

# **IL DIRIGENTE MEDICO LEGALE DELL'INAIL GARANTE DELLA PRESA IN CARICO DEL LAVORATORE INFORTUNATO E TECNOPATICO**

ANTONELLA MICCIO\*

Il D.Lgs. 9 aprile 2008, n. 81, così come modificato dal D.Lgs. 3 agosto 2009, n.106, con l' art. 11 c. 5 bis e l' art. 9, attribuendo all'Inail il compito di garantire il diritto degli infortunati e tecnopatici tutte le cure necessarie, consente all'Istituto la possibilità di provvedervi utilizzando servizi pubblici e privati, d'intesa con le regioni interessate, "con le risorse finanziarie disponibili a legislazione vigente e senza incremento di oneri per le imprese" e di erogare prestazioni di assistenza sanitaria riabilitativa non ospedaliera, previo Accordo Quadro. L'Accordo Quadro - 2 febbraio 2012 - tra lo Stato, le Regioni e le Province autonome di Trento e Bolzano, ha successivamente definito le modalità di erogazione delle prestazioni di assistenza sanitaria da parte dell' Istituto Nazionale per l'Assicurazione contro gli Infortuni sul Lavoro.

La messa a regime necessita dei normali tempi tecnici ma progressivamente si stanno stipulando i protocolli di intesa con le Regioni, ad oggi in ben diciassette, cui seguiranno le relative convenzioni attuative.

Il momento è quindi propizio per fare il punto sulla responsabilità dei Dirigenti Medici inseriti nel ruolo medico-legale dell' Inail, laddove, a fronte di una fase di cristallizzazione, che riguarda, per motivi congiunturali ma non solo, le prestazioni economiche, l' Istituto, grazie agli interventi normativi, sta ampliando la tutela rispetto alle cosiddette prestazioni in natura: sanitarie e di rimborso ed in cui potrebbero rientrare a pieno titolo anche le cosiddette prestazioni socio-sanitarie ovvero di reinserimento.

Il cosiddetto nuovo "Testo Unico" sulla sicurezza, ha in sostanza ribadito l'autonomia e la specificità della tutela sanitaria agli infortunati e tecnopatici rispetto a quella garantita alla generalità dei cittadini.

La specificità su cui si fonda la tutela sanitaria del lavoratore infortunato e tecnopatico ha origini assai lontane e risale alla riforma dell'assicurazione del 1935 che prevedeva all'art. 31 del R.D. 17 agosto 1935, n. 1765 che "L'istituto assicuratore è tenuto a prestare a proprie spese all'assicurato nei casi di infortunio pre-

\* Dirigente Medico Inail, Sovrintendenza Sanitaria Centrale.

visti dal presente decreto e salvo quanto dispongono gli articoli 33 e 34, le cure mediche e chirurgiche necessarie per tutta la durata dell' inabilità temporanea e anche dopo la guarigione chirurgica, in quanto occorrono a recuperare la capacità lavorativa". Tale puntuale concetto veniva ribadito nell'art. 86 dell'attuale T.U. n. 1124/1965, dove più correttamente si parlava di "guarigione clinica" e non "chirurgica"; l'attenzione alla specifica tematica era confermata dall'art. 35 del R.D. del 1935, e ribadito dall'art.89 del T.U. del 1965 laddove si affermava che l'infortunato, anche dopo la guarigione aveva diritto a "prestazioni sanitarie" per il recupero della capacità lavorativa leggesi, ora, dell'integrità psico-fisica. L'intendimento primario del legislatore, a molti forse è sfuggito, non era quello di far carico all'Istituto di ridurre il danno e conseguentemente l'indennizzo, cioè la prestazione economica, che era semmai solo una conseguenza, ma l'affermazione di un vero e proprio diritto alla salute, ancorché limitato al recupero della capacità lavorativa, che ancor prima della emanazione della Carta Costituzionale veniva garantito nell'ambito della tutela assicurativa dei lavoratori.

Singolare il fatto che ciò che nel 1935 era un diritto del lavoratore ed un obbligo per l'istituto assicuratore sia diventato, ora, solo una "possibilità" in conseguenza del ritorno, solo in parte, dell'attività di cura al nostro Istituto, dopo il passaggio di tutte le competenze in materia di tutela sanitaria in via esclusiva al Sistema Sanitario Nazionale. Forse questo è l'unico punto stonato di una riforma, quella del sistema sanitario che viene presa ad esempio in tutti i paesi industrializzati, come esempio di ottima legislazione a tutela della salute.

L'elemento fondante che, secondo le disposizioni legislative, caratterizza e legittima quindi le prestazioni terapeutico-assistenziali dell'Inail risiede nelle peculiari funzioni istituzionali, che, come già evidenziato, si sostanziano in attività necessarie finalizzate al recupero della integrità psicofisica degli infortunati sul lavoro e dei tecnopatici, nonché alla tempestiva erogazione delle prestazioni previdenziali. La riforma sanitaria del 1978, con cui sono stati trasferiti al SSN tutti i compiti in materia di promozione, mantenimento e recupero della salute fisica e psichica di tutta la popolazione, non avrebbe dovuto incidere, almeno in termini di diritto, sulla garanzia riconosciuta agli infortunati e tecnopatici a ricevere tutte le prestazioni sanitarie necessarie a causa della loro condizione, senza oneri a loro carico, e ciò non è accaduto del tutto grazie alla disposizione di "salvaguardia" di cui all'art. 57 della 833/1978; tuttavia, alcune riforme - in particolare quella del titolo V ed il DPCM 2001 di definizione dei LEA - hanno di fatto creato una situazione di inadempienza rispetto a tale principio con disagio da parte dei lavoratori che ha richiesto un ruolo attivo, sia pure in affiancamento, da parte dell'Inail. La tutela sanitaria del cittadino lavoratore è stata quindi in parte demandata all'Inail, e l'Accordo Quadro ha definito le modalità di erogazione delle prestazioni da parte dall'Istituto andando così a riempire dei vuoti di tutela rispetto ai criteri di appropriatezza e tempestività che sono propri di una assicurazione sociale come è quelle dell'Inail.

L'accordo, pertanto definisce, tra le cure necessarie, quelle integrative cioè le prestazioni terapeutico-assistenziali, non comprese tra quelle garantite dal SSN, ma irrinunciabili ai fini del percorso diagnostico-terapeutico finalizzato al recupero dell'integrità psico-fisica del lavoratore.

Lo stesso accordo, previa stipula di protocolli di intesa e convenzioni attuative, dovrà individuare altri ambiti di collaborazione tra Inail e regioni per una effettiva tutela globale ed integrata degli infortunati sul lavoro e tecnopatici.

Un altro aspetto da sottolineare, per comprendere il ruolo della vocazione medico-legale della sanità Inail, è il legame inscindibile tra prestazioni di medicina legale, quelle cioè che sono sottese alle prestazioni economiche, e quelle diagnostico-terapeutiche. La legge istitutiva del SSN, infatti, prevedeva, da parte del SSN, in un primo momento, l'assunzione di tutte le competenze in materia sanitaria ivi comprese quelle medico legali e che solo nelle more della istituzione dei servizi medico-legali delle ASL, Inail conservava, in deroga al disposto dell'art. 14, terzo comma, lettera q) - in base al art. 75 comma 2 Legge n. 833/1978 "... le funzioni concernenti le attività medico-legali ed i relativi accertamenti e certificazioni, nonché i beni, le attrezzature ed il personale strettamente necessari all'espletamento delle funzioni stesse...".

E non è forse un caso che l'art. 12 articolato nei due commi 1 e 2 della L. n. 67/1998: "L'Istituto nazionale per l'assicurazione contro gli infortuni sul lavoro (Inail), ...provvede agli accertamenti, alle certificazioni e ad ogni altra prestazione medico-legale sui lavoratori infortunati e tecnopatici. Al fine di garantire agli infortunati sul lavoro e ai tecnopatici la maggiore tempestività delle prestazioni da parte dell'Inail, le regioni stipulano convenzioni con detto Istituto secondo uno schema- tipo approvato dal Ministro della sanità, di concerto con il Ministro del lavoro e della previdenza sociale, per disciplinare l'erogazione da parte dell'Istituto stesso, congiuntamente agli accertamenti medico-legali, delle prime cure ambulatoriali necessarie in caso di infortunio sul lavoro e di malattia professionale, e per stabilire gli opportuni coordinamenti con le unità sanitarie locali." abbia riattribuito all'Inail sia le competenze medico-legali che quelle terapeutiche nello stesso articolo di legge specificando nel secondo comma che queste ultime devono essere erogate congiuntamente agli accertamenti medico legali.

L'introduzione, a seguito di numerosi ammonimenti della Corte Costituzionale, con il D.Lgs. 23 febbraio 2000, n. 38, della tutela dell'integrità psicofisica ha generato inoltre un fondamentale passaggio culturale - da una visione incentrata sulla singola prestazione sanitaria, ad una visione più cogente sulla garanzia di tutela basata sulla presa in carico della persona lavoratore alla quale è obbligo garantire il miglior livello possibile di salute attraverso tutta una serie di interventi nessuno dei quali, da solo, esaurisce l'obbligo di garanzia.

Solo in un continuum operativo di interventi infatti l'istituto riesce a garantire la effettività di quelle tutela degli infortunati sul lavoro di cui all' artt. 32 e 38 del dettato costituzionale.

In tale prospettiva la tutela globale è quindi articolata, non distinta, nelle varie tipologie di interventi, ciascun segmento di quel percorso operativo finalizzato al recupero dell'integrità psicofisica.

La continuità assistenziale, che può essere assicurata negli ambulatori dell'Inail deriva dalla contiguità, obbligata, dei centri prime cure - ove presenti - con i centri medico legali che hanno contatto con il lavoratore infortunato fin dalle fasi di intervento successive all'evento dannoso e che intercettano immediatamente il caso per il visto medico definendone la gravità già nei primi momenti.

I Dirigenti Medici che vi operano dispongono, pertanto, di una diretta esperienza e di una profonda conoscenza delle esigenze terapeutiche del lavoratore infortunato che risulta preziosissima, per non dire indispensabile, per la programmazione ed il governo del complesso percorso terapeutico finalizzato al recupero dell'integrità psicofisica.

Molto si è detto sul significato del termine "prime cure" e sulla possibilità, ad esempio, di far rientrare in questa tipologia di prestazione anche le cure riabilitative quando nei primi anni del 2000 furono attivati i primi centri di fisiochinesiterapia in Sicilia. Sul tema vi è stato un parere dell'Avvocatura Generale, che ribadiva il rapporto sinallagmatico tra le due prestazioni.

Il fatto, però, già evidenziato che le "prime cure" siano erogate "congiuntamente agli accertamenti medico-legali" - con ciò evidenziando una stretta connessione temporale tra le due prestazioni sanitarie - mal si concilia con le cure che possono essere prestate d'urgenza nell'immediatezza dell'evento lesivo.

È noto, infatti, che gli accertamenti medico-legali non si esauriscono nel primo giudizio prognostico in ordine alla durata della inabilità temporanea assoluta, che può essere espresso in termini relativamente prossimi al verificarsi dell'evento lesivo, ma si rendono necessari per il prolungamento del periodo di inabilità inizialmente riconosciuto e si estendono fino alla guarigione clinica ed alla conseguente valutazione di eventuali postumi permanenti.

Le prestazioni medico legali possono, d'altro canto, rendersi necessarie anche successivamente alla guarigione clinica, in relazione a denunce di aggravamento o a revisioni dell'eventuale rendita, richieste dal lavoratore o disposte dall'Istituto.

Pertanto si è ritenuto che il legislatore abbia inteso il termine "prime" con una valenza teleologica, attribuita alle "prime cure" in quanto tali cure sono effettuate "al fine di garantire agli infortunati sul lavoro e ai tecnopatici la maggiore tempestività delle prestazioni da parte dell'Inail", cioè prestate per rendere possibile nel miglior modo la completa trattazione del caso, ivi compresa la definizione dell'accertamento medico-legale, finalizzato alla celere erogazione da parte dell'Istituto delle prestazioni assicurativo-previdenziali sia economiche che riabilitative, per il ripristino dell'integrità psico-fisica del lavoratore.

Senza ombra di dubbio le prime cure sono le prestazioni di cui all'art. 4 del DM 15 marzo 1991 - decreto con cui è stato approvato lo schema-tipo di convenzio-

ne utilizzabile dall'Inail e dalle Regioni per l'erogazione delle prime cure ambulatoriali presso le strutture Inail - e precisamente "... 1) cure ambulatoriali, ivi compresi gli accertamenti diagnostici e le prestazioni specialistiche eseguibili a livello ambulatoriale; 2) vaccinazione antitetanica e siero-profilassi".

Di fatto, però, le prestazioni curative rimangono ancora competenza del SSN; il ritardo nell'aggiornamento dei Livelli Essenziali di Assistenza, che ne ha svilito il ruolo di strumento per definire i criteri e monitorare l'appropriatezza di servizi e prestazioni sanitarie a strumento con esclusiva funzione finanziaria, ha tuttavia in concreto reso non del tutto operante la tutela privilegiata nei confronti degli infortunati sul lavoro e tecnopatici.

L'Inail - in virtù di quanto attribuitogli dal legislatore all'art. 11 c. 5 *bis* del D.Lgs. 9 aprile 2008, n. 81 e s.m.i. di provvedere, con oneri a proprio carico, a tutte le cure necessarie, e, di quanto previsto dall'art. 2 dell' Accordo Quadro di erogare le prestazioni integrative a quelle garantite dal SSN necessarie al recupero dell'integrità psicofisica dei lavoratori infortunati e tecnopatici, anche ai fini del loro reinserimento socio-lavorativo - ha così definito tali prestazioni, coniano l'acronimo LIA (Livelli Integrativi di Assistenza), in una prima fase, nel rispetto dei limiti della compatibilità finanziaria, limitandole cioè a quelle con "priorità assoluta" per poi eventualmente dare seguito con quelle a con "priorità meno stringente"

Con la circolare del 13 novembre 2012, n. 62 sono state così individuate le specialità farmaceutiche e i preparati per uso topico utilizzati in chirurgia, ortopedia, oculistica, dermatologia neurologia, psichiatria.

L' art. 11 comma 5 *bis*, del più volte citato unico testo sulla sicurezza ha anche fugato i dubbi normativi circa la possibilità da parte dell' Inail di erogare dispositivi tecnici in temporanea.

Circa la concedibilità dei dispositivi tecnici durante il periodo di ITA (Inabilità Temporanea Assoluta) e la relativa assunzione di spesa, l'Istituto aveva fornito istruzioni con nota del Direttore Generale f.f. del 16 maggio 2008.

La nota distingueva dispositivi tecnici con finalità funzionale, che vanno a compensare limitazioni di funzioni e che presuppongono una condizione di stabilizzazione del quadro patologico, e quelli con finalità curativa che non potevano essere concedibili in attesa di un consolidamento del quadro normativo vigente. Nel 2010, al fine di assicurare un livello di tutela uniforme su tutto il territorio nazionale, con nota del Direttore Generale n. 2382 del 1° luglio 2010 sono state fornite istruzioni operative alle strutture territoriali in ordine ai dispositivi tecnici concedibili nel periodo di inabilità temporanea assoluta allegando un elenco di presidi ritenuti necessari (all. 2) ai fini del recupero dell'integrità psicofisica degli assistiti.

Successivamente, al fine di apportare ulteriori miglioramenti ai livelli di tutela garantiti agli assistiti, con nota n. 1897 del 28 luglio 2011 della Direzione Centrale Riabilitazione e Protesi e della Sovrintendenza Medica Generale, ora

Sovrintendenza Sanitaria Centrale, anche a seguito del monitoraggio effettuato, è stato ampliato l'elenco dei dispositivi e delle apparecchiature concedibili nel periodo di inabilità temporanea assoluta al lavoro con la calza elastica, gli apparecchi per l'elettroterapia di stimolazione, per la mobilizzazione passiva e per la terapia osteogenica.

In merito alla Medicina fisica e alla Riabilitazione l'iter legislativo di definizione dei L.E.A. ha portato alla eliminazione da parte delle Regioni di 17 prestazioni:

- 1 Ipertermia NAS
- 2 Agopuntura con moxa revulsivante
- 3 Idromassoterapia
- 4 Ginnastica vascolare in acqua
- 5 Ionoforesi
- 6 Trazioni scheletriche
- 7 Diatermia ad onde corte o microonde
- 8 Massoterapia distrettuale riflessogena
- 9 Fotochemioterapia extracorporea
- 10 Fotoforesi extracorporea
- 11 Fotoforesi terapeutica
- 12 Esercizio assistito in acqua
- 13 Pressoterapia o Presso-depressoterapia intermittente
- 14 Mesoterapia
- 15 Laserterapia antalgica
- 16 Elettroterapia antalgica
- 17 Ultrasuonoterapia

di cui le ultime quattro potevano essere riammesse a discrezione delle Regioni.

L'Inail - sulla base di quanto deliberato nell'agosto del 2011 dal Consiglio di Indirizzo e Vigilanza che ha elaborato "linee guida e criteri generali per le politiche sanitarie" indicando la necessità di "attuare e consolidare i Livelli Integrativi di Assistenza per i lavoratori infortunati e tecnopatici" - può provvedervi sia mediante la loro erogazione diretta - nei centri di fisiochinesiterapia Inail - sia attraverso l'erogazione indiretta tramite strutture pubbliche o private accreditate.

Proprio per garantire le cure riabilitative integrative sullo schema previsto dall'Accordo-Quadro, per attuare le convenzioni tra Inail e le regioni, sono già stati stipulati protocolli d'intesa Inail- Regioni e, al momento anche alcune convenzioni attuative.

Ciò consentirà di erogare prestazioni integrative riabilitative attraverso strutture pubbliche e private convenzionate.

A tal fine la Sovrintendenza Sanitaria Centrale, in collaborazione con la

Direzione Centrale Riabilitazione e Protesi, ha individuato le prestazioni integrative di riabilitazione non previste nei L.E.A. (Livelli Essenziali di Assistenza) di cui al Decreto Presidente del Consiglio dei Ministri del 29 novembre 2001, precisando per ognuna una tariffa massima e, per alcune di esse, la durata come da tabella di seguito riportata.

<i>Prestazione L I A - Tempi di esecuzione</i>	tariffa in euro
visita fisiatrica	40
idromassoterapia 20 minuti	10
ipertermia 15 minuti	15
ginnastica vascolare in acqua	10
ionoforesi 30 minuti	10
trazione vertebrale meccanica 20 minuti	15
diatermia ad onde corte o microonde (radarterapia) 15 minuti	10
massoterapia distrettuale riflessogena 15 minuti	15
esercizio assistito in acqua (individuale) 30 minuti	20
pressoterapia 30 minuti	20
laserterapia antalgica 10 minuti	18
elettroterapia antalgica (tens) 20 minuti	10
ultrasuonoterapia 10 minuti	10
tecarterapia manuale - automatica (capacitiva e resistiva) 30 minuti	30
onde d'urto ( eseguita dal medico )	40
magnetoterapia 30 minuti	10
linfodrenaggio manuale 40 minuti	30

In quest'ottica taluni segmenti del percorso assistenziale possono essere, quindi, affidati a soggetti esterni dotati di comprovata capacità tecnica ed affidabilità in un contesto di sinergica collaborazione indispensabile per consentire l'efficace attuazione di un progetto terapeutico e il Dirigente Medico, in qualità di garante delle presa in carico del lavoratore infortunato e tecnopatologico, deve verificarne l'appropriatezza in riferimento ad ogni singolo caso.

Possiamo concludere quindi che l'Inail è garante della gratuità delle prestazioni curative integrative che sono ritenute necessarie sulla base di un giudizio medico-legale.

L'Inail ha comunque attivato 11 centri di riabilitazione sul territorio nazionale presso i quali vengono erogate "prestazioni di assistenza sanitaria riabilitativa" dove vengono trattati mediamente in totale ogni anno 2000 pazienti.

La particolare tipologia di utenza e la necessità di definire un percorso assistenziale diagnostico - riabilitativo adatto all'esigenze di tale utenza ha determinato una scelta di campo anche sulla base di quanto affermato dal CIV nelle Delibere 3 agosto 2011 (Linee guida e criteri generali per le politiche sanitarie) e 18 luglio 2012 ( Relazione programmatica 2013-2015): per cui «... assume particolare rilievo l'erogazione delle prestazioni riabilitative, mirate non solo al generico recupero dell'efficienza funzionale ma anche al recupero del gesto lavorativo e dell'attitudine occupazionale...».

La riabilitazione orientata al gesto è una nuova sfida per la funzione sanitaria dell'Istituto, la quale, ancorchè si attui nel terreno della riabilitazione, di cui condivide il piano nazionale di indirizzo, non può non avvalersi del prezioso e specifico know-how, di cui i professionisti sanitari Inail sono in possesso, in campo medico-legale assicurativo.

Il flusso operativo è tracciato nella cartella riabilitativa integrata strumento a disposizione dell'intera equipe riabilitativa ed in cui convergono le diverse registrazioni dei vari professionisti che intervengono nel processo di cura e di assistenza (dirigente medico, infermiere, fisiatra, fisioterapista etc), secondo modalità condivise e complementari; la sua applicazione nel setting riabilitativo Inail, richiede, pertanto, un alto livello di integrazione dell'equipe riabilitativa.

Il percorso diagnostico assistenziale si avvale di un equipe riabilitativa il cui responsabile tecnico è il fisiatra ma dove è tutt'altro che marginale, anzi imprescindibile, il ruolo del DM che rimane sempre e comunque il garante dell'intero percorso a prescindere dalla fase assistenziale in cui ci si trova.

Quest'ultimo infatti attraverso una anamnesi lavorativa molto approfondita, mediante la metodologia della *task analysis*, scompone l'attività svolta dall'assicurato nei vari compiti lavorativi e ne individua il/i gesto/i caratterizzante/i.

Il termine "caratterizzante" è assimilabile dal punto di vista semantico al concetto di "non occasionale" di cui alla circolare Inail n. 47/2008 sulle tabella delle malattie professionali in quanto "componente abituale e sistematica dell'attività professionale dell'assicurato e ... dunque intrinseca alle mansioni che lo stesso è tenuto a prestare".

L'analisi dell'attività che fornisce all'equipe gli elementi utili per il progetto riabilitativo valuta:

- Aspetti statico-posturali
- Postazione/luogo di lavoro
- Aspetti dinamici
- Attrezzi di lavoro
- Rischi percepiti dal lavoratore

Al termine del percorso riabilitativo la compilazione di una scheda ICF a cura del Dirigente Medico, di 30 *items*, con relativa codifica, che corrispondono ad altrettante attività proprie del compito lavorativo di cui il valutatore deve descrivere l'abilità ad eseguirle, da parte del lavoratore, attraverso un qualificatore capacità da 1 a 4 precisando anche il ricorso ad ausili e l'impiego di eventuali tests usati per la valutazione descrive il profilo di funzionamento del lavoratore al termine del percorso utile per il suo reinserimento lavorativo.

Il percorso, che ha quindi come finalità quello di restituire al mondo del lavoro un lavoratore ancora pienamente idoneo alla mansione specifica, si avvale del contributo del DM che è l'unico professionista all'interno dell'istituto con specifico Know How, sia per la conoscenza dei rischi lavorativi sulla base della grande esperienza in materia di tecnopatie, sia per il possesso di consolidati strumenti valutativi del pregiudizio psicofisico che consente di stimare in maniera corretta e cogente le potenzialità residue di un individuo portatore di un certo grado di menomazione.

In Inail la prescrizione di dispositivi tecnici, che rappresenta l'unica prestazione di tutela sanitaria mai venuta meno nelle competenze dell'Istituto, è da sempre affidata al DM.

Tuttavia dovendosi la prescrizione collocare all'interno di un programma più ampio di reinserimento socio-lavorativo l'istituto ha inteso affiancare alla figura del DM altre figure professionali in quella modalità di lavoro da anni utilizzata in Inail che è l'Equipe multidisciplinare.

Il Regolamento per l'erogazione agli invalidi del lavoro di dispositivi tecnici ed interventi di sostegno per il reinserimento nella vita di relazione approvato con Determinazione Presidente 29 settembre 2011 Circ. Inail 61 del 23 dicembre 2011 è il documento basilare per la presa in carico del lavoratore infortunato e tecnopatico ed in esso si concretizza l'auspicato ampliamento della tutela attraverso interventi per il sostegno alla vita di relazione finalizzati al reinserimento sociale e nel mondo produttivo secondo i suoi bisogni.

È il manifesto normativo della presa in carico in cui si afferma un approccio globale alla persona lavoratore con interventi, rivolti anche ai familiari, finalizzati al reinserimento sociale e nel mondo produttivo.

Gli interventi sono inseriti in un progetto riabilitativo individualizzato elaborato da una Equipe Multidisciplinare.

Il reinserimento, se vogliamo rimanere ancorati ad una vecchia logica prestazionale, rientra a pieno nelle prestazioni istituzionali ma non è appannaggio di un solo professionista ma dell'intera equipe che, secondo un approccio biopsicosociale, che utilizza ICF, definisce, attraverso strutture e funzioni corporee, attività e partecipazione, il profilo di funzionamento di un soggetto ai fini del PRI più adatto al suo reinserimento.

Il ruolo del DM nell'ambito dell'EMD è fondamentale nella individuazione delle potenzialità residue del disabile da lavoro.

Il passaggio da una logica “prestazionale” ad un logica di “presa in carico” permette attraverso un trattamento senza soluzione di continuità di garantire la effettività della tutela adeguata degli infortunati sul lavoro ed è momento irrinunciabile ed ineludibile per realizzare in concreto la mission dell’istituto di tutela globale integrata del lavoratore infortunato.

Il Dirigente Medico Legale Inail nella sua funzione istituzionale partendo dal ruolo che gli è proprio “intendendo con ciò quel ruolo garantista che dalla clinica sfocia nel concessorio”<sup>1</sup> deve fare uno sforzo maggiore perché, come veniva sostenuto<sup>2</sup> oltre venti anni fa, all’indomani dell’accordo quadro 1991 che seguiva l’emanazione del L. n.67 /1988 “...il contributo quindi del medico-legale dell’Inail non si deve limitare alla semplice valutazione, ma deve essere inquadrato in un impegno culturale e scientifico che non intende sottrarsi alle esigenze di miglioramento e di adeguamento proposte nell’ambito dell’ente Inail e dell’infortunistica lavorativa dovute all’accresciuta sensibilità di coloro che sono preposti direttamente o indirettamente alla tutela della salute del lavoratore”.

Il medico legale Inail non è tuttologo e nella operatività si avvale dell’apporto di consulenti, specialisti nelle varie branche ma rimane l’unico garante dell’intero percorso di presa in carico anche laddove, per alcuni segmenti, sono coinvolte altre figure professionali e ancora di più sono coinvolte strutture esterne.

Il Dirigente Medico Inail è il sanitario che meglio conosce le esigenze terapeutiche del lavoratore infortunato ed il suo ruolo è quindi preziosissimo per la programmazione ed il governo del complesso percorso terapeutico finalizzato al recupero dell’integrità psicofisica.

Questo è valido non solo in virtù di una vocazione dell’Istituto, sin dalle origini dell’assicurazione, ma in virtù dell’essenza stessa della disciplina medico-legale che, attraverso le conoscenze mediche e la conoscenza giuridiche ed una metodologia propria basata sul rigorismo obiettivo, persegue infatti in ogni ambito un unico obiettivo che, per dirla con Gerin, è la tutela della vita e della integrità psicofisica.

“La funzione medico legale è non solo quella di osservare descrivere e diagnosticare, in campo traumatologico, la natura, la sede, la forma assunte dagli effetti dei traumi sulla persona dell’offeso, ma pure quella di determinare le conseguenze, le cause e la gravità degli stessi: tutto ciò sempre in relazione alla tutela del bene supremo della vita e dell’integrità fisico-psichica della persona”<sup>3</sup>.

1 PALMIERI L., *Le protesi dalla clinica alla medicina legale*, Ed. Minerva Medica, Torino, 2003.

2 A. OSSICINI, *La funzione medico-legale dei sanitari Inail e le prime cure. Ritorno al futuro*, Fiuggi, 17-18 maggio 1991, 1° Conferenza Nazionale dei Medici Funzionari Inail.

3 GERIN C., ANTONIOTTI F., MERLI S., *Medicina Legale e delle Assicurazioni*, Ediz. SEU 1998.

## RIASSUNTO

L'Autore attraverso una analisi delle cosiddette prestazioni in natura che Inail eroga agli infortunati sul lavoro e tecnopatici dopo l'intervento legislativo del D.Lgs. 9 aprile 2008, n. 81, così come modificato dal D.Lgs. 3 agosto 2009, n.106, definisce nei vari segmenti del processo terapeutico assistenziale, che caratterizza la presa in carico dell'infortunato sul lavoro e tecnopatico, il ruolo specifico del Dirigente Medico Legale, quale garante dell'intero svolgimento di tutte le attività.

## SUMMARY

The Author, through an analysis of health care benefits which are guaranteed by National Institute for Insurance against accident at work to workers who incur accident at work or contract occupational diseases - defined on basis of of Legislative Decree April 9, 2008, 81, as amended by Legislative Decree of 3 August 2009 106 - defines the various segments that involve the therapeutic process for workers who incur accident at work or contract occupational diseases case management and of which medical legal physician is the whole path guarantor.

## BIBLIOGRAFIA

- [1] CORTESE G., MICCIO A.: *La cartella riabilitativa strumento di lavoro nel percorso di presa in carico del lavoratore infortunato e tecnopatico*, in *Giornale Italiano di medicina del Lavoro ed Ergonomia*, vol XXXV, Suppl. al n. 4, ott-dic 2013.
- [2] DE MATTEIS A.: *Infortuni sul lavoro e malattie professionali*, Ed Giuffrè, 2011.
- [3] BONIFACI G., CONTE P., MICCIO A., NALDINI S.: *L'attività sanitaria dell'Inail a 30 anni dalla legge di riforma sanitaria*, in *Rivista degli Infortuni e delle Malattie Professionali*, fascicolo 3/ 2009.
- [4] CASTALDO V.: *Il reinserimento lavorativo dell'invalido del lavoro. Suggestioni dall'esperienza medico-legale Inail*, in *Difesa sociale*, unico/2009.
- [5] PALMIERI L.: *Le protesi dalla clinica alla medicina legale*, Ed. Minerva Medica, Torino 2003.
- [6] CASALE M.C., GABRIELLI M., GALLO M., OSSICINI A.: *I contributi medici in materia di riabilitazione*, in *Rivista degli Infortuni e delle Malattie Professionali*, fascicolo 3 maggio-giugno 2001.

[7] GERIN C., ANTONIOTTI F., MERLI S.: *Medicina Legale e delle Assicurazioni*, Ed. SEU 1998.

[8] OSSICINI A.: *La funzione medico-legale dei sanitari Inail e le prime cure. Ritorno al futuro*, Fiuggi 17-18 maggio 1991, 1° Conferenza Nazionale dei Medici Funzionari Inail.