

Organo: DIREZIONE GENERALE - DIREZIONE CENTRALE PRESTAZIONI - DIREZIONE CENTRALE SERVIZI ISTITUZIONALI - SETTORE NAVIGAZIONE - SOVRINTENDENZA MEDICA GENERALE

Documento: Circolare n. 62 del 13 novembre 2012

Oggetto: Prestazioni sanitarie necessarie al recupero dell'integrità psico-fisica degli infortunati e dei tecnopatici. Articolo 11, comma 5 bis, del decreto legislativo 9 aprile 2008, n.81, come modificato dal decreto legislativo 3 agosto 2009, n.106.

Quadro Normativo

D.p.r. 30 giugno 1965, n. 1124: "Testo Unico delle disposizioni per l'assicurazione obbligatoria contro gli infortuni sul lavoro e le malattie professionali. Articoli 66, numero 5), 86, 89 e 127";

D.m. 10 ottobre 1985: "Regolamentazione della gestione per conto dello Stato dell'assicurazione contro gli infortuni dei dipendenti statali attuata dall'Inail";

Circolare Inail n. 20 del 1° aprile 1987: "Regolamentazione della gestione per conto dello Stato dell'assicurazione contro gli infortuni dei dipendenti statali attuata dall'Inail";

Decreto legislativo 23 febbraio 2000, n.38: "Disposizioni in materia di assicurazione contro gli infortuni sul lavoro e le malattie professionali, a norma dell'articolo 55, comma 1, della legge 17 maggio 1999, n.144. Articolo 13";

Legge 23 dicembre 1978, n. 833: " Istituzione del servizio sanitario nazionale. Articolo 57";

Legge 23 dicembre 2000, n. 388: "Disposizioni per la formazione del bilancio annuale e pluriennale dello Stato (legge finanziaria 2001). Articolo 95";

Legge 27 dicembre 2002, n. 289: "Disposizioni per la formazione del bilancio annuale e pluriennale dello Stato (legge finanziaria 2003). Articoli 52 e 53";

Decreto legislativo 9 aprile 2008, n.81: " Attuazione dell'articolo 1 della legge 3 agosto 2007, n. 123, in materia di tutela della salute e della sicurezza nei luoghi di lavoro. Articolo 11, comma 5 bis e s.m.i.";

Decreto legge 31 maggio 2010, n.78, convertito, con modificazioni, in legge 30 luglio 2010, n. 122: "Misure urgenti in materia di stabilizzazione finanziaria e di competitività economica. Articolo 7".

Premessa

Come noto, il comma 5 bis¹ dell'articolo 11 del decreto legislativo 9 aprile 2008, n. 81, introdotto dall'intervento correttivo del decreto legislativo 3 agosto 2009, n. 106, riconferma² espressamente il diritto degli infortunati e dei tecnopatici a tutte le cure necessarie per il recupero dell'integrità psicofisica, senza oneri a loro carico.

Tale diritto, declinato dal testo unico e richiamato dal suddetto comma 5 bis, è di diretta derivazione costituzionale tenuto conto che le cure necessarie al recupero della capacità lavorativa (attualmente dell'integrità psicofisica, a seguito dell'entrata in vigore dell'articolo 13 del decreto legislativo n.38/2000) sono senz'altro da annoverare tra i mezzi adeguati alle esigenze di vita che il secondo comma dell'art. 38 della Costituzione impone di assicurare agli infortunati sul lavoro e ai tecnopatici.

Peraltro, il citato intervento correttivo, se da una parte costituisce conferma di un diritto di rilevanza costituzionale, dall'altra, chiarisce inequivocabilmente³ che l'Inail continua a essere l'istituzione garante del diritto in questione. Infatti, l'ultima parte del citato comma 5 bis precisa che l'Istituto svolge il compito affidatogli dalla disposizione in esame e cioè quello di garantire il diritto degli infortunati e dei tecnopatici alle cure necessarie, con le risorse finanziarie disponibili a legislazione vigente e senza incremento di oneri per le imprese.

La disposizione in esame, in definitiva, risolve le incertezze interpretative emerse a seguito dell'entrata in vigore dei livelli essenziali di assistenza di cui al d.p.c.m. 29/11/2001 e successive modificazioni e degli artt. 52 e 53 della legge finanziaria per il 2003⁴ con riferimento al principio di gratuità delle prestazioni sanitarie per gli assistiti Inail; infatti, la suddetta norma conferma che l'Istituto deve tenere indenni gli infortunati e i tecnopatici dalle spese connesse alle prestazioni curative necessarie al recupero dell'integrità psicofisica e, pertanto, deve sostenere l'onere delle prestazioni stesse ove non siano già assicurate dal sistema sanitario o erogate direttamente dall'Inail.

In buona sostanza, la norma in questione comporta il rimborso, da parte dell'Istituto, delle spese per prestazioni sanitarie sostenute dagli assistiti Inail⁵, con la sola condizione che tali prestazioni siano riconosciute *necessarie* dai medici dell'Inail stesso.

Ciò premesso, al fine di rendere effettiva la tutela degli assistiti nei termini su specificati, il tavolo tecnico per il nuovo modello sanitario istituito il 18 gennaio 2011 – prot. 0000244 - su indicazione del Direttore generale, ha proceduto alla:

- definizione dell'ambito delle prestazioni sanitarie che devono essere garantite agli infortunati e ai tecnopatici in termini di priorità assoluta;
- quantificazione sperimentale degli oneri finanziari connessi all'erogazione delle prestazioni suddette allo scopo di accertare i margini di miglioramento consentiti dalle risorse di bilancio e di ampliare la rosa delle prestazioni erogabili.

Di seguito, si illustrano le conclusioni raggiunte nel corso delle sedute del citato tavolo tecnico e si impartiscono le conseguenti istruzioni operative.

Definizione dell'ambito delle prestazioni sanitarie che devono essere garantite agli infortunati e ai tecnopatici

L'individuazione delle prestazioni sanitarie che l'Inail è tenuto a erogare agli infortunati e ai tecnopatici ai sensi dell'art. 11, comma 5 bis, del d.lgs. 81/2008 e s.m.i., è effettuata dalla stessa norma sopra citata, la quale fa riferimento esclusivamente alle cure *necessarie* al recupero dell'integrità psicofisica e non più anche a quelle utili di cui all'art. 95, l. 388/2000.

Ciò premesso, va anche rilevato che, come in precedenza specificato, la medesima norma individua il limite degli oneri che l'Istituto può sostenere per assolvere l'obbligo in questione nelle risorse finanziarie di bilancio disponibili a legislazione immutata, dal momento che non si devono prevedere maggiori oneri per le imprese intervenendo sulla tariffa dei premi.

Ne consegue che nell'ambito delle cure necessarie - che in base alla legislazione vigente non siano a carico del servizio sanitario - l'Istituto, in ragione della propria competenza istituzionale, deve comunque garantire a tutti i soggetti assicurati, ivi compresi i dipendenti statali e gli assistiti del settore marittimo, quelle aventi carattere di priorità, al fine di un pronto recupero dell'integrità psicofisica, della capacità lavorativa e del possibile reinserimento socio lavorativo.

Al riguardo, fatto salvo quanto previsto dal nuovo regolamento protesico, si fa presente che il rimborso delle cure a fronte di postumi stabilizzati è al momento differito, nell'ottica di dare priorità a quelle necessarie in fase acuta per una più pronta guarigione degli assicurati, anche con possibili effetti positivi in termini di riduzione della durata della inabilità temporanea assoluta al lavoro. Si ritiene, pertanto, che in una prima fase tali prestazioni debbano essere erogate *per gli infortuni e per le malattie professionali in conseguenza elimitatamente al periodo di inabilità temporanea assoluta al lavoro.*

Le prestazioni *necessarie* ammesse al rimborso, in questa prima fase, sono state individuate in specialità farmaceutiche o preparati per uso topico utilizzati in chirurgia, ortopedia, oculistica, dermatologia, neurologia e psichiatria.

Si riportano, di seguito, le specialità farmaceutiche, distinte per branca specialistica, rimborsabili a condizione che l'evento sia stato riconosciuto indennizzabile e che le stesse siano ritenute necessarie, durante il periodo di inabilità temporanea assoluta, dal personale medico dell'Istituto:

1. Chirurgia

- 1.1. Preparato per uso topico per ulcere croniche con tessuto fibrinoso o necrotico;
- 1.2. Preparati per uso topico a base antibiotica con e senza cortisone;
- 1.3. Garze impregnate di antisettico per cute lesa;
- 1.4. Crema antibatterica per ustioni;
- 1.5. Unguento per detersione enzimatica di piaghe necrotiche con e senza antibiotico;
- 1.6. Pomata antisettica;
- 1.7. Preparati a base di acido ialuronico con e senza antibiotico, nelle diverse formulazioni per favorire la ripitelizzazione della cute lesa.

2. Ortopedia

- 2.1 Preparati per uso topico a base di antinfiammatori in creme, pomate, gel, cerotti;
- 2.2 Preparati per uso topico a base di eparina sodica;
- 2.3 Miorilassanti;
- 2.4 Antidolorifici per os;
- 2.5 Immunoterapia batterica per il trattamento delle osteomieliti.

3. Oculistica

- 3.1 Farmaci per uso topico (pomate e/o colliri) a base antibiotica, con o senza cortisonico per il trattamento di infezioni esterne di occhio ed annessi;
- 3.2 Pomate per il trattamento di abrasioni, ferite ed ustioni corneo congiuntivali;
- 3.3 Colliri midriatici per processi flogistici del segmento anteriore e posteriore dell'occhio;
- 3.4 Farmaci ipotonizzanti (compresse) per il trattamento dell'ipertono oculare;
- 3.5 Farmaci vasoprotettori ed antitrombotici (compresse) per il trattamento di emorragie retiniche.

4. Dermatologia

- 4.1 preparati cortisonici topici per il trattamento di dermatiti da contatto;
- 4.2 prodotti anticheloidi (in diversa formulazione);
- 4.3 antibiotici per il trattamento topico di ferite o ustioni infette.

5. Neurologia e psichiatria

- 5.1 Ansiolitici ed ipnoinducenti;
- 5.2 Miorilassanti;
- 5.3 Attivanti cerebrali;
- 5.4 Antivertiginosi;

5.5 Antidolorifici per os;

5.6 Farmaci per il trattamento dell'incontinenza urinaria in pazienti con vescica iperattiva;

5.7 Farmaci per il trattamento dei disturbi della motilità intestinale da varie cause.

Ai fini della rilevazione degli oneri sostenuti, in attesa delle necessarie implementazioni procedurali, le Direzioni regionali e le Strutture territoriali del settore marittimo dovranno trasmettere, con cadenza trimestrale, il numero e il costo delle specialità farmaceutiche rimborsate, secondo l'elenco sopra indicato, come da prospetto allegato (**all.1**) alla presente circolare.

Si fa presente inoltre che, al termine di questa prima fase di sperimentazione, nell'ipotesi in cui sussistano margini di miglioramento in termini di risorse disponibili, il rimborso potrà essere esteso ad altre prestazioni sanitarie, nonché alle cure necessarie nel periodo successivo alla stabilizzazione dei postumi, sia per gli infortuni sia per le malattie professionali.

Istruzioni operative

Le Strutture in indirizzo provvederanno, nei termini sopra precisati e limitatamente alle specialità farmaceutiche sopra indicate, al rimborso delle stesse agli assicurati.

Ai fini del rimborso delle spese di cui sopra, sostenute durante il periodo di inabilità temporanea assoluta per gli infortuni e per le malattie professionali, l'assicurato dovrà produrre idonea prescrizione medica, nonché lo scontrino attestante l'acquisto del farmaco con indicazione del codice fiscale dell'assicurato medesimo e del codice ministeriale prodotto. Quest'ultimo codice è necessario per risalire al nome commerciale del farmaco.

La funzione sanitaria dell'Istituto collegandosi al sito di Federfarma (<http://www.federfarma.it/Farmaci-e-farmacie/Cerca-un-farmaco.aspx>) potrà ottenere tutti gli elementi necessari a esprimere il parere medico, positivo o negativo, ai fini dell'autorizzazione o del diniego al rimborso.

Al riguardo, si fa presente che solo nell'ipotesi in cui il medico riconosca i farmaci *necessari* rispetto all'evento lesivo in trattazione, potrà autorizzare il rimborso a condizione che i farmaci medesimi rientrino nell'elenco di cui sopra.

Si fa presente, inoltre, che l'autorizzazione al rimborso non potrà essere concessa nell'ipotesi di carenza assicurativa (eventi in franchigia con prognosi inferiore ai tre giorni), dal momento che tali eventi non sono assicurativamente rilevanti.

Gli oneri sono imputati al capitolo 378.04 del bilancio dell'Istituto.

Flusso procedurale

1. la richiesta di rimborso, redatta secondo il modulo allegato (**all.2**), relativa alla prescrizione medica recante data antecedente all'acquisto del farmaco e corredata di scontrino fiscale contenente gli elementi sopra specificati, perviene alla funzione amministrativa, dopo essere stata debitamente scansata e acquisita in pratica;

2. in caso di carenza di documentazione, la funzione amministrativa la richiede all'assicurato e se non perviene entro 15 giorni, definisce negativamente la richiesta dandone comunicazione all'assicurato, secondo il modulo allegato (**all.3**);

3. a seguito di riconoscimento del caso (modello 20I o modello 20I/bis), come regolare sia dal lato amministrativo sia dal lato sanitario (anche senza indennizzo), la funzione amministrativa invia la richiesta di rimborso e i relativi allegati alla funzione sanitaria che esamina la richiesta stessa;

4. nel caso in cui il farmaco, rientrante nell'elenco sopra indicato, risulti necessario al recupero dell'integrità psicofisica, la funzione sanitaria autorizza, in calce alla richiesta, il rimborso e invia il modulo alla funzione amministrativa;

5. la funzione amministrativa, su indicazione della funzione sanitaria, inserisce la spesa, nonché il codice relativo alla branca di appartenenza del farmaco e quello relativo ai singoli farmaci e provvede all'accoglimento della richiesta, dandone comunicazione all'interessato, secondo il modulo allegato (**all. 4**);

6. nel caso in cui il farmaco non risulti necessario al recupero dell'integrità psicofisica, la funzione sanitaria esprime, in calce alla richiesta, parere negativo e invia il modulo alla funzione amministrativa che respinge la richiesta dandone apposita comunicazione all'assicurato, secondo il modulo allegato (**all.5**);

7. nel caso in cui nella richiesta di rimborso vengano indicati più farmaci e alcuni di essi non risultino necessari al recupero dell'integrità psicofisica, si procede come ai punti precedenti, dandone comunicazione all'assicurato, secondo il modulo allegato (**all.6**).

Per quanto riguarda l'ipotesi in cui ricorrano i presupposti per l'esercizio del diritto di rivalsa, dovranno essere computate anche le spese sostenute dall'Istituto per il rimborso dei farmaci inclusi nell'elenco sopra indicato.

Si precisa, infine, che gli oneri sostenuti dall'Istituto per il suddetto rimborso dovranno essere caricati sulla posizione assicurativa (conto-certificato per il Settore navigazione) del datore di lavoro presso cui l'infortunio si è verificato; mentre per quanto riguarda in particolare i casi di malattie professionali si rinvia all' **allegato n. 2** della nota tecnica "Flusso procedurale per la trattazione delle denunce di malattia professionale" del 18 settembre 2003.

Nel far riserva di fornire ulteriori specifiche istruzioni operative e procedurali, anche per il settore navigazione, si invitano tutte le Strutture territoriali a una puntuale e scrupolosa osservanza delle disposizioni e istruzioni sopra impartite.

IL DIRETTORE GENERALE

1. Che testualmente recita: "Al fine di garantire il diritto degli infortunati e tecnopatici a tutte le cure necessarie ai sensi del decreto del presidente della repubblica 30 giugno 1965, n. 1124, e successive modificazioni, l'Inail può provvedere utilizzando servizi pubblici e privati, d'intesa con le regioni interessate. L'Inail svolge tali compiti con le risorse finanziarie disponibili a legislazione vigente e senza incremento di oneri per le imprese".

2. Cfr. gli artt. 66, n. 5, 86 e 89 t.u., 57 l. 23 dicembre 1978, n. 833 e 95, l. 23 dicembre 2000, n. 388.

3. Anche dopo l'entrata in vigore della legge costituzionale n. 3/2001 recante "Modifiche al titolo V della parte seconda della Costituzione".

4. Legge 27 dicembre 2002, n. 289

5. Compresi i dipendenti delle amministrazioni statali e gli assistiti ex Ipsema ai sensi della l. n. 122/2010