

Dott. Federico Corradini - Unipol Assicurazioni S.p.A., Bologna



L'assicurazione degli infortuni sul lavoro in Italia: breve excursus storico.

L'assicurazione obbligatoria contro gli infortuni sul lavoro - istituita nel 1898 per talune

categorie di operai e successivamente estesa a tutto il settore industriale ed a quello agricolo - fino al 1927 è stata gestita sia dalle imprese private sia da un apposito Ente pubblico.

L'introduzione del monopolio pubblico è avvenuta con la Legge 14 aprile 1927, n. 532 e, nel 1933, l'apposito Ente pubblico assunse l'attuale denominazione di INAIL - Istituto nazionale per l'assicurazione contro gli infortuni sul lavoro.

Il D.P.R. 30 giugno 1965, n. 1124, intitolato "Testo Unico delle disposizioni per l'assicurazione obbligatoria contro gli infortuni sul lavoro e le malattie professionali", ha costruito un sistema assicurativo improntato all'"obbligatorietà" e alla "protezione" dei lavoratori esposti a rischi particolari nel corso della loro quotidiana prestazione d'opera.

La Legge 3 dicembre 1999, n. 493, ha istituito l'obbligo di assicurazione contro gli infortuni derivanti da lavoro svolto in via esclusiva in ambito domestico e ne ha attribuito all'INAIL, in regime di monopolio, la relativa gestione. I capitali garantiti prevedono la sola invalidità permanente con una franchigia del 33%; la Legge stabiliva in 5 anni il tempo massimo per consentire a queste lavoratrici di iscriversi alle liste e il tempo scadrà il 1/1/2005.

Il Decreto Legislativo 23 febbraio 2000, n. 38, ha esteso il monopolio stesso ai dirigenti, agli sportivi professionisti ed ai lavoratori parasubordinati, soggetti che sono stati ricompresi nell'obbligo assicurativo

Gli elementi di novità della riforma (D. Lgs. 38/2000)

Il D.Lgs. 23 febbraio 2000, n. 38 prevede importanti novità sul versante contributivo, su quello delle prestazioni e su quello della prevenzione. In particolare, si segnala la suddivisione della tariffa dei premi in quattro gestioni separate, l'inserimento, come già detto, di nuovi soggetti

da assicurare, la tutela del danno biologico e dell'infortunio in itinere.

La quadripartizione della tariffa

Il nuovo sistema prevede l'importante novità della tariffa premi che, precedentemente unica, viene suddivisa in 4 gestioni separate secondo i settori produttivi (Industria, Artigianato, Terziario, Altre attività di diversa natura). L'inquadramento nelle varie gestioni avviene secondo quanto determinato dall'INPS, e ciò vale ad evitare le difficoltà che inevitabilmente deriverebbero alle imprese da un'eventuale difformità di valutazione tra i due Enti.

Rimane valido il sistema assicurativo degli artigiani, che prevede la possibilità di scegliere, in aggiunta, o in aumento, rispetto ad una tutela minima comune, condizioni di più ampio indennizzo, con un modesto aumento del premio.

Le tariffe registrano una complessiva riduzione e viene introdotto un sistema di oscillazione dei tassi (bonus-malus) legato all'andamento infortunistico e al livello degli investimenti attuati dalle aziende nella prevenzione e nel miglioramento tecnologico e organizzativo dei processi produttivi, finalizzato all'aumento delle condizioni di sicurezza e di igiene del lavoro.

I nuovi soggetti da assicurare

Il decreto individua alcune nuove figure da assoggettare all'obbligo assicurativo:

- i lavoratori dell'area dirigenziale anche quando siano già tutelati, contrattualmente o per legge, con polizze assicurative private;
- i lavoratori cosiddetti parasubordinati;
- gli sportivi professionisti legati da rapporto di dipendenza anche se già assicurati, contrattualmente o per legge, con polizze privatistiche.

Il danno biologico

La nuova normativa effettua una sorta di rivoluzione copernicana cambiando l'oggetto della tutela e ponendo al centro della stessa non più la capacità lavorativa dei suoi assicurati, bensì primariamente la loro "salute".

Unipol Assicurazioni S.p.A., Bologna

Dott. Federico Corradini

Il "danno biologico" rappresenta quindi la lesione all'integrità psicofisica della persona, suscettibile di valutazione medico-legale. In sostanza, sono stati recepiti i principi indicati dalla Corte Costituzionale in diverse sentenze (dalla 184/1986 alla 350/1997):

il danno alla salute (danno biologico) è relativo a tutta l'estrinsecazione sociale della persona sia sul versante lavorativo che su quello extra-lavorativo. L'attitudine al lavoro è, quindi, una parte non separabile dal "bene salute" inteso sul piano naturalistico. E' l'uso del "bene salute" che può essere valutato patrimonialmente e risarcito. In altri termini, indipendentemente dal pregiudizio patrimoniale (danno emergente e lucro cessante), il "danno biologico" si configura come una riduzione dell'integrità psicofisica in quanto attitudine a compiere qualsiasi attività realizzatrice della persona umana.

Ne discende che il danno da prendere in considerazione sia qualificato come "danno alla persona del lavoratore", costituito in prima istanza dalla riduzione del "bene salute" (aspetto naturalistico), così come è valutato in sede civile ed eventualmente maggiorato per la riduzione della capacità lavorativa nel tipo di lavorazione esercitata.

Il decreto legislativo (art. 13) prevede l'indennizzo in capitale delle menomazioni dal 6 al 15% in base a "specifica tabella delle menomazioni"; dal 16% il danno è indennizzato in rendita applicando apposita "tabella indennizzo danno biologico". In questo contesto normativo, l'invalido avrà diritto a un'ulteriore quota di rendita per compensare le conseguenze di carattere patrimoniale e tale quota sarà correlata al grado di menomazione, alla retribuzione e ad un parametro previsto da apposita "tabella dei coefficienti" (cioè indici di determinazione della percentuale di retribuzione da considerare per l'indennizzo del danno patrimoniale), in relazione alla categoria di attività lavorativa di appartenenza dell'assicurato e alla ricollocabilità del soggetto.

Innovazione rilevante è costituita dalla nuova tabella che stabilisce la valutazione medico-legale delle varie menomazioni. Le differenze, rispetto alla tabella precedente, sono infatti numerose e nel complesso davvero sostanziali.

Intanto, le voci previste sono passate da poco più di 60 a quasi 400; in secondo luogo, mentre la tabella allegata al Testo Unico del 1965 prevedeva voci riferite quasi esclusivamente a menomazioni degli arti e dei principali organi di senso, quella nuova prende in considerazione anche le condizioni permanenti di organi ed interi apparati, prevedendo quindi indicazioni e modalità valutativa anche per le malattie professionali. Ma, soprattutto,

proprio perché riferita al danno biologico e non più alla capacità lavorativa, sono profondamente variati i valori delle menomazioni che risultano, in moltissimi casi, inferiori a quelli tabellati in precedenza.

La valutazione complessiva del danno alla persona del lavoratore, mentre da un lato sottolinea la tutela privilegiata che viene riconosciuta ai danni da lavoro, dall'altra fornisce una garanzia della copertura assicurativa tale da non giustificare per l'avvenire le azioni di risarcimento in sede civile. Un ripristino quindi, del principio dell'esonero della responsabilità civile del datore di lavoro, che deve trovare un'ulteriore soluzione adeguata anche nella revisione dell'Istituto della "azione di regresso".

L'infortunio in itinere

Altro argomento, affrontato e regolato dal decreto, è la definitiva disciplina legislativa per la tutela dell'infortunio in itinere, cioè del sinistro che può accadere al lavoratore mentre dalla propria abitazione si reca al lavoro e viceversa.

Questa disciplina è stata formulata in modo da recepire i principi giurisprudenziali consolidati in materia. La tutela è finalmente completa ed esclude soltanto i casi di interruzione o deviazione non necessitate, gli infortuni cagionati direttamente dall'uso non terapeutico di alcolici, psicofarmaci e allucinogeni e quelli occorsi ai conducenti privi di abilitazione alla guida.

Questa nuova disciplina ha inoltre il pregio di non gravare, perlomeno in modo diretto, sui premi della singola azienda; il costo complessivo di questi infortuni non viene incluso, infatti, negli oneri addebitabili all'azienda, evitando l'appesantimento dei bilanci relativi alle singole posizioni assicurative, ma è "spalmato" sulla platea generale degli assicuranti, contenendo, in modo assai significativo, gli effetti sull'andamento infortunistico della singola azienda.

Le malattie professionali

La riforma detta una nuova disciplina relativamente alle malattie professionali, prevedendo l'aggiornamento della "tabella" di legge con frequenza più ravvicinata, ma prevedendo anche una lista delle "malattie di probabile e di possibile origine lavorativa" da tenere sotto osservazione per la revisione ravvicinata della tabella ufficiale. Viene previsto inoltre, nell'ambito della banca dati INAIL, l'isti-

tuzione del registro nazionale delle malattie causate dal lavoro ovvero correlate al lavoro.

La riabilitazione, il reinserimento e la prevenzione

La riabilitazione deve essere intesa come un processo che consenta alla persona di raggiungere il miglior livello di vita possibile sul piano fisico, funzionale ed emozionale, per cui si deve fare riferimento non solo agli aspetti strettamente clinici e alla terapia fisico-strumentale, ma anche a quelli psicologici e sociali.

Il reinserimento nella vita sociale e lavorativa deve essere privilegiato rispetto all'assistenza; la valutazione della persona nel suo insieme, ovvero la valorizzazione e il potenziamento delle "capacità residue" deve superare la concezione della valutazione del danno come puro indennizzo economico. In questa logica sono pertanto previsti specifici finanziamenti:

- dei progetti formativi mirati a dare ai soggetti, concluso l'intervento clinico-terapeutico, ulteriori risposte riabilitative e tecnologiche che consentano il raggiungimento di un elevato grado di autonomia attraverso il miglior utilizzo e la valorizzazione delle capacità residue, finalizzate al recupero sociale e occupazionale del disabile fino a trasformarlo da elemento passivo a soggetto attivo e protagonista della propria integrazione;
- dei progetti per l'abbattimento delle barriere architettoniche.

Nel decreto legislativo sono previste iniziative, intese a migliorare la prevenzione per la sicurezza e per la salute nei luoghi di lavoro, in favore delle piccole e medie imprese, artigianali e agricole, al fine di consentire loro un più agevole adeguamento alla normativa di sicurezza e igiene sul lavoro di cui al D.Lgs. 626/1994 e successive modifiche e integrazioni.

Inoltre dal 1 luglio 2003, con l'emanazione della Legge finanziaria 2003 (Legge 27 dicembre 2002, n. 289 - articolo 51) è divenuto effettivo l'obbligo di assicurazione per gli sportivi dilettanti tesserati in qualità di atleti, dirigenti e tecnici alle Federazioni nazionali. Tutti gli enti di promozione sportiva, le associazioni delle varie discipline sono dunque obbligati ad assicurare i propri iscritti. Tale obbligo assicurativo riguarda i casi di infortunio avvenuti in occasione e a causa dello svolgimento delle attività

sportive, dai quali sia derivata la morte o una inabilità permanente. La proposta di legge originaria prevedeva che l'obbligo assicurativo dovesse essere assolto unicamente presso la Cassa di previdenza per l'assicurazione degli sportivi - SPORTASS. Successivamente invece, in seguito al dibattito parlamentare, tale soluzione è stata superata a favore di una soluzione aperta. La modifica era frutto di una scelta non casuale, diretta a favorire la concorrenza e la libertà di scelta dell'assicurato. Dopo questo significativo passo in avanti, ne è stato però, successivamente, compiuto uno nell'opposta direzione.

Nella Legge Finanziaria per il 2004 è stata inserita una modifica all'art. 51 della legge n.289/2002, con il quale viene demandato al Ministro per i beni e le attività culturali di emanare un decreto per stabilire "le modalità tecniche per l'iscrizione all'assicurazione obbligatoria presso l'ente pubblico di cui al decreto del Presidente della Repubblica 1° aprile 1978, n. 250 (SPORTASS), nonché i termini, la natura, l'entità delle prestazioni e i relativi premi assicurativi".

L'interconnessione nel sistema complessivo del Welfare State

Il sistema viene organizzato sempre più nell'ambito dell'interconnessione nel concetto complessivo del Welfare State ed in sempre più stretto raccordo con le funzioni di altri Enti. Notevole è il raccordo col sistema sanità, raccordo già previsto dal T.U. rispetto all'onere economico delle prestazioni terapeutiche, ed oggi rivolto ad un concetto di cura comprendente, accanto alla guarigione clinica, pure il recupero lavorativo e sempre più anche psicologico e sociale del lavoratore infortunato.

Anche il collegamento con l'INPS è ampio e finalizzato alla semplificazione degli adempimenti burocratici dell'utente, sia esso il lavoratore assicurato o il datore di lavoro assicurante. Ulteriori esempi, in questo senso, oltre all'inquadramento tariffario, sono:

- i controlli ispettivi, i quali da molto tempo vedono uno stretto collegamento INAIL - INPS;
- i Comitati INPS - INAIL per la determinazione della competenza all'indennizzo;
- il pagamento delle rendite INAIL, che già dall'anno 2000 avviene materialmente da parte dell'INPS (l'erogazione naturalmente è disposta dall'INAIL sulla base della normativa infortunistica e con onere a carico del relativo bilancio).

Unipol Assicurazioni S.p.A., Bologna

Dott. Federico Corradini

In sempre più numerose realtà vi sono inoltre sportelli unici o comunque strutture comuni tra i due Enti.

La riforma si inserisce dunque pienamente nella realizzazione di un sempre più pieno e completo meccanismo di WELFARE STATE, tendente alla piena attuazione del dettato costituzionale.

Assicurazione obbligatoria pubblica e mercato assicurativo privato in Italia.

Il dibattito sulla legittimità della posizione di "monopolista" dell'Inail si accende nel novembre 1998, con la denuncia inviata all'Autorità Antitrust da parte di Abi, Ania, Confagricoltura, Confartigianato, Confcommercio e Confindustria.

L'Autorità Garante della Concorrenza e del Mercato, dal canto suo, conviene con tale tesi, ritenendo che l'attività dell'Inail sia "comparabile a quella che le imprese private del settore svolgono in regime di concorrenza".

Sulla questione, nel luglio 1999, si registra l'autorevole parere della Commissione Bicamerale di controllo sull'attività degli Enti Previdenziali la quale afferma che, "pur restando radicata alla logica assicurativa, la tutela previdenziale antinfortunistica è volta a garantire mezzi adeguati alle esigenze di vita - ai sensi dell'art. 38 secondo comma, della Costituzione - per ovviare alla situazione di bisogno derivante da eventi protetti, a prescindere dalle responsabilità del datore di lavoro".

Affermando con chiarezza la distanza della propria posizione da quella, favorevole ai ricorrenti, già espressa precedentemente dall'Antitrust, la Commissione precisa che l'Autorità in questione "da un lato trascura le attività dell'Inail diverse dall'assicurazione antinfortunistica (quali la prevenzione, nonché la cura, la riabilitazione e il reinserimento lavorativo e sociale del lavoratore infortunato e tecnopatico), mentre, dall'altro, considera estranee all'attività economica d'impresa, alcune garanzie che vengono offerte dalla stessa assicurazione antinfortunistica (quali la misura minima e "l'automaticità delle prestazioni", la copertura di attività ad elevato rischio a condizioni non eccessivamente onerose)".

Sulla materia si aggiunge, inoltre, l'indirizzo giurisprudenziale della Corte di Giustizia Europea che pone nel principio di "solidarietà" il più importante indice di differenziazione tra regimi di previdenza sociale e imprese. I primi, infatti, devono imporre un'iscrizione obbligatoria proprio per consentire un equilibrio finanziario (che non sarebbe

altrimenti raggiungibile con il solo esclusivo collegamento tra rischio singolo e premio individuale) e proprio per questo, non essendo tecnicamente qualificabili come "imprese", sono esclusi dai divieti comunitari in materia di abuso di posizione dominante.

Sulla base di queste affermazioni si rafforza la tesi che la gestione del sistema dell'assicurazione obbligatoria dovrebbe essere affidata ad un soggetto pubblico, o che, comunque, le particolarità dell'assicurazione contro gli infortuni sul lavoro dovrebbero valere da sole ad escludere una "apertura" del comparto assicurativo a soggetti diversi dall'Ente pubblico. Troppo ampia, infatti, è la tutela prevista dalla legge per il lavoratore perché se ne possa far carico l'impresa di assicurazione che proprio perché privata dispone di capitali limitati, la quale vede nel rapporto "premi /sinistri" l'imprescindibile principio di gestione in conseguenza del quale potrebbe non risultare profittevole - soprattutto di fronte all'attualità del rischio ed all'incremento che lo stesso fa registrare in questi ultimi anni - farsi carico di rischi così generici e potenzialmente illimitati. Cosa tipica del capitale pubblico.

Se l'impresa in questione volesse comunque rincorrere tali prospettive di business, probabilmente il premio da pagare da parte del datore di lavoro potrebbe risultare più alto rispetto a quella oggi praticato dall'Ente pubblico. E questo per almeno due ragioni:

- il diverso livello di "break-even" dell'Ente rispetto all'impresa assicurativa, con l'impossibilità, per quest'ultima, di azionare il meccanismo della revisione al ribasso delle tariffe di fronte all'entrata sul mercato di nuovi soggetti in qualità di gestori, stante la rigidità di taluni costi aziendali (imposizione fiscale, costi strutturali, costi per l'approntamento della rete agenziale, costi pubblicitari, ecc.);
- tra le "rigidità" di cui sopra, quella che più contraddistingue la struttura del soggetto pubblico rispetto a quello privato è l'assoggettamento di quest'ultimo ad una serie di "obblighi di vigilanza", tra i quali spicca quello della detenzione di specifiche riserve (premi, sinistri, matematiche, ecc.) il cui peso in bilancio - se non altro in termini di mancato introito da investimento - non è del pari rilevabile nei conti del "concorrente" pubblico.

Il monopolio pubblico, quindi, trova la sua ragion d'essere, oltre che nel precetto costituzionale (art. 38), anche nella possibilità di ripartire i rischi su una platea di soggetti

molto più ampia rispetto a quella che risulterebbe da una liberalizzazione del settore. Questo permette all'Inail di praticare delle tariffe che sono competitive rispetto a quelle offerte dalle assicurazioni private (si calcola che i premi da corrispondere all'Inail siano inferiori mediamente da un terzo fino ad un decimo rispetto a quelli da versare alle assicurazioni private).

Le statistiche ed i dati messi a disposizione dall'INAIL negli ultimi anni, sembrano confermare gli scenari sopra evidenziati.

Innanzitutto le percentuali di indennizzati denotano una "sinistrosità" in tendenziale crescita, probabilmente incompatibile con una misurata e prudente gestione privatistica del sistema assicurativo.

Merita inoltre considerazione il dato che evidenzia come, annualmente, viene recuperato per "azioni di regresso" nei confronti di datori di lavoro resisi responsabili di violazioni alla normativa sulla sicurezza, meno dell'1 per cento del valore complessivo degli indennizzi erogati.

Tutti elementi questi di evidente criticità per le imprese profit-oriented che, sempre secondo le elaborazioni dell'Istituto, nel caso si verificasse la "liberalizzazione" sarebbero costrette ad addebitare all'eventuale cliente premi certamente superiori a quelli versati attualmente dai datori di lavoro.

L'assicurazione degli infortuni sul lavoro in Europa

La tutela degli infortuni lavorativi nei vari paesi europei può essere, in estrema sintesi, così riassunta.

Austria: affidata a quattro istituti pubblici distinti per settore economico riuniti in un unico "ombrello" (Sozial Versicherung).

Belgio: l'assicurazione infortuni sul lavoro fa parte delle prestazioni sociali, la cui gestione è stata affidata ad assicuratori privati sotto la supervisione delle autorità pubbliche a partire dal 1903.

Danimarca: la gestione dell'assicurazione infortuni sul lavoro avviene attraverso l'assicurazione privata. Opera comunque un sistema misto nel quale l'invalidità temporanea è coperta dal sistema sanitario nazionale e l'invalidità permanente è coperta dalle assicurazioni private (gestiscono la raccolta dei contributi e il pagamento delle prestazioni

previa decisione della National Board of Industrial Injuries).

Finlandia: la gestione dell'assicurazione infortuni sul lavoro è affidata agli operatori privati (ad esclusione di quella a favore dei dipendenti pubblici e dei coltivatori). Gli assicuratori privati gestiscono la raccolta dei contributi e il pagamento delle prestazioni (comprese le spese di riabilitazione e la corresponsione di una diaria per lo stesso periodo).

Francia: la copertura infortuni sul lavoro è garantita dal sistema pubblico. L'assicurazione privata risulta complementare benchè essa sia parte integrante della gestione della copertura garantita ai lavoratori non dipendenti e ai coltivatori.

Germania: affidata a casse di diritto privato pariteticamente gestite da imprenditori e lavoratori (BG) articolate per settore e territorio, sotto controllo del Sistema pubblico.

Grecia: affidata al Sistema pubblico di sicurezza sociale per le lesioni permanenti; all'assicurazione malattia per l'incapacità temporanea.

Irlanda: affidata al Department of Social Security and Family Affairs (Ministero della previdenza sociale). Le prestazioni sanitarie sono erogate dal Servizio Sanitario.

Islanda: opera un sistema misto nel quale una copertura base è fornita dal servizio sanitario nazionale mentre il sistema privato garantisce una copertura supplementare attraverso polizze collettive sottoscritte dalle parti datoriali e sindacali.

Lussemburgo: Affidata a un Ente di diritto pubblico a carattere nazionale. Tutela differenziata per l'agricoltura e per tutte le altre attività.

Norvegia: l'assicurazione infortuni sul lavoro è completamente privatizzata. Il profilo di copertura base è comunemente definito per legge. Esiste comunque un legame con il sistema pubblico in quanto l'assicurazione privata copre soltanto le perdite pecuniarie direttamente collegate all'infortunio. La misurazione dell'entità degli infortuni è standardizzata e parte delle prestazioni sono commisurate al reddito.

Paesi Bassi: non esiste regime assicurativo separato per i danni da lavoro. I Rischi professionali rientrano nell'as-

Unipol Assicurazioni S.p.A., Bologna

Dott. Federico Corradini

sicurazione generale per malattia e per l'assicurazione invalidità.

Portogallo: il sistema obbligatorio infortuni sul lavoro è gestito dal settore privato; alla Cassa nazionale di assicurazione contro le malattie professionali per le tecnopatie.

Regno Unito: affidata al Department of Social Security (Ministero della Sicurezza Sociale) ed a un complesso sistema di Casse private.

Spagna: Affidata a un sistema pubblico integrato di sicurezza sociale e a mutue di datori di lavoro.

Svezia: opera un sistema misto nel quale una copertura base è fornita dal servizio sanitario nazionale mentre il sistema privato garantisce una copertura supplementare attraverso polizze collettive sottoscritte dalle parti datoriali e sindacali.

Un possibile scenario: il sistema misto.

Tutto ciò premesso, non si deve comunque ritenere incompatibile la prospettiva di un sistema dell'assicurazione contro gli infortuni sul lavoro di tipo misto visti anche gli esempi concreti che provengono da molti paesi Europei.

Già adesso molte imprese italiane hanno in essere rapporti assicurativi privati con riguardo alla cosiddetta "assicurazione contro la responsabilità civile", quella, per intenderci, che copre i danni eventualmente derivanti a terzi dall'esercizio dell'attività d'impresa.

Nel periodo di massimo dibattito sulla questione, la stessa ANIA, in uno scritto del suo Presidente su "Il Sole 24 Ore", aveva ammesso che l'assicurazione contro gli infortuni sul lavoro presenta talune specificità anche rispetto alle altre assicurazioni sociali:

- il "riconoscimento costituzionale" della tutela della salute del lavoratore;
- la commisurazione al "relativo rischio" della contribuzione degli imprenditori;
- l'importanza - in tale comparto - di concetti quali quelli della "prevenzione" e della "riabilitazione degli infortunati".

Tutti concetti, questi, non incompatibili con un sistema, per l'appunto, "misto", che veda la contemporanea assicura-

bilità presso il soggetto pubblico e quello privato di rischi infortunistici.

Ciò si può realizzare conservando un ruolo all'Inail - di autorità di vigilanza e prevenzione sul comparto, nonché di fornitura dell'assicurazione minima obbligatoria - e creando per le imprese assicurative "l'assicurazione integrativa" contro gli infortuni sul lavoro.

Si salvaguarderebbero così, probabilmente, i rispettivi ruoli, senza negare pertanto al "privato" lo spazio che merita, perseguendo l'obiettivo comune di migliorare un sistema - come quello dell'assicurazione del lavoratore con un occhio sia alla libertà del mercato che, ovviamente, alla tutela effettiva del cittadino che lavora.

Nemmeno la Commissione parlamentare, nel più volte citato documento, si è infatti lasciata andare alla più totale intransigenza, ed ha anzi auspicato una "rivisitazione del nostro sistema di tutela antinfortunistica", accompagnata da una "valutazione delle attuali ipotesi di espansione del ruolo dell'Inail".

Pertanto pur dichiarando con forza il nostro convincimento che l'INAIL debba legittimamente continuare a svolgere il suo ruolo nella società di assicurazione di Stato che offre una tutela di base, anche se limitata, riteniamo altrettanto opportuno che gli infortuni siano tutelati anche dalle Compagnie Assicuratrici in un regime di libera concorrenza.

A tal fine si potrebbe pensare sin da ora ad elaborare un apposito prodotto assicurativo finalizzato ad integrare e non sostituire la copertura obbligatoria che dovrà avere, a nostro avviso, i seguenti requisiti:

- prevedere la copertura anche degli infortuni meno rilevanti, pur mantenendo piccole franchigie (3/5 punti) che sono indispensabili per il contenimento del costo per l'assicurato;
- possibilità di estendere la copertura anche agli eventi che non abbiano stretta correlazione con l'attività lavorativa e ricomprendere tutti gli eventi che possano avvenire nell'arco delle 24 ore;
- possibilità di completare l'offerta includendo altre prestazioni, come ad esempio garanzie relative al settore delle malattie, della responsabilità civile per danni che l'Assicurato o i suoi familiari possono causare a terzi, dei furti, delle rapine e degli scippi che si possono subire sia in casa che fuori;
- "modernizzare" la proposta con nuovi tipi di rimborsi

spese e di servizi pensati ad hoc per questi soggetti: rimborso delle spese legali per la tutela attiva dei propri diritti, rimborso delle spese per ovviare ad eventuali danni estetici, rimborso delle spese per cure psicologiche sostenute a seguito di aggressione diretta alla persona.

Per quanto riguarda i "servizi" si possono individuare prestazioni di "assistenza" e di "prevenzione". Il nostro Gruppo dispone di una Compagnia specializzata (Unisalute) che già svolge attività finalizzate alla sicurezza negli ambienti di lavoro (visite mediche ed accertamenti ex Legge 626) e tramite la propria Centrale Operativa può offrire servizi di vario tipo come la consulenza medica anche telefonica, assistenza medica ed infermieristica domiciliare, reperimento di una colf.

Questa nostra ulteriore proposta di contributo alle problematiche discusse in questi giorni può concretizzarsi in tempi molto rapidi con la realizzazione di un prodotto contenitore delle diverse idee che sono emerse da questa mia esposizione.