreto ministeriale 19 febbraio 1981, in attuazione dell'articolo 13 della legge 12 agosto 1962, n. 1338, che saranno determinati con decreto del Ministro del lavoro e della previdenza sociale, sentito il consiglio di amministrazione dell'Istituto nazionale della previdenza sociale» [13].

■ IL CUMULO TRA LE PRESTAZIONI INPS E INAIL

A differenza di ciò che avviene nella valutazione dell'invalidità assistenziale (civile), ove la genesi lavorativa o da causa di guerra o di servizio escludono, di fatto, la computabilità della menomazione ai fini valutativi, in invalidità previdenziale la concomitante presenza di una menomazione di competenza INAIL non esclude la sua computabilità nel raggiungimento della soglia pensionabile. Nel caso di soggetto che percepisca una rendita INAIL per infortunio lavorativo, il riconoscimento dell'invalidità previdenziale INPS può essere causa del cosiddetto «cumulo di prestazioni».

La Legge n. 335 del 1995 [14] ha sancito, all'articolo 1, che, dal 1 luglio 2001, «le pensioni di invalidità, di reversibilità o l'assegno ordinario di invalidità a carico dell'assicurazione generale obbligatoria per l'invalidità, la vecchiaia ed i superstiti, liquidati in conseguenza di infortunio sul lavoro o malattia professionale, non sono cumulabili con la rendita vitalizia liquidata per lo stesso evento invalidante, a norma del testo unico delle disposizioni per l'assicurazione contro gli infortuni sul lavoro e le malattie professionali, approvato con decreto del Presidente della Repubblica 30 giugno 1965, n. 1124 [15], fino a concorrenza della rendita stessa. Sono fatti salvi i trattamenti previdenziali più favorevoli in godimento alla data di entrata in vigore della presente legge con riassorbimento sui futuri miglioramenti».

La predetta legge ha traslato, di fatto, nel concreto del contratto assicurativo sociale ciò che l'articolo 1910 del codice civile riconosceva quale principio indennitario: in sostanza l'assicurato per un danno patito può richiedere, a ciascun assicuratore, l'eventuale indennità, purché la somma delle stesse non superi l'entità del danno medesimo.

Nella quotidiana attività medico legale espletata dai Sanitari dell'INPS ciò si concretizza nella corretta annotazione, in fase anamnestica, dei possibili eventi traumatici tutelati dall'INAIL e della loro eventuale indennizzabilità in forma di rendita.

Nel caso di coesistenza di più infermità, alcune di competenza INAIL e altre riconducibili a malattia, il medico esaminatore dovrà stabilire, di volta in volta, se l'infermità tutelata dall'INAIL è, da sola, in grado di consentire il superamento della soglia dei due terzi di riduzione della capacità lavorativa in attività confacenti. In caso affermativo lo stesso medico, nella schermata del giudizio medico legale della procedura SIGAS® (Sistema Informativo Globale delle Attività Sanitarie) – piattaforma informatica, recentemente ammodernata per la gestione dell'invalidità / inabilità pensionabile – dovrà sbiffare la casella di applicabilità del comma 43 dell'articolo 1 della legge 335/1995.

Nel caso invece, meno frequente, che la malattia comune indennizzabile abbia aggravato una

Certificato di inizio malattia

Certificati Vi@ INTERNET
Esame del certificato

6/02/18

NUM. ARCH. T. [redacted] C.O. 00 TELEMAT. N. [redacted] CERT. N. [redacted]

FINE 23 2 2018 INIZIO 3 2 2018 TURNO [redacted]

RILASCIO 5 2 2018 PRESENTAZIONE 5 2 2018 I, C, R, I COD. NOS. [redacted]

RICOVERO/EMOD/GRAV (r/e/g) [redacted] MEDICO [redacted]

NOTE DIAGNOSI colpo di frusta rachide cervicale e lombosacrale

RECAPITO DURANTE LA MALATTIA:
cognome [redacted]
indirizzo [redacted]
c.a.p. 00000 comune [redacted] prov [redacted]

DATI RELATIVI ALL'AZIENDA:
matricola [redacted]
denom. [redacted]
indirizzo [redacted]
c.a.p. [redacted] comune [redacted] prov [redacted]

SETTORE 2 QUALIFICA 0 CATEGORIA PAG. DIRETTO

FAMIL. A CARICO R. TERZI/INAIL (lav.) (R/I) ACC. RESP. (S/I/A/D/C/T/P/N)

EMOD/GRAV (e/g) [redacted] R.T./INAIL/TBC. (med.) (R/I/T/R) ANOMALIA (A-3-5) [redacted]

TIPO VMC [redacted] (A=Ambul./D=Domicil./E=Esente)

F12 Pannello prec. F6 aggiorna F3 uscita F9 storia F1 Help codice nosologico

Indicazione della possibile surroga

F1 F2
F3 F4
F5 F6
F7 F8
F9 F10
F11 F12
F13 F14
F15 F16
F17 F18
F19 F20
F21 F22
F23 F24
INVIO
< >
RESET
HELP

Figura 1. Certificazione di malattia per via telematica

precedente menomazione a tutela INAIL (si tratti, cioè, di concorrenza medico legale di menomazioni), il medico esaminatore dovrà evidenziare l'applicabilità del comma 1 dell'articolo 43 della predetta legge solo allorché l'evento a tutela INAIL sia successivo alla malattia comune indennizzabile inizialmente non sufficiente, da sola, a raggiungere la soglia dell'invalidità pensionabile [16].

UN ESEMPIO PRATICO DI APPLICAZIONE DEL CUMULO DI PRESTAZIONI PREVIDENZIALI INPS – INAIL

Un uomo di anni 55, operaio forestale per conto di una cooperativa, viene sottoposto a visita medico legale presso il CML INPS competente per il territorio. Circa 30 anni prima, in occasione di lavoro, aveva subito una frattura del calcagno del piede destro, trattata chirurgicamente con riduzione cruenta e applicazione di placca e viti, alle quali l'INAIL aveva riconosciuto, dopo varie visite di revisione, un danno biologico pari all'8%, in applicazione alle tabelle allegate al predetto D.P.R. n. 1124 del 30 giugno 1965.

Negli anni successivi l'uomo presentava varie patologie: una pancolite ulcerosa in fase attiva, trattata con emicolectomia sinistra e stomia temporanea di protezione, poi ricanalizzata; un quadro di miocardiopatia dilatativa in controlli specialistici cardiologici semestrali, indicativi di stabilità del quadro clinico-funzionale (EF 55%).

Circa tre anni prima della visita presso il CML INPS l'assicurato subiva, sempre in occasione di lavoro, la frattura della diafisi tibiale sinistra e del terzo medio del perone omolaterale, trattate con placche e viti che venivano successivamente rimosse per problematiche settiche, che comportavano l'instaurarsi di un quadro di insufficienza artero-venosa cronica della gamba sinistra. L'INAIL rivedeva il punteggio del danno biologico dell'assicurato elevandolo, in toto, al 18% e dando luogo, come tale, ad una rendita vitalizia.

Dall'evento traumatico del 2014, il medico competente dell'azienda presso la quale l'assicurato lavorava stabiliva la necessità di riduzione delle mansioni lavorative del soggetto, limitandone la stazione eretta prolungata e dispensandolo dall'utilizzo di strumenti vibranti (motoseghe e decespugliatori) e dalla guida degli autocarri.

Nell'esame obiettivo riportato nella pratica di invalidità pensionabile INPS, il medico esaminatore attestava: «Soggetto in discrete condizioni generali (BMI 29.8) ... Addome batraciano, trattabile, con RC ipocromiche di natura chirurgica in sede mediana e in FID. [...] Indossa calze elastiche bilateralmente. Edemi marcati delle caviglie: alla gamba sinistra presenza di lesione ulcerativa, in parte in fase cicatriziale. La flessione estensione della caviglia è limitata di circa la metà. Edema della caviglia destra con limitazione di circa 1/3 della flessione estensione. Deambulazione autonoma, cauta».

L'assicurato veniva riconosciuto invalido INPS con la diagnosi di «pancolite ulcerosa trattata con colectomia subtotale ed esiti, a discreta ripercussione funzionale, di duplice infortunio lavorativo: frattura di

tibia e perone di sinistra, complicati da processi settici ed insufficienza artero-venosa cronica e di remota frattura di piede destro (DB INAIL TOTALE: 18%) / Cardiomiopatia dilatativa con buona funzionalità di pompa». Il medico esaminatore sbiffava la casella relativa all'applicabilità del comma 1 dell'articolo 43 della legge 335/1995 stante il fatto che l'infermità a tutela INAIL era, da sola, sufficiente al superamento della soglia pensionistica INPS.

■ CONSIDERAZIONI MEDICO LEGALI E CONCLUSIONI

La rapida disamina dei tre fronti sui quali sovente i due principali istituti previdenziali si trovano a confrontarsi (la competenza nel merito all'erogazione dell'indennità economica di malattia indennizzabile, la surrogazione nei confronti

di terzi e il cumulo di prestazioni previdenziali) è esemplificativa del rilevante flusso informatico e dell'ingente contraddittorio che si sviluppa tra i due enti, talora fonte di contenzioso giudiziario.

L'informatizzazione di queste procedure e la telematizzazione nei rapporti tra pubbliche amministrazioni previdenziali e aziende, a partire dal 2010-2011 [17], ha consentito, negli ultimi anni, di agevolare enormemente i rapporti medico legali tra INPS e INAIL, soprattutto nel merito del controllo e della gestione della malattia indennizzabile e della rapida risoluzione dei casi dubbi nell'arco temporale dei 180 giorni.

Concludendo, quindi, si può affermare con certezza che la telematizzazione ha rappresentato, soprattutto nella gestione della malattia indennizzabile, ambito che necessita di rapidità valutativa e celere attribuzione della stessa ad uno dei due enti, un passo avanti di rilievo nella direzione dello snellimento burocratico della pubblica amministrazione.

■ BIBLIOGRAFIA

1. Legge 23 dicembre 1978, n. 833. «Istituzione del Sistema Sanitario Nazionale». Gazzetta Ufficiale n. 360 del 28 dicembre 1978, Serie Generale
2. Gerin C. Medicina Legale e delle Assicurazioni. 8° Edizione. Roma: Editore Schirru, 1977
3. De Zorzi L, Marchi R, Ziccheddu L. La tutela previdenziale della malattia, della parentalità e dell'handicap. Milano: Giuffrè Editore, 2005
4. Macchiarelli L, Albarello A, Di Luca NM, Feola T. Medicina Legale. 2° Edizione. Torino: Edizioni Minerva Medica, 2005
5. Circolare INPS n. 69, Circolare INAIL n. 47 del 2 aprile 2015. Convenzione tra Inail e Inps per l'erogazione della indennità per inabilità temporanea assoluta da infortunio sul lavoro, da malattia professionale e da malattia comune nei casi di dubbia competenza. Disponibile online su: <https://www.inps.it/Circolari/Circolare%20numero%2069%20del%2002-04-2015.htm> (ultimo accesso maggio 2018)
6. Convenzione INPS-INAIL del 2014, Articolo 10 «Azioni surrogatorie»
7. Spagnolo S, Calandrino R. La surrogazione degli assicuratori sociali (art. 142 D. Lgs., 7 settembre 2005, n. 209). Disponibile online su: <http://www.spagnoloassociati.it/public/SurrogazioneAssicuratoriSociali.pdf> (ultimo accesso maggio 2018)
8. Corte di Cassazione Civile, sentenza n. 20740 del 2016
9. Decreto Legislativo del 7 settembre 2005, n. 209. «Codice delle Assicurazioni Private». Gazzetta Ufficiale n. 239 del 13 ottobre 2005, Serie Generale
10. Circolare INPS n. 15 del 31 gennaio 2011. Convenzione tra l'Istituto Nazionale della Previdenza Sociale (INPS) e l'Associazione Nazionale Imprese d'Assicurazioni (ANIA) per favorire l'esercizio delle azioni surrogatorie e la liquidazione dei sinistri. Disponibile online su: <https://www.inps.it/Circolari/Circolare%20numero%2015%20del%2031-01-2011.htm> (ultimo accesso maggio 2018)
11. Catalano C, De Luca F, Vitiello G. Elementi di medicina legale previdenziale INPS. Milano: Giuffrè Editore, 2006
12. Legge del 4 novembre 2010, n. 183. «Deleghe al Governo in materia di lavori usuranti, di riorganizzazione di enti, di congedi, aspettative e permessi, di ammortizzatori sociali, di servizi per l'impiego, di incentivi all'occupazione, di apprendistato, di occupazione femminile, nonché misure contro il lavoro sommerso e disposizioni in tema di lavoro pubblico e di controversie di lavoro». Gazzetta Ufficiale n. 262 del 9 novembre 2010
13. Legge del 12 giugno 1984, n. 222. «Revisione della disciplina dell'invalidità pensionabile». Gazzetta Ufficiale n. 165 del 16 giugno 1984
14. Legge dell'8 agosto 1995, n. 335. «Riforma del sistema pensionistico obbligatorio e complementare». Gazzetta Ufficiale n. 190 del 6 agosto 1995
15. D.P.R. del 30 giugno 1965, n. 1124. «Testo unico delle disposizioni per l'assicurazione obbligatoria contro gli infortuni sul lavoro e le malattie professionali». Gazzetta Ufficiale n. 257 del 13 ottobre 1965, Suppl. Ord.
16. Catalano C, Vitiello G. La consulenza tecnica medico-legale nelle prestazioni erogate dall'INPS. Milano: Giuffrè Editore, 2004
17. Di Paolo M. Inail: al via l'informatizzazione dei servizi. Dal 1 gennaio 2012, utilizzo esclusivo dei canali telematici nelle comunicazioni con le imprese. Disponibile online su: <https://www.lavoroediritti.com/varie/inail-al-via-linformatizzazione-dei-servizi#ixzz56PnXdgJV> (ultimo accesso maggio 2018)