

**NUOVO  
MODELLO SANITARIO  
INAIL**

**8 ottobre 2012**

# L'ATTIVITÀ SANITARIA INAIL NEL SISTEMA DI WELFARE ATTIVO

Il **Polo Salute e Sicurezza sul lavoro** (Inail, ex Ipsema, ex Ispesl) deve assicurare l'attuazione di un sistema integrato con il **Servizio Sanitario Nazionale (SSN)** in grado di realizzare l'effettività della tutela per gli infortunati e i tecnopatici, ottimizzando le risorse disponibili ed escludendo oneri aggiuntivi per la finanza pubblica e per le imprese.

Il SSN ha quale obiettivo la tutela della salute come fondamentale diritto dell'individuo e interesse della collettività.

Il Polo Salute e Sicurezza riconosce come precipua finalità quella di garantire la **presa in carico dell'infortunato/tecnopatico** assicurando mezzi adeguati alle esigenze di vita compatibilmente con le risorse economiche disponibili. In tale ottica tutta la normativa vigente ha trovato utile implementazione nella recente **intesa** raggiunta in **Conferenza Stato-Regioni** per le modalità di erogazione delle prestazioni sanitarie.

Con le risorse economiche disponibili, conformemente alle “Linee Guida e Criteri Generali per le politiche sanitarie” emanate dal CIV il 3.8.2011, l’Inail realizza un **sistema integrato di tutela in grado di assicurare il recupero dell’integrità psicofisica e delle potenzialità lavorative degli infortunati e dei tecnopatici** attraverso le diverse fasi in cui si articola la tutela sanitaria: di **Ricerca, Preventiva, Diagnostico-valutativa, Curativa, Riabilitativa e di Reinserimento**.

Al fine di svolgere in maniera coordinata, sinergica e complementare le funzioni previste dalla normativa vigente, con particolare riferimento all’integrazione delle funzioni assicurative, curative, riabilitative e di ricerca connesse alla tutela della salute e della sicurezza dei lavoratori sui luoghi di lavoro, si è proceduto a ridefinire, secondo un’ottica di efficacia, tempestività ed economicità, le **attività sanitarie Inail** e a prospettare le conseguenti **scelte organizzative** a livello centrale e territoriale.

Il nuovo assetto sanitario, attuativo del patto assicurativo, coinvolge **tutte le diverse figure sanitarie** operanti all'interno dell'Istituto ed altre eventuali professionalità funzionali alle esigenze organizzative. In tal senso, non si può prescindere da un richiamo ad una strutturata **modalità operativa interdisciplinare** per la risoluzione di problematiche specifiche.

In tale contesto assumono rilevanza anche le tematiche giuridico-contrattuali del personale sanitario con riguardo all'inquadramento delle figure professionali quali i **dirigenti medici ed il personale di collaborazione sanitaria**, che vanno tuttavia rinviate alle opportune sedi.

Il modello persegue gli obiettivi declinati con la necessaria **gradualità** e, comunque, nel rispetto della **sostenibilità finanziaria** prevista dalle attuali normative di riferimento.

In tema di organizzazione di strutture, fermo restando, soprattutto nella prima fase realizzativa, un indispensabile coordinamento centrale, va rafforzato il **decentramento dei poteri e delle responsabilità** a livello territoriale, facendo evolvere le attuali strutture sanitarie in “*Centri di eccellenza*” dedicati a specifici ambiti di medicina del lavoro (prevenzione) e di medicina legale indennitaria, oltre a quelli espressamente richiamati nelle Linee Guida del CIV e relativi alla riabilitazione non ospedaliera.

Un profilo di riorganizzazione, riqualificazione e potenziamento dei servizi tende quindi alla realizzazione di un modello sanitario che sia in grado di armonizzare servizi e strutture secondo il contesto specifico di ciascun territorio. Spazi di miglioramento devono essere tratti dall’adozione di metodologie a tipo *Health technology Assessment* (HTA) in grado di coniugare i positivi risultati di un costante monitoraggio con la reale diffusione delle conoscenze (con adozione delle “*call for good practice*”).

Ovviamente, un siffatto nuovo Modello Sanitario prevede anche modifiche di sistema tese a risolvere eventuali criticità organizzative ricercando soluzioni innovative in tema di qualifiche mediche, modalità di erogazione dei servizi e di acquisizione di professionalità esterne, etc.

Inoltre, sul versante “organizzativo/funzionale”, un rinnovato e moderno Modello Sanitario non può prescindere dall’individuazione di una Struttura centrale, declinabile come *Sovrintendenza Sanitaria Centrale* (S.S.C.), la quale, rafforzata nella sua *autonomia gestionale* e nel *governo di tutte le attività sanitarie*, sia in grado di assicurare i richiamati standard di qualità, omogeneità ed economicità del sistema.

Sulla scorta, quindi, della ricognizione delle attività svolte e di quelle innovate dalle più recenti disposizioni normative, è stato formulato un **Modello Organizzativo** del comparto sanitario dell’Istituto *flessibile, adattabile* alla realtà territoriale, *modulabile* in funzione delle disposizioni vigenti del Servizio Sanitario a livello regionale e *compatibile* con le risorse economiche disponibili.

Le modifiche legislative intervenute nel 2001 (modifica del Titolo V della Costituzione), per quanto riguarda le politiche sanitarie generali, hanno determinato una diversificazione, sul territorio, dei livelli di assistenza sanitaria garantita da ciascuna regione. La suddetta diversificazione si riflette anche sul Modello Sanitario, comportando una modulazione, sia in termini qualitativi che quantitativi, delle attività necessarie per assicurare la copertura del differenziale tra quanto erogato da ciascuna regione ed il livello di tutela sanitaria privilegiata che deve essere garantito uniformemente su tutto il territorio nazionale. In tale ottica, i nuovi poteri attribuiti alle **Sovrintendenze Sanitarie Regionali** risultano coerenti con i cambiamenti e le trasformazioni che si vogliono adottare rispetto al modello attuale.

In linea generale viene riconfermato un modello di collaborazione tra la struttura centrale e quelle territoriali (regionali in particolare) che vede risolti anche quei parziali disallineamenti oggi esistenti tra livello di pianificazione, indirizzo, verifica e governo delle attività. Le Sovrintendenze regionali, rafforzate nelle loro attività, sono investite in maniera complessiva del progetto di “**garanzia**” che l’Inail si prefigge di realizzare. Le stesse strutture regionali devono, tuttavia, impostare la loro azione assicurando forte sinergia e costante interattività con il livello centrale e con le altre funzioni dell’Istituto. Tale modalità di funzionamento, rafforzata da uno strutturato sistema di “diffusione delle conoscenze” è condizione indispensabile per una reale devoluzione al territorio, in ottica di sussidiarietà e di efficaci e tempestive risposte ai “bisogni” del lavoratore leso.

Nell'ambito di tale Modello sono ricomprese le seguenti macroaree funzionali

-  **Ricerca, Prevenzione e Sicurezza**
-  **Diagnosi e Cura**
-  **Protesi, Riabilitazione e Reinserimento**
-  **Medicina Legale**
-  **Altre attività sanitarie**
-  **Formazione**

Come già detto le diverse attività sono svolte attraverso un'articolazione centrale e territoriale così come declinata, per le parti innovative, in ciascuna sezione di riferimento.

# PREVENZIONE, SICUREZZA e RICERCA

Il complesso delle attività di Prevenzione e Sicurezza svolte dall'Inail ha conosciuto un rilevante sviluppo, anche sotto il profilo delle attività sanitarie, dalle previsioni di cui ai **Decreti Legislativi n.81/2008 e n.106/2009**.

Peraltro, con la legge 122/2010, è stata definita l'incorporazione dell'**Ispesl** e dell'**Ipsema** presso l'INAIL realizzando a tutti gli effetti il Polo Salute e Sicurezza sul lavoro.

Il Modello Sanitario per la Prevenzione non può che tener conto di tale nuova situazione. Le specifiche attività, da svolgere in sinergia con le altre strutture competenti possono essere elencate come segue:

A) **Attività di Studio**: finalizzata alla verifica dell'incidenza infortunistica e tecnopatica nelle realtà produttive del territorio, alla definizione di **mappe di rischio e di danno** nonché alla stesura di atlanti regionali relativi agli infortuni ed alle malattie professionali, fino a giungere ad una mappa provinciale ed aziendale dei fenomeni sopraindicati. Particolare riguardo sarà dato alla implementazione del **Registro** delle malattie per le quali è obbligatoria la denuncia ai sensi dell'art. 139 T.U., anche al fine di promuovere la divulgazione delle conoscenze sulle **malattie correlate al lavoro**. La stessa attività è altresì rivolta all'effettuazione di specifiche analisi del fenomeno **"infortuni mortali"**.

B) **Attività di Informazione**: da inquadrare quale supporto tecnico-scientifico alle campagne nazionali di Prevenzione sul fenomeno infortunistico e tecnopatico realizzate secondo diverse modalità (depliant, manuali, opuscoli, CD, interviste, etc).

C) Attività di Formazione che prevede:

- **contributi medico-scientifici** alle attività di formazione e promozione in materia di sicurezza e salute nei luoghi di lavoro, in particolare nei confronti delle imprese artigiane, delle imprese agricole e delle piccole e medie imprese e delle rispettive associazioni dei datori di lavoro. Le attività di formazione privilegeranno, comunque, quelle a maggior indice infortunistico e tecnopatologico inserendosi anche nelle campagne generali di promozione della salute e di prevenzione
- progettazione ed erogazione di **percorsi formativi** in materia di salute e sicurezza sul lavoro rivolti agli “attori principali del sistema di prevenzione e sicurezza (RLS, RSPP, ASPP, etc)”
- **corsi rivolti ai medici di base ed ospedalieri** finalizzati anche alla conoscenza ed alla sensibilizzazione degli obblighi di denuncia/segnalazione delle malattie professionali ex art. 139 DPR 1124/1965

- corsi rivolti ai **medici INAIL** che svolgono l'attività di **medico competente**
- progettazione ed attuazione di contributi medico-scientifici nell'ambito di **percorsi formativi scolastici, universitari, istituzioni dell'alta formazione artistica, musicale e coreutica**, ex lettera f) art.9 decreto legislativo 81/2008 e s.m.i.

D) **Interventi di educazione sanitaria** finalizzati, ex lege, alla divulgazione della cultura della salute e della sicurezza in particolare per quanto attiene agli stili di vita, alle abitudini voluttuarie, all'assunzione di farmaci ed alla possibile interferenza ed al potenziamento di alcuni rischi infortunistici e tecnopatici

E) Collaborazioni con le strutture esterne territoriali competenti in materia di prevenzione (AASSLL) per definire progetti congiunti al fine di effettuare, anche in collaborazione con le altre strutture/funzioni aziendali competenti:

- studi sull'andamento infortunistico e tecnopatologico, utilizzando anche l'esperienza dei **flussi informativi** (INAIL-ISPEL-REGIONI) nonché l'istituendo **SINP**
- studi sulle cartelle sanitarie e di rischio, finalizzati alla elaborazione ed alla validazione di **protocolli, linee guida e buone prassi**, secondo quanto previsto dalle disposizioni vigenti
- attività di formazione, informazione ed addestramento dei **lavoratori** su particolari tematiche, quali ad esempio il corretto utilizzo dei Dispositivi di Protezione Individuale
- analisi dello stato dell'arte in tema di **ex esposti ad amianto, agenti cancerogeni ed agenti biologici** al fine di realizzare una corretta prevenzione secondaria

F) Collaborazione con gli Enti preposti per l'elaborazione dei **piani sanitari, nazionali e regionali della prevenzione**, supportando le strutture competenti in tema di monitoraggio delle azioni poste in essere nel campo salute e sicurezza sul lavoro e verificando il raggiungimento dei livelli essenziali di assistenza.

G) Emanazione di linee di indirizzo in tema di Sorveglianza Sanitaria.

Si rinvia, per tutte le altre attività non espressamente indicate, alle previsioni normative già richiamate in premessa.

## Ricerca.

Il rafforzamento del rapporto tra strutture operative e attività di ricerca costituisce uno dei presupposti in grado di riverberarsi positivamente in termini di sviluppo dell'attività sanitaria.

Allo stesso modo l'implementazione delle attività Inail per tramite dell'istituendo **Dipartimento di medicina del lavoro, igiene e tutela ambientale** realizzerà una utile e sinergica azione in tutti gli ambiti di interesse istituzionale.

Per la sua realizzazione il presente Modello Sanitario prevede che vengano definiti i **flussi funzionali ed operativi** necessari per assicurare che i **bisogni di ricerca, elettivamente istituzionali**, convergano agli organi deputati alla realizzazione dei Piani programmatici e delle Politiche di Ricerca dell'Inail. In tale ottica il settore III della S.S.C. opererà in costante **raccordo** con il suddetto Dipartimento e con tutte le realtà territoriali.

Le attività di Prevenzione e Sicurezza in ambito sanitario saranno coordinate a livello centrale dalla **Sovrintendenza Sanitaria Centrale** tramite lo specifico **Settore**, anche avvalendosi della collaborazione di professionalità presenti nei **Dipartimenti** tecnico-scientifici con specifiche competenze in materia.

Il Settore Prevenzione e Sicurezza nei luoghi di lavoro della S.S.C., affidato alla responsabilità di un Dirigente Medico di II livello, è referente per la Direzione Centrale Prevenzione per tutte le attività di interesse sanitario e collabora con le altre Strutture Centrali, in ragione delle attuali linee di indirizzo che considerano l'attività di Prevenzione come una attività interdisciplinare.

Tale Settore coordina le attività espressamente dettagliate nella precedente sezione, fornisce linee di indirizzo alle unità territoriali, si raccorda con le strutture regionali di seguito specificate, intrattiene rapporti e interscambi con il Dipartimento Scientifico deputato allo svolgimento delle attività di ricerca in materia di salute nei luoghi di lavoro, con particolare riguardo al settore epidemiologico.

Il predetto Settore si avvale di collaborazioni con Istituti Universitari ed altri Enti.

A livello territoriale il presente Modello prevede per ciascuna **regione** l'individuazione di un *referente medico* con specifiche competenze in tema di Prevenzione.

E' istituita, pertanto, la figura del *Referente Medico per la Prevenzione*.

Il *Referente* coordina le attività sanitarie di prevenzione delle sedi, assicura il rispetto delle indicazioni programmatiche, delle linee guida e dei protocolli formulati dalla Struttura centrale, promuove l'adeguamento degli stessi, avuto riguardo alle specificità del territorio di riferimento e delle risultanze dei processi di prevenzione, **e si avvale della collaborazione di altre figure sanitarie e tecniche.**

Viene proposto dal Sovrintendente Sanitario Regionale, sentito il Sovrintendente Sanitario Centrale, e nominato dal Direttore Regionale competente, come per gli altri incarichi di maggiore spessore.

In alcune realtà territoriali, in considerazione dell'estensione geografica e delle risorse disponibili, tale funzione può essere assunta direttamente dal Sovrintendente Sanitario Regionale.

## ATTIVITA' di DIAGNOSI e CURA

Nella nuova declinazione delle funzioni del Polo Salute e Sicurezza sul lavoro, le attività di diagnostica e di erogazioni cure costituiscono il momento strategico che attua compiutamente il disegno di tutela globale dell'assicurato.

Peraltro, le predette **attività, svolte in convenzione con il Servizio Sanitario Regionale**, sono state riattribuite all'Istituto dall'art. 12 della L. 67/88; ciò ha permesso di perfezionare, negli anni, il servizio di "*Prime cure*" con una graduale ottimizzazione della presa in carico del lavoratore.

Dette funzioni sono state ulteriormente rimarcate dalle recenti "*Linee guida e criteri generali per le politiche sanitarie*" che il CIV ha promosso con delibera n.14 del 3/8/2011, in particolare laddove sollecita "una ulteriore diffusione degli ambulatori di prime cure e dei centri di fisiochinesiterapia".

Con tali finalità il presente Modello ha proceduto, nell'integrazione tra Sistema Assicurativo Pubblico e Servizio Sanitario Nazionale, a definire prioritariamente i **requisiti minimi strumentali ed organizzativi dei Centri Socio-Sanitari dell'Istituto** nonché ad identificare le **prestazioni sanitarie** erogabili a livello ambulatoriale in linea con le disposizioni in materia di **autorizzazione** e di **accreditamento**.

Tale procedimento completa la realizzazione di una piena integrazione con il SSN al fine di garantire agli infortunati sul lavoro e ai tecnopatici le cure necessarie con adeguata tempestività per un **rapido recupero psico-fisico** e un **più efficace reinserimento socio-lavorativo**.

L'integrazione con il SSN è stata ribadita anche dal D.L.vo n.81/2008 e s.m.i. là ove sono previsti accordi a livello Regionale funzionali a tale disegno. L'attuazione di quanto disposto dal decreto citato ha trovato formalizzazione nella recente approvazione dell'**Accordo Quadro in Conferenza Stato-Regioni** nel quale sono state ridefinite le prestazioni sanitarie erogabili dall'Istituto.

La Sovrintendenza Sanitaria Centrale assicura la piena attuazione secondo criteri di omogeneità, collabora con le altre strutture centrali competenti all'elaborazione di uno schema tipo di convenzione esportabile a livello regionale e al coordinamento, impulso e monitoraggio nelle fasi attuative.

Le specifiche attività possono essere elencate come segue:

a) ***Attività Curativa***: assume nell'INAIL esclusivo carattere **territoriale** e, allo stato, è svolta nelle **sedi** presso le quali il servizio è stato attivato. Il presente Modello Sanitario, richiamando logiche di economicità, efficacia e continuità delle prestazioni, prevede di estendere tale funzione anche a livello regionale, presso i **Centri Diagnostici Polispecialistici Regionali**, per garantire una continuità assistenziale agli assicurati durante il periodo di inabilità temporanea assoluta al lavoro.

Le **strutture sanitarie territoriali** dell'Istituto, dotate di ambulatori autorizzati ai sensi della normativa vigente in materia ed i **presidi aziendali**, erogano prime cure e prestazioni specialistiche eseguibili a livello ambulatoriale, in regime di convenzione con il SSR e con oneri a carico dell'Istituto stesso.

Le **prestazioni curative INAIL**, vale a dire tutte quelle che, nel rispetto della tempestività e della continuità assistenziale, risultano necessarie al recupero dell'integrità psicofisica degli infortunati e tecnopatici, consistono in:

- medicazioni, rimozione punti, bendaggio, ecc.
- prescrizioni terapeutiche con ricettario SSN
- vaccinazione e sieroprofilassi antitetanica
- visite specialistiche

Le discipline specialistiche utilizzate, in via prioritaria, a tal fine sono **Ortopedia, Chirurgia, Oculistica, Otorinolaringoiatria, Neurologia, Radiologia.**

Possono essere utilizzate, a fini curativi, anche altre branche specialistiche quali **Medicina Interna, Pneumologia, Cardiologia, Dermatologia, Fisiatria.**

b) Attività Diagnostica: completano l'iter curativo e risultano propedeutiche anche agli accertamenti medico legali, le **indagini diagnostico-strumentali di I e II livello** effettuate nelle seguenti branche presso le strutture territoriali:

- Radiologia
- Ortopedia
- Chirurgia
- Oculistica
- Otorinolaringoiatria
- Neurologia
- Fisiatria
- Medicina interna
- Pneumologia
- Cardiologia
- Dermatologia

L'accertamento diagnostico di **I livello** è significativo per la definizione di ogni singolo caso.

La flessibilità organizzativa delle singole unità operative prevede il ricorso a **soggetti esterni** per tutte quelle branche specialistiche per le quali non sussistano i requisiti minimi organizzativi per l'acquisizione dello specialista interno a rapporto libero professionale.

Gli accertamenti di **II livello** integrano il percorso diagnostico effettuato nelle sedi laddove peculiari patologie, complessità dei casi, accentramento di determinate prestazioni, necessità di monitoraggio per patologie emergenti richiedano il ricorso alle funzioni dei Centri Diagnostici Polispecialistici Regionali (**C.D.P.R.**).

I C.D.P.R. attualmente attivati sono 10.

Il presente Modello Sanitario prevede la possibilità di ulteriori attivazioni **nelle realtà regionali che attualmente ne sono prive**, prediligendo quelle in cui l'insediamento produttivo può giustificare il predetto potenziamento, privilegiando nell'ordine: le necessità diagnostiche correlate al numero ed alla tipologia di infortuni e malattie professionali, la disposizione logistica per la più efficace fruizione nonché la disponibilità delle risorse (strutturali ed organizzative) tali da giustificare il predetto potenziamento.

Allo stato le Regioni per le quali sembra prospettabile tale ipotesi sono:

- **Veneto**
- **Emilia Romagna**
- **Sardegna**

In una fase successiva l'apertura di tali Centri potrà riguardare le restanti regioni.

Al fine di concretizzare la piena integrazione con il Servizio Sanitario Nazionale (SSN) ed erogare prestazioni sanitarie qualitativamente sempre più appropriate ed in linea con le conoscenze scientifiche e l'evoluzione tecnologica, il Nuovo Modello Sanitario ridefinisce

- *I Requisiti Minimi Tecnologici ed Organizzativi*

- *Le Prestazioni Specialistiche Ambulatoriali*

prevedendo la sistematizzazione del *Risk Management Sanitario (RMS)* nonché l'introduzione della gestione del *Rischio Clinico*.

Per quanto riguarda i *Requisiti Minimi Tecnologici* sono state identificate le attrezzature specialistiche necessarie per la diagnostica di I e II livello (**allegato n.1**), con particolare riferimento alle Sedi ed ai Centri Diagnostici Polispecialistici Regionali.

In merito ai *Requisiti Minimi Organizzativi*, si conferma l'impianto attuale e si ritiene opportuna una razionalizzazione del monte ore specialistico attivato a livello regionale.

Sebbene a livello della **Sovrintendenza Sanitaria Centrale** (S.S.C.) non siano ordinariamente svolte attività di diagnostica e cura, richiamando le funzioni di coordinamento ed indirizzo da ascrivere comunque a tale struttura, l'organico della S.S.C. deve essere integrato da **personale di collaborazione sanitaria**.

Lo stesso, unitamente ai dirigenti medici, dovrà rappresentare punto di raccordo con il territorio per le problematiche emergenti per le figure di collaborazione sanitaria.

La standardizzazione delle *Prestazioni Specialistiche* - elemento cardine delle *cure necessarie* - erogabili in sede ambulatoriale, tenuto conto delle attrezzature e delle risorse attribuibili al nuovo Modello Sanitario, si è resa indispensabile sia per definire le prestazioni incluse nei **Livelli Essenziali di Assistenza (LEA)**, effettuabili presso i Centri Socio-Sanitari Inail, sia per identificare quelle integrative (LIA) rispetto a quanto garantito dal SSN e, comunque, irrinunciabili ai fini del percorso diagnostico-terapeutico finalizzato al recupero dell'integrità psico-fisica del lavoratore.

Detta standardizzazione è riportata nel documento in **allegato n. 2**.

Nell'ambito delle prestazioni integrative è stato anche individuato, in via sperimentale, un elenco dei **farmaci di fascia C** (non concedibili a carico del SSN), relativi ad alcune branche specialistiche, il cui costo può essere rimborsato dall'Istituto (**Allegato n. 2bis**).

# PROTESI, RIABILITAZIONE e REINSERIMENTO LAVORATIVO

L'attività sanitaria di **Riabilitazione, Protesi e Reinserimento** INAIL rappresenta un altro pilastro del sistema di Welfare attivo, confortato dalle previsioni del decreto legislativo n. 81 del 2008 e. s.m.i. nonché dalle linee Guida del CIV.

Nell'ambito delle funzioni di gestione di tutte le attività sanitarie il presente Modello prevede che la S.S.C., per tramite dello specifico settore, collabori con DCRIPRO per la definizione delle relative politiche, pianifichi e governi nonché monitori le attività svolte da personale sanitario in materia di riabilitazione, protesizzazione e reinserimento, assicurandone lo sviluppo sul territorio.

In tale ottica, le linee di indirizzo ed i presupposti operativi sono stati recepiti dal nuovo **“Regolamento per l'erogazione agli invalidi del lavoro di dispositivi tecnici ed interventi di sostegno per il reinserimento nella vita di relazione”**, approvato dall'Istituto nel settembre 2011. Esso concretizza l'auspicato ampliamento di tutela, prevedendo anche *“interventi di sostegno per il reinserimento nella vita di relazione”* al fine di realizzare appieno il reinserimento dell'infortunato e/o tecnopatico in ambito produttivo e sociale secondo i suoi bisogni.

Si descrivono di seguito nel dettaglio le attività proprie dei diversi settori della macroarea funzionale:

**a) Riabilitazione**

Obiettivo della **Riabilitazione** INAIL è l'*empowerment* dell'assicurato, in linea con i nuovi modelli organizzativi-gestionali definiti dal Ministero della Salute per una "centralità della persona in riabilitazione". L'attuazione del piano prevede la realizzazione e/o l'attivazione di tutti gli interventi sanitari e/o socio-sanitari atti a far raggiungere al soggetto il più alto livello possibile di funzionamento e partecipazione.

Il metodo di lavoro idoneo ad abbracciare i molteplici parametri della complessità della persona presa in cura riabilitativa è rappresentato dal **Progetto Riabilitativo Individuale**. Una siffatta gestione dei servizi sanitari riabilitativi INAIL si richiama anche alle necessità di **Governo Clinico**, come esplicitato nella funzione di Risk Management.

In tale modalità di governo, la programmazione e la gestione dei servizi sono imperniate sulle scelte cliniche, valorizzando così il ruolo e la responsabilità dei medici e degli altri professionisti coinvolti secondo una visione multidisciplinare.

## b) Prescrizione e Collaudo dei Dispositivi Tecnici

Rientrano in tale funzione:

- la prescrizione ed il collaudo di **Dispositivi Tecnici per il recupero della menomazione permanente** di cui al Titolo I e II del Regolamento formalizzato con Determina del Presidente n. 261 del 27.9.2011.
- la prescrizione ed il collaudo di **Dispositivi Tecnici nel periodo di Inabilità Temporanea** definiti con nota congiunta D.C. Riabilitazione e Protesi e Sovrintendenza Medica Generale in data 25.7.2011 (**allegato n. 3**: Dispositivi tecnici concedibili in temporanea). Le tipologie di dispositivi tecnici identificate soddisfano, al momento, le esigenze che si concretizzano nel corso dell'Inabilità Temporanea Assoluta. L'elenco dei dispositivi concedibili in temporanea dovrà essere aggiornato, anche in ragione di quanto stanziato nello specifico capitolo di bilancio, sulla scorta del monitoraggio attualmente in essere.

### c) Reinserimento lavorativo e nella vita di relazione

Detta attività, per i profili strettamente sanitari, si sostanzia nella **Valutazione delle Capacità Residue** e nella **Definizione del Profilo Funzionale del Soggetto**. Allo stato le attività sanitarie e delle Equipe Multidisciplinari prevedono l'applicazione di una procedura di legge (*Legge n. 68/1999; DPCM 13 gennaio 2000; Circolare n. 66/2001 del Ministero del Lavoro; D.Lgs. n. 38/2000*) che l'Istituto, proprio in virtù delle implementazioni di cui al nuovo "Regolamento per l'erogazione agli invalidi del lavoro di dispositivi tecnici ed interventi di sostegno per il reinserimento nella vita di relazione", integra in via sperimentale con la metodologia dell'*International Classification of Functioning Disability and Health (ICF)*. Utile una più stretta sinergia con altre figure professionali quali lo psicologo e il funzionario socio-educativo, sempre nel rispetto della normativa interna di riferimento.

### d) Attività di Consulenza, Docenza e Rappresentanza "istituzionali" per la specifica materia, con riguardo anche alle indicazioni fornite dal Ministero della Salute

Detta attività rappresenta il punto di raccordo istituzionale con le Istituzioni esterne a maggiore tutela del lavoratore.

*L'attività di riabilitazione* di cui al punto a) è organizzata secondo un modello **Centrale e Periferico** (Regionale e di Sede).

In considerazione dei percorsi assistenziali riabilitativi e della necessità di garantire una coerente articolazione con diversificate tipologie d'intervento risulta necessario definire il **“setting” con degenza extraospedaliera** e quello che si attua **a livello territoriale a forte integrazione sanitario-sociale**.

Il governo di tali attività è garantito dalle Strutture INAIL di riferimento per gli specifici ambiti di competenza. In altri termini, queste si fanno **garanti di una forte integrazione organizzativa** tra i presidi pubblici, privati accreditati eventualmente presenti a livello locale, e, se del caso, nazionale perseguendo principi di efficienza e appropriatezza e garantendo ad ogni assicurato che ne abbia necessità il più corretto percorso riabilitativo.

Le *Prestazioni di assistenza sanitaria riabilitativa non ospedaliera* vengono erogate agli infortunati/tecnopatici:

- presso i Centri FKT Inail presenti sul territorio
- presso il Centro di Riabilitazione Motoria di Volterra o altri Centri che saranno attivati
- Strutture del SSN
- presso strutture pubbliche e private di cui all'art. 11, comma 5bis del Dlgs. N. 81/2008 per l'erogazione di prestazioni “integrative” con oneri a carico dell'Inail.

Gli undici *Centri FKT* attivi sul territorio operano con modalità compatibili con il personale oggi in forza, in ragione del monte ore specialistico di fisiatria assegnato e con le attrezzature in dotazione.

Il presente Modello Sanitario prevede che venga ultimata la fase di “**ottimizzazione**” organizzativa e tecnologica dei Centri come da delibera n. 8 del CIV del 4 maggio 2011. Inoltre, stanti le esigenze di tutela è indicata l’attivazione graduale del servizio presso le altre sedi. Il programma prevede l’apertura, a breve termine, di **4/5 Centri di FKT** ed, a medio termine, l’apertura di **ulteriori Centri**, nell’ottica della piena integrazione con il SSR, nel rispetto della tempestività e dell’adeguatezza delle prestazioni da erogare nonché tenuto conto delle risorse disponibili e/o acquisibili.

E’ da prevedere inoltre, a medio-lungo termine, l’apertura di ulteriori Centri di Riabilitazione Motoria sul modello di quello esistente a Volterra, in linea con le previsioni di **Centri di eccellenza** di cui alla delibera del CIV 3 agosto 2011.

L’attivazione di tutte le strutture riabilitative dovrà tener conto delle indicazioni contenute nell’**Accordo Quadro** in Conferenza Stato Regioni del 2 febbraio 2012.

Le unità presso le quali sono svolte le attività riabilitative INAIL riconoscono un *Progetto Riabilitativo di Struttura*, espressione dei “setting” previsti.

In esso vengono definite “ex ante” le specifiche caratteristiche, le tipologie di offerta, le potenzialità, la dotazione organica con le figure professionali e le loro competenze, le procedure di ammissione, di dimissione e di relazione con altre strutture INAIL ed extra INAIL (sanitarie o sociali).

La definizione di un Progetto Riabilitativo di struttura favorisce la conoscenza della pluralità delle offerte e può consentire un omogeneo e funzionale flusso dei dati (clinici ed economici) e la realizzazione di un’allocazione appropriata dei pazienti al fine di ottenere un utilizzo più congruo di tutte le risorse disponibili nella filiera.

Tale situazione organizzativa, applicata alle strutture dell’Istituto e richiesta alle strutture private con cui stabilire convenzioni, consentirà di integrare al meglio le attività sanitarie/riabilitative svolte direttamente da INAIL con quanto erogato dal privato in convenzione.

*L'Elaborazione del Progetto Riabilitativo Individualizzato*, strumento specifico atto a realizzare tutti gli interventi sanitari di cui alle premesse, viene effettuata:

- dal medico specialista in riabilitazione, in condivisione con gli altri professionisti coinvolti, a loro volta responsabili dei singoli programmi nel contesto del progetto complessivo.

La Struttura organizzativa dei Centri di FKT territoriali, secondo i requisiti minimi di cui all'**allegato n.4**, prevede:

- n. 1 Fisiatra operante presso ciascun Centro FKT per quindici ore settimanali
- n. 2/3 Fisioterapisti (fabbisogno relazionato al bacino di utenza)
- n. 1 Terapista Occupazionale, con contratto a prestazione d'opera proporzionato all'effettivo carico di lavoro.

Il *Fisiatra* in Inail deve avere particolare esperienza nel trattamento della disabilità causata dalle diverse affezioni patologiche e/o dal dolore derivante da infortunio lavorativo/tecnopatia, nonché competenze specifiche in ambito neuromuscolare, osteoarticolare, biomeccanico-ergonomico, cognitivo-relazionale.

Inoltre, lo specialista, in stretto raccordo con il **Dirigente medico** della Struttura INAIL di riferimento, valuta ed affronta le problematiche relative alla limitazione dell'autonomia e alla partecipazione del lavoratore in relazione al proprio ambiente fisico, familiare, lavorativo e sociale, con l'aiuto del team interprofessionale ed interdisciplinare di cui è coordinatore, mirando al massimo recupero delle funzioni ed abilità del soggetto con approccio olistico alla persona.

Il *Terapista occupazionale* (ex D.M. 17.01.1997, n. 136) costituisce un'integrazione qualificante l'organigramma sanitario INAIL, garantendo una specifica professionalità a completamento dell'iter riabilitativo e di recupero della persona lesa.

Tali figure saranno acquisite mediante **selezione comparativa** in ragione delle specifiche esigenze territoriali e di utenza anche per le attività svolte presso il Centro protesi di Vigorso di Budrio e Filiali ed il Centro di riabilitazione motoria di Volterra.

La *Prescrizione ed il Collaudo dei dispositivi tecnici* viene effettuata dai Dirigenti Medici che operano presso le Unità territoriali.

In ambito protesico, particolare rilievo riveste l'attività svolta dal Centro Protesi di Vigorso di Budrio e sue filiali, soprattutto per ciò che concerne le innovazioni tecnologiche e la creazione di dispositivi utili al fine di consentire il reinserimento lavorativo, familiare e sociale dell'infortunato.

Nell'attuale sistema organizzativo, tra le figure sanitarie che operano nel programma "protesico", è prevista anche la figura del *Tecnico Ortopedico*, soggetto formato presso il Centro Protesi di Vigorso di Budrio ed operante anche nei Punti Cliente, con funzioni di consulenza in tema di dispositivi tecnici.

Per questo servizio erogato dall' INAIL si deve prevedere un ampliamento di tali figure professionali, sia in termini di numero che di funzioni, ricomprendendo compiti di piccoli interventi di personalizzazione, riparazioni e modifiche dei dispositivi tecnici, effettuabili presso i **Punti Cliente**.

A tale scopo va prevista l'**implementazione** di dette unità, anche presso le aree territoriali che attualmente ne sono prive.

Il presente Modello Sanitario prevede, altresì, l'individuazione per la Regione di competenza di un *Dirigente Medico Esperto*, adeguatamente formato, referente per gli aspetti sanitari relativi all'applicazione del "Regolamento per l'erogazione agli invalidi del lavoro di dispositivi tecnici ed interventi di sostegno per il reinserimento nella vita di relazione".

Tale funzione sarà attribuita ad un **Dirigente Medico di I livello**, con incarico di maggior spessore organizzativo e funzionale (B1), che la svolgerà in aggiunta alle altre funzioni a lui già attribuite.

# MEDICINA LEGALE

Questa funzione rappresenta tuttora uno dei cardini del welfare attivo, pertanto l'impegno dell'Istituto nel Polo Salute e Sicurezza è quello di assicurare la massima **tempestività** e **qualità** nell'effettuazione delle seguenti attività:

- Accertamenti in tema di infortunio, di malattia professionale e di infortunio in ambito domestico
- Accertamento in tema di Inabilità Temporanea Assoluta
- Accertamento e revisione dei postumi a carattere permanente
- Attività medico legali in ambito di contenzioso amministrativo (collegiali con enti di patrocinio o con medici fiduciari)

- ❑ Attività medico legali in ambito di contenzioso giudiziario (I grado / appello) con elaborazione di note a difesa e/o controdeduzioni, partecipazione alle operazioni di Consulenze Tecniche di Ufficio (CTU).
  
- ❑ Attività in casi di esercizio dell'azione penale, per i delitti di omicidio colposo o di lesioni personali colpose, ai fini dell'eventuale costituzione di parte civile a seguito di notizia del Pubblico Ministero (D.Lgs. 9 aprile 2008, n. 81, Art. 61)
  
- ❑ Prescrizione cure termali e soggiorni climatici
  
- ❑ Accertamenti e pareri medico-legali in merito alla concessione dell'Assistenza Personale Continuativa (APC)
  
- ❑ Accertamento dei requisiti medici per il diritto alla concessione dell'assegno di incollocabilità

- ❑ Accertamenti medico-legali in merito alla concessione di Rendita ai Superstiti, anche con assistenza ad autopsie
- ❑ Accertamenti medico legali (regolarità, nesso causale, periodo di ITA) in ambito di Collegi regionali per attuazione della Convenzione INPS-INAIL
- ❑ Accertamento medico-legale della sussistenza/persistenza dello stato di inabilità dei figli inabili maggiorenni, per le diverse prestazioni
- ❑ Accertamento delle capacità residue anche ai fini del collocamento mirato (così come nel dettaglio rappresentato nella sezione Reinserimento)

- ❑ Accertamenti in ambito di medicina legale del personale:
  - a) regolarità, nesso causale e valutazione delle menomazioni per infortunio e malattia professionale (Circolare 32/1995)
  - b) valutazione di competenza per periodi di assenza per malattia (c.d. “gravi patologie” ex art 7 CCNL 2001)
  - c) accertamenti dei requisiti per “mobilità orizzontale” per motivi di salute
  - d) accertamenti medico legali a generale supporto delle determinazioni istituzionali (licenziamento, risolvibilità mutui, requisiti sanitari per trasferimenti, etc)
  
- ❑ Accertamenti medico-legali su infermità di personale dipendente di altra amministrazione, svolti in regime di convenzione

Le linee guida che governano una moderna articolazione delle attività elencate prevedono il rispetto di essenziali requisiti di **qualità**, esplicitabili secondo criteri di **adeguatezza, omogeneità e tempestività**.

A tal fine il sistema prevede i seguenti passaggi:

- rafforzamento del rapporto tra strutture operative territoriali e Sovrintendenza Sanitaria Regionale. Tale attività deve trovare costantemente ispirazione e finalità nella natura e nella qualità delle prestazioni erogate
- miglioramento dei livelli di Customer Satisfaction che, pure di eccellenza per le attività sanitarie, deve restare un obiettivo strategico, bene sostenuto dalle tendenze evolutive del comparto sanitario
- ottimizzazione delle risorse, valorizzazione del ruolo sanitario superando, ove possibile e con tendenza progressiva, rigidità del sistema organizzativo e limitazioni contrattuali. Un'organizzazione funzionale più moderna obbliga, altresì, alla sistematica previsione di focus annuali di richiamo e formazione
- verifica strutturata a livello centrale e regionale delle prestazioni medico legali erogate.

Le *procedure medico-legali* attuali, in tema di *infortunio, malattia professionale* ed *infortunio in ambito domestico*, comprensive anche della trattazione dei casi di infortunio/tecnopatia del *settore marittimo*, garantiscono un adeguato livello qualitativo ed una soddisfacente tempistica.

Peraltro, spazi di miglioramento in ambito medico legale possono essere identificati nella trattazione delle malattie professionali e di particolari patologie infortunistiche. Per quanto riguarda l'accertamento del nesso causale, proprio per la complessità di alcune di tali fattispecie, si prevede un'organizzazione orientata al confronto multidisciplinare come per *Centri di alta specializzazione*.

Uno degli obiettivi del presente modello sanitario è quello di incentivare e sostenere la costituzione di *Centri di alta specializzazione* nelle *patologie da lavoro* aventi tra le proprie finalità quelle di:

- ottimizzare accertamenti e soluzioni indennitarie per **specifiche patologie** da lavoro;
- integrare le attività di **ricerca** con una ricognizione casistica accentrata;
- avviare processi di **partnership Inail-industria** per l'assunzione di strategie organizzative coerenti con lo sviluppo e la realizzazione di soluzioni prevenzionali e di sicurezza in tema di specifiche patologie; in tal senso potendo contare, attraverso l'accentramento, sull'alta intensità di conoscenza per le specifiche fattispecie.

I **Centri di alta specializzazione o di Referenza regionali** sono quindi strumenti operativi all'interno delle SSR, caratterizzati da elevata competenza, per i quali si ci potrà indirizzare, anche, verso l'ottenimento di una dedicata certificazione di qualità.

Un'ottimizzazione delle procedure valutative, anche in virtù dei diversi strumenti di stima del danno, della complessità di valutazione delle conseguenze d'interesse patrimoniale e delle esigenze di personalizzazione anche dell'indennizzo, deve prevedere un più puntuale monitoraggio della trattazione dei casi con possibilità di confronto per quelli particolari.

In tal senso la modifica funzionale prevede l'istituzione, presso le Direzioni Regionali di "*Centri di tutoraggio*" che assorbiranno anche le funzioni di cui al punto precedente, confortate dal confronto con la Struttura Centrale.

L'ambito specifico della *valutazione dei danni* impone oggi, in un'ottica di integrazione e contenimento dei costi, uno strutturato interscambio con la *Banca Dati INPS*, analogamente a quanto previsto con il Casellario Centrale Infortuni, in tema di invalidità civile, al fine di evitare duplicazioni di prestazioni, posta anche la specifica previsione di esclusione delle invalidità da lavoro.

Analoghe considerazioni devono essere espresse per quanto riguarda l'accertamento ed il parere medico-legale in merito alla concessione dell'"*Assegno per l'Assistenza Personale Continuativa*" e l'"*Indennità d'accompagnamento*" prevista nell'ambito di invalidità civile.

In ambito di *contenzioso* si riconosce oggi, oltre quelli già in essere, anche un altro rilevante contesto, quale quello riguardante la costituzione di parte civile in procedimenti penali, secondo le disposizioni di cui al Decreto Legislativo n. 81/2008.

L'attività ordinaria consolidata nel tempo ha rivelato alle analisi di settore problematiche sia in termini organizzativi-procedurali che di affermazione istituzionale.

Le modalità di espletamento degli accertamenti giudiziari, peraltro non modificati dalle recenti novità in tema di contenzioso previdenziale, richiedono una struttura organizzativa e procedure in grado di garantire con costanza e perizia il ruolo istituzionale. Sebbene in maniera differente sul territorio nazionale, esistono notevoli difficoltà, sia in ordine a problematiche di natura procedurale ed amministrativa che di tipo logistico. Tutte, comunque, contribuiscono ad impedire un'adeguata partecipazione alle operazioni peritali da parte dei Dirigenti Medici INAIL.

Vanno previste pertanto soluzioni organizzative mirate a **garantire la partecipazione dei medici dell'Istituto a detta attività** da ricercarsi anche al di fuori dell'ambito contrattuale.

In ordine alla *prescrizione di cure termali e di soggiorni climatici*, le procedure, le indicazioni e la tempistica risultano adeguate e confortano l'attuale organizzazione funzionale.

L'*attività medico legale certificativa* ripercorre per tale contesto non residuali problematiche in tema di "responsabilità sanitaria" che vanno a confortare le indicazioni prospettate in tema di gestione del rischio clinico.

Le attività medico legali inerenti l'accertamento dei requisiti medici per il diritto alla concessione dell'*assegno di incollocabilità* costituiscono uno degli elementi di espressione del welfare attivo che si raccorda con quelle in tema di *accertamento delle capacità residue*, anche ai fini del collocamento mirato, la cui struttura è già garantita oggi dall'Equipe multidisciplinare, interpretando lo spirito e la sostanza di un intervento di tutela moderno e globale meglio illustrato nell'apposita sezione.

Costante e strutturato dovrebbe essere il **raccordo tra Dirigenti Medici dell'Istituto, Datori di Lavoro e Medici Competenti** nell'ottica di risolvere le vicende più problematiche di non raro riscontro.

Il presente Modello Sanitario interviene al riguardo proponendo l'attivazione di un **sistema a rete per il collocamento mirato** finalizzato alla riammissione al lavoro e alla adibizione temporanea a mansioni anche diverse da quelle ordinariamente svolte prima dell'evento dannoso. Sulla base dell'esperienza maturata tale attività verrà svolta anche avvalendosi del **Comitato Consultivo Provinciale**, quale organismo facilitatore per intrattenere rapporti con le associazioni dei lavoratori e dei datori di lavoro.

Le procedure medico legali in tema di *medicina legale del personale* attuali garantiscono un adeguato grado di affidabilità qualitativa ed una soddisfacente tempistica. Peraltro, l'accentramento di alcuni passaggi di validazione dei benefici di cui alle "gravi patologie", posta anche l'indeterminatezza del dettato contrattuale, ha assicurato all'Istituto una concreta omogeneità di giudizio e la realizzazione di un **Osservatorio Centrale** casistico privilegiato, eventualmente **da mettere a disposizione dell'intero comparto e di altre Istituzioni pubbliche che prevedono analoghi benefici.**

## ALTRE ATTIVITA' SANITARIE

1) L'attività di **Direzione/Responsabilità sanitaria** delle Strutture costituisce un onere gestionale ulteriore rispetto alle attività medico legali indennitarie. Essa rappresenta presupposto ineludibile per il funzionamento delle Strutture essendo posta alla base dell'**autorizzazione** all'esercizio dell'attività e dell'**accreditamento** che le Aziende Sanitarie Locali concedono ai sensi di legge. I medici chiamati a rivestire il ruolo di responsabile / direttore sanitario saranno individuati in base a quanto espressamente previsto dalle disposizioni in materia, avuto riguardo delle normative nazionali e regionali in tema di responsabilità e direzione sanitaria.

2) **Attività medico-legale di Rappresentanza, Consulenza e Docenza "istituzionali"**. Le procedure attuali sono sostanzialmente adeguate. Al riguardo, tuttavia, si prevedono:

- un raccordo istituzionale maggiore;
- una programmazione sistematica ed una ricerca di disponibilità per tramite di un **Albo di competenze** che possano garantire l'Istituto al meglio;
- un coordinamento centrale utilmente valuterebbe anche i costi e le ricadute istituzionali delle rappresentanze.

Si rinvia per i dovuti raccordi alla sezione specifica su Ricerca, Formazione ed Aggiornamento professionale.

### 3) Risk management sanitario (RMS)

Il Nuovo Modello Sanitario recepisce e focalizza le più recenti indicazioni al fine di migliorare la qualità e i risultati in tema di gestione delle attività sanitarie. Proietta l'esperienza sin qui maturata nella specifica attività, nell'ottica del **miglioramento continuo delle prestazioni rese**.

Il *Risk Management Sanitario (RMS)* rappresenta l'insieme delle varie azioni complesse messe in atto per migliorare la qualità delle prestazioni e garantire la sicurezza del paziente, sicurezza basata sull'apprendere dall'errore

La qualità delle prestazioni erogate dall'Inail e la sicurezza del paziente che viene trattato presso i propri Centri Medici derivano dalla capacità di progettare e gestire un'organizzazione in grado di ridurre la probabilità di errore e di recuperare e contenere gli effetti degli errori comunque verificatisi.

In ambito Inail risultano di grande utilità ed efficacia le *raccomandazioni* per l'implementazione di azioni utili per il miglioramento del sistema.

Tenuto conto delle preminenti funzioni indennitarie dell'Istituto e delle prestazioni medico-legali alle prime finalizzate, il Risk Management sanitario in ambito INAIL dovrà prevedere, paritariamente a quello clinico, una **gestione delle prestazioni medico legali ugualmente finalizzata alla comprensione dell'errore, alla correzione dello stesso ed al miglioramento dei servizi resi**. D'altronde la costante e rinnovata attività formativa svolta dall'Istituto è stata primariamente orientata a detta gestione.

Pertanto, la funzione del Risk Management Sanitario assume per l'INAIL una **duplice connotazione**:

- **gestione del rischio clinico**, definito come la probabilità che un paziente sia vittima di un evento avverso, cioè che subisca un qualsiasi *“danno o disagio imputabile, anche se in modo involontario, alle cure mediche ... omissis... un peggioramento delle condizioni di salute o la morte”* (Kohn IOM 1999).

- **qualità delle prestazioni erogate**. Anche in tema di prestazioni sanitarie erogate si procederà secondo metodi di analisi conoscitive delle cause, dei fattori di rischio e dei loro determinanti. Quindi verranno poste in essere le dovute azioni di miglioramento del sistema nonché le valutazioni in merito all'efficacia delle stesse.

Le attività svolte nell'ambito del RMS si atterranno alle indicazioni più propriamente formulate in ambito sanitario-clinico dalle Strutture ed Organizzazioni di riferimento .

Tra i documenti in questione si individuano come prioritari i seguenti:

- Who Guidelines on Hand Hygiene in Health Care
- Raccomandazioni Ministero della Salute
- Documento Ministero del Lavoro, della Salute e delle Politiche Sociali 2009
- Documento Ministero della Salute 2012

Il presente Modello Sanitario ipotizza l'istituzione di **una funzione specifica di *Risk Management Sanitario (RMS)***.

Per la sistematizzazione del *Risk Management Sanitario* e l'introduzione della gestione del *Rischio Clinico e della Qualità delle Prestazioni* in ambito Inail è necessario prevedere:

- l'approfondimento di particolari criticità ipotizzabili nella realtà operativa delle Unità socio-sanitarie
- l'identificazione di percorsi finalizzati al miglioramento della qualità delle prestazioni socio-sanitarie e alla riduzione della probabilità che si verificano errori
- le soluzioni organizzative da attuare a livello centrale e territoriale.

In tal senso si prevede una **prima fase** di:

- ricognizione
- analisi strutturata del rischio clinico ed indennitario Inail
- individuazione delle specifiche modalità operative
- elaborazione di Linee Guida
- formazione specifica
- programmazione delle attività sul territorio

svolta presso la **S.S.C.** attraverso l'individuazione di **dirigenti medici di I livello** collocati inizialmente in posizione di staff con il Sovrintendente Sanitario Centrale, con affiancamento di **un collaboratore sanitario** e di personale **amministrativo**. All'occorrenza potrà prevedersi il supporto di **consulenti esterni** individuati con apposite procedure di selezione.

Alle risultanze di tali analisi, dopo il rilascio del piano analitico e di programmazione territoriale, seguirà la **seconda fase** di avvio a sistema del RMS mediante l'individuazione di **Risk Manager** a livello territoriale cui verrà affidata tale funzione.

# ATTIVITA' DI STUDIO, FORMAZIONE E AGGIORNAMENTO PROFESSIONALE

## Studio

Le singole strutture in coordinamento con **soggetti interni/esterni** o autonomamente possono programmare ed attivare progetti di studio su specifiche tematiche di interesse istituzionale valorizzando in particolare le esigenze territoriali, nel rispetto dei principi di economicità ed efficacia.

Con le stesse modalità possono essere intraprese attività di **collaborazione con organismi o istituzioni extranazionali** volte ad una integrazione sinergica delle attività e delle conoscenze.

## Formazione ed aggiornamento

Va rappresentato che un progetto di sviluppo dell'attività sanitaria non può prescindere da un'efficace funzione di formazione ed aggiornamento di tutto il personale, anche per i nuovi oneri prevenzionali, curativi e riabilitativi. Nello specifico, per il personale medico, tale progettualità interpreta anche il dettato di cui al Contratto Collettivo Nazionale di Lavoro.

Inoltre, i rinnovati obblighi di acquisizione dei crediti formativi – **Educazione Continua in Medicina (ECM)** – (*Legge 6 dicembre 2011 n. 201, Disposizioni urgenti per la crescita, l'equità e il consolidamento dei conti pubblici*) confortano la scelta dell'INAIL di effettuare una costante e continua azione formativa impegnandolo ad una più incisiva azione.

In tale ottica, assume particolare importanza l'acquisizione da parte dell'Istituto del ruolo di **Provider ECM**, per la rilevanza, l'economicità ed il ritorno in autorevolezza che ne deriva.

Tale ruolo consente altresì all'INAIL di promuovere ed estendere a soggetti esterni la consolidata azione formativa in ambito sanitario, diffondendo in tal modo la propria cultura prevenzionale ed assicurativo-sociale.

Si conferma la necessità di assegnare l'incarico di **Referente regionale per l'ECM** ad un **dirigente medico di I livello di ciascuna regione**.

L'efficace e consolidata esperienza di formazione/aggiornamento per medici (dirigenti e specialisti ambulatoriali), infermieri, tecnici di radiologia, fisioterapisti e tecnici ortopedici consente di realizzare i programmi formativi, facendo ricorso prevalentemente alle risorse interne.

Sotto il profilo delle ulteriori innovazioni va annoverata l'esigenza, già espressa nelle sezioni precedenti, di un'organizzazione indirizzata verso la sistematica previsione di **focus annuali**.

Questi ultimi saranno trattati nell'ambito del **corso annuale formativo** che dovrà svolgersi per **ciascuna figura professionale**.

L'articolazione generale dei programmi formativi/di aggiornamento per il personale sanitario, nel rispetto dei vincoli economici, prevede altresì la partecipazione ad **eventi ECM esterni** sulle tematiche istituzionali.

Nel contesto delle attività formative e di aggiornamento il **Convegno nazionale biennale** resta passaggio strategico per la valorizzazione delle esperienze maturate, per il progetto di sinergie future nonché efficace confronto con il mondo scientifico, universitario ed istituzionale.

## NUOVO ASSETTO ORGANIZZATIVO

Il nuovo Modello Sanitario individua quali suoi essenziali presupposti operativi l'ambito di attività e l'impianto organizzativo, nonché le figure sanitarie necessarie per la sua concreta realizzazione. In merito a queste ultime va rimarcato che contribuiscono all'erogazione dei servizi sanitari **tutti gli operatori** che a vario titolo sono coinvolti nel disegno di Prevenzione e Sicurezza, di Diagnostica e Cura, di Riabilitazione e Reinserimento, di Protesizzazione e di Medicina Legale nonché di Formazione e Aggiornamento.

D'altronde la nuova declinazione della Struttura Centrale, ovvero della **Sovrintendenza Sanitaria Centrale (S.S.C.)** in luogo della Sovrintendenza Medica Generale, vuole essere espressione anche formale del cambiamento culturale che valorizza tutte le figure professionali sanitarie, ponendo su di uno stesso piano tutti gli operatori sanitari, in una sinergia di azione tesa all'ottimizzazione dei servizi resi all'utenza.

L'impianto organizzativo prevede l'individuazione di una Struttura centrale, *la SSC, polifunzionale e multidivisionale, costituita da 5 Settori*, corrispondenti ciascuno ad **Unità Operativa Complessa**, ed una funzione di staff. Ogni settore ha specifiche attribuzioni per materia (dettagliate nelle pagine successive).

A livello territoriale le **Sovrintendenze Sanitarie Regionali (S.S.R.)** attuano e replicano le funzioni della S.S.C. e costituiscono anch'esse **unità complesse** di tipo operativo; sono dotate di un organico proprio e comprendono **Unità Operative Semplici** (U.O.S.). Allo stato alcune SSR comprendono anche i **C.D.P.R.**.

L'Unità Operativa Complessa territoriale Inail potrà sostanzinarsi in diverse tipologie:

- 1) attuale qualificazione di **sede A** ovvero di livello dirigenziale.
- 2) **struttura di livello non dirigenziale** ma provinciale o comunque con portafoglio rilevante, eventualmente anche articolata in più strutture territoriali e presenti una diversa articolazione funzionale (più unità operative semplici) altrimenti denominata *Sede Specifica*.

L'ipotesi di cui al punto 2 potrà sostanzinarsi per elementi qualificanti quali:

- le necessità clinico-indennitarie (elevata valenza scientifico-professionale e/o di impatto sociale)
- la responsabilità della struttura sanitaria
- l'articolazione territoriale (elevata valenza assicurativa)
- i carichi di lavoro
- esigenza di rispetto del programma assistenziale
- finalità strategiche dell'Istituto.

La direzione delle U.O.C. (Settori) della S.S.C. , delle S.S.R e delle Unità Operative Complesse territoriali è affidata ad un **dirigente medico di II livello (DM2)**, nel rispetto della tipologia delle prestazioni rese, che potrà riconoscere titoli diversificati di accesso alle strutture (medico fisiatra per le strutture ove è espressamente richiesta tale specializzazione) .

Il DM2, a prescindere dalla sua disciplina di appartenenza, deve possedere nel suo bagaglio formativo **competenze in tema di gestione e organizzazione** al fine di favorire anche l'integrazione delle diverse figure professionali che operano all'interno dell'Istituto.

Le **Unità Operative Complesse**, accomunate da esigenze operative omogenee, vedono tutta la convergenza di competenze, oneri ed esperienza in tema di **Prevenzione, Cura, Riabilitazione, Reinserimento e Indennizzo**.

Le **Unità Operative Semplici** che costituiscono con il loro raggruppamento U.O.C. sono comunque affidate ai **dirigenti medici di I livello con incarico di B1**.

Alla stessa figura sono affidati **specifici incarichi presso la S.S.R.** (Es.: Referente Prevenzione; Responsabile CDPR) .

Sono confermate le posizioni di B1 attualmente assegnate alle U.O.C. che insistono nella S.S.C., nelle S.S.R., nelle attuali sedi di tipo A nonché in quelle di tipo B aggregate alle unità operative complesse di tipo A.

Nella declinazione delle funzioni il personale medico ha trovato dettagliate specifiche, per la parte innovativa, nelle sezioni di riferimento. Peraltro, gli impegni assunti dall'Istituto per la realizzazione del nuovo patto sociale non possono prescindere dall'adeguamento, in termini quantitativi, oltre che delle figure sanitarie già espresse, anche dei dirigenti medici.

Nell'ambito delle attività di collaborazione sanitaria, *l'infermiere* svolge un ruolo peculiare. Con riferimento alle proposte del presente Modello Sanitario conosce un ulteriore impulso nella generale previsione delle **funzioni organizzative, gestionali, assistenziali, relazionali, di accoglienza, didattico/educative e di prevenzione**.

Tali funzioni sono modulate in ragione della posizione organizzativa ricoperta, del livello centrale o territoriali ove si opera, ed in base agli specifici compiti tradizionali ed innovativi richiamati nel presente Modello.

Tra questi, sia pure ricadenti in una successiva fase attuativa, possono essere indicati i **compiti di specifica assistenza domiciliare** che peculiari fattispecie di patologie richiedono. Per una descrizione dettagliata delle attività infermieristiche si rimanda all'**allegato n. 5**.

Per quanto riguarda il *Tecnico Sanitario di Radiologia Medica*, tale figura professionale è impegnata essenzialmente in tre segmenti di attività.

Il primo attiene all'**accoglienza/informazione** degli assicurati, il secondo prevalentemente indirizzato a fornire le **prestazioni radiologiche** con i connessi adempimenti tecnici di registrazione, predisposizione, esecuzione ed eventuale effettuazione di ricerche su casistica radiografica precedente. Da ultimo dette attività comprendono la **gestione della documentazione** sanitaria radiografica, nonché la responsabilità relativa all'assistenza e al buon funzionamento delle apparecchiature, alle procedure di smaltimento dei rifiuti speciali e alla eventuale elaborazione di statistiche sanitarie specifiche. Il complesso delle attività, essenzialmente omogenee su tutto il territorio, annovera una serie di altri compiti e funzioni meglio specificate nell'**allegato n. 6**.

Il NMS valorizza anche la figura del *Tecnico Ortopedico*, il quale addestra il disabile all'uso delle protesi e delle ortesi applicate, svolgendo anche assistenza tecnica per la fornitura, la sostituzione e la riparazione dei presidi. Egli collabora con altre figure professionali al trattamento multidisciplinare previsto nel piano di riabilitazione ed è responsabile dell'organizzazione, pianificazione e qualità degli atti professionali svolti nell'ambito delle proprie mansioni (**allegato n.9**)

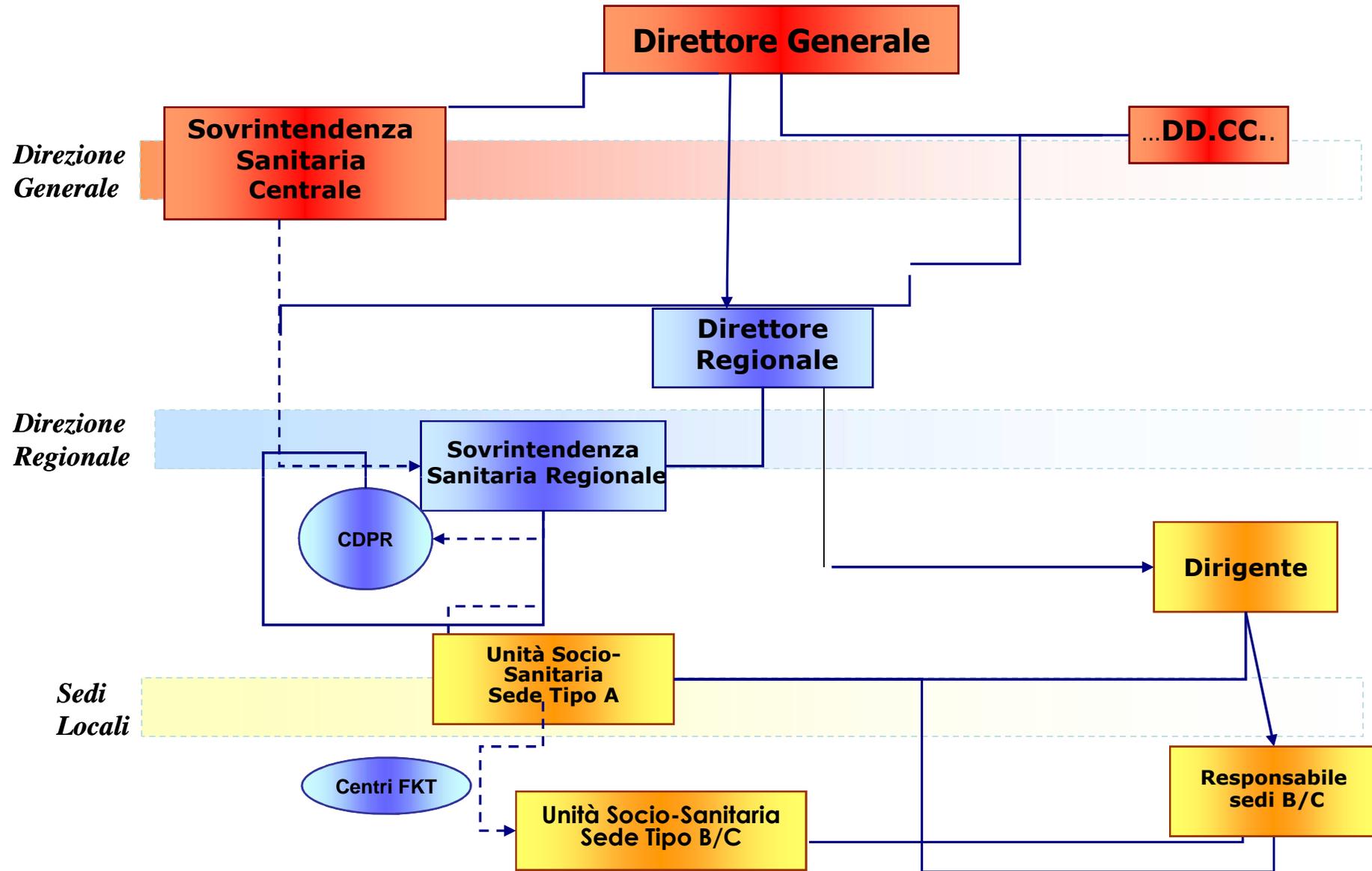
Per quanto riguarda la figura del *Fisioterapista*, al momento presente presso il Centro Protesi di Vigorso di Budrio, il Centro di Riabilitazione Motoria di Volterra, nonché presso gli undici Centri di FKT territoriali, in ragione della complessità e della numerosità delle funzioni svolte le stesse sono state dettagliatamente esplicitate nell'apposito allegato (**allegato n.7**).

Nel nuovo Modello Sanitario, supportando la più aggiornata pratica clinica di terapia occupazionale e le più recenti conoscenze, è stata prevista la figura del *Terapista occupazionale*. Peraltro l'interesse e l'impegno della terapia praticata è complementare alla visione della salute espressa dall'Organizzazione Mondiale della Sanità. In termini generali le attività di terapeuta occupazionale, richiamate dal presente Modello, sono indirizzate verso "impegno di inclusione" evitando le discriminazioni che le patologie e le menomazioni anche professionali determinano.

**L'attività medico specialistica** completa l'azione diagnostico-terapeutica dell'Istituto (allegato n. 8).

E' svolta da medici specialisti ambulatoriali che operano presso le strutture territoriali nell'ambito delle **branche** richiamate nella sezione "Diagnosi e Cura".

I loro compiti sono disciplinati dall'Accordo sottoscritto il 30 luglio 2010 tra INAIL/SUMAI, nel testo integrato con le modifiche di cui al verbale d'intesa del 7 marzo 2011.



Il nuovo assetto organizzativo prevede:

**Sovrintendenza Sanitaria Centrale** – gestisce le Politiche Sanitarie dell'Istituto ed è referente per le altre Strutture della materia sanitaria. E' diretta da un dirigente medico di II livello che assume la denominazione di Sovrintendente Sanitario Centrale (S.S.C.). Essa è articolata, sulla base dei prodotti/servizi, in *Settori* la cui responsabilità è affidata a dirigenti medici di II livello. Nell'ambito della S.S.C., al di fuori dei settori richiamati, in staff con il S.S.C. opereranno dirigenti medici di I livello con attribuzione funzionale specifica (Risk Management).

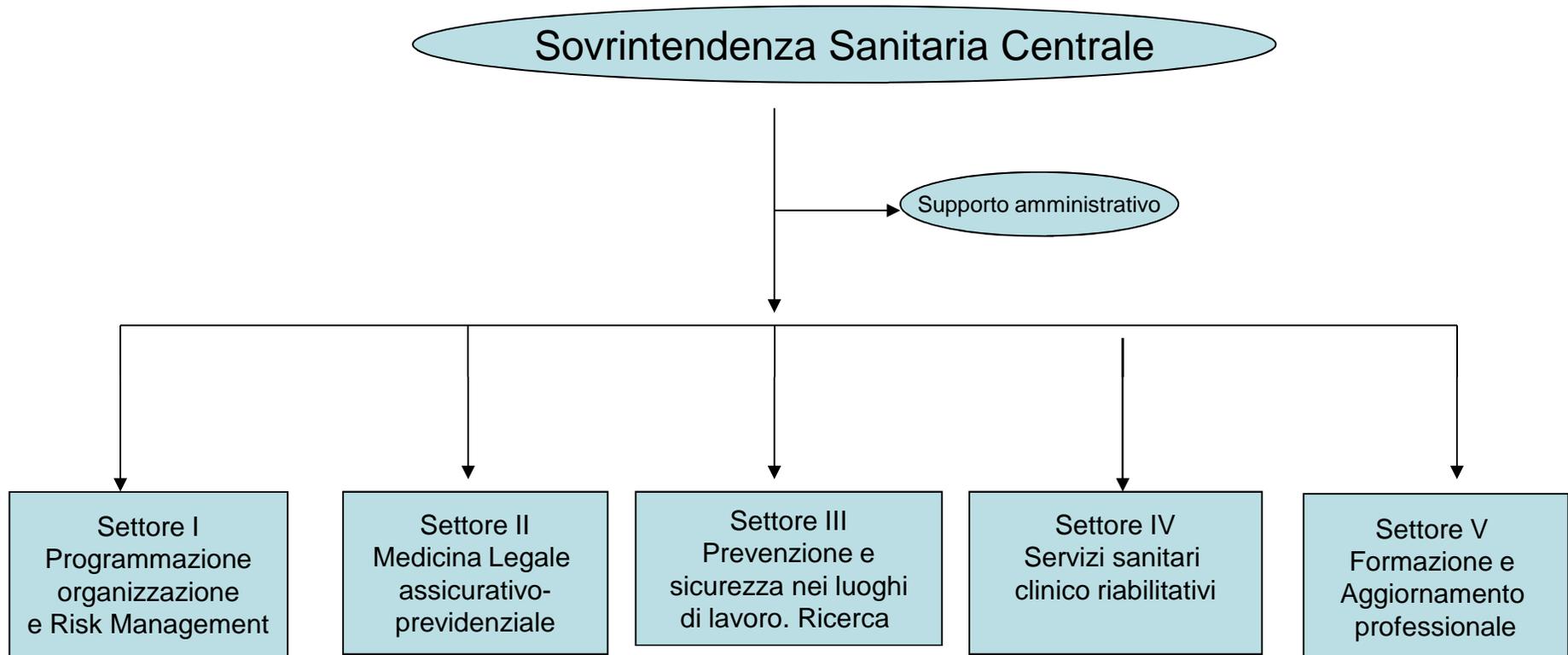
La S.S.C., nell'ottica del presente Modello Sanitario, deve vedere rafforzata la sua *autonomia gestionale* e di *governo di tutte le attività sanitarie* anche afferenti ad altre Direzioni, e deve essere in grado di assicurare i richiamati standard di qualità, omogeneità ed economicità del sistema.

In tal senso la SSC si raccorda con le SSR anche tramite periodiche riunioni.

•  
*Area sanitaria del Centro Protesi di Vigorso di Budrio* – competente allo svolgimento delle attività fisioterapiche di riabilitazione e addestramento all'uso della protesi e di quelle di degenza, è affidata alla responsabilità di un dirigente medico di II livello; fanno capo al direttore sanitario del Centro Protesi di Budrio anche le attività sanitarie svolte nelle filiali (Roma e Lamezia);

*Area sanitaria del Centro Riabilitazione di Volterra* – competente allo svolgimento delle attività fisioterapiche e di riabilitazione, è affidata alla responsabilità di un dirigente medico di II livello – fisiatra.

*Area sanitaria dei Centri di Riabilitazione non ospedaliera* di prossima realizzazione



I Settori comprendono le seguenti attività :

## **SETTORE I - Programmazione, Organizzazione e Risk Management**

- pianificazione delle attività sanitarie nell'ambito delle linee di indirizzo formulate dagli Organi dell'Istituto
- programmazione e controllo dell'andamento produttivo delle Unità territoriali in materia sanitaria, in coordinamento con le Strutture centrali competenti
- progettazione di strumenti di valutazione ed elaborazione di parametri per la dotazione di risorse umane, strumentali ed ambientali in riferimento al modello sanitario organizzativo e funzionale vigente
- informatizzazione delle attività sanitarie
- ottimizzazione dei servizi sanitari ai fini del sistema qualità
- gestione del rischio nelle attività sanitarie istituzionali

## SETTORE II - Medicina Legale assicurativo-previdenziale

- elaborazione ed emanazione di indirizzi e linee guida in materia di infortuni, malattie professionali e speciali tutele, anche in relazione all'evoluzione normativa e giurisprudenziale
- verifica della applicazione delle linee di indirizzo nello specifico ambito istituzionale
- formulazione di pareri medico-legali su problematiche complesse ed emergenti di natura assicurativo-previdenziale
- attività medico-legale per il personale dell'Istituto
- rapporti con Enti ed Istituzioni nazionali ed internazionali nelle materie di competenza del settore

**SETTORE III – Prevenzione e Sicurezza nei luoghi di lavoro, Ricerca.**

- studio dei dati statistico-epidemiologici finalizzato a iniziative preventive
- collaborazione con Enti ed Istituzioni esterni per la elaborazione e la
- realizzazione di progetti di prevenzione mediante l'utilizzo delle banche
- dati INAIL, dei flussi informativi INAIL - Regioni e del SINP
- management della sorveglianza sanitaria
- individuazione e divulgazione di linee guida e buone prassi in materia
- di prevenzione sanitaria
- collaborazione alla formazione e informazione in materia prevenzionale
- partecipazione a Commissioni e progetti inerenti la prevenzione
- sanitaria
- elaborazione, progettazione, pianificazione e coordinamento delle
- attività di ricerca funzionali agli specifici compiti istituzionali.

## SETTORE IV – Prestazioni Sanitarie Curative, Riabilitative e Protesiche

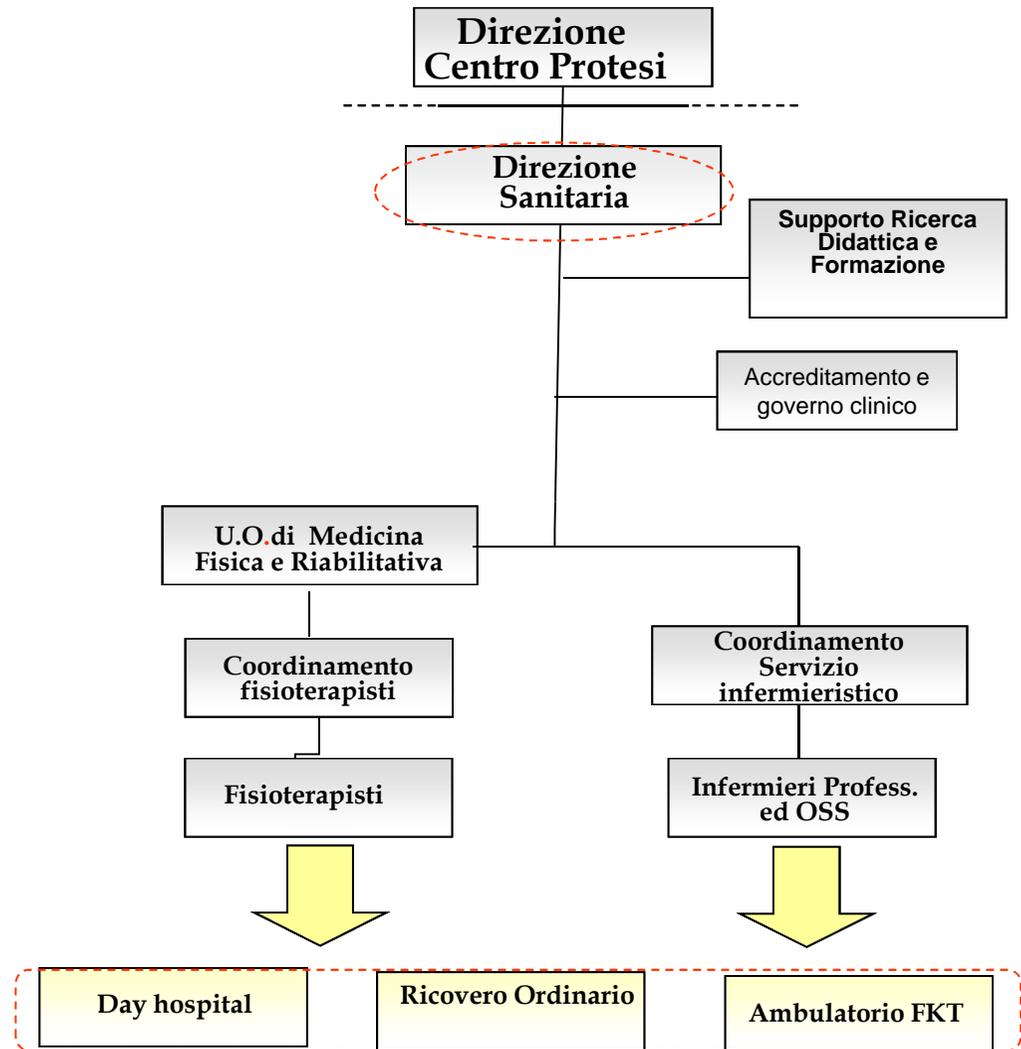
- pianificazione, organizzazione e sviluppo delle attività riabilitative (di sede e dei Centri di eccellenza)
- elaborazione di indirizzi operativi e tecnici anche in materia di accreditamento delle strutture (Accordo Quadro Stato-Regioni)
- assistenza alle strutture territoriali
- monitoraggio delle unità territoriali in tema di Prime Cure, FKT, LIA (farmaci e dispositivi tecnici/riabilitativi)
- elaborazione di criteri per le attività di riabilitazione e per la prescrizione di dispositivi tecnici (protesi, ortesi e ausili) finalizzati al massimo recupero possibile dell'autonomia e delle risorse psicofisiche
- orientamento e consulenza alle attività di reinserimento familiare, sociale e lavorativo secondo il modello biopsicosociale

## SETTORE V – Studi, Formazione e Aggiornamento professionale

- elaborazione, progettazione, pianificazione e coordinamento delle attività formative e di aggiornamento, funzionali allo sviluppo professionale, manageriale e relazionale di tutto il personale sanitario
- collaborazione, convenzionamento e relazioni istituzionali con Organismi interni ed esterni (Enti, Università, Società Scientifiche, Provider ECM, etc.)
- coordinamento delle collaborazioni con organismi nazionali e internazionali

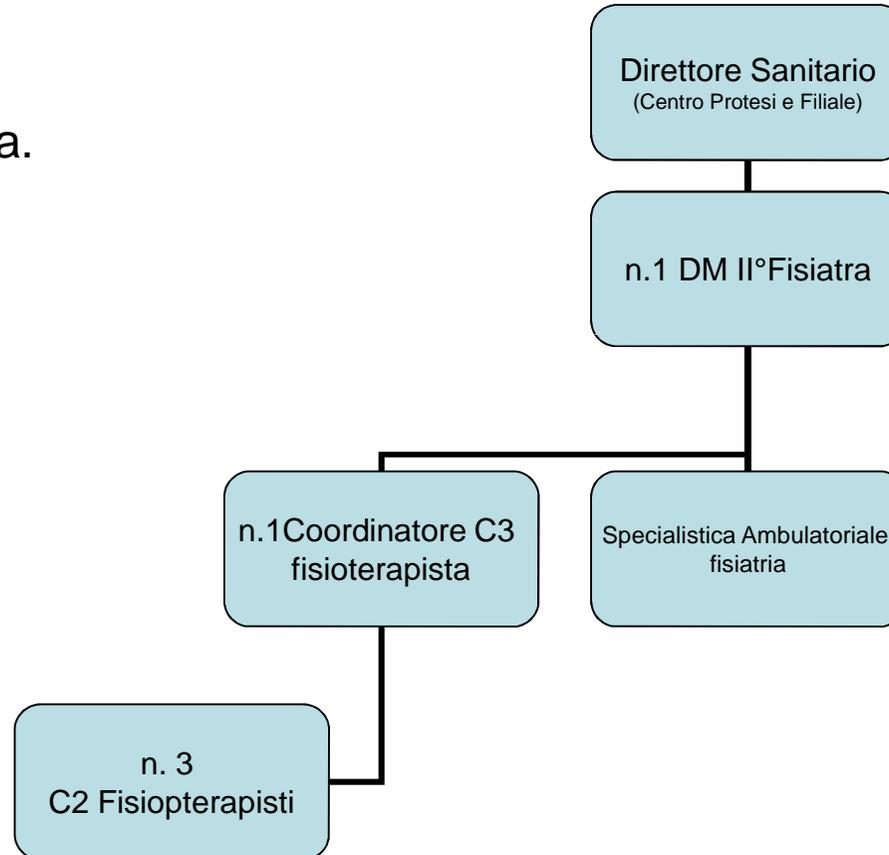
## Area Sanitaria del Centro Protesi di Budrio

L'area sanitaria del Centro Protesi di Vigorso di Budrio include sia le attività fisioterapiche di riabilitazione e addestramento all'uso della protesi sia quelle di degenza. Inoltre fanno capo al direttore sanitario del Centro Protesi di Budrio anche le attività sanitarie svolte nella Filiale di Roma e nella istituenda Filiale di Lamezia.



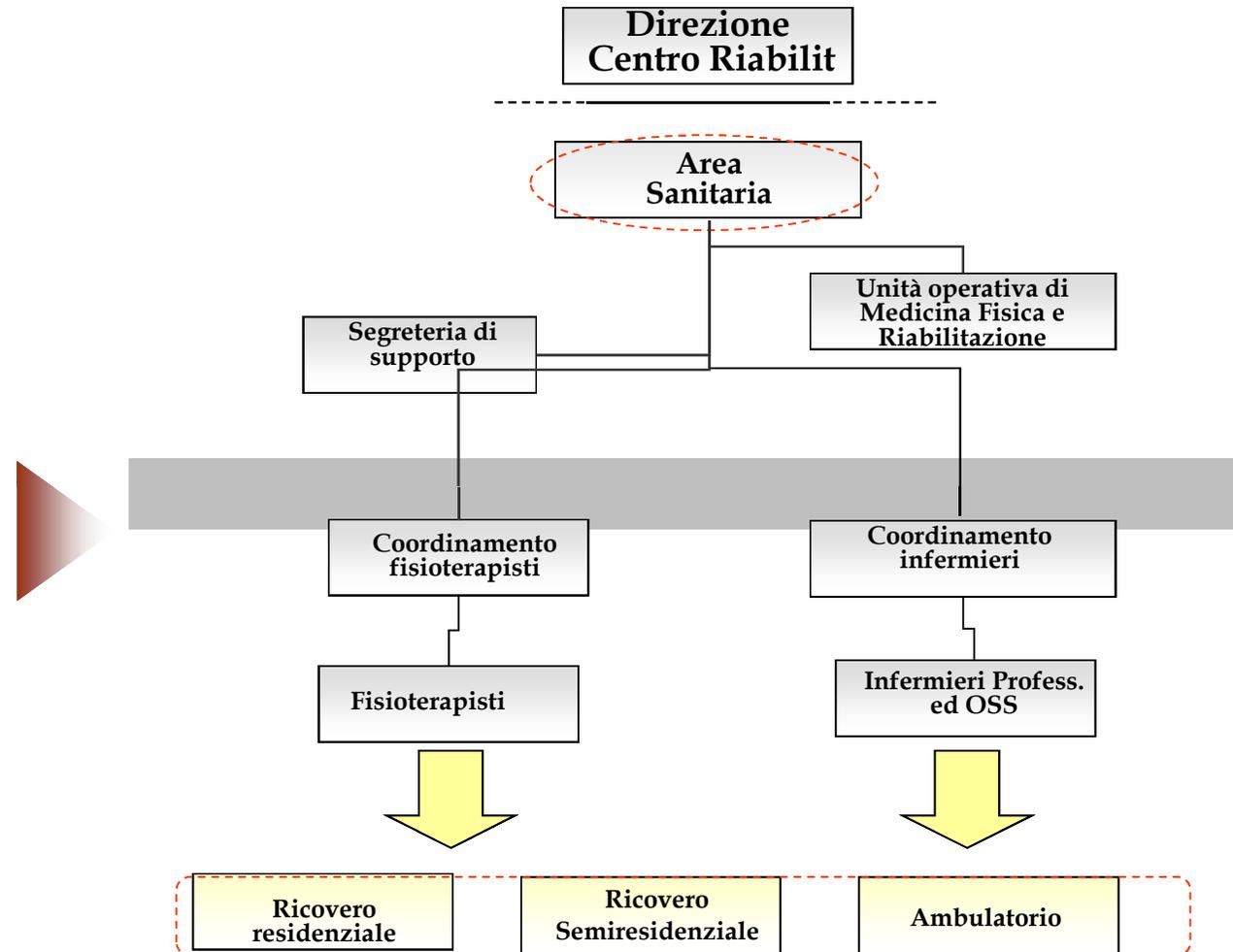
**FILIALE DI ROMA**

Filiale di Roma: Area Sanitaria.



## Area Sanitaria del Centro riabilitazione di Volterra

L'area sanitaria del Centro di Riabilitazione Motoria di Volterra svolge attività, accreditata con il Servizio Sanitario Nazionale, di medicina fisica e riabilitazione diretta a pazienti post acuti in regime di ricovero residenziale, semiresidenziale e ambulatoriale, avvalendosi di tecnologie all'avanguardia e di alte professionalità. Il modello funzionale ed organizzativo è finalizzato alla presa in carico del paziente al momento della dimissione dal reparto di acuzie o immediatamente dopo l'infortunio nel caso non sia necessario uno specifico trattamento ospedaliero preliminare alla riabilitazione.

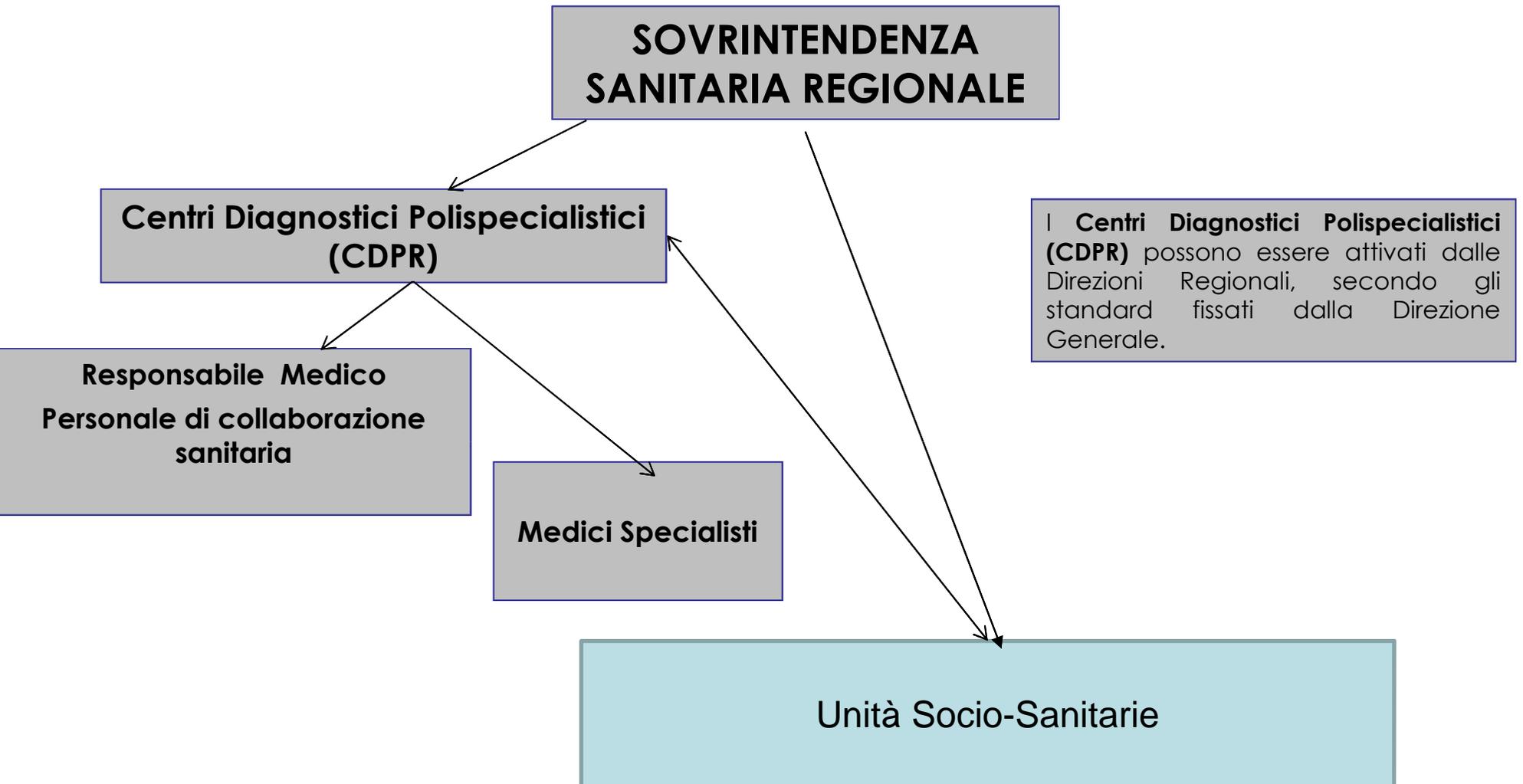


**Sovrintendenze Sanitarie Regionali** – Dette strutture interpretano e realizzano il Nuovo Modello Sanitario in modo flessibile, adattando gli interventi alla realtà territoriale di competenza, modulandoli in funzione delle normative regionali. **Indirizzano, coordinano e verificano l'attività sanitaria della regione e delle Unità socio-sanitarie territoriali** di riferimento nel suo complesso, con particolare impulso alla Prevenzione e al Reinserimento lavorativo. Effettuano monitoraggi sull'applicazione dei criteri diagnostico-valutativi, del livello di qualità delle prestazioni erogate, anche tramite **centri di alta specializzazione e di tutoraggio**. Svolgono attività di studio e ricerca con organismi presenti nel territorio. Effettuano attività didattica presso Istituti universitari convenzionati e coordinano i rapporti con i medesimi Istituti. Effettuano accertamenti medico-legali sul personale dipendente e familiari. Effettuano gli accertamenti diagnostici di II livello attraverso il **Centro Diagnostico Polispecialistico Regionale**. Attueranno le direttive centrali in tema di Risk Management. Dette strutture sono affidate alla responsabilità di dirigenti medici di II livello.

A livello delle Sovrintendenze Sanitarie Regionali, richiamando anche le funzioni di coordinamento ed indirizzo svolte dalle stesse in raccordo con la Struttura centrale, l'organico è integrato da altro **personale di collaborazione sanitaria**.

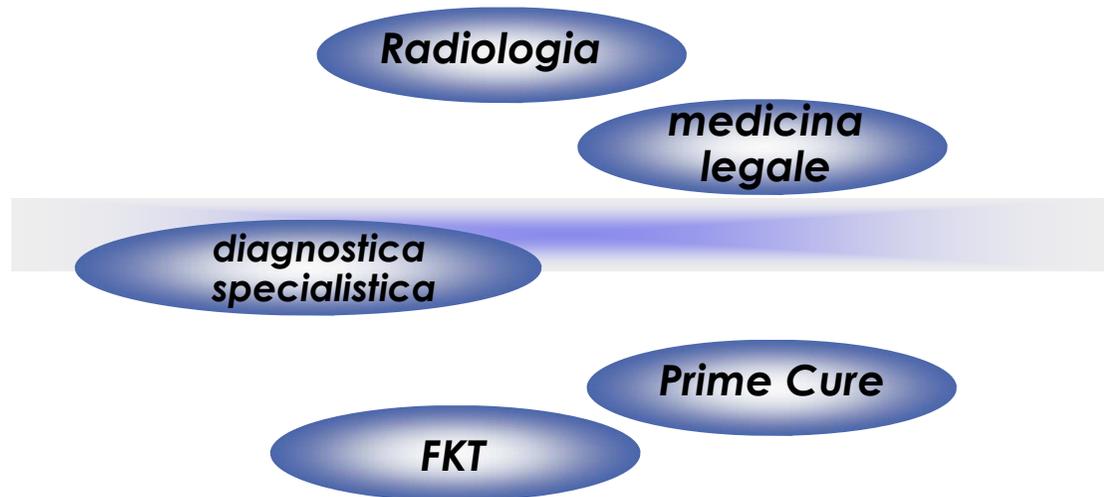
**Unità socio-sanitarie complesse (presso le Strutture di tipo A e le Sedi Specifiche )** - In base alle caratteristiche qualitative e quantitative del bacino di utenza e delle forme di tutela sanitaria definite ed integrate con il Servizio Sanitario Regionale, svolgono la loro funzione sul territorio con riferimento alla **produzione ed erogazione dei servizi preventzionali, curativi, riabilitativi e di reinserimento**. Erogano **prestazioni medico legali e diagnostico/strumentali**. Sono affidate alla responsabilità di un dirigente medico di II livello;

**Unità socio-sanitarie semplici (presso le Strutture di tipo B/C)** - esercitano la **funzione sanitaria** sul territorio con un'organizzazione della struttura più snella e definita a livello regionale sulla base delle caratteristiche del bacino di utenza e delle forme di integrazione con il Servizio Sanitario Regionale. In tutte le Unità è sempre prevista **l'attività di medicina legale**. Sono affidate alla responsabilità diretta di un dirigente medico di I livello ed a quella di un dirigente medico di II livello presente nella struttura di riferimento.



## Le Unità Socio-Sanitarie Territoriali

### *Ambulatori*



## Strutture Territoriali

