



**ORDINE DEI MEDICI
CHIRURGI E ODONTOIATRI
DELLA PROVINCIA DI GORIZIA**

IL CERTIFICATO DI MALATTIA

A cura dell'Ordine dei Medici Chirurghi e Odontoiatri di Gorizia



**DIREZIONE REGIONALE FRIULI VENEZIA GIULIA
DIREZIONE PROVINCIALE DI GORIZIA**

L'INDENNITÀ DI MALATTIA A CARICO INPS

Raccolta della Normativa vigente

Con il contributo di



FNOMCeO
Federazione Nazionale degli Ordini
dei Medici Chirurghi e degli Odontoiatri

INDICE

Parte Prima

IL CERTIFICATO DI MALATTIA

A cura dell'Ordine dei Medici Chirurghi e Odontoiatri di Gorizia

- | | | | |
|------------|---|-----|-----------|
| 1. | Il certificato medico | Pag | 4 |
| | dr Albino Visintin, Vicepresidente
dell'Ordine dei Medici Chirurghi e Odontoiatri di Gorizia | | |
| 2. | Il certificato di malattia | Pag | 12 |
| 2.1 | Il certificato telematico di malattia | Pag | 15 |
| 3. | Sistema TS: indicazioni per le credenziali
di accesso al servizio | Pag | 23 |
| 4. | Modello di un certificato di malattia
e specifiche per la compilazione | Pag | 26 |
| | dr Mattia Braida, Medico di Medicina Generale
e Coordinatore AFT Gradisca e Cormons | | |

Parte Seconda

L'INDENNITÀ DI MALATTIA A CARICO INPS RACCOLTA DELLA NORMATIVA VIGENTE

- | | | | |
|------------|--|-----|-----------|
| 1. | Indennità di malattia lavoratori dipendenti | Pag | 30 |
| 1.1 | Lavoratori aventi diritto | Pag | 31 |
| 1.2 | Lavoratori non aventi diritto | Pag | 34 |
| 1.3 | Insorgenza e conservazione del diritto | Pag | 35 |
| 2. | Decorrenza e durata dell'indennità | Pag | 35 |
| 2.1 | Carenza | Pag | 36 |
| 2.2 | Inizio malattia | Pag | 36 |
| 2.3 | Continuazione | Pag | 36 |
| 2.4 | Ricaduta | Pag | 36 |
| 2.5 | Unico evento | Pag | 37 |
| 2.6 | Fine malattia | Pag | 37 |
| 2.7 | Massimo assistibile | Pag | 37 |
| 2.8 | Malattie a cavaliere di due anni | Pag | 38 |
| 3. | Casi particolari | Pag | 38 |
| 3.1 | Malattia durante le ferie | Pag | 38 |

3.2	Malattia durante il congedo parentale	Pag 39
3.3	Malattia durante il congedo di maternità	Pag 39
3.4	Malattia dopo il congedo di maternità o parentale	Pag 39
3.5	Trasferimento all'estero per cure	Pag 39
3.6	Interventi di chirurgia estetica	Pag 40
3.7	Malattia e assegno ordinario di invalidità	Pag 40
3.8	Malattia e pensione di inabilità	Pag 40
3.9	Malattia e TBC	Pag 41
3.10	Malattia e congedo matrimoniale	Pag 41
4.	Misura dell'indennità	Pag 41
4.1	Giornate indennizzabili	Pag 41
4.2	Giornate non indennizzabili	Pag 42
4.3	Misura dell'indennità	Pag 43
4.4	Calcolo della retribuzione media globale giornaliera	Pag 44
5.	Modalità di pagamento	Pag 48
6.	Accredito contributivo	Pag 50
7.	La prescrizione	Pag 51
8.	Ricorsi e sospensive	Pag 51
9.	Lavoratore part-time	Pag 52
10.	Lavoratore a tempo determinato	Pag 54
11.	Lavoratori agricoli a tempo determinato (OTD)	Pag 55
12.	Lavoratori stagionali	Pag 58
13.	Lavoratori dello spettacolo	Pag 58
13.1	Requisiti	Pag 59
13.2	Decorrenza e durata	Pag 59
13.3	Misura	Pag 60
13.4	Retribuzione media globale giornaliera	Pag 61
13.5	Modalità di pagamento	Pag 61
14.	Lavoratori dello sport	Pag 62
15.	Le visite mediche di controllo (VMC)	Pag 63
15.1	Sanzioni	Pag 65
15.2	Giustificazioni	Pag 66
	Ringraziamenti	Pag 69



**ORDINE DEI MEDICI
CHIRURGI E ODONTOIATRI
DELLA PROVINCIA DI GORIZIA**

IL CERTIFICATO DI MALATTIA

A cura

dell'Ordine dei Medici Chirurghi e Odontoiatri
della Provincia di Gorizia



FNOMCeO

Federazione Nazionale degli Ordini
dei Medici Chirurghi e degli Odontoiatri

1. IL CERTIFICATO MEDICO

dr Albino Visintin

Vicepresidente dell'Ordine dei Medici Chirurghi e Odontoiatri di Gorizia

LA CERTIFICAZIONE

Il certificato medico è un atto documentale di carattere medico-legale frequente e comune nella pratica medica.

Ogni medico deve avere chiara conoscenza:

- del **valore giuridico** della certificazione
- degli aspetti più strettamente **tecnico-professionali** che regolano la tale pratica.

Per la sua finalità medico-legale, l'attività certificativa del medico esula dai suoi compiti clinici di cura del proprio paziente, ma mira a tutelarlo nella sua dimensione di persona depositaria di diritti e di doveri, soggetto ed oggetto ad un tempo delle norme giuridiche.

COS'È IL CERTIFICATO MEDICO

Il certificato medico è la testimonianza scritta su fatti e comportamenti tecnicamente apprezzabili e valutabili, la cui dimostrazione può produrre affermazione di particolari diritti soggettivi previsti dalla legge, ovvero determinare particolari conseguenze a carico dell'individuo o della collettività aventi rilevanza giuridica e/o amministrativa.

L'AMBITO TECNICO DELLA CERTIFICAZIONE

Il medico, quando certifica, deve avere presente che, qualsiasi sia l'ambito giuridico per il quale il certificato è richiesto, i dati o gli stati di salute che deve attestare sono **esclusivamente** quelli che rientrano nelle competenze della sua attività professionale (ad esempio, gli elementi anamnestici, i rilievi obiettivi, quelli diagnostici, terapeutici, prescrittivi di ausili/ortesi, etc) e non anche dichiarazioni o affermazioni che riguardano altre sfere di competenze non attinenti la scienza medica.

Tale ambito risulta definito anche dal nostro Codice Deontologico che, nella sua ultima stesura, all'art. 3 recita: "[...] *il medico esercita attività basate sulle competenze, specifiche ed esclusive, previste negli obiettivi formativi degli Ordinamenti didattici dei Corsi di Laurea in Medicina e Chirurgia e Odontoiatria e Protesi dentaria, integrate e ampliate dallo sviluppo delle conoscenze in medicina, delle abilità tecniche e non tecniche connesse alla pratica professionale, delle innovazioni organizzative e gestionali in sanità, dell'insegnamento e della ricerca*".

LA POTESTÀ CERTIFICATIVA

La legge prevede che per poter emettere certificati il medico deve essere in possesso della Laurea abilitante in Medicina e Chirurgia o in Odontoiatria e dell'iscrizione al rispettivo albo professionale.

Quindi, ogni medico abilitato all'esercizio della professione e iscritto all'albo può rilasciare certificati: tuttavia, leggi specifiche riservano la potestà certificativa in alcuni casi a medici in possesso di particolari qualifiche (porto d'armi, pratica sportiva agonistica, etc).

OBBLIGO CERTIFICATIVO

Il Codice Deontologico in vigore all'art. 24 recita: *"Il medico è tenuto a rilasciare alla persona assistita certificazioni relative allo stato di salute che attestino in modo puntuale e diligente i dati anamnestici raccolti e/o i rilievi clinici direttamente constatati od oggettivamente documentati"*.

Dal punto di vista giuridico esistono:

- certificati **obbligatori** (come il certificato di malattia, di assistenza al parto, la constatazione di decesso, il certificato redatto nell'ambito della normativa prevista dall'assicurazione obbligatoria contro gli infortuni e le malattie professionali);
- certificati **facoltativi**: in linea di massima i certificati, anche quelli non obbligatori per legge, quando richiesti, devono essere rilasciati.

Ovviamente il medico può e deve rifiutarsi di certificare fatti che non abbia constatato personalmente ("direttamente") o che non siano supportati da riscontri oggettivi e deve rifiutarsi di certificare fatti che non corrispondano al vero.

Deve rifiutarsi di certificare, inoltre, tutti quegli elementi che esulano dalle sue competenze: ad es., il medico certificherà la malattia del figlio minore e non l'enunciazione del "diritto" del lavoratore di assentarsi dal lavoro per la malattia del minore; oppure, la presenza e la descrizione di una disabilità motoria, non invece il mero "diritto" della persona a ricevere l'esenzione fiscale nell'acquisto di un'autovettura, fatto questo riservato ad apposite Commissioni. In altre parole, **al medico spetta di certificare con diligenza e correttezza formale e sostanziale ciò che gli consta nella sua qualità di medico e non il mero richiamo ai benefici di cui si può fruire in virtù di norme o regolamenti.**

LA CONSEGNA DEL CERTIFICATO

Il certificato è da consegnarsi al soggetto cui si riferisce (o al suo legale rappresentante o a persona indicata espressamente dal paziente) o

ad altro richiedente cui la legge ne riconosca il diritto (per esempio a chi esercita la patria potestà o all'amministratore di sostegno).

Tuttavia, vale ribadire che la certificazione necessita di un diretto contatto tra il medico ed il richiedente, la verifica diretta del medico delle condizioni di salute, il rilievo obiettivo e/o quello anamnestico cui il certificato fa riferimento. In assenza di tali elementi la certificazione perde il requisito della veridicità e validità e può configurare il **reato di falso ideologico**.

REQUISITI DELLA CERTIFICAZIONE

1. COMPLETEZZA
2. CHIAREZZA
3. VERIDICITÀ

1. COMPLETEZZA

- ▶ dati del **professionista** che predispone il certificato
 - ▶ dati del **soggetto** a cui la certificazione si riferisce
 - ▶ **data** della certificazione
 - ▶ **firma** del certificante
- ▶ Dati del professionista che predispone il certificato: è indispensabile dunque che sul certificato compaiano:
- nome e cognome del medico/odontoiatra che sta certificando
 - titolo abilitante (l'indicazione di Medico Chirurgo o Medico Odontoiatra)
 - indirizzo professionale o in assenza di questo il domicilio
 - qualsiasi altro dato che possa renderlo chiaramente identificabile come per esempio il suo codice fiscale, il suo numero di iscrizione all'albo professionale o all'anagrafe regionale completo dell'Ordine di appartenenza.

È indispensabile l'indicazione accanto al nome ed al cognome del titolo di studio/abilitazione conseguita e della specialità conseguita nei casi in cui la legge identifichi il possesso di tale titolo tra i requisiti della validità della certificazione.

- ▶ Dati del soggetto a cui la certificazione si riferisce:
 - nome e cognome della persona cui ci si riferisce
 - indirizzo
 - data di nascita
 - codice fiscale, o comunque qualsiasi altro dato che renda sicuramente individuabile il beneficiario della certificazione.

- ▶ Data della certificazione: la data in cui il certificato viene rilasciato è uno degli elementi indispensabili al certificato stesso e **deve sempre essere indicata**.
- Questo indipendentemente dal fatto che l'oggetto della certificazione possa collocarsi in uno spazio temporale diverso. La sua assenza è causa di nullità dell'atto certificativo e la falsificazione della data configura il falso ideologico o il falso materiale.

- ▶ Firma del certificante: sotto tale aspetto il certificato acquista la sua validità solo nel momento in cui il professionista, che si è identificato in maniera corretta, **lo sottoscrive con la sua firma**.
- Tale adempimento, nell'era della certificazione telematica, può essere sostituito dalla firma elettronica o da quegli identificativi (credenziali telematiche: PIN, identità SPID o una Carta Nazionale dei Servizi, CNS) informatici validi a rendere sicuramente riconducibile il certificato al soggetto certificante, collocandolo nello spazio temporale corrispondente alla data di emissione.

2. CHIAREZZA

Indipendentemente dal fatto che il certificato sia scritto a mano o con strumenti tecnologici (computer, macchine dattilografiche, etc) il suo contenuto deve essere **LEGGIBILE** e **COMPRESIBILE**.

Quanto alla comprensibilità, il medico dovrebbe avere sempre presente che il certificato deve essere redatto in modo da renderlo comprensibile non solo a chi dovrà attestarne il valore rispetto agli aspetti giuridico-amministrativi, ma anche al soggetto cui viene rilasciato.

3. VERIDICITÀ

Quanto il medico certifica deve per legge, ma anche in conformità ai dettami del Codice Deontologico, corrispondere al vero.

In caso di non veridicità il medico certificante viola sia il Codice Deontologico sia le disposizioni di legge: infatti, come già ricordato, l'art. 24 del Codice Deontologico impone che quanto certificato corrisponda ai rilievi anamnestici ed obiettivi.

La falsità ideologica consiste nell'attestazione di fatti e situazioni non veritieri.

L'atto è quindi autentico dal punto di vista formale, ma il suo contenuto è infedele o incompleto rispetto la realtà. In altre parole la falsità ideologica si realizza quando il medico certifica sulla base di un'ispezione o di una visita sanitaria in realtà non compiuta oppure quando sia falsa la attesta-

zione degli elementi di fatto posti a base della conclusione diagnostica formulata dal medico.

È irrilevante se questo tipo di documento, da alcuni definito “compiacente”, sia stato compilato per venire incontro alle esigenze del richiedente: un certificato per essere tale deve rigorosamente essere veritiero. In buona sostanza, il medico incorre per legge nel **reato di falso in certificazione** se manipola la realtà dei fatti che constata o che conosce in ragione del suo ufficio/professione. Tale falsità può essere di tipo **ideologica** o di tipo **materiale**.

CONFINI DELLA POTESTÀ CERTIFICATIVA

Il medico nell’atto certificativo **non può eccedere i confini potestativi che la legge stabilisce in merito al rilascio di quell’atto certificativo** (ad es., non può redigere un certificato necroscopico se non ha la qualifica di medico necroscopo) e deve, però, limitarsi a menzionare solo gli elementi di sua competenza, cioè quelli che nel contempo siano idonei a produrre gli effetti previsti dalla legge ma non eccedenti la propria sfera tecnico-professionale.

Per fare un esempio: il diritto del lavoratore ad assentarsi dal lavoro nel corso di una malattia del figlio nell’età prevista dalle norme di tutela. In questo caso il medico deve limitarsi a certificare, se presente, lo stato di malattia del minore indicando una prognosi. Sarà compito del lavoratore chiedere il previsto “congedo del genitore per malattia del figlio” e del datore di lavoro o, eventualmente, del giudice, stabilire se dal particolare stato di salute del minore derivi o meno il diritto al congedo richiesto.

CERTIFICAZIONI E RISERVATEZZA

In ordine alla riservatezza delle informazioni mediche (segreto professionale, privacy, etc), il medico deve certificare – nei limiti di verità, chiarezza e completezza dei fatti – quanto:

1) è necessario rendere noto ai **fini per i quali il certificato viene richiesto** (ad es. certificato sportivo)

2) deve essere **rilasciato in forza di legge** (ad es. certificato di malattia, certificato utile per fruire dei benefici di cui al co. 1 dell’art. 4 ex lege 8 marzo 2000, n° 53 - *Congedi per eventi e cause particolari*); secondo i noti principi fissati dal D. Lgs. n° 196/2003 e recepiti anche dal nuovo Regolamento europeo sulla privacy n° 679/2016 di necessità, pertinenza, non eccedenza, specifica finalità, indispensabilità e secondo quanto il paziente chiede e consente di rendere noto se l’eventuale facoltà di veto si dispiega nella sfera di poteri in sua disponibilità (ad es. non può vietare al medico di rendere nota la diagnosi all’INPS nel certificato di malattia, perché espressamente

previsto da norme univoche di legge). In caso di inosservanza di tale principio il medico potrebbe incorrere nella violazione del segreto professionale.

RACCOMANDAZIONI

Il medico non può rilasciare il certificato sulla base di quanto riferitogli da terzi o su quanto egli non abbia personalmente constatato o raccolto in anamnesi diretta.

Poiché il certificato è redatto previa richiesta del paziente e può riportare sintomi riferiti ma non sempre obiettivabili, il medico, nella certificazione stessa, ricordi di **distinguere tra quanto ha direttamente constatato** (segni e obiettività) **e quanto gli viene riferito** (dati anamnestici, sintomi, circostanze, etc).

La non veridicità vale per i fatti attestati, non riguarda il giudizio interpretativo (diagnosi, prognosi, giudizio medico legale) che possono anche essere errati, ma non per questo falsi. Di qui l'utilità di segnalare sempre nella certificazione gli elementi obiettivi su cui viene fondato il giudizio interpretativo. In loro assenza l'errore nella interpretazione dei dati obiettivi diviene elemento di non veridicità presupponendosi, in tale caso, la presenza dell'obiettività che ha portato alla formulazione di quel giudizio.

In conclusione: il medico curi di informarsi sul perché il certificato gli viene richiesto (aspetto fondamentale è infatti la conoscenza del rapporto giuridico cui il fatto si riferisce) e valuti l'opportunità di segnalarlo per iscritto.

IL SEGRETO PROFESSIONALE

La riservatezza rappresenta un **principio fondamentale nel rapporto medico-paziente**. Nel trattare i problemi riguardanti la certificazione, è quindi opportuno inserire un approfondimento riguardante una delle norme che stanno alla base dell'attività medica e che rappresentano un obbligo giuridico e deontologico vincolante.

Il segreto professionale è regolato da precise norme sia deontologiche sia giuridiche. L'art. 10 del Codice Deontologico, che praticamente tutte le riassume, recita: ***"Il medico deve mantenere il segreto su tutto ciò di cui è a conoscenza in ragione della propria attività professionale. La morte della persona assistita non esime il medico dall'obbligo del segreto professionale. Il medico informa i collaboratori e discenti dell'obbligo del segreto professionale sollecitandone il rispetto. La violazione del segreto professionale assume maggiore gravità quando ne possa derivare profitto proprio o altrui, ovvero nocimento per la persona assistita o per altri. La rivelazione è ammessa esclusivamente se motivata da una giusta causa prevista dall'ordinamento o dall'adempimento di un obbligo di legge. Il medico non deve rendere all'Autorità competente in materia di giustizia e di sicurez-***

za testimonianze su fatti e circostanze inerenti al segreto professionale. La sospensione o l'interdizione dall'esercizio professionale e la cancellazione dagli Albi non dispensano dall'osservanza del segreto professionale".

Accanto a questo impegno deontologico il legislatore volle che fosse severamente punita la rivelazione del segreto professionale così come sancito dall'art. 622 del Codice Penale che recita: "Chiunque, avendo notizia per ragione del proprio stato, ufficio o della propria professione o arte, di un segreto lo rivela senza giusta causa, ovvero lo impiega a proprio o ad altrui profitto è punito [...]". Nel Codice di Procedura Penale è poi espressamente previsto (art. 351) il diritto di astenersi dal testimoniare determinato dal segreto professionale.

Senza voler entrare in minuziosa disamina di carattere medico legale, occorre che il medico nello svolgimento della pratica clinica abbia chiari alcuni concetti fondamentali:

- **il medico non può rivelare a nessuno tutto ciò di cui viene a conoscenza nell'esercizio quotidiano**, ma "parla" semmai con la redazione di referti, denunce, cartelle cliniche, certificati;
- **il medico deve conoscere cosa si intenda per "giusta causa"**. Ri-entrano nel concetto di giusta causa, ad esempio, le disposizioni di legge che prevedono le denunce di malattie infettive, le notizie di reato per le quali si debba procedere d'ufficio. La denuncia anche solo di sospetta malattia infettiva è obbligatoria per ogni medico secondo un nomenclatore delle malattie medesime che viene periodicamente aggiornato dal Ministero della Salute. Alcune malattie infettive (vedi AIDS) vanno denunciate mantenendo il più rigoroso anonimato. In casi di incertezza il medico manifesterà le sue riserve deontologiche e potrà richiedere al giudice una dichiarazione liberatoria circa la sua testimonianza.

DOMANDE E RISPOSTE

É necessario identificare il paziente tramite documento di riconoscimento?
Se fra medico e paziente sussiste un rapporto fiduciario consolidato, si deve dare per scontato che il medico conosca il paziente. Ma se il paziente non è conosciuto, è fortemente raccomandato al medico di chiedere l'esibizione di un documento di riconoscimento.

Infatti se il medico rilascia, anche in buona fede, un certificato col nome di una persona diversa da quella che ha realmente visitato, può essere accusato di aver agito con leggerezza emettendo un certificato che risulta falso.

Quindi identificare il paziente è molto opportuno per evitare qualunque tipo di problema legale.

Il medico può rifiutarsi di certificare?

Il Codice Deontologico impone al medico di rilasciare al paziente le certificazioni sul suo stato di salute.

Ovviamente questo precetto va integrato con quanto detto alla risposta precedente, per cui il medico può e deve rifiutarsi di certificare fatti che egli non abbia constatato personalmente o che non siano supportati da riscontri oggettivi.

Altrettanto ovviamente, il medico deve rifiutarsi di certificare fatti che egli sappia non corrispondenti al vero.

Infine il medico deve rifiutarsi di certificare nei casi in cui la legge prevede che il certificato possa essere rilasciato solo da colleghi rivestiti di particolari qualifiche.

Cos'è il reato di "falso materiale" in certificazione medica?

Il reato di "falso materiale" riguarda la **parte formale del certificato**. Il medico risponde di questo reato quando, nella redazione del certificato, **commette alterazioni o contraffazioni mediante cancellature, abrasioni o aggiunte successive, miranti a far apparire adempiute le condizioni richieste per la sua validità**. Come per ogni reato, presuppone il dolo, cioè l'intenzionalità.

Cos'è il reato di "falso ideologico" in certificazione medica?

Il reato di "falso ideologico" riguarda la **falsa rappresentazione della realtà, cioè l'attestazione per autentici di fatti non rispondenti a verità**. Si tratta, quindi, di una certificazione volutamente mendace per fatti o condizioni inesistenti. Come per ogni reato, presuppone il dolo, cioè l'intenzionalità.

Il certificato "erroneo" è un reato?

Se il medico commette un errore nel certificato, ma persuaso di essere nel vero e certificando conformemente alla propria convinzione, non può essere accusato di alcun reato perché in questo caso il certificato non è falso, ma soltanto erroneo. Tuttavia è una situazione che nella realtà può essere difficile da dimostrare.

Il certificato falso può esporre anche al rischio di essere accusati di truffa?

Sì, perché il certificato può determinare la costituzione di diritti in favore del richiedente, con possibili oneri a carico di terzi o a carico dello Stato. Pertanto una falsa certificazione può esporre anche al rischio di essere accusati di truffa.

C'è differenza fra il certificato rilasciato dal medico dipendente pubblico, dal medico convenzionato o dal medico libero professionista?

Dipende dal contesto di riferimento. In linea di principio, ogni medico abilitato all'esercizio della professione e iscritto all'Albo è ugualmente idoneo a rilasciare una certificazione medica. Tuttavia leggi specifiche riservano la potestà certificativa in alcuni casi a medici in possesso di particolari qualifiche (ad esempio per la certificazione di morte, per la guida di autoveicoli, per il porto d'armi, per la sicurezza sul lavoro, per la pratica sportiva, per l'assenza per malattia dei dipendenti pubblici, etc).

Dal **punto di vista giuridico**, i certificati rilasciati dai medici dipendenti pubblici sono considerati "atti pubblici", in quanto il medico che li redige ha la funzione di **pubblico ufficiale**. Invece i certificati rilasciati dai medici convenzionati sono considerati "certificazioni amministrative", in quanto il medico che li redige ha la qualifica di **incaricato di pubblico servizio**. Infine i certificati rilasciati dai medici liberi professionisti sono considerati "scritture private" in quanto il medico che li redige svolge un servizio di pubblica utilità. Queste differenze hanno rilevanza soprattutto dal punto di vista penale, perché le pene sono più severe per il falso in atto pubblico rispetto alle altre certificazioni.

2. IL CERTIFICATO DI MALATTIA

Perché si configuri stato di malattia, necessita che si verifichi un disordine funzionale di tipo dinamico e che, dopo un certo tempo, ci sia un'evoluzione che conduca alla guarigione o al peggioramento o determini una stabilizzazione del quadro clinico. L'orientamento giurisprudenziale richiede, quindi, che alterazioni alle quali non si associ un'apprezzabile riduzione della funzionalità non possano considerarsi malattia (Sez. 4, 14/11/1996, in Cass. Pen., 1998, 481; Sez. 5, 15/10/1998, Cass. Pen., 2000, 384). La malattia che qui interessa quindi, non ha alcuna valenza clinica, ma è il presupposto necessario e sufficiente perché il lavoratore sia liceamente assente dal servizio e perché possa erogarsi la somma dovuta a titolo sostitutivo del reddito. È definita "comune", perché non rileva l'eziologia: qualsiasi sia lo stato morboso e qualsiasi ne sia l'origine, a seconda che il lavoratore stia lavorando o sia in ferie, deve comportare:

- "**incapacità lavorativa**": l'infermità diagnosticata deve, cioè, ridurre le energie produttive del lavoratore rendendolo incapace ad espletare la propria mansione specifica o ad assumerne l'esposizione/gravosità; sicché, è necessario che **la compromissione dello stato di salute sia rap-**

portata caso per caso alla mansione lavorativa nel suo impegno ergonomico e nelle sue peculiari modalità di espletamento;

- **"incapacità al godimento delle ferie"**: la Corte Costituzionale, con Sentenza n. 616 del 1987, ha affermato che la malattia insorta durante il periodo feriale ne sospende il decorso, allorché sia idonea a impedire il recupero delle energie psico-fisiche, il soddisfacimento delle esigenze ricreativo-culturali e la partecipazione più incisiva alla vita sociale e familiare. Tali concetti sono stati ripresi dalle SS.UU. della Cass. Sez. Lav. con Sentenza del 23 febbraio 1998 n. 1947; tuttavia, sono state fornite indicazioni ben precise - come richiamate nella Circ. INPS 17 maggio 1999 - che, per l'autorità del collegio giudicante, hanno acquisito preciso orientamento giurisprudenziale. Ha precisato la Corte Suprema che il principio dell'effetto sospensivo determinato dalla malattia sul decorso del periodo feriale non è assoluto, potendo ben esserci delle eccezioni "per l'individuazione delle quali occorre avere riguardo alla specificità degli stati morbosi e delle cure di volta in volta considerate, al fine di accertare l'incompatibilità della malattia con la salvaguardia dell'essenziale funzione di riposo, recupero delle energie psico-fisiche e ricreazione propria delle ferie".

Secondo gli Ermellini, in tal caso, **la nozione di malattia non può essere la consueta incapacità al lavoro**, ma ferma restando l'essenziale compromissione dello stato di salute, l'altro parametro da rapportare al primo non è più la mansione - che, se pure di fondo interessa, non è idonea a descrivere l'intento del legislatore costituzionale - bensì **la capacità del soggetto di godere del riposo per reintegrare le proprie energie psico-fisiche**.

Nella medesima sentenza, viene altresì affermato come il lavoratore che intenda modificare il titolo della sua assenza da "ferie" a "malattia", ha soltanto l'onere di comunicare lo stato di malattia al proprio datore di lavoro e all'INPS nei casi previsti; la conversione del titolo di assenza da ferie a malattia è automatico e implicitamente richiesto mediante l'invio del certificato di malattia (come ancor oggi, più volte, ribadito in susseguenti pronunciamenti: ex plurimis, Cass. Civ., Sez. lav., Sent. 10 gennaio 2017, n° 284), salvo che il datore di lavoro medesimo non provi, attraverso i previsti controlli sanitari, l'inidoneità della malattia ad impedire la prosecuzione del periodo feriale.

Il certificato di malattia previsto dalla legge per giustificare l'assenza dal lavoro del soggetto deve contenere gli elementi atti ad evidenziare una condizione di salute che altera temporaneamente la capacità al lavoro/al ristoro feriale (diagnosi).

Da rimarcarsi come condizione indispensabile, la transitorietà dell'alterazione di stato di salute che determina l'incapacità lavorativa: in assenza del

requisito della limitazione temporale, infatti, si configura una condizione cronica che può eventualmente transitare in uno status di menomazione permanente e, quindi, suscettibile di valutazione in sede di invalidità/inabilità. Come già spiegato nella parte generale, la possibilità di rilasciare certificati di malattia è in capo ad ogni medico od odontoiatra iscritto al rispettivo Albo ed il certificato mantiene la sua legittimità indipendentemente dalla forma in cui è stato rilasciato, purché redatto con tutti gli elementi essenziali che lo costituiscono. Il certificato di malattia fa parte dei compiti previsti dal medico. Il certificato di malattia non può essere rilasciato a titolo oneroso. Dal certificato rilasciato su carta intestata o su modulistica specifica, l'evoluzione della norma ha portato al certificato telematico, per la cui compilazione e spedizione la legge prevede che il professionista possa accedere previa registrazione al Sistema TS (vedasi parte prima, cap. 3 "Sistema TS: indicazioni per le credenziali").

Ogni professionista, medico od odontoiatra, accede alla parte di spedizione della certificazione telematica di malattia.

Attenzione: le credenziali sono personali e non possono essere trasferite al medico sostituto. Il medico che effettua la sostituzione deve avere credenziali proprie. Recentemente il Garante della protezione dei dati è intervenuto su questo punto sanzionando i medici che avevano concesso le proprie credenziali al medico sostituto: motivo della sanzione è di non aver custodito adeguatamente le proprie credenziali. Riassumendo, i certificati medici telematici di malattia possono essere rilasciati da:

- medici dipendenti del servizio sanitario nazionale
- medici convenzionati con il servizio sanitario nazionale
- medici di continuità assistenziale (guardia medica)
- medici liberi professionisti
- odontoiatri (per le patologie di loro competenza) purché registrati e in possesso delle credenziali.

Infermità comportante incapacità al lavoro

- A. NON è in alcun modo aggettivato quali/quantitativamente il grado di incapacità
- B. È indotta da un FATTO BIOLOGICO che naturaliter modifica *in peius* lo stato di salute: ricomprende qualsiasi processo morboso.
- C. È di durata temporanea e, pertanto, è integrata solo da fatti acuti o riacutizzati
 1. Opera con tutto/niente (gap fra malattia e invalidità persionabile)
 2. Impernia la valutazione sul recupero della *facultas* biologica alla prestazione lavorativa specificamente
 3. Non esita con valutazioni sulla permanenza
 4. Cessa nella quasi totalità dei casi dopo 180 giorni, fattore «*extraclinico*» non superabile mediante valutazioni medico legali

Inabilità temporanea assoluta al lavoro

- A. Il grado di inabilità deve essere totale
- B. Non ha limiti temporali prefissati, ma il limite è strettamente legato a valutazioni medico legali
- C. La relativa indennità è corrisposta dall'INAIL a decorrere del quarto giorno dello stato invalidante e cessa quando l'inabilità non è più assoluta e non già quando si realizza la piena guarigione clinica
- D. È tutelata dall'INAIL soltanto quando causata da infortunio sul lavoro o da malattia professionale
 - > È riconosciuta dopo valutazione delle circostanze di accadimento o di manifestazione
 - > Può esitare con l'istaurarsi di postumi permanenti suscettibili di valutazione medico-legale del danno

Tavola di confronto fra la malattia comune tutelata da INPS e malattia tecnopatica/infortunistica tutelata da INAIL

2.1 IL CERTIFICATO TELEMATICO DI MALATTIA

Il certificato medico di malattia è un'attestazione che giustifica l'assenza sul posto di lavoro a causa di un evento morboso: costituendo prova della liceità dell'assenza dal lavoro, è obbligatorio sia per i lavoratori del settore privato sia del settore pubblico.

L'attuale previsione della telematicità del suo invio rientra nel più ampio progetto di Digitalizzazione della Pubblica Amministrazione, atta a semplificare ed automatizzare i processi organizzativi-gestionali e la comunicazione trasparente tra cittadino e Pubbliche Amministrazioni, e coinvolge tutte le categorie di lavoratori dai dipendenti privati a quelli pubblici.

Importante: solo nel caso eccezionale in cui si debba ricorrere all'emissione del certificato cartaceo, al militare in malattia bisogna rilasciare con timbro e firma sia il certificato con la diagnosi che in busta chiusa andrà indirizzato al Dirigente Sanitario dell'Ente Militare, sia il certificato senza diagnosi (attestato) che andrà recapitato al Comando dell'Ente, distacco o reparto che impiega il militare malato (art. 4 del DM Difesa 24.11.2015). Il certificato di malattia va richiesto al medico che effettua la prestazione sanitaria e che ha accertato la situazione di incapacità temporanea: quello stesso medico, definito "curante", se lo redige in modalità

telematica, procede ad inviarlo, direttamente o per l'interposizione dei Sistemi di Accoglienza Regionali (**SAR**), all'infrastruttura tecnologica del **Ministero dell'economia e delle finanze** denominata Sistema di Accoglienza Centrale (**SAC**), ai sensi di quanto previsto dalla **Legge 27 dicembre 2006, n. 296, e successivo decreto attuativo (DPCM 26 marzo 2008): a sua volta il SAC lo trasmette all'INPS che lo verifica e gli assegna un numero univoco di protocollo (PUC).**

Le modalità di invio sono state stabilite nel disciplinare tecnico annesso al **DECRETO Ministero della Salute del 26 febbraio 2010 e successive modifiche e integrazioni, cui devono adeguarsi anche gli applicativi gestionali in uso corrente negli ambulatori medici.**

Nel caso in cui vi sia l'impossibilità di spedizione telematica, vi è comunque la possibilità di compilare il certificato di malattia in forma cartacea.

In tal caso, il paziente provvederà a trasmettere con raccomandata R/R o via PEC entro 48 ore all'INPS il certificato di diagnosi, se assicurato con questo Ente previdenziale, e al datore di lavoro il relativo attestato (senza diagnosi). Risulta evidente, quindi, che il certificato di malattia può essere rilasciato anche da un medico libero professionista. Il curante libero professionista, infatti, è tenuto a rilasciare i certificati di malattia: se sceglie di inviarli in modalità telematica utilizza, per spedirli, le stesse credenziali che usa per la spedizione dei dati per il 730 precompilato.

L'art. 71 co. 2 della legge 6 agosto 2008, n. 133, e successive modifiche e integrazioni, però, ha stabilito che, nei casi di **assenza per malattia protratta per un periodo superiore a dieci giorni** e, in ogni caso, dopo il secondo evento di malattia nell'anno solare, l'assenza deve essere giustificata esclusivamente mediante certificazione medica rilasciata da una struttura sanitaria pubblica o da un medico convenzionato con il Servizio Sanitario Nazionale.

A decorrere dal 10 gennaio 2010, in tutti i casi di assenza per malattia, per il rilascio e la trasmissione della attestazione di malattia si applicano le disposizioni di cui all'articolo 55-septies del Decreto legislativo 30 marzo 2001, n. 165.

Importante:

- l'attestazione medica telematica deve coprire l'intero periodo di astensione ed è **necessaria anche per un solo giorno di malattia**
- il certificato medico attestante la malattia del lavoratore deve essere richiesto immediatamente in quanto la legge riconosce al certificato il **valore di prova** dello stato di incapacità temporanea
- il medico è tenuto a comunicare il PUC e la struttura di ricovero, il PUCIR, al lavoratore, pena l'irrintracciabilità del certificato ospedaliero.

In presenza di successivi certificati intervallati dal sabato e dalla domenica,

i due periodi costituiscono un unico evento morboso. In tal caso, è bene sempre ricordarsi di indicare che il certificato successivo costituisce una prosecuzione di quello precedente (**barrare, a tal fine, la casella Continuazione**) e non un nuovo evento morboso. Infatti, solo la ripresa del lavoro interrompe la presunzione di continuità della certificazione. Nel caso che la successiva assenza lavorativa sia dovuta ad evento morboso diverso da quello precedente andrà barrata la casella inizio, ad indicare che si tratta di evento morboso diverso dal precedente.

Importante: le giornate di sabato e domenica, se non coperte da idonea certificazione di malattia, non sono indennizzabili e di conseguenza, non sono soggette a visita medica di controllo.

Importante: la data di inizio è una data anamnestica ed è dichiarata dal paziente. La data di inizio sia della tutela previdenziale sia della liceità dell'assenza coincide, invece, con la data di rilascio della certificazione.

Tempi di rilascio e invio del certificato telematico di malattia

Il medico curante ha l'obbligo di trasmettere immediatamente il certificato di malattia telematico relativo al lavoratore assente per malattia se la visita è ambulatoriale o entro 24 ore dalla visita se la stessa è condotta al domicilio del paziente.

Eventuali **annullamenti di certificati già inviati possono essere effettuati entro le 24 ore successive alla trasmissione, mentre le eventuali rettifiche possono essere effettuate entro la data di termine prognosi.**

Certificato medico telematico di malattia - dati obbligatori (Art. 8 del Decreto del presidente del Consiglio dei Ministri 26 marzo 2008)

Il certificato medico telematico di malattia attestante le motivazioni che giustificano l'assenza per malattia, anche per il dipendente pubblico, deve possedere tutti i requisiti formali e sostanziali previsti per poter essere considerato valido, ovvero deve contenere le seguenti informazioni:

- generalità del lavoratore e codice fiscale
- domicilio abituale del lavoratore o il diverso temporaneo recapito
- tipo di visita effettuata ambulatoriale o domiciliare
- diagnosi
- prognosi clinica dei giorni di malattia che inizia a decorrere dal giorno di redazione del certificato
- data di inizio della malattia
- data di rilascio della certificazione
- indicazione di inizio, continuazione o ricaduta della malattia
- firma e timbro del medico che rilascia la certificazione, in caso di certificazione cartacea.

Quando può essere cartaceo

Il certificato medico del lavoratore assente per malattia può anche essere rilasciato eccezionalmente su carta, ma esclusivamente quando il medico non può procedere all'invio online del certificato di malattia perché momentaneamente impossibilitato a utilizzare il sistema di trasmissione telematica: in tal caso, il certificato - così come l'attestato notoriamente privo della diagnosi, anch'esso da rilasciare al paziente - deve contenere tutti i dati obbligatori precedentemente elencati (rif. tab. pag. prec. "*Certificato medico telematico di malattia - dati obbligatori*"): sarà in tal caso cura del paziente, integrarlo dei dati aziendali e di reperibilità indispensabili per completarne la validità.

Importante: il certificato medico cartaceo non deve contenere abrasioni o cancellazioni. Eventuali correzioni devono essere controfirmate dal medico. Alcuni medici non erano in possesso delle credenziali per poter accedere alla certificazione telematica di malattia. L'avvento dell'obbligo di trasmissione dei dati per la compilazione telematica del mod. 730 ha fatto sì che molti medici siano entrati in possesso delle credenziali per poter accedere al portale SistemaTS e con questo alla possibilità di accedere anche alla compilazione del certificato telematico di malattia.

Dimissioni ospedaliere, pronto soccorso, day hospital e casi particolari

Per i ricoveri, le dimissioni, per le giornate di day-hospital (equiparate al ricovero) e per le prestazioni di pronto soccorso, sussiste l'obbligo di rilascio delle relative comunicazioni (di ricovero) o dei certificati di malattia da parte di quelle Strutture.

Si ricorda che il certificato di malattia attesta l'incapacità al lavoro per tutti i giorni solari compresi nel periodo assegnato in prognosi e che viene riconosciuta per il /i giorno/i correttamente certificato/i di ricovero o di prestazione e per i giorni eventualmente assegnati come prognosi che, si ricorda, non deve essere clinica ma lavorativa.

Cicli di cura ricorrenti

Se il lavoratore si sottopone a lunghi cicli periodici di terapie ambulatoriali e specialistiche, che influenzano la sua capacità lavorativa, è necessario che sul certificato medico rilasciato venga **barrata la casella della ricaduta**.

Certificati di malattia e rientro anticipato al lavoro

L'INPS, sulla base della normativa vigente, ha fornito indicazioni in merito al rientro anticipato al lavoro dopo malattia rispetto alla prognosi precedentemente assegnata:

1. con il messaggio n. 6873/14, per i propri dipendenti;
2. con Circolare 79/2017, per tutti i lavoratori indennizzati per malattia da INPS.

Ogni lavoratore assicurato per malattia da INPS, assente per malattia e che abbia riacquisito la propria capacità di lavoro anticipatamente rispetto all'iniziale previsione certificata, deve presentare rettifica dell'iniziale prognosi.

“La rettifica della data di fine prognosi, a fronte di una guarigione anticipata, rappresenta un adempimento obbligatorio da parte del lavoratore, sia nei confronti del datore di lavoro, ai fini della ripresa anticipata dell'attività lavorativa, sia nei confronti dell'INPS, considerato che, mediante la presentazione del certificato di malattia, viene avviata l'istruttoria per il riconoscimento della prestazione previdenziale senza necessità di presentare alcuna specifica domanda... Omissis... Affinché la rettifica venga considerata tempestiva non è sufficiente che essa sia effettuata prima del termine della prognosi originariamente certificata, bensì è necessario che intervenga prima della ripresa anticipata dell'attività lavorativa. Essa va richiesta al medesimo medico che ha redatto il certificato, riportante una prognosi più lunga”.

Malattia - Concetti da rimarcare

- È indispensabile sempre indicare una diagnosi intellegibile.
- Se si tratta di “postumi”, questi vanno specificati.
- La locuzione “esiti di...” va evitata, perché esito indica la conclusione di un processo morboso e come tale non può essere indennizzato o retribuito.
- I primi tre giorni di malattia per i lavoratori con pagamento a conguaglio: sono pagati secondo contratto direttamente dal datore di lavoro (c.d. carenza). I successivi sono rimborsati dall'INPS. Pertanto, è importante segnalare correttamente se il certificato emesso è un inizio malattia o una continuazione o una ricaduta.
- Nel caso di ricaduta, generalmente l'onere economico a carico dell'INPS inizia dal 1° giorno di ricaduta. In tali casi è necessario barrare l'apposita casella R (Ricaduta) nello specifico modulo di malattia. Trattasi di ricaduta quando l'assenza dal lavoro è dovuta ad una malattia che aveva già prodotto una incapacità temporanea precedente e che si ripresenta dopo una ripresa lavorativa entro trenta giorni dal precedente episodio cui è causalmente legato.
- Bisogna ricordare che la malattia del lavoratore privato, a differenza di quello pubblico, non può essere indennizzata per più di 180 giorni nell'anno solare (salvo rarissime eccezioni) e che spesso il periodo di comporta (cioè il periodo durante il quale il datore di lavoro non può licenziare) nei

contratti di lavoro ha analoga durata.

- In caso di malattia determinata da evento traumatico - ai sensi dell'art. 42, comma 1, della legge 4 novembre 2010, n. 183 - il medico deve darne segnalazione nello spazio appositamente dedicato sul certificato telematico.
- Nei casi di malattia determinata da patologie gravi che richiedono terapie salvavita o derivante da invalidità riconosciuta nei termini di legge (o da causa di servizio, esclusivamente per i lavoratori pubblici), è indispensabile che il medico certificatore segnali il verificarsi di una di queste evenienze scegliendo nell'apposito menu a tendina delle "agevolazioni" quella opportuna, in quanto questo esonera il malato dall'obbligo di reperibilità nelle fasce orarie delle visite fiscali.

Obblighi del lavoratore malato

I lavoratori assenti per malattia hanno obblighi e oneri:

- devono richiedere, verificandone correttezza dei dati e effettività dell'invio, il certificato medico comprovante lo stato di malattia, che verrà inviato per via telematica dal medico o dalla struttura sanitaria pubblica che lo rilascia, all'INPS, il quale provvede a rendere disponibile il relativo attestato al datore di lavoro
- devono comunicare tempestivamente il loro stato di malattia all'ufficio di appartenenza e, comunque, all'inizio del turno di lavoro del giorno in cui si verifica l'assenza; tale informativa deve essere data anche in caso di proseguimento della malattia. I casi di grave impedimento a questa prassi saranno valutati caso per caso in sede di esame delle cause di giustificazione dal datore di lavoro e dall'ente previdenziale
- devono comunicare, se espressamente richiesto, al proprio datore di lavoro il numero di protocollo fornito dal medico certificatore
- devono, in caso di cambio della reperibilità in corso di malattia, obbligatoriamente comunicare per tempo tale modifica al datore di lavoro sempre e all'INPS se sono ivi assicurati per la malattia; questa comunicazione è a cura diretta del lavoratore e non può avvenire tramite il medico curante
- possono chiedere l'invio automatico via SMS del numero di protocollo dei certificati al proprio telefono cellulare
- possono richiedere all'INPS o al curante (legge n. 221/2012) che ha redatto il certificato l'invio dei certificati alla propria casella di posta elettronica certificata (PEC) (per richiedere l'attivazione gratuita del servizio di Posta Certificata al cittadino collegandosi al portale www.postacertificata.gov.it)
- possono telefonare al contact center dell'INPS al numero 803.164 o tramite il sito ufficiale dell'INPS, per verificare l'avvenuto invio del certificato online

- possono consultare in qualsiasi momento i propri attestati/certificati direttamente sul sito dell'INPS una volta in possesso del numero di protocollo (PUC o PUCIR); rispettivamente per gli attestati con il proprio codice fiscale e per i certificati con il PIN rilasciato anche online da INPS.

Facoltà e obblighi dei datori di lavoro e loro delegati

Con l'entrata in vigore del certificato telematico di malattia, il datore di lavoro non può più richiedere ai propri dipendenti di presentare e/o inviare copia cartacea dell'attestato di malattia relativo ad un certificato medico, ma è tenuto lui stesso a reperire tramite i servizi online dell'INPS l'attestato del lavoratore assente per malattia.

Il datore di lavoro può, comunque, chiedere ai propri dipendenti di comunicare il numero di protocollo del certificato inviato online.

Per consultare gli attestati di malattia dei propri dipendenti, il datore di lavoro può:

- accedere direttamente al sistema INPS con proprie credenziali rilasciate dall'Istituto come stabilito dalla Circolare INPS n. 60 del 16 aprile 2010 e successivi messaggi integrativi;
- fruire dei servizi on line di comunicazione per l'invio anche massivo degli attestati, messi a disposizione dall'INPS;
- richiederne l'invio automatico alla propria PEC (disposizione prevista dalla Circolare INPS n. 119 del 7 settembre 2010).

Le visite mediche di controllo

La richiesta di visita di controllo dei lavoratori del settore pubblico e privato assenti per malattia è diventato telematico ed è accessibile dal portale INPS (vedasi sito ufficiale INPS www.inps.it).

A partire dal 1° ottobre 2011, è stata infatti attivata la procedura di richiesta di visita di controllo telematica da parte dei datori di lavoro pubblici e privati. Il sistema di richiesta del servizio di controllo sia domiciliare sia ambulatoriale dello stato di salute dei propri dipendenti in malattia, differentemente dal sistema di invio della certificazione medica di malattia telematica che è mediato dal SAC, è gestito senza intermediazioni direttamente dall'INPS mediante il servizio di "Richiesta Visita Medica di Controllo", con accesso tramite PIN.

La richiesta viene convogliata, per la sua susseguente trattazione, alla Sede INPS competente per residenza/ domicilio o reperibilità del lavoratore, prendendo a riferimento il relativo CAP: per questo è molto importante che lo stesso sia corretto e congruente con l'indirizzo fornito.

Gli orari di reperibilità sono fissati per legge e chiunque è tenuto a rispettarli per dovere di diligenza, eccetto chi ne sia esonerato per previsione

regolamentare. Attualmente le fasce di reperibilità sono le stesse per i dipendenti privati (categorie assicurate per la malattia con INPS) e per i dipendenti della Pubblica Amministrazione: 7 giorni su 7 con la reperibilità nelle fasce dalle 10:00 alle 12:00 e dalle 17:00 alle 19:00. Per dettagli circa le conseguenze in caso di assenza a visita medica, si rinvia allo specifico capitolo.

Esclusione dalle fasce di reperibilità

L'esenzione dalla reperibilità del lavoratore nelle fasce orarie stabilite, dopo essere stata a lungo regolamentata diversamente tra settore pubblico (DPCM 18 dicembre 2009, n. 206) e settore privato (DM Lavoro 11 gennaio 2016), a seguito dell'emanazione del D. Lgs. 25 maggio 2017, n. 75, e con riferimento all'articolo 18 co.1 p.to d) del medesimo, è stata completamente rivista e la previgente normativa abrogata.

Infatti, con il DM 17 ottobre 2017, n. 206, del Ministro per la Semplificazione e la Pubblica Amministrazione di concerto con il Ministro del lavoro e delle politiche sociali, è stato pubblicato il "Regolamento recante modalità per lo svolgimento delle visite fiscali e per l'accertamento delle assenze dal servizio per malattia, nonché l'individuazione delle fasce orarie di reperibilità, ai sensi dell'articolo 55-septies, comma 5-bis, del decreto legislativo 30 marzo 2001, n. 165 (17G00221)".

All'art. 4 del citato Decreto, sono elencate le esclusioni dall'obbligo di reperibilità (c.d. agevolazioni):

a) **patologie gravi che richiedono terapie salvavita** (vedasi **linee guida di cui Circ. n. 95 del 2016**);

b) **causa di servizio** riconosciuta che abbia dato luogo all'ascrivibilità della menomazione unica o plurima alle **prime tre categorie della Tabella A** allegata al decreto del Presidente della Repubblica 30 dicembre 1981, n. 834, ovvero a **patologie rientranti nella Tabella E** del medesimo decreto (**solo per dipendenti pubblici non contrattualizzati**);

c) stati patologici **sottesi o connessi** alla situazione di **invalidità riconosciuta (da INPS), pari o superiore al 67%**.

Si allineano così tutte le fattispecie a **stati di salute di impegno funzionale** rilevante e non più bagatellare, come era possibile nel settore pubblico in vigore del precedente DPCM abrogato non essendo in esso previsto alcun cut-off.

Sicché le Linee guida di orientamento alla corretta applicazione delle "agevolazioni" - allegate alla Circolare INPS n. 95/2016 - acquisiscono operatività completa sia nel settore privato sia in quello pubblico.

Importante:

- **l'esonero è dalla reperibilità** al domicilio nelle fasce orarie prescritte, **non dal controllo** che può essere esercitato, se ritenuto utile, previo appuntamento
- lo "status" di invalido - civile, pensionabile (INPS), per lavoro (INAIL), per servizio (causalità di servizio) - **deve risultare dai rispettivi verbali rilasciati dalle Strutture deputate al loro riconoscimento**
- **nel settore privato NON è contemplata la Causa di servizio**
- l'eventuale esonero dalla reperibilità va segnalato dal medico esclusivamente quando ne ricorra la fattispecie ed è sottoposto alla valutazione del CENTRO MEDICO LEGALE (C.M.L.).

3. SISTEMA TS: INDICAZIONI PER LE CREDENZIALI DI ACCESSO AL SERVIZIO

INFORMAZIONI ESTRATTE DAL SITO SISTEMA TS

<https://sistemats1.sanita.finanze.it/portale/>

In questa sezione sono presenti dei QR CODE che potranno essere facilmente inquadrati con la fotocamera del cellulare/smartphone. Si verrà reindirizzati alla pagina web di riferimento.

CERTIFICATI DI MALATTIA

<https://sistemats1.sanita.finanze.it/portale/certificati-di-malattia>

Il servizio consente ai medici l'invio:

- dei certificati di malattia;
- comunicazioni di inizio ricovero;
- certificati di malattia in sede di dimissione.

L'accesso ai servizi è consentito ai:

- medici accreditati al SSN e presenti negli elenchi forniti dalle ASL;
- medici che esercitano la professione come privati purché in possesso delle credenziali di accesso al Sistema TS;
- operatori amministrativi.

I medici abilitati possono inviare le tre tipologie di certificati (malattia, ricovero e dimissione). Gli operatori amministrativi delle ASL/AO possono inviare esclusivamente le comunicazioni di inizio ricovero, ma solo se, oltre ad essere in possesso delle credenziali del Sistema TS, sono stati preventivamente autorizzati alla funzione dal proprio Amministratore di Sicurezza.

COME FUNZIONA

I medici sono automaticamente autorizzati dal Sistema TS ad emettere le tre tipologie di certificato, senza ulteriori passaggi, e possono inviare tutte e tre le tipologie di certificato.

Gli operatori amministrativi delle ASL in possesso delle credenziali di accesso al Sistema TS, possono inviare solo le comunicazioni di inizio ricovero previa autorizzazione del proprio Amministratore di sicurezza.

Per trasmettere i certificati di malattia dei propri assistiti e ottemperare a quanto previsto dalla norma, i medici possono utilizzare:

- il sistema software normalmente utilizzato per le attività lavorative, opportunamente modificato dal proprio fornitore con le funzionalità necessarie per "dialogare" via web services con il Sistema TS;
- la specifica applicazione web resa disponibile dal Sistema TS che, tra l'altro, consente di stampare una copia cartacea del certificato di malattia e dell'attestato di malattia e di inviare una copia in formato PDF alla casella email del lavoratore;
- il call center basato su risponditore automatico, raggiungibile attraverso il numero verde 800 013 577;
- i Sistemi di Accoglienza Regionali (SAR) che, ove presenti, provvedono all'inoltro all'INPS dei certificati attraverso il Sistema TS.



I servizi per l'assistenza tecnica e normativa sono forniti dai seguenti contact center:

- Email di assistenza del Sistema TS: gestionets@sogei.it;
- Contact Center del Sistema TS raggiungibile attraverso il numero verde: 800 030 070 (da Lunedì a Sabato dalle 08:00 alle 20:00);
- Contact Center INPS raggiungibile attraverso il numero 803.164 (da lunedì al venerdì dalle 8 alle 20 e il sabato dalle 8 alle 14, mentre il servizio automatico è in funzione 24 ore al giorno, compresi i festivi).

MODALITÀ DI ACCESSO AL SISTEMA TS

<https://sistemats1.sanita.finanze.it/portale/operatori/medici-e-odontoiatri/info-sulle-modalita-di-accesso>

L'accesso al portale è consentito con queste modalità; qui trattiamo brevemente l'accesso con le **CREDENZIALI**

- ▶ Accesso tramite smart card
- ▶ **Accesso tramite Credenziali**
- ▶ Accesso tramite SPID
- ▶ Accesso tramite CIE



L'accesso ai servizi tramite **credenziali** è consentito solo ai possessori di un Codice Identificativo (Codice Fiscale o Nickname), una Parola Chiave e il Pincode (da utilizzare per le operazioni di trasmissione telematica).

Medici e Odontoiatri convenzionati con il SSN

Le credenziali per i medici e gli odontoiatri convenzionati con il SSN sono generate dall'Azienda Sanitaria di competenza per il tramite del Sistema TS. Per ricevere la Parola Chiave, che nasce "scaduta", il medico o l'odontoiatra deve recarsi, personalmente o per delega, presso l'Azienda Sanitaria di competenza. Il Nickname e il Pincode sono, invece, resi disponibili nell'area autenticata sezione "Profilo Utente".

Medici non convenzionati con il SSN iscritti agli Ordini Provinciali

Il medico o l'odontoiatra, per ottenere la Parola Chiave può, alternativamente:

- recarsi, personalmente o per delega, **presso l'Ordine Provinciale di iscrizione;**
- effettuare la richiesta al Sistema TS per riceverla all'indirizzo di Posta Elettronica Certificata dichiarato.

Il Nickname e il Pincode sono resi disponibili nell'area autenticata sezione "Profilo Utente".

Per maggiori informazioni viene messa a disposizione la GUIDA ALL'ACCESSO CON CREDENZIALI reperibile sul sito del Sistema TS a questo link (è anche possibile scaricare il file in pdf sul proprio PC e/o smartphone)

https://sistemats1.sanita.finanze.it/portale/documents/20182/33059/Guida_Operatori_AccesoCredenziali/e7f1b24a-55f7-eb62-5489-636f76ce3f95



4. MODELLO DI UN CERTIFICATO DI MALATTIA E SPECIFICHE PER LA COMPILAZIONE

dr Mattia Braidà

Medico di Medicina Generale e Coordinatore AFT Gradisca e Cormons

Tutti i medici ed odontoiatri in attività professionale hanno facoltà di redigere il rilascio del Certificato Telematico di Malattia. La normativa attuale prevede che lo strumento per attestare l'inabilità temporanea lavorativa assoluta di un soggetto sia il Certificato Telematico di Malattia.

Il Sistema Tessera Sanitaria (Sistema TS) è una delle piattaforme telematiche che consentono di poter recapitare i certificati all'INPS.

Nella piattaforma è possibile: inserire, annullare, rettificare (la funzione di rettifica permette solo di anticipare la data di fine malattia; se ci sono stati errori su altri campi, il certificato va annullato utilizzando l'apposita funzione e poi va inviato un nuovo certificato), ricercare e ristampare un certificato di malattia.

Di norma, il sistema preimposta i dati anagrafici del lavoratore (non editabili) e la residenza (editabile) in base al Codice Fiscale indicato. Tali dati vanno attentamente controllati chiedendo conferma al lavoratore se necessario.

Quando comunicato dal paziente, è anche possibile l'inserimento di un indirizzo di Reperibilità, ai fini dell'eventuale visita medica di controllo domiciliare.

Inoltre vanno indicati (scrivendo o selezionando dal menu a tendina ove presente - ATTENZIONE i campi e loro nomenclatura potrebbero differire in base al software gestionale utilizzato per l'invio):

- Data della visita [uguale alla data di compilazione del certificato o inferiore di un giorno rispetto alla data di compilazione, solo se si tratta di Visita Domiciliare]
- Il lavoratore dichiara di essere ammalato dal GG/MM/AAAA [la data di inizio della malattia non può essere successiva alla data di rilascio]
- Viene assegnata prognosi clinica a tutto il GG/MM/AAAA [la data di fine malattia deve essere successiva o uguale alla data inizio malattia]
- Tipo Certificato [Inizio-Continuazione-Ricaduta]
- Tipo Visita [Ambulatoriale-Domiciliare]
- Codice nosologico/diagnosi [ICD - Ricerca Diagnosi a tendina]
- Diagnosi/note diagnosi [indicare chiaramente l'infermità che ha determinato l'incapacità lavorativa; i Codici Nosologici (ICD) non sempre sono esaustivi: meglio indicare anche la diagnosi, evitando di inserire in

questo campo la sola descrizione del Codice ICD].

- Attività lavorativa completata SI-NO [nel caso in cui il lavoratore abbia svolto turno di lavoro]
- Evento traumatico SI-NO [utile per segnalare eventuale responsabilità di terzi]
- Agevolazione normativa [per eventuale esenzione dalla Visita Medica di Controllo Domiciliare inserire Terapia Salvavita - Causa di Servizio - Invalidità riconosciuta]
- Ruolo medico [SSN - Professionista Privato]

Terminata la compilazione dei campi, sarà possibile confermare ottenendo l'acquisizione del certificato con un **Numero di Protocollo (PUC)**.

Come indicato dalla circolare INPS n. 117/2011, si ricorda che il medico che redige il certificato di malattia telematico è tenuto a rilasciare al momento della visita, se richiesto dal lavoratore, copia cartacea del certificato e dell'attestato di malattia telematici. Tale adempimento ha anche l'utilità di consentire al lavoratore di prendere visione della corretta digitazione dei dati anagrafici e, tra questi, dell'indirizzo di reperibilità, la cui esatta indicazione rimane un onere a carico del lavoratore stesso. Il lavoratore può in alternativa richiedere al medico di inviare copia dei suddetti documenti, in formato pdf, alla propria casella di posta elettronica. Egli, inoltre, riceve dal medico il numero di protocollo identificativo (PUC) del certificato inviato telematicamente.

Qualora la stampa del certificato e dell'attestato non sia oggettivamente possibile, il medico si limiterà a chiedere conferma dei dati anagrafici inseriti e a rilasciare al lavoratore il citato numero di protocollo (PUC) riferito al certificato telematico.

Dati malattia

Data visita: 19/05/2024

Dichiaro di essere iniziato dal: 19/05/2024

Prognosi clinica a tutto il: 19/05/2024

Inizio
 Continuazione
 Ricaduta

Vista: Ambulatoriale

Attività lavorativa completata:

Puntito traumatico:

Agravi/lesioni associate:

Ruolo Medico: SSN

Codice nosologico: (Codice ICD9_CM)

Diagnosi:

Note diagnosi:

Assistenti

Codice Fiscale: _____ Nome: _____ Cognome: _____

Residenza o Domicilio attuale

Categoria del residence: _____

Indirizzo (via, piazza...): _____ n.civico: _____

Comune di residenza: _____ CAP: _____ Provincia di residenza: _____

Residenza se diversa dal domicilio attuale

Categoria del residence: _____

Presso: _____ Indirizzo (via, piazza...): _____ n.civico: _____

Comune: _____ CAP: _____ Provincia: _____

ATTENZIONE: Inserendo il nome del COMUNE (o parte di esso) nel campo corrispondente, vengono visualizzati nel menu a tendina i comuni che corrispondono ai parametri inseriti. Selezionando il comune dal menu a tendina i campi CAP e PROVINCIA vengono inseriti automaticamente nei campi corrispondenti. Se il CAP viene inserito manualmente prima di impostare il COMUNE, una selezione successiva del COMUNE dal menu a tendina non aggiorna il campo CAP.

Esempio di dashboard per compilare il certificato di malattia estratto dal portale INSIEL FVG usato dai Medici di Medicina Generale



DIREZIONE REGIONALE FRIULI VENEZIA GIULIA
DIREZIONE PROVINCIALE DI GORIZIA

L'INDENNITÀ DI MALATTIA A CARICO INPS

Raccolta della Normativa vigente

a cura della dott.ssa Cinzia Cibert

1. INDENNITÀ DI MALATTIA LAVORATORI DIPENDENTI

L'indennità di malattia è una prestazione previdenziale volta a compensare, almeno in parte, la perdita del reddito da lavoro dovuta ad un evento di malattia che comporti un'incapacità temporanea al lavoro, inteso come mansione specifica.

A partire dal 1° gennaio 1980 è affidata all'INPS «l'erogazione delle prestazioni economiche per malattia e maternità» (legge n. 833/1978, istitutiva del Servizio Sanitario Nazionale - **circ. n. 10/1980**).

Viene indennizzata dall'Istituto la malattia comune che si distingue dalla malattia professionale (tecnopatica), dall'infortunio e dalla malattia tubercolare definita "malattia specifica" che prevede una diversa prestazione economica.

Sono eventi protetti i seguenti casi particolari (eventi indennizzabili):

- la malattia insorta durante le ferie che risulti in concreto incompatibile con la finalità delle ferie (**circ. 109/1999**, punto 2.1);
- la chirurgia estetica al fine di rimuovere vizi funzionali e non meramente estetici (chirurgia refrattiva **msg. 30/2003 - msg.11869/2007**);
- le malattie provocate da cause violente con presunta responsabilità di terzi per le quali l'INPS ha la facoltà di rivalsa (azione surrogatoria);
- le malattie presunte professionali o infortuni sul lavoro non riconosciuti dall'INAIL (**circ. 91/2009 - msg. n.2015/2011 - circ. 69/2015**);
- la TBC in assenza del requisito contributivo o assicurativo;
- il trattamento in emodialisi (**circ. 134368/1981**, par. 15);
- il trattamento trasfusionale del morbo di Cooley;
- la donazione di organi e il prelievo di cellule per conseguenti trapianti (**circ. 192/1996**, punto 3) per le giornate di degenza effettiva e per quelle di convalescenza necessarie al recupero delle energie lavorative del lavoratore;
- i provvedimenti del SSN con allontanamento dal posto di lavoro per esigenze profilattiche con somministrazione di mezzi terapeutici (**circolare n. 246/1981**);
- gli eventi morbosi correlati all'assunzione di sostanze alcoliche e stupefacenti (**circ. 134414/1984** punto 2);
- la fisiochinesi terapia se è documentata l'incapacità lavorativa (**circ. 145/1993** par. 2, lett. B);
- il mancato suicidio (**circ. 134414/1984 punto 2, circ. 396/1982**);
- l'aborto spontaneo o terapeutico avvenuto entro il 180° giorno dall'inizio della gestazione (300 giorni prima della data presunta del parto);
- le riacutizzazioni o complicanze delle patologie che hanno dato luogo all'erogazione dell'assegno ordinario di invalidità, che iniziano in

costanza di lavoro, tali da produrre una incapacità lavorativa specifica, assoluta e temporanea (**circ. 182/1997**, punto 7);

- la procreazione assistita se certificata, per le giornate di ricovero - anche in Day surgery o altra modalità organizzativa SSN/SSR - e per quelle successive alla dimissione (massimo 2 settimane ferma restando la specifica valutazione medico legale); in fattispecie particolari, per le giornate antecedenti la fecondazione (orientativamente 10 giorni) e in caso di prelievo di spermatozoi al lavoratore. È riconosciuta anche in caso di lavoratori assistiti presso strutture ospedaliere di Paesi esteri purché le tecniche utilizzate siano conformi alla normativa italiana (**msg. 7412/2005, msg. 1799/2018**).

1.1 LAVORATORI AVENTI DIRITTO

- Agli operai del settore industria, agli operai, impiegati e quadri del settore terziario e servizi (ex Commercio) e categorie assimilate (es. sacristi), ai salariati del settore credito, assicurazione e servizi tributari appaltati, a tempo determinato (stagionali o non) e indeterminato, ai lavoratori (**circ. 41/2006**) con contratto di somministrazione di lavoro, ai lavoratori dipendenti dell'appaltatore, lavoratori distaccati, lavoratori con contratto di lavoro intermittente, lavoratori con contratto di apprendistato, lavoratori con contratti di lavoro ripartito, lavoratori a tempo parziale, lavoratori con contratto di inserimento, purché abbiano effettivamente iniziato l'attività lavorativa;
- agli operai agricoli a tempo indeterminato (**circ. 157/1984** punto 1), purché abbiano effettivamente iniziato l'attività lavorativa;
- ai disoccupati (**circ. 14/1981**, punto 3.1) - cessati dal lavoro a tempo indeterminato, appartenenti alle categorie sopraindicate - purché il rapporto di lavoro sia cessato da non più di 2 mesi o 60 giorni prima dell'inizio della malattia (cosiddetta "protezione" o "copertura assicurativa" - **circ. n. 139/1982**);
- ai sospesi (**circ. 14/1981** punto 3.1) dal lavoro a tempo determinato o indeterminato, purché il rapporto di lavoro sia cessato da non più di 2 mesi o 60 giorni prima dell'inizio della malattia;
- ai lavoratori in Cassa Integrazione Guadagni che mantengono lo status di lavoratore occupato (**circ. 152/1990 - circ. 82/2009**). Infatti, qualora e durante la sospensione dal lavoro (Cassa Integrazione Guadagni Straordinaria o Ordinaria a 0 ore) insorga lo stato di malattia, il lavoratore continuerà ad usufruire delle integrazioni salariali: l'attività lavorativa è infatti totalmente sospesa e non vi è obbligo di prestazione da parte del lavoratore, che non dovrà quindi nemmeno comunicare lo stato di ma-

lattia e continuerà a percepire le integrazioni salariali medesime. Sono da considerare neutre, ai fini della tutela previdenziale della malattia, le giornate di malattia ancorché certificate nell'ambito di un periodo in cui è stato riconosciuto il trattamento di integrazione salariale. Al riguardo, è stata espressamente stabilita dal legislatore la prevalenza del trattamento di integrazione salariale sulla malattia (art. 3, c. 7, del D. Lgs. n. 148/2015). Quindi, i periodi certificati di malattia non debbono essere conteggiati ai fini del raggiungimento del massimo assistibile nei casi in cui al lavoratore sia stato riconosciuto un trattamento di integrazione salariale.

Qualora lo stato di malattia sia, invece, antecedente all'inizio della sospensione dell'attività lavorativa per CIGS o CIGO si avranno due casi:

- se la totalità del personale in forza all'ufficio, reparto, squadra o simili cui il lavoratore appartiene ha sospeso l'attività, anche il lavoratore in malattia entrerà in CIGS/CIGO dalla data di inizio della stessa;

- qualora, invece, non venga sospesa dal lavoro la totalità del personale in forza all'ufficio, reparto, squadra o simili cui il lavoratore appartiene, il lavoratore in malattia continuerà a beneficiare dell'indennità di malattia, se prevista dalla vigente legislazione.

- agli operai agricoli a tempo determinato (**circ. 157/1984** punto 2, **circ. 147/1996**) con almeno 51 giornate di lavoro prestato nell'anno precedente (può essere considerata utile l'attività svolta nel medesimo settore agricolo anche se a tempo indeterminato **circ. 220/1992**) ovvero nell'anno in corso prima dell'inizio della malattia (**msg. 29676/2007**) (non è più necessaria la certificazione d'iscrizione d'urgenza di cui alla **circ. 256/1996**; infatti, le previste 51 giornate prima dell'inizio dell'evento indennizzabile, si possono ritrovare negli atti in possesso dell'Istituto e senza dover attendere la pubblicazione degli elenchi trimestrali (**msg. 29676/2007**); l'Istituto, quindi, è oggi in grado di rilevare direttamente, fin dal primo anno di attività, le giornate di lavoro effettuate prima dell'evento tutelato. Nel caso in cui il dato relativo alle giornate non sia stato acquisito, potrà richiedersi al lavoratore la presentazione del modello DMAG Sost o dichiarazione sostitutiva dell'atto di notorietà, attestante appunto il numero delle giornate lavorate in agricoltura prima dell'inizio dell'evento indennizzabile, unitamente alla copia delle relative buste paga;
- ai lavoratori delle imprese dello Stato, degli Enti Pubblici e degli Enti locali privatizzate per gli eventi di malattia che si collocano dal 1° gennaio 2009 (**circ. 114/2008, msg. 5730/2009, msg. 15680/2009; msg. 3352/2009**);

- ai lavoratori iscritti al fondo pensione lavoratori dello spettacolo che possono far valere, per gli eventi verificatisi a decorrere dal 26 maggio 2021, almeno 40 contributi giornalieri dal 1° gennaio dell'anno solare precedente l'insorgenza dell'evento morboso (comma 1 dell'art. 66 del decreto-legge n. 73/2021, convertito con modificazioni, dalla legge n. 106/2021). Per eventi insorti antecedentemente alla suddetta data il requisito minimo richiesto è pari a 100 contributi giornalieri (**circ. 132/2021; msg. 1568 /2022**);
- ai lavoratori sportivi subordinati - dilettanti e professionisti - iscritti al Fondo Pensioni Lavoratori Sportivi (**circolare n. 88/2023, msg. 4182/2023**);
- ai lavoratori sportivi del settore dilettantistico, tenuti all'iscrizione alla Gestione Separata di cui all'articolo 2, comma 26, della legge n. 335/1995 (**circolare n. 88/2023, msg. 4182/2023**);
- ai lavoratori interinali sia occupati che disponibili (**circ. 224/1998**);
- ai soci dipendenti da società o enti cooperativi anche di fatto;
- agli addetti alla navigazione marittima e alla pesca marittima - marittimi componenti l'equipaggio della nave - altri lavoratori imbarcati (**circ. 179/2013**);
- ai detenuti lavoratori (**circ. 134368/1981**, punto 14 - **circ. 396/1982**, punto 8 **circ. 134406/1983**, punto 3);
- ai lavoratori sospesi per aspettativa politica o sindacale non retribuita;
- ai lavoratori a domicilio (**circ. 134368/1981** par. 11.4 e 3.1);
- ai lavoratori saltuari che prestano attività lavorativa in maniera del tutto episodica e non predeterminata (**circ. 182/1997** punto 2);
- ai lavoratori dipendenti da datori di lavoro che non versano contributi di malattia per effetto di agevolazioni contributive (gli stessi lavoratori hanno diritto solo se appartengono a settore e categoria avente diritto - es.: contratti formazione lavoro) (**circ. 147/1996**, punto 5);
- agli apprendisti operanti in qualsiasi settore di attività per gli eventi morbosi insorti a partire dal 1° gennaio 2007 -art.1, comma 773, della legge n. 296 del 27 dicembre 2006 (**circ. 43/2007**, punto 2);
- ai lavoratori aventi titolo a prestazioni pensionistiche (assegno di invalidità) per le malattie iniziate prima della cessazione del rapporto di lavoro se a tempo indeterminato e se riconducibile alla stessa patologia per la quale è stato concesso l'assegno di invalidità (se sussiste cioè una riacquiescenza o una complicanza della patologia stessa al punto da produrre l'incapacità lavorativa); l'indennità di malattia è incompatibile con la pensione di inabilità, **circ. 182/1997** punto 7, **circ. 95bis/2006** punto 3);
- ai lavoratori iscritti alla Gestione separata (legge 335/1995, art. 2, com-

ma 26), non iscritti ad altra forma previdenziale obbligatoria e non titolari di pensione. Ai fini della tutela sono richiesti specifici requisiti contributivi e reddituali (**circ. 147/2001**, **circ. 99/2005**, **circ. 41/2006**, **circ. 76/2006**, **circ. 77/2013**, **circ. 139/2017**).

1.2 LAVORATORI NON AVENTI DIRITTO

L'indennità di malattia non spetta:

- ai dirigenti;
- agli impiegati dell'industria;
- agli impiegati dipendenti da Aziende Esercenti Pubblici Servizi di Trasporto tenute ad applicare le disposizioni di cui al R.D. 08.01.1931, n° 148 (ex Casse di Soccorso) ai quali non spetta dal 01.01.2005, (Legge finanziaria 2005) (**circ. 102/2005**) - (ad eccezione degli impiegati del commercio a cui spetta);
- ai quadri (industria e artigianato);
- ai portieri;
- agli impiegati dipendenti da proprietari di stabili;
- ai viaggiatori e piazzisti;
- ai dipendenti da partiti politici e associazioni sindacali;
- ai lavoratori domestici (colf, badanti, ecc...);
- ai lavoratori autonomi;
- ai dipendenti da pubbliche amministrazioni;
- ai lavoratori a tempo determinato dopo la cessazione del rapporto di lavoro;
- ai lavoratori in mobilità e ai lavoratori impegnati in lavori socialmente utili;
- ai lavoratori in cassa integrazione straordinaria a 0 ore, qualora lo stato di malattia insorga durante il periodo di sospensione. La malattia in questi casi non dovrà essere nemmeno comunicata se la sospensione coinvolge la totalità del personale in forza all'ufficio, al reparto, alla squadra cui il lavoratore stesso appartiene, anche qualora lo stato di malattia insorga antecedentemente all'inizio della sospensione (**circ. 82/2009**, punto 1);
- ai lavoratori in cassa integrazione ordinaria a 0 ore, qualora lo stato di malattia insorga durante il periodo di sospensione (**circ. 82/2009**, punto 1);
- ai lavoratori della piccola pesca marittima e delle acque interne;
- al personale navigante dell'aviazione civile;
- ai lavoratori titolari di pensione (tra cui anche l'assegno ordinario di invalidità) per gli eventi di malattia insorti dopo la cessazione del rapporto di lavoro per pensionamento (**circ. n. 134406/1983** AGO - n. 386

SL/149 del 23.7.1983 par. 7, **circ. 136/2003**), anche se a tale data non sia ancora decorso il termine della cosiddetta protezione o copertura assicurativa, 2 mesi o 60 giorni dalla data di cessazione dal rapporto di lavoro. L'indennità di malattia è incompatibile con la pensione di inabilità (**circ. 182/1997**, punto 7 - **circ. 95bis/2006**, punto 2);

- ai lavoratori che versano nella Gestione separata che risultino iscritti contemporaneamente ad altra forma pensionistica obbligatoria o pensionati.

1.3 INSORGENZA E CONSERVAZIONE DEL DIRITTO

L'indennità di malattia è subordinata al requisito lavorativo. Per la generalità dei lavoratori, il diritto sorge dalla data di effettivo inizio di un rapporto di lavoro assoggettabile ad assicurazione obbligatoria contro le malattie: principio dell'automatismo (**circ. 14/1981**, par. 2).

Si considera iniziato il rapporto di lavoro soltanto se il lavoratore ha prestato la sua attività lavorativa poiché la semplice stipulazione del contratto di lavoro non basta per aver diritto all'indennità, bensì è necessaria l'effettuazione, in concreto, di attività lavorativa (anche se soltanto per poche ore). Condizioni necessarie sono che la malattia sia di natura comune (evento indennizzabile), di durata temporanea e che quindi renda il lavoratore totalmente incapace al lavoro.

Per i lavoratori a tempo indeterminato dei settori lavorativi industria e commercio, aventi diritto, la tutela è riconosciuta per un ulteriore periodo di due mesi (o di sessanta giorni se il conteggio a giorni anziché a mesi risulta più favorevole al lavoratore) dalla data di sospensione del rapporto di lavoro o cessazione del rapporto di lavoro.

Per i lavoratori assunti con contratto a tempo determinato appartenenti ai suddetti settori lavorativi, il diritto alla conservazione dell'indennità termina alla scadenza del contratto (**circ. 134406/1983**, par. 6) (vedi specifico paragrafo).

2. DECORRENZA E DURATA DELL'INDENNITÀ

In linea generale il diritto all'indennità decorre (inizio malattia) dal 4° giorno di malattia (i primi 3 giorni sono di carenza) e cessa con la scadenza della prognosi (fine malattia) che può essere attestata con uno o più certificati (di continuazione o di ricaduta, unico evento); l'indennità stessa non può comunque superare i 180 giorni di calendario per ciascun anno solare (massimo assistibile). Si protrae nell'anno successivo in caso di malattia a

cavaliere di 2 anni solari.

L'indennità non spetta per le giornate non certificate.

Per determinate categorie di seguito riepilogate esistono regole diverse con riguardo alla durata e decorrenza della prestazione.

2.1 CARENZA

Per carenza si intende la non indennizzabilità dei primi tre giorni di malattia. La carenza non si applica nel caso di continuazione e ricaduta nella malattia. La carenza va applicata per anno solare ai lavoratori sottoposti al trattamento di emodialisi e al trattamento trasfusionale del morbo di Cooley.

2.2 INIZIO MALATTIA

Si considera inizio della malattia la data di redazione del certificato o il giorno immediatamente precedente, se viene specificatamente indicato dal medico sul certificato stesso. Tale ipotesi non è ammessa in tutti i casi ma solo se si tratta di visita domiciliare del medico, come specificato nella **circ. 147/1996**, punto 3. La particolare regola non va applicata quando la data riportata alla predetta voce retroagisce di oltre un giorno dalla data di rilascio, essendo, nell'ipotesi, da escludere che la data stessa possa assumere il significato di indicazione della data di chiamata del medico a visita domiciliare.

2.3 CONTINUAZIONE

Per la certificazione di continuazione della malattia valgono le regole indicate per la certificazione di inizio; infatti, anche il certificato di continuazione decorre dalla data del rilascio o dal giorno immediatamente precedente, se tale giorno (e non altro) è indicato nel certificato medico e trattasi di visita domiciliare (**circ. 147/1996**).

Competente a stabilire la continuazione della malattia compresa la ricaduta o altra malattia consequenziale della precedente, è il medico curante (art. 15, L. 155/81).

Nei casi di trattamento emodialitico e trattamento trasfusionale del morbo di Cooley, le assenze giornaliere dal lavoro per l'effettuazione di tali terapie, devono essere considerate, per anno solare, un unico periodo continuativo.

I periodi di malattia comune, sopravvenuti durante lo stato di incapacità lavorativa per emodialisi e trattamento trasfusionale del morbo di Cooley, devono essere considerati autonomi e prevalenti.

2.4 RICADUTA

Quando il lavoratore si riammala della stessa malattia o di altra conse-

quenziale ovvero si sottopone periodicamente, per lunghi periodi, a terapie ambulatoriali, spesso di natura specialistica, comportanti incapacità al lavoro (**circ. 136/2003**, punto 5) entro 30 giorni dalla fine del precedente evento, e la circostanza è dichiarata sul certificato dal medico curante, si ha la cosiddetta "ricaduta". In questo caso non si applicano i 3 giorni di carenza, e i giorni del nuovo periodo di malattia si sommano a quelli del periodo precedente sia ai fini del conteggio dei 180 giorni (periodo massimo indennizzabile nell'anno solare), sia ai fini della misura dell'indennità (es.: elevamento al 66,66% dal 21° giorno). L'evento di ricaduta intervenuto dopo la qualificazione del lavoratore da apprendista ad operaio, è da considerarsi come primo evento.

2.5 UNICO EVENTO

In presenza di certificazioni mediche di continuazione intervallate dalla giornata festiva (o dalle giornate di sabato o domenica in caso di settimana corta) deve presumersi che esse certifichino un unico evento morboso; le giornate stesse peraltro, se non certificate, non sono indennizzabili.

2.6 FINE MALATTIA

Si considera fine della malattia la data di fine prognosi riportata sull'ultimo certificato dell'evento morboso ovvero il giorno precedente la data di ri-acquisto della capacità lavorativa stabilita dal medico fiscale in occasione della eventuale visita di controllo ovvero ancora il giorno precedente la data di anticipata ripresa del lavoro.

2.7 MASSIMO ASSISTIBILE

Il massimo assistibile non può superare i 180 giorni per anno solare (per alcune categorie di lavoratori è previsto un tempo massimo inferiore). Il periodo massimo si computa sommando tutte le giornate di malattia dell'anno solare comprese quelle per le quali l'indennità non è stata corrisposta (giorni di carenza, giorni festivi, ecc.). Devono essere esclusi dal computo del periodo massimo di malattia indennizzabile (**circ. 134368/1981**):

- i periodi di astensione dal lavoro per maternità sia obbligatoria che facoltativa;
- i periodi di malattia causata dall'infortunio sul lavoro;
- i periodi di malattia professionale;
- i periodi di malattia tubercolare;
- i periodi di malattia causata da fatto di terzi per i quali l'INPS abbia esperimento con esito positivo, anche se parziale l'azione di surrogazione;
- i periodi per i quali venga riconosciuta altra tutela previdenziale (es.

trattamento di integrazione salariale).

Oltre il 180° giorno il datore di lavoro ha facoltà di corrispondere o meno, a seconda di quanto stabilito dai contratti, una retribuzione totalmente a suo carico.

2.8 MALATTIE A CAVALIERE DI DUE ANNI

Per le malattie a cavaliere di due anni solari (**circ. 144/1988, circ. 145/1993**) cioè, iniziate nel corso di un dato anno, che si protraggono nell'anno seguente, l'indennità è dovuta in misura intera per un massimo di ulteriori 180 giorni, a partire dal 1° gennaio, se nell'anno di insorgenza dell'evento:

- non è stato raggiunto il massimo assistibile;
- è stato raggiunto il massimo assistibile ma permane, al 1° gennaio dell'anno successivo, un rapporto di lavoro con oneri retributivi, anche parziali, direttamente riferibili al periodo considerato a carico dell'Azienda e il periodo di malattia non indennizzato è stato adeguatamente documentato.

L'erogazione di somme riferite a ferie pregresse non godute o a festività sopresse, non realizza la condizione di permanenza del rapporto di lavoro. Il periodo di ferie retribuite dall'azienda viene invece equiparato ad una ripresa dell'attività lavorativa con conseguente ripristino del diritto alla indennità. Per le malattie iniziate nel corso di un dato anno, che si protraggono nell'anno seguente, quando nell'anno di insorgenza è stato raggiunto il massimo assistibile, l'indennità è dovuta in misura ridotta (2/3 della misura normale) per un massimo di ulteriori 180 giorni, a partire dal 1° gennaio, se al 1° gennaio dell'anno successivo il rapporto di lavoro è cessato o sospeso da meno di 60 giorni. L'indennità non spetta se il rapporto di lavoro, alla data del 1° gennaio dell'anno successivo, risulta cessato o sospeso da oltre due mesi. Se al 31 dicembre dell'anno successivo a quello di inizio la malattia perdura, per il ripristino del diritto all'indennità è richiesta la ripresa dell'attività lavorativa.

3. CASI PARTICOLARI

3.1 MALATTIA DURANTE LE FERIE

La malattia insorta durante il periodo di ferie sospende le ferie stesse a meno che il datore di lavoro provi, attraverso visite di controllo, che la malattia è compatibile con le finalità delle ferie (riposo e recupero delle energie psico-fisiche) (**circ. 109/1999**, punto 1)

Lo stato di malattia e quindi la relativa indennità, decorrerà dalla data di

comunicazione (effettuata anche a mezzo telefono, telegramma, certificato ecc), da parte del lavoratore al datore di lavoro (circ. 109/1999, punto 2.1).

3.2 MALATTIA DURANTE IL CONGEDO PARENTALE

La malattia, debitamente notificata e documentata, insorta durante il congedo parentale spetta in misura intera ed il relativo periodo è considerato neutro ai fini del calcolo del periodo massimo riconoscibile per congedo parentale. Terminata la malattia la fruizione del congedo parentale può riprendere salvo diversa indicazione dell'interessato (**circ. 136/2003**, punto 7 e **circ. 8/2003**, punto 5).

3.3 MALATTIA DURANTE IL CONGEDO DI MATERNITÀ

La malattia durante il congedo di maternità (astensione obbligatoria) non è indennizzabile in quanto l'indennità di maternità è comprensiva di indennità di malattia (**circ. 136/2003**, punto 7 e **circ. 8/2003**, punto 5).

3.4 MALATTIA DOPO IL CONGEDO DI MATERNITÀ O PARENTALE

La malattia, debitamente notificata e documentata, insorta dopo il congedo parentale o di maternità, senza la ripresa dell'attività lavorativa, nel periodo di protezione assicurativa (60 giorni o 2 mesi) decorre dal giorno successivo alla fine del congedo parentale o di maternità, configurabile come periodo neutro (**circ. 136/2003**, punto 7 e **circ. 8/2003**, punto 5).

3.5 TRASFERIMENTO ALL'ESTERO PER CURE

Per potersi trasferire all'estero (in paesi non Europei), durante il periodo in cui si percepisce l'indennità di malattia, per un trattamento medico ed assistenziale ritenuto migliore, il lavoratore deve trasmettere il certificato (**cartaceo**) al C.M.L. (Centro Medico Legale) dell'INPS entro le 48 ore dalla sua emissione per eventuale autorizzazione al trasferimento.

Il C.M.L. dell'INPS valuterà se esistono effettivamente le ragioni per il suddetto trasferimento (**circ. 192/1996**).

Nell'ambito dell'U.E., in considerazione del principio di libera circolazione delle persone, non è richiesta autorizzazione ma una preventiva comunicazione alla Struttura territoriale INPS di competenza per le necessarie valutazioni medico legali esclusivamente tese ad escludere eventuali rischi di aggravamento del paziente, derivanti dal trasferimento medesimo (**Messaggio n. 4271/2018**).

Importante: caso lavoratore transfrontaliero. La certificazione di ma-

lattia deve essere rilasciata dal medico dove risiede il lavoratore (es. Slovenia). Pertanto, il medico nel caso di lavoratore transfrontaliero, non deve emettere alcuna certificazione di malattia.

3.6 INTERVENTI DI CHIRURGIA ESTETICA

In base alla normativa vigente sono indennizzabili i periodi di incapacità lavorativa correlati alla effettuazione degli interventi di chirurgia estetica che si siano resi necessari al fine di rimuovere vizi funzionali connessi ad un difetto estetico.

L'indennità di malattia (sia per il periodo di ricovero, che di convalescenza), non è invece riconosciuta qualora l'intervento risulti eseguito allo scopo di eliminare un difetto meramente estetico, a meno che lo stesso non sia stato determinato da motivi sanitariamente apprezzabili e dettagliatamente documentate (**circolare n. 63/1991**).

3.7 MALATTIA E ASSEGNO ORDINARIO DI INVALIDITÀ

L'indennità di malattia è cumulabile con l'assegno ordinario di invalidità anche se la forma morbosa certificata e ritenuta indennizzabile risulti riconducibile alla stessa patologia che ha causato la concessione dell'assegno di invalidità.

Resta inteso che, nel caso, la condizione di malattia tutelabile ai fini dell'assicurazione per le prestazioni economiche di malattia deve intendersi realizzata soltanto quando sia riscontrabile, dal punto di vista sanitario, una riacutizzazione o una complicanza della patologia stessa, tale da produrre una incapacità lavorativa specifica, assoluta e temporanea.

Le indicazioni che precedono valgono ovviamente per gli eventi che iniziano in costanza di lavoro, essendo escluso in via generale (**circ. 134406/1983**, par. 7), per i lavoratori aventi titolo alle prestazioni pensionistiche (tra cui è da ricomprendere anche l'assegno di invalidità), il diritto all'indennità di malattia per gli eventi morbosi insorti successivamente alla cessazione del rapporto di lavoro per pensionamento; tanto anche se a tale data non sia ancora decorso il termine della cosiddetta protezione o copertura assicurativa (**circ. 182/1997**, punto 7, **circ. 95 bis/2006**, punto 3).

3.8 MALATTIA E PENSIONE DI INABILITÀ

Per quanto riguarda poi la pensione di inabilità, si ricorda che l'art. 2, comma 5 della legge 222/1984 richiede la preventiva rinuncia ai trattamenti sostitutivi o integrativi della retribuzione, in sede di attribuzione della prestazione. La previsione porta ad una conclusione di incompatibilità tra il

trattamento pensionistico in esame e l'indennità di malattia, che peraltro dovrebbe in linea di principio essere corrisposta nell'ipotesi di revoca del predetto trattamento, prevista (art. 2, comma 6 della legge 222/1984 citata) in caso di svolgimento di attività lavorativa (**circ. 182/1997**, punto 7).

3.9 MALATTIA E TBC

L'indennità di malattia non è dovuta per i periodi durante i quali il lavoratore percepisce l'indennità giornaliera antitubercolare.

Se la malattia comune riveste carattere di prevalenza rispetto all'affezione tubercolare deve essere corrisposta l'indennità di malattia (v. **circ. 134330/1974**, punto 8).

L'indennità di malattia è cumulabile con l'indennità post-sanatoriale.

3.10 MALATTIA E CONGEDO MATRIMONIALE

L'indennità di malattia non deve essere corrisposta per i periodi di erogazione dell'assegno per congedo matrimoniale a carico dell'INPS o di erogazione di analoghi trattamenti retributivi eventualmente a carico del datore di lavoro. Egualmente dicasi per l'indennità di maternità, che, a norma dell'art. 15, ultimo comma, della legge 30 dicembre 1971, n.1204, deve essere corrisposta con gli stessi criteri previsti per l'erogazione delle prestazioni di malattia (**circ. 248/92**).

4. MISURA DELL'INDENNITÀ

4.1 GIORNATE INDENNIZZABILI

- Lavoratori Occupati:

Ai sensi della **circ. 14/1981** (AGO n. 134368), agli operai (compresi gli agricoli) l'indennità spetta per le giornate feriali comprese nel periodo di malattia con esclusione quindi delle domeniche e delle festività nazionali e infrasettimanali. Non sono indennizzabili quindi quelle giornate, comprese nel periodo di malattia, per le quali il lavoratore ha diritto a riposo settimanale (domenica - per i sacristi la giornata di riposo è il mercoledì).

Agli impiegati del commercio l'indennità spetta per tutte le giornate comprese nel periodo di malattia con esclusione delle festività nazionali e infrasettimanali cadenti di domenica.

La ricorrenza del Santo Patrono della località in cui ha sede l'azienda non deve essere indennizzata qualora l'azienda sia tenuta, per legge o per contratto, ad erogare per la stessa giornata la normale retribuzione.

Le festività soppresse (Ascensione, Corpus Domini, 19 marzo, 29 giugno e

4 novembre) sono indennizzabili solo se normalmente lavorate e retribuite (**circ. 95 bis/2006**, punto 1).

Nei casi in cui, per effetto dello stato di disoccupazione o di sospensione dal lavoro, i lavoratori di cui sopra (impiegati del commercio ed operai) non ricevano, per legge o per contratto, alcun trattamento economico per le festività nazionali e infrasettimanali comprese nel periodo di malattia, l'indennità giornaliera è dovuta anche per le predette festività.

- **Lavoratori Disoccupati Sospesi**

In caso di disoccupazione, ai lavoratori con qualifica di operai, l'indennità spetta per tutte le giornate comprese nel periodo di malattia - incluse le festività nazionali e infrasettimanali - con esclusione delle sole domeniche.

In caso di sospensione, ai lavoratori con qualifica di operai, l'indennità spetta:

- per le sole giornate feriali (escluse le domeniche e le festività nazionali e infrasettimanali), nei casi di malattia nelle prime 2 settimane di sospensione;
- per le giornate feriali e le festività nazionali (con esclusione delle sole domeniche), nei casi di malattia in periodi di sospensione oltre le prime 2 settimane.

4.2 GIORNATE NON INDENNIZZABILI

Sono giornate non indennizzabili, in costanza di rapporto di lavoro, le seguenti giornate di calendario:

- 01 gennaio Capodanno;
- 06 gennaio Epifania (**msg. 17833/1986**);
- 25 aprile anniversario Liberazione (festa nazionale);
- lunedì dopo Pasqua (Lunedì dell'Angelo);
- 1 maggio festa del lavoro (festa nazionale);
- 15 agosto Ferragosto;
- 01 novembre Ognissanti;
- 08 dicembre Immacolata Concezione;
- 25 dicembre Natale;
- 26 dicembre Santo Stefano.

Sono inoltre giornate non indennizzabili:

- la festa del Santo patrono della località dove ha sede l'azienda, qualora, per legge o per contratto, venga retribuita (a meno che l'azienda non dichiari una data diversa);
- le domeniche per gli operai;
- le festività nazionali ed infrasettimanali che cadono di domenica per gli impiegati del commercio.

Inoltre, l'indennità non viene corrisposta (**circ. 14/1981**):

- per i primi 3 giorni (cosiddetta carenza) di ogni singolo evento di malattia nel caso si tratti di lavoratore dipendente (i giorni di carenza verranno retribuiti a carico del datore di lavoro sulla base dei contratti);
- per mancato invio della certificazione;
- per i giorni di ritardo dell'invio del certificato;
- per omesso, incompleto o inesatto indirizzo sulla certificazione di malattia;
- nel caso di attività retribuite durante la malattia;
- in caso di alterazione o falsificazione dei certificati medici;
- in presenza di atti che possono pregiudicare il decorso della malattia;
- per il periodo di detenzione durante la malattia;
- per un massimo di 10 giorni in caso di 1° assenza a visita di controllo non giustificata;
- per il 50% dell'indennità nel restante periodo di malattia in caso di 2° assenza a visita di controllo non giustificata;
- per il 100% dell'indennità dalla data della 3° assenza a visita di controllo non giustificata.

4.3 MISURA DELL'INDENNITÀ

La misura dell'indennità di malattia è variabile a seconda del settore e della qualifica di appartenenza del lavoratore e dei limiti temporali. L'importo è pari:

- al 50% della retribuzione media globale giornaliera del mese precedente l'inizio della malattia - **circ. 14/1981** - per le giornate indennizzabili comprese nei primi 20 giorni di malattia (non sono indennizzabili es.: carenza, domeniche, santo patrono, festività nazionali e infrasettimanali, sanzioni e sospensioni, ecc.);
- al 66,66% della retribuzione media globale giornaliera per i giorni successivi della stessa malattia;
- ai dipendenti di pubblici esercizi e laboratori di pasticceria l'indennità spetta nella misura dell'80% (e non del 50% e del 66,66%) per tutto il periodo di malattia;
- ai lavoratori dello spettacolo l'indennità spetta nella misura del 60% per i primi 20 giorni (esclusa la carenza) e dell'80% per il restante periodo - **circ. 134363 AGO del 1980**;
- ai lavoratori marittimi l'indennità spetta nella misura del 75% per tutto il periodo di prognosi per la malattia fondamentale e per quella complementare, e nella misura del 50% (primi 20 giorni) e 66,66% (dal 21° al 180° giorno) per la malattia in continuità di rapporto di lavoro;
- ai disoccupati e sospesi dal lavoro l'indennità spetta in misura ridotta ai 2/3;
- ai ricoverati senza familiari a carico le indennità di cui sopra sono ri-

dotte ai 2/5 per tutto il periodo di degenza ospedaliera. Per familiare si intende anche la persona dello stesso sesso unita civilmente senza alcuna limitazione di età e di convivenza (art. 1, comma 20, della legge 20 maggio 2016, n. 76) (**Circolare n. 263/1988**).

Come già specificato la data di dimissione ospedaliera non va considerata giornata di degenza. Da tale data l'indennità non deve, pertanto, essere più ridotta.

In caso di «ricaduta» non si applicano i 3 giorni di carenza e i giorni del nuovo periodo di malattia si sommano a quelli del periodo precedente sia ai fini del conteggio dei 180 giorni (periodo massimo indennizzabile nell'anno solare), sia ai fini della misura dell'indennità (es.: elevamento al 66,66% dal 21° giorno).

Per le malattie a cavallo di due anni solari, come già specificato, l'indennità è dovuta in misura intera per un massimo di ulteriori 180 giorni, a partire dal 1° gennaio, se nell'anno di insorgenza dell'evento:

- non è stato raggiunto il massimo assistibile;
- è stato raggiunto il massimo assistibile ma permane, al 1° gennaio dell'anno successivo, un rapporto di lavoro con oneri retributivi, anche parziali, direttamente riferibili al periodo considerato a carico dell'Azienda e il periodo di malattia non indennizzato è stato adeguatamente documentato.

Per le malattie iniziate nel corso di un dato anno, che si protraggono nell'anno seguente, quando nell'anno di insorgenza è stato raggiunto il massimo assistibile, si rinvia a quanto già precisato nel precedente paragrafo "Malattie a cavaliere di due anni".

4.4 CALCOLO DELLA RETRIBUZIONE MEDIA GLOBALE GIORNALIERA

Per retribuzione in base alla legge n. 153/1969, art. 12, si intende tutto ciò che il lavoratore riceve dal datore di lavoro, in denaro o in natura, al lordo di qualsiasi ritenuta, per il compenso dell'opera prestata, compresa la quota degli emolumenti, a carattere ricorrente, non frazionati e non corrisposti nel normale periodo di paga (**circ. 14/1981**).

La retribuzione da prendere a base per il calcolo dell'indennità è generalmente quella del mese precedente l'inizio della malattia anche nel caso di rapporto di lavoro a tempo parziale orizzontale (**circ. 41/2006**).

Devono essere escluse dal calcolo della retribuzione media globale giornaliera, anche se assoggettate a contribuzione, le somme corrisposte dal datore di lavoro ad integrazione dell'indennità giornaliera di malattia e le somme che non vengano meno per effetto della malattia (ad esempio, l'indennità

sostitutiva del preavviso, i compensi per mancato godimento delle ferie, i premi riferiti a periodi pregressi di attività già valutate integralmente per la determinazione del premio stesso, la maggiorazione della retribuzione corrisposta anche ai lavoratori ammalati per le giornate di festività nazionale infrasettimanali e del Santo patrono cadenti di domenica, i ratei di 13°, 14° ecc., riconosciuti per contratto a carico del datore di lavoro in misura intera).

Nel caso di rapporto di lavoro a tempo parziale di tipo verticale e misto per la determinazione della retribuzione da prendere a base per il calcolo della indennità si rinvia al successivo paragrafo «Lavoratori Part-time».

La retribuzione media globale giornaliera è determinata a seconda della qualifica dei lavoratori:

- impiegati,
- operai,
- lavoratori a domicilio,
- operai retribuiti in misura fissa,
- lavoratori per i quali sono stabiliti salari medi o convenzionali,
- operai agricoli a tempo determinato,
- compartecipanti familiari e piccoli coloni,
- lavoratori soci di società ed enti cooperativi anche di fatto (DPR n. 602/1970 art.4),
- lavoratori italiani operanti all'estero, in paesi extracomunitari
- lavoratori dello spettacolo.

Impiegati

Per la determinazione della retribuzione media globale giornaliera degli addetti al commercio con qualifica di impiegati è necessario:

- a) determinare la retribuzione lorda percepita dal lavoratore per il mese precedente quello di inizio della malattia;
- b) determinare il rateo mensile lordo degli emolumenti a carattere ricorrente non facenti parte della retribuzione corrente mensile (13° ed altre eventuali mensilità, premi, ecc.);
- c) sommare gli importi di cui alle precedenti lettere a) e b) e dividere il risultato per 30: il dato ottenuto costituisce la retribuzione media globale giornaliera da prendere a base per il calcolo dell'indennità giornaliera di malattia.

Se l'impiegato, per effetto di recente assunzione, per interruzione del rapporto di lavoro o per sopravvenuta malattia, infortunio o maternità non ha compiuto l'intero mese di attività, per la determinazione della retribuzione media globale giornaliera è necessario:

- d) dividere la retribuzione lorda spettante per le giornate di lavoro presta-

to nel mese per il numero delle giornate stesse incluse le domeniche e le festività retribuite;

- e) dividere per 30 il rateo mensile lordo di cui alla precedente lettera b);
- f) sommare i risultati delle divisioni di cui alle lettere d) ed e): il dato ottenuto costituisce la retribuzione media globale giornaliera da prendere a base per il calcolo dell'indennità giornaliera di malattia.

Operai

Per la determinazione della retribuzione media globale giornaliera dei lavoratori con qualifica di operai è necessario:

- a) determinare la retribuzione lorda percepita per il mese (se il periodo di paga è mensile) o per le quattro settimane (se il periodo di paga è settimanale) immediatamente precedenti l'inizio della malattia;
- b) determinare il rateo mensile (anche se il periodo di paga è settimanale) lordo degli emolumenti a carattere ricorrente non facenti parte della retribuzione mensile o settimanale (13° mensilità, premi, ecc.);
- c) determinare il numero delle giornate lavorate o comunque retribuite comprese nel mese o nelle quattro settimane considerate (ad esempio, festività godute, permessi retribuiti, nonché la sesta giornata in caso di settimana corta, ferma restando l'esclusione delle eventuali giornate di malattia anche se per tali giornate il lavoratore ha percepito una retribuzione a integrazione dell'indennità di malattia);
- d) dividere l'importo di cui alla lettera a) per il numero delle giornate di cui alla lettera c);
- e) dividere l'importo di cui alla lettera b) per «25»;
- f) sommare gli importi risultanti dalle divisioni di cui alle lettere d) ed e): il dato ottenuto costituisce la retribuzione media globale giornaliera da prendere a base per il calcolo dell'indennità giornaliera di malattia.

Operai Agricoli a Tempo Determinato

A decorrere dagli eventi indennizzabili relativi a periodi di paga inclusi nell'anno 2006, la retribuzione da prendere a base per il calcolo delle prestazioni a sostegno del reddito agli operai agricoli a tempo determinato è quella contrattuale. La retribuzione da prendere in considerazione alla base del calcolo sarà quindi la più alta tra quella stabilita dai contratti collettivi nazionali e quella stabilita degli accordi collettivi o contratti individuali. (articolo 1, comma 1, del D.L. n. 338/1989, convertito nella legge n. 389/1989) - **circ. 58/2006 - msg 16217/2006** - Tale retribuzione non potrà mai essere inferiore al minimale previsto annualmente dalla legge (pari

a Euro 36,86 per l'anno 2007 - **circ. 77/2007** lettera A punto 2 , a Euro 37,49 per l'anno 2008 - **circ. 11/2008** , a Euro 38,69 per l'anno 2009 - **circ. 14/2009** - **circ. 36/2009**, a Euro 38,96 per l'anno 2010 - **circ. 16/2010**).

Lavoratori a Domicilio

Per la determinazione della retribuzione media globale giornaliera dei lavoratori a domicilio è necessario:

a) determinare la retribuzione lorda del mese precedente l'inizio della malattia comprensiva delle maggiorazioni previste per ferie, festività, ecc., esclusa quella per indennità di anzianità (v. art. 8, legge 18 dicembre 1973, n. 877). Il computo della retribuzione complessiva deve essere effettuato sommando le retribuzioni delle lavorazioni riconsegnate nel mese anzidetto;

b) determinare il numero delle giornate di lavorazione comprese nel mese considerato (escluse le domeniche) intercorrenti tra la data di consegna del lavoro e quella della sua riconsegna.

Se nel mese sono state riconsegnate più lavorazioni l'operazione deve essere, effettuata sommando tra loro i giorni compresi, tra la data di consegna e quella di riconsegna delle singole lavorazioni.

Se una delle lavorazioni riconsegnate è stata consegnata in un mese diverso da quello della riconsegna devono essere considerate le sole giornate cadenti nel mese della riconsegna;

c) dividere l'importo di cui alla lettera a) per il numero dei giorni di cui alla lettera b): il dato ottenuto costituisce la retribuzione media globale giornaliera da prendere a base per il calcolo dell'indennità giornaliera di malattia.

Operai Retribuiti in Misura Fissa Mensile

In caso di malattia riguardante lavoratori con qualifica di operai retribuiti in misura fissa mensilizzata indipendentemente dalle ore di lavoro compiute, la retribuzione media del mese precedente può essere determinata dividendo per il divisore fisso « 26 » la retribuzione complessiva del mese considerato purché interamente lavorato: se detto mese non è stato interamente lavorato la relativa retribuzione giornaliera deve essere determinata secondo i seguenti criteri:

a) determinare la retribuzione lorda percepita per il mese (se il periodo di paga è mensile) o per le quattro settimane (se il periodo di paga è settimanale) immediatamente precedenti l'inizio della malattia;

b) determinare il numero delle giornate lavorate o comunque retribuite comprese nel mese o nelle quattro settimane considerate (ad esempio, festività godute, permessi retribuiti, nonché la sesta giornata in caso di set-

timana corta, ferma restando l'esclusione delle eventuali giornate di malattia anche se per tali giornate il lavoratore ha percepito una retribuzione a integrazione dell'indennità di malattia);
dividere l'importo di cui alla lettera a) per il numero delle giornate di cui alla lettera b).

Lavoratori con Salari Medi e Convenzionali e Altre Retribuzioni

Per i lavoratori appartenenti a categorie per le quali sono stabiliti con decreti ministeriali salari medi o convenzionali, l'indennità di malattia deve essere calcolata in percentuale della retribuzione media giornaliera stabilita per la categoria di appartenenza del lavoratore.

Qualora al momento della liquidazione dell'indennità non risultassero ancora pubblicati i decreti recanti i salari medi da valere per l'anno in corso, l'indennità deve essere calcolata, salvo conguaglio, in base alle retribuzioni giornaliere precedentemente in vigore (**circ. 36/2009**, lettera A punto 2).

5. MODALITÀ DI PAGAMENTO

L'indennità di malattia, generalmente, è corrisposta dal datore di lavoro, ai lavoratori aventi diritto, all'atto della corresponsione della retribuzione. È fatto salvo l'obbligo del datore di lavoro di corrispondere anticipazioni a norma dei contratti collettivi e, in ogni caso, non inferiori al 50% della retribuzione del mese precedente salvo conguaglio (art. 1 primo comma legge n. 33/1980 -**circ. n.1075 R.C.V./101/1980**).

La prestazione viene erogata dal datore di lavoro anche se, per i settori che ne fruiscono, i lavoratori sono sospesi per intervento della cassa integrazione.

Anche nei casi di contratti di lavoro a tempo parziale di tipo verticale, l'indennità di malattia deve essere corrisposta, mediante anticipazione del datore di lavoro e successivo conguaglio con i contributi dovuti all'Istituto, sia durante i periodi di prevista attività lavorativa sia durante i periodi di pausa, disciplinata dal contratto di riferimento.

Infatti, in tali fattispecie, pur difettando, durante le suddette pause, l'adempimento delle reciproche prestazioni tra lavoratore e datore di lavoro, non è comunque configurabile una sospensione dell'efficacia giuridica del rapporto, in quanto si tratta semplicemente di una diversa organizzazione dell'attività lavorativa, con alternanza di periodi di effettivo svolgimento della prestazione e periodi di sospensione dell'attività stessa.

Per i lavoratori non agricoli con contratti a tempo determinato, il datore di lavoro eroga l'indennità per un periodo massimo pari alle giornate di lavoro (o comunque alle giornate retribuite) effettuate alle proprie dipendenze. L'INPS eroga direttamente l'indennità di malattia al lavoratore che nei 12 mesi precedenti non può far valere un periodo di lavoro di almeno 30 giorni o un periodo lavorativo inferiore al periodo di malattia. Il datore di lavoro deve porre a conguaglio l'indennità di malattia anticipata ai lavoratori.

Per la liquidazione dell'indennità economica di malattia ai lavoratori agricoli a tempo indeterminato (O.T.I.), valgono gli stessi principi previsti per gli operai del settore industria.

L'art. 1 del decreto legge 10 gennaio 2006, n.2, convertito con modificazioni dalla Legge 11 marzo 2006, n. 81, al comma 10 ha previsto, infatti, la possibilità anche per i datori di lavoro agricoli di compensare le prestazioni temporanee (malattia, donazione sangue, donazione di midollo osseo) a carico dall'INPS, con i contributi previdenziali (**circ. n. 81/2007 - msg. n. 14346/2007 - circ. n. 118/2007**).

Viene pagata, invece, direttamente dall'INPS:

- al disoccupato o sospeso dal lavoro;
- all'operaio agricolo a tempo determinato;
- al lavoratore assunto con contratto a tempo determinato per lavori stagionali;
- al lavoratore assunto con contratto a tempo determinato per lavori non stagionali con meno di 31 giornate di lavoro effettuate nell'anno precedente l'inizio della malattia;
- al lavoratore assunto con contratto a tempo determinato per lavori non stagionali per le giornate indennizzabili superiori al numero delle giornate di lavoro svolte presso l'attuale datore di lavoro;
- al lavoratore dipendente da aziende in crisi inadempienti (**msg. 18529/2010 e msg. 28997/2010**);
- Ai professionisti e collaboratori iscritti nella Gestione separata, dietro presentazione di domanda (vedasi paragrafo specifico).

L'indennità viene pagata dall'INPS con le seguenti modalità:

- giornate di lavoro svolte presso l'attuale datore di lavoro; accredito su conto corrente bancario o postale dotato di codice IBAN;
- giornate di lavoro svolte presso l'attuale datore di lavoro; bonifico domiciliato presso l'ufficio postale;
- giornate di lavoro svolte presso l'attuale datore di lavoro; accredito su carta prepagata dotata di IBAN.

Nei casi suddetti, al fine di acquisire i dati anagrafici e i riferimenti bancari/postali necessari per l'accredito della prestazione, il lavoratore potrà compilare e restituire agli uffici della Struttura territorialmente competente, il modello "SR188 - Modalità di pagamento delle prestazioni a sostegno del reddito" che il lavoratore può reperire nella sezione del sito web "Modulistica on line". Se il pagamento della prestazione è richiesto con accredito su IBAN Area SEPA (extra Italia), l'interessato è tenuto a trasmettere il modulo di identificazione finanziaria (scaricabile dal link https://ec.europa.eu/budget/library/contracts_grants/info_contracts/financial_id/fich_sign_ba_gb_it.pdf), corredato da copia del documento di identità in corso di validità.

Nel caso di pagamenti diretti dell'indennità di malattia che siano superiori a 1.000 euro netti è necessario procedere secondo le modalità indicate nel **msg. 3204/2012**.

I pagamenti delle prestazioni a sostegno del reddito possono avvenire anche all'estero.

Con il **msg. 2365/2016** è stato, inoltre, rilasciato un sistema integrato per la gestione del blocco dei pagamenti non dovuti o per i quali siano ritenute necessarie ulteriori verifiche istruttorie (SCUP); ciò al fine di rafforzare le misure già in uso presso l'Istituto per la prevenzione ed il contrasto alle frodi relativamente all'indebita fruizione di prestazioni previdenziali.

Per quanto concerne l'accertamento degli **indebiti** derivanti dall'erogazione diretta delle prestazioni di malattia avvenuta in assenza dei requisiti normativamente previsti, in data 20/12/2023 è stato rilasciato un nuovo servizio per la gestione della nettizzazione e l'accertamento degli stessi verso il sistema R.I. (**Messaggio n. 4636/2023**).

6. ACCREDITO CONTRIBUTIVO

- Ai lavoratori dipendenti per i periodi di malattia o infortunio viene riconosciuta la contribuzione figurativa ai fini previdenziali.
- Ai professionisti e collaboratori iscritti nella Gestione separata, non pensionati e non iscritti ad altra forma pensionistica, per gli eventi indennizzati a titolo di malattia, non verrà accreditata contribuzione figurativa.

L'accredito dei contributi avrà luogo, dietro presentazione di domanda, tenendo conto dei minimali contributivi del commercio (la produzione di un reddito inferiore a quel minimale determina una proporzionale riduzione del contributo accreditato sulla posizione assicurativa) secondo il criterio di cassa sulla base dei criteri forniti con le circolari sui salari medi pubblicate annualmente.

7. LA PRESCRIZIONE

Il diritto al riconoscimento dell'indennità di malattia si prescrive dopo un anno dalla fine dell'evento ovvero dalla scadenza di ogni singolo periodo di paga (quadrisettimanale o mensile) nel caso di pagamento a conguaglio da parte del datore di lavoro.

Il procedimento in sede amministrativa ha effetto sospensivo (rinvia l'inizio della decorrenza della prescrizione o la sospende se la prescrizione ha già iniziato il suo corso) dei termini di prescrizione; conseguentemente la presentazione del certificato di malattia sospende la prescrizione fino all'esaurimento della fase amministrativa (**msg. n. 9937/2006**).

Il procedimento amministrativo può estrinsecarsi in diverse ipotesi applicative, quindi il periodo di sospensione della prescrizione cambierà a seconda delle situazioni.

La prescrizione può essere interrotta con richieste scritte presentate dal lavoratore, da un ente di Patronato o dal legale rappresentante del lavoratore stesso, con la conseguenza che il termine annuale ricomincia a decorrere dalla data di presentazione della richiesta o, se la stessa viene inviata, dalla data di ricezione all'Istituto.

Può essere interrotta, altresì, dal riconoscimento del debito da parte dell'Istituto.

Per i lavoratori parasubordinati operano gli stessi criteri di cui sopra (**circ. 95bis/2006**, punto 4 lett. a).

8. RICORSI E SOSPENSIVE

Il provvedimento adottato dall'amministrazione può essere impugnato dal lavoratore mediante la presentazione di un ricorso amministrativo al fine di ottenere l'annullamento, la revoca o la riforma del provvedimento medesimo. Secondo il Regolamento delle procedure in materia di ricorsi amministrativi adottato con determinazione presidenziale n. 195 del 20 dicembre 2013 (**msg. 1805/2014**, all.1, all.2), il ricorso, debitamente sottoscritto, deve essere prodotto dall'interessato o da un suo delegato munito di procura o legittimato per legge (Enti di patronato, intermediari, etc.).

In caso di persona incapace, il ricorso deve recare la firma del legale rappresentante.

In caso di patrocinio, il ricorso deve indicare la firma del rappresentante dell'ente di patronato o del mandatario, al quale deve essere rilasciato regolare mandato che deve essere allegato al ricorso.

Il ricordo amministrativo deve essere presentato all'INPS, entro 90 giorni dalla notifica del provvedimento esclusivamente in via telematica (**circ. 32/2011**):

- direttamente dal cittadino, dotato di credenziali di accesso, tramite accesso al sito internet dell'Istituto;
- tramite gli Enti di patronato e gli altri soggetti abilitati all'intermediazione attraverso i servizi telematici dell'Istituto da loro utilizzati.

A tal fine è stata appositamente realizzata la procedura "Ricorsi On Line" disponibile nell'area dedicata ai servizi online del portale web INPS.

L'esecuzione delle deliberazioni assunte dai Comitati centrali o dai Comitati provinciali, viziata da profili di illegittimità, può essere sospesa rispettivamente dal Direttore Generale e dal Direttore di Area metropolitana/filiale di coordinamento/provinciale entro cinque giorni dalla data della deliberazione (legge 9 marzo 1989 n. 88).

La comunicazione del provvedimento di sospensione è tempestivamente effettuata al ricorrente (o intermediario) nonché al Presidente del Comitato centrale/periferico.

Il provvedimento di sospensione adottato dal Direttore di Area metropolitana/filiale di coordinamento/provinciale deve essere trasmesso tempestivamente alla competente Direzione Centrale di prodotto che sottopone al Comitato amministratore una relazione istruttoria ed una proposta di deliberazione.

Il Comitato amministratore centrale, entro 90 giorni dalla data del provvedimento di sospensione, decide l'esecuzione o l'annullamento della deliberazione adottata dal Comitato provinciale.

In caso di provvedimento di sospensione adottato dal Direttore generale la competente Direzione centrale di prodotto sottopone al Presidente dell'Istituto una relazione istruttoria ed una proposta di deliberazione. Il Presidente dell'Istituto adotta la decisione improrogabilmente entro 90 giorni dalla data del provvedimento di sospensione.

9. LAVORATORE PART-TIME

Nei rapporti di lavoro a tempo parziale l'indennità di malattia deve essere riproporzionata in ragione della ridotta entità della prestazione lavorativa. La necessità del riproporzionamento in questione si pone soltanto per i casi di rapporto di lavoro a tempo parziale di tipo verticale e misto, in quanto, nel part time di tipo solo orizzontale, il riproporzionamento sud-

detto è insito nella dinamica del rapporto medesimo, essendo il trattamento economico previdenziale di per sé rapportato all'effettiva entità della retribuzione (già ridotta) percepita.

Pertanto, nel caso di part-time di tipo orizzontale la retribuzione da prendere a base per il calcolo dell'indennità sarà quella effettiva percepita nel mese precedente l'inizio della malattia.

Per rapporti di lavoro a tempo parziale di tipo verticale e misto la retribuzione da prendere a base per il calcolo della indennità sarà quella prevista per il lavoratore part-time nei 12 mesi precedenti l'inizio della malattia. Tale retribuzione sarà ricavata dividendo la retribuzione dei 12 mesi precedenti l'evento per il numero delle giornate indennizzabili in via convenzionale nell'anno (360 per gli impiegati, 312 per gli operai), computando nella retribuzione anche le indennità di trasferta e i ratei di mensilità aggiuntive (circ. 41/2006).

In caso di rapporto di lavoro part-time verticale le malattie saranno indennizzate tenendo conto delle casistiche di seguito indicate (**circ. 41/2006**):

- le malattie insorte durante una fase di previsto lavoro sono indennizzabili per l'intera durata (anche durante la pausa contrattuale) entro il limite massimo assistibile ed in misura intera;
- le malattie insorte durante un periodo di pausa contrattuale entro 60 giorni o 2 mesi dall'ultimo lavorato sono indennizzabili entro il limite massimo assistibile, in misura ridotta anche per le giornate in cui era prevista la ripresa lavoro;
- le malattie insorte durante un periodo di pausa contrattuale entro 60 giorni o 2 mesi dall'ultimo lavorato seguito da cessazione del rapporto di lavoro a tempo indeterminato sono indennizzabili per tutte le giornate di malattia successive, entro il limite massimo assistibile, in misura ridotta;
- le malattie insorte dopo i 60 giorni o 2 mesi dall'ultimo lavorato prima della pausa contrattuale saranno indennizzate, per le sole giornate di malattia cadenti nei periodi di previsto lavoro, in misura intera;
- le malattie insorte dopo i 60 giorni o 2 mesi dall'ultimo lavorato seguito da cessazione del rapporto di lavoro a tempo indeterminato o dopo l'ultimo giorno del rapporto a tempo determinato non saranno indennizzate.

Il pagamento della prestazione nei casi di contratto di lavoro a tempo parziale di tipo verticale, deve essere corrisposto, mediante anticipazione del datore di lavoro e successivo conguaglio con i contributi dovuti all'Istituto, sia durante i periodi di prevista attività lavorativa sia durante i periodi di pausa, disciplinata dal contratto di riferimento.

10. LAVORATORE A TEMPO DETERMINATO

Per i lavoratori a tempo determinato (stagionali e non) il diritto all'indennità di malattia:

- cessa in concomitanza con la cessazione del rapporto di lavoro anche se avvenuta prima dello scadere del contratto;
- spetta per un numero massimo di giorni pari a quelli lavorati nei 12 mesi immediatamente precedenti l'inizio della malattia (da un minimo di 30 giorni ad un massimo di 180). Nei giorni lavorati si includono anche quelli di cassa integrazione, di interdizione obbligatoria per maternità, le ferie e le altre giornate comunque retribuite, le giornate di riposo settimanale o la sesta giornata in caso di settimana corta cadenti tra 2 giorni lavorati o retribuiti sempre nei limiti di 180 giorni nell'anno solare (**circ. 160/1983**).
- per i lavoratori dello spettacolo la sussistenza del requisito contributivo legittima la conservazione del diritto quindi i 30 giorni minimi possono essere fruiti anche dopo la cessazione del rapporto di lavoro qualora nei 12 mesi precedenti l'evento morboso sia reperibile almeno 1 giornata di lavoro (**circ. 160/1983**).

Il pagamento della prestazione di malattia sarà effettuato (**circ. 160/1983**):

- dal datore di lavoro con il metodo del conguaglio per un numero di giornate pari a quelle di attività svolta alle loro dipendenze;
- direttamente dall'INPS per le giornate di lavoro effettuate alle dipendenze di precedenti datori di lavoro;
- direttamente dall'INPS qualora nei 12 mesi precedenti l'evento morboso non si possono far valere periodi lavorativi superiori a 30 giorni e viene garantito, in questi casi, un periodo indennizzabile massimo di 30 giorni nell'anno solare.

Si precisa che la **circ. 160/1983** che dà indicazioni in merito al riconoscimento dell'indennità di malattia per i lavoratori a tempo determinato fa riferimento all'articolo 5 del **D.L. 11 luglio 1983, n.317**, decaduto per mancanza di conversione.

A livello normativo è seguita poi la **legge 11 novembre 1983, n. 638** di conversione, con modificazioni, del **decreto-legge 12 settembre 1983, n. 463** il cui articolo unico, ultimo comma dispone che:

"Restano validi gli atti e i provvedimenti adottati ed hanno efficacia i rapporti giuridici derivanti dall'applicazione dei decreti-legge 10 gennaio 1983, numeri 1 e 2, degli artt. 3 e 4, comma 3, del D.L. 10 gennaio 1983, n. 3 e dei decreti-legge 11 marzo 1983, n. 59, 11 maggio 1983, n. 176, 4 luglio 1983, n. 314, e 11 luglio 1983, n. 317, nonché quelli instaurati anteriormente al

20 agosto 1983 per l'assunzione a carico del Servizio sanitario nazionale delle prescrizioni di galenici magistrali"

Ne deriva che, non essendoci interruzione di continuità tra le varie norme restano valide, ai fini previdenziali, le indicazioni fornite con la suddetta circolare.

11. LAVORATORI AGRICOLI A TEMPO DETERMINATO (OTD)

Ai sensi della normativa vigente (art. 5, comma 6, legge n. 638/1983), hanno diritto all'indennità di malattia i lavoratori agricoli a tempo determinato i quali risultino iscritti, per almeno 51 giornate, negli elenchi nominativi di cui alla legge n. 83/1970 riferiti all'anno solare precedente quello di insorgenza dell'evento morboso (**circ. n. 109/1992**).

Essi hanno diritto ad un numero di giornate corrispondenti a quelli d'iscrizione negli elenchi dell'anno precedente.

Di conseguenza, un lavoratore ammalato nel corso dell'anno per un numero di giornate superiore a quello di iscrizione negli elenchi dell'anno precedente avrà diritto all'indennità di malattia fino al raggiungimento di un numero effettivo di giornate di indennità pari a quelle di lavoro risultanti negli elenchi anagrafici, nei limiti ovviamente del massimo indennizzabile pari a 180 giorni annui.

In mancanza di iscrizione o in presenza di una iscrizione per un numero inferiore a 51 giornate negli elenchi nominativi dell'anno precedente, l'indennità di malattia può essere erogata sulla base degli atti in possesso dell'Istituto, ciò ovviamente a condizione che, alla data del rilascio del certificato di malattia, risulti già effettuato il numero minimo di giornate di lavoro prescritto dalla legge per il riconoscimento del diritto (**msg. 29676/2007**).

Qualora negli elenchi di rilevamento riferiti all'anno solare precedente a quello di insorgenza della malattia non risulti l'iscrizione per almeno 51 giornate, il diritto si consegue al compimento di almeno 51 giornate nell'anno di insorgenza dell'evento e l'indennità viene riconosciuta per un massimo di 30 giorni nell'anno solare (**circ. n. 134420 A.G.O./157/1984**). Il suddetto massimo indennizzabile è pari ad un numero effettivo netto di indennità giornaliera da corrispondere (non vengono conteggiate le carenze, le festività ecc.); vengono, invece, incluse le giornate non indennizzate a titolo di sanzione per ritardato inoltro del certificato, mancata certi-

ficazione, assenza a visita fiscale, per non vanificare l'effetto delle sanzioni (**circ. n. 147/1996**).

Il diritto all'indennità deve essere riconosciuto anche al lavoratore a tempo determinato che nell'anno precedente la richiesta della prestazione possa far valere almeno 51 giornate di effettivo lavoro agricolo subordinato sia con attività a tempo determinato che a tempo indeterminato, fermo restando, sul piano erogativo, l'applicazione della specifica normativa in essere per i lavoratori agricoli a tempo determinato.

La circ. 95bis/2006 ha disposto, accogliendo un'interpretazione della Corte di Cassazione, che al lavoratore agricolo a tempo determinato che risulti aver prestato, nel corso dell'anno precedente, attività nel settore agricolo con la qualifica di lavoratore a tempo indeterminato per almeno 51 giornate, va riconosciuto il diritto alla corresponsione dell'indennità di malattia per un numero di giornate pari a quelle effettuate nell'anno precedente, fermi restando i limiti di durata massima previsti in materia (**circ. n. 134420 A.G.O./157/1984 - circ. n. 220/1992 - circ. n. 145/1993 - circ. 95bis/2006**).

Va altresì precisato che, ai sensi della circ. 157/1984, nel caso in cui un lavoratore agricolo a tempo determinato con contratto in essere sia iscritto negli elenchi nominativi di cui alla legge n. 83/1970 riferiti all'anno solare precedente quello di insorgenza di un evento morboso e svolga anche altra attività lavorativa subordinata a tempo indeterminato/determinato nel settore agricolo o extra agricolo, il diritto all'indennità viene riconosciuto sulla base della relativa disciplina previdenziale.

Pertanto, qualora l'evento morboso insorga durante il periodo di validità del contratto nel settore extra agricolo, non essendo le due tutele cumulabili, l'indennità economica per l'attività non OTD prevale, nei casi in cui il diritto possa essere riconosciuto.

Nel caso in cui il suddetto rapporto di lavoro sia a tempo determinato, considerato che, ai sensi dell'art. 5, comma 2, del decreto legge n. 463/1983 convertito, con modificazioni, nella legge n. 638/1983, non è indennizzabile l'evento morboso che insorga successivamente alla cessazione dello stesso, il diritto alla prestazione per le malattie iniziate dopo la cessazione del predetto rapporto di lavoro è riconosciuto sulla base della citata iscrizione negli elenchi di rilevamento riferiti all'anno precedente, per il relativo numero di giornate, salvo il massimo annuo complessivo di 180 giorni.

A decorrere dagli eventi indennizzabili relativi a periodi di paga inclusi nell'anno 2006, la retribuzione da prendere a base per il calcolo delle prestazioni a sostegno del reddito agli operai agricoli a tempo determinato è quella contrattuale. La retribuzione da prendere in considerazione alla base del calcolo sarà quindi la più alta tra quella stabilita dai contratti collettivi nazionali e quella stabilita degli accordi collettivi o contratti individuali (art. 1, comma 1, del D.L. n. 338/1989, convertito nella legge n. 389/1989 - **circ. n. 58/2006**).

Dal 1° maggio 2010, con l'entrata in vigore dei regolamenti comunitari n. 883/2004 e n. 987/2009, il requisito occupazionale minimo di 51 giornate, previsto per il conseguimento del diritto all'indennità di malattia, può essere raggiunto anche facendo ricorso al cumulo (totalizzazione) dei periodi di lavoro prestati in altri Stati membri della UE unicamente con periodi esteri relativi a rapporti di lavoro agricolo a tempo determinato che devono riferirsi all'anno solare precedente quello di insorgenza dell'evento morboso (**circ. n. 87/2010**).

Perché si possa dare seguito alla totalizzazione occorre che vi sia, nell'anno solare precedente l'inizio dell'evento morboso, almeno una giornata di lavoro in agricoltura svolta in Italia.

Per tali lavoratori si possono verificare diversi casi:

- a) lavoratore agricolo che risulti iscritto negli elenchi nominativi nell'anno precedente per almeno 51 giornate:
 - i periodi lavorati all'estero in qualità di lavoratore agricolo a tempo determinato saranno utilizzati ai fini del prolungamento del periodo indennizzabile. Per l'utilizzo di tali periodi il lavoratore fornirà dichiarazione nella quale dovrà indicare la data di inizio e cessazione dei rapporti di lavoro, denominazione e indirizzo delle aziende, denominazione e indirizzo della competente Cassa malattie estera. In questo caso la totalizzazione opera solo per determinare il numero massimo di giorni indennizzabile in quanto il requisito occupazionale è soddisfatto con l'attività svolta in Italia.
- b) lavoratore agricolo che non risulti iscritto negli elenchi nominativi nell'anno precedente:
 - i periodi lavorati all'estero svolti nell'anno precedente l'insorgenza dell'evento, anche con rapporto di lavoro agricolo a tempo determinato, non potranno essere utilizzate ai fini della totalizzazione né per determinare il diritto alla prestazione (requisito delle 51 giornate) né per determinare il massimo indennizzabile.

Perché si possano utilizzare i periodi lavorati all'estero occorre acquisire le informazioni necessarie presso le istituzioni estere in causa utilizzando i formulari previsti dai suddetti Regolamenti.

12. LAVORATORI STAGIONALI

I lavoratori stagionali sono:

- lavoratori assunti a tempo determinato ai sensi della legge n. 230/1962, art. 1 lettera A, per lo svolgimento di una attività a carattere stagionale, compresa tra le attività elencate nella tabella al D.P.R. n. 1525/1963.

Tra le attività stagionali sono state incluse, con D.P.R. n. 378/1995 le attività svolte in colonie montane, marine e curative e attività esercitate dalle aziende turistiche che abbiano, nell'anno solare, un periodo di inattività non inferiore a sessanta giorni continuativi o a centoventi giorni non continuativi (**circ. n. 259/1995**);

- lavoratori dei settori "commercio" e "turismo" assunti con contratto a tempo determinato ai sensi della legge n. 18/1978 e della legge n. 598/1979, per il verificarsi, in determinati e limitati periodi dell'anno, della necessità di intensificazione dell'attività lavorativa.

L'indennità di malattia viene erogata dall'INPS tenendo presente i diritti, le modalità, le misure a seconda della qualifica del lavoratore e dell'inquadramento dell'azienda ed alle condizioni e con le limitazioni previste per i lavoratori con contratto a tempo determinato (**circ. n. 134407/160/1983**).

13. LAVORATORI DELLO SPETTACOLO

L'articolo 3 del Decreto legislativo del Capo provvisorio dello Stato del 16 luglio 1947 n. 708, ha identificato la platea dei soggetti iscritti al Fondo Pensioni Lavoratori dello spettacolo per i quali è previsto l'obbligo assicurativo per la malattia con coloro che svolgono attività artistiche, tecniche o amministrative. Successivamente, con il Decreto del Ministero del Lavoro e delle politiche sociali del 15 marzo 2005, si è provveduto ad un adeguamento delle figure professionali dello spettacolo individuate dal citato D.Lgs.CPS n. 708/1947.

Ai suddetti lavoratori viene riconosciuta la tutela previdenziale della malattia, sempreché non percepiscano una normale retribuzione da parte dei datori di lavoro in forza dei contratti collettivi di riferimento.

Nell'ambito delle categorie di lavoratori iscritti al Fondo in argomento, risultano esclusi dall'obbligo assicurativo per la malattia e conseguentemente dalla tutela previdenziale:

- i "lavoratori autonomi esercenti attività musicali", per i quali il legislatore, in considerazione della natura imprenditoriale dell'attività svolta, ha ritenuto di non riconoscere l'assicurazione in oggetto;
- i lavoratori subordinati a tempo indeterminato "dipendenti di Fondazioni-lirico sinfoniche" ai quali, pur essendo essi stessi dipendenti da enti di diritto privato, si applicano le disposizioni vigenti per il pubblico impiego con riferimento alla certificazione e al trattamento economico delle assenze per malattia (**circ. 124/2017**).

13.1 REQUISITI

Il comma 1 dell'articolo 66 del decreto-legge n. 73/2021, convertito, con modificazioni, dalla legge n. 106/2021, prevede che: "I lavoratori iscritti al Fondo pensione lavoratori dello spettacolo hanno diritto all'indennità di malattia per ciascuno dei giorni coperti da idonea certificazione, per un numero massimo di 180 giorni nell'anno solare, a condizione che possano far valere almeno quaranta contributi giornalieri dal 1° gennaio dell'anno solare precedente l'insorgenza dell'evento morboso".

Pertanto, per gli eventi verificatisi a decorrere dal 26 maggio 2021, la tutela viene riconosciuta a fronte di un numero minimo di 40 contributi giornalieri dovuti o versati, dal 1° gennaio dell'anno precedente l'insorgenza dell'evento morboso fino alla data di inizio dell'evento, presso il Fondo pensioni lavoratori dello spettacolo (**circ. 132/2021**).

Anche per i lavoratori dello spettacolo vige, infatti, il principio dell'automatismo.

13.2 DECORRENZA E DURATA

L'indennità di malattia spetta dal quarto giorno successivo a quello di inizio dell'evento ed è dovuta per un massimo di 180 giorni nell'anno (**circ. 134363 A.G.O./119 del 21/05/1980** e **circ. 134403 A.G.O./111/1983, Circolare 132 /2021**).

Come per la generalità dei lavoratori, in presenza di certificazioni mediche di continuazione o in caso di insorgenza di patologia conseguenziale inter-

venuta entro 30 giorni dalla data di cessazione dell'evento (ricaduta), non si applicano i tre giorni di carenza e i giorni del nuovo periodo di malattia si sommano a quelli del periodo precedente anche ai fini della misura della prestazione. Qualora la precedente malattia sia stata di durata inferiore a 3 giorni, la decorrenza dell'indennità deve essere stabilita previa esclusione dei giorni di carenza non applicati in precedenza.

Con riferimento alla malattia a "cavaliere", per i lavoratori dello spettacolo valgono le istruzioni impartite per la generalità dei lavoratori (**Circolare n.134403/1983**, par. 13 - **circ. n. 134407/160/1983** - **circ. n. 675 R.C.V./44/1986**).

13.3 MISURA

L'indennità di malattia è pari:

- a. al 60% della retribuzione media globale giornaliera fino al 20° giorno di durata della malattia (comprese le domeniche e le festività nazionali e religiose infrasettimanali);
- b. all'80% della retribuzione media globale giornaliera dal 21° al 180°;
- c. al 40% per il lavoratore disoccupato e per i giorni non lavorativi della settimana nei casi di lavoratori che per contratto prestino la loro attività solo in alcuni giorni predeterminati nella settimana. Qualora i giorni lavorativi, previsti da contratto, cadano in giorni festivi infrasettimanali e nelle domeniche, la percentuale da considerare per tali giorni è del 60% o dell'80%, a seconda della durata della malattia.

Ai sensi del decreto legge n. 463 del 1983 convertito in legge n. 638 del 1983 (art. 5, comma 7), per i lavoratori dello spettacolo non si applica quanto previsto dal medesimo articolo, comma 2: "Non possono essere corrisposti trattamenti economici e indennità economiche per malattia per periodi successivi alla cessazione del rapporto di lavoro a tempo determinato". Pertanto, ai lavoratori a tempo determinato del settore spettacolo è riconosciuta la conservazione della tutela, nei limiti previsti e sotto specificati, anche dopo la cessazione del rapporto di lavoro (art. 5 del D.L. n. 463/1983 convertito in L. 638/1983; **circolare n. 160/1983**).

Per i lavoratori dello spettacolo con contratto di lavoro a tempo determinato, infatti, il limite di giornate indennizzabili previsto è pari al numero di giorni di attività lavorativa svolta negli ultimi 12 mesi. Qualora sia reperibile almeno una giornata di prestazione lavorativa l'indennità economica è concessa per un periodo massimo di 30 giorni (**Circolare n. 160/1983**).

Per i lavoratori con contratto di lavoro a tempo determinato l'indennità viene erogata per tutti i giorni di durata della malattia nelle percentuali indicate ai punti a) e b), se questa si conclude nel periodo di validità del contratto di lavoro.

Qualora, invece, la malattia prosegua oltre tale termine, i giorni di malattia eccedenti sono indennizzati al 40%.

Durante il ricovero in luogo di cura, ai lavoratori non aventi familiari a carico, l'indennità di malattia viene ridotta a 2/5 delle misure normali. La giornata di dimissione dal luogo di cura deve essere indennizzata in misura intera. Si ricorda che le prestazioni in regime di day hospital sono equiparabili a giornate di ricovero.

13.4 RETRIBUZIONE MEDIA GLOBALE GIORNALIERA

Il comma 2 dell'articolo 66 del decreto-legge n. 73/2021, convertito, con modificazioni, dalla legge n. 106/2021 ha previsto che, decorrere dagli eventi verificatisi a far data dal 26 maggio 2021, la misura dell'indennità si determina sulla base della retribuzione media percepita nelle ultime 40 prestazioni giornaliere nel settore spettacolo, soggette a contributo (**Circolare n.132/2021**).

Ai fini della determinazione della retribuzione media giornaliera sono compresi il rateo della tredicesima mensilità e altri eventuali premi o emolumenti vari, ugualmente soggetti a contributo fino ad un massimale giornaliero stabilito con decreto ministeriale.

Tale massimale, a decorrere dagli eventi verificatisi dal 1° luglio 2022, è stato elevato da euro 100,00 a euro 120,00 secondo quanto stabilito dall'articolo 10, comma 1, della legge 15 luglio 2022, n. 106 (**Messaggio n. 3767/2022**).

Ovviamente, per la determinazione della misura della retribuzione giornaliera, l'importo complessivo della retribuzione fissata dal contratto individuale di lavoro va diviso per il numero delle giornate di durata del contratto stesso, anche qualora nel contratto medesimo venga specificata la retribuzione per ogni prestazione recita o posa (**circ. n. 134363 A.G.O./119/1980**).

13.5 MODALITÀ DI PAGAMENTO

Ai lavoratori con contratto a tempo indeterminato l'indennità di malattia viene anticipata dal datore di lavoro; nel caso in cui il lavoratore abbia

prestato la propria attività presso il datore di lavoro, tenuto al pagamento, per meno di 40 giornate, ma sia in possesso dei requisiti richiesti a fronte di giornate effettuate presso altro datore di lavoro, il datore di lavoro che anticipa la prestazione è tenuto ad accertare l'effettiva sussistenza dei suddetti requisiti (**msg. 1568 /2022**).

Qualora il datore di lavoro non sia nella condizione di procedere alla verifica dei suddetti requisiti e/o alla determinazione della misura dell'indennità di malattia da corrispondere, in via anticipata, dovrà segnalare il caso all'INPS che procederà con pagamento diretto della prestazione (allegato 4 alla **circ. n. 134363 A.G.O./119/1980**).

L'indennità viene, invece, corrisposta direttamente dall'Istituto nei confronti dei lavoratori dello spettacolo disoccupati, saltuari e con contratto a termine o a prestazione.

Devono, altresì, ritenersi escluse dall'obbligo di provvedere direttamente alla liquidazione della prestazione economica di malattia, secondo quanto disposto dall'art. 1 - comma 6 - della Legge n. 33/1980, le imprese dello spettacolo, che esercitano attività saltuaria o stagionale, come orchestre, compagnie di prosa, di rivista, di avanspettacolo, ecc. pertanto anche per il personale di tali imprese si dovrà provvedere al pagamento diretto delle indennità spettanti (**circ. n. 134363 A.G.O./119/1980**).

Ai fini della verifica dei 40 contributi giornalieri e della determinazione dell'importo dell'indennità da erogare, è necessario fare riferimento alle informazioni contenute nelle comunicazioni dei dati contributivi e retributivi dei datori di lavoro. Pertanto, in linea generale, non si ritiene più necessario acquisire i modelli IND MAL a suo tempo utilizzati per la categoria di lavoratori in argomento.

14. LAVORATORI DELLO SPORT

Ai lavoratori sportivi subordinati, iscritti al Fondo Pensioni Lavoratori Sportivi (sia professionisti che dilettanti), ai sensi dell'art. 33 del D. Lgs n. 36/2021 e successive modificazioni ed integrazioni, vengono riconosciute le medesime tutele in materia di assicurazione economica di malattia previste dalla normativa vigente in favore dei lavoratori aventi diritto alla rispettiva indennità economica iscritti all'Assicurazione Generale Obbligatoria (AGO).

I lavoratori sportivi titolari di contratti di collaborazione coordinata e continuativa nel settore dilettantistico, tenuti all'iscrizione alla Gestione separata di cui all'articolo 2, comma 26, della legge n. 335/1995, nei casi

di eventi di malattia/degenza ospedaliera hanno diritto all'assicurazione previdenziale con l'applicazione delle specifiche tutele.

La tutela previdenziale della malattia non spetta ai lavoratori sportivi titolari di rapporti di lavoro autonomo o di collaborazione coordinata e continuativa - operanti nel settore professionistico - per i quali continua ad applicarsi la previgente disciplina che non prevedeva alcun obbligo di finanziamento della relativa assicurazione.

La misura dei contributi dovuti dai datori di lavoro per il finanziamento dell'indennità è pari a quella fissata per il settore dello spettacolo dalla tabella G della legge 28 febbraio 1986, n. 41 per quanto concerne la malattia.

Pertanto, in relazione a tutti i lavoratori sportivi subordinati, indipendentemente dal settore di inquadramento di cui all'art. 49 della legge 9 marzo 1989, n. 88 del datore di lavoro e dalla qualifica rivestita dal lavoratore, l'aliquota contributiva relativa alla tutela della malattia è determinata nella medesima misura applicata per i lavoratori dello spettacolo ed è pari al 2,22%.

15. LE VISITE MEDICHE DI CONTROLLO (VMC)

La legge 33/1980 ha sancito il diritto dell'INPS, erogatore della prestazione economica di malattia, di richiedere visite mediche di controllo (**v.m.c.**) nei confronti dei lavoratori assenti per malattia.

I medici dell'Ufficio Sanitario INPS, che sono a conoscenza della diagnosi, dispongono i controlli seguendo criteri medico-legali, mentre le richieste del datore di lavoro, che non conosce la patologia del lavoratore, hanno motivazione di carattere amministrativo.

Per poter effettuare i controlli, la legge 683/1983 ha istituito delle **fasce di reperibilità: dalle 10 alle 12 e dalle 17 alle 19 di tutti i giorni, anche i festivi, se compresi nel periodo di malattia.**

Il medico di controllo riveste la qualifica di **pubblico ufficiale**: le sue attestazioni sono vere fino a prova del contrario.

Poiché la reperibilità del lavoratore è condizione necessaria all'effettuazione delle v.m.c., **l'omessa o incompleta comunicazione dell'indirizzo** che non consenta la predisposizione o, rispettivamente, l'esecuzione della visita stessa, determina la perdita del diritto all'indennità di malattia per tutto il periodo di irreperibilità (Circ. INPS n. 129 del 06/06/1990).

Il medico di controllo ha la funzione di accertare sugli atti o con l'esame obiettivo lo stato di inabilità al lavoro del lavoratore in rapporto alle sue specifiche mansioni, e formula una prognosi medico-legale, valutando il tempo necessario al recupero della capacità lavorativa.

Possono, pertanto, conseguire delle divergenze tra la valutazione del medico curante, che formula una diagnosi di infermità, e quella del medico di controllo, che invece è di incapacità. La prevalenza dell'una o dell'altra valutazione sono state oggetto di numerose sentenze contraddittorie della Corte di Cassazione. Si può comunque affermare che non esiste in linea di principio un parere prevalente e in caso di controversia si decide sul caso specifico e non seguendo criteri generali (v. *nota del Prof. Introna alla Sentenza della Corte di Cassazione Sez. II, n. 5923, 08/03-04/05/1994*).

Le divergenze di giudizio riguardano particolarmente quelle patologie con scarsa obiettività o ad andamento cronico, in cui l'accertamento di inabilità lavorativa diventa impegnativo e per le quali si rende necessaria, da parte del medico certificante, una formulazione diagnostica e prognostica il più precisa possibile, tenendo conto delle finalità della certificazione di malattia (**Circ. INPS n. 410/122 del 09/05/1987**).

L'esito della v.m.c. può essere:

- conferma dello stato di inabilità al lavoro e della prognosi del curante: se il medico di controllo verifica la necessità di prolungare lo stato di malattia, rimanda il lavoratore al medico curante, non potendo rilasciare un certificato di continuazione;
- riduzione della prognosi del curante: il lavoratore può essere d'accordo o esprimere il proprio dissenso sul verbale di visita. In quest'ultimo caso viene convocato presso l'INPS ove il medico responsabile dell'Ufficio Sanitario esprime in via definitiva il giudizio medico-legale, contro il quale è possibile solo esperire eventuale azione giudiziaria (**msg. 12694 del 18/04/1992**).

In caso di **idoneità al lavoro fissata dal medico di controllo**, viene inviato al lavoratore l'avviso che non verranno presi in considerazione nuovi certificati attestanti lo stesso evento morboso, già concluso, o comunque carenti di elementi tali da giustificare una continuazione dello stato di malattia (**Circ. INPS n. 48 del 22/02/1993**)

In tali circostanze, qualora il lavoratore non riprenda il lavoro, la nuova situazione viene in genere verificata mediante un ulteriore controllo domiciliare o ambulatoriale presso l'INPS, fatta eccezione per i casi in cui è assolutamente inequivocabile, per precedenti v.m.c., la ripresa della capacità di lavoro;

- Il lavoratore è assente al domicilio indicato: viene rilasciato apposito av-

viso (in busta chiusa, in ottemperanza alla delibera adottata dal Garante per la protezione dei dati personali del 22/10/1998) invitando il lavoratore a presentarsi a visita ambulatoriale presso l'Ufficio Sanitario dell'INPS di competenza, a meno che non abbia già ripreso l'attività lavorativa.

15.1 SANZIONI

L'INPS prevede azioni sanzionatorie nei seguenti casi:

- **per ritardato invio ingiustificato del certificato di malattia**, cioè oltre il secondo giorno dalla data di rilascio; non vengono pagate le giornate di ritardo (**Circ. INPS n. 134399 AGO/21 del 27/01/1983**).
- **per assenza ingiustificata alla v.m.c. sia domiciliare che ambulatoriale presso l'INPS**: la sanzione è correlata all'obbligo della reperibilità sancito dalla legge e non alla sussistenza o meno dello stato di malattia; essa è applicata **anche quando la giustificazione per l'assenza a visita di controllo domiciliare perviene all'INPS dopo 10 giorni dalla visita medica ambulatoriale o dall'assenza alla visita domiciliare, se quest'ultima è stata effettuata all'ultimo giorno di malattia** con successiva ripresa del lavoro da parte dell'assicurato.
- **per irreperibilità a causa di mancata, inesatta o incompleta indicazione dell'indirizzo** altrimenti non ricavabile e fino alla segnalazione del dato mancante, che deve essere fatta sia all'INPS che al datore di lavoro, in quanto abilitato a richiedere v.m.c. A questo proposito si ricorda che di norma, ai fini delle prestazioni economiche di malattia, l'indirizzo del lavoratore corrisponde alla sua residenza abituale non necessariamente alla residenza anagrafica (**Circ. INPS n. 183 del 07/08/1998**).

La decisione in merito alle sanzioni ex art. 5 della legge n. 638/1983 spetta all'INPS solo qualora sia erogatore dell'indennità di malattia.

Nei casi in cui l'indennità sia pagata dal datore di lavoro (es.: periodo in carenza), è quest'ultimo a decidere in merito alla giustificabilità.

Si provvede, invece, alla **sospensione dell'indennità di malattia** in seguito ad un **comportamento illecito del lavoratore** e cioè nel caso di:

- lavoratore che presti attività retribuita durante la malattia;
- lavoratore che, senza giustificato motivo, non consenta l'effettuazione della v.m.c.;
- lavoratore assente ingiustificato (se assente alla prima v.m.c.: intero periodo fino a 10 gg; se assente alla seconda v.m.c.: 50% dall'11° giorno fino alla fine della malattia o alla successiva v.m.c. con conferma dell'inabilità; se assente alla terza v.m.c.: sospensione dell'intero periodo);
- lavoratore che alteri o falsifichi certificati medici o altra documentazione (non spetta l'indennità per il periodo cui si riferisce la falsificazione);

- lavoratore in stato di detenzione durante la malattia (sospensione per tutta la durata della malattia);
- lavoratore che, senza giustificato motivo, compia atti che possono pregiudicare il decorso della malattia;
- lavoratore che tenga un contegno pregiudizievole alla possibilità di esercizio dell'attività professionale secondo scienza e coscienza del medico curante (e di controllo).

Fatta eccezione per le ipotesi di detenzione e di assenza alla v.m.c., la **sospensione non può avere durata superiore ai 30 giorni**, decorre dalla data dell'infrazione e ha valore solo per il periodo di malattia e all'eventuale ricaduta cui l'infrazione si riferisce; **il numero di giornate viene raddoppiato se ricorrono circostanze aggravanti**.

15.2 GIUSTIFICAZIONI

Nel caso di inadempienza verso le disposizioni INPS riguardanti i vari aspetti dell'indennità di malattia, il lavoratore ha la possibilità di presentare delle **giustificazioni**, che, se accolte, escludono l'applicabilità delle sanzioni (**Circ. INPS n. 134421 del 08/08/1984**).

a. Per il tardivo invio della certificazione di malattia

Premesso che il certificato di solo ricovero ospedaliero non è soggetto all'obbligo dei 2 giorni per l'inoltro all'INPS e al datore di lavoro, vengono accolti favorevolmente, quali motivi giustificativi, le **cause di forza maggiore** o altra causa incolpevole che possano essere **debitamente comprovate e verificate dall'INPS** (es.: lavoratore che vive solo e non sia in grado, a causa dello stato acuto di malattia, di provvedere alla consegna o all'invio del certificato) (**Circ. INPS n. 11 AMMC/179 del 08/08/1985 e n. 129 del 06/06/1990**)

b. Per assenza a v.m.c. domiciliare e/o ambulatoriale

N.B. Il lavoratore non trovato alla v.m.c. domiciliare ha l'obbligo, pena sanzione per assenza ingiustificata, di comunicare all'INPS la documentazione relativa alla giustificazione entro e non oltre **10 giorni** dalla successiva visita ambulatoriale o dalla data della v.m.c. stessa, se quest'ultima è avvenuta all'ultimo giorno di malattia con successiva ripresa del lavoro.

Il Consiglio di Amministrazione dell'INPS ha individuato, con delibera n. 99 del 06/04/1984, i seguenti motivi giustificativi dell'assenza a v.m.c. (**Circ. INPS n. 134421 AGO n. 10876 - n. 117 GLSMM. - n. 949 EAD/183 del 08/08/1984**):

- **situazioni che abbiano reso imprescindibile ed indifferibile la presenza dell'assicurato altrove per evitare gravi conseguenze per sé**

o per il suo nucleo familiare (es.: partecipazione a funerali, necessità di assistenza a familiari, convocazione da parte di pubbliche autorità, partecipazione ad esami pubblici...). In caso di impegno già preventivato è utile, comunque, avvisare dell'assenza sia l'INPS che il datore di lavoro ed è comunque necessario esibire all'INPS la documentazione probatoria per la giustificazione dell'assenza (**Circ. INPS n. 147 del 15/07/1996**)

- **concomitanza di visite, prestazioni ed accertamenti specialistici.** È necessario, però, che il lavoratore dimostri che non potevano essere effettuati in ore diverse dalle fasce orarie di reperibilità. Nel caso di terapia iniettiva, questa deve risultare essere effettuata presso strutture pubbliche o autorizzate dall'INPS.

A questo proposito, con Circ. n. 171 del 19/07/1990, l'INPS ha distinto il caso di **visita medica generica** presso l'ambulatorio del curante da quello di **urgenza**.

- a) Nel primo caso (**visita medica generica**) è giustificata l'assenza quando la visita è effettuata necessariamente su prenotazione e l'orario di ambulatorio cade in toto nelle fasce di reperibilità. La relativa dichiarazione del medico deve essere rilasciata contestualmente (o al massimo il giorno successivo), precisando **il giorno, l'ora ed il motivo della visita**. Le possibili necessità di ricorso alle prestazioni ambulatoriali sono così intese (**Circ. INPS n. 11 PMMC/179 del 08/08/1985**): **rilascio di certificazioni di malattia; prestazioni extra eseguite su richiesta o autorizzate dall'ASL; rilascio di ricette farmaceutiche, prescrizioni di visite specialistiche, accertamenti...** (*fa fede anche la copia della prescrizione stessa*).

Nel caso di trattamenti di **medicina alternativa** la valutazione circa la giustificabilità dovrà tener conto del collegamento della terapia con la malattia in corso e dell'effettuazione del trattamento presso strutture regolarmente autorizzate. È necessario, inoltre, acquisire, oltre all'attestazione contestuale della presenza, anche copia della fattura o ricevuta rilasciata (**Circ. INPS n. 192 del 07/10/1996**)

- b) In caso di **visite d'urgenza**, se tale circostanza non risulta da altra documentazione, è necessario che il medico rilasci una dichiarazione da cui sia desumibile la necessità per il lavoratore di sottoporsi ad un trattamento urgente, comprendendo tra i motivi d'urgenza anche quelli "soggettivi" del paziente, che abbiano, cioè, generato in lui la convinzione di doversi recare al più presto dal curante (**Circ. INPS n. 171 del 19/07/1990**)

N.B. Le stesse disposizioni, confermate anche da circolari più recenti (n. 11628 del 07/10/1999 e n. 15469 del 08/11/1999), valgono anche per giustificare le assenze a **visita medica ambulatoriale** presso l'INPS, cui il lavoratore, assente a v.m.c., è tenuto a sottoporsi.

Un cenno a parte merita il problema della giustificabilità di **pazienti affetti da nevrosi o malattie psichiatriche**.

È necessario, innanzitutto, precisare che **in nessun caso possono essere accettate autorizzazioni del curante e dello stesso specialista a lasciare il proprio domicilio durante le fasce orarie** (Circ. INPS n. 2 PMMC/84 del 11/04/1985). **Né sono ammissibili preventivi esoneri al rispetto delle fasce né da parte del medico curante o specialista, né da parte del medico INPS, anche in casi di particolare gravità.**

Invece potranno essere favorevolmente considerate, ma solo **quale giustificazione dell'assenza a v.m.c. e solo nel momento in cui tale evenienza si dovesse verificare**, quelle situazioni debitamente certificate in cui l'obbligo del rispetto delle fasce orarie sia di pregiudizio all'andamento della malattia o all'incolumità stessa del paziente (es.: crisi di panico...).

In questi casi la giustificazione deve contenere, oltre alla diagnosi circostanziata, anche una relazione anamnestica da cui siano ricavabili la durata dello stato morboso, eventuali ricoveri, la terapia seguita ed i risultati conseguiti.

Tali disposizioni, lungi dal voler rappresentare un'ingerenza dell'INPS nell'opera del medico curante e/o specialista, nascono dalla necessità di arginare gli abusi, prevedibili in questo ambito di patologia, evitando il ricorso eccessivo a facili giustificazioni.

Soprattutto in questi casi è opportuna una stretta collaborazione tra medici esterni e medici INPS, ai quali è bene segnalare casi particolari, per garantire al lavoratore malato la miglior tutela.

Documento redatto con la collaborazione di:

- Ordine dei Medici Chirurghi e Odontoiatri di Gorizia
- INPS Direzione Provinciale di Gorizia
- INPS Direzione Regionale Friuli-Venezia Giulia
- Consiglio Provinciale dell'Ordine dei Consulenti del Lavoro di Gorizia
- Medici di Medicina Generale prov. Gorizia
- FNOMCEO Ebook "*La certificazione medica*", Collana iBucchi di Zadig/
Temi FNOMCEO, n. 3-2018 editore Zadig, settembre 2018 (in particolare tabelle e contenuti pagg. 53-54, 56-57)
- FIMMG e SNAMI prov. Gorizia

Si ringraziano per il supporto e l'organizzazione interna:

- Dott.ssa Erica Cettul, Funzionario OMCEO Gorizia
- Dott.ssa Alessandra Grassi, Assistente di Segreteria OMCEO Gorizia

Grafica e stampa: Nuove Edizioni della Laguna - Mariano del Friuli (GO)
Finito di stampare: maggio 2024

