

LA TUTELA DELLA MALATTIA

BARI, 17 APRILE 2019

LE ORIGINI

- La tutela per la malattia è stata l'ultima in ordine di tempo ad essere stata disciplinata con l'intervento diretto dello Stato. La tutela contro le malattie comuni, sia per l'assistenza sanitaria che per le prestazioni economiche, è restata per lungo tempo affidata, infatti, all'iniziativa degli interessati.
- Una delle forme in cui l'iniziativa privata si era organizzata in epoca corporativa è stata quella delle **Casse mutue di malattia**, istituite con il contributo dei datori di lavoro e dei lavoratori. Le Casse venivano istituite dalla **contrattazione collettiva corporativa** e dettero luogo ad una estrema frammentazione e diversificazione della disciplina di tutela.

Le ragioni della perdurante assenza di un intervento statale riposano sia nell'impossibilità di prevedere e pianificare i costi di tale tutela, sia nella impossibilità di dilazionarne l'onere nel tempo, come avviene nel sistema pensionistico.

La malattia, inoltre, veniva considerata un episodio estraneo al lavoro prestato dai soggetti protetti, mentre mancava totalmente la percezione dell'importanza della salute quale bene di tutta la collettività.

Infatti, la prima forma di tutela istituita fu quella contro la tubercolosi, in ragione del fatto che essa viene percepita come una malattia sociale.

IL CODICE CIVILE – ART. 2110

Questa era la situazione all'epoca dell'emanazione del **codice civile del 1942**, tuttora vigente; il codice ha previsto all'**art. 2110** l'obbligo del datore di lavoro di erogare la retribuzione o una indennità nell'ipotesi di assenza per malattia.

Questa norma, nel disporre un **intervento finanziario del datore di lavoro**, ha certamente contribuito a far considerare la malattia non più come un evento privato, ma come un evento anche esso connesso con le vicende del rapporto di lavoro. Questa circostanza ha certamente contribuito ad aprire la strada alla regolamentazione della malattia nell'ambito del sistema previdenziale.



LA COSTITUZIONE

La regolamentazione per legge fu operata nel **1943 (l.n. 138)**. La tutela per la malattia venne ricondotta ad un unico ente, l'Istituto nazionale per l'assicurazione contro le malattie (**INAM**). Tale intervento, tuttavia, non valse né a generalizzare la tutela né ad unificare i vari trattamenti originariamente previsti dalle Casse mutue di istituzione contrattuale.

Soltanto con la **Costituzione** la tutela della salute assurge ad un rilievo più alto di quello individuale e diventa valore generale e a portata pubblicistica. L'**art. 32** recita: **“la Repubblica tutela la salute come fondamentale diritto dell'individuo e interesse della collettività”**.

L. N. 833/1978 – SERVIZIO SANITARIO NAZIONALE

Tale legge rappresenta uno dei capisaldi del nostro sistema di sicurezza sociale. Il Servizio sanitario nazionale si pone come direttamente attuativo del precetto costituzionale dell'art. 32.

La riforma sopprime l'INAM, le Casse mutue e le gestioni per l'assistenza di malattia degli altri enti.

Essa realizza la tutela della salute in maniera indifferenziata, generale, con prestazioni uguali per tutti i cittadini e gli stranieri residenti.

La riforma riconnette alla tutela della salute non soltanto la cura delle malattie, ma anche la prevenzione, la riabilitazione degli invalidi e l'integrazione sociale dei soggetti colpiti.



Il carattere generale della tutela della salute affermato nella riforma non ha tuttavia impedito la permanenza delle forme parziali e differenziate di prestazioni economiche, già esistenti prima della riforma, a compensazione dell'assenza dal lavoro per malattia.

Continua, inoltre, a gravare sui lavoratori e sui datori di lavoro l'obbligo contributivo precedentemente di competenza degli enti disciolti. Il compito della gestione delle varie prestazioni economiche è stato attribuito all'INPS.

FINE DEGLI ANNI '90- INIZIO DEL SECOLO

- tentativo – non perfettamente riuscito - di rivitalizzazione dell'originaria gratuità del servizio sanitario
- definitiva **regionalizzazione del SSN**, sia dal punto di vista gestionale che finanziario (v. decentramento amministrativo a quel tempo in atto nel nostro Paese; legge Bassanini n. 59/1997; riforma TIT. V, parte II Costituzione e art. 117 ex l.n. 3/2001)
- rafforzato il ruolo e l'autonomia delle Regioni in ambito sanitario, con conferimento della generalità delle funzioni in materia sanitaria e della responsabilità finanziaria nella gestione del servizio
- rafforzamento del principio della programmazione

Cambiamenti:

- ridimensionamento dei servizi universalmente garantiti a tutti i cittadini
- definizione a priori di **livelli uniformi e minimali di assistenza**; tali livelli minimali sono fissati sulla scorta di parametri prevalentemente economici
- superamento del principio di gratuità della tutela, istituzionalizzando lo strumento della partecipazione alla spesa dei cittadini destinatari delle prestazioni (*tickets*)
- istituzione di fondi integrativi privati sanitari, che si affiancano alla previdenza pensionistica privata e che sono espressione della tendenza sempre più accentuata a affidare compiti in materia di salute anche a soggettività private
- revisione struttura organizzativa, ovvero **piena autonomia delle unità sanitarie locali e degli enti ospedalieri, attraverso la aziendalizzazione di tali enti**, cui si è affiancata la riconduzione dei rapporti di lavoro del personale da essi dipendente sotto la disciplina del diritto privato

Oggi il SSN è il complesso delle funzioni, delle strutture, dei servizi e delle attività destinate alla promozione, al mantenimento e al recupero della salute fisica e psichica di tutta la popolazione senza distinzione di condizioni individuali o sociali e secondo modalità che assicurino l'uguaglianza dei cittadini nei confronti del servizio.

Principi fondamentali:

- GLOBALITA': la tutela si riferisce non solo alla cura delle malattie, ma anche alla prevenzione e riabilitazione.
- UNIVERSALITA' della protezione
- UGUAGLIANZA DI TRATTAMENTO
- PROGRAMMAZIONE (attraverso il piano sanitario triennale predisposto dal Governo, nell'ambito della programmazione economica generale, e deliberato dal Parlamento; a questo si aggiungono i piani sanitari regionali)
- PARTECIPAZIONE DEMOCRATICA DEGLI UTENTI: la partecipazione è intesa come controllo sulla funzionalità delle strutture sanitarie

SSN: I SOGGETTI BENEFICIARI

- In conformità ai principi dell'universalità ed eguaglianza della tutela, soggetti protetti dal SSN sono indifferenziatamente tutti i cittadini.
- Gli stranieri residenti in Italia possono chiedere di essere assistiti dal Servizio sanitario.
- L'assistenza è erogata, a particolari condizioni, anche agli stranieri occasionalmente presenti nel territorio italiano e ai detenuti
- Soltanto i servizi minimi possono dirsi destinati a tutti i cittadini. Mentre le forme differenziate di assistenza (livelli di assistenza superiori a quelli uniformi) saranno fruibili soltanto a pagamento.

SSN: PRESTAZIONI

- diagnosi e cura degli eventi morbosi;
- educazione sanitaria;
- prevenzione delle malattie e degli infortuni negli ambienti di vita e di lavoro (*vaccinazioni, individuazione di fattori di rischio ambientale, controllo dello stato di salute dei lavoratori, ecc.*);
- riabilitazione degli stati di invalidità fisica, psichica o sensoriale;
- igiene alimentare;
- controllo della produzione del commercio e della distribuzione dei farmaci;
- formazione e aggiornamento degli operatori sanitari;
- riequilibrio condizioni socio-sanitarie nel territorio;
- sicurezza del lavoro;
- igiene familiare;
- medicina scolastica e sportiva;
- tutela degli handicappati;
- tutela della salute degli anziani;
- assistenza psichiatrica;
- fornitura delle protesi;
- coordinamento con politiche tutela ambiente

LA TUTELA ECONOMICA DELLE MALATTIE COMUNI

- **Art. 2110. (Infortunio, malattia, gravidanza, puerperio).**

In caso d'infortunio, di malattia, di gravidanza o di puerperio, se la legge [o le norme corporative] non stabiliscono forme equivalenti di previdenza o di assistenza, è dovuta al prestatore di lavoro la retribuzione o un'indennità nella misura e per il tempo determinati dalle leggi speciali, dalle norme corporative, dagli usi o secondo equità.

Nei casi indicati nel comma precedente, l'imprenditore ha diritto di recedere dal contratto a norma dell'art. 2118, decorso il periodo stabilito dalla legge, [dalle norme corporative], dagli usi o secondo equità.

Il periodo di assenza dal lavoro per una delle cause anzidette deve essere computato nell'anzianità di servizio.

ART. 2110 C.C.



MALATTIA: NOZIONE

Per malattia ai fini previdenziali deve intendersi **qualsiasi alterazione dello stato di salute, di durata superiore a tre giorni (*)**, che richieda l'assistenza medica o chirurgica o la somministrazione di mezzi terapeutici.

La giurisprudenza costituzionale ha fatto rientrare in questa definizione di malattia non soltanto una situazione patologica acuta, determinante incapacità lavorativa attuale, ma anche *ogni condizione morbosa che, pur non determinando una inidoneità al lavoro, reclama terapie incompatibili con l'attività lavorativa ed indifferibili al periodo feriale.*

Sono momenti logicamente e cronologicamente separati, disciplinati per il settore privato dalla contrattazione collettiva e per i lavoratori pubblici dal Testo Unico del Pubblico Impiego e dai contratti collettivi.

LA COMUNICAZIONE = conoscenza della malattia

- Il lavoratore ha l'obbligo di giustificare lo stato di malattia attraverso la tempestiva presentazione di **una comunicazione dell'evento**, la quale servirà a **giustificare l'assenza** dal lavoro;

LA CERTIFICAZIONE = prova della malattia

- Il **certificato medico** dimostrerà l'esistenza della **causa giustificativa** e deve essere rilasciato dal **medico curante** * .

* (*fiduciario, scelto dal lavoratore, specialista, medico di accettazione ospedaliera, medico universitario o libero professionista*)

LA MALATTIA: COMUNICAZIONE E CERTIFICAZIONE



LA DOCUMENTAZIONE MEDICA

- **Il certificato di diagnosi:** contenente anche l'indicazione della causa della malattia che dovrà essere trasmesso all'INPS (*), per il diritto all'indennità economica previdenziale.

** A far data dal 1° giugno 2005 il medico è tenuto a trasmettere telematicamente all'INPS il certificato di diagnosi sull'inizio e sulla durata presunta della malattia).*

- **Il certificato attestante la prognosi:** quindi data iniziale e finale che dovrà essere consegnato al datore di lavoro;
- **L'onere dell'invio della certificazione all'INPS esiste anche con riferimento alle malattie di durata inferiore a quattro giorni (per le quali non è dovuto il trattamento previdenziale) per i riflessi in caso di successive ricadute.**



L'INDENNITÀ DI MALATTIA

- E' un'indennità sostitutiva della retribuzione, a carico dell'INPS, che è pagata ai lavoratori a partire dal 4° giorno (**i primi 3 giorni prendono il nome di CARENZA e se la contrattazione collettiva lo prevede, sono a carico del datore di lavoro**);
- Spetta per periodi non superiori a **180 giorni** di calendario;

I destinatari sono:

- la quasi totalità degli **operai** del settore privato e gli **impiegati** del settore Terziario e Servizi (ex commercio);
- **i disoccupati e sospesi** dal lavoro (appartenenti alle categorie sopra indicate) purché il rapporto di lavoro sia cessato o sospeso da non più di 60 giorni prima dell'inizio della malattia;
- per i **lavoratori con contratto a tempo determinato** il diritto all'indennità di malattia cessa in concomitanza con la cessazione del rapporto di lavoro.

Non spetta invece agli impiegati del settore industria; ai quadri (del settore industria e artigianato); ai dirigenti.



L'IMPORTO DELL'INDENNITÀ

L'indennità è pari, per la maggior parte delle categorie:

- al **50% della retribuzione media globale** giornaliera per i primi venti giorni di malattia (**4°-20°**);
- al **66,66% per i giorni successivi della stessa malattia o ricaduta (21°-180°)**;
- per i periodi di ricovero ospedaliero, l'indennità è ridotta ai 2/5, qualora l'interessato non abbia familiari a carico.

(I contratti collettivi possono prevedere che il datore integri anche parzialmente la quota INPS)

- **È generalmente pagata dal datore di lavoro**, il quale anticipa l'importo in busta paga e procede quindi al relativo conguaglio con i contributi mensili dovuti all'INPS

LA VISITA MEDICA DI CONTROLLO

Può essere disposta direttamente da parte dell'INPS o su richiesta del datore di lavoro.

IL Datore di Lavoro:

- Può disporre di visite di controllo esclusivamente servendosi di strutture pubbliche, sono vietati gli accertamenti diretti;
- il controllo domiciliare sarà effettuato entro il medesimo giorno della richiesta, anche se domenicale o festivo, in fasce orarie di reperibilità;

Il lavoratore ammalato:

- deve rimanere a casa a disposizione per eventuali controlli effettuati dai medici dell'INPS, nelle fasce orarie: **dalle 10 alle 12 e dalle 17 alle 19, comprese le domeniche ed i giorni festivi (per i dipendenti pubblici, invece le fasce vanno dalle 9 alle 13 e dalle 15 alle 18)**

ASSENZA AL CONTROLLO

Motivi che giustificano l'assenza al controllo:

- Necessità di eseguire visite generiche urgenti o accertamenti specialistici che non possono essere effettuati in orari diversi;
- Situazioni in cui è necessaria la presenza del lavoratore fuori di casa per evitare di arrecare gravi danni a sé o ad un familiare, ad esempio; partecipazioni ad esami pubblici, ricoveri ospedalieri, gravi infortuni, convocazione da parte delle autorità pubbliche.

L'assenza a visita medica di controllo, se non giustificata, comporterà l'applicazione di sanzioni e quindi la **non indennizzabilità delle giornate di malattia** nel seguente modo:

- per un massimo di 10 giorni di calendario, dall'inizio dell'evento, in caso di 1° assenza a visita di controllo non giustificata;
- per il 50% dell'indennità nel restante periodo di malattia in caso di 2° assenza a visita di controllo non giustificata;
- per il 100% dell'indennità dalla data della 3° assenza a visita di controllo non giustificata.

ASSENZA AL CONTROLLO: SANZIONI



PERIODO DI COMPORTO

- Il lavoratore durante la malattia ha diritto alla **conservazione del posto**
- **La durata massima è comunque fissata dalla contrattazione collettiva ed al suo superamento il datore di lavoro avrà la facoltà di licenziare il lavoratore con un atto di recesso che deve essere tempestivo**

N.B. Il recesso sarà comunque illegittimo se la malattia sia stata causata in tutto o in parte dalla nocività delle mansioni svolte o dell'ambiente di lavoro. La prova spetta comunque al lavoratore (*Cassazione 10/04/96 n.3351*).

LA MALATTIA NEL LAVORO PUBBLICO: IL COMPORTO

Viene diversamente regolato il periodo di comportamento:

- **Un anno e mezzo (18 mesi) frazionabile:** Il dipendente ha diritto a mantenere il posto di lavoro; la retribuzione però dipende dalla lunghezza del periodo di assenza.
- **Un ulteriore anno e mezzo (18 mesi):** non è retribuito e non è frazionabile; di conseguenza, se il dipendente pubblico si ammala e guarisce prima dei 18 mesi non può tornare al lavoro. Dal suo rientro, si applicheranno nuovamente le regole generali.

Viene diversamente regolata anche l'indennità economica relativa all'assenza per malattia che corrisponde a:

- Il 100% dello stipendio per i primi 9 mesi di assenza;
- Il 90% dello stipendio per i tre mesi successivi;
- Il 50% dello stipendio per i sei mesi successivi.

(I successivi 18 mesi non prevedono alcun riconoscimento economico)

**LA MALATTIA NEL LAVORO PUBBLICO:
IL TRATTAMENTO ECONOMICO**



IL FINANZIAMENTO DEL TRATTAMENTO DI MALATTIA

I contributi, pagati da datore di lavoro e lavoratori, per la tutela economica di malattia sono determinati in una misura percentuale della retribuzione imponibile degli aventi diritto alle prestazioni.

La quota di contribuzione si attesta attorno al 2.5%, ma può essere aumentata con decreto ministeriale.

CURE TERMALI

- Le patologie che possano trarre beneficio da cure termali sono elencate da **un decreto del Ministero Sanità (d.m. 12.8.1992)**; solo in questo caso gli oneri saranno a carico della finanza pubblica (art. 16 l.n. 412/1991)
- Prestazioni termali possono essere fruite dal lavoratore anche al di fuori dei congedi ordinari e delle ferie annuali esclusivamente per la terapia o riabilitazione relative ad affezioni o patologie per la cui risoluzione sia giudicato determinante **un tempestivo trattamento**, motivatamente prescritto da un medico specialista della Asur

LA TUTELA OBBLIGATORIA CONTRO LA TUBERCOLOSI

- La tutela economica contro la TBC, istituita nel 1927, è erogata dall'assicurazione obbligatoria contro la TBC, gestita dall'INPS.
- Le relative prestazioni sanitarie sono di competenza del Servizio sanitario nazionale.
- Essendo fortemente diminuita la gravità sociale del morbo, il relativo contributo assicurativo è stato fiscalizzato con assunzione del relativo onere finanziario da parte dello Stato.
- Sono assicurati tutti coloro che hanno compiuto 14 anni di età e che prestano opera retribuita alle dipendenze di terzi; (nonché i loro familiari); sono eccettuati dalla tutela i dipendenti dello Stato e degli enti locali, salvo che prestino la loro opera presso istituzioni sanitarie pubbliche

- La tutela economica viene erogata a condizione che il soggetto colpito da TBC risulti:
 - ricoverato in un luogo di cura o fruiscia della cura ambientale o domiciliare.
 - abbia un anno di assicurazione e di contribuzione.

- **Le prestazioni economiche comprendono**
 - a) **L'indennità giornaliera di ricovero;**
 - b) **L'indennità post-sanatoriale** (*per un periodo di due anni dalla data di cessazione dell'indennità giornaliera, in caso di guarigione o di stabilizzazione clinica, purché il ricovero o la cura ambulatoriale abbiano avuto una durata di almeno due mesi*)
 - c) **L'indennità giornaliera per cura ambulatoriale**, erogata per cure ambulatoriali, seguite da stabilizzazione, che abbiano avuto durata non inferiore ai due mesi;
 - d) **L'assegno mensile di cura e sostentamento** (biennale e rinnovabile) per una invalidità superiore alla metà della capacità di guadagno