

Per quanto concerne le norme in materia che si sono succedute nel tempo va precisato che le strutture sanitarie da destinare a centri di riabilitazione gestiti direttamente dall'INAIL sono state, sino al 2004, annualmente individuate dal Ministero della salute con propri decreti, ai sensi delle leggi n. 549 in data 28 dicembre 1995 e n. 662 in data 23 dicembre 1996.

Tra le strutture indicate dal citato Ministero, e quindi senza un'attiva partecipazione dell'Istituto soprattutto nella fase istruttoria, è operativo, dall'anno 1999, il solo Centro di Riabilitazione Motoria di Volterra per il quale, con delibera del Consiglio di amministrazione n. 350 in data 20 luglio 2005, è stata prorogata la convenzione con la ASL n. 5 di Pisa fino al 31 dicembre 2006.

Per quanto riguarda le altre strutture individuate nei predetti decreti, l'Istituto ha provveduto a comunicare al Ministero della salute la propria intenzione di non attivare ulteriori centri riabilitativi da gestire direttamente, in relazione alla normativa in materia di competenze sanitarie dell'Ente ed alle politiche di contenimento della spesa pubblica che richiedono una attenta valutazione del rapporto tra costi e benefici nonché alle limitazioni in materia di assunzione di personale.

Per il futuro occorrerà peraltro far riferimento ad un quadro normativo profondamente mutato come si dirà più diffusamente nel capitolo degli investimenti immobiliari.

In questa sede è sufficiente richiamare la legge 311/2004 (Finanziaria 2005) che ha disposto, al comma 449 dell'art.1, l'approvazione da parte dei Ministri vigilanti dei piani di investimento deliberati dall'INAIL, attribuendo anche la determinazione annuale delle finalità degli investimenti stessi ai Ministri vigilanti, sentiti il Ministro della salute ed il Ministro dell'istruzione, dell'università e della ricerca.

Va però aggiunto che la legge 266/2005 (finanziaria 2006), al comma 301 dell'art. 1, ha completato l'assetto sopra descritto nel senso che il Ministro della salute individui, con proprio decreto, i singoli interventi di edilizia sanitaria da realizzare in ciascun anno, in relazione alla programmazione sanitaria nazionale e regionale.

Si fa, pertanto, riserva di riferire sulla concreta attuazione di tale normativa e sul ruolo concretamente svolto dai singoli dicasteri e dall'Istituto.

Per quanto concerne l'attività in campo riabilitativo e protesico già nel precedente referto veniva segnalato che presso la Direzione regionale Puglia era stato avviato un progetto per la "presa in carico" degli infortunati sul lavoro affetti da gravi disabilità motorie (mielolesi) con lo scopo di fornire consulenza ed addestramento nell'utilizzo degli ausili occorrenti per il reinserimento nella vita quotidiana. All'epoca era stato approvato il relativo business plan ed avviate le operazioni propedeutiche all'apertura del Centro Informazioni Assistenza Consulenza (CIAC).

Nei primi mesi del 2004 si è proceduto all'avvio della prima fase sperimentale dell'attività del Centro su cui si ritiene opportuno riferire brevemente.

Una volta individuati, attraverso le strutture territoriali dell'INAIL, tutti i soggetti affetti da patologie neurologiche gravi per i quali è in corso, prevista o prevedibile la realizzazione di un progetto riabilitativo personalizzato, l'infortunato effettua un colloquio con l'assistente sociale e quindi una visita medica e/o specialistica neurologica nel corso della quale vengono individuati i dispositivi e ausili più confacenti alla specifica patologia e compatibili con le abilità residue.

In caso di necessità viene anche disposta una visita domiciliare.

L'infortunato ha altresì la possibilità di prendere direttamente visione e provare ausili per la mobilità, attiva e passiva, interna ed esterna, ausili per la vita quotidiana e per l'igiene e cura della persona, oltre ad una postazione informatica con dispositivi modificati.

E' stato inoltre allestito uno spazio appositamente attrezzato che riproduce le diverse asperità e difficoltà incontrate dal disabile nei normali percorsi cittadini. Ciò al fine, oltre che di prova dell'ausilio, anche di addestramento all'uso dello stesso in una situazione quanto più vicina possibile alla realtà quotidiana.

Nel 2004 sono stati visitati 26 pazienti, tutti tetra e paraplegici.

Come appare evidente da quanto detto sopra, trattasi di un impianto progettuale ed operativo particolarmente complesso per l'esplicazione di

funzioni aventi alta valenza medico sociale che andrebbero adeguatamente implementate, previa analisi di costi e benefici.

Si auspica che l'iniziativa possa essere gradualmente estesa a tutte le Direzioni regionali.

Anche il Centro protesi di Vigorso di Budrio ha costituito oggetto di particolare attenzione da parte degli Organi dell'Istituto a conferma del ruolo guida che il Centro è riuscito a conquistare, anche sul piano internazionale, nello specifico settore protesico e che potrà senz'altro mantenere con le competenze professionali e le esperienze maturate in tutti questi anni di attività.

A tal fine è stata attentamente valutata dall'Amministrazione la necessità di individuare possibili percorsi per approntare un piano di sviluppo per il triennio 2005-2007 avente carattere di immediata operatività in modo da pervenire ad una meditata decisione finale dopo aver individuato tutte le soluzioni possibili.

Di conseguenza il Consiglio di amministrazione ha approvato la delibera n. 143 in data 14 dicembre 2004 con la quale è stato conferito ad un professionista privato di comprovata competenza ed esperienza in materia di organizzazione aziendale e di sviluppo strategico, l'incarico di predisporre in tempi brevi un documento che, individuate tutte le possibilità di sviluppo del citato Centro, consenta di individuare, tra tutte le soluzioni possibili, quella più idonea anche al fine di favorire il confronto competitivo con le analoghe realtà a livello europeo.

Nei tempi stabiliti il documento è stato presentato e si fa riserva di fornire complete valutazioni che, come appare evidente, non possono prescindere dalla concreta adozione delle conseguenti decisioni che dovranno definire il modello ordinamentale ed organizzativo interno oltre che le risorse finanziarie e la tempistica per la realizzazione del progetto.

Come è noto la funzione di riabilitazione e protesi, essendo indirizzata al recupero e al reinserimento sociale e lavorativo delle persone disabili, costituisce uno dei principali filoni di attività dell'Istituto, caratterizzandone la missione in forma del tutto specifica.

In tale ambito una particolare attenzione è stata dedicata alle politiche dirette ad un migliore inserimento del disabile sia nella vita lavorativa che di relazione.

In occasione del precedente referto veniva segnalato che era ormai venuto a scadere il triennio sperimentale previsto dall'art. 24 del decreto n.38/2000 per il finanziamento dei progetti formativi di riqualificazione professionale degli invalidi del lavoro nonché dei progetti per l'abbattimento delle barriere architettoniche nelle piccole e medie imprese che assumono invalidi del lavoro.

Nella tabella che segue sono quantificati i progetti attuati a tutto il 2004 suddivisi in due categorie nonché il numero dei disabili coinvolti e di quelli reinseriti.

ATTUAZIONE PROGETTI ART. 24 D. LGS. 38/2000	
Progetti formativi di riqualificazione professionale (compresi sperimentali)	167
Progetti superamento / abbattimento barriere architettoniche	40

Disabili coinvolti	1023
Disabili reinseriti	438

Per quanto concerne l'impegno economico si fa presente che in applicazione del citato art. 24 vennero determinati gli stanziamenti in relazione ai maggiori flussi finanziari derivanti dai piani di lotta all'evasione contributiva nel limite di 50 miliardi di lire per ciascuno degli esercizi 1999-2001 e quindi per 25.822.845 euro l'anno e per un totale di 77.468.535 euro.

Le somme relative risultano appostate nei bilanci annuali dell'INAIL al capitolo 385 e sono evidenziate nella seguente tabella, che espone i dati più significativi della relativa gestione con l'indicazione degli impegni e dei pagamenti relativi a ciascun esercizio.

INTERVENTI COMPLESSIVI

Anno	Evasioni Incassato	Iniziali / Residui	Impegnato	Pagamenti	Totale residui passivi al termine esercizio
1999	45.517.414	25.822.845			25.822.845
2000	32.661.882	25.822.845	213.111		51.645.690
2001	15.959.397	25.822.845	7.385.467	145.272	25.677.573
2002		77.323.263	4.233.829	1.994.854	75.328.409
2003		75.328.409	1.078.810	2.849.976	72.478.433
2004		72.478.433	638.464	1.326.762	71.151.671
			€ 13.549.681	€ 6.316.864	

Come è facile constatare dall'esame dei dati succitati, la concreta attuazione della norma di che trattasi non ha avuto un avvio esaltante e anche negli anni successivi non è stato possibile attuare l'auspicata piena utilizzazione dei fondi come evidenziato dal consistente divario tra i ritmi di spesa e l'importo degli stanziamenti delle tre annualità.

Occorre però precisare che adempimenti procedurali e comprensibili incertezze sul fronte delle "competenze" possono giustificare gli iniziali ritardi.

Va in proposito precisato che per l'applicazione della norma succitata era indispensabile emanare coerenti indirizzi programmatici, adempimento assolto dal CIV con la deliberazione n. 41, in data 17 luglio 2000 cui ha fatto seguito l'emanazione del regolamento di attuazione di cui alla delibera consiliare n. 695, in data 30 novembre 2000.

E' stato poi necessario emanare un provvedimento della Direzione Generale in data 21 maggio 2001 concernente l'indicazione di linee guida con istruzioni operative specifiche sui flussi organizzativi, modulistica, protocolli valutativi per le residue capacità dell'infortunato, ecc.

Infine, con circolare n. 66, in data 10 luglio 2001 la Direzione generale per l'impiego del Ministero del lavoro ha fornito chiarimenti circa la

competenza dell'INAIL in materia di accertamento delle invalidità residue degli invalidi del lavoro ai fini del collocamento mirato.

Come sopra evidenziato tali adempimenti hanno inciso sulla tempestiva operatività della citata disposizione normativa come sempre avviene quando l'applicazione di norme primarie incide su un dato assetto delle competenze richiedendo, come nel caso di specie, l'esplicazione di attività inedite per l'Ente chiamato ad applicarle. Si intende far riferimento alla valutazione della persona disabile sotto il profilo psico - socio-ambientale, attitudinale e delle competenze professionali ed abilità residue nonché alla ricerca e valutazione delle agenzie formative in grado di sostenere i corsi di riqualificazione destinate a persone disabili.

Deve però constatarsi che ciò ha comunque sollecitato le professionalità coinvolte (soprattutto medici ed assistenti sociali) cui è stato richiesto uno sforzo progettuale ed operativo che è stato affrontato con encomiabile impegno ed ha di fatto comportato l'acquisizione di specifiche professionalità.

In linea con quanto previsto con la citata delibera n. 695, in data 30 novembre 2000, le unità territoriali hanno predisposto numerosi progetti formativi di riqualificazione professionale - a cui vengono avviati i disabili da lavoro disoccupati e con percentuale di inabilità superiore al 33% - ed approvato progetti per il superamento/abbattimento delle barriere architettoniche sul posto di lavoro presentati da piccole e medie industrie locali.

I progetti formativi di riqualificazione professionale hanno riguardato, in particolare, attività di tipo alberghiero, artigianale, informatico, esecutivo e di elevata specializzazione.

In alcuni casi si è proceduto attivando corsi pilota di riqualificazione diretti a gruppi non eccessivamente ampi di invalidi del lavoro molto motivati ad inserirsi nel mondo produttivo, con inabilità di diversa natura ma tutti in grado di partecipare ad un percorso formativo volto a costruire la professionalità necessaria per ottenere un lavoro dipendente o per intraprendere una attività in proprio.

Fino a tutto il 2004 i progetti formativi di riqualificazione professionale hanno interessato tutto il territorio nazionale ed hanno comportato un impegno finanziario per complessivi euro 12.945.970.

Aggiungendo anche i progetti formativi afferenti all'esercizio 2005, l'impegno finanziario totale è pari a 13.736.680 di euro.

I progetti formativi sono stati elaborati in relazione alle esigenze del mercato del lavoro locale ed i migliori risultati si sono ottenuti con l'attivazione di specifici percorsi di riqualificazione per mansioni espressamente richieste, tramite i centri per l'impiego, da singole aziende che hanno, successivamente, permesso un immediato reinserimento del disabile in ambito produttivo, con pieno soddisfacimento dell'azienda stessa.

Nella maggior parte dei casi, i disabili sono stati reinseriti nello specifico settore e mansione per i quali erano stati riqualificati ed i reinserimenti risultano essere stati facilitati dall'effettuazione - nell'ambito dei percorsi formativi - di periodi di stage aziendali, spesso con l'affiancamento di un tutor, che hanno permesso ai disabili di mettere in pratica le conoscenze teoriche acquisite.

Nell'auspicabile prospettiva di ampliare l'ambito delle attività finalizzate alla facilitazione del reinserimento lavorativo dei disabili da lavoro, è stato elaborato un testo di protocollo di intesa standard che ciascuna Direzione regionale INAIL dovrà stipulare con l'Ente Regione, le associazioni dei datori di lavoro e le associazioni di categoria operanti nel territorio di riferimento, nonché con i soggetti più rappresentativi in materia di formazione professionale e collocamento mirato.

Ciò consentirà di rafforzare la "rete" di sinergie con partners pubblici e privati già attivata in precedenza.

Il periodo di sperimentazione ha fatto emergere notevoli spazi di miglioramento per il complesso delle attività da svolgere con l'utilizzo delle risorse finanziarie destinate dal decreto legislativo 38/2000 alla realizzazione dei sopra citati progetti, cosicché l'amministrazione ha attuato opportuni aggiustamenti in coerenza con le diverse esigenze riscontrate in sede di pratica attuazione delle norme di riferimento.

E' prevista, inoltre, per la completa utilizzazione delle cospicue risorse ancora disponibili, l'adozione di modifiche e/o integrazioni al citato regolamento di attuazione finalizzate alla semplificazione delle procedure e all'ampliamento delle tipologie di interventi finanziabili nonché all'incremento degli importi destinati alla specifica copertura finanziaria per i progetti di superamento/abbattimento delle barriere architettoniche.

Tali iniziative vanno al più presto definite ed attuate tenuto conto della notevole consistenza delle somme residue a cui sopra si è accennato che ammontano a ben 71.151.671 euro e della circostanza che sono trascorsi già diversi anni dal triennio cui si riferisce la disposizione del decreto 38/2000.

Comunque, in relazione ai positivi risultati del complesso delle citate iniziative previste in via sperimentale, si auspica che tali forme di sostegno finanziario, vengano affidate all'Istituto con apposita norma legislativa, in forma strutturale e permanente.

L'Ente già da tempo ha promosso specifiche iniziative nelle sedi competenti che a tutt'oggi non hanno sortito alcun risultato.

Va in proposito evidenziato che l'accoglimento della soluzione prospettata consentirebbe, da un lato, di non disperdere le competenze acquisite e la positiva esperienza maturata, anche in termini di sinergie con le altre istituzioni e, dall'altro, di dare concrete risposte alle forti aspettative di reinserimento lavorativo dei disabili da lavoro, qualificando ulteriormente la missione dell'Istituto nel segno di una apprezzabile linea di continuità.

Per quanto concerne infine il superamento/abbattimento delle barriere architettoniche diretto a consentire l'accesso senza ostacoli agli ambienti aziendali, l'INAIL ha potuto facilitare la realizzazione di progetti da parte delle piccole e medie imprese finanziando fino al 50% della spesa affrontata dalle aziende in attuazione della vigente normativa.

I relativi progetti hanno riguardato interventi concernenti:

- la realizzazione/adeguamento di servizi igienici accessibili;
- la realizzazione di ascensori, piattaforme elevatrici, servoscala;
- l'adeguamento di postazioni di lavoro ed attrezzature;
- l'accessibilità degli ambienti di lavoro;
- la realizzazione di rampe di accesso;
- l'adeguamento di porte.

2) Stato di attuazione delle disposizioni di cui all'art. 10 del decreto legislativo n. 38/2000 (malattie professionali).

Come già riferito nel precedente referto, con il decreto ministeriale del 27 aprile 2004, pubblicato sulla gazzetta ufficiale n. 139 in data 10 giugno 2004, è stato approvato il nuovo elenco delle malattie professionali di cui all'art. 139 del testo unico n. 1124/1965, così come proposto dalla commissione scientifica all'uopo istituita ai sensi dell'art. 10 del decreto n. 38 /2000.

L'approvazione di tale elenco – del tutto innovativo rispetto a quello del 1973 – completa il percorso di attuazione del comma 5 del citato art. 10, il quale prevede l'istituzione, presso la banca dati dell'INAIL, del "Registro" nazionale delle malattie professionali causate dal lavoro ovvero ad esso correlate.

Il nuovo elenco risulta costituito da liste di malattie di elevata ovvero limitata probabilità di origine lavorativa nonché di quelle di origine lavorativa possibile e per le quali non è definibile il grado di probabilità.

A proposito dell'approvazione del citato elenco si ritiene di far cenno ad una questione che presenta caratteri di novità ed è suscettibile di importanti riflessi nel mondo del lavoro.

Si fa riferimento all'inclusione, nella lista II) di tale elenco, del gruppo 7 "Malattie psichiche e psicosomatiche da disfunzioni dell'organizzazione del lavoro".

Tale inclusione qualifica le malattie psichiche o psicosomatiche da costrittività organizzativa tra quelle a limitata probabilità di origine lavorativa inserendosi nella nota problematica del "mobbing".

A riguardo deve premettersi che l'Istituto aveva posto attenzione a tale problema avviando un percorso di attenta valutazione del tema delle patologie psichiche da stress e disagio lavorativo a seguito della nota sentenza della Corte Costituzionale n. 179/88 che introducendo il c.d. "sistema misto" nell'ambito dell'assicurazione obbligatoria contro le malattie professionali aveva esteso la tutela a tutte le malattie di cui sia dimostrata, con onere della prova a carico del lavoratore, la causa del lavoro.

Di conseguenza doveva ritenersi che il rischio tecnopatologico assicurativamente rilevante fosse non solo quello collegato alla nocività

intrinseca delle lavorazioni, tabellate e non, in cui si sviluppa il ciclo produttivo aziendale, ma anche quello riconducibile alla concreta organizzazione del ciclo produttivo.

Ai fini di una migliore comprensione del fenomeno e per la predisposizione di appositi percorsi metodologici ai fini della diagnosi eziologia delle patologie in questione venne nominato un apposito comitato scientifico i cui lavori si conclusero nel 2003 con l'individuazione dei criteri per il discrimine tra situazioni di rischio assicurativamente rilevanti e assicurazioni di rischio non rientranti nella tutela.

L'Istituto ha fatto propria l'impostazione seguita da predetto comitato emanando la circolare n. 71 del 17 dicembre 2003 intesa a regolare l'approccio ai disturbi psichici determinati da costrittività organizzativa sul lavoro (il c.d. "mobbing") ed al relativo rischio e diagnosi di questi come malattia professionale, stabilendo inoltre le modalità di trattamento delle relative pratiche.

Le associazioni dei datori di lavoro dell'impresa italiana hanno impugnato presso il Tribunale amministrativo del Lazio la citata circolare unitamente al citato decreto ministeriale in data 27 aprile 2004 emanato nel frattempo.

Il primo di tali ricorsi è stato accolto con decisione del 5 maggio 2005 nella assorbente considerazione che l'approccio dell'Ente alla vicenda di mobbing segue la struttura logica dell'accertamento delle malattie c.d. "tabellate" tanto che la circolare detta istruzioni sulla individuazione della sussistenza dei fattori di nocività e sulla diagnostica delle patologie che da questi potrebbero derivare senza però nulla dire sul nesso di causalità, invece sempre necessario ed il cui onere probatorio è e resta addossato in capo al solo lavoratore.

Ad una diversa conclusione il TAR è invece pervenuto circa l'impugnativa del decreto ministeriale più volte citato giacché esso non consente certo l'indennizzo in via generale ed automatica per i casi di mobbing contemplati ma assolve alla semplice funzione della raccolta del dato epidemiologico per verificare l'eventuale modificazione o integrazione di tali tabelle con l'indicazione di patologie da costrittività del resto indicate tra quelle a bassa probabilità di dipendenza dal rapporto di lavoro.

Contro la citata decisione l'Istituto ha proposto appello al Consiglio di Stato e si fa quindi riserva di riferire una volta che sarà intervenuta la relativa decisione.

Quanto al Registro di cui si è fatto cenno sopra, alimentato dalle denunce o segnalazioni previste dal combinato disposto dell'art. 139 del T.U. e dell'art. 10 del decreto legislativo n. 38 /2000, esso costituisce uno strumento fondamentale per lo studio delle malattie di certa, probabile o possibile origine lavorativa, facilita il tempestivo aggiornamento dell'elenco e delle tabelle delle malattie professionali con presunzione legale dell'origine lavorativa di cui agli artt. 3 e 211 del testo unico e costituisce il punto di riferimento scientifico-epidemiologico a livello nazionale.

Il Registro va considerato come uno strumento utile per superare sia le attuali carenze nella raccolta di informazioni sulle caratteristiche e dimensioni del fenomeno tecnopatico nel suo complesso, sia la scarsa e disomogenea diffusione e circolazione delle conoscenze tra gli operatori del settore, criticità queste che ricadono sul sistema assicurativo e prevenzionale.

Nel corso del 2004 è stato assicurato il supporto organizzativo alla citata commissione scientifica e si è proceduto alla predisposizione dello studio di fattibilità del progetto relativo al registro delle malattie professionali con la individuazione dei relativi aspetti informatici ed organizzativi.

E' stata quindi avviata l'analisi amministrativa riguardante l'impianto del registro, la sua gestione e l'utilizzo delle informazioni in esso contenute.

Nel corso del 2005 si è conclusa l'analisi amministrativa del "progetto registro nazionale delle malattie professionali" in funzione dei conseguenti sviluppi informatici e sono stati definiti i relativi flussi di alimentazione.

E' stato inoltre predisposto il modulo per le denunce o segnalazioni delle malattie di cui al predetto all'art. 139 testo unico, contenente le informazioni minime necessarie per le analisi che successivamente potranno essere fatte sulla casistica.

Tale modulo sarà utilizzato inizialmente dai medici INAIL per la denuncia delle malattie alle AA.SS.LL. ed alle Direzioni provinciali del lavoro e successivamente sarà messo a disposizione di tutti i medici esterni che volessero utilizzarlo.

Inoltre, considerato che all'Istituto è demandato il compito di valutare il nesso di causalità tra la neoplasia (precedentemente diagnosticata solitamente dal servizio sanitario nazionale) e l'attività lavorativa dell'assicurato, particolare attenzione rispetto alla corretta valutazione del nesso di causalità viene posta dalla sovrintendenza medica dell'Ente attraverso il corretto monitoraggio delle neoplasie denunciate.

Al riguardo nella disamina dei casi di neoplasia viene fatto riferimento agli studi statistico-epidemiologici nazionali e internazionali utilizzando nella valutazione del caso concreto i risultati dell'attività svolta da alcune autorevoli istituzioni, in primo luogo dall'Agenzia di ricerca sul cancro dell'Organizzazione Mondiale della Sanità (IARC).

Un costante aggiornamento in questo delicato settore consegue anche alla partecipazione dei medici dell'INAIL a gruppi di lavoro con gli altri soggetti istituzionali preposti alla prevenzione e alla ricerca epidemiologica.

Come si vede nel corso dell'esercizio 2004 l'amministrazione ha continuato ad attivarsi per affinare tutti gli strumenti atti a perseguire la finalità proprie dell'assicurazione sociale in favore dei soggetti affetti da patologie di cui si presuma o si provi l'origine professionale.

Peraltro, come è emerso dall'audizione delle associazioni sindacali di categoria innanzi ad una commissione del CIV in Italia " vengono diagnosticati circa 220.000 tumori l'anno di cui alcune decine di migliaia sono di chiara origine professionale" ai quali solo in esigua misura viene riconosciuto il possesso dei requisiti richiesti ai fini della prevista tutela.

Al fine di ottenerne risultati sempre più appaganti occorrerà perseguire le linee di indirizzo indicate dal CIV, cui si è fatto cenno nel precedente referto e che attengono, in sintesi, agli aspetti informativi, epidemiologici, alle sinergie con le altre istituzioni aventi competenza in materia ed alla diffusione di una capillare informazione a tutti gli operatori del settore.

Con riguardo al settore delle neoplasie professionali una specifica attenzione va riservata alle conseguenze inerenti all'esposizione all'amianto in ragione dei rilevanti riflessi di carattere sociale ed economico – finanziario che le relative problematiche rivestono.

In proposito si ricorda che per i lavoratori esposti all'amianto sono previsti, dall'art. 13, comma 8, della legge n. 257/1992 e successive

modifiche, determinati benefici previdenziali.

Con decreto in data 27 ottobre 2004 il Ministero del lavoro e delle politiche sociali ha previsto le due concorrenti condizioni per il riconoscimento dell'esposizione all'amianto utili ai fini della concessione dei citati benefici.

E' necessario innanzitutto che il lavoratore sia stato adibito in modo diretto ed abituale ad una delle attività lavorative comportanti esposizione all'amianto e inoltre che sia stato occupato nelle suddette attività per un periodo non inferiore a dieci anni con esposizione all'amianto non inferiore a specifici valori limite (100 fibre / litro).

Il medesimo decreto affida l'attestazione della ricorrenza della prima condizione al datore di lavoro che rilascia apposito curriculum. La risoluzione di eventuali controversie relative al rilascio e al contenuto dei curricula è affidata alle Direzioni provinciali del lavoro.

La verifica e la certificazione della ricorrenza della seconda condizione è affidata all'INAIL che è tenuto ad accertare e certificare l'eventuale esposizione all'amianto, trattandosi di materia che, per tutti gli altri aspetti, rientra esclusivamente nelle competenze dell'INPS e degli altri Enti previdenziali interessati.

Pertanto, come già detto nel precedente referto, i compiti dell'INAIL in questo settore sono particolarmente impegnativi, posto che l'Istituto assume un ruolo fondamentale nel processo di accertamento con un impatto notevole sul piano organizzativo, sia per quanto concerne le richieste di certificazione, sia per quanto riguarda la necessità di resistere in giudizio a fronte dei ricorsi giurisdizionali di lavoratori che non si vedono riconoscere il diritto alla certificazione.

Nel corso dell'anno 2004, le domande pervenute all'INAIL sono passate da n. 222.582 a n. 257.583.

Nello stesso periodo i certificati di esposizione all'amianto rilasciati dall'INAIL sono diminuiti da n. 134.793 a n. 122.954 ed è stata negata l'esposizione a n. 88.038 lavoratori.

Si ritiene di riportare i dati statistici sotto indicati rispetto ai quali si fa presente che essi non vanno letti in parallelo, in quanto casi denunciati in un anno possono essere riconosciuti anche negli anni successivi.

Tumori da amianto denunciati all'INAIL	Tumori da amianto riconosciuti dall'INAIL
1999: n. 374	1999: n. 340
2000: n. 431	2000: n. 338
2001: n. 588	2001: n. 436
2002: n. 587	2002: n. 449
2003: n. 484	2003: n. 578
2004: n. 634	2004: n. 435

Dai dati sopra esposti emerge che negli ultimi anni il numero dei casi di tumori da amianto (mesotelioma pleurico, pericardico e peritoneale, carcinoma polmonare) riconosciuti dall'INAIL presenta, nella media, un andamento crescente.

In proposito ed in relazione al numero dei casi accertati si richiama quanto detto innanzi, in via generale, circa l'impegno che l'Istituto è chiamato a approfondire in questo delicato settore elaborando scelte organizzative al fine di favorire la più funzionale integrazione tra le competenti strutture dell'Istituto, in modo che il processo relativo al riconoscimento del nesso eziologico tra malattia denunciata e rischio lavorativo si incentri sulle competenze della funzione professionale medica.

Occorrerà, in sintesi, operare in modo da attribuire alla gestione di questo delicato settore connotati di efficacia ed efficienza, con la conseguenza che la tutela delle malattie professionali potrà evolversi in senso qualitativo garantendo tempi ravvicinati e compatibili con le pressanti esigenze del lavoratore tecnopatico.

3) Infortunio in itinere e danno biologico (artt.12 e 13 del decreto n. 38/2000).

Per quanto concerne l'infortunio in itinere si conferma il trend negativo già segnalato nel precedente referto consistente in un incremento

del 3,5%, rispetto al valore del 2002, incremento che ha caratterizzato anche gli esercizi 2004 e 2005.

Infatti, pur in assenza di dati definitivi, l'Amministrazione ha comunque posto in evidenza che, a fronte del generale decremento degli infortuni, diminuiti nel 2005 del 2,8% rispetto al 2004, quelli avvenuti "in itinere" costituiscono oltre il 20% dei casi.

L'incremento degli infortuni in itinere è in parte correlato agli infortuni che si verificano con l'uso del mezzo privato che, per ovvi motivi, nelle grandi città assume sempre più quel carattere di "necessità" prescritto dalla legge per coprire il percorso che il lavoratore deve compiere per recarsi al lavoro.

La casistica legata alle modalità con cui tali infortuni possono verificarsi è particolarmente ricca e non sempre, nelle singole fattispecie, si è in grado di pervenire a conclusioni univoche con evidenti riflessi sul volume del contenzioso che incide anche sulla certezza dei dati statistici.

Passando alla tematica del danno biologico, in assenza di modifiche del quadro di riferimento normativo e di rilevanti iniziative a livello operativo da parte della Direzione generale, non possono che richiamarsi le osservazioni e le valutazioni fatte in occasione dei referti precedenti che rimangono ancora sostanzialmente valide.

Il CIV è sempre stato particolarmente sensibile a questa tematica con particolare riferimento all'adeguatezza degli indennizzi rispetto alle menomazioni ed alle relative misure correttive, sulla base di studi di fattibilità in ordine alle compatibilità finanziarie ed agli scenari evidenziati dal monitoraggio.

Con particolare attenzione a quest'ultimo profilo, nella seduta del 4 maggio 2004 il CIV, cui erano state sottoposte, dalla competente commissione istruttoria, ipotesi di modifiche normative, ha evidenziato che tali ipotesi dovranno essere corroborate da approfonditi ed esaustivi studi di sostenibilità economico/finanziaria, e che qualsiasi proposta di rivisitazione della disciplina assicurativa vigente dovrà essere previamente concordata tra tutti gli Organi dell'Istituto.

Inoltre, nel prendere atto dell'insufficienza del monitoraggio svolto e della necessità di tenere conto anche del contenzioso in materia di prestazioni, ha sottolineato che alla prima positiva valutazione sugli effetti

del nuovo sistema indennitario se ne contrappongono altre, provenienti dai patronati, che rendono impellente l'esigenza di una rivisitazione dell'art. 13.

Come già evidenziato nel precedente referto, ciò ha comportato un abbassamento del livello di tutela indennitario, chiaramente desumibile dalla entità delle risorse finanziarie erogate inferiori rispetto alle previsioni iniziali.

La lamentata insufficienza di dati rende necessario rivolgere un invito agli organi di gestione a porre in essere un'attività di monitoraggio che sia effettuata secondo rigorosi canoni di rilevazione e da cui possa discendere una descrizione metodica e puntuale del fenomeno esaminato.

Il CIV ha redatto un documento in cui ha posto in rilievo il perdurante comportamento omissivo della Direzione generale che collide con l'esigenza di fornire informazioni analitiche ed idonee a consentire una completa ed esaustiva valutazione sulla problematica.

Tale carenza, come sottolineato dallo stesso CIV nella seduta del 22 marzo 2005, impedisce l'avvio delle verifiche previste dalla vigente normativa ed ostacola il pieno esercizio delle funzioni di indirizzo proprie dell'Organo succitato.

C) Denuncia Nominativa Assicurati (DNA)

L'art. 14, comma 2, del decreto n. 38/2000 ha previsto l'obbligo per i datori di lavoro di comunicare all'INAIL il codice fiscale dei lavoratori assunti contestualmente all'instaurazione del rapporto di lavoro o alla sua cessazione.

Con gli elementi relativi alla Denuncia Nominativa Assicurati (DNA) è stata realizzata una banca dati che contiene tutte le movimentazioni di assunzione e cessazione dei lavoratori dipendenti a decorrere dal 16 marzo 2000 ad oggi. La banca dati è disponibile sul sito internet dell'INAIL dal 2000.

Come precisato nel referto relativo al 2003, la funzione di acquisizione e gestione della DNA continua ad essere espletata dall'Istituto nonostante il passaggio di tale competenza al Ministero del lavoro e delle politiche sociali.