

GestioneTipo di malattia	2008	Var.% anno prec.	2009	Var.% anno prec.	2010	Var.% anno prec.
Agricoltura	1.833	11,4	3.924	114,1	6.380	62,6
Malattie osteo-articolari e muscolo-tendinee	1.102		2.850		5.128	
Di cui:						
- <i>Affezioni dei dischi intervertebrali</i>	429		1.251		2.128	
- <i>Tendiniti</i>	271		608		1.164	
Ipoacusia da rumore	269		363		566	
Malattie respiratorie	156		215		234	
Tumori	23		33		51	
Malattie cutanee	33		43		41	
Disturbi psichici da stress lavoro-correlato	2		3		1	
Industria e servizi	27.775	3,8	30.457	9,7	35.548	16,7
Malattie osteo-articolari e muscolo-tendinee	11.860		15.461		20.593	
Di cui:						
- <i>Tendiniti</i>	4.139		5.365		7.222	
- <i>Affezioni dei dischi intervertebrali</i>	3.650		5.301		7.063	
Ipoacusia da lavoro	5.704		5.277		5.678	
Malattia da asbesto (neoplasie, asbestosi, placche Pleuriche)	2.121		2.140		2.302	
Malattie respiratorie (non da asbesto)	1.766		1.660		1.651	
Tumori (non da asbesto)	1.170		1.162		1.219	
Malattie cutanee	727		701		659	
Disturbi psichici da stress lavoro-correlato	447		389		371	
Dipendenti conto Stato	355	-8,7	372	4,8	419	12,6
Malattie osteo-articolari e muscolo-tendinee	111		158		216	
Di cui:						
- <i>Tendiniti</i>	38		51		77	
- <i>Affezioni dei dischi intervertebrali</i>	30		47		64	
Malattie respiratorie (non da asbesto)	35		36		49	
Ipoacusia da rumore	32		33		39	
Malattia da asbesto (neoplasie, asb., placche pleuriche)	52		32		31	
Tumori (non da asbesto)	23		15		23	
Disturbi da stress lavoro-correlato	25		25		15	
Malattie cutanee	10		3		7	

Dalla tabella suesposta, emerge che l'aumento, rispetto al 2009, è stato del:

- 17% nell'Industria e servizi (ben 5.000 casi in più);
- 63% in Agricoltura (2.500 denunce in più del 2009);
- 13% nei Dipendenti per conto dello Stato (47 casi in più).

Quanto alla tipologia, anche nel 2010, un ruolo di primo piano è stato assunto dalle malattie osteo-articolari e muscolo-tendinee, dovute prevalentemente a sovraccarico biomeccanico, che rappresentano da sole, con quasi 26.000 denunce nel 2010, circa il 60% del dato complessivo. Tra le patologie più frequenti le affezioni dei dischi intervertebrali (oltre 9.000 denunce) e le tendiniti (più di 8.000).

Anche l'ipoacusia da rumore rimane ancora tra le malattie più denunciate.

Peraltro, l'aumento del 7% delle patologie da amianto rispetto al 2009 conferma il trend crescente degli ultimi anni; il risultato era atteso in considerazione dei peculiari periodi di latenza, pari anche a 40 anni, come nel caso del mesotelioma, il cui picco di manifestazione è stimato intorno al 2025.

Un cenno a parte va dedicato alle malattie tumorali, per l'importanza che l'argomento riveste, per i costi conseguenti e per il fatto che le recenti acquisizioni scientifiche consentono di individuare meglio che in passato il loro collegamento con l'attività lavorativa.

Le cifre rilevate dall'INAIL devono, purtroppo, considerarsi sottostimate a causa delle difficoltà di individuazione del nesso causale.

I tumori denunciati (compresi quelli da asbesto) - per il complesso delle gestioni - continuano a superare i 2.000 casi l'anno, permanendo tra le patologie professionali più frequenti.

Più della metà sono legati ai polmoni e alla pleura, ma hanno una certa rilevanza anche quelli legati alla vescica (quasi 300 denunce l'anno).

Un ultimo accenno alle malattie professionali di natura psichica; infatti, il protrarsi della crisi economica e il fenomeno del precariato hanno contribuito ad innescare in alcuni lavoratori malesseri e disagi psicologici, fino al concretizzarsi talora in vere e proprie malattie definibili sinteticamente come disturbi psichici da stress lavoro-correlato.

Dal punto di vista normativo, nel 2010 il Ministero del Lavoro ha emesso apposita circolare, per la valutazione di tale disturbo, così come previsto dal dlgs n. 81/2008 e ss.mm.ii..

4.5. L'ASSICURAZIONE CONTRO GLI INFORTUNI IN AMBITO DOMESTICO.

La Legge n. 493 in data 3 dicembre 1999 ha riconosciuto, tutelandolo, il lavoro svolto in ambito domestico e istituito la relativa assicurazione obbligatoria per la tutela e il rischio infortunistico per invalidità permanente, gestita dall'INAIL, disponendo che presso l'Ente fosse istituito un Fondo autonomo speciale, con contabilità separata, cui sovrintende un Comitato amministratore.

Il Comitato attualmente in carica è stato nominato con decreto del Ministro del lavoro in data 09 febbraio 2011 e si è insediato il successivo 16 marzo 2011.

Le iscrizioni attinenti all'anno 2010 hanno subito una flessione del 6,7% rispetto alla stessa data del 2009.

I soggetti che hanno provveduto al versamento del premio ammontano a 1.619.631; a questi devono essere aggiunti i 188.635 soggetti a carico dello Stato circa, che sono esenti in quanto titolari di un reddito complessivo lordo ai fini IRPEF non superiore a € 4.648,11 o appartenenti ad un nucleo familiare il cui reddito complessivo lordo ai fini IRPEF è pari a € 9.296,22.

In ordine alla struttura del Comitato, alle relative funzioni, all'oggetto ed al contenuto dell'assicurazione di che trattasi, si richiama quanto riferito nei precedenti referti.

Dal monitoraggio infortuni in ambito domestico in data 9 febbraio 2011 - strumento questo, attraverso il quale l'INAIL rileva sul territorio nazionale il numero delle denunce di infortunio presentate, il grado di invalidità riconosciuto, le cause e le circostanze in cui si è verificato l'evento - è possibile, altresì, verificare il perdurante anomalo rapporto tra i numerosissimi incidenti denunciati e le modeste rendite costituite.

Infatti, le rendite costituite nell'anno 2010 sono solo 16, con un'evidente netta sproporzione fra i 732 casi chiusi negativamente e quelli che hanno trovato effettivo accoglimento; ciò ha determinato, fra entrate e uscite, un forte squilibrio che ingenera accumulo di consistenti avanzi economici di gestione.

Come si evince dal seguente prospetto - dall'1/3/2001, fase iniziale del monitoraggio, al 31/12/2010 - su un totale di 14.290 richieste di prestazioni, le rendite sono state solo 714 a fronte di 13.021 casi chiusi negativamente e 555 in istruttoria.

INFORTUNI IN AMBITO DOMESTICO (rilevazione dal 1°/3/2001 al 31/12/2010)

	Dal 1°/3/01 al 31/12/10 n. casi	Di cui per anno evento									
		2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010
Richieste di prestazioni											
-def. Negat.	13021	456	1057	1523	1432	1706	1595	1642	1529	1349	732
-in istruttoria	555		2	1	6	11	23	42	55	120	295
-rendita riconosciuta	714	39	57	61	66	69	73	121	116	96	16
Totale	14290	495	1116	1585	1504	1786	1691	1805	1700	1565	1043
Rendite costituite	714	39	57	61	66	69	73	121	116	96	16

Alcuni interventi, tuttavia non risolutivi, sono stati disposti nel corso degli anni al fine di conseguire maggiori adesioni alla predetta assicurazione e migliorarne l'utilità sociale.

In proposito si segnala il D.M in data 31 gennaio 2006, con il quale il Ministro del lavoro ha provveduto ad estendere l'assicurazione contro gli infortuni in ambito domestico anche ai casi mortali nonché il comma 1257 dell'art. 1 della Legge n. 296 in data 27 dicembre 2006 (Finanziaria 2007), che ha disposto l'abbassamento del grado di inabilità permanente indennizzabile in rendita dal 33% al 27%.

Di recente, anche il Presidente dell'Ente nella seduta del Comitato in data 23 marzo 2010 ha rappresentato come l'Istituto - che non ha mancato di pubblicizzare costantemente le modalità di iscrizione - stia predisponendo una proposta di revisione della normativa sull'assicurazione infortuni in ambito domestico, da sottoporre agli Organi competenti.

Merita, peraltro, riflessione la circostanza che - a fronte di una stima elaborata sui dati ISTAT che individua la platea delle persone soggette all'obbligo assicurativo in più

di 5.000.000 - meno della metà degli assicurandi risultano iscritti e che, comunque, considerata la modesta cifra del premio da pagare

(€ 12,91 per i non esenti) non è agevole, in concreto attivare rimedi monitori o sanzionatori per il recupero delle somme dovute.

Pertanto, allo stato, considerata la percentuale di adesione all'iniziativa, ma soprattutto la più che modesta quantità numerica delle prestazioni accordate - che, in tendenziale sviluppo fino al 2007, flettono nell'ultimo triennio - si rivela necessaria l'individuazione di una effettiva riforma di tale sistema assicurativo o di soluzioni alternative.

Al riguardo si evidenzia anche come il numero delle iscrizioni aggiornate al 29 novembre 2011 è pari a 1.762.615, con una flessione del 6,20% rispetto alla stessa data del 2010.

4.6. CASELLARIO CENTRALE INFORTUNI

Il Casellario centrale infortuni è stato istituito nel 1922 come prima forma di archiviazione degli infortuni sul lavoro con postumi permanenti; nel 1945 venne trasferito in gestione presso l'INAIL e, nel corso del tempo, ha progressivamente ampliato il proprio bacino informativo fino a diventare il *data base* nazionale di tutti gli infortunati assicurati (e non più, dunque, solo di quelli sul lavoro).

Detto Organismo svolge con autonomia gestionale una funzione pubblica, sotto la vigilanza del Ministero del Lavoro, con strutture e risorse messe a disposizione dall'INAIL mediante previsione di spesa su separato capitolo nell'ambito del bilancio dell'Istituto. Tali spese sono anticipate dall'INAIL e successivamente ripartite tra gli enti utilizzatori.

La quota contributiva a carico dell'INAIL (ed ex IPSEMA) per l'anno 2010 è pari a 2.965 mln su un totale complessivo di 4.432 mln.

Questa grande banca dati ha classificato, al 31 dicembre 2010, quasi 8 mln e 700 mila casi, tra infortuni - professionali e non - e malattie professionali che hanno comportato invalidità permanente o morte, includendo anche, a partire dal 2003, tutti gli infortuni derivanti dalla circolazione di automezzi.

Nell'ultimo anno sono state raddoppiate le consultazioni e, l'incremento è dovuto per lo più alle ricerche effettuate dalle imprese assicuratrici.

La funzione primaria del Casellario, infatti, è fornire i precedenti infortunistici di tutti coloro che sono coperti da una forma di polizza. A tale scopo hanno l'obbligo per legge di comunicare i nominativi degli infortunati (insieme ad altre notizie relative alle

modalità dell'incidente considerato), oltre gli Enti che gestiscono assicurazioni obbligatorie, tutte le imprese assicurative.

Pertanto, ad ogni nuova segnalazione di un infortunio, tramite il Casellario è possibile controllare se la persona interessata era già stata registrata e, in caso affermativo, per quale tipo di lesione; tali verifiche sono di grande utilità sia nel caso di eventuali attività antifrode sia per analisi più strettamente medico-sanitarie.

Nel corso del 2010 il Comitato ha tenuto 7 sedute ed ha approvato l'11 luglio 2011 il bilancio consuntivo 2010.

Quanto all'annosa questione - richiamata più volte nei precedenti referti - circa la spettanza di indennità annue ai componenti del Comitato si riporta l'esito ad oggi dei ricorsi proposti davanti all'Autorità giudiziaria da parte di taluni degli interessati.

Il Ministero del Lavoro, con decreto del 24 marzo 2006, ha disposto che al Presidente ed ai componenti del Comitato di gestione del Casellario Centrale Infortuni venisse corrisposta un'indennità annua, rispettivamente di euro 20.000,00 e di euro 10.477,92.

Al riguardo, il Collegio dei Sindaci dell'INAIL, con verbale del 17 ottobre 2006, ha rilevato che gli articoli 15 e seguenti del decreto legislativo n. 38/2000 - che regolano l'attività del Casellario - non prevedono alcun compenso per i componenti del Comitato di gestione. Infatti, in base all'art. 27 della l. n. 468/1978, nuovi oneri possono essere posti a carico del bilancio soltanto con disposizioni di legge.

La questione è stata rimessa al Ministero del Lavoro affinché fornisse un indirizzo in materia. Allo stato, il Ministero non si è ancora espresso.

Nel frattempo, alcuni membri del precedente Comitato nel dicembre 2008 hanno adito le vie legali allo scopo di ottenere il pagamento dei compensi previsti dal decreto ministeriale. In applicazione di una prima sentenza emessa nei confronti di alcuni degli interessati - peraltro, allo stato appellata - sono state corrisposte le somme liquidate a taluni ricorrenti.

Premesso che la questione relativa alla possibilità di erogare le indennità ai componenti del Comitato di Gestione del Casellario è, dunque, ancora *sub iudice*, non essendo passata in giudicato la sentenza di primo grado, va considerato, comunque, che per il periodo successivo all'entrata in vigore del d.l. 31 maggio 2010, n. 78, convertito con modificazioni nella l. n. 122 del 30 luglio 2010, "la partecipazione agli organi collegiali, anche di amministrazione, degli enti che comunque ricevono contributi a carico delle finanze pubbliche, nonché la titolarità di organi dei predetti enti è onorifica; essa può dar luogo esclusivamente al rimborso delle spese sostenute, ove previsto dalla normativa vigente" (comma 2, art. 6).

Sussiste, pertanto, l'onere per l'Ente nonché per il Casellario stesso di esaminare compiutamente i casi in cui per i componenti già dirigenti sussisteva, comunque, l'onnicomprendività dei contestati compensi, al fine di limitare quantitativamente l'eventuale diritto all'erogazione dell'indennità o chiederne la restituzione.

Si segnala da ultimo che l'art. 19 del d.lgs 38/2000 prevedeva, tra i componenti del Comitato di gestione del Casellario, "un rappresentante dell'Istituto di previdenza per il settore marittimo (IPSEMA)"; allo stato, nonostante la soppressione di detto Istituto e la relativa incorporazione nell'INAIL, prevista dal d.l. n.78/2010, non è ancora avvenuta la riduzione della composizione numerica del Comitato, che appare invece misura consequenziale alla ormai avvenuta soppressione ed incorporazione dell'IPSEMA.

4.7. PRESTAZIONI ECONOMICHE

Ai lavoratori dipendenti che abbiano subito un infortunio sul lavoro o contratto una malattia professionale vengono erogate prestazioni sia economiche sia riabilitative.

Il progressivo ampliamento della tutela e, conseguentemente, delle prestazioni (considerato che l'iniziale liquidazione in capitale si è tramutata in rendita per inabilità permanente, cui si sono aggiunte le cure necessarie ed utili, con la prospettiva di pervenire alla tutela integrale del lavoratore, fino al suo reinserimento sociale e lavorativo) ha prodotto importanti cambiamenti nell'assicurazione contro i rischi professionali. Un'incidenza determinante hanno avuto ulteriori fattori: nuove forme di lavoro e di produzione, invecchiamento della popolazione, sviluppo del terziario e diffusione del lavoro precario.

Quest'ultimo in particolare presenta criticità: le carriere professionali spesso si svolgono presso aziende diverse ed il passaggio da un'impresa all'altra rende difficile provare sia l'esposizione a rischio sia l'eziologia professionale di alcune malattie, in particolare di quelle a comparsa ritardata, in quanto i tradizionali elementi di prova (cartellini di presenza, testimonianze dei colleghi ecc.), potrebbero essere di difficile reperibilità, soprattutto nel caso di chiusura dell'azienda.

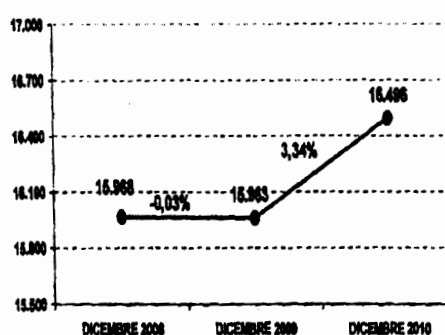
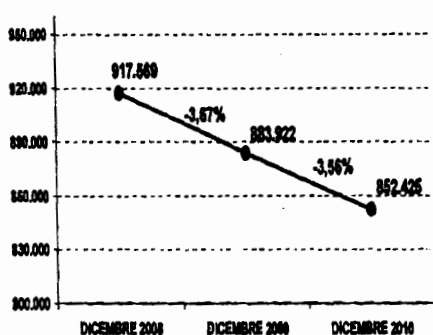
Come mostra la tabella che segue la spesa per le rendite per inabilità permanente è diminuita ulteriormente nel corso del 2010, infatti il numero complessivo è di 852.426 contro 883.922 dell'anno 2009; il tutto a fronte di un maggior numero di indennizzi in capitale.

Risulta, pertanto, confermata nel biennio di riferimento la contrazione del c.d. "portafoglio rendite", che è conseguente sia alla scelta effettuata dal d. lgs. n. 38 del 2000 - il cui art. 13, relativo al danno biologico, ha introdotto l'indennizzo in capitale per le menomazioni tra il 6% ed il 16%, elevando, conseguentemente, dall'11% al 16% la soglia di indennizzabilità con rendita dei danni permanenti - sia alla contrazione del numero dei beneficiari ex T.U. 1124/65 (cessazione della rendita per morte dell'assistito, matrimonio del coniuge superstite, raggiungimento dell'età prevista da parte dei figli superstiti, ecc.).

	RENDITE IN GESTIONE						
	DICEMBRE 2009	DICEMBRE 2010			TOTALE DICEMBRE 2010	VARIAZIONE ASSOLUTA	VARIAZIONE IN %
		INFORTUNI	M.P.	S. / A.			
PIEMONTE	57.247	39.915	9.588	5.096	54.599	-2.648	.4,63
VALLE D'AOSTA	4.497	1.812	877	1.559	4.248	-249	-5,54
LOMBARDIA	109.913	84.160	16.691	5.219	108.070	-3.843	-3,50
DR. P.LE TRENTO	8.552	6.011	1241	982	8.214	-338	-3,95
DIR. P.LE BOLZANO	8.715	6.633	1.125	717	8.475	-240	-2,75
VENETO	65.813	47.356	14.045	2.230	63.631	-2.182	-3,32
FRIULI	22.178	14.735	5.798	957	21.490	-688	-3,10
LIGURIA	39.781	20.362	10.016	7.618	37.998	-1.785	-4,49
EMILIA	79.085	60.948	13.750	1.330	76.028	-3.057	-3,87
TOSCANA	89.014	61.158	17.298	6.984	85.440	4.574	-4,02
UMBRIA	28.424	19.323	7.622	322	27.267	-1.157	-4,07
MARCHE	39.808	26.037	11.254	1.002	38293	-1.515	-3,81
LAZIO	51.345	41.317	6.658	1.587	49.562	-1.783	-3,47
ABRUZZO	28.601	18.094	6.184	3.148	27.404	-1.197	-4,19
MOLISE	5.983	5.422	232	85	5.739	-244	-4,08
CAMPANIA	56.399	49.172	4.057	1277	54.506	-1.893	-3,36
PUGLIA	56.939	43.765	10.065	1.306	55.136	-1.803	-3,17
BASILICATA	8.650	7.512	655	272	8.439	-211	-2,44
CALABRIA	26.228	22.299	1.894	1.574	25.767	-481	-1,76
SICILIA	67.830	50.948	11.886	2.714	65.548	-2.082	-3,08
SARDEGNA	29.120	18.733	4.462	5.378	28.573	-547	-1,88
ITALIA	883.922	645.712	165.378	51.335	852.426	-31.497	-3,58

Tale effetto non riguarda peraltro le nuove rendite, dal momento che - come emerge dalla successiva tabella estratta dalla Relazione sul processo produttivo e profili finanziari al 31/12/2010 - quelle complessivamente costituite nell'anno ammontano a 16.496 a fronte delle 15.963 riferite al precedente esercizio.

		DICEMBRE 2008	DICEMBRE 2009	DICEMBRE 2010			DICEMBRE 2008	DICEMBRE 2009	DICEMBRE 2010
RENDITE IN GESTIONE	N°	917.569	883.922	852.425	RENDITE COSTITUITE	N°	15.968	15.963	16.496



In merito all'esame delle prestazioni erogate si evidenzia che il numero complessivo delle rendite relative alla gestione ordinaria dell'industria in vigore al 31 dicembre 2010 è diminuito del 4,76% rispetto al 2009.

Per la gestione ordinaria dell'agricoltura, il numero complessivo delle rendite in vigore al 31 dicembre 2010 risulta pari a 146.390 unità contro le 154.396 dell'anno precedente (-5,18%).

Per la gestione dei medici esposti a radiazioni ionizzanti, il numero delle rendite complessive in corso di godimento al 31 dicembre 2010 è di 951 unità, con una riduzione del 3,45% rispetto alle 985 unità dell'anno 2009.

L'Istituto corrisponde oltre alle rendite per inabilità permanente ed ai superstiti in relazione ad infortuni, malattie professionali, silicosi ed asbestosi, anche le indennità per inabilità temporanea ed eroga, per casi particolari, l'assegno per assistenza personale continuativa, l'assegno di incollocabilità, lo speciale assegno

continuativo mensile in favore dei superstiti, l'erogazione integrativa di fine anno ed, a titolo onorifico, il brevetto e il distintivo d'onore.

Tra le prestazioni, l'altra voce di maggiore rilievo, riguarda l'indennità per inabilità temporanea assoluta ed altre indennità ed assegni immediati.

L'indennità per inabilità temporanea è dovuta agli assicurati ai quali, a causa di infortunio sul lavoro o di malattia professionale, viene riconosciuto uno stato di inabilità assoluta che impedisce loro temporaneamente di attendere alla propria attività lavorativa; detta prestazione ha una funzione indennitaria e viene corrisposta dal quarto giorno in poi di inabilità. Per il 2010 la spesa di competenza e di cassa è stata pari a € 764.477.947, con un decremento del 2,47% rispetto all'esercizio precedente, che deriva essenzialmente dalla riduzione del numero degli infortuni e della durata media dell'inabilità temporanea.

Della spesa anzidetta € 713.041.350 attengono alla gestione industria e si riferiscono ad un numero di casi indennizzati pari a 447.016 unità nel 2010 contro 459.388 casi del 2009 (-2,69%).

Le indennità di pertinenza della gestione agricoltura, pari a € 51.404.655, si riferiscono a n. 37.824 casi indennizzati rilevati nel 2010 contro i 39.696 casi del 2009 (-4,72%).

La residua spesa di € 31.942 si riferisce, infine, agli assegni corrisposti per le indennità per inabilità temporanea e per i casi di morte per la gestione dei medici esposti a radiazioni ionizzanti.

Le prestazioni economiche integrative relative alla vita sociale degli infortunati ammontano ad € 2.410.440 per la competenza e ad € 2.286.192 per la cassa. Tra queste rientra l'erogazione dell'assegno di incollocabilità ex art. 180 del D.P.R. n. 1124/1965: l'onere attribuito all'INAIL, per effetto dell'art. 1-decies della l. 21.10.1978, n. 641, è risultato pari a € 10.556.077 con una lieve diminuzione rispetto al dato del precedente esercizio (nel 2009 era stato di € 10.770.851).

Con decreto del Ministero del lavoro n. 30 del 12 gennaio 2011, è stato emanato il regolamento concernente il Fondo per le vittime dell'amianto, ai sensi dell'articolo 1, commi 241 - 246, della l. 24 dicembre 2007 n. 244, (Finanziaria 2008), istituito presso l'INAIL, con contabilità autonoma e separata, e finanziato con risorse provenienti per tre quarti dal bilancio dello Stato e per un quarto dalle imprese con una addizionale sui premi assicurativi.

Hanno diritto alle prestazioni previste dal Fondo sia i lavoratori titolari di rendita diretta, ai quali sia stata riconosciuta, dall'INAIL e dal soppresso IPSEMA, una patologia asbesto-correlata per esposizione all'amianto e alla fibra "fiberfrax" sia i

familiari dei lavoratori vittime dell'amianto, quali titolari di rendita ai superstiti, qualora la patologia asbesto-correlata abbia avuto un ruolo nel determinismo della morte dell'assicurato.

Per la gestione del Fondo, è istituito, senza maggiori oneri a carico della finanza pubblica, un "Comitato Amministratore" che si avvale delle competenti strutture dell'Ente.

Il Comitato è composto da sedici membri: un rappresentante del Ministero del lavoro e delle politiche sociali, uno del Ministero dell'economia e delle finanze, quattro rappresentanti dell'INAIL, quattro rappresentanti delle organizzazioni sindacali maggiormente rappresentative a livello nazionale, due rappresentanti delle associazioni delle vittime dell'amianto maggiormente rappresentative nell'ambito delle regioni che, a livello nazionale, risultano avere una più alta incidenza di malattie asbesto-correlate.

Con la l. 296/2006 (Finanziaria 2007) è stato istituito, inoltre, il "Fondo di sostegno per i familiari delle vittime di gravi infortuni sul lavoro", presso il Ministero del lavoro, con lo scopo di fornire un adeguato supporto ai familiari dei lavoratori assicurati e non, vittime di gravi infortuni sul lavoro. I compiti di erogazione delle prestazioni del fondo, individuati con successivi decreti ministeriali, sono attribuiti all'INAIL e al soppresso Istituto di previdenza del settore marittimo (IPSEMA).

Le prestazioni sono erogate esclusivamente per infortuni verificatisi dal 1° gennaio 2007 con esiti mortali.

Sono previste due tipologie di benefici:

- una prestazione una tantum, a carico del Fondo, commisurata alla composizione del nucleo familiare;
- un'anticipazione della rendita ai superstiti nella misura pari a tre mensilità della rendita annua calcolata sul minimale di legge per la liquidazione della rendita.

I soggetti beneficiari della prestazione una tantum sono sia i superstiti di lavoratori assicurati sia i superstiti di lavoratori non soggetti all'obbligo assicurativo di cui allo stesso T.U. (ad esempio militari, vigili del fuoco, forze di polizia, ecc), sia, infine, i superstiti di lavoratori assicurati ai sensi della l. 493/1999 (assicurazione contro gli infortuni in ambito domestico).

I soggetti beneficiari dell'anticipazione della rendita sono esclusivamente i superstiti dei lavoratori soggetti all'obbligo assicurativo ai sensi del T.U. e s.m.i. e dei lavoratori assicurati ai sensi della suddetta l. 493/1999.

A fine 2009, è stato emanato, poi, il decreto ministeriale che ha fissato gli importi della prestazione una tantum, con riferimento agli eventi occorsi dal 1°

gennaio al 31 dicembre 2010. Le operazioni di pagamento sono state avviate a partire dal mese di settembre 2010, a seguito del trasferimento da parte del Ministero del lavoro delle risorse relative ai primi tre trimestri dello stesso anno.

4.8. ATTIVITÀ DI PREVENZIONE

Le competenze dell'INAIL in materia di prevenzione sono state a lungo limitate ai temi dell'informazione, formazione, consulenza ed assistenza in materia di sicurezza e salute nei luoghi di lavoro, in quanto la simultanea presenza di una pluralità di enti ed istituzioni precludeva all'Ente una maggiore partecipazione in senso attivo. Dalla natura assicurativo-sociale dell'Istituto deriva, infatti, un interesse a prevenire gli eventi dannosi, apprezzabile non soltanto per i riflessi di solidarietà sociale ma anche in termini di carattere economico e finanziario.

Le recenti novità legislative - ed in particolare la L. n. 122/2010, più volte citata, che ha disposto l'incorporazione dell'Ipsema e dell'Ispepl - hanno reso l'Ente fulcro del Polo salute e sicurezza sul lavoro, proteso ad accentrare in un unico organismo il ciclo di tutela integrata e globale del lavoratore, grazie alla possibilità di incrementare, in modo sinergico e complementare, tutti i principali ambiti che permettono la realizzazione di quest'obiettivo: prevenzione, riabilitazione, reinserimento lavorativo e ricerca.

Già l'art. 8 del predetto decreto n. 81/08 affidava all'INAIL la gestione tecnica ed informatica del SINP (Sistema informativo nazionale per la prevenzione), che ha la finalità di "fornire dati utili per orientare, programmare, pianificare e valutare l'efficacia dell'attività di prevenzione degli infortuni e delle malattie professionali e per indirizzare le attività di vigilanza, attraverso l'utilizzo integrato delle informazioni disponibili negli attuali sistemi informativi, anche tramite l'integrazione di specifici archivi e la creazione di banche dati unificate".

Successivamente, il d.lgs 3 agosto 2009, n. 106 ha apportato significative innovazioni. In particolare, ha previsto l'obbligo per i datori di lavoro di comunicare in via telematica all'INAIL e quindi al SINP, entro 48 ore dalla ricezione del certificato medico, a fini statistici e informativi, i dati e le informazioni relativi agli infortuni sul lavoro che comportino l'assenza dal lavoro di almeno un giorno, escluso quello dell'evento.

L'obiettivo principale della costruzione del SINP è di impostare gradualmente un sistema dinamico in grado di rispondere efficacemente alle esigenze di conoscenza e di

programmazione, pianificazione e valutazione a livello centrale e territoriale di tutti i soggetti coinvolti nel Paese, nella prevenzione e tutela della sicurezza e salute nei luoghi di lavoro.

Le fonti informative che alimentano il SINP sono gli enti che costituiscono il sistema: Ministero del Lavoro e delle Politiche Sociali, Ministero della Salute, Ministero dell'Interno, Regioni e Province autonome di Trento e di Bolzano nonché l'INAIL, con le componenti ex Ispesl ed ex Ipsema in logiche di implementazione funzionale.

Considerato che il contributo e l'integrazione di più fonti informative dovrebbero facilitare sia la disponibilità dei dati sia la loro completezza, un migliore utilizzo dei flussi informativi ed il sistema di sorveglianza degli infortuni mortali e gravi costituiscono i principali punti di forza del SINP.

Ai fini del concreto avvio di tale Sistema, allo stato si attende che sia emanato, dal Ministero del lavoro di concerto con il Ministro per la Pubblica Amministrazione e l'innovazione, il decreto che stabilisca le regole tecniche sia per la realizzazione ed il funzionamento del SINP sia per il trattamento dei dati.

4.9. PRESTAZIONI RIABILITATIVE

L'INAIL svolgeva, in precedenza, funzioni rilevanti nel campo delle prestazioni curative, riabilitative e di assistenza, delle quali è stata privata, a seguito delle riforme ospedaliera e sanitaria, con la L. n. 833 del 1978 istitutiva del Servizio Sanitario, che ha trasferito a quest'ultimo tutti i compiti. Successivamente, l'art. 12 della l. 67/88 ha ricollocato l'attività medico-legale nell'ambito della gestione dell'Istituto affidandogli, altresì, l'erogazione di prime cure ambulatoriali sulla base di atti convenzionali da stipulare con le regioni. Con decreto ministeriale del 1991 è stato approvato lo schema tipo di convenzione. La l. 594/1995 e, a seguire la l. 662/1996, ha attribuito all'Ente la competenza a realizzare centri per la riabilitazione, da destinare prioritariamente agli infortunati sul lavoro e da gestire previa intesa con le regioni.

La restituzione di talune delle predette competenze concorrenti con quelle del SSN è avvenuta in modo frammentario e diluito nel tempo. A ciò aggiungasi che la sopravvenuta ripartizione della competenza tra Stato e Regioni, in materia di tutela della salute, introdotta dalla legge costituzionale n. 3/2001 e l'emanazione nello stesso anno del DPCM sui Livelli Essenziali di Assistenza (LEA) hanno reso ancora più difficoltosa la ricostruzione del complessivo contesto di riferimento.

Da ultimo, il legislatore è nuovamente intervenuto in tema di competenze sul versante delle prestazioni sanitarie attraverso il d.lgs n. 106/2009 correttivo del d.lgs n. 81/2008, statuendo che "L'INAIL può erogare prestazioni di assistenza sanitaria riabilitativa non ospedaliera, previo accordo quadro stipulato in sede di Conferenza permanente per i rapporti tra lo Stato, le Regioni, e le provincie autonome di Trento e di Bolzano, su proposta del Ministero del lavoro, della salute e delle politiche sociali, di concerto con il Ministero dell'economia, sentito l'INAIL, che definisca le modalità di erogazione delle prestazioni da parte dell'INAIL, senza oneri aggiuntivi per la finanza pubblica".

Si tratta di una norma significativa che chiarisce come tra le prime cure ambulatoriali sono da comprendere anche le prestazioni riabilitative e che rappresenta anche un importante riconoscimento del ruolo svolto dall'Ente nel sistema della tutela sociale.

Nell'ambito delle attività esplicate dai Centri protesi e riabilitazione dell'Istituto, va citata, in particolare, la struttura di Vigorso di Budrio, centro di eccellenza dal 1961 nel campo della produzione protesica, dell'innovazione tecnologica e delle tematiche riabilitative.

Detto centro basa il proprio modello operativo sullo sviluppo di progetti protesico riabilitativi integrati e personalizzati, finalizzati, pertanto, al reinserimento sociale, familiare e lavorativo del paziente/assicurato; è certificato ISO 9001 (certificazione di qualità) e fornisce le prestazioni agli infortunati, agli assistiti del Servizio Sanitario Nazionale ed ai privati. Il Centro Protesi che si articola su 4 aree funzionali specialistiche (tecnica, riabilitativa, sanitaria ed amministrativa), adotta un approccio multidisciplinare integrato dalla prima visita sino alla consegna della protesi definitiva, che prevede l'intervento di medici, terapisti, tecnici ortopedici, assistenti sociali e psicologi, consentendo di effettuare contemporaneamente le attività di riabilitazione e di produzione delle protesi.

Tra i servizi offerti vi è il "Servizio di consulenza e fornitura ausili", che cura l'addestramento del paziente e dei suoi familiari all'utilizzo di ausili particolari, occupandosi, inoltre, della fornitura di ausili informatici e domotici, cioè di automazione e controllo ambientale. Il servizio si avvale di tre Punti Cliente che operano in stretta sinergia e sono ubicati in strutture territoriali site a Milano, Roma e Bari.

Dal 1999 l'Ente eroga le prestazioni riabilitative fisiche anche presso il Centro di Riabilitazione Motoria (C.R.M.) di Volterra; struttura questa, accreditata presso il Servizio Sanitario Nazionale e certificata ISO 9001-2000.

L'introduzione del d.lgs 81/2008 ha reso necessario procedere ad una trasformazione della relativa attività da struttura di riabilitazione intensiva in regime di ricovero ospedaliero a struttura erogatrice di prestazioni di assistenza riabilitativa non ospedaliera.

Al C.R.M. possono accedere infortunati sul lavoro assistiti INAIL; cittadini italiani e stranieri provenienti dai paesi della U.E. o da altri paesi con i quali vigono accordi di reciprocità; stranieri presenti in Italia non iscritti al S.S.N. dietro pagamento delle tariffe delle prestazioni; stranieri presenti sul territorio nazionale in regola con le norme relative all'ingresso e al soggiorno secondo quanto disposto dalla legislazione italiana.

Il recupero delle capacità lavorative ed il successivo reinserimento del lavoratore infortunato inquadrano, così, il ruolo dell'Ente nel settore della riabilitazione, evitando potenziali sovrapposizioni con il S.S.N o con altri operatori pubblici o privati.