

A PREVENÇÃO,
A VERIFICAÇÃO
DA INCAPACIDADE
PARA O TRABALHO
E A REABILITAÇÃO
PROFISSIONAL NO
ORDENAMENTO DO
TRABALHO ITALIANO



DIÁLOGOS SETORIAIS
UNIÃO EUROPEIA
BRASIL



A PREVENÇÃO,
A VERIFICAÇÃO
DA INCAPACIDADE
PARA O TRABALHO
E A REABILITAÇÃO
PROFISSIONAL NO
ORDENAMENTO DO
TRABALHO ITALIANO

Brasília • March • 2016





FICHA TÉCNICA

INSTITUIÇÕES RESPONSÁVEIS

MINISTÉRIO DA FAZENDA
Secretaria de Políticas de Previdência Social
Benedito Adalberto Brunca

Departamento de Políticas de Saúde e Segurança Ocupacional
Marco Antonio Gomes Pérez

INSTITUTO NACIONAL DO SEGURO SOCIAL
Diretoria de Saúde do Trabalhador
César Augusto de Oliveira

AUTOR
Perito Sênior Externo
Michele Squeglia

COORDENAÇÃO
DELEGAÇÃO DA UNIÃO EUROPEIA NO BRASIL
Embaixador Chefe
João Gomes Cravinho

Ministro Conselheiro - Chefe de Cooperação
Thierry Dudermel

Adido de Cooperação - Coordenador do Projeto Apoio aos Diálogos Setoriais UE-Brasil
Asier Santillan Luzuriaga

Consórcio executor
CESO Development Consultants/FIIAPP/INA/CEPS

MINISTÉRIO DO PLANEJAMENTO, DESENVOLVIMENTO E GESTÃO
Ministro
Dyogo Oliveira

Secretário de Gestão
Gleisson Cardoso Rubin

Diretor Nacional do Projeto
Marcelo Mendes Barbosa

CONTATOS
MINISTÉRIO DA FAZENDA (MF)
Departamento de Políticas de Saúde e Segurança Ocupacional
Telefones: +55 61 2021.5735/ 5778
Email: dpso@previdencia.gov.br

DIREÇÃO NACIONAL DO PROJETO DIÁLOGOS SETORIAIS UNIÃO EUROPEIA-BRASIL
Secretaria de Gestão Pública
Ministério do Planejamento, Desenvolvimento e Gestão
Telefone: + 55 61 2020. 4645/4168/4785
dialogos.setoriais@planejamento.gov.br
www.dialogossetoriais.org

RESPONSIBLE INSTITUTIONS

MINISTRY OF FINANCE (MF)
Secretariat of Social Security Policies
Benedito Adalberto Brunca

Department of Occupational Safety and Health Policies
Marco Antonio Gomes Pérez

NATIONAL INSTITUTE OF SOCIAL INSURANCE (INSS)
Directorate for Worker's Health
César Augusto de Oliveira

AUTHOR
Senior External Expert
Michele Squeglia

COORDINATION
EUROPEAN UNION DELEGATION TO BRAZIL
Head of the European Union Delegation
João Gomes Cravinho

Minister Counsellor - Head of Development and Cooperation Section
Thierry Dudermel

Cooperation Attaché – EU-Brazil Sector Dialogues Support Facility Coordinator
Asier Santillan Luzuriaga

Implementing consortium
CESO Development Consultants/FIIAPP/INA/CEPS

MINISTRY OF PLANNING, DEVELOPMENT AND MANAGEMENT
Ministry
Dyogo Oliveira

Secretary of Management
Gleisson Cardoso Rubin

Project National Director
Marcelo Mendes Barbosa

CONTACTS
MINISTRY OF FINANCE
Secretariat of Social Security Policies
Department of Occupational Safety and Health Policies
Telephones: +55 61 2021-5735/ 5778
E-mail: dpso@previdencia.gov.br

EUROPEAN UNION-BRAZIL SECTOR DIALOGUES SUPPORT FACILITY
PROJECT COORDINATION UNIT
Secretariat of Public Management
Ministry of Planning, Development and Management
Telephone: + 55 61 2020.4645/4168/4785
E-mail: dialogos.setoriais@planejamento.gov.br
www.sectordialogues.org



ÍNDICE

1. A atividade de prevenção no local de trabalho	08
1.1. Os protocolos de saúde do médico competente	12
1.2. O objeto da atividade de prevenção do médico competente	12
2. A verificação da doença comum e do acidente não profissional..	16
2.1. O conceito amplo de doença comum	17
2.2. A apresentação da certidão médica	18
2.3. O médico “de verificação”: os deveres e as listas especiais.....	19
2.4. As modalidades de apresentação da solicitação do serviço de controle do estado de saúde de seus subordinados com doença.....	21
2.5. A importância dos dados contidos na certidão médica telemática.....	23
2.6. Os resultados da atividade de controle e a divergência com o juízo expresso pelo “médico de família”	24
2.7. As faixas de localização do trabalhador	26
2.8. As visitas ambulatoriais nos centros INPS	27
2.9. As sanções disciplinares no caso de ausência da visita de controle..	27
2.10. A medida da contribuição de doença.....	28
2.11. O período máximo indenizável do reembolso de doença não profissional.....	29
3. A gestão dos acidentes e das doenças profissionais.....	31
3.1 A certidão médica em caso de acidente no trabalho	32
3.2 Os dados obrigatórios da certidão.....	33
3.3 O laudo que deve ser redigido em caso de acidente no trabalho.....	33
3.4 A certidão médica em caso de doença profissional.....	35
3.5 O laudo na doença profissional.....	36
3.6 A denúncia-notificação que deve ser realizada com base no artigo 139, D.P.R. nº 1124/65.....	36
4. A “função de saúde medicinal” do INAIL em caso de trabalhador acidentado no trabalho ou com enfermidade profissional	37
5. A “função da saúde reabilitadora” do INAIL em caso de trabalhador acidentado no trabalho ou com enfermidade profissional	39
5.1. As referências normativas	40
5.2. Os serviços de assistência de saúde reabilitadora que fazem parte dos Níveis essenciais de assistência (Lia)	42
5.3 O projeto reabilitador “específico”	48
5.4 Os serviços de assistência de saúde reabilitadora que fazem parte dos Níveis complementares de assistência (Lia)	49
6. A “função de saúde protética” do INAIL em caso de trabalhador acidentado no trabalho ou com enfermidade profissional	52
7. Documentação (anexos 1 e 2).....	54



1. A atividade de prevenção no local de trabalho

O ordenamento do trabalho italiano impõe à empresa, pública e privada, que adote um sistema de prevenção idôneo para evitar riscos para a saúde dos trabalhadores no local de trabalho. Este sistema de prevenção é estruturado em três diversas fases: a primeira, de avaliação dos possíveis riscos aos quais são expostos os trabalhadores; a segunda, na qual são identificados e eventualmente instalados os instrumentos de segurança indispensáveis e, enfim, a terceira, na qual os trabalhadores são “informados e formados” para uma correta utilização destes instrumentos.

Em particular, as atividades de prevenção compreendem a profilaxia dos eventos mórbidos e as medidas idôneas para eliminar os fatores de nocividade nos ambientes de vida e de trabalho, a fim de tutelar a salubridade ambiental e defender a saúde da população sob o aspecto de higiene e saúde (art. 2º, decreto legislativo de 9 de abril de 2008, nº 81). Os deveres de prevenção são de competência das Empresas de Saúde Locais (ASL), que organizam seus serviços de higiene ambiental e de medicina do trabalho e assumem as funções cumpridas no passado pela Corregedoria do Ministério do Trabalho.

Ao longo dos anos, a lei italiana estabeleceu regras sempre mais eficazes para prevenir os acidentes no trabalho e evitar, portanto, os riscos para a saúde dos trabalhadores. O sistema de regras (que hoje são resumidas no decreto legislativo de 9 de abril de 2008, nº 81 que substituiu o decreto legislativo precedente nº 626 de 1994) impõe ao empregador (e aos outros indivíduos) que elimine as fontes de perigo associadas ao desenvolvimento de uma específica atividade de trabalho dentro de um determinado contexto ambiental.

No quadro das regras sancionadas em matéria de tutela da integridade psicofísica do trabalhador, um papel fundamental é assumido pelo “médico competente”¹

1. É um médico especializado e inscrito nas listas nacionais, cujo dever é avaliar a segurança nos locais de trabalho. A nomeação do “médico competente” é obrigatória. Em particular, nos termos do art. 2, letra h, define-se «médico competente» “o médico em posse de um dos títulos e dos requisitos de formação e profissão que constam no artigo 38, que colabora, de acordo com o que é previsto no artigo 29, parágrafo 1, com o empregador, a fim da avaliação dos riscos e é nomeado pelo mesmo para efetuar a vigilância sanitária e para todos os outros deveres que constam no presente decreto”. Em matéria de títulos e requisitos do médico competente, o art. 38, do d.lgs. nº 81/2008 estabelece que para realizar as funções de médico competente é necessário possuir um dos seguintes títulos ou requisitos:

- a) especialização em medicina do trabalho ou em medicina preventiva dos trabalhadores e psicotécnica;
- b) docência em medicina do trabalho, em medicina preventiva dos trabalhadores e psicotécnica, em toxicologia industrial, em higiene industrial, em fisiologia e higiene do trabalho ou em clínica do trabalho;
- c) autorização que consta no artigo 55 do decreto legislativo de 15 de agosto de 1991, no 277;

(anteriormente denominado “médico de fábrica” e “médico do trabalho”). Trata-se de uma figura profissional que intervém diretamente na realização do serviço de prevenção e proteção, ao lado do empregador e do responsável pelo serviço.

Se no passado “o médico competente” limitava-se à avaliação físico-sanitária do trabalhador, agora, no entanto, está envolvido desde o início do processo de prevenção empresarial a partir do momento que:

- a. contribui para a elaboração, em colaboração com o empregador, do documento de avaliação dos riscos;
- b. melhora periodicamente o documento de avaliação, acrescentando a este sugestões e melhorias;
- c. realiza inspeções nos ambientes de trabalho;
- d. participa de maneira proativa da reunião sobre a segurança anunciada, uma vez por ano, nos termos do art. 35 do decreto legislativo de 9 de abril de 2008, nº 81.

Em suma, ao “médico competente” é devolvido o dever de garantir a vigilância sanitária (art. 41, decreto legislativo de 9 de abril de 2008, nº 81) que consiste na “avaliação da idoneidade específica do trabalhador para a atribuição” à qual este foi especificamente destinado.

A “avaliação” compreende apurações preventivas (ou seja, realizadas tanto no ato da admissão quanto no momento da modificação da atribuição) e periódicos (realizados em intervalos de tempo) e consistem em um exame clínico (consulta médica) e em investigações diagnósticas. Estas apurações são avaliadas com o objetivo de verificar a ausência de contraindicações para a atribuição de trabalho à qual o sujeito será destinado.

d) especialização em higiene e medicina preventiva ou em medicina legal.

No entanto, é expressamente previsto que os médicos em posse dos supracitados títulos sejam obrigados a frequentar cursos de formação universitários adequados que devem ser definidos com o pertinente decreto do Ministério da universidade e da pesquisa de acordo com o Ministério da saúde. Os indivíduos contemplados no período precedente, os quais, na data de entrada em vigor do presente decreto realizarem as atividades de médico competente ou demonstrarem ter realizado estas atividades por pelo menos um ano no período de três anos anteriores à entrada em vigor do presente decreto legislativo, estão habilitados para realizar as mesmas funções. Para isto são obrigados a apresentar na Região a certificação do empregador que comprove o cumprimento desta atividade. Ademais, para a realização das funções de médico competente também é necessário participar do programa de educação contínua em medicina, nos termos do decreto legislativo de 19 de junho de 1999, nº 229, e sucessivas modificações e complementações, a partir do programa trienal sucessivo à entrada em vigor do presente decreto legislativo. Os créditos previstos pelo programa trienal deverão ser obtidos em medida não inferior a 70 por cento do total na disciplina «medicina do trabalho e segurança dos ambientes de trabalho». Os médicos em posse dos títulos e dos requisitos são inscritos na relação dos médicos competentes instituídos no Ministério da saúde.



A vigilância sanitária é realizada:

- a.** nos casos previstos pelas normas vigentes, pelas diretrizes europeias e pelas indicações fornecidas pela Comissão de consulta que consta no artigo 6 do decreto legislativo de 9 de abril de 2008, n° 81;
- b.** caso o trabalhador faça sua solicitação e a mesma seja considerada pelo médico competente relacionada aos riscos de trabalho.

Esta compreende especificamente:

- a.** uma consulta médica preventiva destinada a constatar a ausência de contraindicações para o trabalho ao qual o trabalhador é destinado a fim de avaliar sua idoneidade para a atribuição específica;
- b.** uma consulta médica periódica² para verificar o estado de saúde dos trabalhadores e exprimir o juízo de idoneidade à atribuição específica. A periodicidade destas apurações, caso não prevista pela respectiva norma, é estabelecida, normalmente, em uma vez por ano. Esta periodicidade pode assumir frequência diversa, estabelecida pelo médico competente em função da avaliação do risco. O órgão de vigilância, com medida justificada, pode estabelecer conteúdos e periodicidade da vigilância sanitária diferentes em relação àqueles indicados pelo médico competente;
- c.** uma consulta médica a pedido do trabalhador, caso seja considerada pelo médico competente relacionada aos riscos profissionais ou às suas condições de saúde, suscetíveis de piora devido à atividade de trabalho realizada, a fim de exprimir o juízo de idoneidade à atribuição específica;
- d.** uma consulta médica na ocasião da modificação da atribuição a fim de verificar a idoneidade para a atribuição específica;
- e.** uma consulta médica para a cessação da relação de trabalho nos casos previstos pelo conjunto de normas vigente.

Deve-se recordar que as consultas médicas não podem ser realizadas:

- a.** em fase pré-admissional;
- b.** para averiguar estados de gravidez;
- c.** nos outros casos proibidos pelo decreto legislativo de 9 de abril de 2008, n° 81.

² Como já se adiantou, a consulta médica periódica, sob responsabilidade e expensas do empregador, compreende os exames clínicos e biológicos e investigações diagnósticas consideradas necessárias pelo médico competente.

O documento final é “o juízo de idoneidade” que indica ao empregador eventuais sugestões e/ou limitações a fim de evitar possíveis acidentes no trabalho ou doenças profissionais. Para cada trabalhador é instituída e, periodicamente atualizada, uma “pasta de saúde e de risco” onde estão anotadas as próprias condições psicofísicas, incluindo os resultados das averiguações acessórias, de laboratório e especializadas.

O médico competente, com base nos resultados das visitas de vigilância sanitária, exprime um dos seguintes juízos relativos à atribuição específica: a) de idoneidade;

- a.** de idoneidade parcial, temporária ou permanente, com prescrições ou limitações;
- b.** de inidoneidade temporária;
- c.** de inidoneidade permanente.

No caso de expressão do juízo de inidoneidade temporária devem ser especificados os limites temporais de validade. Sobre os juízos de idoneidade, o médico competente informa por escrito ao empregador e ao trabalhador. Contra os juízos do médico competente é admitido recurso, até trinta dias a partir da data de comunicação do mesmo juízo, para o órgão de vigilância territorialmente competente que estabelece, após outras averiguações eventuais, a confirmação, a modificação ou a revogação do mesmo juízo.

Enfim, a vigilância sanitária atribuída ao médico competente permite:

- a.** estabelecer com os trabalhadores uma relação direta fundamental;
- b.** recolher informações, completando os conhecimentos já adquiridos através do estudo dos ciclos de produção, as inspeções e as avaliações técnicas;
- c.** aprofundar os conhecimentos sobre a organização do trabalho realizando uma atividade de informação/formação;
- d.** evitar a manifestação clínica evidente de doenças, contendo, ao mesmo tempo o fenômeno do absentismo;
- e.** reforçar a aceitação dos trabalhadores para as escolhas empresariais;
- f.** garantir uma verificação médica da qual poderiam surgir patologias, não causadas pela atividade de trabalho, mas ainda não conhecidas ao trabalhador;
- g.** melhorar a imagem empresarial.



1.1. Os protocolos de saúde do médico competente

Entre as competências do médico competente é necessário advertir aquelas previstas pelo art. 25 do decreto legislativo de 9 de abril de 2008, nº 81, ou seja: “programar e realizar a vigilância sanitária através de protocolos de saúde definidos em função dos riscos específicos e levando em consideração as tendências científicas mais avançadas”.

Os protocolos de saúde em medicina do trabalho são linhas-guia necessárias para realizar a atividade da vigilância sanitária no local de trabalho. Os protocolos definem com base na função do empregado (portanto, no risco de trabalho), quais são as consultas médicas especializadas e os exames clínicos/acessórios aos quais o trabalhador deve ser submetido para obter a idoneidade para a atribuição específica. Nos protocolos sanitários é especificada também a periodicidade com a qual devem ser realizadas as verificações sanitárias.

Não obstante a periodicidade estabelecida pela lei, os protocolos sanitários podem sofrer variações com base no ciclo produtivo ou na revisão da avaliação do risco, nos resultados do monitoramento biológico ou, enfim, nas eventuais indicações que surgirem durante diálogos com os prepostos ou com os trabalhadores.

Entre os objetivos dos protocolos sanitários recordamos o de contribuir para a prevenção das doenças profissionais e prevenir os acidentes no trabalho, bem como o de permitir ao médico competente obter um juízo de idoneidade correto para a atribuição específica.

Ainda que existam linhas-guia, não existe um protocolo sanitário válido para todas as categorias profissionais. Apenas através de um atento conhecimento da empresa e do local de trabalho e, portanto, do adequado conhecimento do risco de trabalho específico, o médico competente pode definir detalhadamente os protocolos corrigidos.

1.2. O objeto da atividade de prevenção do médico competente

A vigilância sanitária é obrigatória quando estão presentes:

- a.** equipamentos munidos de vídeo terminais (art. 176 do decreto legislativo de 9 de abril de 2008, nº81);

- b.** agentes físicos (art. 185 do decreto legislativo de 9 de abril de 2008, nº 81);
- c.** riscos associados à exposição ao rumor (art. 196 do decreto legislativo de 9 de abril de 2008, nº 81);
- d.** riscos associados à exposição aos campos eletromagnéticos (art. 211 do decreto legislativo de 9 de abril de 2008, nº 81);
- e.** riscos associados à exposição a radiações ópticas artificiais (art. 218 do decreto legislativo de 9 de abril de 2008, nº 81);
- f.** riscos associados à exposição a substâncias perigosas (art. 229 do decreto legislativo de 9 de abril de 2008, nº 81).

Em caso de equipamentos munidos de terminais de vídeo, os trabalhadores são submetidos à vigilância sanitária contemplada no artigo 41 do decreto legislativo de 9 de abril de 2008, nº 81, com particular referência:

- a.** aos riscos para a vista e para os olhos;
- b.** aos riscos para o sistema musculoesquelético.

De modo geral, salvo casos particulares que exigem uma frequência diversa estabelecida pelo médico competente, a periodicidade das visitas de verificação é bienal para os trabalhadores classificados como idôneos com prescrições ou limitações e para os trabalhadores que tenham feito o quinquagésimo ano de idade; quinquenal nos outros casos. O empregador, às suas expensas, fornece aos trabalhadores os dispositivos especiais de correção visual, em função da atividade realizada quando o resultado das consultas evidenciar sua necessidade e não for possível utilizar os dispositivos normais de correção.

No caso de riscos associados à presença de agentes físicos, a vigilância sanitária é realizada de acordo com os princípios gerais contemplados no artigo 41 do decreto legislativo de 9 de abril de 2008, nº 81, e é realizada pelo médico competente com base nos resultados da avaliação do risco que lhe são transmitidos pelo empregador através do serviço de prevenção e proteção.

Caso a vigilância sanitária revele em um trabalhador uma alteração de apreço do estado de saúde relacionada aos riscos de trabalho o médico competente informa sobre isto ao trabalhador e, em cumprimento ao segredo profissional, ao empregador, que se ocupará de:



- a.** submeter à revisão a avaliação dos riscos;
- b.** submeter à revisão das medidas elaboradas para eliminar ou reduzir os riscos;
- c.** levar em consideração o parecer do médico competente no cumprimento das medidas necessárias para eliminar ou reduzir o risco.

No caso de riscos associados à exposição ao rumor que excede os valores superiores de ação, a vigilância é realizada periodicamente, normalmente uma vez ao ano ou com periodicidade diversa decidida pelo médico competente, com justificativa adequada informada no documento de avaliação dos riscos e informada aos representantes para a segurança de trabalhadores em função da avaliação do risco. O órgão de vigilância, com medida justificada, pode estabelecer conteúdos e periodicidade da vigilância sanitária diferentes em relação àqueles indicados pelo médico competente; A vigilância sanitária é estendida aos trabalhadores expostos a níveis superiores aos valores inferiores de ação, a seu pedido e caso o médico competente confirme sua oportunidade.

No caso de exposição aos campos eletromagnéticos, a vigilância sanitária é realizada periodicamente, normalmente uma vez por ano ou com periodicidade inferior decidida pelo médico competente com atenção especial aos trabalhadores particularmente sensíveis ao risco contemplado no artigo 183 do decreto legislativo de 9 de abril de 2008, nº 81, considerando os resultados da avaliação dos riscos transmitidos pelo empregador. O órgão de vigilância, com medida justificada, pode estabelecer conteúdos e periodicidade diferentes daquelas fornecidas pelo médico competente. São imediatamente submetidos a verificação médica os trabalhadores para os quais foi evidenciada uma exposição superior aos valores de ação contemplada no artigo 208, parágrafo 2, do decreto legislativo de 9 de abril de 2008, n.º 81 a menos que a avaliação realizada de acordo com o artigo 209, parágrafo 2, do decreto legislativo de 9 de abril de 2008, nº 81 demonstre que os valores limites de exposição não sejam superados e que podem ser excluídos riscos relativos à segurança.

A exposição a radiações óticas artificiais comporta a obrigação de observar periodicamente os trabalhadores, normalmente uma vez por ano ou com periodicidade inferior decidida pelo médico competente com atenção especial aos trabalhadores particularmente sensíveis ao risco, considerando os resultados da avaliação dos riscos transmitidos pelo empregador. A vigilância sanitária é efetuada com o objetivo de prever e descobrir imediatamente efeitos negativos para a saúde, bem como prevenir efeitos a longo prazo negativos para a saúde e riscos de doenças crônicas

derivadas pela exposição em radiações óticas. Considerando válida a observância do que é estabelecido pelo artigo 182 do decreto legislativo de 9 de abril de 2008, nº 81, são imediatamente submetidos a verificação médica os trabalhadores para os quais foi evidenciada uma exposição superior aos valores limites contemplados no artigo 215 do decreto legislativo de 9 de abril de 2008, nº 81. Caso os valores limites sejam superados, ou sejam identificados efeitos nocivos sobre a saúde:

- a.** o médico ou outra pessoa devidamente qualificada comunica ao trabalhador os resultados que lhe dizem respeito. O trabalhador recebe em particular as informações e os pareceres relativos à verificação sanitária à qual deveria submeter-se após o final da; exposição;
- b.** O empregador é informado sobre todos os dados significativos que surgirem na vigilância sanitária, levando em consideração o segredo profissional.

Enfim, são submetidos obrigatoriamente à vigilância sanitária os trabalhadores expostos aos agentes químicos perigosos para a saúde que correspondem aos critérios para a classificação como muito tóxicos, tóxicos, nocivos, sensibilizantes, corrosivos, irritantes, tóxicos para o ciclo reprodutivo, cancerígenos e mutagênicos. Neste caso, a vigilância sanitária é efetuada:

- a.** antes de destinar o trabalhador à atribuição que implica a exposição;
- b.** periodicamente, normalmente uma vez ao ano ou com periodicidade diversa decidida pelo médico competente, com adequada justificativa informada no documento de avaliação dos riscos e informada aos representantes para a segurança de trabalhadores em função da avaliação do risco e dos resultados da vigilância sanitária;
- c.** no ato da cessação da relação de trabalho. Nesta ocasião o médico competente deve fornecer ao trabalhador as eventuais indicações relativas às prescrições médicas que devem ser observadas.

A monitoração biológica é obrigatória para os trabalhadores expostos aos agentes para os quais foi estabelecido um valor limite biológico. O trabalhador interessado é informado sobre os resultados desta monitoração. Os resultados desta monitoração, de forma anônima, são anexados ao documento de avaliação dos riscos e comunicados aos representantes da segurança aos trabalhadores. As apurações sanitárias devem ser de baixo risco para o trabalhador. O empregador, com parecer de conformidade do médico competente, adota medidas preventivas e



protetivas particulares para cada trabalhador com base nos resultados dos exames clínicos e biológicos realizados. As medidas podem compreender o afastamento do trabalhador segundo os procedimentos do artigo 42, do decreto legislativo de 9 de abril de 2008, nº 81. Se no ato da vigilância sanitária for evidenciado, em um trabalhador ou em um grupo de trabalhadores expostos de maneira análoga a um mesmo agente, a existência de efeitos prejudiciais para a saúde imputáveis a esta exposição ou à superação de um valor limite biológico, o médico competente informa individualmente aos trabalhadores interessados e ao empregador. Nestes casos, o empregador deve:

- a. submeter à revisão a avaliação dos riscos efetuadas de acordo com o artigo 223 do decreto legislativo de 9 de abril de 2008, nº 81;
- b. submeter à revisão as medidas elaboradas para eliminar ou reduzir estes riscos;
- c. levar em consideração o parecer do médico competente no cumprimento das medidas necessárias para eliminar ou reduzir o risco;
- d. tomar as medidas para que seja realizada uma consulta médica extraordinária para todos os outros trabalhadores que sofreram uma exposição semelhante.

O órgão de vigilância, com medida justificada, pode estabelecer conteúdos e periodicidade da vigilância sanitária diferentes em relação àqueles indicados pelo médico competente.

2. A averiguação da doença comum e do acidente não profissional

No direito do trabalho italiano a doença comum e o acidente não profissional apresentam-se toda vez que o trabalhador constar ter sofrido um estado de doença que o torne efetivamente inapto a realizar suas atribuições. A noção de doença inclui não apenas o estado de doença em sentido restrito, mas compreende também os períodos necessários para a recuperação e aqueles necessários para a realização de eventuais tratamentos e terapias que impedem a execução da prestação de serviço.

O efeito principal da doença comum não profissional é suspender a prestação de trabalho, sem que o empregador possa solicitar o descumprimento da obrigação de trabalho por parte do trabalhador: portanto, o empregador não pode desistir

da relação e o próprio trabalhador mantém o direito a receber uma indenização proporcional à remuneração.

A tutela do trabalhador doente apresenta duas diretrizes:

- a. a continuidade do pagamento da remuneração (ou de indenizações equivalentes),
- b. a manutenção do posto de trabalho (até um período máximo).

Em particular, o art. 2110 do código civil italiano prevê que em caso de acidente, doença, gravidez ou puerpério, caso a lei não estabeleça formas equivalentes de previdência ou assistência, é devida ao trabalhador a remuneração ou uma indenização para o período previsto pelas leis especiais, pelos usos ou segundo a justiça; o empregador pode desistir da relação apenas após o decorrer do período (denominado prazo de tolerância) previsto pela lei, pelos usos ou calculado segundo a justiça (art. 2118 c.c.)³.

2.1. O conceito amplo de doença comum

Fazem parte da noção de doença diversos eventos que a rigor se diferenciam do conceito de doença em sentido restrito, mas que de qualquer maneira são reconduzidas à noção de doença comum (ou genérica) visto que tornam impossível o exercício da prestação de trabalho. O conceito de doença apresenta-se particularmente amplo no direito do trabalho italiano. São associadas à doença comum alguns eventos:

- as recuperações diárias em locais de tratamento (circular INPS 25.7.2003, nº 136);
- as recuperações para doações de órgãos, para todo o período de internação e convalescência (circular INPS, 7.10.1996, nº 192);
- as intervenções de cirurgia estética, caso sejam consideradas necessárias para remover erros funcionais relacionados a um defeito estético; no entanto, são excluídos da noção de doença as intervenções sem especificações e

3. Especificamente, os trabalhadores subordinados aos quais compete a indenização de doença às expensas do INPS são os seguintes:

a) os operários do setor da indústria; b) os operários e empregados do setor terciário e de serviços; c) os trabalhadores da agricultura; d) os aprendizes; e) os trabalhadores desempregados; f) os trabalhadores suspensos do trabalho; g) os trabalhadores do espetáculo; h) os trabalhadores marítimos; i) os trabalhadores inscritos na gestão separada contemplada no art. 2 parágrafo 26. lei 335/95.

A indenização de doença não compete:

a) aos colaboradores familiares (empregadas e babás); b) aos empregados da indústria; c) aos quadros (indústria e artesanato); d) aos diretores; e) aos porteiros; f) aos trabalhadores autônomos.





exigências terapêuticas direcionadas;

- os tratamentos de fisioterapia, mas apenas caso resultem funcionais à superação de específicas patologias;
- os tratamentos termais (art. 16, lei de 30.12.1991, nº 412), para a terapia ou a reabilitação de estados patológicos em relação aos quais for considerado necessário o tratamento termal⁴.

O trabalhador, ausente do trabalho por doença, tem direito à conservação do posto de trabalho e ao salário adequado pelos períodos estabelecidos pela lei e pelos contratos coletivos de trabalho.

2.2. A apresentação da certidão médica

Para poder aproveitar da continuidade do pagamento da remuneração e a manutenção do posto de trabalho, o trabalhador com doença deve apresentar a certidão médica adequada, bem como se submeter às inspeções médicas.

A certidão médica de doença tem o objetivo de garantir o direito do funcionário doente a não prestar o serviço de trabalho apresentada no contrato de trabalho por toda a duração prevista do evento da doença e receber, nas medidas estabelecidas pela lei e pelos acordos coletivos, o respectivo salário. A certidão tem a função, portanto de justificar a ausência em relação ao empregador (ver Cassação Civil 22.8.2007, nº 17898) e, através da indicação do endereço do trabalhador, também a de permitir a realização das consultas de verificação por parte dos médicos inscritos nas devidas relações do Instituto Nacional de Previdência Social (INPS) e das Empresas de Saúde Locais (ASL). Disto resulta que as ausências não justificadas não estarão cobertas pelo reembolso econômico de doença e que poderão dar lugar a medidas disciplinares por parte do empregador, até a demissão.

Ainda que normalmente a certidão seja emitida pelo médico “responsável pelo tratamento”⁵ (denominado também “médico de família”), esta possibilidade é

4. As prestações de serviço hidrotermais podem ser utilizadas pelos trabalhadores fora das licenças ordinárias e das férias anuais, exclusivamente para a terapia ou a reabilitação relativas a afecções ou estados patológicos para cuja resolução seja julgado determinante, também em associação com outros meios de tratamento, um oportuno tratamento termal justificadamente previsto por um médico especialista da ASL, ou seja, em relação aos trabalhadores que iniciaram os tratamentos por parte do INAIL, pelos médicos do supracitado Instituto (Cass. 2.1.2001, nº 14). A relação das patologias que dão direito à utilização dos tratamentos termais e à indenização de doença a expensas do INPS é estabelecida pelo D.M. 22.3.2001.

5. O médico “responsável pelo tratamento” é, na Itália, um médico que, no âmbito do Serviço de Saúde Nacional, presta o primeiro nível de assistência de saúde no território, tratando “os indivíduos” no âmbito da sua família, da sua comunidade e cultura, respeitando sempre a autonomia de seus pacientes. Esta figura foi introduzida na Itália com a lei de 23 de

reconhecida também a médicos diversos, aos quais o trabalhador tenha se dirigido por motivos de urgência ou, de qualquer maneira, por exigência relacionadas às especificidades da patologia sofrida, assim como no caso das certidões emitidas no ato da demissão ou estruturas de pronto socorro (circular INPS, 13.5.1996, nº 99 e 25.7.2003, nº 136; mensagem INPS, 7.11.2003, nº 968).

Nos casos de doença comum e de acidente não profissional, o médico responsável pelo tratamento, transmite ao INPS a certidão de diagnóstico sobre o início e a provável duração da doença, por via telemática online, segundo as especificações técnicas e as modalidades de procedimento determinadas pelo INPS.

Salvas pelas eventuais obrigações de comunicação imediata e preventiva por meio de telefone (ou outro meio: exemplo e-mail) estabelecidos pelo contrato coletivo ou regulamento empresarial, e sem considerar que a doença dure até 3 dias ou mais (circular INPS, 6.9.2006, nº 95 bis), a certidão médica deve ser enviada ao empregador, até 2 dias a partir da emissão, sob responsabilidade do trabalhador por meio de carta registrada com aviso de recebimento (art. 2, D.L. 30.12.1979, nº 663, convertido em lei de 29.2.1980, nº 33, conforme modificado pelo art. 1, par. 149, lei nº 311/2004). O Garante para a proteção dos dados pessoais, com deliberação de 19.11.2009, adotou as linhas-guia em matéria de laudos online.

2.3. O médico “de verificação”: os deveres e as listas especiais

Visto que o trabalhador ausente por doença mantém o direito ao posto de trabalho e ao reembolso econômico, o INPS e o empregador têm direito de averiguar a efetividade do estado de doença.

Excetuam-se os casos de ausência do trabalho por acidente ou por doenças profissionais para as quais não devem ser realizadas as verificações.

São explicitamente proibidas as averiguações sanitárias realizadas diretamente por parte do empregador: a verificação pode ser realizada apenas através dos serviços de inspeção dos institutos de previdência, os quais são obrigados a realizá-la quando o empregador exigir (art. 5, lei de 20.5.1970, nº 300), através dos médicos

dezembro de 1978 nº 833, no âmbito da instituição do Serviço de Saúde Nacional Italiano. Em particular, pode ser definido como o médico de confiança de cada indivíduo, responsável pela distribuição de tratamentos integrados e continuados, independentemente de sexo, idade e do tipo de patologia.





dos serviços de saúde indicados pelas regiões (art. 2, D.L. 30.12.1979, nº 663, convertido em lei de 29.2.1980, nº 33) ou recorrendo ao pessoal médico inscrito nas listas especiais mantidas pelo INPS (art. 5, D.L. 12.9.1983, nº 463, convertido em lei de 11.11.1983, nº 638).

O art. 5, lei nº 638/83 autoriza o INPS a instituir em suas sedes de província, para a realização das visitas fiscais, listas especiais formadas por médicos em relação de emprego com administrações públicas e por médicos autônomos aos quais podem recorrer às instituições previdenciárias e os empregadores. O art. 5 da lei 638/83 estabelece no parágrafo 12. Para fins das verificações sobre o estado de saúde dos trabalhadores, as convenções entre as Empresas de Saúde Locais (A.S.L.) e o INPS, já previstas pela lei de 1981, foram estipuladas com base em um esquema-tipo emanado pelo Ministério da saúde com D.M. de 26 de fevereiro de 1984, modificado com sucessivo D.M. de 8 de janeiro de 1985. De específico interesse médico, é o art. 4 "As visitas de verificação domiciliares são realizadas no mesmo dia da solicitação, nos termos do art. 5, décimo parágrafo do D.L. 12.9.1983, nº 463, convertido, com modificações na lei 11/11/83, nº 638".

O médico de verificação está munido, sob responsabilidade da A.S.L., de adequado documento de identificação. O médico que realiza a verificação do estado de doença do trabalhador confirma ou não a existência de uma doença que produz incapacidade ao trabalho. Caso considere a doença extinta, o médico de verificação solicita que o trabalhador retome o trabalho no primeiro dia útil. O médico de verificação, caso modifique o prognóstico, deve dar justificativa adequada. Caso o trabalhador não seja encontrado em seu domicílio, o médico deixa o convite para exame de verificação ambulatorial para o dia útil seguinte. Caso o trabalhador não aceite o resultado do exame de verificação, deve rejeitá-lo, durante a sessão do médico, que se encarregará de anotá-lo no laudo. Neste caso o juízo definitivo compete ao chefe do serviço médico legal da A.S.L."

As modalidades para a disciplina e a realização das verificações são estabelecidas pelo D.M. de 15 de julho de 1986 que, em suma, reitera quais sejam as figuras que podem solicitar exames de verificação, a instituição das listas junto ao INPS, os requisitos para a inscrição e a incompatibilidade, os prazos de realização do exame, as faixas de localização do trabalhador, a atribuição do médico que deve ser cumprida, tanto no caso de presença quanto de ausência do trabalhador, os pagamentos e as eventuais sanções aos médicos.

Para a formação das listas, o INPS e a Federação Nacional dos Médicos Cirúrgicos e Odontólogos estabeleceram realizar a constituição em qualquer província de uma Comissão composta por um diretor e por um médico da sede de província do Instituto e por um representante da ordem dos médicos.

As listas são articuladas para cada âmbito territorial, que devem ser definidas em sede provincial, sob forma de lista-classificação são constituídas colocando, segundo a ordem de antiguidade de graduação (e de acordo com esta, segundo a maior antiguidade de registro de dados), prioritariamente os médicos que não têm nenhuma relação de trabalho estabelecido de acordo com o art. 48 L. 833/78 com o SSN e, portanto, os médicos em relação de trabalho subordinado.

As instruções dadas pelo INPS às sedes periféricas, com a circular nº 627 de 1986, de acordo com a Federação Nacional dos Médicos Cirúrgicos e Odontólogos, preveem limite máximo, para cada médico, de três exames diários, em absoluta observância da classificação.

O médico encarregado do exame tem direito a uma remuneração variável desde que o exame caia em um dia da semana ou feriado e que o trabalhador tenha sido encontrado ou não. O empregador e as instituições previdenciárias solicitantes devem reembolsar ao INPS, para cada exame solicitado, os pagamentos destinados aos médicos, aumentados de um valor fixo para despesas de administração (art. 11, D.M. 15.7.1986).

A inscrição dos médicos nas listas exclui a constituição de uma relação de dependência com o INPS.

O médico que, sem motivo justificado, não realizar um exame de verificação, não o realizar nos termos prefixados ou não cumprir com outras obrigações assumidas é formalmente requerido pelo INPS e cancelado da lista onde estes descumprimentos sejam reiterados (art. 9, D.M. de 15.7.1986).

2.4. As modalidades de apresentação da solicitação do serviço de controle do estado de saúde de seus subordinados com doença

Nos termos do art. 38, parágrafo 5, da lei de 30 de julho de 2010, nº 122, o serviço de solicitação, em modalidade telemática, dos exames médicos de verificação domiciliar



e/ou ambulatorial, diz respeito a todos os empregadores, tanto públicos quanto privados, incluindo aqueles cujos subordinados não são obrigados ao pagamento da contribuição de financiamento do reembolso econômico de doença ao Instituto⁶.

O procedimento de solicitação de exame médico de verificação é composto de outras fases que permitem um diálogo interativo com o usuário que:

- comunica ao INPS os dados relativos à solicitação, em modalidade guiada pelo sistema informático;
- pré-configura os dados caso já disponíveis (os dados pessoais do empregador, para as empresas inscritas no INPS e do trabalhador, se presente no Arquivo de dados pessoais único);
- constrói e completa dinamicamente as informações (por ex. seleção do município no âmbito da província);
- endereça o usuário com perguntas específicas (por ex. “O trabalhador tem direito ao reembolso de doença a expensas do INPS?”);
- assinala os dados obrigatórios;
- submete os dados fornecidos a uma imediata verificação formal;
- utiliza uma formulação de mensagens pontual para indicar as informações incongruentes;
- encaminha a solicitação de exame médico de verificação;
- obtém em resposta um recibo, que também pode imprimir, com a assinatura de protocolo em entrada atribuída pelo sistema INPS;
- visualiza o resultado do exame após a sua realização.

Na circular INPS nº 118 de 2011 está previsto também que a partir de 1º de outubro de 2011, todas as solicitações de exame médico de verificação deverão ser encaminhadas através do canal telemático⁷.

6. Com mensagem INPS nº 4344 de 12 de março de 2012 foi especificado que a modalidade de solicitação de exames médicos de verificação é oferecida aos empregadores em observância ao conjunto de normas já existente que reconhece ao INPS a titularidade à realização dos exames médico legais aos trabalhadores ausentes por doença, mesmo no caso de indivíduos não obrigados ao pagamento da respectiva contribuição ao Instituto.

7. Na primeira fase de realização do processo telematizado foi concedido, de qualquer maneira, um período transitório, até 30 de novembro de 2011, durante o qual as solicitações de exame médico de verificação enviados através dos canais tradicionais eram consideradas validamente apresentadas, para fins dos efeitos jurídicos previstos pelo conjunto de normas nesta matéria. No término do período transitório, o canal telemático tornou-se exclusivo.

2.5. A importância dos dados contidos na certidão médica telemática.

Para permitir a verificação médica legal domiciliar, é de fundamental importância que o trabalhador verifique, com a máxima atenção e precisão, a inserção na certidão telemática, por obra do “médico responsável pelo tratamento”, dos dados informados no endereço para a localização. De fato, a responsabilidade sobre a exatidão das informações informadas recai unicamente sobre o trabalhador que tem o direito e o encargo de verificar os supracitados dados no momento da inserção por parte do médico ou sucessivamente, visualizando a cópia impressa do próprio certificado.

Diversas estruturas territoriais do INPS informam enfim como, no momento atual, chegam solicitações de exames médicos domiciliares por parte dos empregadores mediante a utilização do fax. Se o decreto lei nº 78 de 2010, previu que o INPS tem faculdade de definir “termos e modalidades para a utilização exclusiva dos próprios canais telemáticos também para a utilização dos serviços prestados”: na mensagem INPS de 12 de março de 2011 especifica-se que os pedidos de exames médicos de verificação, que chegam via fax podem ser atendidos apenas em eventuais possíveis casos de interrupção do serviço telemático conexos a problemas de tipo técnico.

A solicitação é comunicada imediatamente pelo INPS ao médico de verificação, que deve realizar o exame no mesmo dia se a comunicação foi efetuada antes do meio dia, não após o dia seguinte nos outros casos (art. 3, D.M. 15.7.1986).

Como já se adiantou, no ato da solicitação de exame de verificação, os empregadores devem indicar: a) caso se trate de trabalhador que tenha ou não direito ao reembolso econômico de doença; b) para o trabalhador que tenha ou não direito ao reembolso a expensas do INPS, em caso de falta ao exame de verificação domiciliar, se for exigida a realização do exame ambulatorial e/ou a análise de eventuais justificativas de caráter sanitário adotadas para embasar a ausência.

O INPS deve comunicar imediatamente aos empregadores o resultado das verificações, seja para conhecimento da data de retorno do trabalhador seja para a eventual imposição de sanções disciplinares por ausência não justificada (mensagem INPS 26.6.2009, nº 14449).



2.6. Os resultados da atividade de controle e a divergência com o juízo expresso pelo “médico responsável pelo tratamento”

A natureza pública da atividade de verificação médico-legal do trabalhador com doença diz respeito não apenas à certificação da própria verificação, mas também à comprovação de sua eventual não execução e das respectivas razões: a eficácia comprobatória privilegiada atribuída ao ato público, de acordo com o art. 2700 c.c., é relativa aos fatos que o médico comprova que ocorreram em sua presença ou que foram realizados por ele, mas não aos fatos não adquiridos positivamente e às avaliações subjetivas (Cass. 24.1.1992, nº 773).

As avaliações do médico responsável pelo tratamento sobre a duração da doença cedem perante as averiguações realizadas pelo médico de verificação que considerou o trabalhador adequado para a retomada do trabalho (Tribunal de Recurso em L'Aquila 26.9.2002). Portanto, se o médico de verificação considerar terminada a doença e estabelecer o retorno ao serviço, a recusa do trabalhador configura ausência não justificada e legítima a demissão por justa causa (Cassação Civil, vara do trabalho, 1.2.1999, nº 844).

Se o médico de verificação encontrar o trabalhador em sua residência e o resultado da visita de verificação confirmar o estado de doença e a duração originalmente prevista pelo médico responsável pelo tratamento, a ausência do trabalho é plenamente justificada e prossegue até a devida recuperação ou ao sucessivo exame de verificação. Uma cópia do laudo é emitida ao trabalhador, outras três são transmitidas pelo médico ao INPS (art. 6, D.M. 15.7.1986) até o dia seguinte. O INPS, ao adquirir o laudo, comunica dentro de 24 horas ao empregador ou às instituições previdenciárias que solicitarem os resultados da averiguação sobre a capacidade ou incapacidade para o trabalho do interessado.

Se o assegurado, não presente em seu domicílio, chegar quando o médico de exame ainda não tiver ido embora, o exame deve ser realizado apenas se o assegurado solicitar e se for possível; caso contrário, o médico deve justificar as razões pelas quais não realizou o exame de verificação. O motivo da ausência deve ser comunicado em ata; o trabalhador deve ser informado que, de qualquer maneira, pode sofrer sanção administrativa, e para evitá-la, deverá apresentar adequada declaração/certidão justificativa ao Centro médico-legal INPS (mensagem INPS, 5.7.2005, nº 24841). Em

outros termos, a chegada do trabalhador que solicita que seja examinado enquanto o médico está se afastando não repara a ausência (Cassação Civil, vara do trabalho, 11.3.1996, nº 1956)⁸.

O justificado motivo de isenção do trabalhador da obrigação de localização para exame domiciliar não se identifica com o conceito de força maior (impedimento absoluto devido à causa inevitável), mas ocorre na presença de um razoável impedimento ou de uma séria e válida razão, socialmente apreciável (Cassação Civil, vara do trabalho, 23.2.2001, nº 2624). O ônus da prova recai, obviamente, sobre o trabalhador (Cassação Civil, vara do trabalho, 6.4.2006, nº 8012). Não constitui fato notório e, portanto, deve ser expressamente provado, o fato que a abertura do escritório do médico caia em total sobreposição temporal com as faixas de horário de verificação (Cassação Civil, vara do trabalho, 13.12.2005, nº 27429). Não é absolutamente justificada a ausência motivada do desejo de acompanhar a mulher, sem carteira de habilitação, para fazer compras (Cassação Civil, vara do trabalho, 3.8.1995, nº 8508). Foi considerada lícita a ausência para aplicar uma injeção desde que se demonstre que tanto a não prorrogação do tratamento terapêutico quanto às modalidades pré-escolhidas fossem indispensáveis ou apenas adequadamente praticáveis (Cassação Civil, vara do trabalho, 12.12.1997, nº 12575).

A ausência do trabalhador de seu domicílio, justificada com a contemporânea presença no escritório do médico responsável pelo tratamento não vale como justificativa automática: também neste caso, excluída a força maior, o trabalhador deve provar a necessidade da visita e a sua impossibilidade de prorrogar (Cassação Civil, vara do trabalho, 23.12.1999, nº 14503). O fato de se dirigir ao próprio médico para a medida da pressão arterial necessita da prova da urgência (Cassação Civil, vara do trabalho, 2.3.2004, nº 4247). Se o médico recebe apenas no período das faixas de verificação, é lícita a ausência justificada pela visita destinada a averiguar a devida recuperação e, portanto, a retomada da atividade de trabalho (Cassação Civil, vara do trabalho, 29.11.2002, nº 16996), sobretudo caso o exame ocorra na tarde do último dia de doença (Cassação Civil, vara do trabalho, 26.5.1999, n.

8. A hipoacusia do doente ou o não funcionamento do interfone obrigam adotar aquelas precauções práticas que tornem possível o exame, na falta o trabalhador responde por descuido e negligência (Cassação Civil, vara do trabalho, 14.9.1993, n. 9523). A não indicação do nome da trabalhadora no interfone, juntamente com o do marido, configura conduta negligente (Cassação Civil, seção do trabalho, 25.3.2002, nº 4233; Tribunal de Recurso de Roma 29.8.2006). Não constitui válida justificativa alegar um estado de sono provocado por remédios sem que o trabalhador demonstre nem ter passado a noite sem dormir, nem a administração de remédios que induzem um sono tão profundo de modo a impedir de advertir o som da campainha (Tribunal de Recurso em L'Aquila, 28.2.2002). Não ter ouvido a campainha ou o interfone por se encontrar no chuveiro não constitui motivo justificado de ausência (Cassação Civil, vara do trabalho, 14.5.1997, nº 4216).



5150). Em geral, a absoluta impossibilidade de observar outros horários é melhor que seja acompanhada por razões de reforço como verificações urgentes, piora, etc. (Cassação Civil, vara do trabalho, 16.4.1994, nº 3639). Justificada é a ausência (sempre que ocorram novamente motivações válidas) caso o horário de recebimento do médico impeça ao trabalhador que retorne para casa justamente quando der a hora de início da localização (Cassação Civil, vara do trabalho, 17.12.1993, nº 12465). A mera solicitação de receitas para a aquisição de remédios não justifica a ausência (Cassação Civil, vara do trabalho, 12.1.1994, nº 266). A ausência é justificada quando, no entanto, a presença contemporânea no escritório do médico responsável pelo tratamento se deva à necessidade de averiguações urgentes ou ao novo agravamento de afecções mórbidas (Tribunal de Milão, 9.2.1996).

Mesmo que a necessidade de se submeter a exames médicos e especializados que não tenham natureza de urgência e improrrogabilidade pressupõe o teste (às expensas do trabalhador) sobre a impossibilidade de utilizar horários alternativos (Cassação Civil, vara do trabalho, 20.2.2007, n. 3921; 9.3.1995, nº 2756 e 21.10.1992, n. 11488). Justifica a ausência mediante prova de se submeter a tratamentos dentários destinados a aliviar uma forte dor (Cassação Civil, vara do trabalho, 10.12.1998, nº 12458).

2.7. As faixas de localização do trabalhador

Todos os subordinados das empresas privadas são obrigados a cumprir um horário de localização para o exame médico de verificação:

- das 10 horas às 12 da manhã;
- das 17 horas às 19 horas da noite.

Os subordinados públicos são obrigados a cumprir um horário diverso de localização para o exame médico de verificação:

- das 9 horas da manhã às 13 horas;
- das 15 horas às 18 horas da noite.

Estão, no entanto, excluídos da obrigação de localização nas faixas de horários os casos de ausência por doença que dizem respeito a:

- as patologias graves que exigem terapia salva-vidas
- os acidentes no trabalho

- as doenças para as quais foi reconhecida a causa de serviço
- os estados patológicos implícitos ou relacionados à situação de invalidez reconhecida.

2.8. As visitas ambulatoriais nos Centros INPS

Os exames ambulatoriais são normalmente realizados nos Centros médico-legais, sedes do INPS:

- a) quando o assegurado contesta o resultado do exame de verificação domiciliar, e desde que manifeste imediatamente sua desaprovação (circular INPS, 5.1.1995, nº 7);
- b) em todos os casos de ausência do trabalhador ao exame de verificação domiciliar (art. 9, D.M. 18.4.1996; circular INPS, 1.8.1996, nº 159 e circular INPS, 14.5.1997, nº 111);
- c) em caso de necessidade de verificações sanitárias e/ou administrativas particulares (art. 10, D.M. 12.10.2000; circular INPS, 8.1.2001, nº 4);
- d) nos casos em que seja promovida a ação de sub-rogação por responsabilidade de terceiros.

Com o objetivo de gerir esta tipologia de averiguações, o INPS estabeleceu um procedimento intranet informatizado adequado (circular INPS, 10.5.2005, nº 65).

2.9. As sanções disciplinares no caso de ausência da visita de controle

A violação por parte do trabalhador da obrigação de disponibilizar-se para o cumprimento do exame domiciliar de verificação dentro das faixas horárias previstas assume relevância por si só, sem levar em consideração a presença ou não do estado de doença e pode também constituir justa causa de demissão (Cassação Civil, vara do trabalho, 11.2.2008, nº 3226), sobretudo caso a conduta do trabalhador entre em conflito de fato com a boa fé e exatidão para as modalidades concretas de subtração à verificação (Cassação Civil, vara do trabalho, 20.3.2007, nº 6618). A recorrência das faltas ao domicílio na ocasião de diversos episódios de doença pode justificar a demissão caso seja provada (pelo empregador) uma intenção ambígua em relação ao verificado, algo que não ocorre em caso de doença de tipo psíquico,



onde incidem amnésias e distúrbios comportamentais, regularmente confirmados durante verificações ambulatoriais (Cassação Civil, vara do trabalho, 17.8.2001, nº 11153). A aplicação das sanções disciplinares deve, no entanto, estar subordinada ao procedimento de contestação contemplado no art. 7, lei 300/1970.

O comportamento do trabalhador ausente por doença deve ser configurado em observância aos princípios de honestidade (art. 1175 c.c.) e da boa-fé (art. 1375 c.c.) bem como aqueles de diligência (art. 2104 c.c.) e fidelidade (art. 2105 c.c.). Se violar estas regras, está sujeito à ação disciplinar por parte do empregador (art. 2106 c.c.).

A avaliação da idoneidade da conduta do trabalhador para lesionar a relação fiduciária, tornando legítima, portanto, a sanção, incluindo demissão disciplinar, deve ocorrer com avaliação ex ante, ou em relação à patologia lamentada e às tarefas realizadas (Cassação Civil, vara do trabalho, 1.7.2005, nº 14046; Cassação Civil, vara do trabalho, 5.11.2009, nº 23444): disto deriva que a realização de outra atividade de trabalho do empregado doente pode determinar justa causa de demissão, e também na hipótese em que a atividade seja por si só suficiente para fazer com que se presuma a inexistência da doença, mesmo quando a própria atividade possa prejudicar ou atrasar a recuperação e com essa o retorno do trabalhador ao serviço (Cassação Civil, vara do trabalho, 24.4.2008, nº 10706). Para fins da potencialidade do prejuízo, é irrelevante a imediata retomada do trabalho, não importando tampouco se a atividade foi prestada a título gratuito ou oneroso (Cass. 15.12.2000, nº 15827).

A prestação de atividades junto a terceiros com a realização das mesmas tarefas é por si só adequada a comprometer ou, de qualquer maneira atrasar a recuperação, legitimando a demissão do funcionário (Tribunal de Roma 31.5.1999). Contrariamente, o estado de doença é compatível com o exercício de outras atividades de trabalho e que não sejam de trabalho, quando não prejudicarem a recuperação ou sua tempestividade: amadoras, de hobby e até mesmo esportivas (Cassação Civil, vara do trabalho, 27.2.2008, nº 5106).

2.10 A medida da contribuição de doença

A norma de referência para o setor privado é o art. 31, parágrafo 5, da lei nº 41 de 28 de fevereiro de 1986. As alíquotas de contribuição, que devem ser calculadas sobre a remuneração imponible, são estabelecidas em medida diferenciada para os diversos setores de enquadramento (ver circular INPS de 9 de fevereiro de 1999, nº. 23):

- 2,22% indústria, artesanato, pessoal marítimo navegante, pessoal do ar, , os trabalhadores do espetáculo;
- 2,44% comércio e terciário, serviços de culto;
- 2,55% crédito, seguro e serviços tributários contratados;
- 2,22% transportes públicos;
- 0,683% agricultura operários.

2.11. O período máximo indenizável do reembolso de doença não profissional

O ordenamento italiano sanciona um período máximo dentro do qual o trabalhador pode utilizar o reembolso de doença: isso não significa que ao superar este período o trabalhador possa ser demitido pelo empregador. Em linhas gerais, uma vez cessado o fornecimento do reembolso de doença, os contratos coletivos estabelecem um novo período (de seis a nove meses) não coberto pelo reembolso apenas a fim de permitir ao trabalhador o restabelecimento das energias psicofísicas e evitar a possível demissão.

Em relação ao período máximo de função do reembolso de doença, é necessário distinguir as diversas categorias de trabalhadores:

- a) para os operários do setor da indústria, para os operários e empregados do setor terciário e serviços com relação de trabalho em vigor:
 - por tempo indeterminado: o reembolso de doença diz respeito a todos os dias cobertos por certificação adequada e por um máximo de 180 dias no ano solar;
 - por tempo determinado: o reembolso de doença compete, para todos os dias cobertos por certificação idônea, a um número máximo de dias equivalentes àqueles trabalhados nos 12 meses imediatamente anteriores ao início da doença por um mínimo de 30 dias a um máximo de 180 dias no ano solar. O direito cessa concomitantemente à cessação da relação de trabalho ainda que ocorrida antes do término do contrato. O empregador não pode pagar o reembolso por um número de dias superior àqueles efetuados pelo trabalhador sob sua dependência; os dias restantes são indenizados diretamente pelo INPS.



b) para os trabalhadores da agricultura:

- por tempo indeterminado: o reembolso de doença diz respeito a todos os dias cobertos por Certificado adequado e por um máximo de 180 dias no ano solar, desde que tenham efetivamente iniciado a atividade de trabalho;
- por tempo determinado: o reembolso de doença diz respeito a todos os dias cobertos por certificação adequada desde que o trabalhador possa fazer valer ao menos 51 dias de trabalho em agricultura prestado no ano precedente (pode ser considerada útil a atividade realizada no mesmo setor agrícola, ainda que por tempo indeterminado). Em alternativa, 51 dias de trabalho em agricultura efetuados no ano em andamento e antes do início da doença. O período indenizável por doença é equivalente ao número de dias de inscrição nas listas e até um máximo de 180 dias no ano solar.

c) para os aprendizes: o reembolso de doença compete para todos os dias cobertos por certificação adequada e para um máximo de 180 dias no ano solar;

d) para os trabalhadores desempregados: o reembolso diz respeito a todos os dias cobertos por certificação adequada e para um máximo de 180 dias no ano solar, desde que a doença inicie até 60 dias ou 2 meses a partir da cessação da relação de trabalho por tempo indeterminado;

e) para os trabalhadores suspensos: o reembolso de doença diz respeito a todos os dias cobertos por certificação adequada e por um máximo de 180 dias no ano solar, desde que a doença inicie até 60 dias ou 2 meses a partir do início da suspensão;

f) para os trabalhadores inscritos na Gestão separada, diz respeito aos casos em que o trabalhador não seja titular de pensão e não esteja inscrito em outras formas previdenciárias obrigatórias, para um máximo de dias no ano solar equivalente a 1/6 da duração total do contrato e desde que: constem creditados nos 12 meses que antecedem a data inicial da recuperação ao menos 3 meses mesmo não ininterruptos da contribuição devida à gestão separada da qual se trata; no ano solar que precede aquele em que iniciou o evento, a renda individual sujeita a contribuição a acima mencionada gestão separada não seja superior a 70% do limite máximo de contribuição válido para o mesmo ano;

g) enfim, para os trabalhadores marítimos;

- o reembolso por inabilidade temporária absoluta por doença fundamental

diz respeito, desde o primeiro dia sucessivo ao desembarque, a todos os dias de prognóstico (incluindo o domingo), até no máximo um ano;

- o reembolso por invalidez temporária absoluta por doença complementar diz respeito aos eventos mórbidos que se manifestam dentro de 28 dias a partir do desembarque e diz respeito, a partir do primeiro dia sucessivo à denúncia do próprio evento até no máximo um ano;
- o reembolso por invalidez temporária por doença para marítimos em continuidade de relação de trabalho diz respeito a eventos mórbidos que se manifestam após o 28º dia e até o 180º dia a partir do desembarque e diz respeito ao primeiro dia sucessivo à denúncia do próprio evento, até no máximo 180 dias.

3. A gestão dos acidentes e das doenças profissionais

O estado de doença comum se distingue da hipótese de acidente no trabalho e daquela de doença profissional, seja no que diz respeito aos pressupostos que dão lugar aos respectivos fatos típicos, seja no que diz respeito à disciplina aplicável caso se verifiquem estes eventos:

Define-se como acidente no trabalho, o acidente ocorrido por causa violenta na ocasião de trabalho; esta noção tem, portanto, como pressupostos a relação com a prestação de trabalho (ocasião de trabalho) e a origem violenta (causa violenta). Caso ocorram novamente estes pressupostos, o acidente no trabalho é indenizado pelo INAIL, caso seus efeitos causem a morte ou uma invalidez permanente para o trabalho, absoluta ou parcial (que diminui em medida superior a 15% e para toda a vida a capacidade para o trabalho), ou uma inabilidade temporária absoluta (que impede totalmente e de fato por mais de três dias dedicar-se ao trabalho). Se considerar que o decreto legislativo nº 38 de 2000 leva em consideração, para fins da tutela do seguro contra os acidentes no trabalho e as doenças profissionais, o dano “biológico” como “qualquer perda da integridade psicofísica”. Do acidente pode derivar tanto uma invalidez absoluta temporária de duração superior a três dias quanto um dano biológico permanente.

A doença profissional se diferencia da doença comum visto que é uma doença que é contraída no exercício e devido ao andamento do trabalho para a qual é destinado



o trabalhador; o elemento distintivo da doença profissional em relação à doença genérica reside, portanto, na estrita conexão, sob o perfil causal, com a prestação de trabalho. Para fins do reconhecimento da doença profissional, assume relevância determinar a prova do nexos de causalidade entre o exercício da atividade de trabalho e a própria doença.

O D.P.R. nº 1124/1965 elenca, em adequadas tabelas, as atividades de trabalho que devem ser consideradas perigosas e as doenças profissionais que podem originar destas atividades de trabalho. Para as doenças diversas daquelas incluídas nas tabelas que constam no Decreto do Presidente da República supracitado, ou atribuíveis a atividades de trabalhos diversas daquelas descritas na tabela, o trabalhador tem o ônus de demonstrar o nexos de causalidade entre a prestação de trabalho e a doença, sem poder, de qualquer maneira, se valer das supracitadas presunções legais.

3.1. A certidão médica em caso de acidente no trabalho

A certidão médica em caso de acidente no trabalho tem finalidade de seguro e previdência. Pode ser primário, continuado ou definitivo.

A primeira certidão médica de acidente no trabalho é um ato necessário que permite que o INAIL inicie a instrução para o fornecimento dos serviços em relação ao assegurado. É previsto pelo artigo 53, D.P.R. nº 1124/65 e deve ser emitido ao interessado, ou seja, ao trabalhador acidentado que o transmite imediatamente ao próprio empregador. O empregador, por sua vez, encaminha ao INAIL a certidão e a denúncia até dois dias ou até 24 horas caso se trate de acidente mortal ou de acidente para o qual se prevê o perigo de morte.

O formulário previsto pelo INAIL está em três cópias: a cópia para o acidentado e a cópia para o INAIL são complementadas por diagnóstico; a cópia para o empregador, no entanto, é destituída de qualquer referência ao diagnóstico. Compete ao médico entregar ao acidentado a certidão com o diagnóstico para que o transmita ao INAIL ou se encarrega ele mesmo de enviar diretamente ao INAIL, após ter adquirido a autorização do interessado, o módulo sem diagnóstico para o empregador.

A certidão continuada documenta o prolongar-se da invalidez temporária absoluta.

Enfim, a certidão definitiva atesta a possibilidade do assistido de retomar suas atribuições de trabalho.

Os módulos que os médicos podem utilizar para redigir as certidões “continuada” e “definitiva” são emitidas pelo INAIL gratuitamente.

3.2. Os dados obrigatórios da certidão

Na certidão devem ser informados os dados listados pelo art.53, D.P.R. nº 1124/65 ou seja:

- os dados pessoais do trabalhador;
- o dia e a hora em que ocorreu o acidente, as causas e as circunstâncias do acidente também em referência a eventuais falhas de medidas de higiene e de prevenção;
- a natureza e o específico local anatômico da lesão;
- a relação com as causas denunciadas;
- as eventuais alterações preexistentes.

No caso de acidentes contra os trabalhadores agrícolas subordinados com contrato de trabalho por tempo indeterminado, o médico deve preencher e emitir ao INAIL uma certidão de denúncia utilizando um formulário (formulário nº 201 –I) especificamente previsto pela disciplina em vigor. Esta certidão-denúncia deve conter também a descrição detalhada das causas e circunstâncias que geraram o evento. As certidões podem ser preenchidas gratuitamente pelos médicos do INAIL.

3.3. O laudo que deve ser redigido em caso de acidente no trabalho

O objetivo do laudo é comunicar um episódio sobre o qual a autoridade judiciária deve indagar para pesquisar eventuais responsabilidades penais.

O artigo 365 do código penal, de fato, prevê que aqueles que exercem uma profissão de saúde e que prestam sua assistência ou obra em casos que podem apresentar os sinais de um delito para o qual se deve proceder em caráter de ofício, devem informar sobre isso à autoridade judiciária. São processáveis de ofício os casos nos



quais, de um acidente de trabalho, derivar a morte do trabalhador ou uma lesão grave ou gravíssima.

Nos termos dos artigos 582 e 583 do código penal a lesão pessoal é considerada grave nos seguintes casos:

- a)** se do fato derivar uma doença que coloque em perigo a vida da parte lesada, ou uma doença ou uma incapacidade de se dedicar às ocupações ordinárias por um tempo superior a quarenta dias;
- b)** se o fato produz o enfraquecimento permanente de um sentido ou de um órgão. A lesão pessoal é considerada gravíssima;
- c)** se do fato deriva:
 - da uma doença certamente ou provavelmente incurável;
 - da perda de um sentido;
 - da perda de um membro, ou uma mutilação que torne o membro inútil, ou a perda do uso de um órgão ou da capacidade de procriar, ou uma permanente e grave dificuldade da fala;
 - da deformação, ou da cicatriz permanente do rosto.

O laudo deve chegar, em até quarenta e oito horas ou, se subsistir perigo no atraso, imediatamente, ao Promotor Público ou qualquer outro oficial da Polícia Judiciária (Polícia Militar, Polícia Civil, Serviço de Proteção e Segurança de Ambientes de Trabalho da ASL) do local em que o médico prestou sua atividade ou assistência.

O laudo deve conter:

- a)** os dados pessoais do próprio assistido;
- b)** o local onde o assistido atualmente se encontra;
- c)** o local, o tempo e as outras circunstâncias da intervenção médica;
- d)** as informações que servem para estabelecer as circunstâncias do fato;
- e)** os meios com os quais o fato foi cometido;
- f)** os efeitos derivados ou que poderão derivar do evento.

3.4. A certidão médica em caso de doença profissional

Mesmo a certidão médica redigida caso se contraia uma doença profissional tem finalidades de seguro e previdência. Pode ser primário, continuado ou definitivo.

A primeira certidão médica de doença profissional é um ato necessário que permite que o INAIL inicie a instrução para o fornecimento dos serviços em relação ao assegurado. É previsto pelo artigo 53, D.P.R. nº 1124/65 e deve ser emitido ao interessado, ou seja, ao trabalhador doente por causa de trabalho, que deve transmiti-lo até 15 dias ao próprio empregador. O empregador encaminha ao INAIL a certidão e a denúncia até cinco dias sucessivos.

O conjunto de formulários previsto pelo INAIL está em três cópias: a cópia para o trabalhador afetado por doença profissional e a cópia para o INAIL são complementadas por diagnóstico; a cópia para o empregador, no entanto, é destituída de qualquer referência ao diagnóstico. Do mesmo modo que o acidente no trabalho, o médico entrega ao trabalhador que sofreu a doença profissional a certidão com o diagnóstico para que o transmita ao INAIL ou ele mesmo o envia diretamente ao INAIL, após ter adquirido a autorização do interessado. Em alternativa, o médico entrega ao trabalhador afetado por doença profissional o formulário destituído de diagnóstico para o empregador.

A certidão continuada documenta a continuação da invalidez temporária absoluta.

A certidão definitiva atesta a possibilidade do assistido retomar suas atribuições de trabalho⁹.

No caso de doenças profissionais que surgirem nos trabalhadores agrícolas subordinados com contrato de trabalho por tempo indeterminado, o médico deve preencher e emitir ao INAIL uma certidão de denúncia utilizando um formulário (formulário nº 201 -I) especificamente previsto pelo conjunto de normas em vigor.

9. A certidão deve conter os dados listados pelo artigo 53 do DPR 1124/65, ou seja: • dados pessoais do trabalhador:

– empregador atual – atividade de trabalho ou substância que teriam determinado a doença – empregadores que exercem estas atividades de trabalho caso sejam diferentes do atual – períodos nos quais o doente foi encarregado a estas atividades de trabalho com as atribuições especificadas – sintomatologia acusada – Exame objetivo – Diagnóstico - Prognóstico – data de início da completa abstenção do trabalho – data de preenchimento da certidão. As certidões podem ser preenchidas gratuitamente pelos médicos do INAIL.



3.5. O laudo na doença profissional

O objetivo do laudo é comunicar um episódio sobre o qual a autoridade judiciária deve indagar para pesquisar eventuais responsabilidades penais.

O artigo 365 do código penal, de fato, prevê que aqueles que exercem uma profissão de saúde e que prestam sua assistência ou atividade em casos que podem apresentar os sinais de um delito para o qual se deve proceder em caráter de ofício, devem informar sobre isso à autoridade judiciária. Segundo o que é disposto pelo artigo 590 do código penal, todos os “fatos que determinaram uma doença profissional com lesão grave ou gravíssima” podem apresentar o caráter de um delito processável de ofício. Uma vez diagnosticada a doença profissional o médico deve apresentar uma denúncia à autoridade judiciária.

Algumas Procuradorias, com específicas diretrizes, identificaram nos serviços de Prevenção e Segurança das ASL (PSAL) os destinatários dos laudos de doença profissional.

Estes serviços cumprem as funções de Polícia Judiciária. O laudo deve conter as mesmas informações previstas pela “primeira certidão médica” de doença profissional.

3.6. A denúncia-notificação que deve ser realizada com base no artigo 139, do D.P.R. nº 1124/65

Ela tem valor cognoscitivo-epidemiológico com específicas finalidades preventivas. Está prevista pelo artigo 139, D.P.R. nº 1124/65. A relação das doenças que devem ser denunciadas é constituída por três listas:

- a) a primeira contém as doenças “cuja origem de trabalho consta ser de alta probabilidade”; esta lista contém “as doenças que constituirão a base para a revisão das tabelas das doenças profissionais”;
- b) a segunda aquelas para as quais a origem do trabalho é de “limitada probabilidade”;
- c) a terceira aquelas para as quais a origem de trabalho é apenas “possível”..

Para as doenças que constam nas listas a) e b), na notificação deve ser informado

também o código de identificação da doença relacionada ao agente, código informado nas mesmas listas

A denúncia deve ser transmitida à Direção de Província do Trabalho, à ASL competente para o território onde se encontra localizada a empresa e o INAIL competente com base no domicílio do assegurado.

4. A “função de saúde medicinal” do INAIL em caso de trabalhador acidentado no trabalho ou com enfermidade profissional

O Instituto Nacional de Seguro contra os acidentes no trabalho e as doenças profissionais (INAIL) sempre se caracterizou como um ente assegurado com especialidade de saúde, onde junto com prestações de serviço de natureza econômica, foram-lhe atribuídas competências específicas em matéria de “prestações medicinais” consideradas como “tratamentos médicos e cirúrgicos incluindo as investigações clínicas” (art. 66, D.P.R. nº 1124/65). Em particular, o art. 86, D.P.R. nº 1124/1965 estabelece que o INAIL é obrigado “a prestar ao assegurado, nos casos de acidentesos tratamentos médicos e cirúrgicos necessários para toda a duração da invalidez temporária e mesmo após a recuperação clínica”, considerando as mesmas necessárias para a recuperação da capacidade de trabalho.

Portanto, as prestações de serviços medicinais são aquelas prestações necessárias, em observância à tempestividade e à continuidade assistencial, para fins da recuperação da integridade psicofísica dos acidentados no trabalho e tecnopáticos¹⁰.

Elas consistem em:

- a) visitas especializadas;
- b) investigações diagnóstico-instrumentais;

¹⁰. Estas prestações são realizadas nos denominados “ambulatórios de primeiros cuidados” que são estruturas de saúde territoriais do instituto equipadas de ambulatórios autorizados nos termos do conjunto de normas vigente na matéria e com diretores empresariais, fornecem os primeiros cuidados e atividades especializadas realizáveis em nível ambulatorial, em regime de convenção com o Sistema de Saúde Regional e com ônus às expensas do próprio instituto. Os ambulatórios que realizam atividade medicinal são, no momento, 132 - distribuídos em todo o território nacional mas com uma predominância nas regiões no centro-sul e nas ilhas - e dois diretores empresariais: ILVA de Taranto e SATA de S. Nicola di Melfi (ver anexo 1).



- c) prescrições terapêuticas com receituário do Serviço de Saúde Nacional;
- d) vacinação e seroprofilaxia antitetânica;
- e) tratamentos de lamaterapia¹¹;
- f) estadas climáticas¹².

Tratam-se de prestações especializadas realizáveis em nível ambulatorial fornecidas a fim de garantir homogeneidade de tutela através das estruturas de saúde territoriais do INAIL e os diretores empresariais, com ônus às expensas do próprio Instituto e em regime de convenção com o Serviço de Saúde Regional¹³.

	2008	2009	2010	2011
	6.357.341,81	5.253.341,16	5.817.874,79	5.267.901,53

	2008	2009	2010	2011
Infortuni	6726	6348	6928	7071
Tecnopatie	4918	3419	3305	3260

11. O Serviço de Saúde Nacional permite aos acidentados e tecnopáticos titulares do reembolso INAIL que usufrua de tratamentos termais gratuitamente para particulares patologias listadas no d.m. de 15 de dezembro de 1994 e mencionadas por um decreto de março de 2001 com sucessivas prorrogações, com base no qual os trabalhadores acidentados podem usufruir de tratamentos de lamaterapia e climáticos segundo o tipo de patologia. De um inquérito realizado em 2012 pelo setor IV da Superintendência de Saúde Central do INAIL, os números das prestações de serviços-tratamentos de lamaterapia fornecidos de 2008 a 2011 em todo o território nacional são os seguintes: As despesas de viagem e estada para tratamentos de lamaterapia mantidas pelo Inail no mesmo período temporal totalizam em:

12. Trata-se de prestações de serviços baseados na climatoterapia, ou seja, nos efeitos biológicos do clima sobre o organismo humano e consistem, de fato, em períodos de estada em uma localidade adequada ao tipo de patologia sem consultas de tratamento. Por esta característica estas prestações de serviços sempre ficaram totalmente às expensas do Inail. Os tratamentos climáticos encontram específica indicação nos casos de particular gravidade, sobretudo por grave insuficiência cardiorrespiratória e graves distúrbios neurológicos.

13. Nos centros de primeiros cuidados geralmente prestam sua atividade um cirurgião e um ortopedista. Estes especialistas podem ser auxiliados em sua atividade, de maneira prioritária, por especialistas dos seguintes setores: Radiologia, Oftalmologia, Otologia, Neurologia. Podem ser utilizadas, para fins de tratamento, também outros setores especializados como: Pneumologia, Cardiologia, Dermatologia e Fisiatria (ver anexo 1).

5. A “função da saúde reabilitadora” do INAIL em caso de trabalhador acidentado no trabalho ou com enfermidade profissional

Como se sabe, a medicina reabilitadora é aquela parte da metodologia clínica que estuda as alterações do comportamento motor e os resultados disfuncionais induzidos por eventos patológicos e traumáticos e coloca em obra, através de um programa reabilitador, precauções para a recuperação funcional global da pessoa.

Com as linhas-guia sobre a reabilitação de 1998, o INAIL tentou colocar ordem no setor da reabilitação através da definição de “uma estratégia reabilitadora” que realizasse a tomada de responsabilidade do doente, sua avaliação, a elaboração de um projeto reabilitador e a efetuação de um específico programa de intervenção.

O plano de endereço para a reabilitação, aprovado em conferência Estado-Regiões em 10 de fevereiro de 2011, retificou os grandes progressos da reabilitação no campo científico, clínico, organizativo e deu valor ao crescimento das competências do médico especialista e de todas as figuras profissionais envolvidas no percurso reabilitador segundo uma abordagem multidisciplinar a fim de aplicar estes progressos no campo reabilitador-assistencial.

O dever da intervenção reabilitadora é o de realizar para a pessoa com deficiência ou limitação da participação, todas as intervenções de saúde necessárias para permitir alcançar o mais alto nível possível de funcionamento e participação em relação à própria vontade e ao contexto na ótica de um verdadeiro empoderamento.

A atenção, portanto, não está mais focada no dano de órgão que determinou a menos valia, mas na pessoa com suas possibilidades e potencialidades de participação segundo o modelo biopsicossocial que se realiza com a tomada de responsabilidade através de programas de reabilitação concebidos segundo um projeto de reabilitação individual.

A possibilidade para os acidentados e os tecnopáticos de usufruir, em pouco tempo, prestações de serviço de reabilitação motora e de fisiocinesioterapia facilita a reconstituição da integridade psíquico-física do assistido através de uma mais





imediate recuperação das funções lesionadas e a valorização das capacidades residuais e, ao mesmo tempo, permite uma poupança de despesa em termos de custos sociais derivados da redução do período de invalidez temporária e dos efeitos invalidantes, bem como de um mais imediato retorno à atividade de trabalho.

Nesta perspectiva a reabilitação se configura como um investimento a suporte do mundo da produção, visto que permite amortizar em parte os custos sociais derivados do evento lesivo.

Segundo o novo modelo de saúde, aprovado com determinação do Presidente INAIL de 17 de janeiro de 2013: “A atividade de reabilitação ... é organizada segundo um modelo Central e periférico (Regional e de Sede). Em consideração aos percursos assistenciais de reabilitação e da necessidade de garantir uma coerente articulação com diversificadas tipologias de intervenção consta necessário definir o “setting” com internação extra-hospitalar e aquilo que se realiza em nível territorial de forte integração sanitário-social. A direção destas atividades é garantida pelas estruturas INAIL de referência para os específicos âmbitos de competência”.

Em outros termos, estas estruturas fazem-se fiadores de uma forte integração organizacional entre os recursos públicos, privados creditados eventualmente presentes em nível local e, se for o caso, nacional, perseguindo princípios de eficiência e adequação e garantindo a qualquer assegurado que necessite disso o mais correto percurso reabilitador.

5.1. As referências normativas

Na convicção que o objetivo da intervenção reabilitadora é o de “ganhar saúde” em uma perspectiva que vê a pessoa com deficiência e limitação da participação não mais como “doente” mas como “pessoa detentora de direitos”, o art.9, parágrafo 4, letra d-bis), do decreto legislativo de 9 de abril de 2008, nº 81, conforme modificado pelo decreto legislativo de 3 de agosto de 2009, nº 106, estabelece que o INAIL pode fornecer prestações de assistência sanitária reabilitadora não hospitalar, com prévio Acordo de quadro estipulado durante a Conferência permanente para as relações entre o Estado, as Regiões e as Províncias autônomas de Trento e Bolzano, por proposta do Ministério do trabalho, da saúde e das políticas sociais, de acordo com o Ministério da economia e da fazenda, após ouvir o INAIL, que defina modalidades de fornecimento das prestações de serviço por parte do INAIL, sem ônus adicionais para a fazenda pública.

O art.11, parágrafo 5 bis, do mesmo decreto legislativo prevê que, a fim de garantir o direito dos acidentados e tecnopáticos todos os tratamentos necessários nos termos do decreto do Presidente da República de 30 de junho de 1965, nº 1124, e sucessivas modificações, o INAIL pode dispor utilizando serviços públicos e privados, de acordo com as razões envolvidas, mediante os recursos financeiros disponíveis em legislação vigente e sem aumento de ônus para as empresas.

A devolução ao INAIL destas competências não era uma novidade: o Instituto foi protagonista da reabilitação desde os anos 50, época em que dispunha, no âmbito de uma rede de serviços assistenciais integrados, de 15 centros traumatológicos alguns dos quais equipados de Centros de reabilitação, em 1954 nasceu em Milão, no centro traumatológico e de reabilitação do INAIL, a primeira escola interna para fisioterapeutas¹⁴.

Apenas nos anos 90 - com a lei nº 549/1995 e a lei nº 662/1996, que permitiam ao INAIL utilizar até 15% dos fundos disponíveis para a realização ou a aquisição de imóveis a serem destinados a estruturas do Serviço Nacional, ou a centros de reabilitação que deve ser gerida com prévio acordo com as Regiões e nos limites dos padrões de lei no âmbito do plano de saúde nacional 1998/2000, contemplado no protocolo de acordo com Inail e o Ministério da Saúde - foi previsto um específico programa de intervenção no campo reabilitador por parte do INAIL que permitiu em 1999 a abertura do Centro de Reabilitação Motor de Volterra como “estrutura de recuperação para graves”.

É diverso, no entanto, o percurso normativo nem sempre linear que levou à abertura dos centros ambulatoriais e de fisioterapia (FKT).

Com base no art. 95 da lei nº 388 de 23/12/2000 - com o qual se reiterava o direito do acidentado de receber “os tratamentos necessários e úteis” para a recuperação do seu estado de saúde pré-existente ao acidente com plena recuperação da capacidade de trabalho, e se realizava a possibilidade que regiões estipulassem

14. Não se pode esquecer, ademais, que em 1957 o Gerundini no Centro de reeducação para o trabalho dos deficientes por acidente de Legnano, em colaboração com os centros Inail de Milão, Bari, Palermo, Florença e Roma, praticava a ergoterapia como “terapia de eleição na recuperação dos deficientes no trabalho” através da ergoterapia ocupacional para a recuperação das ADL. A ergoterapia cinesioterápica para a recuperação dos esquemas motores aplicáveis no âmbito de trabalho, a ergopedêutica profissional como treinamento para a destreza e força aplicáveis ao velho ou novo ofício. Este papel de líder no campo da reabilitação terminou em 1978 com a entrada em vigor da lei de reforma sanitária com a qual os ambulatoriais e os serviços de fisioterapia passaram para o SSN. O Inail, através do Centro de Prótese de Vigorso di Budrio, mantinha apenas a competência para o fornecimento de próteses e recursos e a reabilitação necessária que era, portanto, limitada à pré e pós-prótese. Esta atividade era disciplinada pelo D.P.R. nº 782 de 1984 enquanto a reabilitação continuava a ser fornecida pelo SSN mesmo após a lei nº 67/1988 que restituía ao Inail a possibilidade de fornecer “primeiros cuidados ambulatoriais”.



convenções para disciplinar o imediato fornecimento de tratamentos de saúde necessários e úteis no cumprimento do princípio de continuidade assistencial previsto pelo conjunto de normas do Serviço de Saúde Nacional - na data de 4 de fevereiro de 2002 foi aprovado o ato acordado entre a Região Sicília e o INAIL para a abertura dos centros de fisioterapia de Palermo, Messina, Catania e Caltanissetta.

Em 21 de junho de 2001, de fato, o Conselho Administrativo do INAIL com a deliberação nº 350 havia autorizado os diretores regionais a assumir iniciativas para que as autoridades Regionais acordassem “uma extensão das convenções em vigor para primeiros cuidados, compreendendo nesta noção a reabilitação ambulatorial” e definissem “as prescrições de referência técnica para os novos serviços ambulatoriais para uma primeira ativação de protótipo do serviço caso haja pressupostos logístico-acessórios....” dando, assim, andamento à primeira “ativação de protótipo do serviço de reabilitação ambulatorial” no INAIL.

O D.lgs. nº 81/2008, recompondo o quadro normativo em relação à competência do Instituto em matéria de fornecimento de prestações de serviço de saúde no art. 9, recentemente definiu que as prestações de assistência sanitária reabilitadora que podem ser fornecidas pelo INAIL são de “natureza não hospitalar”.

5.2. Os serviços de assistência de saúde reabilitadora que fazem parte dos Níveis essenciais de assistência (Lea)

O INAIL fornece prestações de serviços de reabilitação não hospitalar, mesmo em regime residencial, que fazem parte dos Níveis essenciais de assistência (Lea)¹⁵ que

15. Como já se evidenciou durante os encontros de março/abril de 2016, os Níveis Essenciais de Assistência (LEA) são os níveis essenciais de assistência de saúde que devem ser garantidos em todo o território nacional a todos os cidadãos pelo Sistema de Saúde Nacional. São essenciais, visto que necessários a atender as necessidades fundamentais de promoção, manutenção e recuperação da saúde da pessoa e apropriados tanto em referência às específicas exigências de saúde da pessoa quanto às modalidades de fornecimento da assistência sanitária. O art. 32 da Constituição, de fato, afirma: “A República tutela a saúde como fundamental direito do indivíduo e interesse da coletividade e garante tratamentos gratuitos aos indigentes”. O País, portanto, deve definir os LEA e os recursos para garantir seu fornecimento em matéria uniforme em todo o território nacional. Os princípios e critérios gerais aos quais se inspira a definição dos LEA são identificados no d.p.c.m. de 29 de novembro de 2001 de “Definição dos Níveis essenciais de assistência”: Nos anexos ao d.p.c.m. são relacionadas as prestações de serviços excluídas totalmente (anex. 2 A) e parcialmente pelos LEA (anex. 2 B) visto que destináveis, apenas segundo as específicas indicações clínicas. Com a reforma da saúde contemplada na lei nº 833/1978 foi instituído o Serviço de Saúde Nacional ao qual foi atribuída uma competência geral para a assistência de saúde aos cidadãos - incluindo os acidentados no trabalho e os tecnopáticos- e foram transferidos os deveres e as funções na época realizados pelo Inail em favor de seus assegurados. Restaram, no entanto, às expensas do INAIL o fornecimento das próteses e os processos de reabilitação relacionados. Sucessivamente, verificou-se um processo de progressiva reattribution ao INAIL de algumas competências em matéria de saúde. Neste sentido, o art. 12 da lei nº 67/1988, atribuiu ao INAIL, juntamente com as investigações, às certificações e a qualquer outra prestação de serviço médico-legal em tema de acidente e doença profissional, também o fornecimento dos primeiros cuidados ambulatoriais, com ônus para si, em convenção com as Regiões.

são às expensas do Instituto se fornecidas diretamente pelo INAIL junto às suas estruturas. Em particular, estas prestações de serviço são fornecidas aos acidentados/tecnopáticos:

- junto aos Centros de fisioterapia (FKT) INAIL presentes no território (ver anexo 2);
- junto ao centro de reabilitação motora de Volterra ou junto a outros Centros ativados;
- junto às estruturas do Serviço de Saúde Nacional;
- junto a estruturas públicas e privadas contempladas no art. 11, parágrafo 5 bis do Decreto legislativo nº 81/2008 para o fornecimento de prestações de serviços “complementares” com ônus para o INAIL.

São informados a seguir algumas fichas detalhadas contendo, para os ambulatórios de Alessandria, Milão, Bari, Palermo de fisioterapia (FKT) INAIL, os dados mais significativos relativos aos tratamentos de reabilitação fornecidos no quadriênio 2010-2013 (fonte Inail 2014):

A estrutura foi, enfim, sistematizada com o D.lgs. nº 81/2008 que com o já citado art.9, depois de ter confirmado novamente o que é previsto pelo artigo 12 da supracitada lei nº 67/1988 em relação aos primeiros cuidados, na letra d-bis) prevê expressamente que o INAIL possa fornecer prestações de serviço de reabilitação em regime não hospitalar, mediante prévio Acordo Quadro estipulado durante Conferência permanente para as relações entre o País, as regiões e as províncias autônomas de Trento e de Bolzano. Na verdade, o Acordo-quadro estipulado durante a Conferência permanente para as relações entre o País, as Regiões e as Províncias autônomas de Trento e de Bolzano na data 2 de fevereiro de 2012 estabeleceu, no art. 2, que o INAIL pode fornecer aos acidentados no trabalho e aos tecnopáticos, com ônus para si, os primeiros cuidados ambulatoriais contemplados no art. 12 da lei nº 67/1988, com as correspondentes investigações diagnósticas e prestações de serviços especializadas, e as prestações de serviço de assistência de saúde reabilitadora não hospitalar, também em regime residencial, junto às próprias estruturas.



Prestazioni fornite dall'ambulatorio di ALESSANDRIA
Ultrasuoni
Rieducazione motoria arto superiore, attiva e passiva
Rieducazione motoria arto inferiore, passiva e attiva
Elettroterapia antalgica
Laser
Elettroterapia di stimolazione
Massoterapia
Lonoforesi
Magnetoterapia
Rieducazione motoria del rachide
Training del cammino
MTP
Tempi di attesa 7 gg
Numero di pazienti trattati: anno 2010 (in ristrutturazione) ano 2011 (da agosto) n° 47 anno 2012 n° 158 anno 2013 n° 251

Prestazioni fornite dall'ambulatorio di MILANO
Ultrasuoni
Rieducazione motoria arto superiore, attiva e passiva
Rieducazione motoria arto inferiore, passiva e attiva
Elettroterapia antalgica
Laser terapia
Elettroterapia di stimolazione
Massoterapia
Lonoforesi
Magnetoterapia
Rieducazione motoria del rachide
Training del cammino
Infrarossi
Biostiim
MTP
Tecarterapia
Tens
Tempi di attesa 6 gg
Numero di pazienti trattati: anno 2010 n° 380 ano 2011 n° 251 anno 2012 n° 410 anno 2013 n° 316



Prestazioni fornite dall'ambulatorio di BARI
Ultrasuoni
Rieducazione motoria arto superiore, attiva e passiva
Rieducazione motoria arto inferiore, passiva e attiva
Elettroterapia antalgica (TENS)
Laser
Elettroterapia di stimolazione
Massoterapia
Lonoforesi
Magnetoterapia
Rieducazione motoria del rachide
Terapia occupazionale
MTP
Termoterapia esogena
Termoterapia endogena
Tempi di attesa 4 gg
Numero di pazienti trattati: anno 2010 n° 171 ano 2011 n° 163 anno 2012 n° 147 anno 2013 n° 146

Prestazioni fornite dall'ambulatorio di PALERMO
Ultrasuoni
Rieducazione motoria arto superiore, attiva e passiva
Rieducazione motoria arto inferiore, passiva e attiva
Elettroterapia antalgica (TENS)
Elettroterapia di stimolazione
Massoterapia
Lonoforesi
Magnetoterapia
Rieducazione motoria del rachide
Training del cammino
Infrarossi
Ipertemia
Radar
Tempi di attesa 2 gg
Numero di pazienti trattati: anno 2010 n° 583 ano 2011 n° 808 anno 2012 n° 629 anno 2013 n° 642



5.3. O projeto reabilitador “específico”

Os 11 Centros INAIL de fisioterapia (FKT), ativos no território operam com modalidades compatíveis com o pessoal ocupado, em regime de carga horária especializado de fisioterapia e com a provisão de equipamentos.¹⁶

As unidades junto às quais são realizadas as atividades de reabilitação INAIL reconhecem um projeto de reabilitação de estrutura, expressão dos “setting” previstos. Nele são definidas ex ante as especificações características, as tipologias de oferta, as potencialidades, a provisão orgânica com as figuras profissionais e suas competências, os procedimentos de admissão, de demissão e de relação com outras estruturas INAIL ou não (de saúde ou sociais).

A definição de um projeto de reabilitação de estrutura favorece o conhecimento da pluralidade das ofertas e pode permitir um homogêneo e funcional fluxo dos dados (clínicos e econômicos) e a realização de uma alocação apropriada dos pacientes a fim de obter uma utilização mais proporcional de todos os recursos disponíveis na cadeia.

Esta situação de organização, aplicada às estruturas do Instituto e solicitação às estruturas privadas com as quais estabelecer convenções de integrar da melhor forma possível as atividades de saúde/reabilitação realizadas diretamente pelo INAIL com o que fornecido pelo privado em convenção.

A elaboração do projeto de reabilitação individualizado, instrumento específico apto a realizar todas as intervenções sanitárias, é efetuada pelo médico especialista na reabilitação, compartilhando com os outros profissionais envolvidos, por suas vezes, responsáveis por cada programa no contexto do projeto total.

A Estrutura organizacional dos Centros de fisioterapia (FKT) territoriais, prevê a presença de:

16. O modelo de saúde italiano prevê que seja finalizada a fase de “otimização” organizacional e tecnológica dos Centros conforme deliberação INAIL nº 8 do Conselho de Endereço e de Vigilância de 4 de maio de 2011. Ademais, devido às exigências de tutela, é indicada a ativação gradual do serviço junto às outras sedes. O programa prevê a abertura, em curto tempo, de 4/5 Centros de FKT e, em médio prazo, a abertura de novos Centros, na perspectiva da plena integração com o SSR, no cumprimento da tempestividade e da adequação das prestações de serviços que devem ser fornecidos, bem como considerando os recursos disponíveis e /ou que devem ser adquiridos. Ademais, está prevista em médio prazo a abertura de novos Centros de Reabilitação motora sobre o modelo daquele existente em Volterra, de acordo com as previsões de Centros de excelência contemplados na deliberação INAIL do Conselho de Endereço e de Vigilância de 3 de agosto de 2011. A ativação de todas as estruturas de reabilitação deve considerar as indicações contidas no Acordo Quadro em Conferência País Regiões de 2 de fevereiro de 2012.

- nº 1 fisiatra atuante em cada Centro FKT por quinze horas semanais;
- nº 2/3 fisioterapeutas (necessidade relacionada à área atendida por determinado serviço);
- nº 1 terapeuta ocupacional, com contrato a prestação de serviço proporcional à efetiva carga de trabalho¹⁷.

5.4. Os serviços de assistência de saúde reabilitadora que fazem parte dos Níveis complementares de assistência (Lia).

Ficam sob responsabilidade do INAIL também as prestações de reabilitação não hospitalar incluídas nos Níveis de integração de assistência (Lia) fornecidas tanto de forma direta quanto indireta.

O Acordo quadro Estado-Regiões de 2 de fevereiro de 2012 e os sucessivos Protocolos de acordo de recebimento estipulados entre o INAIL e cada Região, definiram os âmbitos nos quais desenvolver a colaboração entre as Regiões e o Instituto a fim de garantir, em todo o território nacional, a homogeneidade e a tempestividade das prestações de serviço de saúde em favor dos trabalhadores acidentados ou afetados por doença profissional em uma perspectiva de conexão e de efetiva integração com os serviços Sanitários regionais, sem ônus adicionais para a fazenda pública. No âmbito destas sinergias foi atribuída prioridade para as prestações integrativas de reabilitação, para o fornecimento das quais o INAIL subscreve, em cumprimento dos citados Protocolos de acordo, acordos adequados com cada Região. Os acordos identificam as estruturas de saúde públicas e/ou privadas acreditadas que, com prévia estipulação de sucessivos Acordos Contratuais, podem distribuir em favor dos trabalhadores acidentados ou afetados por doença profissional, com ônus às expensas do INAIL, as prestações de serviço de reabilitação que fazem parte dos denominados Níveis de integração de assistência (Lia) e não são compreendidas nos Níveis de assistência (Lea).

As prestações de serviço de reabilitação complementares não hospitalares são

17. O Centro de Reabilitação Motora de Volterra é o primeiro exemplo de atividade estritamente reabilitadora realizada pelo Inail e realiza prestações de serviços de saúde dirigidas tanto a acidentados no trabalho quanto a assistidos pelo Serviço de Saúde Nacional (SSN), valendo-se de tecnologias na vanguarda e de alto profissionalismo. Operando desde 1999, em sua breve história obteve importantes resultados. O principal objetivo é responder imediatamente às necessidades do acidentado intervindo com tratamentos de elevada qualidade a fim da reinserção da vida de trabalho, social e familiar. O Centro realiza atividade sanitária de internação extra-hospitalar de reabilitação funcional de acordo com o art. 26, lei nº 833/1978, e está acreditado junto à Região Toscana. Está certificado segundo o conjunto de normas UNI EN ISO 9001-2008.



fornecidas a fim de uma recuperação psicofísica mais rápida da pessoa e de uma reinserção mais eficaz no ambiente de vida e no sistema social e de trabalho.

Para o fornecimento das prestações de serviço de reabilitação complementares é necessária a prescrição, por parte do Diretor médico da sede local INAIL competente por domicílio do trabalhador, do exame fisiátrico destinado à elaboração do Plano de reabilitação individual (Pri). O exame fisiátrico para o Pri e os respectivos tratamentos de reabilitação devem ser efetuados junto à estrutura de saúde escolhida pelo trabalhador acidentado ou afetado por doença profissional no âmbito daquelas acordadas, Em relação à Medicina física e à Reabilitação, o trâmite legislativo de definição dos L.E.A. levou à eliminação por parte da Regiões de 17 prestações de serviços¹⁸.

O INAIL - com base no que foi deliberado em 2011 pelo Conselho de Endereço e Vigilância que elaborou “linhas-guia e critérios gerais para as políticas sanitárias” indicando a necessidade de “realizar e consolidar os Níveis de Integração de Assistência para os trabalhadores acidentados e tecnopáticos” - pode realizar isso tanto mediante seu fornecimento direto, nos centros de fisioterapia INAIL (FKT), quanto através do fornecimento indireto através de estruturas públicas ou privadas acreditadas.

Justamente para garantir os tratamentos de reabilitação complementares sobre o esquema previsto pelo Acordo-quadro, para realizar os acordos entre o INAIL e as Regiões, já foram estipulados protocolos de entendimento INAIL - Regiões e, no momento também alguns acordos atuantes. Isto permite conceder prestações de serviços complementares de reabilitação através de estruturas acordadas. Para este fim a Superintendência de Saúde Central, em colaboração com a Direção

18. Trata-se:

- da hipertermia NAS
- da acupuntura com moxa revulsivante
- da hidromassoterapia
- da ginástica vascular na água
- da iontoferese
- das trações esqueléticas
- da diatermia de ondas curtas ou microondas
- da massoterapia distrital e reflexógena
- da fotoquimioterapia extracorpórea
- da fotofórese extracorpórea
- da fotofórese terapêutica
- do exercício assistido em água
- da pressoterapia ou Presso-depresso terapia intermitente
- da mesoterapia
- da laserterapia antálgica
- da eletroterapia antálgica - da ultrassonoterapia das quais as últimas quatro podiam ser novamente admitidas a critério das Regiões.

Central de Reabilitação e Prótese do INAIL, identificou as prestações de serviços complementares de reabilitação não previstas nos LEA contemplados no Decreto Presidente do Conselho dos Ministros de 29 de novembro de 2001, especificando para cada uma tarifa máxima e, para algumas dessas, também a duração conforme a tabela informada a seguir (fonte INAIL 2014).

PRESTAZIONI L I A - TEMPI DI ESECUZIONE	TARIFA
Visita Fisiatrica	40
Idromassoterapia 20 minuti	10
Ipertemia 15 minuti	15
Ginnastica vascolare in acqua	10
Ionoforesi 30 minuti	10
Trazione vertebrale e meccanica 20 minuti	15
Diatermia ad onde corte o microonde (radarterapia) 15 minuti	10
Massoterapia distrettuale riflessogena 15 minuti	15
Esercizio assistito in acqua (individuale) 30 minuti	20
Pressoterapia 30 minuti	20
Laserterapia antalgica 10 minuti	18
Elettroterapia antalgica (TENS) 20 minuti	10
Ultrasonoterapia 10 minuti	10
Tecarterapia manuale - automatica (capacitiva e resistiva) 30 minuti	30
Magnetoterapia 30 minuti	10
Linfodrenaggio manuale 40 minuti	30
Infrarossi 15 minuti	10
Laserterapia ad alta potenza (H.I.L.T.) 15 minuti	18
Onde d'urto radiali	40
Onde d'urto focalizzate (eseguite dal medico)	70
Bendaggio funzionale (compresso il materiale)	20
Taping neuromuscolare (compresso il materiale)	15



6. A “função de saúde protética” do INAIL em caso de trabalhador acidentado no trabalho ou doente em razão da profissão

A assistência protética faz parte das competências institucionais do INAIL desde os tempos de sua instituição. O D.P.R. de 30 de junho de 1965, nº 1124 “Texto único das disposições para o seguro obrigatório contra os acidentes no trabalho e as doenças profissionais” onde se especifica, ademais (art. 178) que “Nos limites das possibilidades financeiras e, em geral, dos meios técnicos da gestão especial grandes inválidos podem ser admitidos ... nos tratamentos cirúrgicos, médicos, ortopédicos, físico e ergoterápicos, para o fornecimento de próteses e de outros aparelhos destinados o máximo possível à recuperação de capacidade de trabalho também inválidos para os quais tenha sido reconhecida pelo instituto de seguro uma incapacidade inferior a quatro quintos”.

O conjunto de normas nacional sempre reconheceu ao “INAIL” o direito de destinar as prestações de serviços protéticos com “critérios e modalidades próprias estabelecidas pelo próprio Instituto”. O vigente “Regulamento que traz as normas para as prestações de serviço de assistência protética fornecidas no âmbito do Serviço de saúde nacional: modalidades de fornecimento e tarifas.” D.M. do Ministério da Saúde - 27 de agosto de 1999, nº 332 -estabelece que “Aos inválidos do trabalho, os dispositivos devidos nos termos do decreto do Presidente da República de 30 de junho de 1965, nº 1124, são fornecidos pelo Instituto nacional para o seguro contra os acidentes no trabalho (INAIL) às suas próprias expensas, segundo as indicações e as modalidades estabelecidas pela “própria instituição”.

O Regulamento INAIL disciplina, portanto, o fornecimento da assistência protética aos próprios assegurados, que informaram invalidez por acidente no trabalho ou tecnopatía, e a disciplina segundo os critérios e as modalidades estabelecidas pelo INAIL. Estes critérios e modalidades sempre foram, e ainda são, caracterizados para garantir níveis de prestações de serviços altos conforme esperados de uma tutela privilegiada.

Os cardeais desta tutela podem ser resumidos assim:

- não existem limites de dano nem de tempo para os fornecimentos, além da duração estabelecida para as renovações dos dispositivos; é suficiente que tenha sido reconhecido pelo Instituto um dano pelo trabalho, mesmo com avaliação mínima, e que para o inválido, o dispositivo necessita para eliminar ou reduzir sua invalidez;
- os dispositivos concedíveis são não apenas aqueles identificados pelo Nomenclador da Relação de Preços Nacional do Serviço de Saúde Nacional (NTN), mas qualquer outro dispositivo disponível de seguro utilização e eficácia, ainda que não incluso no NTN que o Instituto, e para isso o diretor médico do INAIL proscritor, reconheça necessário reduzir a invalidez.
- O INAIL assume totalmente a despesa do fornecimento do dispositivo, desde que por eles prescrito, autorizado e aprovado.



7. Documentação: Anexo 1 – Ambulatórios de primeiros cuidados INAIL

AMBULATORIO PRIME CURE

Nei Centri Prime Cure prestano la propria attività generalmente un chirurgo ed un ortopedico. È stata individuata unitamente la dotazione degli arredi dei due ambulatori, prevedendo sostanzialmente analoghe esigenze per i due specialisti, mentre è stata differenziata quella relativa allo strumentario.

Il chirurgo e l'ortopedico possono essere affiancati nella loro attività dal l'oculista, dal radiologo, dal neurologo e dal l'otorinolaringoiatra. Per le esigenze di questi specialisti si deve fare riferimento alla sezione specifica presente nella parte relativa alla diagnostica di I livello ad eccezione del l'oculista per il quale è prevista, sempre nella predetta parte, una sezione apposita.

APPARECCHIATURE

Quelle di base previste per l'Ambulatorio Medico Tipo

STRUMENTARIO

Quelle di base previste per l'Ambulatorio Medico Tipo e inoltre per

AMBULATORIO CHIRURGICO

STRUMENTARIO

(Le quantità devono essere definite in ragione delle esigenze del l'Unità Socio-Sanitaria Territoriale Inail di riferimento)

- Laccio emostatico
- Forbice di Lister (lunghezza cm 18)
- Forbice grandi per medicazione
- Forbice chirurgiche rette con punta smussa (lunghezza media cm 13 - 16)
- Forbice chirurgiche rette con punta acuta (lunghezza media cm 13 - 16)
- Forbice chirurgiche curve sul dorso a punte smusse (lunghezza cm 13 - 16)
- Pinze anatomiche (lunghezza cm 14 - 16)
- Pinze chirurgiche a 1 x 2 denti (lunghezza cm 13 - 16)
- Pinze di Kocher rette (lunghezza cm 14 - 16)
- Pinze di Pean rette (lunghezza cm 14 - 16)
- Pinze emostatiche (Klemmer) di lunghezza media cm 12 - 16
- Pinze di Bachaus per fissare le garze di misura piccola

- Pinze di Mitchel per applicare e toaliere agraphes
- Specilli bottonuti doppi (lunghezza cm 12 - 16)
- Sonde scanalate (lunghezza cm 12 - 16)
- Bisturi a lame intercambiabili con lame di ricambio
- Porta aghi di Mathieu (lunghezza cm 17 - 20)
- Termometro clinico

AMBULATORIO ORTOPEDICO

STRUMENTARIO

- Cesovia di Stille a manici tondi di cm 36 circa
- Sega elettrica oscillante per gessi dotata di sistema per aspirazione delle polveri
- Cespoia di Esmarch per gessi di 20 cm circa
- Stecche metalliche di Zimmer (la quantità deve essere definita in ragione delle esigenze del l'Unità Socio-Sanitaria Territoriale Inail di riferimento)
- Palmari in compensato (la quantità deve essere definita in ragione delle esigenze del l'Unità Socio-Sanitaria Inail Territoriale di riferimento)
- Termometro clinico

ARREDO

- Tutti gli arredi di base previsti per l'Ambulatorio Medico Tipo e inoltre
- Uno sgabello girevole
- Carrello per medicazioni
- Bacinelle reniformi in acciaio inox (cm 26-20)
- Bacinelle rettangolari in acciaio inox con manici e coperchi (cm 30 x 18 x 6 circa)
- Vasi di vetro con coperchio metallico (cm 18 x18)
- Bottiglie a tappo smerigliato da 200 cc.
- Carrelo servitore
- Un frigo per sieri
- Bilancia pesa persona con misatore di altezza
- Scialitica

INFORMATIZZAZIONE

- Quella di base prevista per l'ambulatorio medico tipo



MATERIALE DI CONSUMO

- Quella di base prevista per l'ambulatorio medico tipo

e inoltre

(Le quantità devono essere definite in ragione delle esigenze dal l'Unità Socio-Sanitaria Territoriale inail di riferimento)

- Bende di garza idrofila da m 5 x da 0,05 a 0,20
- Bende di garza idrofila da m 10 x 0,10
- Bende orlate
- Compresse di garza idrofila in buste da m 0,10 x 0,10/25
- Compresse di garza idrofila in buste da m 0,20 x 0,20/100
- Cotone idrofilo in pacchi da gr 500
- Garze grass
- Siringhe di plastica mono-uso di varie misure
- Cerotti adesivi da m 5 x 0,025
- Cerotti adesivi medicati da m 1 x 0,06
- Sterylstreep di diverse misure
- Rete tubolare elastica, di varie dimensioni per sovramedicazioni
- Bende elastiche adesive porose di diverse misure
- Un Tutore AIR CAST adulto
- Mascherine e occhiali monouso
- Telini sterili
- Bisturi monouso lanceolati n° 10-11-15
- Aghi cannula/butterfly di vario calibro
- Aghi assortiti per suture di misura piccola e media montati monouso
- Deflussori
- Medicazioni pronte
- Guanti sterili mono-uso
- Sapone per lavaggio antisettico delle mani
- Ghiaccio intantaneo pacchetto e spray
- Spazzolini lava unghie
- Camici monouso

Dovranno essere inoltre acquisiti farmaci e disinfettanti (es. Betadine chirurgico) secondo le esigenze definite da ciascuna Unità Socio-Sanitaria Territoriale.

7. Documentazione: Anexo 2 – de centros de fisioterapia (FKT) INAIL

I CASI DA PRENDERE IN CONSIDERAZIONE

Tutti quelli che rispondono a criteri di appropriatezza con riferimento ai riflessi della menomazione sulla capacità lavorativa specifica.

LE PRESTAZIONI Inail

Visita fisiatrica
Valutazione del gesto lavorativo
Valutazione Fisioterapica
Stesura del Progetto Riabilitativo Individuale

RIEDUCAZIONE FUNZIONALE

Cinesiterapia segmentaria
rieducazione motoria arto inferiore
rieducazione motoria arto superiore
rieducazione motoria del rachide
Terapie Manuali e Miofasciali
Riabilitazione Neuromotoria
Riabilitazione Respiratoria
Riabilitazione in Acqua (piscina)
Riabilitazione Psicomotoria per traumi cranici minori
Valutazione ed addestramento Ausili/Protesi/Ortesi
Bendaggio Funzionale e taping neuromuscolare
Rieducazione posturale individuale
Training del cammino
Terapia occupazionale

MASSOTERAPIA

Massoterapia distrettuale
Linfodrenaggio manuale
Massoterapia riflessogena

TERAPIE FISICHE E STRUMENTALI

Elettroterapia antalgica (ionoforesi, tens, galvanica, diadinamica, interferenziali)
Elettroterapia di stimolazione

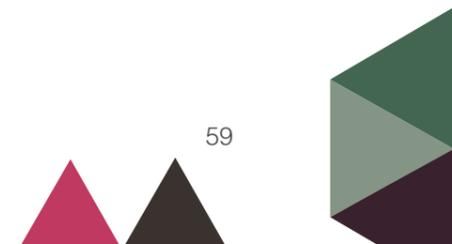


Crioterapia
Infrarossi
Laserterapia
Radarterapia
Ultrasuonoterapia fissa
Ultrasuonoterapia a massaggio
Idroterapia (piscina)
Magnetoterapia
Terapia osteogenetica focalizzata
Tecarterapia
Rieducazione isocinetica
Onde d'urto

REQUISITI MINIMI STRUTTURALI

I requisiti strutturali devono essere conformi alla normativa nazionale di riferimento vigente¹⁹ ed ai regolamenti regionali che disciplinano i requisiti per l'apertura e l'esercizio dei presidi ambulatori di recupero e rieducazione funzionale. La dotazione minima di ambienti, da garantire anche funzionalmente e non esclusivamente con destinazione specifica di appositi locali, per l'attività di terapia fisica e riabilitativa, deve essere coerente con la pianificazione effettuata delle attività.

19. DL 30 dicembre 1992, n° 502 e s.m.i. e D.P.R. 14 gennaio 1997.





União Europeia



DIÁLOGOS SETORIAIS
UNIÃO EUROPEIA
BRASIL



PREVIDÊNCIA SOCIAL

MINISTÉRIO DO
PLANEJAMENTO,
DESENVOLVIMENTO E GESTÃO

