

L'ALTA FUNZIONE SOCIALE DELL'INAIL NELLA RIABILITAZIONE DEI PROPRI ASSICURATI

FRANCESCO PAOLO ROSSI*

SOMMARIO

1. Il compito previdenziale della riabilitazione dei lavoratori anche domestici. - **2.** L'organizzazione territoriale dell'INAIL nell'affiancamento ai servizi riabilitativi delle singole regioni e province autonome di Trento e di Bolzano. - **3.** L'interesse pubblico sottostante al diritto individuale alla riabilitazione. - **4.** Il recupero della abilità lavorativa nell'esaltazione etica della dignità di chi opera per lo sviluppo materiale e spirituale del Paese. - **5.** Effettività politica ed efficacia gestoria del piano aziendale dell'INAIL per una meritoria attività di riabilitazione.

1. Il compito previdenziale della riabilitazione dei lavoratori anche domestici

L'art. 8, primo comma, lett. *b*), del D.Lgs. 3 agosto 2009, n. 106, ha aggiunto all'art. 9, quarto comma, la lettera *d bis*), del Testo Unico sulla sicurezza del lavoro (D.Lgs. 9 aprile 2008, n. 81), in virtù della quale è statuito che l'INAIL «può erogare prestazioni di assistenza sanitaria riabilitativa non ospedaliera, previo accordo quadro stipulato in sede di Conferenza permanente per i rapporti tra lo Stato, le regioni e le province autonome di Trento e di Bolzano, su proposta del Ministero del lavoro, della salute e delle politiche sociali, di concerto con il Ministero dell'economia e delle finanze, sentito l'INAIL, che definisca le modalità di erogazione delle prestazioni da parte dell'INAIL, senza oneri aggiuntivi per la finanza pubblica».

Su questo compito specifico, assegnato a detto Ente previdenziale, il precedente legislativo si era avuto con l'art. 2, sesto comma, della legge 28 dicembre, n. 549, secondo cui «l'INAIL può destinare in via prioritaria una quota fino al 15 per cento dei fondi disponibili, su delibera del Consiglio di amministrazione, per la

* Professore emerito di Diritto del lavoro dell'Università Ca' Foscari di Venezia e Coordinatore scientifico del Centro studi ANIV di Diritto della previdenza sociale "G. Billia".

realizzazione o per l'acquisto di immobili, anche tramite accensione di mutui, da destinare a strutture da locare al Servizio sanitario nazionale ovvero a centri per la riabilitazione da destinare in via prioritaria agli infortunati sul lavoro e da gestire, previa intesa con le regioni, nei limiti dello standard di 5,5 posti letto per mille abitanti di cui l'1 per mille è riservato alla riabilitazione ed alla lungodegenza post-acuzie». Tale disposizione, poi, veniva riaffermata dallo stesso legislatore, il quale, al comma 130 dell'art. 2 della legge finanziaria n. 662 del 1996, disponeva che restassero «ferme le disposizioni previste per l'INAIL dall'art. 2, comma 6, della legge 28 dicembre 1995, n. 549, per l'attuazione degli interventi da realizzare nell'ambito degli indirizzi di programma del Ministero della sanità e d'intesa con questo».

Cosicché, può oggi dirsi come la volontà del Parlamento della Repubblica fosse rimasta chiara sul punto dell'intervento concertato dell'INAIL nel settore della riabilitazione, per cui vale ora approfondire il rapporto di necessità politica di quell'intervento con l'intera struttura sanitaria del Paese per quanto concerne, specificamente, il segmento della riabilitazione. Ciò si rende inevitabile in un momento in cui l'assetto patrimoniale degli Enti previdenziali ha subito manovre di politica gestoria finanziaria. Senonché, l'INAIL rimane comunque deputato ad attuare un sistema di vera e propria assicurazione sociale attraverso la liquidazione di premi nonché la liquidazione di indennità o rendite legate esclusivamente ad infortuni sul lavoro anche domestico e a malattie professionali. Tale assicurazione costituisce, a ben vedere, un'attività istituzionale di natura speciale, alla quale lo Stato repubblicano è politicamente tenuto a riconoscere e a mantenere piena autonomia di gestione anche in relazione diretta al vigente ordinamento comunitario primario per il miglioramento della sicurezza e della salute dei lavoratori sul luogo di lavoro.

D'altra parte, nell'ambito del dibattito in ordine al principio di sussidiarietà, è divenuta improcrastinabile una razionale revisione strutturale del Servizio sanitario nazionale specificamente nel settore della riabilitazione occupazionale, la quale deve svolgersi, di necessità, attraverso funzioni territorialmente imparziali del grado dell'assistenza infortunistica nel segno della pari dignità di tutti i lavoratori anche extracomunitari. Pertanto, l'INAIL dovrà essere messo in grado di attuare, con le risorse che gli sono proprie e a seguito del previsto accordo quadro definito in sede di Conferenza permanente per i rapporti tra lo Stato, le regioni e le province autonome di Trento e di Bolzano, quanto la stessa legge ha disposto che si faccia, mediante la realizzazione, per l'appunto, di un programma operativo di strutture sanitario-riabilitative da gestire, ovviamente, in via centralizzata. Qui, non può non essere rammentato come l'art. 12 della legge finanziaria 11 marzo 1988, n. 67, avesse statuito che l'INAIL provvedesse agli accertamenti, alle certificazioni e ad ogni altra prestazione medico-legale sui lavoratori infortunati e tecnopatici. E ciò - si noti bene - in deroga al disposto dell'art. 14, terzo comma, lett. q), della legge n. 833 del 1978, istitutiva del Servizio sanitario

nazionale. Ecco che l'accennato rapporto di necessarietà politica dell'intervento operativo dell'INAIL nel segmento della riabilitazione conclama la specificità istituzionale di questo Ente previdenziale pubblico, il quale ha assunto oramai, in campo nazionale e anche in forza delle normative prevenzionistiche di fonte comunitaria, un ruolo importante nella specifica organizzazione territoriale proprio in tema di riabilitazione occupazionale.

2. L'organizzazione territoriale dell'INAIL nell'affiancamento ai servizi riabilitativi delle singole regioni e province autonome di Trento e di Bolzano

Il diritto costituzionale impone di intervenire sulle conseguenze socio-economiche afferenti al triste e drammatico fenomeno degli infortuni sul lavoro. Occorre richiamare, quindi, quali ineludibili premesse del nostro Stato sociale di diritto, le solenni proclamazioni contenute nella Costituzione, la quale ha posto l'accento su questa determinazione politica che la Repubblica italiana è fondata sul lavoro. Dacché insorge una tematica anche di diritto comunitario, la quale esalta ogni persona nel riconoscimento del suo diritto inviolabile al lavoro come momento di vita professionale e di apporto, comunque sempre originale, del contributo operoso al progredire della stessa società europea. Pertanto, se si considera il diritto al lavoro come un riconoscimento naturale dell'interesse di ogni persona ad esprimere i valori morali, professionali e culturali suoi propri nella realtà in cui vive e opera, si deve anche segnalare come quel diritto si carichi di una pregnanza imperdibile verso quanti, menomati nella loro capacità attitudinale per eventi determinatisi sul lavoro, reclamino il "diritto" al diritto al lavoro nella specifica pretesa indirizzata verso una riabilitazione adeguata alle condizioni della persona e corrispondente alle diverse tecniche anche di carattere psicologico, che i moderni strumenti scientifici presentano e impongono di attuare uniformemente sull'intero territorio nazionale. D'altronde, il principio anche dell'ordinamento primario comunitario è che la persona ha diritto a una efficace tutela della propria salute e ha altresì diritto a che gli strumenti tecnico-sanitari predisposti per la sua eventuale riabilitazione siano adoperati e utilizzati convenientemente per il soddisfacimento, al tempo stesso, dell'interesse individuale proprio dello stesso infortunato e dell'interesse superiore della collettività europea. La nuova cultura comunitaria di sicurezza sociale, del resto, conduce a sottolineare come esista un diritto europeo del lavoratore ad una "adeguata" riabilitazione in caso di infortunio o a seguito di una malattia professionale.

L'affidamento all'INAIL della riabilitazione occupazionale senza oneri per lo Stato è rimasto condizionato dalla stipula previa del citato accordo politico-operativo, che dovrà essere definito in sede di Conferenza permanente tra Stato e regioni, ma dopo aver «sentito l'INAIL». Sicché, nell'attuale fase preparatoria di

quell'accordo spetta senz'altro allo stesso INAIL muovere passi periferici non solo al fine di conoscere più a fondo l'attuale organizzazione territoriale dei presidi di riabilitazione delle Aziende sanitarie locali, ma soprattutto con l'intento di chiarire, anche alle medesime e in via pregiudiziale, la possibilità di ridurre la spesa pubblica in generale e quella sanitaria in particolare attraverso un razionale ed efficiente servizio di riabilitazione occupazionale nell'ambito dell'intero nostro Paese. C'è da porre in evidenza, in altri termini, l'interesse generale della collettività nazionale ad attuare, in questo importante segmento della tutela della salute, il principio costituzionale secondo cui «gli inabili ed i minorati hanno diritto all'educazione e all'avviamento professionale» (art. 38, terzo comma, Cost.). E tale principio - vale la pena di richiamarlo con lealtà politica - deve essere osservato fedelmente nella logica operativa della direttiva per cui «ai compiti previsti in quest'articolo provvedono organi ed istituti predisposti o integrati dallo Stato» (art. 38, quarto comma, Cost.).

Ora, tutto quanto sopra costituisce, a nostro avviso, la filosofia alla quale dovranno restare informate l'attività e la correlativa azione di pubblica e imparziale amministrazione riguardo ad una omogenea organizzazione territoriale delle strutture di riabilitazione occupazionale. Da qui, l'intelligente idea di un percorso gestionale di affiancamento alle strutture di riabilitazione *tout court* di quelle specificamente abilitate in favore dei lavoratori, anche domestici, in quanto assicurati contro gli infortuni sul lavoro.

3. L'interesse pubblico sottostante al diritto individuale alla riabilitazione

Giunti a questo punto, occorre osservare come, su di un piano squisitamente di nuova cultura giuridica, si debbano affrontare, in ogni caso, problemi di costo del lavoro nell'ambito del fenomeno sanitario della riabilitazione degli infortunati: la questione politica è che tale fenomeno non possa più rimanere ingabbiato dentro le vecchie concezioni sottese, nel lontano anno 1978, alla riforma sanitaria, bensì debba essere riesaminato nella logica di impegno economico che l'Unione europea ha imposto ed esprime riguardo al miglioramento della sicurezza e della salute dei lavoratori sul luogo del lavoro. Proprio in relazione a quell'impegno economico-finanziario, i 27 Paesi membri sono invitati a privilegiare la riduzione della spesa pubblica piuttosto che continuare ad appesantire la pressione fiscale globale soprattutto in un momento, com'è quello attuale, di lentissima ripresa delle economie nazionali. L'ammonimento sta oggi nel riorientare le spese pubbliche verso attività produttive, vale a dire verso investimenti in infrastrutture come potrebbero essere quelli per un immediato intervento, nel nostro Mezzogiorno, di presidi sanitari per la riabilitazione degli infortunati a direzione e gestione dell'INAIL e beninteso dopo aver raggiunto preliminari accordi con le

regioni maggiormente interessate, accordi da riversare successivamente nell'atto operativo definito in sede di Conferenza permanente tra Stato e regioni. Quel che appare decisivo nella gestione pubblica della riabilitazione occupazionale, è il miglioramento dell'efficienza dei servizi pubblici, alleggerendo la pressione soprattutto contributiva e dei premi assicurativi nonché predisponendo la finanza pubblica alle conseguenze di un fenomeno infortunistico oggi ricomprendente lavoratori extracomunitari in numero sempre più crescente.

Ecco, allora, che la riabilitazione non può più essere considerata una prestazione assicurativa esterna al fenomeno infortunistico; essa, invece, si situa nel nuovo concetto di protezione della salute del lavoratore, anche domestico, occupato e perciò si ricollega all'intero sistema di prevenzione nel momento stesso in cui il lavoratore torna a svolgere, dopo l'infortunio, la sua prestazione nel luogo di occupazione. Sicché, se è vero che la riabilitazione occupazionale vada collocata dentro il sistema di protezione e di prevenzione del lavoratore infortunato, è inevitabile come la medesima debba restare sganciata da un servizio analogo apprestato alla generalità dei cittadini nonché delle persone extracomunitarie, proprio allo scopo di superare il segmento territoriale dell'Azienda sanitaria locale nella logica costituzionale dell'intervento assicurativo pubblico di livello nazionale e di respiro comunitario. Viviamo, d'altro canto, in un momento in cui diventa sempre più realistica la spinta politica verso un federalismo solidale e possibile e, quindi, verso un decentramento delle stesse funzioni primarie dello Stato. Senonché, pur aderendo alla concezione secondo cui l'autonomia delle regioni deve essere garantita nella sua essenzialità di autogestione anche delle proprie risorse finanziarie, tuttavia è da dire che la flessibilità culturale sulle cose da realizzare deve aiutare a far comprendere come alcuni problemi sociali vadano affrontati e risolti con una logica che, superando il momento localistico-territoriale, consenta di attuare a pieno il principio costituzionale anche comunitario della pari dignità sociale dei lavoratori nel sofferente momento della riabilitazione a seguito di infortunio. Quel che sull'argomento intendiamo riaffermare a tutto tondo, è che la riabilitazione del lavoratore infortunato debba essere curata e gestita a livello nazionale, affinché l'erogazione delle inerenti prestazioni non subisca la discriminazione della territorialità più o meno opulenta a seconda dell'area geografica nazionale, nell'ambito della quale detta erogazione avviene. Del resto, chiunque dovesse restare legato a concezioni corporative politiche, le quali, appoggiate ad interessi localmente elettoralistici, dovessero impedire un percorso ragionevole di indagine sulla necessità di un'auspicata centralizzazione del sistema organizzato di erogazione delle prestazioni riabilitative in favore dei lavoratori infortunati, sarebbe persona da condannare come antidemocratica e asociale. Messo così a fuoco il problema della riabilitazione occupazionale, va da sé che una nuova concertata riorganizzazione degli interventi riabilitativi dovrà comunque puntare sulla diminuzione, al tempo stesso, del costo del lavoro e della spesa pubblica.

In ogni caso, deve rimanere chiarito come qui non si tratti di creare strutture ripetitive di altre, bensì di predisporre mezzi adeguati, dal punto di vista tecnico-riabilitativo, in favore degli infortunati assicurati nonché di coloro che sono risultati affetti da malattie professionali, allo scopo precipuo di realizzare il fine primario della Comunità europea e di ogni suo Stato membro di tutela del lavoratore protetto anche nel momento in cui si debba operare sanitarimente per il recupero delle sue capacità attitudinali.

4. Il recupero della abilità lavorativa nell'esaltazione etica della dignità di chi opera per lo sviluppo materiale e spirituale del Paese

Nel campo della tutela infortunistica, d'altra parte, il concetto di invalidità è assorbito da quello dell'inabilità assoluta, che provochi astensione dal lavoro per più di tre giorni, ovvero di un'inabilità permanente assoluta al lavoro o, se parziale, di inabilità superiore al dieci per cento della capacità generica al lavoro dell'infortunato. Le prestazioni previdenziali sono così erogate in relazione alla situazione di menomazione di carattere fisico-psichico che hanno ridotto o annullato l'attitudine al lavoro, vale a dire la capacità biologica di guadagno dell'infortunato. Qui, l'elemento *biologico* viene utilizzato per sottolineare come il giudizio valutativo delle menomazioni vada condotto in relazione alla condizione di salute dell'interessato insieme con le reali opportunità di una sua rioccupazione nonostante le menomazioni subite a causa dell'infortunio. Il giudizio medico-legale, pertanto, non resta in alcun modo influenzato da fattori estrinseci come potrebbero essere quelli afferenti all'ambiente socio-economico in cui l'infortunato vive, e in particolare all'attualità delle condizioni territoriali di quel dato mercato del lavoro.

Per quanto, poi, attiene ai momenti erogativi delle prestazioni economiche, è appena il caso di ricordare come l'indennità temporanea venga corrisposta al lavoratore in una misura che fa riferimento immediatamente alla posizione retributiva dal medesimo acquisita, mentre, per la determinazione della rendita di inabilità permanente, il giudizio medico-legale è reso in relazione alla condizione di capacità residua dell'interessato a svolgere un qualsiasi lavoro, vale a dire un lavoro generico, in ogni caso retribuibile secondo i principi costituzionali. Sicché, il presupposto medico-legale per la liquidazione dell'indennità giornaliera è che sia rimasta accertata, nei confronti del lavoratore, l'esistenza di una inabilità temporanea ma assoluta, nel senso cioè che abbia impedito totalmente e di fatto all'infortunato di adempiere al suo obbligo di lavoro. Diversamente è da dire con riguardo alla liquidazione della rendita, giacché, in tal caso, l'inabilità deve essere giudicata permanente anche se, poi, questa si differenzia in assoluta o parziale. Premesso che la valutazione dell'inabilità permanente parziale va

fatta con riguardo all'inabilità esistente nel momento in cui detta valutazione avviene, è da ricordare come la legge abbia adottato il c.d. sistema tabellare, che consiste nell'elencazione delle menomazioni maggiormente ripetitive con l'indicazione del grado percentuale di riduzione, che ciascuna di esse comporta sull'attitudine al lavoro dell'infortunato.

Richiamata così, in breve sintesi, la tutela previdenziale dell'infortunio sul lavoro e della malattia professionale, quel che emerge, come dato giuridico di rilevante importanza sociale, è che il concetto di inabilità rappresenta sempre l'esito finale di un giudizio medico-legale formulato sulla base di elementi tecnico-giuridici e sanitari, delineati distintamente dal legislatore per le diverse fattispecie previdenziali. Ciò sta a confermare il nostro già espresso suggerimento di saggezza politica di tener ferme le competenze istituzionali medico-legali degli Enti previdenziali nazionali per le attività di certificazione degli stati invalidanti di persone e di lavoratori in genere.

5. Effettività politica ed efficacia gestoria del piano aziendale dell'INAIL per una meritoria attività di riabilitazione

Collocato sullo sfondo dei trattamenti economici il quadro dei principi e criteri informativi del concetto di inabilità, il nesso che equità ed efficacia di detti trattamenti manifestano in concreto, deve essere colto nelle due coordinate che legano la persona inabile, per un verso, allo Stato e, per un altro verso, a quanti fruiscono di analoghe prestazioni previdenziali. Ne deriva che quell'equità si individua dentro una dimensione orizzontale del valore paritario sociale, avuto riguardo al trattamento effettivamente corrisposto al beneficiario. Con questa singolarità di riferimento costituzionale che, per gli interventi in favore della persona inabile al lavoro e in quanto tale, il giudizio di valore sull'equità dell'inerente trattamento cade - come recentemente abbiamo avuto modo di riaffermare - dentro una valutazione prettamente politica che il Parlamento esterna sulla base della ricchezza prodotta dal Paese (art. 38, primo comma, Cost.). Qui, l'equità discende dall'insieme di fattori anche di mera opportunità politico-storica, per cui la corrispondenza dei trattamenti stabiliti dalla legge con l'interesse egoistico di ciascun avente diritto, è sorretta da una presunzione costituzionale di legittimità. Diversamente è da osservare quando il valore equità si staglia sulla persona del lavoratore, vale a dire su chi, prestando la propria attività, ha concorso e concorre «al progresso materiale o spirituale della società». E infatti, quest'ultima rimane vincolata, sul piano del diritto costituzionale, ad assicurare al lavoratore infortunato mezzi adeguati alle sue esigenze di vita anche familiare e assolve un tale obbligo politico attraverso il sistema giuridico della previdenza sociale e non all'interno del sistema di assistenza sanitaria. Ciò, però, non vuol dire che il diritto della persona inabile al lavoro in quanto tale, si collochi fuori dall'anzidetto

sistema previdenziale, posto che tale diritto, in ogni caso, trattiene lo stesso fondamento politico su cui poggia l'analogo diritto del lavoratore infortunato. La differenza dei due diritti soggettivi pubblici si coglie nel fatto che il diritto del lavoratore infortunato si perfeziona con l'adempimento inderogabile di solidarietà economica, espresso dai contributi previdenziali e dai premi assicurativi versati (art. 2 Cost.).

D'altro canto, sulla dimensione verticale del rapporto tra Stato e persona comunque inabile, l'idea di equità nell'ambito della riabilitazione occupazionale va correlata con quella specifica di efficacia dell'inerente intervento pubblico riabilitativo. Ed invero, quest'ultimo ha senso politico in ragione di una giustizia sociale attuata solo nell'ipotesi in cui esso consente all'infortunato di beneficiare non solo del sostegno economico ma anche di quello per il recupero della capacità di lavoro, soddisfacendo in tal modo il concreto bisogno attuale. Dacché si inferisce come l'efficacia del trattamento economico e riabilitativo in favore della persona inabile concretizzi l'equità dell'intervento pubblico soltanto ove detto intervento risulti tale da aver in realtà ridotta la sofferenza sociale dell'infortunato. Cosicché, l'efficacia dell'erogazione della prestazione previdenziale di riabilitazione occupazionale, postula sempre un intervento che, per essere equo, debba risultare, nella realtà efficiente. In altri termini, è compito della Repubblica rimuovere ogni ostacolo burocratico che impedisca o che ritardi l'intervento di tutela riabilitativa in favore del lavoratore infortunato o già affetto da malattia professionale, nei confronti del quale è stata accertata, con giudizio medico-legale, la sua particolare incapacità al lavoro.

Abbiamo avuto già modo di affermare¹ come il vero intervento sanitario mirato alla disabilità resti la riabilitazione, la quale, se organizzata ed eseguita con scientifica professionalità, assume una valenza sociale e politica di concreta e seria prevenzione dell'*handicap*.

La legge già da tempo è entrata nel merito di una ridefinizione di ambiti e di strutture per una efficace riabilitazione occupazionale del lavoratore infortunato, assegnando, a tal fine, una funzione prettamente istituzionale, nel contesto comunitario di libera circolazione dei lavoratori, all'INAIL.

A nostro avviso, è oramai divenuto improcrastinabile nell'interesse della collettività e per una rilevante riduzione della spesa sanitaria, giungere all'accordo politico-operativo sulla riabilitazione occupazionale in sede di Conferenza permanente tra Stato e regioni in una visione di intelligente cooperazione territoriale con le autorità della sanità pubblica e con l'imprenditoria medica della stessa sanità privata. L'augurio è che non dovrebbero porsi, da parte di nessuno, ostaco-

¹ Sull'argomento, si vedano: E. CAPODAGLIO, F.P. ROSSI, *La riabilitazione nell'ottica comunitaria: profili giuridici e problematiche di medicina del lavoro*, in questa Rivista, I, fasc. n. 1-2, 1997, p. 1 ss.; F.P. ROSSI, *L'Europa e la riabilitazione occupazionale dei lavoratori infortunati*, relazione svolta nel XVI Convegno nazionale di studi dell'ANIV su: *Stato sociale: dalla crisi al rinnovamento*, in San Vincenzo (LI), 12 maggio 1998, e pubblicata in *L'Ispezzore e la Società*, luglio-agosto 1998, p. 36 e ss.

li di vario genere, per il raggiungimento della finalità di una rete nazionale per la riabilitazione occupazionale, capace di operare nel continuo evolutivo di processi patologici non guaribili ma disabilitanti e in grado di affiancare il trattamento curativo causale con interventi sulla funzione lesa al fine di contenere l'involuzione delle capacità di lavoro. La riabilitazione, specie quella occupazionale, che non può non operare anche sulle conseguenze di processi patologici congeniti o acquisiti, o di eventi traumatici, che hanno leso specifiche capacità, provocando disabilità, deve poter assicurare, negli stadi inabilitanti della malattia, il mantenimento delle funzioni e attività vitali, con percorsi anche ad alta intensità assistenziale, specialistica, polidisciplinare e tecnologica. Parametri di valutazione e misura di tale riabilitazione sono gli indicatori clinici di funzioni e attività vitali; questi ultimi anche sotto forma di classi di indipendenza funzionale.

Ma, se la riabilitazione di base è prevalentemente funzionale, riconosciamo tuttora valida e centrata l'idea di Capodaglio secondo la quale "l'obiettivo finale deve essere un'integrazione della funzione, così trattata, in capacità attitudinali recuperate; per questa riabilitazione ontologica della intera persona, occorre il concorso di più competenze (mediche, psicologiche, tecnologiche); occorre il ricorso ad attività finalizzate come mezzo per potenziare le attitudini (terapia occupazionale)". Cioché, per un reinserimento ergonomico nel lavoro dell'infortunato, è giusto, secondo il diritto costituzionale, parlare di un ciclo completo che comprenda una efficiente riabilitazione funzionale e all'occorrenza protesica; una necessaria riabilitazione occupazionale, polidisciplinare, combinata con una valutazione attitudinale e con una conoscenza "ergonomica" della mansione di rientro, e un monitoraggio della "compliance" tra capacità e compito, a rientro avvenuto.

L'auspicio che torniamo a formulare per la migliore tutela della dignità del lavoratore infortunato, è che, sugli indirizzi di medicina del lavoro a suo tempo suggeriti dall'autorevole competenza scientifica del compianto Capodaglio, è che si compia oggi una rinnovata prudente riflessione politica nell'ambito della più sana, efficiente ed efficace amministrazione del denaro pubblico, tenendo sommanente presente come l'imprescindibilità sociale dell'azione riabilitativa del lavoratore assicurato costituisca un imperativo categorico per una giustizia sociale non manipolata, nella sua doverosa realizzazione, nè manipolabile a fini di mera speculazione o di *irragionevole* profitto di parti istituzionali, quanto all'elettorato, ovvero di parti imprenditoriali, quanto ad accumulo di ingiusta ricchezza.

RIASSUNTO

Il decreto correttivo n. 106 del 2009 del Testo Unico sulla sicurezza del lavoro è tornato a prevedere l'attribuzione all'INAIL del compito relativo alla riabilitazione occupazionale senza oneri a carico dello Stato. L'Autore interviene nuova-

mente, dopo dodici anni dalla pubblicazione in questa Rivista di uno studio sull'argomento compiuto insieme con il Prof. Emanuele Capodaglio dell'Università degli Studi di Pavia, per aiutare a far comprendere, all'interno dello scottante problema della spesa pubblica, l'importanza del profilo politico-istituzionale di quel compito. E invero, la riflessione sull'effettività e omogeneità territoriale del pieno recupero delle capacità attitudinali del lavoratore infortunato segnala come infortuni e malattie, riconducibili al lavoro, si situino dentro il sistema comunitario di sicurezza sociale e, sul piano del diritto costituzionale interno, impegnino l'INAIL, sul piano assicurativo, in ordine all'assunzione dell'onere delle prestazioni riabilitative da erogare in favore dei lavoratori infortunati.

SUMMARY

Corrective Decree N. 106/2009 of the Occupational Health And Safety Consolidation Act reprovdes for the allocation of the task of occupational rehabilitation to INAIL no cost to the State. The Author speaks again, twelve years after the publication in this magazine, on the study carried out together with Prof. Emanuele Capodaglio from the University of Pavia, in an attempt to explain the burning issue of public spending further to the importance of the political and institutional profile of the task in question. And indeed, the reflection on the territorial effectiveness and consistency of the full recovery of the injured worker's capabilities indicates how injury and illness, which are work-related, would fall within the Community system of social security and, in terms of the domestic constitutional law and insurance plans, requires INAIL to assume such responsibility for the rehabilitation services disbursed in favour of injured workers.