

L'ATTIVITÀ SANITARIA DELL'INAIL A 30 ANNI DALLA LEGGE DI RIFORMA SANITARIA*

G. BONIFACI*, P. CONTE*, A. MICCIO*, S. NALDINI*

Le prestazioni sanitarie erogate dall'INAIL sono profondamente mutate, nel corso degli ultimi 30 anni, in rapporto all'evoluzione legislativa in materia.

L'art. 86 del T.U. n. 1124/1965 stabiliva che l'Istituto era tenuto "a prestare all'assicurato nei casi di infortuni ...le cure mediche e chirurgiche necessarie per tutta la durata dell'inabilità temporanea ed anche dopo la guarigione clinica", ritenendo le stesse necessarie per il recupero della capacità lavorativa.

A seguito del D.Lgs. 264/1974, convertito in legge n. 386/1974, aveva inizio un processo di riforma sanitaria per il quale "... i compiti in materia di assistenza ospedaliera degli enti previdenziali che gestiscono forme di assistenza contro le malattie ...", già di spettanza degli Enti previdenziali, venivano trasferiti alle Regioni. Detto provvedimento si concretizzò anche con la cessione alle Regioni degli 11 Centri Traumatologici Ortopedici (CTO), costruiti e gestiti dall'Istituto quali centri di eccellenza per le cure ortopediche e riabilitative.

La legge n. 833/1978, meglio conosciuta come legge di "Riforma Sanitaria", apportava poi profonde ed ulteriori innovazioni, non solo sotto l'aspetto organizzativo ma anche per le situazioni giuridiche soggettive previdenziali. Questa legge, che istituiva il Servizio Sanitario Nazionale, trasferiva, infatti, alle Unità Sanitarie Locali la gestione unitaria della tutela della salute nella quale ricomprendeva le prestazioni diagnostiche e terapeutiche da erogare a favore degli infortunati sul lavoro e dei tecnopatici, lasciando a carico dell'INAIL la sola fornitura di apparecchi protesici e di presidi sanitari, nonché la concessione di cure idrofangotermali e soggiorni climatici. Sulla scorta della predetta normativa le Unità Sanitarie Locali (U.S.L.) provvedevano quindi ad erogare le prestazioni di prevenzione, di cura, di riabilitazione e di medicina legale. In realtà, sulla base dell'art. 75 della predetta normativa, l'Istituto conservò "le funzioni concernenti le attività medico-legali ed i relativi accertamenti e certificazioni", nelle more dell'attuazione da parte delle U.S.L. dei Centri Medico-Legali.

* INAIL - Sovrintendenza Medica Generale.

In virtù dell'art. 12 della legge finanziaria n. 67/1988, secondo comma, divenuto operante con il Decreto interministeriale del 15 marzo 1991, è stata di nuovo riconosciuta all'INAIL, attraverso le strutture sanitarie territoriali, la possibilità di erogare le prestazioni curative a favore degli infortunati sul lavoro e dei tecnopatici. Nello stesso articolo, al primo comma, il legislatore aveva inoltre stabilito che "in deroga al disposto dell'art. 134, terzo comma, lettera g), della legge 23 dicembre 1978 n. 833," l'Istituto "provvede agli accertamenti, alle certificazioni e ad ogni altra prestazione medico-legale sui lavoratori infortunati e tecnopatici". In tal modo l'INAIL otteneva l'effettiva riassegnazione di tutte le prestazioni medico-legali che, di fatto, in virtù della deroga, non aveva in realtà mai interrotto - ed il reinserimento nell'attività terapeutica, a garanzia della qualità del servizio reso nella sua globalità (diagnosi, certificazione, cura e indennizzo).

Nel predetto Decreto veniva approvato lo schema tipo di convenzione INAIL-Regioni, per la disciplina dell'erogazione delle "Prime Cure Ambulatoriali", e precisato che l'attribuzione all'INAIL dell'attività terapeutica derivava dalla necessità "di garantire agli infortunati sul lavoro e ai tecnopatici la maggiore tempestività possibile delle prestazioni".

Il Decreto prevedeva che le prestazioni curative sarebbero state erogate dall'Istituto, con oneri a proprio carico, attraverso le proprie strutture sanitarie. Le prestazioni, oggetto del convenzionamento, erano così individuate: le cure ambulatoriali (compresi gli accertamenti diagnostici e le prestazioni specialistiche eseguibili a livello ambulatoriale), la vaccinazione antitetanica e la sieroprofilassi.

Nella rinnovata prospettiva di tutela, la nuova legislazione affiancava quindi al risarcimento del danno subito, già previsto a partire dalla legge n. 833/1978, la specifica prestazione sanitaria garantendone l'effettiva erogazione attraverso il diritto-dovere per l'assicurato di fruirne. La particolare importanza assunta dalle prestazioni sanitarie, nel contesto della tutela assicurativa fornita dall'INAIL, trovava il suo fondamento nel principio per cui la stessa deve mirare non solo alla guarigione clinica delle lesioni ma, anche al massimo possibile recupero della capacità lavorativa dell'infortunato.

L'Istituto poi, con deliberazione del Comitato Esecutivo n. 303 del 30 maggio 1991, sanciva la riassunzione delle attività curative nei confronti degli infortunati e dei tecnopatici.

Su questa linea, a conferma ulteriore della prioritaria valenza delle cure riabilitative, nell'ambito della riattribuzione all'Istituto di competenze curative veniva consentito all'INAIL, con la Legge n. 549/1995 art. 2 comma 6 di "destinare in via prioritaria una quota fino al 15 per cento dei fondi disponibili, su delibera del consiglio di amministrazione, per la realizzazione o per l'acquisto di immobili, anche tramite accensione di mutui, da destinare a strutture da locare al Servizio sanitario nazionale ovvero a centri per la riabilitazione, da destinare in via prioritaria agli infortunati sul lavoro e da gestire, previa intesa con le regioni, nei

limiti dello standard di 5,5 posti letto per mille abitanti, di cui l'1 per mille riservato alla riabilitazione ed alla lungodegenza post-acuzie”.

Con la Legge n. 388/2000 art. 95 commi 1 e 2 le prestazioni erogate dall'INAIL venivano inquadrate nella programmazione sanitaria nazionale e regionale in forma integrata con le strutture esistenti del SSN.

In tal modo venivano assoggettate alle norme di autorizzazione e di accreditamento previste anche le strutture sanitarie dell'Istituto che conservava, comunque, l'autonomia e la specificità della tutela sanitaria nei confronti degli infortunati e dei tecnopatici rispetto a quella garantita alla generalità dei cittadini. Nella medesima norma si richiamava la finalità della tutela e si rendeva evidente che essa non era integralmente assorbita dal SSN perché in parte demandata all'INAIL.

L'ingresso del danno biologico nell'oggetto dell'assicurazione pubblica infortunistica con il D.Lgs. 38/2000, ponendo al centro del sistema di tutela la salute del lavoratore, modificava completamente le prospettive di intervento dell'INAIL rispetto ai propri assicurati. L'attività dell'Istituto non si connotava più solo per la funzione indennitaria del danno, ma anche per la capacità di garantire il massimo possibile reintegro delle condizioni di salute e delle potenzialità lavorative, a partire, per quanto di competenza, dalla sicurezza nel posto di lavoro.

L'art. 23, commi 1 e 2, del sopra citato decreto rappresentava la prima esperienza di finanziamento per l'adeguamento delle strutture produttive alle norme di sicurezza ed igiene del lavoro mentre con l'art. 24 comma 1 l'Istituto elaborava percorsi di reinserimento lavorativo del lavoratore con invalidità permanente. L'art. 27 comma 1, prevedeva, infine, la creazione di una banca dati per i rischi professionali in agricoltura, gestita dall'INAIL.

In tale prospettiva compito fondamentale dell'INAIL, nell'ambito del complessivo sistema di welfare, appare, oggi più che mai, quello di assicurare una effettiva e tempestiva presa in carico dell'infortunato e tecnopatico, attraverso l'intervento sanitario, al fine di assicurare ogni cura necessaria nel percorso finalizzato al reinserimento sociale e lavorativo.

Attualmente l'Istituto svolge l'attività sanitaria (curativa, riabilitativa, medicolegale) presso 221 Unità Territoriali Sanitarie (nell'ambito di presidi medicolegali, di ambulatori prime cure, comprensive della riabilitazione, di ambulatori specialistici per la diagnostica clinico-strumentale e diagnostica per immagini), nei 129 Ambulatori Prime Cure, nei 5 Presidi Sanitari presenti all'interno di complessi aziendali (FIAT di Torino Mirafiori, Termoli, Pomigliano d'Arco, S. Nicola di Melfi, ILVA di Taranto), negli 11 Gabinetti di fisiochinesiterapia, nei 10 Centri Polidiagnostici Regionali¹, specializzati nella diagnostica clinico-strumentale e diagnostica per immagini di secondo livello, nel Centro protesi di

¹ Localizzati presso le Direzioni Regionali del Piemonte, della Lombardia, della Toscana, del Lazio, dell'Abruzzo, dell'Umbria, della Campania, della Puglia, della Calabria e della Sicilia.

Vigorso di Budrio e nella sua filiale di Roma e nel Centro di Riabilitazione Motoria di Volterra.

In queste strutture operano attualmente 551 Dirigenti Medici, 975 Medici Specialisti, 754 Infermieri professionali, 133 Tecnici di Radiologia e 69 Fisioterapisti, per un totale di 1529 risorse.

Nel 2008 le prestazioni sanitarie, erogate presso i Centri medico-legali dall'INAIL, sono state 7.513.277, di cui 3.849.550 prestazioni specialistiche e 3.181.735 prestazioni fornite da parte dei dirigenti medici².

L'effettività della tutela sanitaria privilegiata per gli assistiti INAIL ha trovato e trova, tuttavia, in concreto notevoli difficoltà di realizzazione, a causa del perdurante stato di incertezza che connota i rapporti tra sistema assicurativo pubblico e sistema sanitario.

Con il Decreto legislativo 9 aprile 2008, n. 81, di "Attuazione dell'art. 1 della legge 3 agosto 2007, n. 123, in materia di tutela della salute e della sicurezza nei luoghi di lavoro", venivano affidati (art. 9) all'Istituto compiti in materia di salute e sicurezza nei luoghi di lavoro³ nonché (art. 11, comma 5) quello di finanziare progetti di investimento e formazione in materia di salute e sicurezza sul lavoro rivolti in particolare alle piccole, medie e micro imprese e progetti volti a sperimentare soluzioni innovative e strumenti di natura organizzativa e gestionale ispirati ai principi di responsabilità sociale delle imprese.

Il recentissimo D.Lgs. 106/2009 ha modificato il D.Lgs. 81/2008, affermando che "Al fine di garantire il diritto degli infortunati e tecnopatici a tutte le cure necessarie ai sensi del D.P.R. 30 giugno 1965, n. 1124, e successive modificazioni, l'INAIL può provvedere utilizzando servizi pubblici e privati, d'intesa con le regioni interessate" consentendogli altresì di svolgere tali compiti "con le risorse finanziarie disponibili a legislazione vigente e senza incremento di oneri per le imprese".

Lo stesso decreto consente all'Istituto di "erogare prestazioni di assistenza sanitaria riabilitativa non ospedaliera, previo accordo quadro stipulato in sede di

2 Fonte Data Warehouse del 10 dicembre 2009.

3 "... L'INAIL fermo restando quanto previsto dall'articolo 12 della legge 11 marzo 1988, n. 67, dall'articolo 2, comma 6, della legge 28 dicembre 1995, n. 549, e dall'articolo 2, comma 130, della legge 23 dicembre 1996, n. 662, nonché da ogni altra disposizione previgente, svolge, con la finalità di ridurre il fenomeno infortunistico e ad integrazione delle proprie competenze quale gestore dell'assicurazione obbligatoria contro gli infortuni sul lavoro e le malattie professionali, i seguenti compiti oltre a quanto previsto negli altri articoli del presente decreto:

a) raccoglie e registra, a fini statistici e informativi, i dati relativi agli infortuni sul lavoro che comportino un'assenza dal lavoro di almeno un giorno, escluso quello dell'evento;

b) concorre alla realizzazione di studi e ricerche sugli infortuni e sulle malattie correlate al lavoro, coordinandosi con il Ministero della salute e con l'ISPESL;

c) partecipa alla elaborazione, formulando pareri e proposte, della normazione tecnica in materia;

d) eroga, previo trasferimento delle necessarie risorse da parte del Ministero del lavoro e della previdenza sociale, le prestazioni del Fondo di cui all'articolo 1, comma 1187, della legge 27 dicembre 2006, n. 296. In sede di prima applicazione, le relative prestazioni sono fornite con riferimento agli infortuni verificatisi a fare data dal 1° gennaio 2007..."

Conferenza permanente per i rapporti tra lo Stato, le regioni e le province 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 e delle finanze,... senza oneri aggiuntivi per la finanza pubblica”.

Con tale dettato normativo si riaffermano così i compiti dell'Istituto già considerato a pieno titolo, ai sensi dell'articolo 1 del D.Lgs. n. 502 del 1992, nel novero degli “enti ed istituzioni di rilievo nazionale” che svolgono attività e funzioni finalizzate a garantire la tutela della salute.

Ai fini, pertanto, della realizzazione della completa tutela dell'infortunato e del tecnopatico, l'INAIL è chiamato a definire quelle che sono le specifiche prestazioni sanitarie ambulatoriali necessarie al “paziente lavoratore” per il recupero dell'integrità psicofisica e per facilitare il suo reinserimento sociale e lavorativo anche al fine di garantire la tempestività dei servizi erogati.

Le prestazioni di tutela sanitaria INAIL devono trovare al più presto una loro definizione attraverso due direttrici fondamentali: una di razionalizzazione/attualizzazione dell'esistente e una di maggiore specializzazione avente come finalità il reinserimento del soggetto nel suo ambito lavorativo e sociale.

Obiettivo della razionalizzazione/attualizzazione è quello di rendere le attività sanitarie INAIL conformi alla politica sanitaria nazionale e la tutela sanitaria INAIL più aderente alle linee di sviluppo dall'assistenza fornita dal SSN. In tale ottica i servizi sanitari, da fornire in maniera uniforme e omogenea su tutto il territorio nazionale, devono, inoltre, essere adeguati ai progressi scientifici e tecnologici in campo diagnostico e terapeutico e le strutture INAIL rese pienamente conformi ai requisiti previsti dalla normativa in materia di autorizzazione ed accreditamento.

Obiettivo di una maggiore specializzazione è invece quello di definire prestazioni di tutela sanitaria che tengano conto della peculiarità dei quadri patologici derivanti da infortuni e/o malattie professionali, della tipologia dei destinatari delle prestazioni la cui specifica finalità è rivolta al pieno recupero possibile dell'integrità psicofisica e alla valorizzazione delle capacità residue per il reinserimento lavorativo e sociale.

Le prestazioni erogabili dall'INAIL devono, quindi, concretizzarsi nella presa in carico multidisciplinare dell'infortunato/tecnopatico e nello svolgimento di un programma articolato di attività di cura, medico- legale, riabilitazione e reinserimento, protesizzazione attraverso prestazioni professionali di tipo medico, infermieristico, riabilitativo, psicologico, socio-educativo. Tali prestazioni, da fornire da parte delle strutture territoriali dell'Istituto, devono integrarsi con quelle del Sistema Sanitario Regionale e, in casi particolari di significativa gravità, devono essere previste anche in forma domiciliare.

Le prestazioni curative sono quelle di tipo clinico-diagnostico e terapeutico, di carattere non invasivo, ritenute necessarie dal confronto multidisciplinare di tutte le figure che operano nel presidio sanitario.

Le prestazioni medico-legali sono invece rappresentate da prestazioni specialistiche ed accertamenti strumentali per la valutazione delle menomazioni da infortunio o da malattia professionale e delle capacità residue.

Le prestazioni di riabilitazione e reinserimento sono quelle specialistiche-riabilitative ritenute necessarie ed utili per la definizione e la verifica multidisciplinare di programmi riabilitativi personalizzati degli stati menomativi conseguenti ad infortunio e malattia professionale. Tali programmi sono finalizzati alla abilitazione e riabilitazione estensiva, al recupero e al mantenimento funzionale in ambito motorio, psico-motorio del gesto lavorativo e ad interventi di supporto per le attività della vita quotidiana e per l'orientamento e la riqualificazione professionale dell'assicurato. Tra le prestazioni riabilitative rientrano anche i trattamenti intensivi resi in fase post acuzie in regime semiresidenziale e residenziale. Le prestazioni di assistenza protesica, infine, sono finalizzate a "mettere a disposizione delle persone affette da menomazioni derivanti da infortuni sul lavoro e da malattie professionali dispositivi tecnici, ausili, sistemi tecnologici ed informativi finalizzati al massimo recupero possibile e valorizzazione delle risorse psicofisiche, alla promozione della qualità della vita, all'accessibilità e alla partecipazione attiva al contesto familiare, sociale e lavorativo"⁴.

Pertanto tutte le prestazioni sopra riportate sono da ritenersi "necessarie e utili" per la cura e il reinserimento del lavoratore e concretizzano la tutela specifica, totale e integrata, dell'assicurato INAIL che abbia subito un evento infortunistico o tecnopatico.

RIASSUNTO

Gli Autori ripercorrono le modificazioni delle prestazioni di tutela sanitaria INAIL nel corso degli ultimi 30 anni, in rapporto all'evoluzione legislativa in materia sino all'attuale assetto del D.Lgs. 81/2008 modificato dal D.Lgs. 106/2009.

In base al recente dettato normativo le prestazioni erogate dall'INAIL sono quelle "necessarie e utili" per la cura e il reinserimento del lavoratore attraverso la realizzazione della tutela, totale e integrata, dell'assicurato che abbia subito un evento infortunistico o tecnopatico.

SUMMARY

The Authors travel over again the modifications of the benefits of sanitary protection INAIL in the course of last the 30 years, in connection with the legislative evolution in matter until to it put into effect them order of modified D.Lgs. 81/2008

4 Circolare INAIL n. 39 del 29 luglio 2009, Allegato 1 - Regolamento per l'erogazione di prestazioni di assistenza protesica agli invalidi del lavoro - art. 3 (Finalità di assistenza protesica)

from D.Lgs. 106/2009. Based on the recent normative dictation the performances distributed from the INAIL are those “necessary and useful” for the cure and “reinserimento” of the worker through the realization of the protection, integrated total and, of the insured person with an industrial accident o professional diseases.

BIBLIOGRAFIA

D.P.R. del 30 giugno 1965, n. 1124.

Decreto Legislativo 8 luglio 1974, n. 264.

Legge 17 agosto 1974, n. 386.

Legge 23 dicembre 1978, n. 833.

Legge Finanziaria 11 marzo 1988, n. 67.

Decreto Legislativo 30 dicembre 1992, n. 502.

Legge 28 dicembre 1995, n. 549.

Decreto Legislativo 27 agosto 1999, n. 332.

Decreto Legislativo 23 febbraio 2000, n. 38.

INAIL Circolare del 18 luglio 2000, n. 54 (Regolamento per l'erogazione di prestazioni di assistenza protesica agli invalidi del lavoro).

Legge 3 agosto 2007, n. 123.

INAIL Circolare del 13 luglio 2007, n. 30 (Regolamento per l'erogazione di prestazioni di assistenza protesica agli invalidi del lavoro).

Decreto Legislativo 9 aprile 2008, n. 81.

Decreto Legislativo 3 agosto 2009, n. 106.

INAIL Circolare del 29 luglio 2009, n. 39 (Regolamento per l'erogazione di assistenza protesica agli invalidi del lavoro).