

In caso di malattia o infortunio...  
cosa succede?



Risparmio e vulnerabilità

**+INFORMATI +PROTETTI**



## Brevi informazioni di contesto

*Nel corso della propria vita lavorativa si possono verificare episodi di malattia e/o infortuni che, a seconda della gravità e della tipologia di attività lavorativa svolta, possono influire negativamente sulla situazione economica familiare. La Costituzione italiana all'art. 38 prevede che "i lavoratori hanno diritto che siano preveduti ed assicurati mezzi adeguati alle loro esigenze di vita in caso di infortunio, malattia, invalidità e vecchiaia, disoccupazione involontaria. Ai compiti previsti in questo articolo provvedono organi ed istituti predisposti o integrati dallo Stato".*

Su tale previsione costituzionale si fonda il sistema delle assicurazioni sociali obbligatorie, il cui scopo è quello di predisporre una tutela rivolta sia ai lavoratori subordinati, sia ai produttori di redditi da lavoro autonomo e libero professionale, ovvero ai loro superstiti, nel momento in cui sorge il bisogno di disporre di mezzi adeguati per far fronte a eventi come la vecchiaia, l'invalidità, la malattia, la disoccupazione involontaria e l'infortunio, ovvero la morte.

Nel sistema vigente, la gestione delle forme di previdenza obbligatoria è affidata, da una parte all'INPS, che assicura la maggior parte dei lavoratori dipendenti del settore privato e pubblico e i collaboratori; dall'altra, agli Enti di previdenza dei liberi professionisti (Casse Geometri, Ingegneri e Architetti...).

Altra forma assicurativa legata al mondo del lavoro è l'assicurazione obbligatoria contro gli infortuni sul lavoro e le malattie professionali gestita dall'INAIL, che ha il compito di assicurare un sostegno in caso di infortunio capitato ai lavoratori dipendenti che svolgono attività sottoposte a tale rischio, di garantire il reinserimento nella vita lavorativa degli infortunati sul lavoro e di sviluppare metodologie di controllo e di verifica in materia di prevenzione e sicurezza.

Accanto alle citate assicurazioni sociali obbligatorie, aumenta la diffusione di polizze malattia e infortuni di natura privata, offerte dalle **realità assicurative** e sottoscritte soprattutto dai liberi professionisti o dai lavoratori autonomi, che non hanno diritto ai cosiddetti "giorni di malattia" garantiti contrattualmente, come nel caso, ad esempio, dei lavoratori dipendenti. Si tratta di strumenti che possono tornare molto utili se servono prestazioni urgenti, specializzate o comunque per non subire perdite economiche a causa della malattia o dell'infortunio.

## Assicurazioni sociali obbligatorie

**Indennità di malattia INPS.** È lo strumento che, con regole differenti tra dipendenti pubblici e privati, interviene nei periodi di malattia del lavoratore in sostituzione dello stipendio. È riconosciuta ed erogata dall'INPS quando il lavoratore è vittima di un evento morboso che lo rende incapace temporaneamente di svolgere le normali mansioni lavorative ed è integrata dal datore qualora lo preveda il contratto collettivo.

L'indennità di malattia INPS non è riconosciuta a tutti i lavoratori, sono esclusi ad esempio: *i collaboratori familiari (COLF e Badanti), gli impiegati dell'industria, i dirigenti, i portieri*. Per tali categorie di lavoratori non esistono regole di carattere generale uguali per tutti ma si rimanda ai rispettivi CCNL.

Per ottenere l'indennità di malattia, è necessario che l'infermità venga documentata dal lavoratore all'INPS e al datore di lavoro, mediante apposita certificazione. I certificati medici sono inviati solo per via telematica dal medico o dalla struttura sanitaria pubblica che li rilascia, direttamente all'INPS, che li mette a disposizione dei datori di lavoro, sempre per via telematica.

- **Dipendenti privati.** L'indennità di malattia INPS viene erogata per un periodo non superiore a 180 giorni nell'anno solare (1° gennaio – 31 dicembre). Sono esclusi i primi 3 giorni (*cosiddetto periodo di carenza*) ma i contratti collettivi in generale prevedono a copertura del periodo di carenza l'erogazione del trattamento economico da parte del datore di lavoro, pari alla retribuzione spettante per i giorni di lavoro.

Per calcolare l'importo dell'indennità di malattia si deve innanzitutto individuare la retribuzione lorda percepita nel mese (o 4 settimane) precedenti l'inizio dell'evento (la somma da prendere in considerazione è l'imponibile previdenziale su cui vengono calcolati i contributi dovuti all'INPS) e determinare la Retribuzione Media Giornaliera (i criteri di calcolo differiscono a seconda che si tratti di impiegati o operai).

Ultimo passaggio prima di ottenere l'indennità di malattia è moltiplicare la RMG per una serie di quote percentuali diverse a seconda della durata dell'assenza (50% per le giornate indennizzabili comprese tra il 4° e il 20° giorno di malattia; 66,66% dal 21° al 180° giorno).

L'Inps può predisporre, su richiesta del datore di lavoro o di propria iniziativa, visite di controllo sullo stato di salute del lavoratore ammalato, già fin dal primo giorno di assenza, durante fasce orarie di reperibilità fissate dalle ore 10.00 alle ore 12.00 e dalle ore 17.00 alle ore 19.00 di tutti i giorni compresi le domeniche e i giorni festivi.

**Esempio!** Un impiegato con una retribuzione (imponibile previdenziale) di 2.050 euro, tredicesima di importo annuo pari a 1.300 euro (il cui rateo mensile è pari ad euro 108,33) e quattordicesima di importo annuo pari a 1.300 euro (il cui rateo mensile è pari ad euro 108,33) avrebbe una RMG (retribuzione media giornaliera) pari a 86,07 euro.

Se la malattia ha una durata di 15 giorni di calendario e le giornate indennizzabili sono 10, l'indennità sarà pari a:  $(86,07 * 50\%) * 10 = 430,35$  euro.

- **Dipendenti pubblici.** Per quanto riguarda i dipendenti pubblici ci sono delle regole differenti e la malattia viene pagata per 180 giorni, bensì per 18 mesi. Nei primi 9 mesi di assenza, il lavoratore ha diritto al 100% della retribuzione. Nei tre mesi successivi, quindi dal 10° al 12°, gli spetta un'indennità pari al 90% della retribuzione. Dal 13° al 18° mese, infine, l'indennità si abbassa al 50% dello stipendio, mentre per dal 18° mese in poi non gli spetta alcunché.

Il lavoratore, in caso di malattie particolarmente gravi, può richiedere ulteriori 18 mesi di conservazione del posto di lavoro senza retribuzione.

Per ricevere l'indennità di malattia il dipendente deve farsi rilasciare il certificato dal medico curante, sarà questo a trasmetterlo per via telematica all'INPS. Il lavoratore che si assenta per malattia ha l'obbligo di essere reperibile negli orari delle visite fiscali fissati dalle attuali normative, presso l'indirizzo indicato nel certificato medico (tutti i giorni, inclusi domeniche e festivi, dalle 9:00 alle 13:00 e dalle 15:00 alle 18:00).

**Esempio!** Dipendente cui spetta una retribuzione lorda mensile pari a € 3.000 e che alla data del 10.11.2018 ha cumulato complessivamente nel triennio giorni 277 di malattia.

Sulla sua retribuzione mensile si opererà una decurtazione pari al 10% sui 7 giorni eccedenti i 270 (nove mesi), avendo superato, appunto, di 7 giorni la prima fascia di computo della malattia dal 271° al 360° giorno. In conseguenza di ciò la retribuzione sarà così determinata:

€ 3.000: 26 = € 115,38 (importo lordo giornaliero)

€ 115,38 x 19 = € 2.192,22 (importo lordo al 100% pari a 19 giorni) (A)

€ 115,38 x 90% = € 103,84 (importo lordo giornaliero ridotto al 90%)

€ 103,84 x 7 = € 726,88 (importo lordo pari a 7 giorni ridotto al 90) (B)

(A) + (B) = € 2.192,22 + € 726,88 = € 2.919,10 (Retribuzione lorda spettante).

- **Lavoratori parasubordinati.** L'indennità di malattia spetta a coloro che sono iscritti in via esclusiva alla Gestione separata e per i quali si versa un contributo pari allo 0,72% della retribuzione imponibile destinato a coprire l'esborso INPS per gli eventi di malattia, maternità e assegni familiari (l'onere contributivo è per 2/3 a carico del committente mentre il restante è trattenuto al collaboratore). Nello specifico si tratta di: *collaboratori coordinati e continuativi; liberi professionisti per i quali non è prevista un'apposita cassa previdenziale; venditori a domicilio; lavoratori autonomi occasionali*. Le condizioni per ricevere l'indennità di malattia sono:

**a)** almeno 3 mesi di contribuzione accreditati nella Gestione separata nei 12 mesi precedenti l'inizio del periodo di malattia;

**b)** nell'anno solare che precede quello in cui è iniziato il periodo di malattia il reddito assoggettato a contributi non dev'essere stato superiore al 70% del massimale contributivo annuo (pari per il 2019 ad euro 102.543,00);

**c)** al verificarsi della malattia deve sussistere un rapporto di collaborazione;

**d)** l'evento morboso deve comportare un'effettiva astensione dall'attività lavorativa.

L'indennità spetta per i giorni di permanenza dell'evento morboso nel rispetto di un tetto massimo pari ad 1/6 della durata complessiva del rapporto di lavoro, comunque non inferiore a 20 giorni per anno solare.

**Esempio!** L'importo dell'indennità di malattia si ottiene dividendo il massimale contributivo annuo (per il 2019 pari ad € 102.543) per 365 giorni: € 102.543,00/365 = € 280,94.

All'importo così ottenuto devono essere applicate differenti percentuali a seconda del numero di mensilità di contribuzione (anche non continuative) accreditate nei 12 mesi precedenti l'inizio della malattia. Se i contributi accreditati sono pari o inferiori alle 4 mensilità la percentuale è dell'4%; da 5 a 8 mensilità la percentuale sale al 6%; da 9 a 12 mensilità la percentuale è dell'8%.

Di conseguenza l'indennità giornaliera di malattia riconosciuta a un collaboratore con 10 mesi di contributi accreditati è pari a: 280,94\*8% = € 22,48.

**Indennità di infortunio o malattia professionale INAIL.** L'infortunio è un danno imprevedibile dovuto a una causa violenta, che si manifesta durante l'orario di lavoro oppure in itinere, ovvero nel tragitto di andata o ritorno tra l'abitazione e il posto di lavoro, purché non si effettuino deviazioni del percorso o interruzioni.

L'ente preposto per l'infortunio è l'INAIL. Ogni lavoratore che subisce un infortunio ha l'obbligo di comunicarlo immediatamente al proprio datore di lavoro, anche in caso di lesioni di lieve entità. In base all'entità del danno il lavoratore può recarsi direttamente al Pronto soccorso, dal medico curante oppure dal medico del lavoro dell'azienda, se presente. È importante comunicare le condizioni in cui è avvenuto l'infortunio, l'orario e la dinamica e i danni riportati. Il certificato medico di infortunio viene inviato, per via telematica, al datore di lavoro e all'INAIL.

La malattia professionale, invece, è un'infermità contratta durante lo svolgimento delle proprie mansioni. Quando sussiste il sospetto di una malattia professionale, l'INAIL svolge a sue spese gli esami clinici per verificarne le cause.

Una volta riconosciuto l'infortunio e il nesso diretto con il lavoro, l'INAIL provvede a rimborsare al datore la quota da questi anticipata per conto dell'ente assicurativo stesso, secondo la seguente tabella.

	<b>Infortunio sul lavoro</b>	
<b>Giorni di assenza dal lavoro</b>	<b>Spetta al datore di lavoro</b>	<b>Spetta all'INAIL</b>
Giorno stesso infortunio	100% della retribuzione giornaliera	
Periodo di carenza (2°,3° e 4° giorno)	100% della retribuzione giornaliera	
Dal 4° al 90° giorno successivi all'infortunio	integrazione fino al 100% della retribuzione giornaliera (come stabilito da CCNL)	60% della retribuzione media giornaliera
Dal 91° giorno alla guarigione	integrazione fino al 100% della retribuzione giornaliera (come stabilito da CCNL)	75% della retribuzione media giornaliera

In caso di danni permanenti (danno biologico) si ha diritto a un risarcimento con capitale una tantum nel caso di invalidità permanente fra il 6% e il 15%, mentre per casi di incidenti che comportano danni permanenti riconosciuti superiori al 16% di invalidità, è prevista una forma di rendita vitalizia (pensione).

**Per saperne di più:** [www.inail.it/cs/internet/attivita/prestazioni/infortunio-sul-lavoro.html](http://www.inail.it/cs/internet/attivita/prestazioni/infortunio-sul-lavoro.html)

## Polizze assicurative private

A parte le assicurazioni obbligatorie precedentemente descritte, è possibile stipulare delle polizze private finalizzate a proteggere dalle conseguenze economiche di eventi che, compromettendo lo stato di salute, possono comportare spese mediche più o meno ingenti, da un lato, e impedire all'individuo di svolgere le proprie normali attività, dall'altro.

Si tratta di assicurazioni sulla salute volte a coprire tutte le alterazioni dello stato di salute di un individuo, che presentino le caratteristiche della possibilità e della non volontarietà. Generalmente questi contratti prevedono anche l'automatica copertura delle conseguenze di infortunio nei limiti previsti dalla definizione: "ogni evento dovuto a causa fortuita violenta ed esterna, che produca lesioni corporali obiettivamente constatabili".

**Assicurazioni per il rimborso delle spese mediche.** Offrono la possibilità di ricevere il rimborso delle spese sostenute a seguito di ricovero e intervento chirurgico e in caso di esami diagnostici e altre spese mediche. Tali polizze riguardano sia prestazioni non comprese nel SSN, sia il semplice rimborso per quota di spesa comunque a carico del paziente (ticket), ma anche rimborso di prestazioni comprese nel SSN ma con maggiori livelli di servizio, accesso e qualità.

- **Rimborso spese ospedaliere e interventi chirurgici.** Con questo tipo di polizza è possibile avere rimborsi in forme differenti: *completa*, quando riguarda rimborsi di spese sostenute nei sistemi sanitari privati (cliniche, istituti, ecc.); *integrativa*, quando la compagnia di assicurazione interviene per una serie di spese che l'assicurato sostiene in proprio in quanto non prestate dal SSN; *grandi interventi*, quando la copertura opera nella forma completa, ma limitatamente agli interventi chirurgici previsti da uno specifico elenco; *con franchigia*, quando la copertura opera nella forma completa, ma con applicazioni di franchigia (generalmente dai 1.000 ai 3.000 Euro) e/o con applicazione di massimali per determinate (o per tutte) forme di ricovero e/o intervento.
- **Rimborso visite specialistiche ed esami diagnostici.** È possibile assicurarsi anche per le cure mediche "domiciliari" o "ambulatoriali" e che pertanto hanno come fonte di costo esclusivamente le visite mediche specialistiche e gli esami diagnostici e di laboratorio. Se queste cure sono fornite tramite le strutture del SSN, è prevista l'applicazione di franchigie e/o di scoperti. Allo stesso modo si possono ottenere coperture sanitarie per alcuni esami specialistici, salvo quelli che hanno valenza di controllo volontario e preventivo. Questi, infatti, non presentano carattere di alea in quanto l'effettuazione di visite di medicina preventiva dipende esclusivamente dalla volontà dell'assicurato.

**Assicurazioni indennitarie.** Si tratta di prodotti assicurativi finalizzati a proteggere a livello finanziario l'assicurato dagli impatti derivanti da un infortunio, che sia esso di origine lavorativa o personale, che lo costringa ad un periodo breve o lungo di degenza, o che sia stato assistito in una struttura sanitaria pubblica o privata.

Nasce specialmente per dare un sostegno economico, tramite indennizzo diretto, a coloro che appartengono alle categorie professionali non dipendenti, alle quali una malattia provoca una temporanea sospensione del reddito. In molti casi la polizza sanitaria indennitaria prevede non solo l'indennizzo per i giorni di lavoro persi ma anche un rimborso delle spese sostenute per il ricovero ( "diaria" corrisposta per ciascun giorno di degenza ospedaliera e per un periodo massimo variabile tra 180 e 365 giorni) e per eventuali esami specialistici a cui ci si è sottoposti durante il periodo di malattia. Questo genere di copertura può presentare una franchigia espressa in giorni e in tal caso l'indennizzo corrisponderà al numero dei giorni di ricovero detratta la franchigia (generalmente sono sempre esclusi il giorno del ricovero e il giorno della dimissione).

A questo tipo di copertura è possibile anche affiancare l'indennità giornaliera da apparecchiature gessate. Molte volte, infatti, un'ingessatura - anche un sistema di immobilizzazione di un arto - richiede un periodo di degenza che necessita di esser tutelato.

**Assicurazione contro le malattie gravi.** È dedicata a proteggere l'individuo dai danni economici derivati dal verificarsi di gravi patologie, quali ad esempio: l'infarto del miocardio, il cancro e l'ictus cerebrale, ma anche la cecità, la sclerosi multipla, la malattia di Alzheimer o il morbo di Parkinson.

È possibile procedere alla sottoscrizione della polizza sia in modalità autonoma - quindi con la sola garanzia per il rischio di malattie gravi - sia in abbinamento ad una copertura temporanea in caso di morte.

**Attenzione!** Tutte le polizze che coprono le malattie gravi prevedono dei limiti di età e delle esclusioni.

**Assicurazione per la perdita di autosufficienza (LTC).** La copertura delle polizze *Long Term Care* è prevista in caso di perdita di autosufficienza nel compimento autonomo di funzioni e attività elementari della vita quotidiana - non necessariamente dovuta a malattia o infortunio, ma anche a senescenza - garantendo delle prestazioni in termini di servizi in natura o importi monetari forfettari. Generalmente la perdita di autosufficienza è riconosciuta anche quando all'assicurato è diagnosticata una patologia nervosa o mentale di origine organica, quale il morbo di Alzheimer o altre demenze invalidanti che comportano la perdita delle capacità mentali. La prestazione assicurativa consiste nell'erogazione di una rendita vitalizia - mensile o annua. Alcune assicurazioni offrono agli assicurati anche l'erogazione di prestazioni e servizi di tipo assistenziale (consigli medici telefonici, servizi in natura presso la residenza dell'assicurato, ecc.). Generalmente, la durata delle polizze per la perdita di autosufficienza è a vita intera. Una buona parte delle assicurazioni per la perdita di autosufficienza prevede limiti di età: è infatti prevista sia un'età minima, pari a 18 anni, sia un'età massima al momento della sottoscrizione della copertura, pari a 70 anni.

**Attenzione!** Condizioni patologiche già esistenti al momento del contratto non sono coperte dall'assicurazione LTC. Inoltre, spesso in questa tipologia di contratti risultano esserci anche esclusioni per attività sportive pericolose e in alcuni casi per professioni pericolose.

#### Alcune informazioni

**Cos'è il questionario anamnestico?** È un documento allegato alla polizza che l'assicurato (non semplicemente il contraente) deve dettagliatamente compilare e sottoscrivere e dal quale deve risultare il suo stato di salute come da lui conosciuto. La finalità del questionario è indicare all'assicurazione lo stato del rischio precontrattuale.

**Cos'è il periodo di carenza?** Il periodo di tempo che intercorre fra la stipula del contratto di polizza e la sua effettiva entrata in vigore. Generalmente ha una durata di tre mesi a partire dalla data in cui si stipula il contratto di assicurazione e serve ad evitare che le persone acquistino una polizza quando sono già a conoscenza di un problema di salute che dovranno affrontare. Si tratta di uno strumento utilizzato dalle compagnie assicuratrici per tutelarsi da eventuali frodi e/o speculazioni.

**Cosa sono le esclusioni?** Rappresentano una serie di situazioni nelle quali la polizza non opera. Tra queste, vi possono essere: patologie preesistenti al contratto influenti e volutamente nascoste all'assicuratore; correzione miopia, ipermetropia, astigmatismo; le cure per la correzione o eliminazione di difetti fisici.

Per valutare l'opportunità di concludere il contratto e richiederne l'attivazione della polizza, occorre individuare l'esatto ambito operativo dell'assicurazione.

Per saperne di più: [www.forumaniaconsumatori.it/images/pdf/guida\\_salute\\_2018.pdf](http://www.forumaniaconsumatori.it/images/pdf/guida_salute_2018.pdf)  
[www.educazioneassicurativa.it/](http://www.educazioneassicurativa.it/)

Iniziativa sviluppata nell'ambito del programma **"Più informati, più protetti"**, promosso dal **Forum ANIA Consumatori**, con l'obiettivo di informare e sensibilizzare i consumatori su temi di grande interesse.