

IL RICONOSCIMENTO DELLE MALATTIE PROFESSIONALI NEI PAESI DELL'UNIONE EUROPEA

1. Il quadro europeo

La Comunità europea e gli Stati membri hanno come obiettivi il miglioramento delle condizioni di vita e di lavoro dei lavoratori europei, obiettivi che la Comunità persegue sostenendo e completando l'attività degli Stati membri nel miglioramento dell'ambiente di lavoro, per proteggere la sicurezza e la salute dei lavoratori.

A tal fine, il Consiglio dell'Unione Europea può adottare misure che incoraggino la cooperazione tra Stati membri, ad esclusione di qualsiasi armonizzazione delle disposizioni legislative e regolamentari dei medesimi, e direttive recanti le prescrizioni minime applicabili progressivamente, tenendo conto delle condizioni e normative tecniche esistenti in ciascuno Stato membro; misure e direttive che “non compromettono la facoltà riconosciuta agli Stati membri di definire i principi fondamentali del loro sistema di sicurezza sociale e non devono incidere sensibilmente sull'equilibrio finanziario dello stesso” (artt. 136-137 del Trattato consolidato istitutivo dell'Unione Europea e delle Comunità Europee).

Sempre per il conseguimento degli obiettivi sopra menzionati, la Commissione Europea incoraggia la cooperazione tra gli Stati membri e facilita il coordinamento della loro azione in tutti i settori della politica sociale, in particolare nelle materie riguardanti la protezione contro gli infortuni e le malattie professionali (art. 140 del Trattato consolidato istitutivo dell'Unione Europea e delle Comunità Europee).

Le direttive, provvedimenti vincolanti per gli Stati membri, possono essere emanate per il miglioramento dell'ambiente di lavoro, per proteggere la sicurezza e la salute dei lavoratori, ma devono contenere solo prescrizioni minime applicabili progressivamente e non incidere sui principi fondamentali dei sistemi di sicurezza sociale dei singoli Stati membri, i quali conservano il proprio diritto di determinare l'organizzazione e il finanziamento dei loro regimi nazionali di sicurezza sociale, i tipi di prestazioni e le condizioni per la loro erogazione.

Il diritto comunitario prevede quindi solo il coordinamento dei vari sistemi nazionali di sicurezza sociale; può imporre alcune regole e principi allo scopo di garantire che l'applicazione dei diversi sistemi nazionali di sicurezza sociale non leda i cittadini dell'Unione europea che esercitano il proprio diritto alla libera circolazione all'interno della stessa e contribuire al miglioramento del loro livello di vita e delle loro condizioni d'occupazione, ma non può “standardizzare” i diversi regimi nazionali né sostituirli con un “sistema europeo” ⁽¹⁾.

(1) La libera circolazione dei lavoratori rientra tra i diritti di cui i cittadini dell'Unione europea godono per poter viaggiare e vivere in qualsiasi parte dell'Unione. Ogni paese della UE è libero di determinare il proprio sistema di sicurezza sociale, ma i singoli sistemi devono rispettare il principio fondamentale della parità di trattamento di tutti i cittadini europei a prescindere dalla loro nazionalità.

Già il Trattato di Roma del 1957, istitutivo della Comunità Economica Europea, prevedeva l'obbligo per il Consiglio della Cee di adottare tutte le misure necessarie a garantire la libera circolazione dei lavoratori nell'ambito comunitario favorendo in particolar modo l'introduzione di un sistema di coordinamento tra legislazioni nazionali di sicurezza sociale (art. 51) ed, infatti, venivano adottati in materia i Regolamenti n. 1408 del 1971 e n. 574 del 1972 entrati in vigore il 1° ottobre 1972 e tuttora vigenti, applicabili agli attuali 25 Paesi membri oltretutto, nell'ambito dell'Accordo sullo Spazio economico europeo del 2 maggio 1992, alla Norvegia, all'Islanda e al Liechtenstein ed anche alla Svizzera

La salute e la sicurezza sul lavoro rappresentano uno degli aspetti più importanti della politica dell'Unione europea relativa all'occupazione e agli affari sociali, in quanto costituiscono elementi essenziali per rafforzare la competitività e la produttività delle imprese e contribuiscono all'efficienza dei sistemi nazionali di sicurezza sociale, dal momento che il miglioramento dei risultati in materia di salute e sicurezza sul lavoro si traducono in una riduzione dei costi connessi agli infortuni, agli incidenti e alle malattie e in una maggiore motivazione dei lavoratori.

Nel corso degli ultimi decenni, grazie all'adozione e applicazione di una vasta normativa comunitaria in materia di salute e sicurezza sul lavoro ⁽²⁾, le condizioni di lavoro all'interno della UE sono migliorate e sono stati altresì fatti dei progressi per ciò che riguarda la riduzione degli infortuni e le malattie professionali.

La politica sociale della UE in materia di salute e sicurezza sul lavoro si esplica anche attraverso la collaborazione della Commissione europea con l'Agenzia europea per la salute e sicurezza sul lavoro (OSHA)⁽³⁾ e la European Foundation for the Improvement of Living and Working

in seguito all'accordo con la UE del 2002. Il 29 aprile 2004 è stato poi adottato il Regolamento CE n. 883 del 2004 relativo al coordinamento dei sistemi di sicurezza sociale che ha parzialmente abrogato i regolamenti sopra menzionati. Nel luglio scorso, il Consiglio e il Parlamento europeo hanno adottato un pacchetto legislativo per l'aggiornamento della legislazione in materia di coordinamento dei sistemi di sicurezza sociale che entrerà in vigore a maggio 2010. Per maggiori informazioni consultare <http://ec.europa.eu/social/> - diritti di sicurezza sociale.

⁽²⁾ In materia di salute e sicurezza sul lavoro, la direttiva quadro è la Direttiva 89/391/CEE del 12 giugno 1989, concernente l'attuazione di misure volte a promuovere il miglioramento della sicurezza e della salute dei lavoratori durante il lavoro, sia in ambito pubblico che privato. Tale direttiva è stata seguita da numerose direttive su temi più specifici che coprono un'ampia gamma di settori quali le attrezzature di lavoro, l'esposizione ad agenti cancerogeni durante il lavoro, la tutela delle lavoratrici gestanti, la tutela dei lavoratori esposti al rischio di atmosfere esplosive ecc.

I testi di queste direttive, nonché le numerose rettifiche e integrazioni, sono disponibili sul portale Eurolex dell'Unione Europea in cui sono raccolti tutti i testi di riferimento della legislazione comunitaria.

La Direttiva 89/391/CEE è stata recepita in Italia con il D.Lgs. 19.9.1994 n. 626. Dall'emanazione del D.Lgs. 626/1994, il processo di produzione legislativa in materia salute e sicurezza sul lavoro non ha conosciuto soste. Il legislatore italiano si è infatti trovato di fronte ad una notevole produzione normativa di fonte comunitaria, ed ha continuato nel corso degli anni a trasporre nel nostro ordinamento quanto prodotto a livello europeo. Tutto ciò non soltanto ha comportato una produzione normativa che ha aggiornato o integrato le norme già inserite nel D.Lgs. 626/1994, ma ha dato vita ad una serie di discipline settoriali che si sono aggiunte alla disciplina-quadro per garantire la protezione e tutela, soprattutto su base preventiva, dei lavoratori esposti a rischi specifici, ad esempio ad agenti o lavorazioni pericolose. Il progressivo ampliamento del quadro normativo in materia di sicurezza sul lavoro ha fatto emergere l'esigenza di predisporre un testo unico che provvedesse a razionalizzare e riformare la normativa vigente che, caratterizzata da una progressiva integrazione tra previgente diritto interno e disciplina di origine comunitaria, aveva manifestato, oltre che difficoltà applicative per gli operatori, alcuni limiti e manchevolezze.

Tale esigenza ha condotto all'emanazione della legge 3 agosto 2007, n. 12 che ha previsto un'apposita delega in materia di salute e sicurezza sul lavoro allo scopo appunto di razionalizzare e riformare la normativa vigente. In attuazione della delega di cui alla menzionata L. 123/2007 è stato emanato il D.Lgs. 9 aprile 2008, n. 81, "Attuazione dell'articolo 1 della legge 3 agosto 2007, n. 123, in materia di tutela della salute e della sicurezza nei luoghi di lavoro" (pubblicato sulla G.U. n. 101 del 30 aprile 2008) che, pur non assumendo formalmente la natura di "testo unico", nella sostanza opera il riassetto e la riforma della disciplina in materia di salute e sicurezza sul lavoro attraverso il riordino e il coordinamento in un unico testo normativo della medesima disciplina, e completa l'adeguamento all'ordinamento comunitario attraverso il recepimento di alcune direttive comunitarie su specifici aspetti della sicurezza [direttive 2006/25/CE (radiazioni ottiche artificiali) e 2004/40/CE (campi elettromagnetici)].

⁽³⁾ L'Agenzia europea per la sicurezza e la salute sul lavoro, istituita con regolamento (CE) n. 2062/94 del Consiglio, ha il compito, fra l'altro, di fornire agli organi comunitari e agli Stati membri le informazioni obiettive, di carattere tecnico, scientifico ed economico, necessarie per la formulazione e l'attuazione di politiche volte a proteggere la sicurezza e la salute dei lavoratori e di raccogliere e diffondere le informazioni tecniche, scientifiche ed economiche negli Stati membri. In questo contesto, l'Agenzia svolge anche un ruolo importante negli scambi di informazioni, di esperienze e di buone prassi in merito alla prevenzione delle malattie professionali.

Conditions (Eurofound)⁽⁴⁾, per favorire la diffusione delle informazioni e dei consigli e la promozione della salute e sicurezza nei luoghi di lavoro, soprattutto nelle piccole e medie imprese.

Per promuovere una politica attiva di prevenzione degli infortuni sul lavoro e delle malattie professionali a livello europeo, la Commissione europea (Direzione generale Occupazione, affari sociali e pari opportunità) e Eurostat⁽⁵⁾ hanno avviato dagli anni 90' due progetti volti ad armonizzare i criteri e le metodologie da applicare per la registrazione dei dati in materia di infortuni sul lavoro e malattie professionali così da rendere confrontabili le statistiche prodotte dagli Stati membri e poter misurare l'impatto e l'efficacia delle misure da essi adottate per il miglioramento della salute e sicurezza sul lavoro:

1. ESAW: progetto relativo alle statistiche europee sugli infortuni sul lavoro (European Statistics on Accident at Work "ESAW");
2. EODS: progetto relativo alle statistiche europee sulle malattie professionali (European Occupational Diseases Statistics "EODS").

Per quanto riguarda le malattie professionali, nonostante il progetto EODS sia stato avviato sin dal 1991, solo con riferimento all'anno 2001 vi è stata una raccolta sistematica dei dati relativi alle malattie professionali, ma i livelli qualitativi sono ancora oggi carenti in quanto le statistiche prodotte sono basate su dati relativi alle sole malattie professionali riconosciute dai singoli Stati membri secondo le loro legislazioni (sono solo 68 le malattie professionali riconosciute da tutti i sistemi nazionali) e tali dati sono sovente incompleti rispetto alle variabili richieste, limitandone la comparabilità.

L'incompletezza dei dati è da attribuire al fatto che le statistiche europee vengono raccolte da Eurostat in forza di una raccomandazione della Commissione europea del 2003 (stabilita dai Programmi Statistici Comunitari), che ha appunto "raccomandato" agli Stati membri "di garantire la dichiarazione di tutti i casi di malattie professionali, di rendere le loro statistiche sulle malattie professionali gradualmente compatibili con l'elenco europeo di cui all'allegato I e conformi ai lavori in corso sul sistema di armonizzazione delle statistiche europee relative alle malattie professionali, in modo da disporre, per ogni caso di malattia professionale, di informazioni sull'agente o il fattore causale, la diagnosi medica e il sesso del paziente" (art.1, n. 5)⁽⁶⁾.

Con la raccomandazione in questione, la Commissione europea ha appunto istituito un elenco europeo delle malattie professionali che dovrebbero essere riconosciute da tutti gli Stati membri, contenuto nell'allegato I, e ha descritto, nell'allegato II, una lista di affezioni di sospetta origine

⁽⁴⁾ Eurofound, European Foundation for the Improvement of Living and Working Conditions, è stato uno dei primi organismi dell'Unione ad essere stati costituiti con uno scopo specifico nell'ambito delle politiche comunitarie. Costituito nel 1975 con Regolamento del Consiglio (regolamento (EEC) No. 1365/75 del 26 maggio 1975) è stato creato per contribuire alla pianificazione e definizione di migliori condizioni di vita e lavoro in Europa. Per maggiori informazioni <http://www.eurofound.europa.eu>

⁽⁵⁾ Eurostat nasce nel 1953 come divisione statistica nell'ambito della Comunità Europea del Carbone e dell'Acciaio e nel 1958, con la nascita della Comunità Europea, è divenuto una Direzione Generale della Commissione Europea. Eurostat è l'Ufficio Statistico della Comunità europea, situato in Lussemburgo, e il suo compito è quello di fornire alle altre Direzioni Generali, alla Commissione e alle altre Istituzioni europee statistiche a livello europeo per consentire confronti tra i diversi Paesi e regioni. La sua missione è quella di fornire all'Unione Europea un servizio informativo statistico di elevata qualità, promuovendo il processo di armonizzazione dell'approccio statistico tra gli Stati membri. Per maggiori informazioni consultare <http://epp.eurostat.ec.europa.eu/>

⁽⁶⁾ Cfr. Raccomandazione 2003/670/CE della Commissione del 19.09.2003 sull'elenco europeo delle malattie professionali. Questa raccomandazione ha sostituito la raccomandazione 90/326/CEE della Commissione, del 22 maggio 1990, riguardante sempre l'adozione di un primo elenco europeo delle malattie professionali.

professionale che dovrebbero essere oggetto di segnalazione per essere incluse in una fase successiva nell'allegato I.

In particolare, la Commissione europea ha raccomandato agli Stati membri di:

1. recepire nelle loro "disposizioni legislative, regolamentari o amministrative" l'elenco europeo delle malattie professionali dell'allegato I (art. 1, n. 1);
2. introdurre nelle loro "disposizioni legislative, regolamentari o amministrative" norme che garantiscano il diritto all'indennizzo per malattia professionale al lavoratore affetto da patologia non contenuta nell'allegato I, ma di cui si possa determinare l'origine e la natura professionale, in particolare se la malattia è prevista nell'allegato II (art. 1, n. 2);
3. favorire la prevenzione e la riduzione delle malattie professionali, coinvolgendo tutti i soggetti interessati, ricorrendo, se del caso, a scambi di informazioni, esperienze e buone prassi mediante l'Agenzia europea per la salute e sicurezza sul lavoro (art. 1, n.ri 3 e 4);
4. garantire la dichiarazione di tutti i casi di malattie professionali e rendere le statistiche sulle malattie professionali gradualmente compatibili con l'elenco di cui all'allegato I, nonchè conformi ai lavori in corso sul sistema di armonizzazione delle statistiche europee (art. 1, n. 5 cit.);
5. istituire un sistema per la raccolta di informazioni o di dati riguardanti le malattie professionali o di sospetta origine professionale (art. 1, n. 6);
6. promuovere ricerche nel settore, specialmente riguardo alle malattie ad eziologia professionale dubbia e sui disturbi psico-sociali (articolo 1, n. 7);
7. garantire la più ampia diffusione dei documenti di aiuto alla diagnosi delle malattie professionali, tenendo conto delle note di aiuto in materia pubblicate dalla Commissione, e trasmettere a quest'ultima e rendere disponibili attraverso l'Agenzia europea per la salute e sicurezza sul lavoro, i dati statistico-epidemiologici relativi alle malattie professionali riconosciute a livello nazionale (art. 1, n. 9);
8. promuovere un contributo attivo dei sistemi sanitari nazionali alla prevenzione, migliorando la sensibilizzazione dei medici a riguardo di tali patologie (art.1, n.10)⁽⁷⁾.

In sostanza, lo scopo della raccomandazione è quello di istituzionalizzare a livello europeo, nella maniera più omogenea possibile, il diritto dei lavoratori all'indennizzo delle patologie professionali e migliorare la conoscenza delle patologie stesse (attraverso la raccolta e la comparabilità dei dati) allo scopo di promuovere le misure di prevenzione.

Tuttavia, trattandosi di una raccomandazione e non di una direttiva, non è vincolante per i suoi destinatari che sono invitati, ma non obbligati, a seguirla ⁽⁸⁾

⁽⁷⁾ Si deve però sottolineare che la raccomandazione prevede che "gli Stati membri stabiliscono i criteri di riconoscimento di ciascuna malattia professionale secondo la vigente legislazione o prassi nazionale" (art. 2) e sono quindi liberi di stabilire i criteri medico-legali di riconoscimento.

⁽⁸⁾ In Italia, già con il D.M. 27 aprile 2004 era stato aggiornato, tenendo conto della raccomandazione 90/326/CEE così come sostituita dalla raccomandazione 2003/670/CE, l'elenco delle malattie per le quali è obbligatoria la denuncia, ai sensi e per gli effetti dell'art. 139 del testo unico, approvato con decreto del Presidente della Repubblica 30 giugno 1965, n. 1124, e successive modificazioni e integrazioni. Con tale decreto l'elenco è stato articolato in tre liste: lista I, contenente malattie la cui origine lavorativa è di elevata probabilità; lista II, contenente malattie la cui origine lavorativa è di limitata probabilità; lista III, contenente malattie la cui origine lavorativa è possibile. Di recente, tale elenco è stato revisionato dal Ministero del lavoro e della Previdenza Sociale con il D.M. 14 gennaio 2008 (G.U. n. 68 del 22 marzo 2008, Suppl.Ord.). L'obiettivo prioritario è stato quello di aggiornare le tabelle delle malattie professionali in base al progresso delle conoscenze scientifiche e di rendere l'aggiornamento coerente all'evoluzione del quadro normativo nazionale ed europeo.

E' infine opportuno segnalare che è in discussione una Proposta di regolamento del Parlamento Europeo e del Consiglio relativo alle statistiche comunitarie della sanità pubblica e della salute e sicurezza sul luogo di lavoro, presentata dalla Commissione europea il 7.02.2007⁽⁹⁾.

Il regolamento oggetto della proposta, pur nel rispetto delle strutture giuridico- amministrative nazionali, doterebbe Eurostat di strumenti più efficaci e cogenti nei confronti degli Stati membri e migliorerebbe gli standard di qualità e di comparabilità per le rilevazioni dei dati.

Nell'Allegato V della proposta di Regolamento – settore Malattie professionali - viene testualmente stabilito che: “Un caso di malattia professionale è definito come un caso riconosciuto dalle autorità nazionali responsabili del riconoscimento delle malattie professionali”.

Nel febbraio del 2007, la Commissione europea ha proposto una strategia per la promozione della salute e della sicurezza sul luogo di lavoro nell'Unione Europea per il quinquennio 2007-2012¹⁰, il cui obiettivo principale è una riduzione continua, durevole ed omogenea degli infortuni sul lavoro e delle malattie professionali. In particolare, la Commissione mira a ridurre del 25% gli infortuni sul lavoro.

La strategia si articola in una serie di azioni a livello europeo e nazionale nei seguenti campi:

- Miglioramento e semplificazione della legislazione in vigore e rafforzamento della sua applicazione nella pratica mediante strumenti non vincolanti (scambi di buone pratiche, campagne di sensibilizzazione, migliore informazione e formazione);
- Definizione e attuazione di strategie nazionali, adattate alla situazione specifica di ciascuno Stato membro, dirette ai settori e alle imprese maggiormente interessati e finalizzate a obiettivi nazionali di riduzione degli infortuni e delle malattie professionali.
- Inclusione dei temi della salute e sicurezza sul lavoro nelle altre politiche europee (istruzione, sanità pubblica, ricerca) e perseguimento di nuove sinergie.
- Individuazione e valutazione dei possibili nuovi rischi mediante la ricerca, lo scambio di conoscenze e l'applicazione pratica dei risultati.

Nel giugno del 2007, il Consiglio dell'Unione Europea ha approvato una risoluzione sulla strategia comunitaria per la salute e la sicurezza sul luogo di lavoro con cui accoglie favorevolmente la strategia proposta dalla Commissione europea, condividendone l'impostazione e gli obiettivi.

Nel 2008, la strategia comunitaria di promozione della salute e della sicurezza sul luogo di lavoro nella UE è stata anche oggetto di una risoluzione del Parlamento europeo⁽¹¹⁾ e di un parere del Comitato economico e sociale europeo⁽¹²⁾, che condividono l'obiettivo di ridurre del 25% gli

⁽⁹⁾ Di recente è stato peraltro adottato il Regolamento CE/223/2009 dell'11.03.2009 (entrato in vigore il 31.03.2009) relativo alle statistiche europee. Tale Regolamento definisce un quadro giuridico per lo sviluppo, la produzione e la diffusione delle statistiche europee necessarie per lo svolgimento delle attività della Comunità.

⁽¹⁰⁾ “Migliorare la qualità e la produttività sul luogo di lavoro:strategia comunitaria 2007-2012 per la salute e sicurezza sul luogo di lavoro” (COM(2007) 62) - <http://ec.europa.eu/social/main.jsp?catId=151&langId=en>

⁽¹¹⁾ Risoluzione del 15.01.2008.

⁽¹²⁾ GU C 224 del 30.08.2008.

infortuni sul lavoro e ritengono che sarebbe opportuno stabilire un obiettivo analogo per le malattie professionali⁽¹³⁾.

Si deve infine segnalare che nell'agosto del 2009 sono stati pubblicati da Eurostat i risultati dell'indagine sulle forze di lavoro 2007. Da tale indagine emerge che l'8.6% dei lavoratori europei hanno problemi di salute causati dalla loro attività lavorativa, un numero pari a 20 milioni di persone, mentre il 3.2%, pari a 7 milioni di persone, sono state invece le vittime di incidenti sul posto di lavoro ⁽¹⁴⁾.

2. Il riconoscimento delle malattie professionali negli Stati membri della UE

Come già detto, tra gli Stati membri dell'Unione europea vigono sistemi di sicurezza sociale diversi. Nei singoli paesi europei vigono quindi anche procedure diverse in materia di assicurazione degli infortuni sul lavoro e riconoscimento delle malattie professionali.

Qui di seguito viene presentata una sintesi dei sistemi previdenziali vigenti nei singoli Stati membri della UE [esclusa l'Italia e i 10 Paesi dell'Europa dell'Est ⁽¹⁵⁾], con evidenziazione del regime adottato in materia di riconoscimento malattie professionali.

Le informazioni sui singoli Stati sono state tratte dal sito "Mobilità europea – I diritti di previdenza sociale" della Direzione generale Occupazione, Affari Sociali e Pari Opportunità della Commissione europea (tali informazioni risultano aggiornate al primo semestre dell'anno 2006) ⁽¹⁶⁾, dalle Tabelle comparative sulla protezione sociale presenti nel database del Sistema di informazione reciproca sulla protezione sociale nella Comunità - MISSOC (*Mutual Information System on Social Protection*) (situazione al 1° luglio 2009) ⁽¹⁷⁾ e, ove disponibili, da informazioni presenti nei siti internet delle autorità competenti di ogni singolo paese.

⁽¹³⁾ Cfr. Commissione europea, Relazione Generale sull'attività dell'Unione Europea – 2008 del 9.02.2009 (SEC(2008) 1000 def.).

⁽¹⁴⁾ La suddetta indagine sulle malattie professionali conferma che i disturbi muscolo-scheletrici causati dall'attività lavorativa sono i disturbi segnalati più frequentemente dai lavoratori europei nello svolgimento delle loro attività.

⁽¹⁵⁾ Per una disamina dei sistemi di assicurazione sociale degli infortuni sul lavoro e delle malattie professionali nei Paesi dell'Europa dell'Est, appartenenti o meno all'Unione Europea, si veda lo studio di Kathrin R.Von Hirschberg, Björn Kähler e Albert Nienhaus (Institution for Statutory Accident Insurance and Prevention in the Health and Welfare Services, Hamburg, Germany) dal titolo "Social care and changes in occupational accidents and diseases – the situation in Eastern Europe in general and for skin diseases in particular", pubblicato in *Journal of occupational medicine and toxicology*, 2009, 4-28.

⁽¹⁶⁾ http://ec.europa.eu/employment_social/social_security_schemes/national_schemes_summaries

Come già accennato, la Direzione , Affari Sociali e Pari Opportunità della Commissione europea si occupa delle politiche sociali e dell'occupazione della UE e, in particolare, della libera circolazione dei lavoratori e del coordinamento dei regimi previdenziali dei singoli Stati membri.

⁽¹⁷⁾ Il MISSOC è stato istituito sin dal 1990 per monitorare e contribuire alla modernizzazione, attraverso lo scambio di informazioni, dei sistemi previdenziali vigenti nei paesi della UE e contiene informazioni sulla legislazione, sulle prestazioni previste e sul finanziamento dei suddetti sistemi nei vari Paesi che vi hanno aderito (in tutto 31: i 27 Paesi della UE, più l'Islanda, il Liechtenstein, la Norvegia e la Svizzera). E' coordinato dalla Commissione europea con l'assistenza di un'apposita segreteria. Ogni Paese aderente designa uno o due corrispondenti fra i funzionari dei ministeri o degli enti nazionali preposti alla sicurezza sociale.

<http://ec.europa.eu/social/main.jsp?langId=it&catId=815>

AUSTRIA

Il sistema previdenziale austriaco prevede l'assicurazione contro le malattie, gli infortuni, la vecchiaia e la disoccupazione.

Per i singoli settori della previdenza sociale vi sono vari enti competenti.

Per i rischi professionali, a seconda del settore economico di attività dell'interessato, è competente l'Istituto generale di assicurazione contro gli infortuni [*Allgemeine Unfallversicherungsanstalt*] (anche per i lavoratori autonomi del settore commerciale e industriale), l'Istituto di previdenza delle ferrovie austriache (*Versicherungsanstalt der österreichischen Eisenbahnen*), l'Istituto di previdenza degli impiegati pubblici (*Versicherungsanstalt öffentlich Bediensteter*), gli istituti di assicurazione contro gli infortuni degli impiegati in genere (*Krankenfürsorgeeinrichtungen für sonstige Beamte*) o l'Istituto di previdenza sociale degli agricoltori (*Sozialversicherungsanstalt der Bauern*).

Spetta al datore di lavoro provvedere all'iscrizione del lavoratore subordinato al sistema di previdenza sociale immediatamente dopo l'assunzione. L'iscrizione alla cassa malattia (*Krankenkasse*) comporta anche l'assicurazione infortuni, vecchiaia e disoccupazione.

I lavoratori subordinati versano i contributi per l'assicurazione malattia e disoccupazione e i contributi pensionistici (invalidità, vecchiaia, reversibilità). L'ammontare dei contributi equivale a una determinata percentuale della retribuzione. L'onere dei contributi grava per metà sul lavoratore e per l'altra metà sul datore di lavoro, ma quest'ultimo è responsabile del versamento dei contributi e, a tal fine, trattiene dalla retribuzione la parte a carico del lavoratore.

Non sono a carico del lavoratore i contributi per l'assicurazione contro gli infortuni (versati dal datore di lavoro), gli assegni familiari e l'assegno di assistenza.

I lavoratori autonomi versano i contributi all'assicurazione malattia, infortunio e pensione.

Infortuni sul lavoro e malattie professionali

In Austria, le malattie professionali sono equiparate agli infortuni.

L'assicurazione contro gli infortuni è obbligatoria per tutti i lavoratori subordinati (compresi gli apprendisti) e la maggior parte dei lavoratori autonomi. Ciò vale anche per gli studenti che frequentino le scuole dell'obbligo e per gli studenti universitari.

L'assicurazione contro gli infortuni copre il lavoratore sia durante l'attività lavorativa sia lungo il tragitto da e verso il luogo di lavoro.

La copertura assicurativa comprende misure preventive e prestazioni in caso di sinistro.

Nell'eventualità in cui si verifichi un infortunio sul lavoro, occorre informarne tempestivamente il datore di lavoro, che a sua volta ha l'obbligo di notificare il fatto all'assicurazione contro gli infortuni.

In Austria, per essere riconosciuta come professionale, la malattia deve essere inclusa in un apposito elenco ⁽¹⁸⁾. Possono comunque essere riconosciute come malattie professionali anche quelle di cui venga dimostrata l'origine professionale.

In caso di infortunio sul lavoro, l'assicurato ha diritto a:

- pronto soccorso e cure sanitarie;
- prestazioni in denaro per brevi periodi;

⁽¹⁸⁾ In Austria, sono previste 52 malattie professionali riconosciute.

- interventi di riabilitazione medica, professionale e sociale;
- pensioni di invalidità;
- pensioni di reversibilità e indennità funerarie, in caso di morte;
- risarcimento del danno da invalidità;
- assegno di assistenza.

In caso di malattia, le prestazioni sanitarie comprendono l'assistenza medica, la fornitura di medicinali, presidi, protesi e altri prodotti e materiali, nonché il ricovero in ospedale o in altri centri medici specializzati.

Inizialmente, si erogano le prestazioni di malattia ordinarie (continuazione della retribuzione o indennità di malattia). Se l'importo della pensione di invalidità a cui l'assicurato avrebbe diritto è più elevato, viene corrisposto un assegno integrativo. In caso di ricovero in ospedale o in un centro specializzato, l'interessato ha diritto a un'indennità giornaliera (denominata, a seconda dello stato di famiglia, "*Familiengeld*" o "*Taggeld*"), poiché in questo caso la pensione di invalidità non viene versata.

Allo scadere dell'indennità di malattia (non oltre la 27a settimana) inizia l'erogazione della pensione di invalidità se, a causa di un infortunio o di una malattia professionale, la capacità lavorativa è ridotta di almeno il 20% per tre mesi (studenti: 50%).

In caso di riduzione del 100% della capacità lavorativa, la pensione mensile ammonta a 2/3 della base di calcolo (ossia la media della retribuzione dell'anno precedente valida ai fini assicurativi); altrimenti si calcola una percentuale proporzionale all'entità della riduzione. La pensione è versata in 14 mensilità.

In aggiunta alla pensione, gli invalidi più gravi hanno diritto a un'integrazione pari al 20% (o al 50% in caso di riduzione del 70% della capacità lavorativa) della pensione ordinaria. Per ciascun figlio a carico di età inferiore a 18 anni (27 anni se studente o iscritto a corsi di formazione professionale) è previsto un assegno integrativo pari al 10% della pensione, a condizione che la capacità lavorativa sia ridotta almeno del 50%.

Qualora le conseguenze dell'infortunio o della malattia professionale rendano necessaria l'assistenza di una terza persona, può essere erogato un assegno di assistenza.

Se l'infortunio o la malattia professionale è stato causato da grave e negligente inosservanza delle norme in materia di salute e sicurezza sul lavoro, oltre alla pensione viene anche corrisposto, un tantum, un risarcimento di invalidità calcolato in base alla gravità dell'invalidità fisica o mentale sopraggiunta.

A determinate condizioni, la pensione di invalidità può essere sostituita da un versamento forfetario unico.

Il coniuge e gli orfani di un assicurato deceduto a causa di un infortunio sul lavoro o di una malattia professionale hanno diritto, in diversa misura, a una pensione di reversibilità versata dall'assicurazione contro gli infortuni.

BELGIO

In linea generale in Belgio il sistema di previdenza sociale comprende due diversi regimi: uno per i lavoratori dipendenti e uno per i lavoratori autonomi.

Il regime belga di previdenza sociale per i lavoratori subordinati prevede:

- prestazioni di malattia e maternità;
- prestazioni per infortuni sul lavoro e malattie professionali;
- indennità in caso di morte;
- prestazioni di invalidità;
- prestazioni di vecchiaia e di reversibilità;
- prestazioni di disoccupazione;
- assegni familiari.

In Belgio, spetta al datore di lavoro al momento dell'assunzione espletare le formalità per garantire che il lavoratore sia coperto dal regime di previdenza sociale.

L'unica eccezione riguarda l'assicurazione sanitaria e le indennità. Per essere tutelato contro tali rischi, il lavoratore deve iscriversi a un fondo di assicurazione mutua (*mutualité/ziekenfonds*) di sua scelta o iscriversi all'ufficio regionale del Fondo integrativo di assicurazione malattia e invalidità (*Caisse auxiliaire d'assurance maladie-invalidité – CAAMI / Hulpkas voor ziekte- en invaliditeitsverzekering – HZIV / Hilfskasse für Kranken- und Invalidenversicherung – HKIV*).

In Belgio esistono forme diverse di assicurazione mutua: di categoria oppure non riferite a specifiche categorie, nonché di area cristiana, socialista e liberale.

Con il termine "casse malattia" vengono qui di seguito indicati i fondi di assicurazione mutua e gli uffici regionali della cassa integrativa.

Il lavoratore è tenuto a versare alla previdenza sociale contributi calcolati in base a una data percentuale della sua retribuzione. Il datore di lavoro trattiene tali contributi dalla retribuzione del lavoratore e li versa al competente Ufficio nazionale della previdenza sociale (*Office national de sécurité sociale/ , Rijksdienst voor sociale zekerheid/Landesamt für Soziale Sicherheit – ONSS/RSZ/LSS*). Gli unici contributi che il lavoratore dovrà versare direttamente, se del caso, sono quelli che l'assicurazione mutua potrebbe richiedere per prestazioni integrative facoltative. Non sono dovuti altri contributi se il lavoratore è assicurato presso il Fondo integrativo di assicurazione malattia e invalidità, visto che tale ente provvede unicamente all'assicurazione obbligatoria.

Infortuni e malattie professionali

In Belgio, è considerato infortunio sul lavoro qualsiasi infortunio subito dal lavoratore nel corso e a causa dell'esecuzione del contratto di lavoro.

Tutti i lavoratori subordinati, inclusi gli apprendisti e il personale che presta servizi di collaborazione familiare, sono assicurati per gli infortuni sul lavoro e gli infortuni subiti lungo il tragitto da e verso il luogo di lavoro. Il datore di lavoro è tenuto a stipulare una polizza per i suoi dipendenti con una compagnia assicurativa o con una cassa assicurativa collegata che siano riconosciute.

In caso di infortunio sul lavoro, il datore di lavoro deve notificare l'evento all'assicuratore e, in alcuni casi, all'ispettore competente per la sicurezza sul lavoro entro otto giorni dall'accaduto. Se il datore di lavoro non provvede in tal senso, il lavoratore o un suo familiare possono intervenire in sua vece.

A seguito di infortunio sul lavoro possono essere erogate le seguenti prestazioni:

- indennità per incapacità al lavoro, temporanea e/o permanente, parziale e/o totale e, ove necessario, l'assistenza personale;
- cure mediche e affini;

- spese di viaggio;
- prestazioni speciali in caso di morte.

Nel periodo d'*incapacità temporanea totale al lavoro*, al lavoratore spetta un'indennità equivalente al 90% della retribuzione giornaliera media. L'*incapacità temporanea parziale* viene indennizzata in ugual misura.

Se il lavoratore che ha subito l'infortunio torna al lavoro a tempo parziale, otterrà un'indennità pari alla differenza tra la retribuzione percepita prima dell'infortunio e il compenso che gli spetta alla ripresa dell'attività lavorativa.

Dopo un certo periodo di tempo, il lavoratore può riprendere il lavoro oppure la sua incapacità può rivelarsi permanente. La percentuale d'invalidità permanente, la retribuzione base e la data di stabilizzazione figurano in un accordo concluso tra l'assicuratore e il lavoratore, e sono convalidate dal Fondo per gli infortuni sul lavoro (*Fonds des accidents de travail – FAT / Fonds voor Arbeidsongevallen – FAO / Fonds für Arbeitsunfälle – FAU*)⁽¹⁹⁾.

Una volta che le condizioni del lavoratore si sono stabilizzate, gli spetta un'indennità annuale per un periodo di tre anni, durante il quale potrà essere oggetto di controlli. L'importo dell'indennità dipende dalla percentuale di invalidità e dalla retribuzione percepita nell'anno precedente l'infortunio (retribuzione base).

Al termine dei tre anni, l'indennità è trasformata in vitalizio. Se la percentuale di invalidità è superiore al 19%, il lavoratore può chiedere la corresponsione di un terzo del vitalizio.

Chi ha subito un infortunio sul lavoro ha diritto al rimborso delle spese relative al ricovero, alla fisioterapia, alle cure mediche, chirurgiche, dentistiche e farmaceutiche e agli apparecchi ortopedici, e non deve sostenere alcuna spesa. Tali cure sono rimborsate in funzione delle tariffe vigenti dell'assicurazione malattia e l'assicuratore deve pagare i costi supplementari (*ticket modérateur*).

A determinate condizioni sono rimborsabili anche le spese di viaggio sostenute dall'assicurato e dai suoi familiari.

Le prestazioni che possono essere erogate a seguito di un infortunio mortale sul lavoro o un incidente occorso recandosi o tornando dallo stesso includono:

- un'indennità per coprire le spese funerarie;
- il rimborso di tutte le spese (incluse quelle per formalità amministrative) sostenute per il trasporto della salma al luogo di inumazione;
- un vitalizio per il coniuge superstite;
- una pensione provvisoria per i figli che viene erogata fino al compimento dei 18 anni o fino alla revoca del diritto agli assegni familiari.

Tutti i lavoratori subordinati, inclusi gli apprendisti, nonché i disoccupati in formazione e gli invalidi in riqualificazione professionale, fruiscono di una copertura contro le malattie professionali.

Il datore di lavoro deve stipulare un'assicurazione presso il *Fonds des maladies professionnelles* (FMP)⁽²⁰⁾, che provvede a erogare le relative prestazioni.

⁽¹⁹⁾ Fonds des accidents du travail, rue du Trône 100, B-1050 Bruxelles (www.socialsecurity.fgov.be/faofa).

⁽²⁰⁾ Fonds des maladies professionnelles (FMP) Avenue de l'Astronomie 1, B-1210 Bruxelles (www.fmp-fbz.fgov.be).

Per essere riconosciuta come professionale, la malattia deve essere inclusa in un apposito elenco. Se la malattia professionale figura nell'elenco e il lavoratore che l'ha contratta opera in un settore in cui è esposto a tale rischio, la sua malattia sarà riconosciuta come malattia professionale ⁽²¹⁾.

Inoltre, il lavoratore può fornire la prova dell'esposizione a un determinato rischio e del suo nesso con una malattia da cui è affetto che non compare nell'elenco delle malattie professionali.

I medici del lavoro sono tenuti a segnalare ai medici ispettori del lavoro e a quelli del Fondo per le malattie professionali i casi di malattia che figurano nell'elenco sopra menzionato e anche quelli che figurano nell'elenco europeo, così come i casi di malattia la cui origine professionale è accertata o presunta e i casi di predisposizione ed i sintomi rilevati.

Ogni anno, il Consiglio scientifico costituito in seno al Fondo per le malattie professionali redige un rapporto sull'evoluzione delle malattie professionali, proponendo anche quali di esse debbano essere riconosciute ed indennizzate e quindi inserite nella lista, e sui mezzi di prevenzione applicati o scoperti in Belgio o altrove.

In caso di malattia professionale sono previste le seguenti prestazioni:

- indennità per incapacità temporanea e/o permanente, parziale e/o totale al lavoro, e nei casi gravi, per l'assistenza personale;
- indennità per interruzione temporanea o permanente del lavoro a titolo di misura preventiva.;
- rimborso delle spese mediche e affini;
- rimborso delle spese di viaggio sostenute per curare la malattia professionale;
- indennità al coniuge superstite e agli orfani in caso di morte dell'assicurato per malattia professionale;
- un'indennità per coprire le spese funerarie.

Le prestazioni vengono calcolate e pagate con le stesse modalità previste per quelle relative agli infortuni sul lavoro.

Il Fondo per le malattie professionali può consentire al lavoratore di interrompere l'attività lavorativa nel caso il parere medico accerti la predisposizione a una malattia professionale o vengano individuati i primi sintomi della malattia. In tal caso l'assicurato ha diritto all'indennità per incapacità temporanea totale al lavoro oltre che alla frequenza di corsi di riqualificazione professionale.

Le domande d'indennità vanno presentate dal malato o dal suo rappresentante (la cassa mutua, per esempio) al Fondo per le malattie professionali.

Se le condizioni del paziente cambiano, può essere inoltrata al Fondo per le malattie professionali la domanda di revisione della percentuale di invalidità. Il Fondo può anche effettuare tale revisione di sua iniziativa.

CIPRO

Il regime di previdenza a Cipro prevede le seguenti prestazioni:

- prestazioni di malattia e maternità;

⁽²¹⁾ L'elenco delle malattie professionali (di cui al Regio Decreto 28 marzo 1969 e successive modificazioni) è consultabile sul sito del Fonds des maladies professionnelles (FMP). Vedi sub nota 20.

- prestazioni per infortuni sul lavoro e malattie professionali;
- prestazioni di invalidità;
- prestazioni di vecchiaia e di reversibilità;
- prestazioni di disoccupazione;
- indennità per spese funerarie, ecc.

Il sistema di previdenza sociale copre obbligatoriamente tutti coloro che svolgono un'attività di lavoro remunerata a Cipro, in qualità sia di lavoratori subordinati che di lavoratori autonomi. È possibile altresì aderire a un sistema di previdenza volontaria disponibile per chi desidera continuare a essere assicurato oltre il periodo di assicurazione obbligatoria o per coloro che svolgono la propria attività all'estero alle dipendenze di datori di lavoro ciprioti.

I lavoratori subordinati hanno diritto a tutte le prestazioni appena elencate. I lavoratori autonomi non hanno diritto all'indennità di disoccupazione e alle prestazioni per infortuni sul lavoro e malattie professionali.

Il sistema di previdenza sociale è finanziato mediante i contributi versati dai datori di lavoro, dagli assicurati e dallo Stato.

Ai fini contributivi, la normativa prevede un tetto di “retribuzione assicurabile” che viene rivisto annualmente. Nessun contributo è versato sulla somma eccedente il massimale di “retribuzione assicurabile”.

L'obbligo contributivo nasce allorché il lavoratore subordinato riceve dal proprio datore di lavoro una retribuzione che ammonta ad una determinata somma minima settimanale o mensile. Per quanto riguarda gli apprendisti non retribuiti e i detenuti che svolgono un'attività lavorativa, i contributi sono obbligatori, e non si applica tale regola.

La riscossione e il versamento al fisco dei contributi dei lavoratori subordinati spetta al datore di lavoro.

Infortuni e malattie professionali

A Cipro, è considerato infortunio sul lavoro qualsiasi infortunio subito dal lavoratore nel corso e a causa dell'esecuzione del contratto di lavoro.

In generale, sono considerati infortuni sul lavoro anche gli infortuni subiti lungo il tragitto da e verso il luogo di lavoro.

Quanto alle malattie professionali, per essere riconosciuta come professionale la malattia deve essere prevista come tale dalla legge e il lavoratore deve aver prestato la sua attività lavorativa in determinati settori [*Social Insurance (Benefit) Regulation*].

Le indennità relative agli infortuni sul lavoro e alle malattie professionali sono le seguenti:

- indennità per incapacità temporanea;
- pensione di invalidità;
- assegno in caso di morte.

La prestazione per incapacità temporanea è versata a ogni lavoratore subordinato di cui sia stata dichiarata un'incapacità lavorativa a seguito di infortunio o malattia professionale per un periodo massimo di 12 mesi a decorrere dalla data dell'infortunio o di accertamento della malattia.

Per i lavoratori subordinati è previsto un periodo di carenza di tre giorni.

Le prestazioni di invalidità sono versate ai lavoratori subordinati che, a seguito di un infortunio professionale, subiscono una perdita di facoltà fisiche o mentali in una percentuale di almeno il 10%, fatta eccezione per i casi di pneumoconiosi, che sono risarciti a partire dall'1%.

Le prestazioni di invalidità sono erogate sotto forma di indennità forfetaria o di pensione, secondo il grado di invalidità. L'indennità è erogata per gradi di invalidità compresi tra il 10% e il 19%, mentre la pensione è concessa in caso di invalidità di grado non inferiore al 20% (per un'invalidità inferiore al 10% non è prevista alcuna prestazione) ⁽²²⁾.

DANIMARCA

Il regime di previdenza in Danimarca prevede le seguenti prestazioni:

- prestazioni di malattia e maternità;
- prestazioni per infortuni sul lavoro e malattie professionali;
- prestazioni di invalidità;
- prestazioni di vecchiaia e di reversibilità;
- indennità in caso di morte;
- prestazioni di disoccupazione;
- assegni familiari.

Le prestazioni previdenziali danesi sono di norma finanziate dal gettito fiscale con le imposte versate allo Stato, alle province e ai comuni.

Nel 1994, tuttavia, è stato introdotto un contributo previdenziale generale denominato contributo al mercato del lavoro (*Arbejdsmarkedsbidraget*) allo scopo di finanziare le prestazioni statali destinate alle indennità giornaliere di malattia e maternità, disoccupazione, alle pensioni di invalidità e all'indennità di riabilitazione.

I lavoratori subordinati e i lavoratori autonomi versano i contributi ai tre fondi previdenziali originari che, nel 1999, sono stati riuniti in un solo fondo, il Fondo del Mercato del Lavoro (*Arbejdsmarkedsfonden*).

Tali contributi rappresentano l'8% della retribuzione lorda dei lavoratori subordinati e la stessa percentuale del reddito derivante da attività autonoma.

La riscossione e il versamento al fisco dei contributi dei lavoratori subordinati spetta al datore di lavoro, che contestualmente versa allo Stato anche la ritenuta alla fonte.

I contributi al Fondo del Mercato del Lavoro non costituiscono un vero e proprio contributo previdenziale, ma sono un nuovo strumento per coprire alcune prestazioni precedentemente finanziate dalle imposte.

La maggior parte degli ambiti previdenziali danesi prevede l'iscrizione automatica. Non occorre pertanto espletare alcuna formalità, tranne nel caso dell'assicurazione contro la disoccupazione.

Infortuni e malattie professionali

La legge danese prevede, in linea di principio, che siano coperti dall'assicurazione contro gli infortuni sul lavoro e le malattie professionali tutti i lavoratori subordinati che prestano servizio in Danimarca o su un'imbarcazione danese e i lavoratori autonomi assicurati. L'assicurazione contro

⁽²²⁾ Per maggiori informazioni consultare il sito del Ministero del lavoro e della previdenza sociale Ciprota <http://www.mlsi.gov.cy>

gli infortuni sul lavoro e le malattie professionali deve essere stipulata con una compagnia assicurativa riconosciuta dallo Stato.

L'assicurazione copre i danni fisici e morali dovuti a un infortunio o a un'esposizione subita durante il lavoro. L'infortunio o l'esposizione devono avvenire all'improvviso o durare al massimo cinque giorni. In genere, gli infortuni occorsi durante il tragitto da e per il luogo di lavoro non sono coperti.

L'assicurazione copre anche varie malattie professionali elencate in un'apposita tabella, soggetta a revisione almeno ogni due anni, nonché i danni a un figlio già nato causati dal lavoro della madre in periodo di gravidanza o da un'esposizione nociva dei genitori prima del concepimento.

Il datore di lavoro deve notificare il prima possibile l'infortunio alla propria compagnia di assicurazione o all'Ufficio nazionale degli infortuni sul lavoro e delle malattie professionali (*Arbejdsskadestyrelsen*)⁽²³⁾. In caso di mancata notifica, chi abbia subito l'infortunio o contratto la malattia, o i suoi superstiti, ha tempo un anno per rivolgersi direttamente alla compagnia di assicurazione o all'Ufficio sopra indicato.

I medici e i dentisti sono tenuti a segnalare il più rapidamente possibile qualsiasi presunta malattia professionale.

In Danimarca, le malattie professionali sono elencate in un'apposita lista che viene periodicamente aggiornata. Possono comunque essere riconosciute come malattie professionali anche quelle per le quali venga dimostrata l'origine professionale²⁴.

Le prestazioni includono:

- cure mediche, rieducazione, presidi e mezzi ausiliari;
- indennità per la perdita della capacità di guadagno (pensione);
- indennità per danno permanente;
- indennità in caso di morte del capofamiglia (pensione);
- indennità provvisoria di reversibilità in caso di morte.

Le cure mediche vengono erogate quando ritenute necessarie per garantire la migliore guarigione possibile o i risultati della cura.

L'Ufficio nazionale degli infortuni sul lavoro e delle malattie professionali (*Arbejdsskadestyrelsen*) decide altresì in merito alla necessità di ulteriori spese per cure, farmaci, presidi e mezzi ausiliari particolari ecc. Se ritiene che in futuro tali spese saranno necessarie, viene erogato un importo unico a loro copertura. Le cure mediche e la rieducazione sono previste solo se i relativi costi non sono coperti dal servizio sanitario e non rientrano nel trattamento dispensato in un ospedale pubblico.

L'indennità giornaliera di malattia viene corrisposta finché persiste l'incapacità a seguito di infortunio sul lavoro o di malattia professionale. Tuttavia, dopo un anno dall'infortunio o dalla sopravvenuta malattia, si dovrà prendere una decisione circa il pagamento di un'indennità per la perdita della capacità di guadagno o per danno permanente.

L'indennità di solito si configura come prestazione corrente (rendita) che, nel caso in cui la perdita della capacità di guadagno sia inferiore al 50%, può essere liquidata come prestazione in capitale. In altri casi, su richiesta del beneficiario, parte dell'indennità può essere convertita in capitale.

L'indennità per la perdita della capacità di guadagno è destinata a indennizzare l'interessato per il mancato guadagno a seguito di infortunio sul lavoro o malattia professionale. Il mancato guadagno

⁽²³⁾ L'Ufficio è costituito in seno al Ministero del Lavoro. *Arbejdsskadestyrelsen*, Sankt Kjelds Plads 11, DK-2100 Copenhagen (<http://www.ask.dk>).

⁽²⁴⁾ La materia è regolata dal Testo Unico n. 154 del 7 marzo 2006 (*om arbejdsskadeforsikring*).

è pari alla differenza tra il reddito che l'interessato avrebbe potuto percepire se non fosse stato vittima di infortunio o di malattia professionale e il reddito di cui potrebbe verosimilmente disporre tenuto conto dell'infortunio o della malattia. Il diritto all'indennità sorge se la perdita della capacità di guadagno è superiore al 15%. In caso di perdita totale, l'indennità è pari ai 4/5 della retribuzione annua; se invece è parziale, essa è proporzionata alla ridotta capacità di guadagno. Viene fissato, tuttavia, un importo massimo per la retribuzione annuale.

A compimento del 67° (65°) anno di età, l'assicurato può beneficiare della pensione di vecchiaia (*folkepension*), nel qual caso la prestazione è definitivamente liquidata con importo unico.

L'indennità per danno permanente viene corrisposta per quelle menomazioni permanenti che non consentono una vita normale e che sono imputabili alle conseguenze mediche dell'infortunio o della malattia professionale. Il suo importo varia a seconda della gravità del danno (grado di invalidità) ed è calcolato in base a una scala stabilita di percentuali. L'indennità viene di norma liquidata una tantum sotto forma di capitale.

L'indennità in caso di morte del capofamiglia è concessa al coniuge superstite o ad altro superstite che ha perso la persona che provvedeva al suo sostentamento. Essa è calcolata in base alle possibilità del superstite di sopperire ai propri bisogni e ha una durata massima di dieci anni. Ciascun figlio ha generalmente diritto a una prestazione annuale pari al 10% della retribuzione annua della persona deceduta (20% se il defunto era l'unica persona che provvedeva al sostentamento del figlio) fino al compimento dei 18 anni (21 nel caso di studi o corsi di formazione).

L'indennità provvisoria di reversibilità è destinata a rimborsare le varie spese sostenute dal coniuge o dal convivente del defunto al momento del decesso. Si tratta di una prestazione una tantum che prevede il pagamento di una somma forfetaria.

In caso di infortunio o esposizione nociva, la pensione e la prestazione forfetaria vengono versati dalla compagnia di assicurazione competente. In caso di malattia professionale o di improvvise lesioni da sollevamento, vengono versati dalla Cassa di assicurazione per le malattie professionali del mercato del lavoro (*Arbejdsmarkedets Erhvervssygdomssikring*)⁽²⁵⁾.

Spetta all'Ufficio nazionale degli infortuni sul lavoro e delle malattie professionali (*Arbejdsskadestyrelsen*) stabilire se il caso denunciato costituisca un infortunio sul lavoro oppure una malattia professionale e se l'interessato abbia diritto a risarcimento e in che misura.

FINLANDIA

Il regime finlandese di previdenza sociale prevede:

- prestazioni di malattia e maternità;
- prestazioni per infortuni sul lavoro e malattie professionali;
- indennità in caso di morte;
- prestazioni di invalidità;
- prestazioni di vecchiaia e di reversibilità;
- prestazioni di disoccupazione;
- assegni familiari.

Il sistema previdenziale obbligatorio finlandese prevede la pensione previdenziale, che mira a garantire al lavoratore subordinato o autonomo il livello di vita che aveva quando ancora lavorava, e

⁽²⁵⁾ Arbejdsmarkedets Erhvervssygdomssikring, Kongens Vænge 8, 3400 Hillerød (<http://www.atp.dk>).

la pensione nazionale, che mira invece a garantire un reddito minimo ai pensionati che non percepiscono altra pensione o la cui copertura previdenziale è esigua. Tra le prestazioni erogate da questi due regimi figurano la pensione di invalidità, la pensione di reversibilità e quella di vecchiaia.

Coloro che risiedono permanentemente in Finlandia hanno diritto all'assicurazione vecchiaia (pensione nazionale), a prestazioni del servizio sanitario pubblico e dell'assicurazione malattia, ad assegni parentali e familiari. La corresponsione di talune prestazioni basate sulla residenza è talvolta soggetta a determinati ulteriori criteri, tra cui, in particolare, la durata.

Tutte le persone che risiedono in Finlandia sono coperte dall'assicurazione malattia. Il regime di assicurazione eroga anche prestazioni in denaro per malattia, maternità e paternità.

In determinati casi, anche i lavoratori subordinati e quelli autonomi che non risiedono in Finlandia in modo permanente sono ugualmente coperti da assicurazione.

Il regime delle pensioni previdenziali e quello dell'assicurazione contro gli infortuni sul lavoro e le malattie professionali sono settori della protezione sociale basati unicamente sull'attività lavorativa.

In Finlandia, vi sono diversi organismi che partecipano alla realizzazione del sistema della previdenza sociale. La regolamentazione della previdenza sociale e lo sviluppo generale della protezione sociale spettano al Ministero degli Affari sociali e della salute. Il sistema di assicurazione sociale ha la particolarità di attribuire a compagnie di assicurazione private la gestione di una parte della protezione sociale.

L'Istituto per le assicurazioni sociali (*Kansaneläkelaitos*, o *Kela*) è un ente autonomo di diritto pubblico che gestisce il regime generale di previdenza sociale basato sulla residenza e che, dal punto di vista amministrativo, è controllato direttamente dal Parlamento finlandese.

Gli enti di assicurazione previdenziale, le casse di previdenza e i fondi pensione gestiscono il regime delle pensioni dei lavoratori del comparto privato.

L'Istituto centrale per la previdenza pensionistica (*Eläketurvakeskus*, o *ETK*) è l'organo che coordina il sistema delle pensioni di vecchiaia ed è altresì competente in materia di pensioni e assicurazioni sul piano internazionale.

Gli enti di assicurazione contro gli infortuni gestiscono l'assicurazione contro gli infortuni e le malattie professionali dei lavoratori del settore privato, mentre all'Erario è demandata la gestione dell'assicurazione contro gli infortuni dei funzionari pubblici.

La Federazione degli organismi di assicurazione contro gli infortuni (*Tapaturmavakuutuslaitosten liitto*) è l'ente pubblico che si occupa delle questioni inerenti l'assicurazione contro gli infortuni e le malattie professionali e che svolge il ruolo di ente di assicurazione del luogo di residenza o di soggiorno, in conformità agli obblighi internazionali della Finlandia ⁽²⁶⁾.

Infortuni e malattie professionali

In Finlandia, l'assicurazione obbligatoria contro gli infortuni sul lavoro è il regime principale per l'indennizzo degli infortuni sul lavoro e delle malattie professionali nell'ambito dell'assicurazione malattia e dell'assicurazione pensionistica obbligatoria. Ai fini dell'assicurazione contro gli infortuni sul lavoro, l'assicurato ha diritto a un indennizzo in caso di danno economico causato da un infortunio sul lavoro o da una malattia professionale.

Nel 1988, la Finlandia ha approvato una specifica normativa in materia di malattie professionali. Oltre ad una lista di malattie professionali riconosciute, il principio generale adottato è quello per

⁽²⁶⁾ Tapaturmavakuutuslaitosten liitto, Bulevardi 28, 00120 Helsinki (www.tvl.fi)

cui è considerata malattia professionale qualsiasi malattia di cui sia stata provata, con ogni probabilità, la prevalente origine lavorativa.

Le prestazioni includono:

- pagamento delle cure mediche e affini;
- indennità giornaliera;
- indennità per la perdita della capacità di guadagno (pensione per infortunio);
- indennità di disabilità;
- pagamento delle spese di riabilitazione;
- pensione ai superstiti;
- pagamento delle spese funerarie;

In Finlandia, l'assicurazione obbligatoria contro gli infortuni è gestita da compagnie di assicurazione private. Una compagnia di assicurazione non può rifiutarsi di stipulare e di mantenere un'assicurazione prevista dalla legge.

L'assicurazione contro gli infortuni dei coltivatori diretti è di competenza dell'Istituto per le assicurazioni sociali dei coltivatori diretti. Ai funzionari pubblici e al personale a contratto le indennità in caso di infortunio vengono versate dall'Erario.

Il datore di lavoro è obbligato ad assicurare i lavoratori assunti per più di 12 giorni in un anno di calendario e qualora egli non adempia a tale obbligo o nel caso in cui non vi sia soggetto, il lavoratore che subisce un danno ha comunque diritto alle indennità previste dalla legge in materia di assicurazione contro gli infortuni. La valutazione della domanda e l'erogazione di tali indennità sono effettuate dalla Federazione degli organismi di assicurazione contro gli infortuni (*Tapaturmavakuutuslaitosten liitto*).

Ai sensi della legge sull'assicurazione contro gli infortuni, il diritto alle indennità si basa sull'esistenza di un rapporto di lavoro nel comparto pubblico o privato. La copertura assicurativa riguarda gli infortuni sul lavoro e le malattie professionali.

Per infortunio sul lavoro si intende un evento occorso al lavoratore durante il lavoro o in situazioni ad esso connesse, lungo il tragitto casa-lavoro o svolgendo compiti/incarichi conferitigli dal datore di lavoro.

Per malattia professionale si intende qualsiasi patologia la cui causa principale con ogni probabilità è imputabile a un fattore fisico, biologico o chimico inerente al lavoro.

Tutti i lavoratori appartenenti al comparto pubblico o privato sono assicurati, a eccezione dei familiari del dipendente e dei dirigenti dell'impresa che, singolarmente o insieme ai propri familiari, detengono oltre la metà delle quote di proprietà della suddetta impresa. Di norma, sono assicurati anche gli studenti che effettuano un periodo di tirocinio pratico. In linea generale, l'assicurazione contro gli infortuni copre anche i lavoratori mandati in missione all'estero.

Sebbene gli imprenditori e i loro familiari, nonché i suddetti dirigenti, non rientrino nell'assicurazione contro gli infortuni obbligatoria, essi, come previsto dalla legge sull'assicurazione contro gli infortuni, possono tuttavia sottoscrivere un'assicurazione facoltativa che offra le stesse prestazioni di quella obbligatoria.

In caso di infortunio, il lavoratore deve immediatamente informare il proprio datore di lavoro, che gli trasmetterà un certificato di assicurazione. Presentando questo documento, le cure mediche e i farmaci prescritti dal medico saranno a carico dell'ente per l'assicurazione contro gli infortuni. Il datore di lavoro, per avviare la procedura di indennizzo, deve denunciare l'infortunio al medesimo ente.

L'assicurazione obbligatoria contro gli infortuni risarcisce le cure mediche di base e il mancato guadagno. In caso di inabilità temporanea al lavoro, è corrisposta una indennità giornaliera per un periodo massimo di un anno. Per le prime quattro settimane successive all'infortunio la prestazione è pari all'indennità di malattia. In seguito, se la capacità al lavoro si è ridotta di almeno il 10% e vi è stata una riduzione del guadagno di almeno il 5%, l'indennità giornaliera è pari a 1/360 della retribuzione annua del lavoratore che ha subito l'infortunio. La retribuzione annua è determinata, di norma, secondo il livello di reddito alla data dell'infortunio.

Se l'infortunio provoca un'incapacità al lavoro per oltre un anno, il lavoratore percepisce una pensione per infortunio sul lavoro.

In caso di invalidità totale, tale pensione è pari all'85% della retribuzione annua fino all'età di 65 anni; in seguito, il lavoratore percepisce una pensione pari al 70% della sua retribuzione annua.

In caso di incapacità parziale possono essere versate delle indennità giornaliera e una pensione per infortunio sul lavoro proporzionata al grado di invalidità.

Il lavoratore percepisce anche un'indennità di disabilità se l'infortunio o la malattia ha provocato una disabilità generica permanente. Gli infortuni e le malattie sono raggruppati in 20 categorie di disabilità a seconda della gravità, stabilite dal Ministero degli Affari Sociali e della Salute. Per quelli ricompresi nelle categorie 1-10, è previsto che l'indennità venga liquidata in unica soluzione, mentre per quelli delle categorie 11-20 l'assicurato può scegliere tra la pensione e la liquidazione in unica soluzione.

L'assicurazione contro gli infortuni copre anche i costi della rieducazione medica e della riabilitazione professionale. Scopo della riabilitazione è innanzitutto consentire al lavoratore di ritornare a svolgere un'attività lavorativa idonea e assicurargli maggiore autonomia nella vita quotidiana. All'interessato, solitamente sotto forma di pensione per infortunio sul lavoro, vengono rimborsate tutte le spese giustificate per la rieducazione o la riabilitazione, nonché il mancato guadagno.

In caso di morte, ai familiari diretti è corrisposto un assegno per le spese funerarie mentre al coniuge superstite e agli orfani viene corrisposta una pensione di reversibilità.

FRANCIA

Il sistema di previdenza sociale francese è composto da cinque grandi regimi:

- il regime generale, che copre la maggior parte dei lavoratori subordinati e altre categorie (studenti, beneficiari di talune prestazioni e semplici residenti) che vi sono state accorpate nel corso degli anni;
- i regimi speciali dei lavoratori subordinati, alcuni dei quali coprono ogni rischio, mentre altri coprono solo l'assicurazione vecchiaia (perché gli altri rischi sono coperti dal regime generale);
- il regime agricolo, che contempla tutti i rischi ed è suddiviso in due gestioni distinte: coltivatori diretti e lavoratori agricoli subordinati;
- i regimi dei lavoratori autonomi non agricoli: tre regimi autonomi di assicurazione vecchiaia (artigiani, commercianti e industriali, e liberi professionisti) e un regime di assicurazione malattia;
- i regimi per la disoccupazione.

La supervisione dei suddetti regimi spetta ai Ministeri della Previdenza sociale, dell'Agricoltura e del Lavoro.

Il regime generale si divide nei seguenti quattro settori:

- malattia, maternità, invalidità e morte;
- infortuni sul lavoro e malattie professionali;
- vecchiaia;
- famiglia.

La Cassa nazionale di assicurazione malattia dei lavoratori dipendenti (*Caisse nationale d'assurance maladie maternité des travailleurs salariés, CNAMTS*) gestisce i primi due settori in maniera distinta⁽²⁷⁾. Vi sono, a livello locale e controllati dalla *CNAMTS*, due tipi di organismi non legati da vincolo gerarchico: le casse regionali di assicurazione malattia e le casse primarie di assicurazione malattia.

Il settore vecchiaia è gestito dalla Cassa nazionale di assicurazione vecchiaia (*Caisse nationale d'assurance vieillesse, CNAV*), che ha delegato talune sue funzioni alle casse regionali di assicurazione malattia.

Il settore famiglia è gestito dalla Cassa nazionale degli assegni familiari (*Caisse nationale des allocations familiales, CNAF*), che controlla le casse che erogano gli assegni familiari.

Vi sono dei regimi collettivi supplementari, a iscrizione obbligatoria o volontaria, definiti nel quadro della categoria professionale (imprese o settore), riguardanti essenzialmente l'ipotesi di vecchiaia, malattia o invalidità.

Ognuno, personalmente, ha facoltà di integrare i suddetti diversi regimi con assicurazioni individuali.

In Francia, per quanto riguarda i lavoratori subordinati, spetta al datore di lavoro adempiere alle formalità richieste per l'iscrizione del suo dipendente alla previdenza sociale, all'assicurazione per la disoccupazione e al regime di pensione complementare; il lavoratore autonomo, al contrario, provvede da sé alle formalità di dichiarazione.

Il lavoratore subordinato è tenuto a pagare i contributi previdenziali, il cui importo è pari a una percentuale della sua retribuzione. Il datore di lavoro trattiene dalla retribuzione del proprio dipendente i contributi dovuti e li versa all'ente incaricato di riscuotere gli oneri previdenziali.

Infortuni e malattie professionali

I lavoratori subordinati (agricoli e non) e i coltivatori diretti sono obbligatoriamente coperti da un'assicurazione contro gli infortuni sul lavoro.

L'assicurazione contro gli infortuni sul lavoro e le malattie professionali copre gli incidenti sul lavoro derivanti o prodotti dall'attività lavorativa svolta, quelli verificatisi nel tragitto da/verso il posto di lavoro e le affezioni contratte sul lavoro inserite negli elenchi ufficiali delle malattie professionali o direttamente provocate da un'attività lavorativa abituale, come riconosciuto da un comitato di valutazione delle malattie professionali.

In caso d'infortunio, occorre informare immediatamente il datore di lavoro e fornirgli i nominativi e gli indirizzi dei testimoni. Il datore di lavoro effettua una dichiarazione alla cassa di appartenenza del dipendente e gli rilascia un apposito modulo infortuni, che consente a quest'ultimo di beneficiare delle prestazioni in natura (cure) senza anticipare alcunché.

⁽²⁷⁾ Caisse nationale d'assurance maladie maternité des travailleurs salariés 26-50, avenue du Professeur-André-Lemierre F-75694 Paris Cedex 20 (<http://www.ameli.fr>)

Le malattie professionali inserite nelle tabelle delle malattie professionali o riconosciute tali dai comitati regionali di valutazione delle malattie professionali danno diritto alle medesime prestazioni spettanti in caso d'infortunio sul lavoro ⁽²⁸⁾.

All'insorgere di una malattia professionale, occorre informarne la cassa di appartenenza entro 15 giorni dal momento della comparsa dell'incapacità al lavoro. La dichiarazione fornita dal lavoratore deve essere accompagnata dal certificato rilasciato dal medico in duplice copia. Dopo una visita medica, la cassa informa il lavoratore della propria decisione

A seguito di infortunio sul lavoro e di malattia professionale, il lavoratore ha diritto all'assistenza sanitaria e a un'indennità giornaliera, nonché, se del caso, alla pensione per incapacità permanente.

Il lavoratore subordinato ha diritto a un'indennità giornaliera a partire dal primo giorno d'incapacità al lavoro. Tale indennità è pari al 60% del reddito giornaliero lordo durante i primi 28 giorni e all'80% di questa retribuzione dal ventinovesimo giorno in poi, entro il limite dello 0,834% del tetto massimo annuo consentito dalla previdenza sociale. L'indennità dei coltivatori diretti è forfetaria ed è erogata a partire dall'ottavo giorno di assenza dal lavoro.

Se, a seguito dell'infortunio o della malattia, il lavoratore resta in modo parzialmente o totalmente incapace di lavorare (con un'incapacità di almeno il 10% per i lavoratori subordinati o del 30% per i coltivatori diretti), egli ha diritto ad una pensione. L'ammontare di tale pensione è condizionato al suo reddito nei 12 mesi precedenti allo stato d'incapacità e al suo grado d'incapacità permanente. Se il tasso di incapacità permanente è inferiore al 10 %, viene assegnata un'indennità in capitale.

In caso di decesso dell'assicurato può essere erogata una pensione ai superstiti. L'importo totale della pensione erogata al superstita di una vittima di infortunio sul lavoro non può superare l'85% del reddito annuo del defunto.

GERMANIA

Il sistema di previdenza sociale tedesco prevede cinque settori obbligatori:

- assicurazione malattia;
- assicurazione per l'assistenza continuativa;
- assicurazione pensione;
- assicurazione per gli infortuni;
- assicurazione contro la disoccupazione.

L'assicurazione malattia obbligatoria è gestita da 260 casse malattia, da Casse integrative (*Ersatzkasse*), dal Fondo aziendale (*Betriebskrankenkasse*, BKK), da una Cassa malattia per i lavoratori del commercio (*Innungskrankenkasse*, IKK), da un Fondo assicurativo federale per i minatori (*Bundesknappschaft*) e da una Cassa malattia dei marittimi (*Seekrankenkasse*). Le casse malattia sono organizzate su scala regionale e nazionale; esse possono essere scelte liberamente da quasi tutti gli assicurati, indipendentemente dalla professione svolta o dal datore di lavoro, a eccezione delle casse per i minatori, per i marittimi e per gli agricoltori.

Tranne poche professioni (per esempio, i funzionari pubblici, i magistrati e i militari), sono soggetti all'assicurazione malattia obbligatoria tutti i lavoratori, salvo che la loro retribuzione superi il tetto massimo stabilito per l'assicurazione obbligatoria. Per contro, sono esenti dall'obbligo assicurativo

⁽²⁸⁾ Le tabelle delle malattie professionali sono allegate al Libro IV del *Code de la sécurité sociale*.

coloro che svolgono un'attività marginale la cui retribuzione non supera un determinato importo mensile.

Rientrano nell'assicurazione obbligatoria i lavoratori che seguono corsi di formazione professionale, i disoccupati che percepiscono l'indennità di disoccupazione, gli studenti, gli stagisti, gli artisti e i giornalisti e i pensionati.

All'interno di ciascuna cassa malattia vi è una cassa speciale che ha il compito di erogare prestazioni in caso di necessità di assistenza continuativa.

L'assicurazione pensionistica obbligatoria accorda prestazioni in caso di invalidità, vecchiaia, morte nonché per la rieducazione medica e la riabilitazione alle funzioni della vita attiva.

L'assicurazione contro gli infortuni è gestita dalle casse di previdenza di ogni settore di attività, dalle casse di previdenza agricole e dagli enti di assicurazione contro gli infortuni del comparto pubblico (enti federali o dei *Länder* per i funzionari pubblici)⁽²⁹⁾.

L'assicurazione contro la disoccupazione è gestita dall'Agenzia federale per l'impiego (*Bundesagentur für Arbeit*), che procura posti di lavoro e fornisce prestazioni di reinserimento finalizzate a favorire l'attività professionale, oltre a erogare prestazioni in denaro in caso di disoccupazione, vale a dire, essenzialmente, le indennità di disoccupazione.

Oltre ai suddetti settori della previdenza sociale, esistono anche l'assistenza sociale pubblica, le prestazioni minime a favore di chi è in cerca di occupazione, nonché altre prestazioni familiari e gli assegni per l'alloggio.

Immediatamente dopo l'assunzione, il datore di lavoro è tenuto a iscrivere il lavoratore subordinato al sistema di previdenza sociale; lo iscrive innanzitutto alla cassa malattia (*Krankenkasse*), che provvede a informare gli enti competenti per l'assicurazione pensionistica e l'assicurazione contro la disoccupazione. Al lavoratore è assegnato un numero di matricola (*Versicherungsnummer*) sotto il quale l'ente registra i periodi assicurativi e i contributi previdenziali.

I lavoratori autonomi devono provvedere personalmente all'iscrizione presso la cassa malattia competente.

Il lavoratore, se la retribuzione dell'attività svolta supera un importo minimo, è obbligato a versare i contributi per l'assicurazione malattia, per l'assicurazione per l'assistenza continuativa, per l'assicurazione contro la disoccupazione e per l'assicurazione pensionistica.

L'importo della contribuzione dovuta è commisurato alla retribuzione. In linea di massima, metà del contributo è a carico del lavoratore, mentre l'altra metà dev'essere versata dal datore di lavoro. I lavoratori autonomi, invece, devono invece versare il contributo per intero alle assicurazioni obbligatorie di malattia, assistenza continuativa e pensione. I contributi all'assicurazione contro gli infortuni sono esclusivamente a carico del datore di lavoro.

Il datore di lavoro è tenuto al versamento dei contributi, trattenendo dalla retribuzione del lavoratore la quota spettante a quest'ultimo. Le casse malattia obbligatorie gestiscono la riscossione dell'importo complessivo dei contributi per tutti i settori della previdenza sociale.

Infortuni e malattie professionali

In Germania, l'assicurazione contro gli infortuni copre gli infortuni sul lavoro e le malattie professionali ed è obbligatoria, in particolare, per i lavoratori e gli apprendisti.

⁽²⁹⁾ L'associazione che raccoglie gli enti assicurativi per gli infortuni sul lavoro e le malattie professionali nel settore pubblico ed industriale è la Deutsche Gesetzliche Unfallversicherung (<http://dguv.de>).

Il contributi per l'assicurazione contro gli infortuni sul lavoro sono a carico del datore di lavoro.

Sono peraltro assicurate altre categorie di persone come, per esempio, i bambini che frequentano la scuola materna o quelli affidati alle cure di educatrici specializzate, gli studenti delle scuole elementari per il periodo di permanenza nell'edificio scolastico, le persone che seguono una rieducazione e gli studenti che frequentano un corso di formazione o di perfezionamento in una scuola superiore.

Al sistema assicurativo possono iscriversi anche i lavoratori autonomi che, in linea di principio, non sono tenuti all'obbligo di assicurazione (salvo il caso di taluni settori, dove per legge o a norma di regolamenti sono inseriti in un'assicurazione obbligatoria).

Le prestazioni dell'assicurazione contro gli infortuni vengono versate solo qualora si sia verificato un sinistro.

Per "sinistri" si intendono gli infortuni sul lavoro e le malattie professionali.

Gli infortuni sul lavoro non sono solo gli infortuni propriamente detti e avvenuti nell'esercizio dell'attività professionale, ma anche gli incidenti sopravvenuti lungo il percorso andata e ritorno dal luogo di lavoro.

La copertura assicurativa copre solo il nesso di causalità tra l'attività assicurata e l'infortunio e tra l'infortunio e il danno alla salute.

È l'ente di assicurazione competente a decidere d'ufficio se un infortunio è coperto o meno da assicurazione e se esso dà diritto a prestazioni.

Il datore di lavoro è obbligato a notificare il sinistro all'ente di assicurazione contro gli infortuni.

Le malattie professionali sono le malattie di cui l'assicurato soffre in ragione della propria attività lavorativa e sono quelle presenti nell'apposito elenco delle malattie professionali approvato dal governo tedesco ⁽³⁰⁾. Possono comunque essere riconosciute come malattie professionali anche quelle di cui venga dimostrata l'origine professionale in base ai criteri di riconoscimento adottati per quelle presenti nell'elenco.

Il lavoratore, quale indennizzo per il danno alla salute causato da un sinistro, ha diritto alle seguenti prestazioni:

- Assistenza sanitaria e indennità giornaliera (*Verletztengeld*);
- Assistenza al lavoro;
- Prestazioni per poter partecipare alla vita sociale;
- Prestazioni complementari;
- Prestazioni per l'assistenza continuativa;
- Indennità giornaliera in caso di infortunio e indennità temporanea: l'indennità giornaliera ammonta all'80% della retribuzione lorda, fino al massimo della retribuzione netta; è versata al termine del periodo in cui il lavoratore percepisce ancora lo stipendio ed è corrisposta, in linea di principio, per un massimo di 78 settimane. Questa prestazione cessa se al lavoratore viene riconosciuta una pensione per infortunio sul lavoro o per malattia professionale. L'indennità temporanea è accordata durante l'assistenza al lavoro ed è leggermente inferiore all'indennità giornaliera in caso di infortunio;
- Pensione per infortunio sul lavoro o per malattia professionale (*Verletztenrente*): l'assicurato ha diritto alla pensione se, a seguito dell'infortunio, la sua capacità lavorativa è diminuita di almeno il 20% per un periodo superiore a 26 settimane. L'importo è proporzionale al grado di diminuzione della capacità di guadagno e dipende altresì

⁽³⁰⁾ In Germania, sono previste 73 malattie professionali riconosciute [Allegato n. 1 del Decreto sulle malattie professionali (*Berufskrankheiten-Verordnung*) del 31 ottobre 1997 come modificato da ultimo in data 11 luglio 2009].

dall'ammontare del reddito annuo precedente (riferito agli ultimi 12 mesi di calendario precedenti l'infortunio). In taluni casi, una somma forfetaria può sostituire la pensione per infortunio sul lavoro o per malattia professionale;

- Pensioni di reversibilità (*Hinterbliebenenrenten*): in caso di morte dell'assicurato causata da infortunio sul lavoro o malattia professionale è prevista una pensione per i superstiti. In taluni casi, una somma forfetaria può sostituire la pensione ai superstiti.
- Indennità in caso di morte e indennità per le spese funerarie: sono previste, in taluni casi, in caso di decesso dovuto a infortunio sul lavoro o a malattia professionale.

GRECIA

In Grecia, il sistema della previdenza sociale è principalmente gestito dall'Istituto di assicurazione sociale – Cassa unica di assicurazione dei lavoratori dipendenti, conosciuto con l'acronimo *IKA-ETAM*, presso il quale è assicurata la maggior parte dei lavoratori subordinati.

L'*IKA-ETAM* assicura i lavoratori del settore privato o quelli del settore pubblico assunti con un contratto di diritto privato, purché non siano assicurati presso un altro regime previdenziale nazionale.

Oltre all'*IKA-ETAM*, esistono altri regimi assicurativi speciali per i funzionari, per alcune categorie di lavoratori subordinati (ad esempio bancari e giornalisti), per gli agricoltori e per i lavoratori autonomi assicurati con fondi speciali. Per ogni ente assicurativo vigono disposizioni legislative differenti. Essendo l'*IKA-ETAM* il principale ente previdenziale greco per i lavoratori subordinati, in questo lavoro viene illustrata essenzialmente la tutela previdenziale offerta da tale organismo⁽³¹⁾.

Il regime *IKA-ETAM* copre le prestazioni di malattia, di maternità e le pensioni.

L'assicurazione contro la disoccupazione e le prestazioni familiari sono gestite dall'Ente per il collocamento (*OAED*); i contributi spettanti all'*OAED* vanno comunque versati all'*IKA-ETAM*⁽³²⁾.

In base al sistema previdenziale greco, i lavoratori subordinati hanno diritto alle seguenti prestazioni:

- prestazioni di malattia e maternità;
- prestazioni in caso di infortunio sul lavoro e malattie professionali;
- assegni in caso di morte;
- pensioni di invalidità;
- pensioni di vecchiaia e di reversibilità;
- indennità di disoccupazione;

⁽³¹⁾ (*IKA-ETAM*) Ente di previdenza sociale – Cassa generale di assicurazione dei lavoratori subordinati, Agiou Konstantinou 8, 102 41, Atene (<http://ika.gr>).

⁽³²⁾ La legislazione sui rischi assicurativi e le relative prestazioni per le persone assicurate nel quadro dell'*IKA-ETAM* sono disciplinate da un regime estremamente complesso, che prevede disposizioni diverse in base al momento dell'iscrizione. Tale differenziazione, introdotta nel 1992, e tutt'ora in vigore, presuppone la distinzione tra due categorie di lavoratori: gli iscritti al sistema previdenziale fin dal 31 dicembre 1992 e coloro che vi hanno aderito dopo il 1° gennaio 1993. Per le due categorie di lavoratori sono previste condizioni diverse di copertura dei rischi e di erogazione delle prestazioni. Anche l'importo delle prestazioni varia di conseguenza.

- prestazioni familiari.

All'inizio dell'attività lavorativa nel quadro del regime *IKA-ETAM*, l'interessato è tenuto a iscriversi presso l'ufficio competente o la sede periferica dell'*IKA-ETAM* del luogo di residenza. In seguito, ogni modifica dei dati personali deve sempre essere segnalata direttamente all'ente competente.

I lavoratori autonomi devono provvedere personalmente all'iscrizione presso l'ente previdenziale competente.

I contributi previdenziali sono versati in parte dal lavoratore e in parte dal datore di lavoro. I contributi a carico del dipendente e contributi a carico del datore di lavoro sono versati all'*IKA-ETAM* dal datore di lavoro.

Infortunati e malattie professionali

I lavoratori subordinati sono coperti dal regime dell'*IKA-ETAM* in caso di:

- infortuni riportati durante il lavoro o in relazione ad esso (infortuni sul lavoro);
- infortuni riportati lungo il percorso di andata e ritorno dal luogo di lavoro;
- infortuni diversi da quelli verificatisi sul lavoro;
- affezioni causate da effetti nocivi dovuti alla professione, se comprese nell'elenco ufficiale delle malattie professionali (indicate nel regolamento sulle malattie dell'*IKA-ETAM*).

Gli infortuni e le malattie professionali non costituiscono un ramo assicurativo distinto. La malattia o l'incapacità temporanea al lavoro sono coperte dall'assicurazione malattia, mentre l'invalidità e il decesso sono coperti dall'assicurazione pensionistica.

Tuttavia, se il lavoratore ha subito un infortunio (in particolare, un infortunio sul lavoro) o è affetto da una malattia professionale, le prestazioni assicurative vengono erogate a condizioni più favorevoli.

Circa gli infortuni sul lavoro, il lavoratore ha diritto sia alle prestazioni in denaro che alle prestazioni in natura, indipendentemente dai periodi di assicurazione maturati. Ciò significa che, per aver diritto alle prestazioni, non è richiesto un numero specifico di giornate lavorative. Occorre però che il lavoratore sia assicurato.

L'indennità associata all'infortunio sul lavoro è corrisposta dal primo giorno di notifica dello stesso e la somma da versare è calcolata nello stesso modo che l'indennità di malattia, nei casi di malattia ordinaria. Non è previsto un periodo di carenza di tre giorni come nei casi di malattia; occorre tuttavia che l'incapacità al lavoro si protragga per almeno tre giorni.

La notifica dell'infortunio si ritiene effettuata allorché il lavoratore o qualcuno in vece sua comunichi immediatamente l'incidente al datore di lavoro e all'ufficio locale *IKA-ETAM*. La notifica dell'infortunio deve essere effettuata al massimo entro cinque giorni lavorativi. È possibile ottenere una proroga solo in casi specifici. Nel caso in cui l'infortunio provochi un'invalidità parziale, la scadenza è portata a un anno e, in caso di morte, a due anni.

Se l'infortunio avviene il primo giorno di presa di servizio, l'importo dell'indennità è calcolato sulla base della retribuzione giornaliera di riferimento della categoria di appartenenza, che viene attribuita in base alla retribuzione giornaliera percepita al momento dell'infortunio.

Nel caso di invalidità o morte per infortunio, spetta ai familiari a carico una pensione di invalidità o una pensione di reversibilità.

Per quanto attiene le malattie professionali, i lavoratori assicurati e i pensionati beneficiano di un'indennità di malattia professionale se colpiti da una patologia cronica che si manifesta dopo un certo periodo di tempo e che rientra nel quadro delle professioni indicate nel regolamento relativo alle malattie dell'*IKA-ETAM*.

I servizi medici dell'ufficio locale *IKA-ETAM* sono responsabili dell'accertamento dell'origine professionale della malattia.

IRLANDA

La previdenza sociale irlandese offre sostanzialmente tre tipi di prestazioni:

- prestazioni a carattere contributivo (di assicurazione sociale), erogate in funzione del numero di contributi previdenziali collegati alla retribuzione versati nel corso di un determinato periodo di tempo;
- prestazioni a carattere non contributivo (di assistenza sociale), erogate a persone che non hanno i requisiti per ottenere le prestazioni dell'assicurazione sociale, a seconda di una valutazione della loro situazione economica;
- prestazioni "universali", estese a tutti i cittadini, come ad esempio gli assegni familiari.

Per avere diritto alle prestazioni, i richiedenti devono soddisfare i requisiti previsti dal regime richiesto.

Ai sensi della legislazione irlandese non sono previsti regimi previdenziali speciali per categorie specifiche di lavoratori: i lavoratori subordinati e i lavoratori autonomi sono assicurati dallo stesso sistema previdenziale generale.

Gli assicurati e le persone a loro carico possono beneficiare delle seguenti prestazioni:

- prestazioni sanitarie specifiche, prestazioni in denaro dell'assicurazione malattia e prestazioni di maternità;
- prestazioni per infortuni sul lavoro e malattie professionali;
- indennità di invalidità;
- pensione di vecchiaia e di reversibilità;
- prestazioni di disoccupazione.

Le persone che non hanno i requisiti per ottenere le prestazioni di questi (o parte di questi) regimi assicurativi possono richiedere le prestazioni dei regimi a carattere non contributivo che esistono in parallelo a quasi tutti i regimi assicurativi disponibili.

In linea generale, sono assicurati tutti i lavoratori subordinati e autonomi di età superiore ai 16 anni che non abbiano raggiunto l'età pensionabile (66 anni). I lavoratori subordinati che guadagnano meno di 38 euro alla settimana (in totale) o che hanno più di 66 anni sono assicurati soltanto contro gli infortuni sul lavoro e le malattie professionali.

Il contributo previdenziale collegato alla retribuzione (*Pay-Related Social Insurance - PRSI*) rappresenta una percentuale della retribuzione settimanale lorda del lavoratore. Sia il datore di lavoro che il dipendente versano una quota dei contributi, tranne nel caso dei redditi minimi, che sono esonerati dal pagamento (di parte) dei contributi.

Il datore di lavoro è legalmente responsabile del versamento dell'intero contributo *PRSI*. Pertanto, il datore di lavoro trattiene dalla retribuzione corrisposta al dipendente la quota del contributo a carico di quest'ultimo.

In genere i lavoratori subordinati sono tenuti a pagare anche i contributi per l'assistenza sanitaria (*Health Contribution*), secondo le stesse modalità del contributo *PRSI*, ma a prescindere da quest'ultimo.

Per i lavoratori autonomi, il contributo *PRSI* è una percentuale del reddito lordo al netto dei contributi per il trattamento di quiescenza e detrazioni ammesse. I lavoratori autonomi a basso reddito versano un contributo fisso.

I contributi all'assicurazione sociale dei lavoratori subordinati e dei datori di lavoro (esclusi i contributi per l'assistenza sanitaria) vengono versati al Fondo di assicurazione sociale (*Social Insurance Fund*) al quale contribuisce anche lo Stato. Le prestazioni dell'assicurazione sociale sono erogate da questo fondo, che è gestito dal Ministero degli Affari sociali e della famiglia.

I sussidi a carattere non contributivo e gli assegni familiari (*Child Benefit*) sono invece finanziati dallo Stato.

Infortunio sul lavoro e malattie professionali

Possono beneficiare delle prestazioni per infortunio sul lavoro e malattia professionale (*Occupational Injuries Benefits*) gli assicurati che sono vittima di un infortunio sul lavoro o che contraggono una malattia a causa dell'attività svolta.

Le malattie professionali sono le malattie di cui la persona soffre in ragione della propria attività lavorativa e sono quelle presenti nell'apposito elenco delle malattie professionali approvato dal governo irlandese che viene periodicamente aggiornato⁽³³⁾. Inoltre, il lavoratore può fornire la prova del nesso tra una malattia presente nell'elenco da cui è affetto e un'attività lavorativa diversa da quelle indicate nello stesso.

Le prestazioni possono consistere nell'indennità per infortunio o malattia professionale (*Injury Benefit*), nell'assegno di invalidità (*Disablement Benefit*), nell'integrazione per impossibilità di praticare un'attività (*Incapacity Supplement*), nell'assistenza medica (*Medical Care*) e nella pensione di reversibilità (*Death Benefits*).

L'indennità per infortunio o malattia professionale viene erogata durante il periodo di incapacità al lavoro per un massimo di 26 settimane a partire dalla data dell'infortunio o della comparsa della malattia professionale. Se l'incapacità perdura oltre le 26 settimane, il lavoratore ha diritto all'assegno di invalidità.

In caso di infortunio sul lavoro, il dipendente deve informare il proprio datore di lavoro e inviare un certificato di incapacità al lavoro al Ministero degli Affari sociali e della famiglia. Il certificato deve essere inviato per ogni settimana di incapacità.

L'indennità per infortunio, compresi gli assegni per adulti e figli a carico, spetta in genere a partire dal quarto giorno di incapacità.

L'assegno di invalidità (*Disablement Benefit*) spetta all'assicurato che, a seguito di infortunio sul lavoro o malattia professionale, subisce una perdita delle facoltà fisiche o mentali, anche se è ancora in grado di lavorare.

L'integrazione per impossibilità di praticare un'attività (*Incapacity Supplement*) spetta al lavoratore che percepisce un assegno di invalidità (*Disablement Benefit*), perché è permanentemente inabile al

⁽³³⁾ Sono previste 56 malattie professionali riconosciute. L'elenco è consultabile sul sito internet del Department of Social and Family Affairs (DSFA) (<http://welfare.ei>).

lavoro a causa di infortunio o malattia professionale e non ha i requisiti per beneficiare dell'indennità di malattia (*Illness Benefit*).

Il regime di prestazioni per infortuni sul lavoro e malattie professionali copre il costo dell'assistenza medica che supera le spese già pagate dalle autorità sanitarie regionali incluse nel quadro delle indennità per cure mediche. In caso di cure mediche a seguito di infortunio sul lavoro o malattia professionale, occorre informare il ministero degli Affari sociali e della famiglia dell'accaduto entro 6 settimane dall'inizio della cura.

Le prestazioni di reversibilità ai superstiti spettano quando un assicurato muore a seguito di infortunio sul lavoro o malattia professionale. Possono essere versate anche ai soggetti che erano a carico di un assicurato il quale percepiva, prima del decesso, una pensione di invalidità (*Disablement Pension*) di grado non inferiore al 5 %, a prescindere dalla causa della morte.

LUSSEMBURGO

Il regime di previdenza sociale lussemburghese prevede le seguenti prestazioni:

- prestazioni di malattia, maternità e di accompagnamento;
- prestazioni per infortuni sul lavoro e malattie professionali;
- prestazioni d'invalidità;
- prestazioni di vecchiaia e di reversibilità;
- indennità di disoccupazione;
- indennità di prepensionamento;
- assegni familiari.

Nel caso dei lavoratori subordinati spetta al datore di lavoro adempiere alle formalità necessarie per l'iscrizione al regime di previdenza sociale, mentre i lavoratori autonomi sono tenuti ad espletare personalmente ogni obbligo burocratico.

Il lavoratore subordinato deve versare i contributi per l'assicurazione malattia e maternità⁽³⁴⁾, per l'accompagnamento (interamente a carico del lavoratore) e per l'assicurazione pensionistica (vecchiaia, invalidità e reversibilità). L'importo dei contributi è calcolato in percentuale sulla retribuzione percepita. Metà del contributo è a carico del lavoratore subordinato e metà è a carico del datore di lavoro.

Il datore di lavoro trattiene la quota contributiva a carico del lavoratore subordinato dalla sua retribuzione ed è responsabile dell'effettivo versamento dei contributi. I lavoratori autonomi sono invece personalmente responsabili del versamento dell'intero contributo.

⁽³⁴⁾ L'assicurazione malattia e maternità è gestita da varie istituzioni a seconda del settore di attività. In particolare, vi sono l'Unione delle casse malattia (Union des caisses de maladie "UCM"), la Cassa malattia degli operai (Caisse de maladie des ouvriers "CMO") con agenzie locali nelle principali città del Paese, la Cassa malattia per impiegati del settore privato (Caisse de maladie des employés privés "CMEP"), competente anche per quanto riguarda i liberi professionisti, la Cassa malattia per funzionari e impiegati pubblici (Caisse de maladie des fonctionnaires et employés publics "CMFEP"), la Cassa malattia per funzionari e impiegati comunali (Caisse de maladie des fonctionnaires et employés communaux "CMFEC"), la Cassa malattia degli operai e degli impiegati della S.A. ARBED (Caisses de maladie de l'ARBED), la Cassa mutua delle ferrovie lussemburghesi (Entraide médicale des chemins de fer luxembourgeois "EMCFL"), la Cassa malattia per professioni autonome (Caisse de maladie des professions indépendantes "CMPI") e la Cassa malattia per agricoltori (Caisse de maladie agricole "CMA").

Il lavoratore non è tenuto a versare contributi per l'assicurazione infortuni, per gli assegni familiari e per le indennità di disoccupazione.

Infortuni sul lavoro e malattie professionali

In Lussemburgo, l'assicurazione copre gli infortuni sul lavoro e le malattie professionali e prevede:

- prestazioni in natura per infortunio sul lavoro o malattia professionale;
- prestazioni in denaro per incapacità al lavoro (indennità economica e pensione);
- prestazioni ai superstiti se la persona in questione è deceduta in conseguenza dell'infortunio o della malattia professionale.

Per infortunio sul lavoro si intende un incidente che si verifichi a causa o durante l'attività lavorativa. Per infortunio in itinere si intende un incidente che si verifichi durante il tragitto normalmente effettuato per recarsi al posto di lavoro e per farvi ritorno.

In Lussemburgo, esiste un elenco delle malattie professionali riconosciute ⁽³⁵⁾, tuttavia, il risarcimento può essere richiesto anche per malattie non presenti nell'elenco, se ne viene dimostrata l'origine lavorativa.

Sono assicurati contro gli infortuni sul lavoro e le malattie professionali tutti coloro che esercitano un'attività professionale subordinata o autonoma e gli apprendisti. L'assicurazione è stata estesa anche ad altre categorie di persone, in particolare alunni e studenti, o attività, ad esempio attività parascolastiche, interventi di soccorso e salvataggio, ecc.

L'istituzione competente è l'Associazione d'assicurazione contro gli infortuni (*Association d'assurance contre les accidents*), che è divisa in due sezioni. La sezione industriale è competente per tutti gli assicurati, fuorché per le persone che esercitano un'attività agricola, delle quali invece è responsabile la sezione agricola e forestale.

In caso di infortunio sul lavoro, l'interessato deve informare immediatamente il datore di lavoro e notificare l'incapacità al lavoro alla propria cassa malattia.

Oltre alle prestazioni in natura (cure mediche, medicinali, spese di ricovero ecc.), le persone impossibilitate a lavorare in seguito a un infortunio o a una malattia professionale hanno diritto a un'indennità economica; tale indennità corrisponde alla retribuzione che l'interessato avrebbe percepito se avesse continuato a lavorare.

Le prestazioni in denaro sono erogate al lavoratore, ma sono rimborsate al datore di lavoro tramite la cassa malattia se, in presenza di incapacità al lavoro, i lavoratori continuano a percepire la loro retribuzione.

Allo scadere del diritto all'indennità economica, all'interessato spetta una pensione, calcolata sulla base del reddito professionale annuo valido ai fini contributivi riferito ai dodici mesi che precedono l'infortunio. Per i lavoratori agricoli, la pensione è calcolata in base a un reddito medio stabilito dalla legge.

In caso di incapacità totale, la pensione corrisponde all'85,6% del reddito professionale annuo (pensione intera); in caso di incapacità parziale la pensione è fissata a una quota della pensione intera, che dipende dal grado di incapacità.

⁽³⁵⁾ Sono previste 55 malattie e l'elenco può essere consultato nel Codice della previdenza sociale o alla pagina web degli enti previdenziali <http://www.secu.lu/legis/sommaires/sommlegacc2.html#maladies>.

Se l'assicurato percepisce una pensione per un'incapacità del 50% o meno, l'importo sarà maggiorato del 10% per ciascun figlio a carico con meno di 18 anni. La maggiorazione è accordata fino all'età di 27 anni se il figlio prosegue gli studi. Non esiste limite d'età se il figlio è disabile. La pensione, comprensiva delle maggiorazioni, non può tuttavia superare l'importo della retribuzione precedente.

Dopo tre anni, la pensione per un grado di invalidità inferiore al 10% è sostituita automaticamente da una somma unica (liquidazione detta *rachat*), il cui importo dipende dall'età dell'interessato. In determinate situazioni è possibile chiedere la liquidazione della propria pensione anche se il tasso d'invalidità è compreso tra il 10% e il 40%. Se l'invalidità supera il 40%, può essere concesso un prestito ipotecario.

MALTA

Il regime di previdenza sociale maltese prevede le seguenti prestazioni:

- prestazioni di malattia e maternità;
- prestazioni per infortuni sul lavoro e malattie professionali;
- prestazioni d'invalidità;
- prestazioni di vecchiaia e di reversibilità;
- indennità di disoccupazione;
- prestazioni di prepensionamento;
- assegni familiari.

Il regime di previdenza sociale maltese prevede due regimi di base: il regime contributivo e quello non contributivo. Per beneficiare del primo regime occorre innanzitutto essere in possesso dei requisiti specifici stabiliti in materia di contributi. Il secondo regime è invece subordinato fondamentalmente alla situazione reddituale.

Il regime non contributivo, concepito originariamente per provvedere ai bisogni di coloro che vivono al di sotto della "soglia di povertà", è divenuto negli anni un regime completo che fornisce assistenza socio-sanitaria ai capifamiglia disoccupati alla ricerca di un impiego o inabili al lavoro a causa di una determinata malattia, purché le risorse finanziarie del loro nucleo familiare non superino una determinata soglia. Anche le persone affette da talune malattie croniche possono usufruire di un'assistenza medica gratuita, indipendentemente dalla situazione finanziaria della famiglia.

Il regime contributivo ha invece carattere universale in quanto copre, in pratica, tutti gli strati della popolazione. Il regime contributivo di Malta prevede che i lavoratori subordinati e autonomi e anche i contribuenti che non lavorano (coloro che hanno meno di 65 anni, non sono lavoratori subordinati né autonomi e non traggono il proprio reddito da un'attività economica, bensì da altre fonti quali rendite, dividendi, ecc.) versino contributi settimanali in conformità del disposto della legge sulla previdenza sociale.

In linea generale, sono tenuti al versamento dei contributi tutti coloro di età compresa tra 16 anni e l'età pensionabile (da 61 anni per gli uomini e da 60 anni per le donne, fino ai 65 anni).

Per coloro che svolgono un lavoro assicurabile è previsto il versamento di tre diversi contributi: uno da parte del lavoratore subordinato, uno a carico del datore di lavoro e uno pagato dallo Stato.

Infortuni e malattie professionali

A Malta, per infortunio sul lavoro si intende un incidente che si verifichi a causa o durante l'attività lavorativa. A determinate condizioni, sono considerati infortuni sul lavoro anche quelli occorsi nel tragitto da e verso il luogo di lavoro.

Le malattie professionali riconosciute sono contenute in uno specifico elenco. E' comunque possibile per il lavoratore fornire la prova dell'origine professionale della malattia.

Le indennità per infortunio sul lavoro o malattia professionale sono erogate ai lavoratori subordinati e autonomi che abbiano versato almeno una settimana di contributi e maturano a partire dal quarto giorno e per un massimo di 12 mesi. Il datore di lavoro paga la differenza tra la retribuzione e le indennità (se queste ultime sono più basse). L'infortunio sul lavoro o la malattia professionale sono attestati dal medico curante, sono riconosciuti in genere in quanto tali dal datore di lavoro e confermati da testimoni. In caso di incapacità al lavoro per un periodo superiore a 10 giorni, il fascicolo è preso in esame da esperti medici del Servizio di previdenza sociale.

Qualora lo stato di incapacità al lavoro sia uguale o superiore al 90%, è erogata la pensione di invalidità a tasso pieno, a prescindere dal numero di contributi versati o maturati a credito. Per un'incapacità compresa tra il 20% e l'89% si eroga una pensione a tasso ridotto, mentre un'incapacità compresa tra l'1 e il 19% dà diritto a un'indennità forfetaria.

In caso di morte sul lavoro, è erogata una pensione di reversibilità al coniuge vedovo e ai figli orfani del lavoratore deceduto.

PAESI BASSI

Il sistema di previdenza sociale olandese prevede:

- l'assicurazione malattia e maternità;
- l'assicurazione per incapacità al lavoro;
- la pensione di vecchiaia;
- le prestazioni per i superstiti;
- l'assicurazione contro la disoccupazione;
- gli assegni familiari.

Non esiste alcun regime speciale di assicurazione per gli infortuni sul lavoro e le malattie professionali.

In linea di principio sono assicurati tutti i lavoratori subordinati e autonomi. I lavoratori autonomi, tuttavia, non sono assicurati contro la disoccupazione e non percepiscono indennità di malattia.

Il sistema previdenziale olandese prevede, sin dal primo giorno di lavoro subordinato, la copertura assicurativa automatica in tutti i settori assicurativi elencati sopra.

L'unica eccezione è relativa alle prestazioni di malattia. L'assistenza medica fa infatti capo a due regimi assicurativi distinti e complementari: l'assicurazione malattia e l'assicurazione per le spese straordinarie di malattia, quest'ultima disciplinata dalla legge generale *Algemene Wet Bijzondere Ziektekosten*, altresì nota come *AWBZ*.

La *AWBZ* copre tutte le persone che vivono o lavorano nei Paesi Bassi, mentre per la legge sull'assicurazione malattia, tutti i residenti dei Paesi Bassi e tutti i non residenti che lavorano nel

paese (soggetti all'imposta sul reddito da lavoro) sono tenuti a sottoscrivere un'assicurazione malattia presso un ente assicurativo.

Pertanto, il fatto di essere in possesso dei requisiti necessari non è sufficiente per avere una copertura assicurativa. Diversamente dall'assicurazione fondata sulla legge generale per le spese straordinarie di malattia (la già citata *AWBZ*), chi è soggetto alla legge sull'assicurazione malattia deve provvedere personalmente a trovare un ente di assicurazione e a concludere con esso un contratto di assicurazione.

La sottoscrizione di una polizza di assicurazione malattia presso un ente assicurativo implica automaticamente l'iscrizione all'*AWBZ*.

Al momento dell'assunzione, il lavoratore subordinato deve chiedere al datore di lavoro a quale ente assicurativo è iscritto, poiché è a questo organismo che si dovrà rivolgere in caso di incapacità al lavoro o di disoccupazione. Anche il lavoratore autonomo dovrà rivolgersi, in caso di incapacità al lavoro, a un ente assicurativo.

Il datore di lavoro provvede al versamento dei contributi del lavoratore subordinato per le varie prestazioni previdenziali. La quota di contributi a carico del lavoratore viene trattenuta dalla retribuzione. Il datore di lavoro è tenuto a rimborsare al lavoratore una parte dei contributi (in proporzione al reddito) che il lavoratore ha già versato a titolo della legge sull'assicurazione malattia.

Infortuni e malattie professionali

Come già detto, nei Paesi Bassi i regimi assicurativi per gli infortuni sul lavoro e le malattie professionali non sono gestiti separatamente.

Il lavoratore che ha perduto la capacità lavorativa a seguito di infortunio sul lavoro o di malattia professionale ha diritto alle prestazioni di malattia per un anno e in seguito, eventualmente, a una prestazione in denaro per invalidità. Ha inoltre diritto a prestazioni in natura erogate dall'ente assicurativo della malattia di appartenenza.

Come già detto, quanto alle prestazioni di malattia, l'assistenza medica fa capo a due regimi assicurativi distinti e complementari: l'assicurazione malattia e l'assicurazione per le spese straordinarie di malattia, disciplinata dalla già citata legge *AWBZ* che copre tutte le persone che vivono o lavorano nei Paesi Bassi.

Le persone assicurate in base alla legge sull'assicurazione malattia hanno diritto alle cure mediche, a prestazioni di maternità e a forniture farmaceutiche. Le persone assicurate in base all'*AWBZ* hanno diritto all'assistenza ospedaliera (se il ricovero dura più di un anno), a trattamenti ambulatoriali, a cure domiciliari, all'assistenza psichiatrica ecc.

Il datore di lavoro è tenuto a versare al proprio dipendente in stato di malattia almeno il 70% della retribuzione dovuta per i primi due anni di malattia. Egli continua a corrispondere lo stipendio al dipendente fino alla 104[°] settimana di malattia, ma non oltre la scadenza del contratto.

La legge sull'assicurazione malattia è quindi un sistema di sicurezza che serve solamente alle persone che non hanno (o non hanno più) un datore di lavoro, e in un certo numero di altre situazioni particolari.

Il lavoratore ha diritto all'indennità di malattia quando il rapporto di lavoro termina il primo giorno di malattia o nel corso del periodo in cui il datore di lavoro è tenuto al versamento della retribuzione. Alla data della cessazione del rapporto di lavoro viene quindi corrisposta l'indennità di malattia, a patto che siano rispettati almeno due giorni di attesa (periodo di carenza). In questa

categoria rientrano alcuni lavoratori con contratti quadro e con contratti di lavoro a tempo determinato. Gli altri hanno diritto all'indennità di malattia a partire dal primo giorno di malattia.

Il lavoratore che ha diritto all'indennità di malattia deve notificare (o far notificare) al più presto (entro il secondo giorno di malattia) il proprio stato di malattia o la propria necessità di cessare l'attività lavorativa o l'impossibilità a recarsi al lavoro in ragione della malattia. Le regole per notificare la malattia vengono comunicate al lavoratore dal datore di lavoro.

Il lavoratore che richiede l'indennità di malattia e la cui incapacità al lavoro sia quindi certificata da un organo incaricato dall'ente di assicurazione deve attenersi alle disposizioni dell'Istituto di gestione delle assicurazioni per i lavoratori subordinati (*Uitvoeringsinstituut Werknemersverzekeringen, UWV*).

Il diritto all'indennità di malattia cessa in ogni caso il primo giorno del mese in cui il lavoratore raggiunge i 65 anni di età.

Qualora il lavoratore subordinato abbia beneficiato di indennità di malattia per 52 settimane, ha diritto, purché sussistano determinate condizioni, alle prestazioni in denaro previste dalla legge sull'assicurazione invalidità per i lavoratori subordinati (*Wet op de Arbeidsongeschiktheidsverzekering, WAO*).

Dal 1° gennaio 2006, tuttavia, la *WAO* è stata sostituita dalla legge sul lavoro e il reddito in base alla capacità lavorativa (*Wet werk en inkomen naar arbeidsvermogen, WIA*), descritta più avanti.

I lavoratori che percepiscono un'indennità ai sensi della *WAO* continuano a rimanere soggetti a questa legge. Le persone interessate da tale disposizione sono quelle che si sono ammalate prima del 1° gennaio 2004. L'indennità *WAO* viene corrisposta dall'*UWV* (Istituto di gestione delle assicurazioni per i lavoratori subordinati).

L'importo e la durata dell'indennità dipendono dall'età e dal grado di invalidità. Se il lavoratore subordinato ha almeno 33 anni quando gli viene liquidata l'indennità per la prima volta, la prestazione, per un certo periodo, sarà calcolata in base all'ultima retribuzione. Questo periodo iniziale va dai sei mesi per i lavoratori di età compresa tra 33 e 37 anni ai sei anni per i lavoratori di età pari o superiore a 58 anni. L'importo di tale indennità, che corrisponde a una percentuale dell'ultima retribuzione percepita, dipende dal grado di invalidità e va dal 14% della retribuzione giornaliera per un'invalidità del 15-25%, al 70% della retribuzione giornaliera per un'invalidità dell'80-100%. La retribuzione giornaliera considerata non può tuttavia superare una soglia massima. In casi speciali, quando il lavoratore necessita di cure e di assistenza continuative, la percentuale massima del 70% può essere elevata al 100%.

Se alla fine di questo periodo iniziale l'interessato è ancora inabile al lavoro, avrà diritto a un'indennità che viene concessa per cinque anni, rinnovabile ogni cinque anni e prorogabile fino al compimento dei 65 anni. L'importo base di questa indennità è calcolato in funzione della retribuzione minima di legge e del grado di invalidità. Di norma all'importo di base viene aggiunta un'integrazione calcolata sull'ultima retribuzione e commisurata all'età nella quale è iniziata l'invalidità.

L'indennità di invalidità è soggetta a revisione qualora intervengano un peggioramento o un miglioramento delle condizioni del lavoratore, e non viene più corrisposta:

- dal primo giorno del mese in cui l'interessato compie 65 anni;
- quando il grado di invalidità risulta inferiore al 15%;
- dal primo giorno del mese seguente al decesso dell'interessato.

Spetta all'ente assicurativo stabilire se e in che misura il lavoratore è incapace di lavorare ed esso può, a tale scopo, chiedere al lavoratore di sottoporsi a visita medica. Chiunque abbia beneficiato di un'indennità di invalidità per un anno deve sottoporsi nuovamente a una visita di controllo.

I lavoratori subordinati che si sono ammalati dopo il 1° gennaio 2004 e che, pertanto, non sono soggetti all'applicazione della WAO hanno diritto, in caso di invalidità di almeno il 35% al termine del periodo di carenza di 104 settimane, a un'indennità calcolata secondo la legge sul lavoro e il reddito in base alla capacità lavorativa (la già citata *Wet werk en inkomen naar arbeidsvermogen*, *WIA*), in vigore dal 1° gennaio 2006.

Se viene riconosciuta un'invalidità totale e permanente, il lavoratore riceve un'indennità di invalidità. Per questa prestazione, l'invalidità deve essere di almeno l'80% e le possibilità di guarigione, secondo le previsioni, devono essere quasi nulle. In tal caso viene avviata la procedura per concedere all'interessato un'indennità ai sensi del regolamento sulla concessione delle indennità alle persone con invalidità totale (*Inkomensvoorziening volledig arbeidsongeschikten*, *IVA*), che corrisponde al 70% della retribuzione giornaliera (retribuzione giornaliera massima: 168 Euro).

Le persone con grado di invalidità tra il 35% e l'80% percepiscono un'indennità ai sensi del regolamento sulla concessione di indennità alle persone con invalidità parziale [*Regeling werkhervatting gedeeltelijk arbeidsongeschikten* (*WGA*)].

Le persone che non possono lavorare ricevono inizialmente un'indennità il cui importo dipende dalla retribuzione giornaliera, corrispondente al 70% di quest'ultima. A seconda dell'attività lavorativa svolta, la durata di erogazione dell'indennità varia tra i 6 mesi e i 5 anni al massimo.

Le persone che continuano a lavorare ricevono, oltre alla nuova retribuzione, un'indennità pari al 70% della differenza tra la vecchia e la nuova retribuzione.

Al termine del periodo in cui l'interessato percepisce un'indennità legata alla retribuzione, si procede alla valutazione della sua situazione finanziaria. Se il reddito corrisponde ad almeno il 50% della capacità di guadagno restante, il *WGA* (*Regeling werkhervatting gedeeltelijk arbeidsongeschikten*) integra lo stipendio dell'interessato con il 70% della differenza tra la retribuzione giornaliera e la capacità di guadagno restante o la nuova retribuzione.

I lavoratori che, al termine del periodo in cui hanno percepito l'indennità legata alla retribuzione, non sono occupati o guadagnano meno del 50% della capacità di guadagno restante, ricevono un'indennità basata su una percentuale dello stipendio minimo.

Sia l'*IVA* che la *WGA* vengono erogate dall'*UWV* (Istituto di gestione delle assicurazioni per i lavoratori subordinati).

I lavoratori autonomi sono assicurati contro il rischio di invalidità nel quadro della legge sull'assicurazione di invalidità per lavoratori autonomi (*Wet Arbeidsongeschiktheidsverzekering Zelfstandigen*, *WAZ*). Purché sussistano determinate condizioni riguardanti l'età e il reddito, i lavoratori autonomi hanno diritto alle indennità *WAZ* dopo 104 settimane di invalidità totale o parziale.

La *WAZ* non è più in vigore dal 1° agosto 2004. Dopo il 1° agosto 2004 i lavoratori autonomi devono provvedere personalmente alla sottoscrizione di un'assicurazione contro il rischio di invalidità⁽³⁶⁾.

⁽³⁶⁾ Per maggiori informazioni rivolgersi all'*UWV* (<http://www.uwv.nl/>).

PORTOGALLO

Il regime portoghese di previdenza sociale si fonda, in particolare, sul principio dell'universalità, consentendo a tutti gli interessati di accedere alla protezione sociale prevista. Esso comprende tre sistemi: il sistema di protezione sociale del cittadino, il sistema previdenziale e il sistema complementare.

Il sistema previdenziale, su una base contributiva obbligatoria, mira a garantire ai suoi beneficiari prestazioni in denaro in sostituzione dei redditi professionali perduti a seguito dei rischi contemplati dalla legge e comprende i regimi seguenti:

- il regime generale dei lavoratori subordinati;
- il regime dei lavoratori autonomi;
- i regimi speciali;
- i regimi facoltativi.

Nell'ambito del sistema previdenziale, il regime generale dei lavoratori subordinati e il regime dei lavoratori autonomi, nella sua forma più ampia, coprono i seguenti rischi:

- malattia;
- maternità, paternità e adozione;
- infortuni sul lavoro e malattie professionali;
- morte;
- invalidità;
- vecchiaia e pensioni di reversibilità;
- disoccupazione.

Gli altri regimi di questo sistema coprono solamente alcuni dei rischi menzionati.

Ad eccezione delle regioni autonome delle Azzorre e di Madeira, le prestazioni previdenziali vengono erogate dal Centro nazionale delle pensioni (*Centro Nacional de Pensões*) e dai Centri distrettuali di previdenza sociale (*Centros Distritais de Segurança Social, CDSS*), che rappresentano i servizi dell'Istituto di previdenza sociale. Il primo eroga tutte le prestazioni alle quali i beneficiari hanno diritto in caso di invalidità e vecchiaia. Eroga inoltre le pensioni di reversibilità ai superstiti in caso di morte di un assicurato.

Quasi tutte le altre prestazioni sono erogate dai Centri distrettuali di previdenza sociale.

I lavoratori hanno diritto alle prestazioni soltanto se iscritti al regime di previdenza sociale. L'iscrizione è valida per tutta la vita, anche dopo la cessazione dell'attività lavorativa.

Il datore di lavoro ha l'obbligo di iscrivere il lavoratore al CDSS competente nella regione in cui esercita la sua attività professionale. Il lavoratore è tenuto a notificare al Centro distrettuale di appartenenza la data di inizio dell'attività professionale o il contratto con un nuovo datore di lavoro. In caso contrario può perdere il diritto alle prestazioni.

Il lavoratore autonomo deve provvedere all'iscrizione presso il Centro distrettuale del luogo dove risiede

L'iscrizione obbliga il datore di lavoro e il lavoratore al versamento dei contributi. Generalmente, il datore di lavoro versa al Centro distrettuale sia la quota a suo carico che quella a carico del lavoratore, la quale viene poi detratta dalla retribuzione.

La copertura in caso di malattie professionali è garantita da un'istituzione speciale, il Centro nazionale di protezione contro i rischi professionali (*Centro Nacional de Protecção contra os Riscos Profissionais*).

Le prestazioni sanitarie sono di competenza dei centri sanitari (*Centros de saúde*), che fanno parte del sistema sanitario nazionale o con il quale hanno stipulato una convenzione.

In caso di infortunio sul lavoro, l'assistenza sanitaria prevista è a carico della compagnia di assicurazioni con cui il datore di lavoro ha stipulato un contratto.

Il finanziamento della copertura assicurativa contro gli infortuni sul lavoro è totalmente a carico del datore di lavoro ed è obbligatorio anche per i lavoratori autonomi.

L'assistenza sanitaria che non scaturisce da un infortunio sul lavoro è finanziata dallo Stato.

Infortuni e malattie professionali

Il datore di lavoro ha l'obbligo di provvedere alla copertura contro gli infortuni sul lavoro dei suoi dipendenti. Tale responsabilità viene di norma trasferita a compagnie di assicurazione, dal momento che i regimi di previdenza sociale non coprono questo rischio.

Anche i lavoratori autonomi hanno l'obbligo di sottoscrivere un'assicurazione che li protegga in caso di infortunio sul lavoro.

Il regime generale di previdenza sociale fornisce invece ai lavoratori una copertura contro il rischio di malattie professionali.

Benché i soggetti assicuratori siano diversi per la copertura dei vari rischi, il regime delle prestazioni previsto in caso di infortunio sul lavoro è praticamente identico a quello per le malattie professionali.

Le prestazioni erogate sono le seguenti:

- assistenza medica e chirurgica, medicinali e altre cure sanitarie come il ricovero ospedaliero, assistenza a domicilio, ecc.;
- indennità per incapacità temporanea;
- pensione provvisoria;
- indennizzo in capitale e pensioni per incapacità permanente;
- indennità per situazione di elevata incapacità permanente;
- indennità in caso di morte e assegni per spese funerarie;
- pensioni in caso di morte;
- assegno integrativo alla pensione;
- assegni integrativi per i mesi di luglio e dicembre;
- indennità per adeguamento dell'abitazione;
- indennità per partecipazione a corsi di formazione professionale.

Beneficiari delle prestazioni sono tutti i lavoratori subordinati che svolgano una qualsiasi attività, retribuita o meno; la copertura può anche essere estesa ai lavoratori autonomi. Altrettanto vale per i familiari in caso di morte del lavoratore.

Per infortunio sul lavoro si intende un infortunio che si verifica sul posto di lavoro durante l'orario lavorativo e che causa lesioni fisiche, disturbi funzionali, malattie che provocano il decesso o una

riduzione della capacità lavorativa o di guadagno, in maniera temporanea o permanente, parziale o totale.

Le malattie professionali sono le malattie di cui il lavoratore soffre in ragione della propria attività lavorativa e sono quelle presenti nell'apposito elenco delle malattie professionali approvato dal governo portoghese. Possono comunque essere riconosciute come malattie professionali anche quelle per le quali venga dimostrata l'origine professionale⁽³⁷⁾. Inoltre, la malattia deve manifestarsi entro un termine stabilito nell'elenco ufficiale delle malattie professionali.

In caso di infortunio sul lavoro, il lavoratore deve contattare la compagnia di assicurazione alla quale il datore di lavoro ha trasferito la responsabilità o l'organismo indicato dalla compagnia in questione. Generalmente, ciò deve avvenire entro determinati termini e le procedure possono variare da una compagnia all'altra. Di conseguenza, è bene conoscere per tempo la procedura da seguire in caso di infortunio.

Se il lavoratore contrae una malattia professionale, deve rivolgersi al Centro nazionale di protezione contro i rischi professionali (*Centro Nacional de Protecção contra os Riscos Profissionais*).

L'assistenza sanitaria viene generalmente prestata dal servizio sanitario pubblico. Il medico curante stabilirà se la malattia è associata o meno all'attività lavorativa; tale conferma è indispensabile ai fini dell'acquisizione del diritto alle prestazioni in questione.

Le prestazioni vengono corrisposte per tutto il periodo in cui il lavoratore risente degli effetti dell'infortunio o della malattia.

L'ammontare delle prestazioni in denaro è commisurato al grado e alla natura dell'incapacità al lavoro, al reddito di base precedente del lavoratore e, in alcuni casi, alla presenza o meno di familiari a carico.

REGNO UNITO

Il sistema di sicurezza sociale britannico comprende:

- il regime assicurativo nazionale, che eroga prestazioni in denaro per malattia, disoccupazione, reversibilità, pensione, ecc. Il diritto a tali prestazioni si acquisisce con la corresponsione di contributi al regime assicurativo nazionale;
- il servizio sanitario nazionale, che eroga le cure mediche, dentistiche e oculistiche di cui fruiscono i residenti in Gran Bretagna e Irlanda del Nord. Il diritto all'assistenza sanitaria non è subordinato al pagamento dei contributi al regime assicurativo nazionale;
- il regime degli assegni familiari e dei programmi di credito d'imposta per i figli, che erogano prestazioni in denaro per persone con figli a carico;
- le prestazioni non contributive per alcune categorie di disabili o per le persone che prestano loro assistenza;
- altre indennità a carico del datore di lavoro e versate a favore dei lavoratori subordinati aventi diritto a congedo di maternità, paternità o adozione.

⁽³⁷⁾ L'elenco delle malattie professionali è stato approvato dal decreto legge n. 6/2001 del 5 maggio 2001, pubblicato su Diário da República n. 104, I serie B, consultabile sul sito web del Centro nazionale di protezione contro i rischi professionali (*Centro Nacional de Protecção contra os Riscos Profissionais*, Ava Marquês de Tomar, n° 21 1050-153 Lisboa - <http://www1.seg-social.pt>).

Infortuni e malattie professionali

Le prestazioni per infortuni sul lavoro o malattie professionali sono erogate quando un lavoratore è colpito da invalidità a causa di un infortunio sul lavoro oppure se il lavoratore contrae una malattia professionale.

Nel Regno Unito è considerato infortunio sul lavoro la lesione subita sul lavoro o durante lo svolgimento dell'attività lavorativa. Gli infortuni subiti lungo il tragitto da/al posto di lavoro non sono in genere riconosciuti come infortuni sul lavoro.

Le malattie professionali sono le malattie di cui l'assicurato soffre in ragione della propria attività lavorativa e sono quelle presenti nell'apposito elenco delle malattie professionali approvato dal governo inglese e periodicamente aggiornato [sono 76 le malattie professionali riconosciute dall'*Industrial Injuries Scheme*⁽³⁸⁾].

Il diritto alle prestazioni non dipende dall'ammontare dei contributi assicurativi versati, ma è subordinato unicamente alla prestazione di un'attività lavorativa a carattere subordinato. Non ne hanno invece diritto i lavoratori che non hanno un rapporto di lavoro subordinato.

Circa le prestazioni previste dalla legge, l'indennità di invalidità (*Disablement benefit*) viene erogata nel caso in cui l'incapacità permanga per oltre 15 settimane dalla data in cui si è verificato l'infortunio sul lavoro o si sia manifestata la malattia professionale. L'ammontare dipende dal grado di invalidità valutato in percentuale. La prestazione può essere corrisposta a integrazione delle prestazioni di malattia o di invalidità.

L'indennità di invalidità può essere integrata:

- con un assegno di accompagnamento, se il lavoratore necessita di assistenza continua e presenta un'invalidità del 100%;
- con un assegno per invalidità particolarmente grave, che viene erogato se il lavoratore percepisce l'assegno di accompagnamento calcolato in base alle due aliquote più alte e nel caso tale assistenza debba essere permanente. È prevista inoltre un'indennità integrativa per la riduzione dei redditi da lavoro nel caso in cui l'infortunio o la malattia si siano verificati prima del 1° ottobre 1990 e se il lavoratore non può svolgere la propria attività lavorativa normale o un'attività equivalente a causa della menomazione.

Di norma le prestazioni di invalidità sono corrisposte se l'invalidità è valutata al 14% o più per qualsiasi infortunio e per la maggior parte delle malattie riconosciute.

Per le malattie respiratorie (pneumoconiosi, bissinosi) l'indennità può essere corrisposta a fronte di un'invalidità minima dell'1%. I soggetti colpiti da mesotelioma diffuso, asbestosi o carcinoma polmonare a seguito di un'esposizione specifica all'amianto sul posto di lavoro hanno diritto al 100% dell'indennità.

Per le vittime di infortuni verificatisi durante un tirocinio di formazione istituzionalizzato esiste un sistema analogo a quello dell'indennità per infortunio sul lavoro (*Analogous Industrial Injuries Scheme*).

⁽³⁸⁾ La lista delle malattie professionali riconosciute è consultabile sul sito internet del Department of Work and Pensions <http://www.dwp.gov.uk>.

SPAGNA

Il sistema previdenziale spagnolo prevede due livelli o modalità di copertura: il sistema contributivo e il sistema non contributivo.

a) Sistema contributivo

Il sistema previdenziale è composto da due tipi di regimi contributivi:

- un regime generale che copre tutti i lavoratori subordinati non iscritti a regimi speciali, oltre ad alcune categorie di dipendenti pubblici;
- cinque regimi speciali per i lavoratori del settore agricolo, i lavoratori autonomi, i collaboratori familiari, i minatori che lavorano nelle miniere di carbone e i marittimi.

È prevista una tutela specifica per gli studenti (assicurazione scolastica).

Esiste inoltre uno speciale regime contributivo per i dipendenti pubblici.

b) Sistema non contributivo

Le prestazioni non contributive sono concesse alle persone che si trovano in una situazione di bisogno, devono essere tutelate e non dispongono di mezzi sufficienti per provvedere alla propria sussistenza in base alle condizioni previste dalla legge, anche nel caso in cui non abbiano mai versato contributi previdenziali o non lo abbiano fatto per un periodo di tempo sufficiente per avere diritto alle prestazioni versate nel quadro del sistema contributivo.

c) Previdenza volontaria

In Spagna è possibile concludere un accordo speciale con il sistema di previdenza sociale che, in genere, mira a mantenere o estendere, in alcuni casi precisi, il diritto alle prestazioni previdenziali.

Tuttavia, in alcune situazioni, la conclusione dell'accordo può comportare l'iscrizione al regime previdenziale della propria attività professionale; in tal caso, il versamento dei contributi dovuti sarà esclusivamente a carico dell'interessato.

Il sistema previdenziale spagnolo prevede:

- prestazioni sanitarie;
- indennità di malattia;
- indennità per rischi in gravidanza e maternità;
- indennità per infortuni sul lavoro e malattie professionali;
- indennità o pensione di invalidità;
- pensione di vecchiaia; prestazioni in caso di morte e pensioni di reversibilità ;
- prestazioni di disoccupazione;
- prestazioni familiari.

Prima di iniziare a lavorare in Spagna occorre iscriversi al sistema previdenziale e aderire, entro i termini previsti, al regime di competenza dell'attività professionale esercitata. I lavoratori autonomi devono presentare personalmente la domanda d'iscrizione e di adesione. Per i lavoratori dipendenti sarà il datore di lavoro a farsi carico della procedura.

L'obbligo di versamento dei contributi nasce con l'inizio dell'attività lavorativa. I contributi sono calcolati in base a una percentuale applicata ad una base contributiva.

I lavoratori subordinati non sono responsabili del versamento dei contributi previdenziali, che sono di competenza del datore di lavoro. Quest'ultimo versa la propria quota contributiva e quella del

proprio dipendente. Nel versamento della remunerazione ai lavoratori subordinati, il datore di lavoro dedurrà la parte dei contributi previdenziali da loro dovuta, oltre alla ritenuta applicabile per l'imposta sul reddito.

Viceversa, i lavoratori autonomi sono responsabili in prima persona del pagamento dei contributi.

Il sistema previdenziale è gestito dai seguenti organismi: la Cassa generale di previdenza sociale (Tesorería General de la Seguridad Social - TGSS), l'Istituto nazionale della previdenza sociale (Istituto Nacional de la Seguridad Social - INSS), l'Istituto sociale della marina (Istituto Social de la Marina - ISM), L'Istituto per gli anziani e i servizi sociali (Istituto de Mayores y Servicios Sociales - IMSERSO) e l'Istituto nazionale per l'impiego (Servicio Público de Empleo Estatal - INEM). Le prestazioni sanitarie sono gestite dai servizi sanitari che dipendono dalle comunità autonome [l'Istituto nazionale di gestione sanitaria (*Instituto Nacional de Gestion Sanitaria* - INGESA) gestisce e provvede all'assistenza sanitaria nelle città di Ceuta e Melilla].

Infortuni e malattie professionali

Il sistema previdenziale spagnolo non prevede un regime separato per gli infortuni sul lavoro e le malattie professionali.

Per infortunio sul lavoro si intendono le lesioni fisiche subite da un lavoratore durante lo svolgimento di un'attività lavorativa o come sua conseguenza, nonché le malattie che non si possono considerare professionali in quanto non figurano nell'elenco delle medesime, ma che vengono contratte nell'espletamento degli obblighi lavorativi assegnati. Anche gli infortuni subiti nel tragitto da o verso il posto di lavoro rientrano nella categoria degli infortuni sul lavoro.

Per malattia professionale si intende qualsiasi affezione compresa in un apposito elenco di malattie professionali ⁽³⁹⁾.

Oltre alle prestazioni sanitarie previste in caso di malattia, al lavoratore che versa i contributi previdenziali e deve sospendere l'attività lavorativa subordinata (o autonoma, a condizione di soddisfare alcuni requisiti specifici inerenti all'esercizio di un'attività autonoma) in seguito a malattia o infortunio viene corrisposta una indennità per incapacità al lavoro temporanea. Se l'incapacità al lavoro è provocata da infortunio sul lavoro o malattia professionale, i lavoratori subordinati saranno in ogni caso considerati contribuenti e, a seconda della situazione, il versamento dell'indennità sarà garantito dalla previdenza sociale o dal datore di lavoro.

Se l'incapacità al lavoro è causata da infortunio sul lavoro o malattia professionale, non è richiesto un periodo contributivo precedente. Qualora invece sia dovuta a malattia, occorre avere accumulato 180 giorni contributivi nei cinque anni precedenti l'interruzione lavorativa.

In generale, l'indennità d'inabilità temporanea viene corrisposta dopo un periodo di attesa di 3 giorni, periodo non applicabile se l'incapacità temporanea è dovuta a cause lavorative.

La prestazione è versata per un periodo massimo di 12 mesi, prorogabile di 6, quando è probabile che in questo periodo il lavoratore sia dichiarato guarito dal medico con rilascio di un certificato.

Allo stesso modo, l'indennità d'incapacità temporanea è concessa per un periodo massimo di 6 mesi, prorogabile di altri 6, quando la proroga è considerata necessaria per lo studio e la diagnosi di una malattia professionale.

⁽³⁹⁾ In Spagna, la lista delle malattie professionali riconosciute è contenuta nel R.D. n. 1995 del 12.05.1978 aggiornato da ultimo nel 2006 (Regio Decreto n. 1299 del 10 novembre 2006), con effetto dal 1° gennaio 2007. Per maggiori informazioni consultare il sito web del Ministerio de Trabajo y Inmigración - Seguridad social, www.seg-social.es/.

In caso di inabilità permanente è previsto un trattamento pensionistico.

Inoltre, può essere corrisposta un'indennità forfetaria. Lesioni fisiche, mutilazioni e deformità permanenti prodotte da infortuni sul lavoro o malattie professionali, da cui derivino per il lavoratore subordinato limitazioni fisiche, senza tuttavia provocare un'inabilità permanente, danno diritto al versamento di un'indennità forfetaria. A tal fine, tuttavia, la lesione in causa deve comparire in un elenco di lesioni approvato.

Se un infortunio sul lavoro o una malattia professionale provocano la morte dell'assicurato, oltre alle prestazioni generali viene corrisposta un'indennità forfetaria.

Tutte le prestazioni erogate in caso di infortunio sul lavoro o malattia professionale vengono aumentate del 30-50% se l'infortunio o la malattia è dovuta a inadempienza da parte del datore di lavoro nell'osservanza degli obblighi a lui incombenti in materia di salute e sicurezza sul posto di lavoro.

Le prestazioni relative a un infortunio sul lavoro o a una malattia professionale vengono erogate anche quando il datore di lavoro non abbia rispettato gli obblighi assicurativi nei confronti del lavoratore.

SVEZIA

Il regime generale della previdenza sociale svedese comprende i seguenti ambiti:

- assicurazione malattia;
- assicurazione per infortuni sul lavoro e malattie professionali;
- prestazioni di invalidità;
- pensioni di vecchiaia e di reversibilità;
- assicurazione di disoccupazione;
- prestazioni familiari e assicurazione parentale.

Il regime generale di previdenza sociale è obbligatorio, con la sola eccezione dell'assicurazione di disoccupazione.

La previdenza sociale è finanziata mediante imposte e contributi. La maggior parte delle spese è coperta dai contributi a carico dei datori di lavoro. I lavoratori autonomi versano personalmente i contributi.

Anche i lavoratori devono versare dei contributi per l'assicurazione pensionistica. I datori di lavoro trattengono i contributi dalle retribuzioni e li versano all'ufficio delle imposte. Gli iscritti a una cassa di disoccupazione devono pagare personalmente un contributo alla cassa stessa.

La previdenza sociale è composta da un'assicurazione che si basa in parte sull'obbligo di residenza e che comprende importi minimi garantiti e indennità, e di un'assicurazione che si basa sulla situazione professionale e che copre la perdita di reddito. Entrambe le assicurazioni si applicano a tutte le persone che risiedono o lavorano in Svezia.

I lavoratori subordinati che non possono lavorare a causa di una malattia devono informare il proprio datore di lavoro.

L'indennità di malattia o l'assegno di malattia sono erogati per compensare una parte del reddito mancato in seguito a una malattia.

Chi deve rinunciare all'attività professionale perché portatore di una malattia contagiosa, senza essere malato, oppure perché affetto da una malattia contagiosa, ma nonostante ciò in grado di lavorare, ha diritto all'indennità per pericolo di contagio anziché all'indennità di malattia.

Il lavoratore che non può lavorare per malattia riceve di norma un assegno di malattia corrisposto dal datore di lavoro per le prime due settimane. Se il periodo di malattia si prolunga oltre tale limite, l'Istituto di assicurazione paga successivamente l'indennità di malattia.

Anche gli studenti ammalati, in alcuni casi, hanno diritto a un'indennità.

Teoricamente non vi è alcun limite per la durata dell'erogazione dell'indennità di malattia, ma in caso di malattia di lunga durata (minimo un anno) l'indennità può essere sostituita da un assegno di malattia o di perdita di guadagno.

Infortuni e malattie professionali

In Svezia, è considerato infortunio sul lavoro un danno riportato per infortunio o per altro evento nocivo occorso sul lavoro. Anche gli incidenti subiti lungo il tragitto da/al posto di lavoro possono essere considerati come infortuni sul lavoro.

Per le malattie professionali, non è previsto alcun elenco. Sono ritenute malattie professionali quelle per le quali il lavoratore fornisce prova dell'origine professionale. Le malattie causate da fattori nocivi presenti nell'ambiente di lavoro possono essere considerate malattie professionali.

Certe malattie contagiose possono essere considerate infortuni sul lavoro, se sono state provocate da contagio in attività di laboratorio, ospedaliera e simili.

Chi svolge un lavoro fisso o temporaneo è assicurato contro gli infortuni sul lavoro e le malattie professionali. L'assicurazione vale per i lavoratori subordinati, i lavoratori autonomi e i lavoratori a contratto. Anche gli studenti sono assicurati, se i loro studi implicano particolari rischi di infortunio.

Chi rimane vittima di un infortunio sul lavoro o contrae una malattia professionale è tenuto a darne comunicazione al datore di lavoro, il quale poi inoltra denuncia all'Istituto di assicurazione. I lavoratori autonomi devono procedere personalmente alla denuncia all'Istituto di assicurazione. Gli studenti informano la scuola di appartenenza, che a sua volta comunica l'incidente o la malattia all'Istituto di assicurazione.

Perché un infortunio sul lavoro venga riconosciuto come tale occorre la constatazione che l'infortunato è stato vittima di un infortunio sul lavoro o esposto all'agente nocivo e che vi sono ragioni ben precise per riconoscere un nesso fra il danno riportato e l'infortunio o l'agente nocivo.

Le prestazioni erogate sono l'indennità di malattia, l'assistenza sanitaria, la riabilitazione, l'indennità per la prevenzione del danno, la pensione e l'indennità in caso di morte.

Qualora, a seguito di un danno professionale, l'assicurato non sia più in grado di riprendere l'attività precedente, può beneficiare di misure di riabilitazione in vista della sua reintegrazione. Durante il periodo di riabilitazione può essere accordato il beneficio di un'indennità di rieducazione.

Chi per un periodo deve astenersi dall'attività consueta per evitare di riportare un danno professionale o per evitare un aggravarsi delle proprie condizioni può aver diritto a un'indennità di malattia.

Chi, a seguito di un danno professionale, subisce una riduzione permanente della capacità al lavoro può ottenere una pensione destinata a coprire l'eventuale perdita di reddito a causa del danno subito. Per calcolare l'importo della pensione, si raffronta il reddito che si sarebbe percepito senza aver subito il danno con quello che ci si può aspettare nonostante il danno stesso. L'importo della

pensione è pari alla differenza tra questi due redditi e può essere erogato in via temporanea o definitiva.

In caso di riduzione della capacità al lavoro di almeno un quarto a seguito di una malattia o di qualsiasi altra riduzione delle capacità fisiche o psichiche, è possibile ottenere un'indennità di malattia o un'indennità di perdita di guadagno. L'indennità di malattia o di perdita di guadagno può essere assegnata se vi è motivo di ritenere che la riduzione della capacità al lavoro persisterà per oltre un anno.

Chi ha un'età compresa tra 30 e 64 anni può ottenere un'indennità di malattia, mentre chi ha un'età compresa tra 19 e 29 anni può beneficiare di un'indennità di perdita di guadagno.

Se la capacità al lavoro non ha subito una riduzione permanente, viene erogata un'indennità di malattia temporanea anziché un'indennità di malattia definitiva. L'importo dell'indennità di malattia temporanea è analogo a quello dell'indennità di malattia definitiva.

L'indennità di perdita di guadagno ha carattere temporaneo e viene erogata per un periodo massimo di tre anni.

In funzione del grado dell'incapacità, l'indennità di malattia o di perdita di guadagno viene concessa integralmente, al 75%, al 50% o al 25%.

In caso di riduzione permanente della capacità funzionale, può essere erogata una indennità di disabilità. L'indennità di disabilità può essere erogata insieme con l'indennità di malattia o di perdita di guadagno, oppure come prestazione indipendente.

In caso di morte per infortunio sul lavoro, viene versato un assegno per le spese funerarie e una pensione ai superstiti⁽⁴⁰⁾.

⁽⁴⁰⁾ Per ulteriori informazioni consultare il sito internet della Swedish Work Environment Authority-Arbetsmiljöverket (<http://www.av.se/>).