

RAZIONALE DEL CONGRESSO

**SANITA' INAIL : RISORSA PER LA MEDICINA DI
PROSSIMITA'**

Il Servizio Sanitario INAIL: considerazioni introduttive

1. I “*Sistemi sanitari pubblici*” non sono e non possono essere considerati al pari delle altre organizzazioni di lavoro, anche e soprattutto perché essi sono **elementi simbolici**, ma efficaci, di **coesione sociale**: è proprio la sicurezza di avere diritto ad una “**solidarietà istituzionale**” a garantire il senso di appartenenza ad un tessuto sociale, la certezza -cioè- che al verificarsi di eventi patologici che rendono fragile l’individuo e il suo nucleo familiare, si aprono spazi di interventi efficaci.
2. E’ noto come “*l’ambito sanitario*”, in tempi di crisi, svolga un’importante funzione nell’**attenuare i conflitti sociali** garantendo un diritto costituzionale (art 32), specie quando tale garanzia operi per le **fasce più vulnerabili della popolazione** (art. 38).
3. Le attuali dinamiche lavorative richiedono che, accanto a competenze tecniche, il **lavoratore** sia in possesso di un potenziale psico-fisico tale da consentirgli di confrontarsi vantaggiosamente con scenari professionali che richiedono sempre maggiori spazi di flessibilità.
4. Il mondo della sanità è oggetto di “**pressioni risarcitorie**” -accentuate dal periodo di crisi economica- che potrebbero trovare nella medicina legale assicurativa pubblica una competenza tecnica e metodologica da mettere in campo.

1

In tali coordinate si colloca e articola il **Servizio Sanitario nell’INAIL con le seguenti linee di attività:**

- a) Prestazioni di medicina legale

- b) Prestazioni per la presa in carico sanitaria nelle fasi di temporanea inabilità assoluta al lavoro (che hanno come obiettivo il più rapido ritorno al lavoro nelle migliori condizioni ottenibili)
- c) Prestazioni per la presa in carico sanitaria nelle fasi di permanente invalidità/inabilità biologica ai fini del reinserimento socio-lavorativo
- d) Prestazioni di tipo prevenzionale

Si tratta di prestazioni sanitarie che **concorrono all'erogazione dei LEA** (cure e diagnostica ambulatoriale), pur con oneri diretti a carico dell'Assicurazione, o che **integrano le prestazioni garantite dal SSN (LIA: Livelli Integrativi di Assistenza INAIL)** con specifiche attività finalizzate al maggior recupero della capacità lavorativa ed al più precoce rientro nella realtà produttiva. In tale ultimo caso l'erogazione di LIA può garantire una perequazione rispetto alle difformità dei diversi S. S. Regionali.

Alcuni interventi normativi negli ultimi anni (dl 81/08 come novellato dal 106/09, accordo-quadro siglato in Conferenza Stato-Regioni in data 2/2/2012) hanno confermato il ruolo sanitario dell'Istituto assicuratore pubblico, prevedendo la possibilità di erogare **prestazioni anche a favore degli assistiti del SSN.**

La medicina previdenziale pubblica

Si configura come un articolato percorso di presa in carico delle numerose problematiche legate al lavoro, che si articola attraverso la prevenzione, la presa in carico dei lavoratori vittime di infortunio o malattia professionale, il reinserimento sociale e lavorativo con ricadute sensibili nel campo dei diritti, in un processo dinamico i cui passaggi conducono alla formulazione dei giudizi medico-legali relativi alle potenzialità lavorative garantendo l'attivazione dei sistemi di tutela sociale.

Attività che si svolgono all'interno di un Ente di medicina pubblica di rilievo nazionale articolato capillarmente sul territorio che deve garantire uniformità di prestazioni e rispetto delle diverse Normative regionali in una cornice di efficacia, efficienza ed appropriatezza delle prestazioni sanitarie e in ossequio a criteri di buon funzionamento della pubblica amministrazione.

Tanti percorsi hanno necessità di delinarsi e definirsi in un modello a tendere all'interno del quale tutti coloro che rivestono un ruolo istituzionale devono assumere il proprio livello di responsabilità.

Quale assetto organizzativo? Spunti di riflessione

A fronte di tali scenari, in atto e potenziali per la Sanità INAIL, sorge la necessità di prevederne modalità che determinino integrazioni funzionali e funzionanti con i S. S. Regionali al fine di dare garanzia di effettiva appropriatezza, completezza e globalità della presa in carico delle problematiche di salute del lavoratore infortunato/tecnopatico da un lato e di consentire l'ottimizzazione dei costi di tale attività dall'altro.

Meritevole di attenzione è l'articolato percorso di una sanità che sappia e possa "accompagnare sul posto di lavoro" l'infortunato/tecnopatico in un virtuoso percorso di reintegrazione lavorativa. E' evidente che un tale impegnativo compito che interpreta in chiave moderna il ruolo "assicurativo pubblico" richiede la possibilità di attivare più "leve" sociali, personali, professionali e dunque di disegnare assetti organizzativi in cui la Sanità INAIL possa colloquiare con molti stakeholders.

La Sanità INAIL trova la sua collocazione all'interno di un ente vigilato dai Ministeri del Lavoro e della Funzione Pubblica e, solo più recentemente (con riferimento all'ex ISPEL) dal Ministero della Salute. L'appartenenza a un Ente di rilievo nazionale, di matrice tuttora fortemente e caratteristicamente assicurativa, tende a forzare l'inquadramento della Sanità stessa e a costringerla in una connotazione "consulenziale"; tale connotazione non risulta sufficientemente adeguata a governare il complesso sistema della presa in carico permettendo il dispiegamento delle potenzialità dell'Istituto e lo svincolo dalla mera prestazione di natura medicolegale assicurativa. L'utilizzo di parametri tipicamente ed esclusivamente finanziari ostacola una declinazione delle problematiche dei costi/benefici e della gestione del governo clinico secondo appropriati standard di management sanitario.

In tale contesto un' adeguata organizzazione dell'assetto sanitario, in particolare delle risorse umane sanitarie, assume una valenza irrinunciabile. Essa deve - necessariamente - rispondere alle esigenze dell'intervento di natura sanitaria, porre attenzione alle realtà territoriali e deve essere flessibile per rispettarne le peculiarità, libera da eccessivi rigorismi di natura burocratica. Un modello di tale natura è essenziale per consentire prontezza e appropriatezza dell'intervento, capacità di inter-relazione e comunicazione con il SSN, concretizzazione fruttuosa di una sussidiarietà che eviti concretamente duplicazione di approcci o inaccettabili vuoti di tutela.

Accanto agli aspetti di natura organizzativa appare sostanziale ancora un ulteriore elemento: è necessario riflettere sulle evidenti incoerenze della attuale collocazione

contrattuale del personale medico di ruolo, che dai CCNL è definito Dirigente, in pedissequa trasposizione terminologica dal SSN, ma che, per l'inapplicabilità del D.lvo 502/92 e smi., non raggiunge l'effettiva qualificazione di dirigente. La necessità di adeguato esercizio di compiti, competenze e responsabilità del personale medico porta quotidianamente all'evidenza le contraddizioni intrinseche a tale collocazione contrattuale; la soluzione deve necessariamente passare, giocoforza e come in più sedi evidenziato, attraverso una più precisa e definita collocazione di natura giuridica e non solo contrattuale. Appare in tale senso ragionevole invocare, in una ottica di omogenea visione della dirigenza medica pubblica, il riferimento all'inquadramento giuridico, e di conseguenza contrattuale, già previsto per i dirigenti medici del SSN. Non appare dirimente la diversa collocazione di area contrattuale, attualmente agita sulla mera distinzione datoriale. E' noto che all'interno dello stesso ente INAIL convivono categorie di lavoratori (il personale della Ricerca ed i Metalmeccanici), il cui riferimento contrattuale è tuttora estraneo all'area VI degli EPNE.

In merito inoltre alla corposa attività medicolegale INAIL si pone la riflessione se l'esercizio della medicina legale pubblica trovi sufficienti garanzie di autonomia professionale nell'attuale contesto organizzativo – valutativo; ci si chiede cioè se il sistema di valutazione del professionista medico, o meglio del dirigente medico, non debba trovare diversa e migliore soluzione, ponendo all'attenzione gli aspetti tecnico-operativo-gestionali di matrice sanitaria, rendendoli valutabili e quantificabili in termini oggettivi.

4

C'è da interrogarsi, infine, sulla sostenibilità di una duplicità di soggetti pubblici per le attività di prevenzione nei luoghi di lavoro. E', cioè, ragionevole che l'attività di prevenzione relative ai rischi insistenti sulle attività lavorative avvenga ad opera dei Servizi ASL, gravando sulla fiscalità generale? Anche sui temi della coesistenza di tali duplicità non si ravvisano nel panorama politico proposte di riesame (la recentissima bozza dell'articolo 4 del disegno di legge delega -c.d. Jobs Act- in materia di riordino delle forme contrattuali e dell'attività ispettiva, si limita a progettare la costituzione di una **Agenzia unica per le ispezioni del lavoro**) che darebbero completezza all'iter prevenzionale, mantenendo in un solo ambito il momento valutativo della rischiosità, quello accertativo dell'eventuale inadempienza per giungere ad una coerente attribuzione di responsabilità anche in sede di regresso.