

COMPENDIO DELLE NORME REGOLANTI L'INDENNITÀ GIORNALIERA DI MALATTIA

Aggiornato al Gennaio 2019

COMPENDIO DELLE NORME REGOLANTI L'INDENNITÀ GIORNALIERA DI MALATTIA

Aggiornato al Gennaio 2019

A cura
Area Relazioni Industriali e Lavoro

PREMESSA

Con l'intento di fornire alle imprese un supporto per rispondere alle esigenze di gestione del personale in maniera efficace, l'Area Relazioni Industriali e Lavoro pubblica la raccolta delle principali disposizioni emanate dall'Istituto Nazionale della Previdenza Sociale (INPS) in materia di indennità economica di malattia.

Il testo è un documento di studio che fornisce anche esempi tecnici che ne aiutano la comprensione e l'applicazione.

Il lavoro è stato organizzato sulla struttura del compendio delle norme regolanti l'indennità di malattia già pubblicato dall'INPS con Circolare n. 134368 A.G.O. del 27 gennaio 1981 e integrato nei singoli capitoli con le circolari successivamente emanate dall'Istituto che aggiornano i relativi argomenti.

Il carattere corsivo di stampa evidenzia il lavoro di revisione svolto.

Il testo, anche se curato con scrupolosa attenzione, non può comportare specifiche responsabilità per involontari errori, inesattezze ed omissioni.

INDICE GENERALE

Indice analitico	XII	
1	Lavoratori aventi diritto	1
2	Insorgenza del diritto	3
3	Conservazione del diritto	3
4	Decorrenza dell'indennità - Carenza - Continuazione della malattia	4
5	Ricaduta nella malattia	5
6	Periodo massimo indennizzabile	5
6.1	Computo del periodo massimo	5
6.2	Malattie a cavaliere di due anni solari	6
6.2.1	Diritto alle prestazioni	6
6.2.2	Misura dell'indennità	8
6.3	Lavoratori con contratto a tempo determinato	8
7	Giornate indennizzabili - Festività - Ferie	9
7.1	Giornate indennizzabili - Periodi di malattia coincidenti con lo stato di occupazione	9
7.1.1	Operai	9
7.1.2	Impiegati	
7.1.3	Lavoratori aventi titolo a prestazioni pensionistiche	9
7.1.4	Lavoratori tenuti per contratto a prestare attività lavorativa limitatamente ad alcuni giorni fissi della settimana	10
7.2	Giornate indennizzabili - Periodi di malattia coincidenti con lo stato di disoccupazione o sospensione	11
7.2.1	Operai	11
7.2.2	Impiegati	11
7.2.3	Norme Comuni	11
7.3	Festività soppresse	11
7.3.1.	Festività nazionali del 4 novembre e del 2 giugno	12
7.4	Malattie concomitanti con periodo di ferie	12
7.5	Portatori sani di agenti patogeni	16
8	Documentazione sanitaria e sanzioni per mancata certificazione	16
8.1	Documentazione sanitaria	16
8.1.1	Figura del medico curante	19
8.1.2	Lavoratore occupato in Italia che si ammala all'estero	21

8.1.3	Trasferimento all'estero durante la malattia	23
8.1.4	Prestazioni di pronto soccorso	24
	8.1.4.1 Permanenza prolungata di pazienti presso le Unità Operative di Pronto Soccorso	25
8.1.5	Prestazioni di fisiochinesi terapia	27
8.1.6	Permessi concessi nel corso di degenza ospedaliera	27
8.1.7	Certificati di "Dimissioni Protette"	28
8.1.8	Certificati di Day Hospital	28
8.1.9	Cicli di Cure ricorrenti	29
8.1.10	Day Service Ambulatoriale (DSA)	29
8.1.11	Centro di Salute Mentale (CSM)	30
8.1.12	Donazione Organi	31
8.1.13	Tossicodipendenza	31
8.1.14	Ricovero in case di cura	32
8.2	Sanzioni per mancata certificazione	32
8.3	Conservazione della certificazione	32
9	Invio della certificazione sanitaria - Modalità e termini -	
	Sanzioni per ritardata certificazione	32
9.1	Invio della certificazione cartacea	32
9.2	Trasmissione telematica della certificazione di malattia	33
	9.2.1 Trasmissione di certificazione redatta in forma cartacea	36
	9.2.2 Servizio per intermediari e aziende private	37
9.3	Sanzioni per ritardata certificazione cartacea	38
10	Misura dell'indennità	40
10.1	Operai dei settori industria, artigianato e commercio e impiegati e addetti al commercio con qualifica di impiegati	40
10.2	Lavoratori dipendenti da pubblici esercizi e da laboratori di pasticceria non iscritti all'Albo delle imprese artigiane tenuti al pagamento del contributo aggiuntivo	40
10.3	Lavoratori disoccupati o sospesi	40
	10.3.1 Malattie insorte nel giorno successivo al termine del periodo di sospensione	41
10.4	Lavoratori ricoverati in luoghi di cura	41
11	Retribuzione media globale giornaliera	41
11.1	Nozione di retribuzione	41
11.2	Operai	42

11.3	Operai retribuiti in misura fissa mensile	43
11.4	Impiegati	43
11.5	Lavoratori a domicilio	44
11.6	Minimali di retribuzione	44
11.7	Lavoratori per i quali sono stabiliti salari medi convenzionali	44
11.8	Chiarimenti in ordine alla retribuzione media giornaliera	44
11.8.1	Part time orizzontale con variazioni cicliche dell'orario di lavoro e part time verticale	46
11.8.2	Lavoratori che prestano attività limitatamente ad alcuni periodi non predeterminati	48
11.8.3	Riposi giornalieri per allattamento	48
11.8.4	Erogazioni previste dai contratti di secondo livello	49
11.9	Prospetto di liquidazione dell'indennità	49
12	Dati salariali	49
13	Casi particolari: diritto all'indennità	50
13.1	Indennità giornaliera di malattia in favore di lavoratori in trattamento emodialitico	50
13.1.1	Giornate indennizzabili	50
13.1.2	Erogazione dell'indennità in caso di malattia sopravvenuta in corso di trattamento emodialitico	50
13.2	Eventi morbosi procurati dall'assunzione di alcool o di sostanze stupefacenti, nonché dal mancato suicidio	51
13.3	Morbo di Cooley	51
13.4	Interventi di chirurgia estetica	51
13.5	Cure termali	52
13.6	T.B.C.	53
13.6.1	Istruzioni per i datori di lavoro	54
14	Sospensione del diritto all'indennità	56
14.1	Casi di sospensione	56
14.2	Decorrenza e durata della sospensione	56
15	Visite mediche di controllo	58
15.1	Reperibilità - Fasce orarie di reperibilità - esclusione dall'obbligo di reperibilità	58
15.2	Divieto di accertamenti sanitari da parte dei datori di lavoro	61
15.3	Controllo delle assenze per infermità	61
15.4	Decadenza dal diritto all'indennità per assenza alle visite di controllo	62

16	Indennità di malattia e altri trattamenti previdenziali	66
16.1	Trattamenti di disoccupazione	66
16.2	Trattamenti di integrazione salariale	66
16.3	Trattamenti economici per infortunio sul lavoro e malattie professionali	67
16.4	Indennità di malattia alla madre lavoratrice e contemporanea indennità di maternità al padre lavoratore	67
16.5	Assegno per congedo matrimoniale ad operai dell'industria in malattia	67
16.6	Assegno di invalidità e pensione di inabilità	67
17	Modalità di pagamento dell'indennità	68
17.1	Pagamento a cura del datore di lavoro - Anticipazione	68
17.1.1	Controllo dei pagamenti	69
17.2	Pagamento a cura dell'INPS	69
17.3	Pagamento con sistemi diversi	69
18	Recupero delle somme indebitamente erogate a titolo di indennità di malattia	70
18.1	Recupero a cura del datore di lavoro	70
18.2	Recupero a cura dell'INPS	70
19	Surrogazione dell'INPS	70
20	Prescrizione	70
21	Contenzioso	71
22	Sanzioni	74
22.1	Sanzioni per atti preordinati a procurare indebitamente le indennità	74
22.2	Sanzioni per ritardato o mancato pagamento dell'indennità da parte del datore di lavoro	74
23	Gestione Separata	74
23.1	Malattia e degenza ospedaliera per iscritti alla Gestione Separata	74
23.1.2	Decorrenza e durata	74
23.1.3	Misura	75
23.1.4	Requisiti	75

INDICE ANALITICO

Pagina

A

Agricoltura	1
Allattamento - Riposi giornalieri e malattia	48
Apprendisti	1
Apprendisti - Calcolo indennità di malattia	2
Apprendisti qualificati	2 5
Arretrati di retribuzione	42
Aspetti sanitari	14
Assegno di invalidità	10
Assenza alla visita medica di controllo	60 63
Assenza alla visita medica di controllo - 3^ assenza	63
Assenza nelle fasce di reperibilità - Sanzioni	63
Assenza nelle fasce di reperibilità - Giustificazioni	60 64
Assunzione di alcool e stupefacenti	31 51
Autorizzazione di trasferimento all'estero	24

C

Carenza	4 5 10
Centro di Salute Mentale	30
Certificati di malattia intervallati da giornate festive	17
Certificati di malattia intervallati dal sabato e dalla domenica	16
Certificato di malattia	2 16
Certificato di malattia - Assenza inferiore a 10 giorni	20
Certificato di malattia - Assenza superiore a 10 giorni	20
Certificato di malattia - Conservazione della certificazione	32
Certificato di malattia - Elementi essenziali	19
Certificato di malattia - Invio	32 33
Certificato di malattia cartaceo	33 37
Certificato di malattia che retroagisce di oltre un giorno	4
Certificato di malattia che retroagisce di un giorno	4
Certificato di malattia di pronto soccorso	19 25
Certificato di malattia di rettifica della prognosi - Redazione	18
Certificato di malattia di ricovero	19 32 39 75
Certificato di malattia fino a tre giorni	33
Certificato di malattia telematico	33
Certificato di malattia telematico - Gestione Separata	75
Certificato di malattia trasmesso dopo la scadenza della prognosi	39
Chirurgia estetica - Interventi di chirurgia estetica	51
Cicli di Cure Ricorrenti	29

CIG	55	66		
Commercio	1			
Comporto - Computo 180 gg	5			
Congedo matrimoniale	67			
Conservazione del certificato medico	32			
Conservazione del diritto	3			
Contenzioso	71			
Continuazione di malattia	5	16	39	
Contratti di secondo livello	49			
Contratto a termine	3	8		
Contribuzione figurativa	2			
Controlli sanitari	14			
Controllo di malattia medico legale	59			
Credito	1			
CSM	30			
Cure termali	52			
Cure termali - Domanda	52			
Cure termali - Durata della prestazione	52			
Cure termali - Inizio cure	53			
Cure termali - Requisito minimo di iscrizione all'INPS	52			
Cure termali - Riesame della domanda	53			
D				
Dati salariali	49			
Datore di lavoro	35			
Day Hospital	28			
Day Service Ambulatoriale	30			
Decorrenza dell'indennità di malattia	4	16		
Decorrenza e durata della sospensione	56			
Degenza Ospedaliera - Permessi concessi nel corso di degenza	27			
Diagnosi	20			
Dimissioni dall'ospedale - validità del certificato	19	32	39	41
Dimissioni Protette	28			
Diritto all'indennità di malattia	3	10	50	
Disoccupazione	3	8	11	40 66
Documentazione sanitaria	16			
Domanda di pagamento dell'indennità	77			
Donazione Organi	31			
DSA	30			
E				
Emodialisi	50			

Esclusione dall'indennità di malattia	8		
Esclusione della caranza	5		
Esclusioni dalla reperibilità	58		
Ex apprendista	2	5	
F			
Fasce orarie di reperibilità	2	58	76
Fasce orarie di reperibilità - Assenza - Giustificazioni	64		
Fasce orarie di reperibilità - Assenza - Sanzioni	63		
Fasce orarie di reperibilità - Esigenze terapeutiche	64		
Ferie	12		
Ferie - incapacità temporanea al godimento del riposo	14		
Festività	11		
Festività 2 giugno	12		
Festività 4 novembre	12		
Festività soppresse	11		
Fisiochinesi terapia	27		
G			
Gestione Separata	74		
Gestione Separata - Certificato telematico	75		
Gestione Separata - Domanda di pagamento dell'indennità	77		
Gestione Separata - Fasce di reperibilità	76		
Gestione Separata - Misura dell'indennità di malattia	75		
Gestione Separata - Requisiti	75		
Gestione Separata - Ricovero ospedaliero	75		
Giornate festive	11		
Giornate indennizzabili	9		
Giornate non indennizzabili	4		
Giudizio del medico	52		
Giustificazione dell'assenza	60		
Guardia medica	20		
Guarigione anticipata	17		
I			
Impiegati	9	11	43
Impiegati Commercio - Terziario	9	11	43
Inabilità - Inabilità temporanea	15	67	
Indennità di malattia - Pubbici Esercizi - PE	40	45	
Indennità di malattia - Inizio malattia	4	16	
Indennità di malattia - Misura dell'indennità	5	40	
Indennità di malattia e altri trattamenti previdenziali	66		
Indennità sostitutiva di preavviso	42		

Indirizzo del lavoratore	20				
Indirizzo temporaneo del lavoratore	23				
Industria	1				
Infortunio	67				
Insorgenza del diritto	3	9	50		
Integrazione c/azienda - Recupero ratei di mensilità aggiuntive	45				
Intermediari e	37				
Interventi di chirurgia estetica	51				
Invalità	67				
Invio del certificato telematico	18	33			
Invio telematico - Servizi per Intermediari e Aziende	37				
Inviodel certificato - Ritardo	38				
L					
Lavoratore ammalato all'estero in Paesi extra CE convenzionati	22				
Lavoratore ammalato all'estero in Paesi extra CE non convenzionati	21				
Lavoratori a domicilio	3	44			
Lavoratori cessati	3				
Lavoratori pensionati	3	9			
Lavoratori sospesi	3	8	11	40	66
Legalizzazione del certificato	21				
M					
Malattia - Gestione Separata	74				
Malattia a cavaliere di due anni solari	6	44			
Malattia che prosegue oltre la cessazione del rapporto di lavoro	11				
Malattia connessa alla gravidanza	6				
Malattia e altri trattamenti previdenziali	48	66			
Malattia e trattamento emodialitico	50				
Malattia non spettante - Recupero	70				
Marittimi	10				
Maternità	6	67			
Medico	18	19	20	52	59
Mensilità aggiuntive	45				
Mensilità aggiuntive - Integrazione c/azienda - Recupero ratei	45				
Minimali di retribuzione	44				
Misura dell'indennità - Misura Intera - Misura ridotta	8	40			
Morbo di Cooley	51				
O					
Operai	9	11	42		
Operai edilizia	11	42			
Operai retribuiti in misura fissa mensile	43				
Orario di lavoro non predeterminato nel tempo	48				

P									
Pagamento dell'indennità	68	70							
Pagamento diretto da parte dell'INPS	9	69							
Part time	10	46	47						
Part time orizzontale con variazioni cicliche dell'orario di lavoro	46								
Part time verticale	47								
Patologie escluse dalla reperibilità	58								
PEC	37								
Pensione di inabilità	10								
Periodi esclusi dall'erogazione dell'indennità di malattia	8								
Periodo massimo indennizzabile - Periodo di comporto	5	6	8						
PIN	35	36	38	61					
Portatori sani di agenti patogeni	16								
Prescrizione	70								
Prognosi	16	17	18	20					
Pronto Soccorso - Permanenza in Unità Operative	25								
Pronto Soccorso - Prestazioni	25								
Provvedimenti sanzionatori	19								
Pubblici Esercizi - PE	40	45							
R									
Recupero indennità indebita	70								
Referto medico	15								
Reperibilità	14	58							
Reperibilità - Patologie escluse dalla reperibilità	58								
Retribuzione media globale giornaliera	11	41	44						
Ricaduta di malattia	5	39							
Ricovero in Luoghi di cura	32	39	41						
Ricovero in luoghi di cura - Misura ridotta	32	39	41						
Ricovero ospedaliero - Gestione separata	75								
Riposi giornalieri per allattamento e malattia	48								
Ripresa lavorativa anticipata	17								
S									
Salari medi o convenzionali	44								
Sanzioni	19	32	38	39	63	64	65	66	76
Sanzioni - Assenza nelle fasce di reperibilità	63	76							
Sanzioni - Certificato di ricovero	39								
Sanzioni - Mancata certificazione di ripresa lavorativa anticipata	18								
Sanzioni - Ritardato invio certificazione cartacea - Computo - Misura	38								
Sospensione del diritto all'indennità	11								
Sospensione del diritto all'indennità - Adempimenti	56								
Sospensione del diritto all'indennità - Aggravanti	58								

Sospensione del diritto all'indennità - Cause	56					
Sospensione del diritto all'indennità - Decorrenza e Durata	56	57				
Sospensione del diritto all'indennità - Notifica	56					
Surrogazione dell'INPS	70					
T						
T.B.C.	53					
T.B.C. - Malattia a cavaliere di due anni	54					
T.B.C. - Periodo ante riconoscimento della T.B.C.	54					
T.B.C. - Periodo massimo indennizzabile	54					
T.B.C. - Riconoscimento della malattia - Trattamento tubercolare	54	55				
T.B.C.- Giornate indennizzate	54					
T.B.C.- Misura dell'indennità	55					
Terziario	1	9				
Tossicodipendenza	31	51				
Trasferimento all'estero durante la malattia	23					
Tattamento di disoccupazione	11	66				
Tattamento emodialitico	50					
Tredicesima mensilità	45					
Tredicesima mensilità - Integrazione c/azienda - Recupero ratei	45					
U						
Una tantum	42					
V						
Visite mediche ambulatoriali	4					
Visite mediche ambulatoriali - Concomitante con le fasce di reperibilità	64					
Visite mediche di controllo	2	14	58	61	63	64 76
Visite mediche di controllo - Referto medico	65					
Visite mediche di controllo da parte dell'azienda	14	58	60	61		
Visite mediche di controllo da parte dell'INPS	58	59	61			
Visite mediche di controllo- Richiesta telematica	61					
Visite mediche di controllo- Richiesta telematica	61					

COMPENDIO DELLE NORME REGOLANTI L'INDENNITA' GIORNALIERA DI MALATTIA

1. LAVORATORI AVENTI DIRITTO

Nell'ambito dei settori di appartenenza appresso indicati hanno diritto all'indennità giornaliera di malattia. i lavoratori appartenenti alle seguenti categorie:

- | | | |
|----|--|--------------------------------|
| A. | Industria e Artigianato: operai e categorie assimilate, compresi i lavoratori a domicilio; | <i>Industria</i> |
| B. | Commercio: operai e impiegati del commercio e categorie assimilate con esclusione degli impiegati dipendenti da proprietari di stabili, portieri, viaggiatori e piazzisti, dipendenti da partiti politici e associazioni sindacali; | <i>Commercio
Terziario</i> |
| C. | Credito, Assicurazione, Servizi tributari appaltati: salariati; | <i>Credito</i> |
| D. | Agricoltura:
a) salariati fissi ed assimilati a contratto annuo;
b) salariati fissi con contratto inferiore all'anno;
c) braccianti fissi od obbligati;
d) braccianti (o giornalieri di campagna) avventizi ed assimilati;
e) compartecipanti e piccoli coloni. | <i>Agricoltura</i> |
| E. | <i>Apprendisti: operanti in qualsiasi settore di attività per gli eventi morbosi insorti a decorrere dal 1° gennaio 2007 (Legge n. 296 del 27 dicembre 2006 art. 1 comma 773).</i> | <i>Apprendisti</i> |

Destinatari dell'assicurazione di malattia sono tutti i lavoratori assunti con contratto di apprendistato.

La legge "Finanziaria 2007" ha modificato, per gli apprendisti, il regime contributivo e delle prestazioni di malattia senza far distinzione tra operai, intermedi e impiegati. Di conseguenza l'INPS ha ritenuto che il trattamento economico di malattia spetti a tutti gli apprendisti destinatari di una qualificazione operaia, intermedia, impiegatizia o di quadro.

(Circolare INPS n. 43 del 21 febbraio 2007)

L'art.1, comma 773, della legge n. 296 del 27 dicembre 2006 (finanziaria 2007), ha esteso agli apprendisti, a decorrere dall'1° gennaio 2007, la tutela previdenziale relativa alla malattia prevista per i lavoratori dipendenti. Il comma in questione, infatti, detta la nuova disciplina contributiva del contratto di apprendistato e prevede anche che, a decorrere da tale data, ai lavoratori assunti con questo tipo di rapporto sono estese le disposizioni in materia di indennità giornaliera di malattia secondo la disciplina generale prevista per i lavoratori subordinati.

Ai fini dell'attuazione della predetta disposizione legislativa, trattandosi sostanzialmente di un'estensione sic et simpliciter della disciplina generale ad un ambito lavorativo precedentemente sprovvisto di tutela previdenziale

obbligatoria dell'evento malattia, si dovrà fare riferimento alle istruzioni vigenti emanate per la generalità dei lavoratori dipendenti.

*Certificazione
di malattia*

L'apprendista ha l'onere di presentare o inviare all'INPS ed al datore di lavoro, entro il termine perentorio di 2 giorni dal rilascio, rispettivamente, il certificato e l'attestato di malattia compilati dal medico curante e comunque di attenersi alle disposizioni di cui al punto 8) in materia di certificazione on line. In caso di presentazione o invio del certificato di malattia oltre il termine di legge, dovrà trovare pertanto applicazione la sanzione della perdita dell'intera indennità relativamente alle giornate di ritardo, salvo serio ed apprezzabile motivo giustificativo del ritardo addotto e adeguatamente comprovato dal lavoratore.

Fasce di reperibilità

A decorrere dal 1° gennaio 2007 anche agli apprendisti si applicano le disposizioni in materia di fasce orarie di reperibilità e di controllo dello stato di malattia (art. 5 D.L. 463/1983 convertito con modificazioni nella Legge n. 638/1983). Pertanto, a decorrere dalla citata data, l'Istituto è abilitato a disporre, d'ufficio o su richiesta del datore di lavoro, l'effettuazione di visite domiciliari e/o ambulatoriali volte ad accertare la sussistenza dello stato di incapacità lavorativa. Al fine di consentire il regolare espletamento dei predetti controlli, i soggetti di cui trattasi sono tenuti ad indicare sul certificato e sull'attestato di malattia l'esatto e completo indirizzo di reperibilità (residenza o temporanea diversa dimora) ed a comunicare tempestivamente, all'INPS e al datore di lavoro, ogni eventuale variazione dello stesso.

Visita di controllo

Eventuali assenze ingiustificate a visita di controllo domiciliare e/o ambulatoriale, dovranno essere sanzionate secondo i criteri e le modalità già applicati per i lavoratori subordinati aventi diritto all'indennità di malattia.

*Misura e durata
dell'indennità
di malattia*

Considerato che dottrina e giurisprudenza propendono a configurare il rapporto di apprendistato come un contratto a tempo indeterminato - con facoltà di recesso al termine del periodo di apprendimento ai sensi di quanto disposto dall'articolo 2118 del codice civile e con le peculiarità che lo contraddistinguono - ai fini della misura, della durata e dei limiti erogativi della prestazione di malattia di cui trattasi trova integrale applicazione la disciplina vigente per i lavoratori subordinati, nel rispetto del limite massimo indennizzabile di 180 giorni per anno solare previsto per la generalità dei lavoratori dipendenti.

*Contribuzione
figurativa*

Agli apprendisti è estesa sic et simpliciter la tutela previdenziale relativa alla malattia prevista per i lavoratori dipendenti pertanto agli eventi indennizzati a tale titolo dovrà essere riconosciuta contribuzione figurativa secondo le regole previste per la generalità dei lavoratori subordinati.

*Apprendista
qualificato
Ex apprendista*

I lavoratori assunti con contratto di apprendistato mantengono – ai sensi dell'art. 47, comma 7 del D. Lgs. n. 81/2015 – i benefici contributivi in materia di previdenza e assistenza sociale per un anno dalla prosecuzione del rapporto di lavoro al termine del periodo formativo con il diritto alle prestazioni economiche di malattia. Ciò, ovviamente, limitatamente ai soggetti appartenenti a categoria avente titolo alle prestazioni economiche di malattia e per gli eventi morbosi insorti dopo l'attribuzione della qualifica e la prosecuzione del rapporto di lavoro.

2. INSORGENZA DEL DIRITTO

*Insorgenza
del diritto*

Per i lavoratori appartenenti ai settori di cui alle lettere A), B), C), E) del precedente paragrafo 1., il diritto all'indennità giornaliera di malattia sorge e decorre dalla data di effettivo inizio del rapporto di lavoro.

3. CONSERVAZIONE DEL DIRITTO

*Conservazione
del diritto*

Il diritto all'indennità di malattia per i lavoratori di cui alle lettere A), B), C) E) del precedente paragrafo 1. permane per tutta la durata del rapporto di lavoro e si protrae per un ulteriore periodo di due mesi (o di 60 giorni se il conteggio a giorni anziché a mese risulta più favorevole al lavoratore) successivo alla cessazione o sospensione del rapporto di lavoro: per le malattie che insorgono nel predetto periodo di due mesi i lavoratori cessati/disoccupati e quelli sospesi hanno conseguentemente diritto alla corresponsione dell'indennità, che viene corrisposta in misura ridotta e spetta per l'intera durata della malattia (fermo restando il periodo massimo indennizzabile dei 180 giorni) anche nel caso in cui questa si protragga oltre la scadenza di due mesi.

*Lavoratori cessati
disoccupati*

I due mesi si calcolano secondo il calendario: se, ad esempio, il rapporto di lavoro è cessato il 15 giugno, il diritto all'indennità permane per le malattie che intervengono fino al 15 agosto compreso.

Ai fini della conservazione del diritto all'indennità, per lavoratore cessato/disoccupato deve intendersi il lavoratore licenziato o dimissionario anche se non iscritto al Centro per l'impiego.

Lavoratori cessati

Per lavoratore sospeso deve intendersi il lavoratore il cui rapporto di lavoro risulti quiescente per essere sospesa l'obbligazione:

Lavoratori sospesi

- del datore di lavoro di corrispondere la retribuzione;
- del lavoratore di prestare la propria attività lavorativa.

I casi normalmente ricorrenti riguardano le sospensioni dell'attività aziendale (situazioni temporanee di mercato, inventario, cause meteorologiche, trasferimento locali, ecc.), l'assenza dal lavoro arbitraria e ingiustificata, i provvedimenti disciplinari, i permessi non retribuiti di durata superiore a 7 giorni, ecc.

Per i lavoratori a tempo determinato la cessazione del rapporto di lavoro determina l'estinzione del diritto all'indennità (Circolare INPS n. 134407 A.G.O./160 del 1° agosto 1983).

*Lavoratori a tempo
determinato*

Ai lavoratori aventi titolo alle prestazioni pensionistiche cessati dal lavoro non compete il diritto alle prestazioni economiche di malattia per gli eventi morbosi insorti successivamente alla data di estinzione del rapporto di lavoro (Circolare INPS. n. 134406 A.G.O./386 del 23 luglio 1983).

*Lavoratori cessati
per pensionamento*

Il lavoratore a domicilio si considera "sospeso" nel periodo intercorrente tra la data di riconsegna del lavoro affidato dal committente e quella della nuova consegna.

Lavoratori a domicilio

Decorrenza
dell'indennità

4. DECORRENZA DELL'INDENNITA' - CARENZA - CONTINUAZIONE DELLA MALATTIA

Carenza

L'indennità giornaliera di malattia spetta dal quarto giorno di malattia (la non indennizzabilità dei primi tre giorni è correntemente indicata con il termine "carenza"). Qualora il primo giorno di malattia coincida con l'ultimo giorno lavorato l'indennità decorre ugualmente dal quarto giorno di malattia.

Inizio Malattia

Il quarto giorno di malattia deve essere computato dalla data di inizio della malattia dichiarata dal lavoratore e riportata nella certificazione medica in corrispondenza della voce "dichiara di essere ammalato dal..." sempreché la visita medica risulti effettuata nello stesso giorno di inizio della malattia.

Inizio indennità

Se nella certificazione non risulta riportata la data di inizio della malattia dichiarata dal lavoratore, il quarto giorno di malattia deve essere computato dalla data di effettuazione della visita medica (data di rilascio del certificato).

(Circolare INPS n. 147 del 15 luglio 1996)

Secondo i criteri in atto, il quarto giorno di malattia, da cui spetta il corrispondente trattamento economico previdenziale, viene computato di massima dalla data di rilascio della relativa certificazione.

Certificato
che retroagisce
di un giorno

L'Istituto ammette, peraltro, la possibilità di riconoscere, ai fini erogativi, la sussistenza dello stato morboso anche per il giorno immediatamente precedente a quello del rilascio della certificazione, purché sulla stessa risulti compilata la voce "dichiara di essere ammalato dal...". Il criterio, valido anche per la certificazione di continuazione e ricaduta della malattia, è da collegare unicamente, come più volte esplicitato, alla facoltà, confermata da ultimo con D.P.R. 28.9.1990, n. 314, art. 20, di effettuare la visita medica, richiesta dopo le ore 10, il giorno immediatamente successivo.

Certificato
che retroagisce
di oltre un giorno

In relazione a quanto precede si chiarisce che 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.

Visita ambulatoriale

La medesima preclusione opera, parimenti, quando, se pure la data apposta sulla certificazione risulti anteriore di un solo giorno rispetto a quella di redazione, emerga (ad es. in sede di giustificazione per assenza a visita di controllo) che trattavasi di visita ambulatoriale.

Giornate
non indennizzabili

Nelle situazioni sopra rappresentate le giornate anteriori alla data del rilascio, non valutabili sulla base di quanto sopra precisato, sono da considerare come "non documentate" (e perciò non indennizzabili). Di conseguenza, la decorrenza della validità del certificato, e perciò della malattia indennizzabile, sarà da conteggiare dalla data del rilascio del certificato stesso.

Tanto vale, oltre che, ovviamente, per i certificati di inizio, anche nel caso di certificati di continuazione della malattia o ad altra consequenziale, relativamente ai quali, per i motivi sopra descritti, la continuità tra i rispettivi periodi della certificazione risulti interrotta.

In tal caso, fermo restando il non riconoscimento, ai fini dell'indennizzabilità, delle giornate come sopra individuate, il periodo di malattia potrà invece essere ritenuto unico agli altri effetti (carenza, computo del 20° giorno)

quando l'eventuale interruzione tra i due periodi coincida con una giornata festiva (o sabato e domenica), salvo che non risulti altrimenti che trattasi di episodi morbosi a sé stanti.

Non si fa luogo all'applicazione della carenza (nel senso che l'indennità deve essere corrisposta fin dal primo giorno) in caso di ricaduta nella stessa malattia o altra consequenziale intervenuta entro 30 giorni dalla data di guarigione della malattia precedente (v. paragrafo 5).

Ricaduta

Per quanto concerne la certificazione di continuazione della malattia, la stessa deve essere riconosciuta valida anche per il giorno immediatamente precedente la data del rilascio sempreché risulti una dichiarazione in tal senso sulla certificazione stessa, in corrispondenza della voce "dichiara di essere ammalato dal...".

Continuazione

5. RICADUTA NELLA MALATTIA

La ricaduta nella stessa malattia o altra consequenziale - debitamente certificata dal medico - che sia intervenuta entro 30 giorni dalla data di cessazione della precedente è considerata, a tutti gli effetti, continuazione di quest'ultima.

Ricaduta

Ciò comporta che:

- a) l'indennità deve essere corrisposta fin dal primo giorno della nuova malattia (senza escludere i 3 giorni di carenza): se, tuttavia, la precedente malattia è durata meno di tre giorni e la carenza non è stata conseguentemente applicata per intero la decorrenza dell'indennità deve essere fissata previa esclusione dei giorni di carenza rimasti inapplicati in occasione della precedente malattia (se ad esempio la prima malattia è durata due giorni, in occasione del successivo episodio morboso intervenuto entro 30 giorni deve essere escluso dall'indennizzo il primo giorno di malattia);
- b) i giorni della nuova malattia si sommano a quelli della precedente ai fini del raggiungimento del ventesimo giorno a partire dal quale la misura dell'indennità è elevata dal 50% al 66,66% della retribuzione (v. punto 10.1);
- c) la retribuzione da prendere a base per il calcolo dell'indennità giornaliera è la stessa presa a base per il calcolo dell'indennità corrisposta per la precedente malattia (*confermato dal Consiglio di Amministrazione INPS con delibera n. 11 del 20 gennaio 1984, allegata alla Circolare INPS n. 134414/A.G.O. 45 del 1° marzo 1984*).

Esclusione della carenza

Unico evento

Calcolo dell'indennità

L'evento di ricaduta intervenuto dopo la qualificazione del lavoratore da apprendista ad operaio, o altra qualifica avente titolo alla prestazione di malattia INPS, è da considerarsi come primo evento.

*Apprendista qualificato
Ex apprendista*

6. PERIODO MASSIMO DI MALATTIA INDENNIZZABILE

Periodo massimo indennizzabile

6.1 COMPUTO DEL PERIODO MASSIMO

L'indennità di malattia è dovuta per le giornate indennizzabili (v. paragrafo 7) comprese in un periodo massimo di 180 giorni di malattia in un anno so-

Computo 180 gg

lare ed è stato precisato che le giornate dell'evento morboso che si protraggono nell'anno successivo a quello di insorgenza devono essere indennizzate secondo le norme comuni, considerando la malattia stessa – ai fini della misura e della carenza – come unico episodio morboso.

Modalità di computo

Si precisa che il principio può trovare applicazione soltanto nell'anno immediatamente successivo a quello di inizio della malattia; pertanto, dopo l'indennizzo nel corso del secondo anno solare per il periodo massimo suddetto, il diritto ad ulteriori prestazioni economiche negli anni solari seguenti è subordinato alla condizione che sia stata ripresa l'attività lavorativa ovvero abbia avuto effettivo inizio un nuovo rapporto di lavoro (Circolare INPS n.134398 A.G.O./9 del 10 gennaio 1983).

Il periodo massimo si computa sommando tutte le giornate di malattia dell'anno solare ivi comprese quelle per le quali l'indennità non è stata corrisposta (giorni di carenza, giorni festivi, giorni non indennizzati per tardato invio della certificazione, ecc.).

Periodi esclusi

Devono essere esclusi dal computo del periodo massimo di malattia indennizzabile:

- 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 esperito con esito positivo, anche se parziale, l'azione di surrogazione (v. capitolo 19).

Malattia connessa alla gravidanza

Inoltre ai fini del raggiungimento del periodo massimo indennizzabile per anno solare (180 giorni) non si computano i periodi di malattia connessi con lo stato di gravidanza, debitamente comprovati da specifico parere sanitario delle UU.SS.LL.competenti (Circolare INPS n. 134406 A.G.O./149 del 23 luglio 1983).

Malattia a cavaliere di due anni solari

6.2 MALATTIE A CAVALIERE DI DUE ANNI SOLARI

6.2.1 Diritto alle prestazioni

(Circolare INPS n. 145 del 28 giugno 1993)

Nel caso di malattia iniziata in un anno che si protrae ininterrottamente nell'anno seguente, il diritto alle prestazioni può essere riconosciuto soltanto nell'anno immediatamente successivo a quello di inizio della malattia stessa; di conseguenza l'erogazione dell'indennità, negli anni seguenti, è subordinata alla ripresa dell'attività lavorativa, ovviamente anche presso altro datore di lavoro, con applicazione delle ordinarie disposizioni in tema di "copertura assicurativa". Per l'indennizzabilità, nel secondo anno di malattia "a cavaliere", si deve tenere conto dei seguenti criteri:

Criteri generali

- *quando nell'anno di insorgenza dell'evento non è stato raggiunto il massimo assistibile annuo, la malattia in corso al 31 dicembre è autonoma-*

mente indennizzabile a partire dal 1° gennaio successivo, per un massimo di ulteriori 180 giorni;

- *quando nell'anno di insorgenza dell'evento il massimo assistibile annuo è stato raggiunto prima del 31 dicembre, il ripristino dell'indennità, al 1° gennaio successivo, per un massimo di ulteriori 180 giorni, non è automatico, ma subordinato alle condizioni, qui di seguito riportate, di cui alla circolare n. 144/1988.*

La prima condizione, per quanto ovvia, è data dal fatto che la malattia - la stessa o altra intervenuta senza soluzione di continuità nel frattempo - deve essere adeguatamente documentata, anche per il periodo di mancato pagamento dell'indennità compreso tra la data del raggiungimento del massimo e l'inizio del nuovo anno.

Sul punto, va peraltro rilevato che, non essendo la certificazione sanitaria richiesta per il conseguimento dell'indennità, quanto al fine limitato della prova della continuità dello stato di incapacità lavorativa, ad essa non è applicabile l'istituto della ritardata denuncia.

La seconda condizione, cui va subordinato il ripristino del diritto all'indennità all'inizio del nuovo anno, è costituita dalla permanenza del rapporto di lavoro o, più esattamente, del rapporto assicurativo che, generalmente, si prolunga anche oltre i termini di scadenza del primo. Deve ritenersi infatti che, ove al principio del secondo "ciclo" di indennizzo (quello che inizia appunto il 1° gennaio dell'anno successivo) il rapporto di lavoro risulti cessato o sospeso da oltre due mesi, nessuna prestazione economica a carico dell'Istituto può più competere al lavoratore ammalato (nell'ipotesi invece che all'anzidetta data del 1° gennaio il rapporto di lavoro sia cessato o sospeso da meno di due mesi, al lavoratore competerà ugualmente la prestazione, sia pure - come sarà esplicitato più avanti - nella misura ridotta).

Mentre il concetto di "cessazione" del rapporto di lavoro non dà luogo a particolari problemi interpretativi, si ritiene al contrario opportuno fare alcune osservazioni su quello di "sospensione" dello stesso.

In sostanza, si deve ritenere che la suddetta "sospensione" non sussista nei casi di corresponsione di emolumenti, anche parziali, da parte dell'azienda, al lavoratore ammalato; sussiste invece - oltre, ovviamente, nelle fattispecie normalmente ricorrenti (esempio: sospensioni dell'attività aziendale, assenza dal lavoro arbitraria e ingiustificata, ecc.), - nell'ipotesi di scadenza del cosiddetto "periodo di comportamento", generalmente previsto dalla contrattazione collettiva e variamente articolato, durante il quale l'azienda è tenuta alla conservazione del posto a favore del lavoratore assente per malattia.

Qualora, infatti, alla scadenza contrattualmente prevista, il rapporto - come è facoltà delle parti - non venga risolto, la situazione in cui viene a trovarsi il prestatore d'opera ammalato è definibile appunto di sospensione del rapporto (come del resto è esplicitamente indicato in molti contratti collettivi), stante il fatto che in tale ipotesi il decorso del tempo non è produttivo di effetti giuridici particolari, salvo, talora, per alcuni limitati istituti contrattuali non rilevanti sotto il profilo assicurativo.

E' da notare poi che taluni contratti collettivi (si veda, ad esempio, il Contratto Collettivo vigente per gli operai metalmeccanici del settore privato) prevedono inoltre la possibilità, per il lavoratore ammalato che abbia già superato il periodo di conservazione obbligatoria del posto, di ottenere un

ulteriore periodo di aspettativa durante il quale nessun onere, né diretto né indiretto, potrà peraltro far carico all'azienda. In tali circostanze, è chiaro, la sospensione del rapporto lavorativo è già operante con la concessione stessa dell'aspettativa suddetta (Circolare INPS n. 144 del 27 giugno 1988).

Misura dell'indennità

6.2.2 Misura dell'indennità

Dalle considerazioni svolte in precedenza emerge chiaramente che, qualora alla data del 1° gennaio dell'anno successivo a quello di insorgenza dell'evento il rapporto di lavoro sia da ritenersi ancora in atto, per non essere intervenuti nel frattempo licenziamento, dimissioni o sospensione dello stesso nel senso anzidetto, la misura dell'indennità spettante non può che essere quella intera (50% o 66,66% c/INPS).

Misura intera

Misura ridotta
Cessazione
Sospensione

Al contrario, ove al 1° gennaio il suddetto rapporto di lavoro debba ritenersi cessato o sospeso da non oltre due mesi, la misura di cui sopra sarà, in applicazione delle regole generali, quella ridotta. In tale ipotesi, conformemente alle disposizioni di carattere generale impartite, la corresponsione dell'indennità avverrà direttamente a cura dell'Istituto.

Esclusione
dell'indennità

Nessuna indennità, è appena il caso di ripetere, spetterà invece al lavoratore ammalato il cui rapporto, all'inizio del nuovo anno, risulti cessato o sospeso - nel senso di cui in precedenza si è detto - da più di due mesi.

Per quanto concerne invece i criteri di liquidazione dell'indennità, si è già accennato come la circostanza che la malattia sia - dal punto di vista clinico - sempre la stessa, non può non determinare talune conseguenze, le quali si sostanziano nella corresponsione dell'indennità, al momento del ripristino del diritto, nella stessa misura già in vigore all'atto del raggiungimento del massimo (i 2/3, di norma, della retribuzione media globale giornaliera), dal primo giorno indennizzabile del secondo anno.

Tanto consente, fra l'altro, di non discriminare la situazione che forma oggetto della presente circolare con quella del lavoratore che raggiunga il massimo indennizzabile nel "secondo" anno della malattia.

La conclusione che precede, è il caso forse di rilevare, prescinde dal concetto di "ricaduta" e, quindi, dal numero di giorni, - minore o maggiore di trenta - che separano il conseguimento del massimo indennizzabile e l'inizio dell'anno successivo (Circolare INPS n. 144 del 27 giugno 1988).

Contratto a termine

6.3 LAVORATORI CON CONTRATTO DI LAVORO A TEMPO DETERMINATO

(Circolare INPS n.134407 A.G.O./160 del 1° agosto 1983)

Periodo massimo
indennizzabile

Ai lavoratori, pubblici e privati, con contratto a tempo determinato, i trattamenti economici e le indennità economiche di malattia sono corrisposti per un periodo non superiore a quello di attività lavorativa nei dodici mesi immediatamente precedenti l'evento morboso, fermi restando i limiti massimi di durata previsti dalle vigenti disposizioni.

Periodi esclusi

Non possono essere corrisposti trattamenti economici e indennità economiche per malattia per periodi successivi alla cessazione del rapporto di lavoro

a tempo determinato.

Nel caso in cui il lavoratore a tempo determinato nei dodici mesi immediatamente precedenti non possa far valere periodi lavorativi superiori a trenta giorni, il trattamento economico e l'indennità economica di malattia sono concessi per un periodo massimo di trenta giorni nell'anno solare; nel suddetto caso l'indennità economica di malattia è corrisposta, previa comunicazione del datore di lavoro, direttamente dall'INPS.

Pagamento
diretto c/INPS

Il periodo di malattia di cui al precedente comma si computa ai fini del limite massimo delle giornate indennizzabili.

Il datore di lavoro non può corrispondere l'indennità economica di malattia per un numero di giornate superiore a quelle effettuate dal lavoratore a tempo determinato alle proprie dipendenze. Le indennità relative ad un maggior numero di giornate indennizzabili sono corrisposte al lavoratore direttamente dall'INPS.

Ai fini del presente articolo i periodi di godimento del trattamento di cassa integrazione guadagni e di astensione obbligatoria dal lavoro per gravidanza e puerperio sono assimilati ai periodi di lavoro.

7. GIORNATE INDENNIZZABILI - FESTIVITA' - FERIE

Giornate indennizzabili

7.1 GIORNATE INDENNIZZABILI - PERIODI DI MALATTIA COINCIDENTI CON LO STATO DI OCCUPAZIONE

7.1.1 Operai

Operai

Ai lavoratori con qualifica di operai l'indennità compete per le giornate feriali comprese nel periodo di malattia (incluso il sabato in caso di settimana corta) con esclusione, quindi, delle domeniche e delle festività nazionali ed infrasettimanali.

7.1.2 Impiegati

Impiegati
Commercio
Terziario

Agli addetti al commercio e settori assimilati con qualifica di impiegati l'indennità compete per tutte le giornate del periodo di malattia con esclusione delle festività 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.

Santo Patrono

7.1.3 Lavoratori aventi titolo a prestazioni pensionistiche

Lavoratori
pensionati

(Circolare INPS n. 95bis del 6 settembre 2006)

Ai soggetti aventi titolo alle prestazioni pensionistiche non compete il diritto all'indennità di malattia per gli eventi morbosi che iniziano successivamente alla data della cessazione del rapporto di lavoro (v. circ. n. 134406 AGO – n. 286 SL/149 del 23.7.1983, par. 7); ciò anche se la malattia inizia entro il termine di copertura assicurativa (due mesi, o 60 giorni se il conteggio è più favorevole, dalla cessazione del rapporto di lavoro).

In sostanza, la limitazione opera nei confronti dei soggetti già titolari di un trattamento pensionistico al momento della cessazione del rapporto di lavoro nonché di quelli che cessano l'attività per pensionamento o comunque per acquisizione di un trattamento di quiescenza.

Marittimi

I criteri sopra indicati riguardano la generalità degli assicurati (compresi i marittimi, tenendo conto ovviamente delle particolarità vigenti per la categoria: la cessazione del rapporto di lavoro coincide con il giorno dello sbarco; il periodo di copertura assicurativa ha la durata di 28 giorni) e vanno applicati anche nei confronti dei pensionati che, dopo la cessazione dell'attività, assumono un nuovo lavoro.

Avuto riguardo infatti alla funzione dell'indennità di malattia, di compensare la perdita della retribuzione causata dall'evento morboso che rende il soggetto temporaneamente incapace al lavoro, la previsione di mantenimento, sia pure per un limitato periodo di tempo, del diritto alla indennità dopo la cessazione del rapporto di lavoro è da riferirsi soltanto a coloro che si trovano contingentemente privi di occupazione e non godono di erogazioni diverse, presupposti non rinvenibili nel caso di titolari di un trattamento di quiescenza.

Resta inteso che quanto precede non rileva ai fini dell'indennizzabilità delle malattie iniziate prima della cessazione del rapporto di lavoro: queste saranno quindi indennizzate, nei limiti massimi previsti, anche per il periodo successivo alla cessazione del rapporto di lavoro stesso, ovviamente se a tempo indeterminato (art. 5, comma 2, legge 638/1983).

Assegno di invalidità

A completamento delle indicazioni fornite, si ricorda infine (v. circ. n. 182/1997, par. 7) che l'indennità di malattia – quando l'evento denunciato, iniziato in costanza di lavoro, è riconducibile alla stessa patologia per la quale è stato concesso l'assegno di invalidità – spetta soltanto se è sanitarimente riscontrabile una riacutizzazione o una complicanza della patologia stessa, tale da produrre un'incapacità lavorativa.

Pensione di inabilità

Resta ferma l'incompatibilità tra la pensione di inabilità e l'indennità di malattia.

Part time verticale

7.1.4 Lavoratori tenuti per contratto a prestare attività lavorativa limitatamente ad alcuni giorni fissi della settimana

(Circolare INPS n. 168 del 15 novembre 1982)

Diritto

La corresponsione dell'indennità è limitata alle giornate per le quali, se l'assicurato non fosse stato assente dal lavoro, avrebbe percepito la retribuzione. Pertanto:

Carenza

a) ai fini dell'applicazione della carenza, nonché del computo del 20° giorno di malattia e del periodo massimo di 180 giorni in un anno solare, hanno rilevanza tutte le giornate di malattia indicate nel certificato di prognosi. Quindi, qualora un dipendente lavori settimanalmente solo il lunedì, martedì e venerdì e si ammali dal lunedì al mercoledì della settimana successiva, si fa luogo alla "carenza" per i giorni di lunedì, martedì e mercoledì della prima settimana in quanto coincidenti con i primi tre giorni di malattia;

b) la corresponsione dell'indennità economica è limitata ai soli giorni lavorativi indicati nel contratto di lavoro: nel caso ipotizzato sub a), il

primo giorno indennizzabile al 50% coincide con il venerdì. In ipotesi di malattia di durata superiore ai 20 giorni, il 21° giorno dal quale varia la misura dell'indennità coincide con il 21° giorno di malattia;

- c) *la retribuzione media giornaliera si determina in base al numero delle giornate lavorate o comunque retribuite comprese nel periodo di paga quadrisettimanale o mensile scaduto ed immediatamente precedente quello di insorgenza dell'evento protetto.*

Retribuzione media globale giornaliera

7.2 GIORNATE INDENNIZZABILI - PERIODI DI MALATTIA COINCIDENTI CON LO STATO DI DISOCCUPAZIONE O DI SOSPENSIONE

*Disoccupazione
Sospensione*

7.2.1 Operai

Operai

Ai lavoratori con qualifica di operai che versano in stato di disoccupazione o sospensione l'indennità compete, per le giornate comprese nel periodo di malattia, incluse le festività nazionali e infrasettimanali con esclusione delle sole domeniche.

La circolare INPS n. 166 del 10 novembre 1981 estende tale normativa anche agli operai dell'edilizia.

Operai edilizia

7.2.2 Impiegati

*Impiegati
Commercio
Terziario*

Agli addetti al settore commercio e settori assimilati con qualifica di impiegati l'indennità compete per tutte le giornate comprese nel periodo di malattia senza alcuna esclusione.

L'indennizzabilità delle festività cadenti di domenica è dovuta al fatto che gli "impiegati occupati" ricevono normalmente dal datore di lavoro, per contratto, un ulteriore compenso, in aggiunta allo stipendio corrispondente alla misura della retribuzione media giornaliera, per le festività coincidenti con la domenica.

Festività

Non deve farsi luogo alla corresponsione dell'indennità per le festività cadenti di domenica qualora risulti che i lavoratori interessati percepiscono, per legge o per contratto, anche in caso di disoccupazione o sospensione, un trattamento economico per le suddette festività cadenti di domenica.

7.2.3 Norme Comuni

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 ricevono, 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.

Giornate festive

Se una malattia iniziata in costanza di rapporto di lavoro si protrae oltre la cessazione o la sospensione di esso devono trovare applicazione i criteri di cui al punto 7.1 per il periodo di malattia coincidente con lo stato di occupazione e con i criteri di cui al punto 7.2 per il periodo di malattia coincidente con lo stato di disoccupazione o di sospensione.

Malattia che prosegue oltre la cessazione del rapporto di lavoro

7.3 FESTIVITÀ SOPPRESSE

Festività soppresse

Per quanto concerne l'indennizzabilità delle festività soppresse dalla legge 5

marzo 1977, n. 54 con le modifiche apportate dal D.P.R. 28 dicembre 1985 n. 792 (S. Giuseppe, Ascensione, Corpus Domini, SS. Apostoli Pietro e Paolo reintrodotta ma limitatamente al Comune di Roma, 4 novembre) si precisa che le stesse seguono la disciplina delle altre festività nazionali e infrasettimanali soltanto qualora, per accordo aziendale, siano ancora considerate non lavorative e vengano retribuite anche in caso di assenza per malattia.

Festività 4 novembre

7.3.1 Festività nazionali del 4 novembre e del 2 giugno

Qualora, per contratto, al lavoratore sia garantito, per la festività nazionale del 4 novembre il trattamento retributivo previsto per le festività coincidenti con la domenica - nella prima domenica di novembre - non si deve far luogo alla corresponsione delle prestazioni economiche di malattia, come si desume dai criteri forniti con circolare INPS n. 165 del 23.3.1981.

(Circolare INPS n. 23 del 31 gennaio 2001)

*Ripristino festività
2 giugno*

Ai sensi della legge 20.11.2000, n. 336, pubblicata sulla G.U. n. 273 del 22.11.2000, a decorrere dal 2001, la celebrazione della Festa Nazionale della Repubblica ha nuovamente luogo il 2 giugno di ciascun anno che, pertanto, viene ripristinato come giorno festivo.

Di quanto sopra occorre tener conto in relazione agli adempimenti di competenza dei datori di lavoro o di codeste Sedi medesime connessi alla liquidazione delle prestazioni in oggetto, che come noto non sono erogate nei giorni festivi agli operai né – qualora coincidano con la domenica - agli impiegati.

Ferie

7.4 MALATTIE CONCOMITANTI CON PERIODO DI FERIE

(Circolare INPS n. 109 del 17 maggio 1999)

Premessa

Con circolare n. 11 del 9 gennaio 1991, in aderenza al principio secondo cui la malattia intervenuta durante le ferie può essere considerata causa di sospensione delle stesse, enunciato dalla Corte Costituzionale con sentenza n. 616 del 30 dicembre 1987, sono state fornite istruzioni in proposito, stabilendo, che, in assenza di diversa previsione contrattuale e fino alla emanazione di una specifica regolamentazione legislativa della materia, auspicata dalla predetta Corte, agli effetti dell'erogazione delle prestazioni economiche di malattia, sono idonee ad interrompere le ferie le infermità di durata superiore a tre giorni, sempre che abbiano comportato la necessità di ricovero, ovvero siano state tempestivamente ed adeguatamente notificate all'Istituto ed al datore di lavoro, nei modi e nei termini previsti.

Sulla questione, a seguito del contrasto di giurisprudenza sorto in seno alla stessa Sezione Lavoro della Corte di Cassazione circa l'ambito di applicazione del principio affermato dalla Corte Costituzionale, è intervenuta la Corte di Cassazione a Sezioni Unite che, con sentenza n. 1947 del 23.2.1998, ha definito le linee da seguire al riguardo.

Si impartiscono pertanto le seguenti istruzioni che modificano le indicazioni già fornite con la circolare n. 11/91 citata in premessa.

Nuova regolamentazione

A) - Principi enunciati dalla Corte.

Come ora precisato dalla Corte, il principio dell'effetto sospensivo del decorso del periodo feriale in caso di malattia insorta durante lo stesso, non è assoluto, ma tollera talune 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".

*Effetto sospensivo
delle ferie*

Occorre, dunque, fare riferimento ad una "specificata" nozione di malattia, non essendo possibile riportarsi al concetto di malattia "quale determinante una incapacità lavorativa" o utilizzare, in via analogica, le norme dettate per il pubblico impiego; né tantomeno, trattandosi di diritto costituzionalmente garantito, far ricorso alla regolamentazione negoziale delle parti.

Si tratta, in sostanza, conclude la sentenza, di accertare, di volta in volta, in relazione alla specifica situazione di cui è portatore il singolo lavoratore se lo stato di malattia possa essere ritenuto incompatibile con la funzione propria del periodo feriale.

Secondo la Corte stessa, poi, il lavoratore che, nel presupposto della incompatibilità della sopravvenuta malattia con le finalità delle ferie, 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. Tale comunicazione è idonea di per sé a determinare - dalla data di conoscenza della stessa da parte del datore di lavoro - la conversione dell'assenza per ferie in assenza per malattia, salvo che il datore di lavoro medesimo provi, attraverso i previsti controlli sanitari, l'infondatezza del suddetto presupposto e quindi l'inidoneità della malattia ad impedire la prosecuzione del periodo feriale.

*Comunicazione
del lavoratore*

B) - Disposizioni applicative - Decorrenza della malattia che interrompe le ferie.

Decorrenza

In base all'anzidetto principio, qualora il datore di lavoro riconosca, autonomamente ovvero a seguito di specifico accertamento sanitario - da richiedere all'INPS o alla ASL, come di consueto - l'effetto sospensivo della malattia sulle ferie, la data di inizio dell'evento, anche ai fini previdenziali, è quella del ricevimento da parte del datore di lavoro stesso della comunicazione dell'intervenuto stato di malattia.

Allo scopo i datori di lavoro dovranno in linea generale (pure, cioè, in assenza di richieste di controlli) comunicare tempestivamente all'INPS - ovviamente per i soli lavoratori aventi diritto all'indennità di malattia - la data in questione.

Detta data sarà di conseguenza presa a riferimento ai fini del computo della carenza e del 21° giorno da cui è elevata la misura dell'indennità, tenendo presente che gli eventuali giorni che precedono la data di ricezione, da parte del datore di lavoro, della comunicazione di malattia (data che può non coincidere con quella di ricezione della certificazione), seppure compresi nel periodo certificato non sono imputabili a "malattia" bensì a "ferie" e quindi non dovranno essere neppure conteggiati nel periodo massimo indennizzabile.

Per identificare in procedura la suddetta particolare data, sarà utilizzato anche se nell'ipotesi non trattasi di vera e propria sanzione, il sistema delle "sanzioni particolari" evidenziando opportunamente il periodo da considerare come "ferie" e contrassegnandolo con il codice I ("malattia durante le

ferie”).

Ciò permetterà di qualificare esattamente la fattispecie e di consentire quindi che l'evento sia considerato iniziato a tutti gli effetti, compresa la carenza e il massimo indennizzabile, a partire dalla data successiva ai giorni “trattenuiti”, e di emettere la comunicazione a stampa “di non idoneità della malattia ad interrompere le ferie”.

Reperibilità

Fermo restando quanto sopra precisato in ordine al momento iniziale dell'evento, agli effetti erogativi il pagamento della indennità resta comunque subordinato all'osservanza, da parte del lavoratore, di tutte le disposizioni vigenti nella materia in tema di documentazione dello stato di malattia e di invio della relativa certificazione, di reperibilità durante le fasce orarie e di comunicazione del temporaneo recapito, eventualmente diverso da quello abituale.

Come del resto arguibile dalle argomentazioni della Corte, trattasi, infatti, di aspetti diversi che possono coesistere nella fattispecie.

Controlli sanitari

C) - Controlli sanitari

Generalità

Il datore di lavoro che intenda verificare l'effettiva incompatibilità della malattia con le ferie dovrà precisare espressamente, all'atto della richiesta del controllo, che si tratta di lavoratore ammalatosi durante un periodo di ferie per il quale è chiesto di accertare le condizioni per l'interruzione delle ferie stesse, a partire da una data da indicare, che coincide con quella di ricezione della comunicazione dello stato di malattia.

Avuto riguardo alla nuova indicazione della Cassazione, secondo la quale, come detto, il datore di lavoro ha il potere di attivare controlli per provare l'inesistenza o l'irrilevanza della malattia a determinare l'interruzione del periodo feriale, la mancata verifica per fatto imputabile al lavoratore che faccia seguito a controlli richiesti dal datore di lavoro preclude la possibilità di considerare la malattia denunciata come interruttiva delle ferie.

Nel caso di controlli di ufficio, qualora il datore di lavoro riconosca (autonomamente oppure a seguito di specifica, diversa visita di controllo) l'effetto sospensivo in questione, le assenze rilevate saranno sanzionabili solo per il periodo qualificabile ai fini previdenziali come malattia, e cioè, come detto, per il periodo che si colloca dal momento in cui esplica efficacia l'effetto sospensivo delle ferie (giorno di ricezione, da parte del datore di lavoro, della comunicazione dello stato di malattia).

Aspetti sanitari

Aspetti sanitari

La particolare finalità del controllo dovrà essere opportunamente evidenziata dalle Sedi al medico incaricato in vista dell'accertamento della compatibilità o meno della malattia con il riposo annuale.

Incapacità temporanea al godimento del riposo feriale

Dovrà essere precisato ai medici di controllo che i due aspetti dell'incapacità temporanea assoluta al godimento delle ferie e dell'incapacità al solo svolgimento dell'attività lavorativa specifica non sono coincidenti tra loro; infatti, secondo la sentenza, è il grado di compromissione che la malattia ha sulle funzioni che permettono all'individuo di estrinsecarsi nella vita sociale e individuale, che concretizza di fatto l'impossibilità al godimento delle ferie e di conseguenza rende indennizzabile il periodo di malattia.

Pertanto l' idoneità della malattia ad interrompere le ferie va valutata rapportandola al cosiddetto danno biologico, del quale la capacità lavorativa specifica è solo una estrinsecazione e che, da sola, non è sufficiente a definire la reale incidenza sulla facoltà di svolgere attività ricreativa. Non emerge chiaramente dalla sentenza in che percentuale deve essere presente il danno biologico per limitare il godimento delle ferie; viene, quindi, lasciata aperta la possibilità che il godimento delle ferie possa essere compromesso sia in presenza di una incapacità temporanea assoluta a svolgere qualsiasi attività, sia in presenza di una incapacità temporanea parziale come avviene quando ci si trovi a valutare la incapacità temporanea assoluta al lavoro specifico.

Lo stato di incapacità temporanea assoluta al lavoro specifico non sempre quindi è idoneo all' interruzione del periodo feriale, ma solo quando, incidendo sulla sfera biologica dell' individuo, contestualmente, diventi causa di un parziale, ma sostanziale e apprezzabile, pregiudizio alle finalità dell' istituto delle ferie, cioè al ristoro e al reintegro delle energie psicofisiche.

Mancata capacità temporanea al godimento del riposo feriale

In altri termini la sentenza in oggetto vuole tutelare il lavoratore nella capacità di raggiungere un recupero psicofisico, mediante la possibilità di svolgere quelle attività ricreative e di riposo che sono alla base dell' istituto delle ferie, ma che non necessariamente devono discendere dalla valutazione della incapacità lavorativa specifica. Da qui nasce la necessità di separare le due valutazioni tenendo presente che l' istituto delle ferie in quanto tale, essendo finalizzato al recupero psicofisico, alla funzione di riposo, alla attività ricreativa, di fatto prescinde dal solo riconoscimento della incapacità a svolgere il proprio lavoro specifico.

Pertanto, a puro titolo esemplificativo, si può affermare che laddove è presente una inabilità temporanea assoluta generica, come si può verificare in seguito ad elevati stati febbrili, ricoveri ospedalieri, ingessature di grandi articolazioni, malattie gravi di apparati e organi ecc., viene di regola inibita la possibilità di godimento delle ferie, mentre nel caso di inabilità temporanea assoluta al lavoro specifica si possono riscontrare due possibilità:

Inabilità temporanea

- *la prima quando la menomazione funzionale, ancorché importante per lo svolgimento del lavoro specifico, ha riflessi marginali sul ristoro proprio delle ferie e pertanto non risulterà idonea a interromperle (come nei casi di cefalea, stress psicofisico, sindromi ansioso depressive reattive all' ambiente di lavoro e in genere quelle patologie che spesso trovano nelle attività ludico ricreative un valido sostegno alla risoluzione della sintomatologia);*
- *la seconda quando la stessa menomazione funzionale, producendo un sostanziale e apprezzabile pregiudizio alle funzioni biologiche preposte al ristoro e al reintegro delle energie psicofisiche, influenza negativamente il godimento delle ferie e risulta pertanto idonea ad interromperle.*

Il giudizio sulla idoneità o meno della malattia ad interrompere le ferie sarà esposto dal medico sul referto, qualora sia richiesto al medico anche il giudizio sulla compatibilità o meno della malattia agli effetti interruttivi delle ferie; tale valutazione medico-legale, sarà espressa dal medico contrassegnando la specifica casella.

Referto medico

Portatori sani
di agenti patogeni

7.5 PORTATORI SANI DI AGENTI PATOGENI

Il portatore sano di agenti infettivi, allontanato dal lavoro per esigenze profilattiche su disposizione dell'Autorità pubblica sanitaria, ha diritto all'indennità giornaliera di malattia per tutto il periodo di interruzione dell'attività lavorativa, a condizione che il lavoratore stesso risulti bisognoso di assistenza medica con la somministrazione dei necessari mezzi terapeutici.

La corresponsione dell'indennità di malattia è subordinata all'acquisizione di copia del provvedimento dell'Autorità pubblica sanitaria dalla quale risulta il forzato allontanamento dal lavoro per esigenze profilattiche con l'indicazione dei relativi periodi contumaciali.

Nella fattispecie considerata, in analogia con quanto disposto a proposito delle certificazioni sanitarie rilasciate da Enti ospedalieri (vedi circolare n. 134368 A.G.O./14 del 28 gennaio 1981), non trovano applicazione le sanzioni per l'eventuale ritardato inoltro della documentazione di interesse (Circolare INPS n. 134381/A.G.O. 246 del 4 dicembre 1981).

Documentazione
sanitaria

8. DOCUMENTAZIONE SANITARIA E SANZIONI PER MANCATA CERTIFICAZIONE

8.1 DOCUMENTAZIONE SANITARIA

Inizio malattia

Ai fini del pagamento dell'indennità di malattia l'infermità comportante incapacità lavorativa deve essere documentata dal lavoratore mediante certificazione sull'inizio e la durata presunta della malattia rilasciata dal medico curante.

Prognosi

L'indennità spetta per la durata della malattia (prognosi) indicata nella certificazione sanitaria: in caso di prosecuzione della malattia oltre la prognosi il lavoratore, per conservare il diritto all'indennità, è tenuto a documentare la circostanza mediante certificazione medica di continuazione della malattia.

Continuazione
della malattia

L'art. 15 della legge 23.4.1981 n. 155, sostituendo l'ultimo comma dell'art. 2 del D.L. n. 663/79, convertito in legge 29.2.1980 n. 33, ha disposto che "il medico curante, qualora l'evento morboso si configuri quale prosecuzione della stessa malattia, ne deve fare menzione nel certificato e nell'attestazione. Tale norma deve essere interpretata nel senso che la menzione deve essere fatta tanto nel caso di continuazione della malattia, quanto in quello di "ricaduta", allorché, cioè, pur avendo l'assistito ripreso l'attività di lavoro nell'intervallo temporale, la seconda assenza per malattia non configuri un nuovo evento morboso, ma una prosecuzione del primo.

Ricaduta
della malattia

Naturalmente, agli effetti della liquidazione delle prestazioni economiche, la malattia costituirà "ricaduta" sotto il profilo amministrativo – con le relative conseguenze, quali la mancata trattenuta dei giorni di carenza, l'eventuale elevazione della misura dell'indennità, ecc. – soltanto in presenza di specifici limiti temporali previsti per le varie categorie di assicurati (circolare INPS n. 111 del 26.5.1981)

Certificati intervallati
dal sabato e domenica

In ordine a due certificati, che presentano entrambi barrata la casella "inizio" e relativi a due periodi di malattia intervallati dal sabato e domenica, senza ripresa dell'attività lavorativa i distinti periodi di malattia vanno trat-

tati, agli effetti erogativi, quali autonomi eventi, in quanto la presenza del contrassegno, nel secondo certificato, della casella “inizio” vale quale attestazione del riacquisto della capacità lavorativa tra i due episodi morbosi (lettera dell’Istituto del 18 luglio 1995).

Nell’eventualità di certificati privi di contrassegno, potranno essere considerati di “continuazione”, tenendo presenti le indicazioni generali fornite con lettera dell’8 luglio 1995, quelli che attestano periodi di malattia intervallati da una giornata festiva (o dal sabato e domenica in caso di settimana corta), considerando quindi, ai conseguenti fini erogativi, i diversi periodi quale unico episodio morboso.

Certificati intervallati
da giornate festive

E’ da sottolineare comunque che, anche quando l’episodio morboso possa, come detto, essere considerato unico, le giornate non documentate non possono essere indennizzate a carico di questo Istituto, salvo la giornata immediatamente precedente la visita, se questa è stata effettuata nel giorno successivo alla chiamata (visita domiciliare).

Resta inteso che, in caso di ripresa dell’attività lavorativa prima della scadenza della prognosi, l’indennità non spetta a partire dalla data di ripresa dell’attività lavorativa.

Ripresa lavorativa
anticipata

(Circolare INPS n. 79 del 02 maggio 2017)

La data di fine prognosi – in assenza di ulteriore certificazione – costituisce il termine ultimo ai fini dell’erogazione della prestazione economica di malattia, assumendo un significato di rilievo da un punto di vista amministrativo-previdenziale. E’ evidente, tuttavia, che sul piano medico legale, tale data rappresenta un elemento “previsionale” sul decorso clinico e sull’esito dello stato patologico riportato in diagnosi, formulato da parte del medico certificatore sulla base di un giudizio tecnico. Appare, conseguentemente, suscettibile di possibili variazioni sia in termini di prolungamento sia di riduzione, in base ad un decorso rispettivamente più lento o più rapido della malattia.

Prognosi

Nell’ipotesi di un prolungamento dello stato morboso, il lavoratore – per prassi già consolidata – provvede a farsi rilasciare dal medico uno o più certificati di continuazione, solo a fronte dei quali è possibile, sul piano previdenziale, il riconoscimento, per l’ulteriore periodo di incapacità temporanea al lavoro, della tutela per malattia.

Ugualmente, nel caso di una guarigione anticipata, l’interessato è tenuto a richiedere una rettifica del certificato in corso, al fine di documentare correttamente il periodo di incapacità temporanea al lavoro.

Guarigione anticipata

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 (ad eccezione di quanto previsto dal Decreto del Ministero del Lavoro e della previdenza sociale 12 gennaio 2001 per i lavoratori iscritti alla Gestione separata di cui di cui all’art. 2 comma 26 della legge n. 335/1995).

Il certificato, pertanto, per i lavoratori cui è garantita la tutela in argomento, assume, di fatto, il valore di domanda di prestazione.

Sotto il primo profilo, è da ritenersi che, in presenza di un certificato con prognosi ancora in corso, il datore di lavoro non possa consentire al lavoratore la ripresa dell'attività lavorativa ai sensi della normativa sulla salute e sicurezza dei posti di lavoro. L'art. 2087 del codice civile, come noto, infatti, impegna il datore di lavoro ad adottare tutte le misure necessarie a tutelare l'integrità fisica dei prestatori di lavoro e l'art. 20 del D.lgs. n. 81/2008 obbliga il lavoratore a prendersi cura della propria salute e di quella delle altre persone presenti sul luogo di lavoro.

*Certificato di
rettifica della
prognosi*

Ne consegue che il dipendente assente per malattia che, considerandosi guarito, intenda riprendere anticipatamente il lavoro rispetto alla prognosi formulata dal proprio medico curante potrà essere riammesso in servizio solo in presenza di un certificato medico di rettifica della prognosi originariamente indicata.

Per quanto concerne, invece, l'obbligo del lavoratore nei confronti dell'Inps, si evidenzia che lo stesso è tenuto a garantire la massima collaborazione e correttezza verso l'Istituto nei confronti del quale, con la presentazione del certificato di malattia – anche se avvenuta mediante la modalità della trasmissione telematica da parte del proprio medico curante – ha inteso instaurare uno specifico rapporto di natura previdenziale con conseguente possibile erogazione – in presenza di tutti i requisiti normativamente previsti – della relativa indennità economica.

Invio telematico

Il lavoratore è, quindi, tenuto a comunicare, mediante la rettifica del certificato telematico, il venir meno della condizione morbosa di cui al rischio assicurato, presupposto della richiesta di prestazione economica all'Istituto.

Medico certificatore

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.

*Prima del rientro al
lavoro*

Anche nel caso in cui il medico si trovi nella condizione di dover utilizzare il servizio alternativo di Contact Center per la presentazione dei certificati di malattia on line, previsto dal disciplinare tecnico del decreto ministeriale citato in premessa, ciò dovrà esser fatto tempestivamente e prima del rientro anticipato al lavoro del soggetto.

L'obbligatorietà di rettifica del certificato, nei casi di data di fine prognosi anticipata, trova fondamento normativo anche ai sensi del disciplinare tecnico del decreto ministeriale citato in premessa, che stabilisce, appunto, che nel caso in cui si manifesti un decorso più favorevole dell'evento di malattia e la data di fine prognosi debba essere ridotta, il medico curante che ha redatto il certificato apporti una rettifica richiamando il certificato medesimo

L'informazione viene in tal modo immediatamente acquisita, mediante flusso telematico, dall'Inps che la utilizza ai propri fini istituzionali e la mette a disposizione dei datori di lavoro interessati mediante i servizi per le aziende.

Nei casi di residuali certificati redatti per causa di forza maggiore in modalità cartacea, il lavoratore dovrà farsi rilasciare apposito certificato di fine prognosi che dovrà essere inviato immediatamente all'Inps e al datore di lavoro.

Provvedimenti sanzionatori

Provvedimenti sanzionatori

Nei casi in cui emerga, a seguito di assenza a visita di controllo domiciliare e/o ambulatoriale, la mancata o tardiva comunicazione della ripresa anticipata dell'attività lavorativa, verranno applicate, nei confronti del lavoratore, le sanzioni già previste per i casi di assenza ingiustificata a visita di controllo, nella misura normativamente stabilita per tali fattispecie:

- 100% dell'indennità per massimo 10 giorni, in caso di 1^ assenza;*
- 50% dell'indennità nel restante periodo di malattia, in caso di 2^ assenza;*
- 100% dell'indennità dalla data della 3^ assenza (circ. n. 166 del 26 luglio 1988).*

Misura

Si precisa al riguardo che la sanzione sarà comminata al massimo fino al giorno precedente la ripresa dell'attività lavorativa, considerando tale ripresa come una dichiarazione "di fatto" della fine prognosi (avvenuta nella giornata immediatamente precedente) dell'evento certificato.

Periodo

Il lavoratore, che si trovi nelle ipotesi sopra descritte e che, non trovato al domicilio di reperibilità, venga invitato a visita ambulatoriale, dovrà, comunque, produrre una dichiarazione attestante la ripresa dell'attività lavorativa.

8.1.1 Figura del medico curante

Medico curante

(Circolare INPS n. 99 del 13 maggio 1996)

Di massima, il sanitario preposto al compito di accertare l'incapacità al lavoro degli aventi diritto all'indennità di malattia è quello di libera scelta del lavoratore; l'espressione letterale "curante" utilizzata dal legislatore, porta a dover attribuire validità, ai fini erogativi di cui trattasi, anche alle certificazioni rilasciate, pure su modelli non "standard" (ad es. ricettario privato), da medici diversi, ai quali l'assicurato si sia rivolto per motivi di urgenza ovvero comunque per esigenze correlate alle specificità della patologia sofferta.

Il criterio vale anche per i certificati rilasciati all'atto della dimissione dagli ospedali o dalle strutture di pronto soccorso, purché dagli stessi risulti una prognosi non di natura strettamente "clinica", ma che, attraverso una precisa diagnosi, metta il medico dell'INPS in condizione di valutare l'incapacità al lavoro; in caso di dubbio, la valutazione della rilevanza della certificazione così rilasciata sarà demandata al medico di Sede.

Certificato rilasciato per dimissioni dall'ospedale

Si sottolinea ad ogni buon conto che, in tutti i casi del genere, la "diversa" certificazione - da inoltrare, secondo norma, sia all'INPS che al datore di lavoro (a quest'ultimo anche in fotocopia) nei termini previsti- può essere ritenuta valida, agli effetti previdenziali di interesse, sempreché dalla stessa siano ricavabili i dati normalmente richiesti: nominativo del lavoratore, diagnosi e prognosi, intestazione, data del rilascio, timbro e firma del medico, nonché l'abituale domicilio del lavoratore ed eventualmente il diverso temporaneo recapito - dati questi da indicare a cura dell'assicurato, anche a parte -, e ciò pure ai fini della predisposizione di eventuali controlli, come previsto dalla legge.

Certificato di pronto soccorso

Resta fermo in ogni caso che, qualora la certificazione pur presentando gli elementi essenziali, senza i quali l'atto non è neppure qualificabile come "certificato" (e, cioè, nominativo, intestazione e prognosi) manchi di altri

Certificato medico elementi essenziali

ra di gestione dei certificati o nella procedura “Arca”.

Diversamente, quando cioè l'indirizzo di interesse non è noto all'Istituto (tale è da considerare anche l'eventuale conoscenza di un indirizzo che, in occasione del controllo disposto, si rileva non più attuale) l'irregolarità comporterà la non indennizzabilità - come è stato ritenuto dalla giurisprudenza - fino a quando il dato non venga acquisito.

8.1.2 Lavoratore occupato in Italia che si ammala all'estero

*Lavoratore ammalato
all'estero in paesi
extraCE*

I lavoratori extracomunitari che lavorano in Italia e che si ammalano durante occasionali rientri nei Paesi d'origine, per poter fruire delle prestazioni economiche di malattia a carico dell'INPS devono:

1. spedire il certificato medico rilasciato dal medico estero, entro due giorni dal rilascio, all'INPS e al proprio datore di lavoro in Italia (L. 29.2.1980 n. 33, art. 2, comma 2) con indicato il temporaneo recapito estero;
2. controllare che la certificazione di malattia e/o il certificato di degenza ospedaliera da inviare all'Istituto contengano sempre sia la prognosi che la diagnosi, nonché le stesse siano congruenti fra di loro: in caso contrario i medici dell'INPS non riterranno valida la certificazione inviata e di conseguenza non potrà essere erogata la relativa prestazione economica;
3. indicare sempre nel certificato medico la propria residenza o domicilio in Italia;
4. indicare il nominativo e l'indirizzo del proprio datore di lavoro in Italia;
5. tenere presente che il certificato deve essere tradotto, vistato e legalizzato dalle Autorità Diplomatiche o Consolari Italiane operanti nel territorio del Paese di origine. La regolarizzazione di cui sopra potrà essere completata in tempi successivi al rientro in Italia.

Si fa presente ai datori di lavoro che la mancata regolarizzazione del certificato presso le Autorità Italiane nel Paese d'origine preclude all'azienda la possibilità di procedere a qualsiasi anticipazione dell'indennità economica.

Si rappresenta la necessità del rispetto di quanto indicato nei punti precedenti per l'erogazione delle prestazioni, ai sensi della vigente normativa.

Legalizzazione dei certificati di malattia rilasciati da medici stranieri all'estero:

*Lavoratori all'estero
in Paesi extra CE non
convenzionati*

(Circolare INPS n. 136 del 25 luglio 2003)

Nel caso di assicurati occupati in Italia che si ammalano durante soggiorni all'estero in Paesi non facenti parte della Comunità Europea ovvero in Paesi che non hanno stipulato con l'Italia Convenzioni ed Accordi specifici che regolano la materia, la corresponsione dell'indennità di malattia può aver luogo solo dopo la presentazione all'INPS della certificazione originale, legalizzata a cura della rappresentanza diplomatica o consolare italiana operante nel territorio estero.

L'adempimento, potendo richiedere tempi più lunghi, può essere espletato, a cura dell'interessato, anche in un momento successivo al rientro (e, ovviamente, pure per via epistolare), fermo restando che il lavoratore è tenuto all'invio della certificazione entro 2 giorni dal rilascio al datore di lavoro ed all'INPS (eventualmente in copia).

Si precisa che per "legalizzazione" si intende l'attestazione, da fornire anche a mezzo timbro, che il documento è valido ai fini certificativi secondo le disposizioni locali. Conseguentemente la sola attestazione della autenticità della firma del traduttore abilitato ovvero della conformità della traduzione all'originale non equivale alla legalizzazione e non è sufficiente ad attribuire all'atto valore giuridico in Italia.

Si conferma da ultimo, come di recente ribadito dal Ministero degli Affari Esteri, interessato a seguito di posizioni diverse assunte da alcune Ambasciate o Consolati, che in materia di legalizzazione continuano ad essere applicate le procedure vigenti.

(Circolare INPS n. 95 bis del 6 settembre 2006)

Per i lavoratori occupati in Italia che si ammalano durante temporanei soggiorni in Paesi che non fanno parte della Unione Europea o che non hanno stipulato con l'Italia Convenzioni o Accordi specifici che regolano la materia, la corresponsione dell'indennità di malattia può aver luogo solo dopo la presentazione all'INPS della certificazione originale, legalizzata a cura della locale rappresentanza diplomatica o consolare italiana.

Alcune Ambasciate o Consolati operanti presso i predetti Paesi (ad esempio Marocco, Sri Lanka) incaricano medici di loro fiducia di esaminare i certificati di cui trattasi. Detti medici, dopo averne accertata la veridicità, consegnano agli interessati (che talvolta vengono anche sottoposti a visita) la certificazione "originale" convalidata, ovvero, in sostituzione di questa, altra certificazione da loro redatta direttamente in lingua italiana.

In presenza di tali situazioni la legalizzazione deve ritenersi in sostanza perfezionata all'atto della convalida della certificazione originale o della redazione della nuova certificazione, fermo restando che è comunque sempre necessaria la attestazione, da parte dell'ambasciata o consolato interessati, della veste di proprio medico fiduciario conferita al sanitario che ha svolto il servizio in argomento, nonché della autenticità della sua firma.

*Lavoratori all'estero
in paesi extra CE
convenzionati*

L'adempimento della "legalizzazione" può non essere richiesto ai lavoratori che si ammalano in Paesi non facenti parte dell'Unione Europea ma che hanno stipulato con l'Italia (o con la U.E.) Convenzioni o Accordi specifici che regolano la materia in cui è espressamente previsto che la certificazione di malattia rilasciata dall'Istituzione locale competente (o, per quanto qui interessa, da medici abilitati dalla stessa) è esente da legalizzazione.

Elenco Paesi

I Paesi di cui trattasi sono:

- Paesi extra UE con i quali sono stati stipulati Accordi che prevedono l'applicazione della disciplina comunitaria: Islanda, Norvegia e Liechtenstein in base all'Accordo SEE (Spazio Economico Europeo), Svizzera (in base all'Accordo sulla libera circolazione tra CH e UE) e Turchia (in applicazione alla Convenzione Europea di sicurezza sociale).*

- *Paesi extra UE con i quali sono stati stipulate Convenzioni estese all'assicurazione per malattia: Argentina, Australia, Brasile, Canada e Quebec, Israele, Isole del Canale e Isola di Man, Ex Jugoslavia (Repubblica di Bosnia ed Erzegovina, Repubblica del Kosovo, Repubblica di Macedonia, Repubblica di Montenegro, Repubblica di Serbia e Vojvodina) Principato di Monaco, Repubblica di Capo Verde, Repubblica di San Marino, Santa Sede, Tunisia, Turchia, USA, Uruguay e Venezuela (aggiornato con il sito INPS alla data 11/2018)*

In particolare: le Sedi INPS hanno la possibilità, prevista in genere da dette Convenzioni o Accordi, di richiedere alle locali Casse o analoghe Istituzioni l'effettuazione di accertamenti sanitari sui lavoratori assistiti in Italia che si ammalano sul territorio estero, fornendo le generalità degli interessati ed il loro esatto recapito all'estero.

E' ovvio che per gli altri Paesi per i quali, ancorché in presenza di Convenzioni sulla materia, non è prevista espressa dispensa, continua ad essere necessaria la legalizzazione da parte delle rappresentanze diplomatiche o consolari, secondo le disposizioni vigenti.

Infine, si ricorda che sono esenti da legalizzazione a condizione che rechino l'APOSTILLE' gli atti e i documenti rilasciati dagli Stati aderenti alla Convenzione dell'Aja del 5 ottobre 1961.

8.1.3 Trasferimento all'estero durante la malattia

(Circolare INPS n. 192 del 7 ottobre 1996)

All'assicurato che si rechi, durante la malattia, in località diversa da quella abituale va riconosciuto il diritto alla relativa indennità, sempreché comunichi all'Istituto e al datore di lavoro, utilizzando la medesima certificazione di malattia o altro mezzo idoneo, il nuovo temporaneo indirizzo, consentendo, così, tutti i controlli sanitari ritenuti necessari. La possibilità di controllo sanitario costituisce, quindi, in sostanza, il presupposto della trasferibilità del domicilio dell'assicurato durante la malattia. Anche la Corte Costituzionale ha ribadito, con sentenza n. 78/1988, il principio della doverosa cooperazione del lavoratore per l'esecuzione dei controlli sanitari, cosicché il trasferimento durante la malattia in località difficilmente accessibile da parte dei medici di controllo può giustificare la trattazione della fattispecie sotto il profilo della irreperibilità. E' evidente come l'attività di controllo venga resa particolarmente difficoltosa in caso di trasferimento in località estera.

La normativa CEE (art.22 del Regolamento n.1408/71 del 14.6.1971) prevede quale presupposto per la concessione di prestazioni durante la malattia all'assicurato la necessità di una preventiva autorizzazione da parte dell'istituzione competente "a ritornare nel territorio dello Stato membro in cui risiede ovvero a trasferire la residenza nel territorio di altro Stato membro" o "a recarsi nel territorio di un altro Stato membro per ricevere cure adeguate al suo stato": pur potendo l'INPS rientrare nel concetto di "istituzione competente", l'autorizzazione a spostamenti nell'ambito dei paesi CEE viene, per prassi, rilasciata dalle USL (modello E112), a cui pertanto l'interessato deve rivolgersi.

In caso di trasferimento, quindi, il lavoratore dovrà, ai fini di interesse, fornire all'INPS e al datore di lavoro copia della predetta autorizzazione.

*Trasferimento all'estero
durante la malattia*

Indirizzo temporaneo

Anche il trasferimento in uno Stato con il quale non sono in vigore convenzioni nella materia va analogamente disciplinato, nel senso che deve essere autorizzato: pertanto, potranno essere considerate favorevolmente, con conseguente pagamento dell'indennità, solo richieste di trasferimento autorizzate dall'INPS o dalle USL.

Qualora l'interessato si rivolga all'INPS, il medico dell'Istituto valuterà allo scopo la necessità di migliori cure e/o di assistenza che il lavoratore potrà ricevere nell'altro Paese, subordinando eventualmente l'autorizzazione all'onere di sottoporsi a visite di controllo - di cui dovrà esibire la relativa documentazione - presso istituzioni sanitarie del luogo o da parte di medici di fiducia dei consolati o ambasciate d'Italia.

(Messaggio INPS n. 4271 del 16 novembre 2018)

Provvedimento
di autorizzazione

Il provvedimento di autorizzazione di cui alla circolare INPS n. 192 del 7 ottobre 1996 va riqualificato alla stregua di una valutazione medico legale esclusivamente tesa ad escludere eventuali rischi di aggravamento del paziente, derivanti dal trasferimento medesimo, in ragione dei maggiori costi per indennità di malattia che una tale circostanza comporterebbe a carico dell'Istituto.

Pertanto, qualora il paziente effettui comunque il trasferimento – che non può essergli vietato - nonostante il parere negativo dell'INPS, verrà applicato l'istituto della sospensione del diritto all'indennità economica, previsto dalla normativa vigente (cfr. la circolare n. 14 – n. 134368 A.G.O. - del 28/01/1981, paragrafo 14.2) per tutti i casi in cui il lavoratore compia atti che possono pregiudicare il decorso della malattia.

Appare evidente che i predetti chiarimenti riguardano solo il caso di provvedimenti di autorizzazione rilasciati dall'INPS e non anche le eventuali autorizzazioni ASL che attengono ai profili, di diversa natura, relativi alla copertura delle prestazioni sanitarie erogabili in convenzione all'estero.

Ai fini pertanto del riconoscimento dell'indennità di malattia, il lavoratore che intenda trasferirsi in altro Paese UE dovrà procedere con una preventiva comunicazione alla Struttura territoriale INPS di competenza per le necessarie valutazioni medico legali.

La Struttura competente provvederà a convocare il prima possibile – nei limiti delle proprie disponibilità organizzative – il lavoratore a visita di controllo ambulatoriale, sia al fine di accertare l'effettivo stato di incapacità al lavoro sia per verificare che non vi sia alcun rischio di aggravamento conseguente al trasferimento all'estero. Espletata la visita, sarà rilasciato al lavoratore un verbale valutativo da redigere sull'apposito modello allegato al presente messaggio

In tale sede, il lavoratore potrà fornire l'indirizzo di reperibilità all'estero per eventuali possibili controlli medico legali.

Per le istanze di trasferimento in Paesi extra UE, restano valide le indicazioni fornite con la circolare n. 192 del 07/10/1996, in merito alla valutazione da parte dell'Istituto di migliori cure e/o assistenza che il lavoratore potrà ricevere nel Paese estero.

8.1.4 Prestazioni di Pronto Soccorso

(Circolare INPS n. 136 del 25 luglio 2003)

L'Istituto (Circolare INPS n. 99 del 13.5.96) attribuisce validità, ai fini dell'erogazione delle prestazioni economiche di malattia, anche alla certificazione rilasciata dagli ospedali o dalle strutture di pronto soccorso.

Si precisa che limitatamente alle giornate di ricovero e/o alla giornata in cui è stata eseguita la prestazione di pronto soccorso così documentate, agli effetti del riconoscimento del diritto alla prestazione, è sufficiente che la certificazione suddetta sia redatta su carta intestata e riporti le generalità dell'interessato, la data del rilascio, la firma leggibile del medico e l'indicazione della diagnosi.

Eventuali semplici "attestazioni" di ricovero, in genere carenti della diagnosi, non sono pertanto da ritenere valide ai fini certificativi.

In presenza di certificazioni rilasciate dalle strutture ospedaliere in cui siano formulate prognosi successive al ricovero o alla prestazione di pronto soccorso, la copertura dei relativi periodi, agli effetti erogativi di interesse, è riconoscibile soltanto quando il giudizio prognostico suddetto faccia riferimento esplicito ad uno stato di incapacità lavorativa e non alla mera prognosi clinica salvo complicazioni.

La medesima certificazione, da inviare entro due giorni dal rilascio (cfr. successivo capitolo 9.), sarà considerata regolare se completa degli altri dati essenziali sopra specificati; nel caso, il lavoratore dovrà indicare, oltre ai dati relativi all'azienda presso la quale è occupato, anche la sua abituale residenza e l'eventuale diverso temporaneo recapito al fine della predisposizione dei previsti controlli.

8.1.4.1 Permanenza prolungata di pazienti presso le Unità Operative di Pronto Soccorso

Permanenza in
Unità Operative
di Pronto Soccorso

(Messaggio INPS n. 1074 del 09 marzo 2018)

La permanenza di pazienti presso le unità operative di pronto soccorso, per trattamenti sanitari a seguito di accesso, di durata anche prolungata nel tempo (due o più giorni) è prevista per prestazioni mediche eseguite nei casi di urgenza/emergenza che, a fronte delle valutazioni cliniche e degli approfondimenti diagnostici necessari, possono evolversi in modalità diverse (dimissioni del paziente, ricovero urgente, trasferimento in ospedali altamente specializzati, etc.).

In molte strutture ospedaliere, per affrontare queste situazioni sono state istituite le c.d. Strutture Semplici OBI (Osservazione Breve Intensiva) e DB (Degenza Breve - struttura nata in base a specifiche delibere regionali), spesso annesse alle unità operative di pronto soccorso; ovviamente, ulteriori denominazioni potrebbero essere utilizzate dalle varie autonomie locali per individuare strutture con medesimo ruolo funzionale delle OBI e DB, quale espressione della medicina d'urgenza.

La permanenza di pazienti in tali strutture può variare sensibilmente e durare anche alcuni giorni qualora le condizioni del malato richiedano un chiarimento diagnostico - in attesa di dirimere l'evoluzione del caso di specie verso la dimissione o verso il ricovero presso l'apposito reparto della struttura ospedaliera - ovvero nel caso in cui l'appropriato reparto di ricovero non sia

immediatamente accessibile.

Vi sono strutture ospedaliere che - non avendo deliberato la costituzione delle nominate strutture OBI e DB (o altre con medesima finalità funzionale) come entità esplicitamente autonome – espletano tale funzione direttamente in regime di pronto soccorso.

In tali casi, è evidente che la permanenza di un paziente presso il pronto soccorso presenta le medesime caratteristiche del ricovero ospedaliero e tale deve quindi essere considerata ai fini della tutela previdenziale, ove prevista, e della correlata certificazione medica da produrre.

Quindi, nei casi in cui i trattamenti o l'osservazione presso le unità operative di pronto soccorso richiedano ospitalità notturna, deve applicarsi, nell'ambito della tutela previdenziale della malattia, la medesima disciplina prevista per gli eventi di ricovero ospedaliero.

Considerato che le strutture di pronto soccorso sono tenute alla trasmissione telematica dei certificati di malattia/ricovero, ai sensi del decreto del Ministero della Salute 18 aprile 2012 e disciplinare allegato, possono configurarsi, quindi, le seguenti due fattispecie:

1. situazioni che richiedono ospitalità notturna del malato equiparabili, ai fini previdenziali, ad un ricovero: in tal caso, il lavoratore dovrà farsi rilasciare, ove nulla osti da parte della struttura ospedaliera, apposito certificato di ricovero;

2. situazioni che si esauriscono con dimissione del malato senza permanenza notturna presso la struttura da gestire per gli aspetti dell'indennità Inps come evento di malattia: il certificato da produrre sarà quindi quello di malattia.

Solo a fronte della certificazione telematica prodotta come stabilito nel citato decreto del Ministero della Salute, l'evento può, infatti, essere gestito nella corretta modalità nell'ambito delle procedure INPS. Diversamente, ovvero qualora anche a fronte di ospitalità notturna presso le unità operative di pronto soccorso non venga rilasciato il certificato di ricovero bensì di malattia, per consentire la corretta gestione dell'evento, il lavoratore è tenuto a fornire ulteriori elementi utili per l'istruttoria inviando alla Struttura territoriale Inps e al proprio datore di lavoro - nei casi di prevista erogazione in via di anticipazione della prestazione - apposita documentazione dalla quale sia rilevabile la citata permanenza prolungata presso la struttura di pronto soccorso.

Con l'occasione, si ribadisce che nelle ipotesi residuali in cui le citate strutture siano impossibilitate a procedere con la trasmissione telematica dei certificati di ricovero o di malattia, questi potranno essere rilasciati in modalità cartacea, avendo cura di riportare tutti gli elementi obbligatori previsti dalla legge con particolare riguardo alla diagnosi e alla prognosi.

In proposito, si ricorda che la prognosi utile ai fini del riconoscimento dell'indennizzabilità della malattia non è la mera prognosi clinica, ma quella riferita all'incapacità lavorativa del malato e che dovrà essere espressa in tali termini.

Pertanto, mentre in caso di certificato telematico non sussiste alcuna ambiguità, qualora venga rilasciato un certificato cartaceo - sia compilato a mano che stampato da procedura gestionale - l'eventuale dicitura "prognosi

clinica” deve essere integrata/sostituita con quella prevista dalla legge di “prognosi riferita all’incapacità lavorativa”.

Tuttavia, per non generare un eventuale disagio ai lavoratori, è opportuno che queste fattispecie siano valutate sotto il profilo medico legale dell’integrazione del rischio assicurativo dal medico dell’Ufficio medico legale territorialmente competente, che può eventualmente disporre un apposito accertamento domiciliare/ambulatoriale.

Solo qualora non siano perfezionati anche i requisiti amministrativi ritenuti essenziali (di cui alla circolare n. 99/1996: intestazione, nominativo del lavoratore, data, firma, diagnosi e prognosi di incapacità al lavoro) il certificato redatto non può produrre effetti assicurativi e va considerato nullo per anomalia insanabile.

8.1.5 Prestazioni di fisiochinesi terapia

*Fisiochinesi
terapia*

(Circolare INPS n. 38/1987 e n.48/1993)

La mera prescrizione di trattamenti di fisiochinesi terapia non dà titolo di per sé all’erogazione delle prestazioni economiche di malattia non potendosi riconoscere natura di “certificato di malattia” a tale attestato in quanto carente dell’essenziale requisito dell’incapacità al lavoro in relazione alla diagnosi.

In presenza di casi del genere la sussistenza del rischio assicurato verrà valutata dal sanitario di Sede, sulla base della certificazione integrativa che dovrà essere prodotta secondo quanto stabilito dalla circolare n. 48/1993, verificando altresì l’osservanza degli adempimenti previsti nell’eventualità di temporaneo allontanamento dal proprio domicilio, con particolare riferimento ad eventuali controindicazioni sul decorso della malattia (Circolare INPS n. 38/1987).

L’INPS ha raccomandato inoltre di seguire con particolare attenzione quelle situazioni che anche a prescindere da trattamenti di terapia fisica, potrebbero sottendere soluzioni alternative a fruizioni di cure termali, con elusione della relativa normativa (Circolare INPS n. 145 del 28 giugno 1993).

8.1.6 Permessi concessi nel corso di degenze ospedaliere

*Permessi nel corso
di degenza ospedaliera*

Possono essere concessi dalla struttura Ospedaliera, durante un periodo di ricovero, che rimane unico, “permessi di rientro a casa” anche fino a 5/6 giorni.

Le suddette giornate di non degenza possono essere indennizzate in misura normale, non operando, cioè, la riduzione prevista per i lavoratori ricoverati senza familiari a carico, in presenza di diversa regolare certificazione del medico curante, attestante la sussistenza dello stato di incapacità lavorativa.

Eventuali istanze di lavoratori che abbiano omissso, in buona fede, di inviare la predetta certificazione di malattia, ovvero l’abbiano trasmessa in ritardo, potranno essere considerate favorevolmente, previo conforme giudizio sanitario INPS, analogamente a quanto previsto per i periodi di malattia successivi a prestazioni di “pronto soccorso”.

8.1.7 Certificati di “Dimissioni Protette”

(Circolare INPS n.136 del 25 luglio 2003)

E' frequente il ricorso alle cosiddette “dimissioni protette” per ricoveri che richiederebbero lunghe degenze ai soli fini di eseguire, per il raggiungimento della guarigione completa o della stabilizzazione della situazione morbosa, un monitoraggio clinico ovvero esami clinico-strumentali più o meno indaginosi e complessi.

In sostanza la condizione di degenza non è in assoluto conclusa, ma viene temporaneamente sospesa.

Si tratta di periodi complessivi di solito protratti e indeterminati, durante i quali il soggetto si rapporta alla struttura di ricovero solo nelle giornate allo scopo programmate e, fra l'uno e l'altro appuntamento, può anche aver recuperato la propria capacità al lavoro.

Al riguardo, definendo questa pausa fra un appuntamento e l'altro “periodo intermedio”, si chiarisce che ai fini erogativi i “periodi intermedi” non sono equiparabili a ricovero.

Si tratta, infatti, di situazioni non comprovanti di per sé la permanenza dell'incapacità al lavoro, con la conseguenza che l'episodio morboso è da ritenere indennizzabile solo per i giorni effettivamente trascorsi in regime di ricovero.

Per l'indennizzabilità dei periodi intermedi nell'ambito della “dimissione protetta” è necessario quindi che dalla relativa certificazione, rilasciata dalla struttura ospedaliera (ovvero dal curante), risulti che il lavoratore sia non soltanto “ammalato” ma anche temporaneamente incapace al lavoro a causa della malattia da cui è affetto.

Anche nel caso in esame la certificazione di cui trattasi dovrà essere inviata a cura del lavoratore entro due giorni dal rilascio e dovrà contenere tutti i dati richiesti; eventuali ritardi od omissioni saranno parimenti considerati secondo le disposizioni generali, pure ai fini della giustificabilità dei motivi adottati.

Resta inteso che nell'eventualità di rientro nella struttura ospedaliera, al termine del periodo di “dimissione protetta” ovvero anche durante lo stesso, l'evento potrà essere indennizzato - se ne ricorrono i presupposti (evento intervenuto entro 30 giorni dal precedente) - quale “ricaduta”.

8.1.8 Certificati di Day Hospital

(Circolare INPS n.136 del 25 luglio 2003)

Con circolare n. 192 del 7.10.1996, par. 4, è stato precisato che, nel caso di prestazioni debitamente documentate effettuate in day hospital, il requisito della sussistenza dello stato di incapacità lavorativa, necessario ai fini dell'indennizzabilità dell'evento, può intendersi realizzato quando la permanenza giornaliera nel luogo di cura copre la durata giornaliera dell'attività lavorativa ovvero, nell'ipotesi di permanenza inferiore, quando, a livello medico, il lavoratore sia ritenuto comunque incapace al lavoro nel corso della stessa giornata di effettuazione del trattamento.

Al riguardo si fa presente che la specifica materia, inizialmente disciplinata dal DPR 20.12.1992, ha subito successivi interventi legislativi, legati soprat-

tutto all'introduzione di nuovi sistemi di classificazione delle patologie - finalizzati sotto il profilo dell'ottimizzazione del rapporto costo - beneficio alla quantizzazione media dei giorni di ricovero correlati (chiamati DRG e cioè "Diagnosis Related Groups") - e ai LEA (Livelli Essenziali di Assistenza).

Sono state, pertanto, specificamente individuate le prestazioni erogabili in day hospital, tutte qualificate da patologie a gravità media ovvero di complessa gestione per la molteplicità di interventi necessari nella stessa giornata e, persino, da interventi chirurgici non eccessivamente impegnativi sul piano sistemico.

In relazione a quanto precede sono stati rivisti i criteri già fissati equiparando, ai fini erogativi di interesse, le giornate in cui si effettua la prestazione in regime di day hospital a giornate di ricovero, per cui, a prescindere dalle valutazioni prima richieste sulla durata della presenza giornaliera nel luogo di cura, nelle situazioni in questione, la incapacità al lavoro è senz'altro riconoscibile anche se limitatamente al solo giorno di effettuazione della prestazione riportato nella certificazione medica.

Sono applicabili in sostanza, sia per quanto concerne i requisiti certificativi che i termini di invio, i criteri indicati relativamente alle giornate di ricovero, compresa la prevista riduzione della misura dell'indennità nel caso di lavoratori non aventi familiari a carico.

Ovviamente, ai fini dell'indennizzabilità di ulteriori giorni successivi al ricovero in day hospital, il lavoratore dovrà produrre altro certificato medico di continuazione, compilato in ogni sua parte.

Eventuali ritardi od omissioni nell'invio della ulteriore certificazione saranno considerati secondo le disposizioni generali, anche ai fini della giustificabilità dei motivi addotti.

8.1.9 Cicli di Cure Ricorrenti

(Circolare INPS n. 136 del 25 luglio 2003)

*Cicli di cure
ricorrenti*

Per i lavoratori che a causa delle patologie sofferte si sottopongono periodicamente, per lunghi periodi, a terapie ambulatoriali, spesso di natura specialistica, comportanti incapacità al lavoro se sul certificato è barrata la relativa casella, le fattispecie in questione possono essere definite applicando i "criteri della ricaduta", ove ne ricorrano i relativi presupposti (trattamento eseguito entro 30 giorni dal precedente).

A tal fine può essere considerata sufficiente anche una unica certificazione del curante che attesti la necessità di trattamenti ricorrenti comportanti incapacità lavorativa e che li qualifichi l'uno ricaduta dell'altra. Gli interessati dovranno inviare tale certificazione prima dell'inizio della terapia, fornendo anche l'indicazione dei giorni previsti per l'esecuzione. A tale certificazione dovranno far seguito, sempre a cura degli interessati, periodiche (ad esempio mensili) dichiarazioni della struttura sanitaria riportanti il calendario delle prestazioni effettivamente eseguite, le sole che danno titolo all'indennità.

Tale soluzione potrà essere consentita anche per i casi di lavoratori in trattamento emodialitico o affetti dal morbo di Cooley.

8.1.10 Day Service Ambulatoriale (DSA)

(Messaggio INPS n. 3701 del 12 febbraio 2008)

La modalità di Day Service Ambulatoriale esclude il trattamento delle urgenze e riguarda, quindi, esclusivamente una casistica programmata, esplicitata a priori, con delineazione dei protocolli diagnostico-terapeutici, individuazione dei professionisti interessati e formalizzazione da parte della direzione dell'Azienda sanitaria.

Per quanto concerne l'indennizzo delle giornate di Day Service Ambulatoriale, l'INPS rinvia alle istruzioni fornite con la circolare n. 136 del 25 luglio 2003, in merito alle terapie ambulatoriali ricorrenti che comportano incapacità al lavoro.

L'Istituto precisa, inoltre, che i relativi piani del percorso programmato, nonché le dichiarazioni della struttura sanitaria, riportanti il calendario delle prestazioni effettivamente eseguite, devono essere presentati al Centro Medico Legale della Sede Inps e validati dal Dirigente Medico Legale.

Nelle giornate di DSA non sono effettuabili visite mediche di controllo domiciliare.

Il messaggio in parola evidenzia inoltre che il Day Service Ambulatoriale si configura come una struttura idonea ad offrire risposte assistenziali, di elevata qualità, senza il ricorso al ricovero in regime di Day Hospital (DH).

Il nuovo modello organizzativo consente al paziente di ottenere, in un solo giorno, una diagnosi o una terapia, effettuando le visite specialistiche, gli esami strumentali, anche invasivi, o le prestazioni terapeutiche necessarie che non richiedono osservazione prolungata.

8.1.11 Centro di Salute Mentale (CSM)

(Messaggio INPS n. 3701 del 12 febbraio 2008)

Tale struttura è una unità organizzativa dei servizi sanitari operante sul territorio, che fornisce (ambulatorialmente ovvero in alcuni casi anche a domicilio), alle persone portatrici di sofferenze psichiche, interventi medici e psicologici, terapie farmacologiche o relazionali.

Il CSM assicura, altresì, un servizio di appoggio ed assistenza, per prevenzione, cura e riabilitazione, che prevede, presso la sede del medesimo, temporanea ospitalità diurna ed eventualmente notturna.

Al riguardo, l'Istituto sottolinea che per l'ospitalità diurna vanno applicate le istruzioni sopra richiamate, concernenti i "cicli di cura ricorrenti". Nelle ipotesi di ospitalità notturna, valgono, invece, le direttive dei "Certificati di Day Hospital".

In sostanza, trovano applicazione, sia per quanto concerne i requisiti certificativi che i termini di invio, i criteri stabiliti con riferimento alle giornate di ricovero, compresa la prevista riduzione (ai due quinti) della misura dell'indennità economica di malattia nel caso di lavoratori non aventi familiari a carico.

Con riferimento ai soggetti che siano anche lavoratori in attualità di prestazione, l'INPS ritiene opportuno ricordare che le strutture del CSM sono tenute a rilasciare ai singoli interessati (assistiti stessi o loro rispettivi rappresentanti legali) idonea certificazione, che consenta loro di ottemperare

alle vigenti disposizioni di legge relative al rapporto di lavoro e al rapporto previdenziale.

L'INPS evidenzia che l'accesso alla indennità economica di malattia è subordinato alla certificazione del curante, intendendosi per tale non solo il medico di medicina generale, ma qualsiasi medico che abbia in cura la persona nel momento in cui si deve rilasciare il certificato.

Grava quindi sul medico, "che visita, osserva, cura, riabilita o comunque tratti", nonché sulla struttura sanitaria cui la persona si rapporta, il dovere deontologico di certificare, a richiesta, ciò che risulta dall'atto medico.

8.1.12 Donazione di Organi

Donazione organi

(Circolare INPS n. 192 del 7 ottobre 1996)

In caso di assicurati che si ricoverano per sottoporsi a donazione d'organo si può procedere all'erogazione dell'indennità di malattia, secondo le norme comuni, per le giornate di effettiva degenza e, se necessario, di convalescenza per il recupero delle energie lavorative, adeguatamente documentate dalla struttura presso la quale è avvenuto l'intervento.

Le indicazioni che precedono valgono anche per il caso, da ricomprendere tra le donazioni d'organo, di "prelievo di cellule staminali, midollari e periferiche a scopo infusione" per successivi trapianti (art.1, comma 3, della legge n. 107/1990), situazione che, per le modalità di svolgimento e per gli effetti che ne conseguono (necessità di alcune giornate di ricovero e di convalescenza) può essere ricondotta all'ipotesi di malattia indennizzabile, non apparendo applicabile la tutela prevista per la donazione di sangue o di emocomponenti.

8.1.13 Tossicodipendenza

Tossicodipendenza

(Circolare INPS n. 136 del 25 luglio 2003)

Nell'ipotesi di certificati di malattia con diagnosi riconducibili a stati di tossicodipendenza comportanti, o meno, soggiorno in comunità terapeutica (fattispecie non equiparabile a ricovero ospedaliero), la relativa prestazione economica a carico dell'Istituto potrà essere corrisposta, secondo i criteri, le modalità ed entro i limiti erogativi normalmente previsti a seconda delle diverse categorie di aventi diritto, soltanto in presenza di effettiva incapacità lavorativa dei soggetti interessati, debitamente documentata nei modi di legge, da confermare, anche con riferimento alla durata della prognosi, attraverso i controlli sanitari ritenuti opportuni.

Nell'ambito di quanto precede si sottolinea, in particolare, che anche per tali soggetti vale l'obbligo di reperibilità durante le previste "fasce orarie" (se del caso presso la "comunità"), a nulla rilevando di per sé la particolare condizione di tossicodipendenza. Non essendo prevista la possibilità di autorizzazioni preventive ad assentarsi dal proprio domicilio, nel caso di assenza a visita di controllo, gli eventuali motivi di giustificazione adottati dagli interessati saranno, quindi, valutati secondo norma.

Il soggiorno in Comunità Terapeutica non è equiparabile a ricovero ospedaliero.

Ricovero in
Case di Cura

8.1.14 Ricovero in Case di cura

Nei casi di ricovero in luogo di cura i certificati rilasciati dalla amministrazione del luogo di cura medesimo sostituiscono, a tutti gli effetti, la certificazione rilasciata dal medico curante.

Sanzioni per
mancata certificazione

8.2 SANZIONI PER MANCATA CERTIFICAZIONE

L'indennità di malattia non spetta per le giornate di malattie che non siano comprovate da idonea certificazione sanitaria.

(Circolare INPS n. 166 del 10 novembre 1981)

Peraltro, in presenza di successivi periodi di malattia documentati da altrettante certificazioni mediche e intervallati dalla giornata festiva (o dalle giornate di sabato o domenica in caso di settimana corta) deve presumersi, ai fini dell'applicazione della carenza e del computo del ventesimo giorno di malattia, oltre il quale la misura dell'indennità è elevata ai 2/3, che i diversi periodi costituiscano un unico evento morboso. Qualora, viceversa, esistano elementi obiettivi che possano dimostrare la mancanza di collegamento tra i singoli periodi, questi dovranno essere considerati, ai fini anzidetti, quali distinti episodi morbosi sempreché, ovviamente, il secondo di essi non costituisca ricaduta o malattia consequenziale del precedente.

Resta fermo che, nel caso in cui si configuri un unico episodio morboso, non deve essere corrisposta l'indennità di malattia per le giornate che, secondo i criteri illustrati al paragrafo 4, non risultino debitamente certificate.

Conservazione della
certificazione

8.3 CONSERVAZIONE DELLA CERTIFICAZIONE

Il datore di lavoro deve tenere a disposizione e produrre, a richiesta, all'INPS le certificazioni in suo possesso (art. 2, ultimo comma, del D.L. 30 dicembre 1979, n. 663, convertito, con modificazioni, nella legge 29 febbraio 1980, n. 33).

Nota: 5 anni dalla data di presentazione dell'Uniemens contenente i conguagli dell'indennità corrisposta al lavoratore.

(Circolare INPS n. 173 del 9 gennaio 1984)

Tutte le aziende sono obbligate a conservare assieme al certificato di malattia anche la relativa busta (quando il certificato viene inviato per posta) e ad apporre il timbro di arrivo se il certificato viene recapitato a mano o nell'ipotesi in cui quello postale risulti illeggibile.

9. INVIO DELLA CERTIFICAZIONE SANITARIA - MODALITA E TERMINI - SANZIONI PER RITARDATA CERTIFICAZIONE

Invio della
certificazione
sanitaria

9.1 INVIO DELLA CERTIFICAZIONE CARTACEA

Il lavoratore è tenuto a recapitare o trasmettere a mezzo raccomandata con avviso di ricevimento, entro i due giorni successivi a quello del rilascio della certificazione:

- alla sede INPS competente il “certificato di diagnosi”;
- al proprio datore di lavoro la copia contenente la sola prognosi.

*Certificazione cartacea
Termini*

Se il giorno di scadenza del termine è festivo, la scadenza è prorogata al primo giorno seguente non festivo.

La norma che, in alternativa al recapito prevede la trasmissione della certificazione a mezzo raccomandata con avviso di ricevimento configura a carico del lavoratore “un onere” e non un obbligo: ne consegue che il lavoratore può trasmettere la certificazione anche a mezzo corrispondenza ordinaria o raccomandata senza avviso di ricevimento salvo quanto previsto a proposito del ritardo nell’invio della certificazione e ferme restando le conseguenze dell’eventuale smarrimento.

L’INPS avendo riscontrato che talora la certificazione di malattia viene inoltrata dai lavoratori a mezzo di corrispondenza ordinaria e senza affrancatura ha fatto presente che pur considerando ammissibile l’inoltro a mezzo corrispondenza ordinaria non può essere ritirata dall’Istituto stesso la corrispondenza non in regola con le tasse postali.

Anche per le malattie di durata inferiore a 4 giorni che si esauriscono in carenza (per le quali non è dovuto il trattamento previdenziale) permane l’obbligo dell’invio del certificato sia all’INPS che al datore di lavoro, tenuto conto dei riflessi in caso di successive ricadute (Circolare INPS n. 95bis/2006 - punto 10).

*Certificato di malattia
fino a tre giorni*

9.2 TRASMISSIONE TELEMATICA DELLA CERTIFICAZIONE DI MALATTIA ALL’INPS.

Invio telematico

(Circolare INPS n. 60 del 16 aprile 2010)

“Il comma 149 dell’art. 1 della legge n. 311/2004 (finanziaria per il 2005) prevede la trasmissione telematica del certificato di malattia, da parte del medico curante, all’Inps.

Con l’art. 8 del D.P.C.M. del 26.03.2008, si sono definiti i principi generali relativi alla trasmissione telematica dei dati delle certificazioni di malattia al sistema tecnologico fornito dal Ministero dell’economia e delle finanze e denominato SAC (sistema di accoglienza centrale) nonché le caratteristiche tecniche di acquisizione e trasmissione dei dati.

1. Effetti della nuova disciplina.

A partire dal 3 aprile 2010, data di entrata in vigore della nuova normativa, i medici dipendenti del SSN o in regime di convenzione sono tenuti a trasmettere all’Inps, per il tramite del SAC, il certificato di malattia del lavoratore rilasciandone copia cartacea all’interessato. A tal fine, ricevono dal Ministero dell’economia e delle finanze apposite credenziali di accesso.

Il certificato così trasmesso viene ricevuto dall’Inps che lo mette a disposizione del cittadino intestatario, mediante accesso al sito Internet dell’Istituto previa identificazione con PIN. L’attestato di malattia è reso invece disponibile per il datore di lavoro pubblico o privato, secondo le modalità di seguito specificate.

Inoltre, i certificati dei lavoratori del settore privato aventi diritto all’indennità di malattia erogata dall’Inps, vengono anche trattati per le finalità isti-

tuzionali.

2. Descrizione del processo.

Il processo in questione prevede competenze specifiche così ripartite:

- *i medici certificatori (dipendenti o convenzionati con SSN) acquisiscono ed inviano i certificati al sistema di accoglienza centrale (SAC) del Ministero dell'economia e delle finanze che provvede ad inoltrarli all'Inps; inoltre, possono annullare i certificati entro il giorno successivo al rilascio e rettificare la data di fine prognosi entro il termine della stessa, sempre utilizzando i servizi erogati dal SAC;*
- *dopo l'invio all'Inps, il SAC restituisce al medico il numero identificativo per la stampa del certificato e dell'attestato da consegnare, entrambi, al lavoratore;*
- *l'Inps, sulla base delle informazioni presenti sulle proprie banche dati e dei servizi forniti dall'Inpdap, individua, per l'intestatario del certificato il datore di lavoro al quale mettere a disposizione l'attestato;*
- *l'Inps rende disponibili ai datori di lavoro, sul proprio sito Internet, funzioni di consultazione e di stampa degli attestati con elementi di ricerca diversi, previo riconoscimento tramite PIN;*
- *l'Inps mette a disposizione dei lavoratori i certificati loro intestati accedendo al sito Internet dell'Istituto. In relazione alle credenziali di accesso utilizzate, vengono visti tutti i certificati (accesso con PIN) o solo l'attestato, (accesso con codice fiscale e numero del certificato);*
- *l'Inps canalizza verso le proprie Sedi i certificati degli aventi diritto all'indennità di malattia per la disposizione di visite mediche di controllo e, nei casi previsti, per il pagamento diretto delle prestazioni.*

Medico curante

2.1. Medico curante

La trasmissione del certificato di malattia telematico comprende obbligatoriamente l'inserimento da parte del medico curante dei seguenti dati:

- *codice fiscale del lavoratore;*
- *residenza o domicilio abituale;*
- *eventuale domicilio di reperibilità durante la malattia;*
- *codice di diagnosi, mediante l'utilizzo del codice nosologico ICD9-CM, che sostituisce o si aggiunge alle note di diagnosi;*
- *data di dichiarato inizio malattia, data di rilascio del certificato, data di presunta fine malattia nonché, nei casi di accertamento successivo al primo, di prosecuzione o ricaduta della malattia;*
- *modalità ambulatoriale o domiciliare della visita eseguita.*

Il medico curante, ricevuto il numero di certificato, rilascia al lavoratore copia cartacea:

A) dell'attestato di malattia per il datore di lavoro, privo di diagnosi;

B) del certificato di malattia per l'assistito che contiene i dati della diagnosi e/o il codice nosologico.

In caso di impossibilità per il medico di stampare la certificazione, lo stesso comunicherà al lavoratore, il numero del certificato, attribuito dopo il controllo e l'accettazione dei dati trasmessi. Tale numerazione, potrà essere utilizzata dal lavoratore per ricercare, visualizzare e stampare il proprio atte-

stato direttamente dal sito Internet dell'Istituto. A decorrere dal 13 settembre 2011 il medico curante deve adeguarsi alla procedura sopra descritta.

2.2 Datore di lavoro

Datore di lavoro

L'Inps mette a disposizione dei datori di lavoro, sia privati che pubblici, le attestazioni di malattia relative ai certificati trasmessi dal medico curante, accedendo al portale INPS (www.inps.it - servizi on-line), previa autorizzazione e attribuzione di un PIN (Manuale di consultazione degli attestati di malattia- allegato alla circolare INPS).

2.3 Lavoratore

Lavoratore

L'Inps mette a disposizione dei lavoratori il servizio di consultazione e stampa dei dati relativi ai propri certificati di malattia inviati telematicamente dal medico curante. Per accedere al servizio, disponibile nel sito Inps (servizi on-line), sono previste due modalità:

- 1) tramite un codice PIN, con il quale è consentito l'accesso ai dati di tutti i certificati comprensivi di diagnosi e di codice nosologico, se indicato dal medico;
- 2) mediante l'inserimento del codice fiscale personale e del numero del certificato, elementi indispensabili per accedere all'attestato cercato.

Il lavoratore avente diritto all'indennità di malattia a carico dell'Inps, in base alle nuove disposizioni, non è più tenuto a trasmettere all'Istituto il certificato di malattia, eccetto i casi di impossibilità di invio telematico.

3. Abilitazioni per accedere al sistema.

Il Ministero dell'Economia e Finanze rilascia specifiche credenziali di accesso al sistema SAC ai medici dipendenti o convenzionati con il S.S.N.

Invece l'Inps rilascia il PIN:

PIN

- a) ai cittadini che ne fanno richiesta, tramite i consueti canali e con le procedure previste: internet, Contact Center e uffici Inps;
- b) ai datori di lavoro pubblico o privato o a loro incaricati che si debbono presentare presso una Sede Inps muniti di:
 - modulo di richiesta compilato e sottoscritto dallo stesso datore di lavoro privato o dal legale rappresentante, ove il datore di lavoro sia pubblico o organizzato in forma associata o societaria, con l'elenco dei dipendenti ai quali rilasciare il PIN per l'accesso agli attestati di malattia del personale;
 - modulo di richiesta "individuale" compilato e firmato da ogni dipendente autorizzato con allegata la fotocopia del documento d'identità del sottoscrittore.

I moduli richiesti sono forniti in allegato alla circolare INPS n.60/2010.

Le aziende in possesso di PIN, sono tenute a chiedere tempestivamente la revoca dell'autorizzazione, al verificarsi della cessazione dell'attività, della

sospensione o del trasferimento in altra struttura dell'intestatario del PIN e l'Inps provvederà a cessare, con effetto immediato, l'abilitazione.

L'operatore Inps, incaricato del rilascio dei PIN, dopo aver verificato la correttezza formale della richiesta e l'identità del richiedente, deve, utilizzando la funzione "Verifica rapporto di lavoro" della procedura di assegnazione PIN, accertare che la persona da autorizzare sia dipendente dell'Amministrazione o dell'azienda il cui rappresentante ha sottoscritto i documenti di richiesta poi provvedere al rilascio del PIN selezionando la classe utente "Datore di lavoro (certificazione di malattia)".

Qualora l'utente sia già in possesso di un PIN per altre finalità si dovrà procedere ad aggiungere l'autorizzazione al servizio "Consultazione attestati di malattia" mediante la funzione "Modifica autorizzazioni ai servizi".

4. Assistenza agli utenti

Assistenza agli utenti

Il sistema di accoglienza centrale (SAC) del Ministero dell'Economia e Finanze fornisce l'assistenza agli utenti dello stesso tramite il servizio di Call Center, raggiungibile attraverso il numero gratuito 800 030 070.

L'Inps fornisce assistenza ai datori di lavoro e ai lavoratori tramite gli operatori del Contact Center Integrato Inps-Inail, raggiungibile attraverso il numero gratuito 803 164.

Gli operatori del Contact Center forniscono telefonicamente supporto nella navigazione e uso delle procedure di consultazione dei certificati, inviati telematicamente dal medico curante, nonché le informazioni e le risposte ai quesiti di interesse generale sulla materia.

PIN

Il Contact Center assiste, inoltre, i lavoratori anche per l'assegnazione o attivazione del PIN cittadino, necessario per la consultazione e stampa dei propri certificati di malattia.

5. Gestione dei certificati telematici da parte delle strutture periferiche Inps

Successivamente alla ricezione dei certificati trasmessi dai medici, vengono individuati quelli dei lavoratori aventi diritto all'indennità di malattia per essere destinati alle strutture operative Inps competenti per residenza del lavoratore ed essere registrati negli archivi locali gestionali della certificazione di malattia. Tutti sono immediatamente disponibili per le attività previste dai flussi di processo dell'Area malattia.

Per i medici Inps, nella procedura di gestione della certificazione di malattia - flusso "certificati ricevuti via internet" - sono a disposizione funzioni per esaminare i certificati telematici che pervengono giornalmente e per disporre, d'ufficio, visite mediche di controllo.

Nel manuale operativo, consultabile da Intranet in Utilità – Manuali, software e documentazione – Prestazioni non pensionistiche, le diverse funzioni sono descritte dettagliatamente (v. Allegato Funzioni certificati telematici)".

9.2.1- Trasmissione di certificazione redatta in forma cartacea

(Circolare INPS n. 117 del 09 settembre 2011 e Messaggio INPS n. 3459 del

6 settembre 2017)

Nei casi in cui non sia stato possibile procedere all'invio telematico della certificazione suddetta ed il medico curante abbia rilasciato in modalità cartacea il certificato e l'attestato al lavoratore, quest'ultimo dovrà inviare il certificato medico all'INPS, entro il termine di due giorni dal rilascio e l'attestato di malattia al proprio datore di lavoro secondo le modalità tradizionali. Resta fermo l'obbligo del lavoratore di comunicare all'azienda l'assenza dovuta all'evento di malattia, secondo le norme contrattuali vigenti. (Circolare INPS n. 117 del 09 settembre 2011).

Qualora "il medico non proceda all'invio online del certificato di malattia, ad esempio perché impossibilitato a utilizzare il sistema di trasmissione telematica, ma rilasci la certificazione e l'attestazione di malattia in forma cartacea; il lavoratore, allora, presenta l'attestazione al proprio datore di lavoro e, ove previsto, il certificato di malattia all'Inps, secondo le modalità tradizionali" (Messaggio INPS n. 3459 del 6 settembre 2017).

Certificato cartaceo

A fronte della ricezione del certificato cartaceo è necessario che l'operatore Inps proceda all'acquisizione immediata dello stesso in procedura.

9.2.2- Servizi per intermediari e aziende private

Servizi per Intermediari
e Aziende

(Circolare INPS n. 117 del 09 settembre 2011 e Circolare INPS N. n. 23 del 16 febbraio 2012)

Istruzioni per i datori di lavoro/intermediari.

I datori di lavoro e gli intermediari, individuati dall'articolo 1, commi 1 e 4, della Legge 11 gennaio 1979, n. 12, nonché gli intermediari dei datori di lavoro del settore agricolo, come specificato al punto 2, hanno a disposizione una nuova funzionalità per la ricerca degli attestati di malattia mediante il codice fiscale e numero di protocollo, disponibile nel menu della consultazione on line degli attestati di malattia. Quest'ultima funzionalità è anche disponibile attraverso il canale Contact Center dell'INPS (803.164). Attraverso tale servizio il datore di lavoro e/o il suo delegato potrà verificare l'avvenuto invio del certificato di malattia. Sulla base del Codice Fiscale del dipendente e del numero di protocollo assegnato dall'INPS all'atto della ricezione del certificato di malattia telematico, il Contact Center ne confermerà o meno la presenza.

Ai predetti intermediari è stata, inoltre, estesa la possibilità, già prevista per i datori di lavoro (cfr circolari n. 60 e n. 119 del 2010), di richiedere il servizio di consultazione degli attestati di malattia attraverso il:

- Sistema di invio con PEC.

PEC

La richiesta di invio degli attestati tramite PEC deve essere inoltrata all'indirizzo di Posta certificata della Struttura territoriale Inps competente utilizzando lo stesso indirizzo di PEC al quale dovranno essere destinati gli attestati di malattia dei lavoratori (Circolare INPS n. 117 del 09 settembre 2011).

La richiesta di utilizzo del servizio deve essere inoltrata all'indirizzo di Posta certificata di una Struttura territoriale Inps tra quelle con le quali le Aziende rappresentate dall'intermediario si rapportano contributivamente. La richiesta, che deve essere inviata utilizzando lo stesso indirizzo di PEC al quale do-

vranno essere destinati gli attestati di malattia dei lavoratori, deve contenere i dati anagrafici dell'intermediario, completi di codice fiscale e l'elenco delle matricole aziendali per le quali si richiede il servizio. (Circolare INPS n. 23 del 16 febbraio 2012).

PIN

- Sistema di accesso con PIN.

L'INPS mette a disposizione dei datori di lavoro le attestazioni di malattia relative ai certificati trasmessi dal medico curante, mediante accesso al portale INPS www.inps.it-servizi on-line e previa autorizzazione e attribuzione di un PIN.

I delegati aziendali abilitati alla consultazione degli attestati di malattia e i soggetti abilitati (delegati aziendali e intermediari) alla ricezione dell'attestato di malattia via PEC debbono comunicare tempestivamente la cessazione o sospensione dell'attività in modo che l'Inps possa provvedere alla revoca dell'abilitazione.

Sanzioni ritardato invio
certificazione cartacea

9.3 SANZIONI PER RITARDATO INVIO DELLA CERTIFICAZIONE CARTACEA

Il ritardo nel recapito o nella trasmissione della certificazione di inizio o di continuazione della malattia al datore di lavoro o all'INPS comporta la perdita dell'indennità per i giorni di ritardo intendendo per tali:

- i giorni precedenti la data di arrivo della certificazione ove si tratti di ritardo nell'invio della certificazione di inizio della malattia¹;

Per i cittadini che non dispongono di una casella di Posta Elettronica Certificata, ma sono in possesso di Pin valido per la consultazione dei certificati di malattia, l'Istituto ha reso operativo un nuovo servizio che consente al lavoratore di ricevere copia degli attestati di malattia presso un indirizzo di e-mail dallo stesso indicato.

- i giorni compresi tra la data di scadenza della prognosi precedente e quella di arrivo della certificazione ove si tratti di ritardo nell'invio della certificazione di continuazione della malattia².

Se la certificazione di continuazione, pur essendo pervenuta entro i due giorni dal rilascio, risulta rilasciata in ritardo (e cioè oltre i due giorni successivi a quelli di scadenza della prognosi precedente) devono ovviamente trovare applicazione le sanzioni per mancata certificazione (vedi punto 8.2) con conseguente perdita dell'indennità per le giornate di malattia che non risultano comprovate dalla certificazione³.

Computo

Se la certificazione perviene in ritardo sia al datore di lavoro che all'INPS i giorni di ritardo sono computati avendo riguardo alla data di arrivo della cer-

¹ Esempio: Certificato medico in forma cartacea: se la malattia è iniziata il giorno 1 e la certificazione viene rilasciata il giorno 2 il lavoratore è tenuto a recapitarla o inviarla entro il giorno 4; se la recapita o la invia il giorno 6 devono essere esclusi dall'indennità i giorni 4 e 5 (i giorni 1, 2 e 3, a prescindere dal ritardo, devono essere imputati a "carezza" e la normativa del CCNL di riferimento aziendale ne regola la gestione.

² Esempio: Se la prognosi precedente scade il giorno 20 e la certificazione di continuazione viene rilasciata il giorno 22 il lavoratore è tenuto a recapitarla o inviarla entro il giorno 24; se la recapita il giorno 25 devono essere esclusi dall'indennità i giorni 21, 22, 23 e 24.

³ Esempio: se la prognosi precedente scade il giorno 20 e la certificazione viene rilasciata il giorno 23 (con validità estesa il giorno precedente) deve essere escluso dall'indennità il giorno 21.

tificazione pervenuta da ultimo.

Ai fini dell'applicazione delle sanzioni per ritardata certificazione da parte di lavoratori per i quali il pagamento dell'indennità è effettuato direttamente dall'INPS deve aversi riguardo unicamente alla data di arrivo della certificazione all'Istituto medesimo.

Ai fini dell'accertamento dell'eventuale ritardo deve prendersi in considerazione:

- a) la data del timbro postale nei casi di trasmissione a mezzo corrispondenza ordinaria o raccomandata (con o senza avviso di ricevimento);
- b) la data di arrivo nei casi di recapito nonché nei casi di trasmissione a mezzo corrispondenza ordinaria o raccomandata senza avviso di ricevimento qualora, in queste due ultime ipotesi, il timbro postale non risulti apposto o risulti illeggibile.

Non deve farsi luogo all'applicazione delle sanzioni per ritardata certificazione nei casi di certificazioni rilasciate da enti ospedalieri.

Certificato di ricovero

(Delibera n. 222 del Consiglio di Amministrazione INPS dell'8 ottobre 1982)

Qualora il motivo del ritardo nella presentazione della certificazione sanitaria sia costituito da uno stato di infermità che abbia comportato il ricovero in luogo di cura ovvero quando il lavoratore produca documentazione idonea a dimostrare che il ritardo sia stato determinato da causa di forza maggiore, si fa luogo all'erogazione della prestazione economica per malattia, come se la certificazione fosse stata presentata in tempo utile.

*Eccezioni
Giustificazioni*

(Circolare INPS n. 182 del 4 agosto 1997)

In caso di tardivo invio della certificazione di malattia (oltre, cioè, il secondo giorno successivo a quello del rilascio) non vengono indennizzate, con riferimento ai singoli certificati, le giornate cadenti tra l'ultimo giorno (escluso) utile per l'invio della certificazione ed il giorno (compreso) di effettivo adempimento⁴.

*Certificato
trasmesso dopo
la scadenza della
prognosi*

Il principio non viene applicato, nel senso che, per un certificato inviato in ritardo, non vengono neppure indennizzate le giornate previste per l'invio, quando detto (secondo) certificato segue ad altro trasmesso fuori termine e dopo la scadenza della relativa prognosi.

La regola, così come formulata, si è dimostrata peraltro inadeguata – rendendo di fatto ininfluyente ai fini sanzionatori il tardivo invio, che non consente neanche l'attivazione di controlli sanitari – quando i periodi certificati riportano prognosi di soli 3 giorni e vengono inviati dopo la cessazione dell'evento o comunque dopo la scadenza della prognosi.

L'inconveniente può verificarsi nelle continuazioni o ricadute, ovvero nell'ipotesi di eventi da intendersi iniziati dalla data (giorno immediatamente precedente quello del rilascio) dichiarata dal lavoratore sul certificato, in cui

*Continuazione
Ricaduta*

⁴ Esempio: certificazione datata 19 con prognosi fino al 30 recapitato o spedito il 24 sono esclusi i giorni dal 19 al 24 compreso

con i criteri in atto, l'indennità risulterebbe dovuta per tutte le giornate comprese nella prognosi (esclusi, ovviamente, gli eventuali giorni di carenza).

Il problema non si pone, invece, quando trattasi di certificati che si riferiscono unicamente a giornate imputabili a carenza, quando cioè nessun intervento erogativo dell'Istituto è ipotizzabile.

Avuto riguardo a quanto precede, al fine di correggere l'anomalia, si dispone pertanto, a modifica delle istruzioni impartite con la citata circolare n. 11/1985, che il ritardo nell'invio della certificazione, relativa ai suddetti casi con prognosi di tre giorni, quando comportano intervento dell'Istituto, vada sanzionato non indennizzando l'ultimo giorno di prognosi.

Misura dell'indennità

10. MISURA DELL'INDENNITA'

10.1 OPERAI DEI SETTORI INDUSTRIA, ARTIGIANATO E COMMERCIO E ADDETTI AL COMMERCIO CON QUALIFICA DI IMPIEGATI

Agli operai dei settori industria, artigianato e commercio e agli addetti al commercio e settori assimilati con qualifica di impiegati l'indennità giornaliera di malattia spetta in misura pari:

*Dal 4° al 20°
giorno (50%)*

a) al 50% della retribuzione media globale giornaliera (vedi paragrafo 11) per le giornate indennizzabili comprese nei primi 20 giorni di malattia;

*Dal 21° al 180°
giorno (66,66%)*

b) al 66,66% della retribuzione media globale giornaliera a decorrere dal 21esimo giorno di malattia qualora questa si prolunghi, continuativamente o per ricaduta, oltre il 20esimo giorno.

Pubblici Esercizi

10.2 LAVORATORI DIPENDENTI DA PUBBLICI ESERCIZI E DA LABORATORI DI PASTICCERIA NON ISCRITTI ALL'ALBO DELLE IMPRESE ARTIGIANE TENUTI AL PAGAMENTO DEL CONTRIBUTO AGGIUNTIVO

Misura 80%

Ai lavoratori in epigrafe l'indennità giornaliera spetta in misura pari all'80% della retribuzione media globale giornaliera (vedi paragrafo 11) per tutte le giornate indennizzabili per il periodo di malattia e ciò sia per quelle comprese nei primi 20 giorni di malattia che per le successive, fermo restando il limite massimo dei 180 giorni di malattia indennizzabili (vedi paragrafo 6).

*Lavoratori disoccupati
o sospesi*

10.3 LAVORATORI DISOCCUPATI O SOSPESI

In caso di malattia insorta in coincidenza con uno stato di disoccupazione o di sospensione (vedi paragrafo 3) ovvero dopo la cancellazione dagli elenchi anagrafici l'indennità giornaliera di malattia spetta in misura pari ai 2/3 delle misure normali indicate ai precedenti paragrafi 10.1 e 10.2.

Misura ridotta

Se la malattia prosegue dopo la cessazione della sospensione l'indennità deve continuare ad essere corrisposta in misura ridotta.

Si ricorda che nel caso in cui la malattia, insorta in costanza di rapporto di lavoro, si protragga oltre la data di cessazione o di sospensione del rapporto stesso, l'indennità di malattia deve essere corrisposta nelle misure indicate ai precedenti punti 10.1 e 10.2 anche per le giornate della malattia coincidenti

con lo stato di disoccupazione o di sospensione.

10.3.1 Malattie insorte nel giorno successivo al termine di un periodo di sospensione

(Circolare INPS n. 170 del 1° luglio 1983)

Perché possa essere liquidata l'indennità di malattia in misura intera è necessario che il lavoratore abbia effettivamente ripreso l'attività lavorativa al termine del periodo di sospensione; in caso contrario, l'indennità stessa deve essere corrisposta in misura ridotta a condizione che l'evento morboso sia insorto entro 60 giorni (ovvero due mesi) dalla data di sospensione del rapporto di lavoro.

10.4 LAVORATORI RICOVERATI IN LUOGHI DI CURE

Durante il ricovero in luogo di cura, ai lavoratori non aventi familiari a carico l'indennità giornaliera spetta in misura pari ai 2/5 delle misure normali indicate ai paragrafi 10.1 e 10.2 ovvero di quelle ridotte indicate al paragrafo 10.3.

*Ricovero in
luoghi di cura*

Misura ridotta

Per familiari a carico si intendono quelli per i quali il lavoratore percepisce gli assegni familiari di cui al T.U. approvato con D.P.R. 30 maggio 1955, n. 797 e successive modificazioni ed integrazioni (normativa pre - ANF)⁵.

Il giorno di dimissioni dal luogo di cura deve essere indennizzato in misura normale: la data di dimissione ospedaliera non va considerata giornata di degenza, da tale data l'indennità non deve, pertanto, essere più ridotta.

*Dimissioni da
luogo di cura*

11. RETRIBUZIONE MEDIA GLOBALE GIORNALIERA

*Retribuzione media
globale giornaliera*

11.1 NOZIONE DI RETRIBUZIONE

L'indennità giornaliera di malattia è dovuta in misura percentuale della retribuzione media globale giornaliera percepita dal lavoratore.

Per retribuzione si intende quella imponibile di cui all'art. 12 della legge 30 aprile 1969, n. 153 sostituito dall'art. 6, comma 1, D.Lgs. 2.9.97 n. 314 e cioè tutto ciò che il lavoratore riceve dal datore di lavoro, in danaro o in natura, al

⁵ La cessazione dell'istituto degli "assegni familiari" per effetto della norma di cui alla legge 13.5.1988 n. 153 (Assegno Nucleo Familiare) non comporta la cessazione di altri benefici dipendenti dalla vivenza a carico e/o ad essa connessi. Pertanto, nell'ambito delle prestazioni economiche di malattia NULLA E' INNOVATO e rimane ancora valida la norma che prevede per i lavoratori ricoverati in luogo di cura, e per tutto il periodo di degenza, l'erogazione dell'indennità economica di malattia nella misura normale spettante - e non quindi nella misura ridotta ai 2/5 di essa - ove si tratti di soggetti aventi familiari a carico. A tale scopo i lavoratori interessati devono produrre una dichiarazione di responsabilità dalla quale risulti il possesso dei requisiti in questione. In mancanza di tale dichiarazione la prestazione economica afferente il periodo di ricovero viene erogata in misura ridotta (2/5).

La misura con cui liquidare l'indennità di malattia ad un assicurato ricoverato in ospedale tenuto all'abituale mantenimento dei figli congiuntamente al coniuge - anch'egli lavoratore dipendente - percettore dell'assegno per il nucleo familiare, in applicazione della disciplina in tema di trattamenti di famiglia, che prescinde dal requisito della vivenza a carico ai fini del riconoscimento della relativa prestazione, non comporta la cessazione di altri diritti o benefici dipendenti dall'esistenza del requisito suddetto, tra i quali, per quanto concerne la materia delle prestazioni economiche di malattia, il diritto alla corrispondente indennità nella normale misura intera in caso di ricovero.

Alla luce del quadro normativo attuale, improntato al principio dell'uguaglianza tra coniugi, secondo cui il trattamento familiare spettante per i figli a carico può essere corrisposto "in alternativa alla donna lavoratrice alle stesse condizioni e con gli stessi limiti previsti per il lavoratore", gli effetti connessi al riconoscimento del requisito del carico familiare devono intendersi operanti nei confronti dei singoli soggetti che risultano aver titolo al riconoscimento in questione.

In relazione a quanto precede, poiché ai sensi della normativa concernente gli assegni familiari, cui deve, pertanto, continuare ad aversi riguardo ai fini erogativi di interesse, il carico familiare - sussistendo beninteso le condizioni reddituali dei figli unitamente agli altri requisiti previsti se non trattasi di figli minori - è attribuibile ad entrambi i coniugi, anche indipendentemente dalla effettiva percezione del relativo trattamento economico previdenziale, nella fattispecie rappresentata l'indennità di malattia sarà corrisposta in misura intera (circolare INPS n. 145 del 28 giugno 1991).

loro di qualsiasi ritenuta, per il compenso dell'opera prestata, ivi compresa la quota degli emolumenti, a carattere ricorrente, non frazionati e non corrisposti nel normale periodo di paga.

(Circolare INPS n. 127 del 17 maggio 1991)

*Una tantum
Arretrati*

In caso di erogazioni arretrate (una tantum – arretrati di contratto – arretrati retributivi individuali) relativa anche al periodo di paga precedente l'insorgere dell'evento, l'INPS stabilisce che detto arretrato debba incidere nella determinazione della retribuzione media globale giornaliera "pro quota".

*Indennità sostitutiva
di preavviso*

Fanno peraltro eccezione - nel senso che devono essere escluse dal calcolo della retribuzione media globale giornaliera pur essendo assoggettate a contribuzione l'indennità sostitutiva del preavviso e le somme corrisposte dal datore di lavoro (in conformità a quanto previsto da alcuni contratti di lavoro) ad integrazione dell'indennità giornaliera di malattia.

Si precisa che la ripresa lavorativa per una sola giornata è sufficiente per la determinazione della retribuzione media globale giornaliera. Lo stesso dicasi per le ferie (Circolare INPS n. 173 del 9 gennaio 1984).

La retribuzione media globale giornaliera è determinata a seconda della qualifica dei lavoratori in base ai seguenti criteri.

Operai

11.2 OPERAI (per gli operai retribuiti in misura fissa mensile vedi punto 11.3)

Per la determinazione della retribuzione media globale giornaliera dei lavoratori con qualifica di operai (salvo quanto specificato ai successivi punti 11.3, 11.5 e 11.6) 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 (se il lavoratore non può far valere un mese – o quattro settimane – di lavoro deve prendersi in considerazione la retribuzione spettante per il periodo di lavoro prestato);

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 (tredicesima mensilità, altre eventuali mensilità, premi, ecc.);

Operai edili

b1) per gli operai dell'industria dell'edilizia ed affine e per i lavoratori ortofrutticoli e agrumai, in luogo del calcolo di cui alla precedente lettera b) deve procedersi alla maggiorazione della retribuzione di cui alla lettera a) nella misura percentuale stabilita dalle vigenti disposizioni a titolo di maggiorazione per gratifica natalizia, ferie e festività;

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 giornata⁶ 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);

⁶ Il numero delle seste giornate è calcolato moltiplicando il numero delle giornate lavorative o comunque retribuite per il coefficiente 0,20.

d) dividere l'importo di cui alla lettera a) per il numero delle giornate di cui alla lettera c)⁷;

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.

11.3 OPERAI RETRIBUITI IN MISURA FISSA MENSILE

*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 criteri di cui al precedente punto 11.2, lettere a), c), d).

Restano ferme, in ogni caso, le modalità di calcolo del rateo mensile degli emolumenti a carattere ricorrente e le altre operazioni illustrate al già citato punto 11.2.

11.4 IMPIEGATI (per i soli settori obbligati)

Impiegati

Per la determinazione della retribuzione media globale giornaliera dei lavoratori con la qualifica impiegatizia appartenenti ai settori economici con diritto alle prestazioni economiche di malattia (esempio: addetti al commercio e terziario 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 (tredicesima 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 prestatato nel mese per il numero delle giornate stesse incluse le domeniche e le festività retribuite (carenza esclusa);

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.

⁷ Ove si tratti di lavoratori dell'edilizia, ortofrutticoli e agrumari dal divisore devono essere escluse le eventuali giornate di ferie godute.

11.5 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).

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.

11.6 MINIMALI DI RETRIBUZIONE

Ove la retribuzione percepita sia inferiore a quella risultante dall'applicazione dei minimali di retribuzione ai fini contributivi, la misura delle prestazioni economiche di malattia deve essere determinata sulla base del trattamento retributivo percepito (Circolare INPS n. 134398/A.G.O. 9 del 10 gennaio 1983).

11.7 LAVORATORI PER I QUALI SONO STABILITI SALARI MEDI O CONVENZIONALI

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 *rapportata, ove inferiore, al minimale contributivo vigente per la categoria (Circolare INPS n. 134414 A.G.O./45 del 1° marzo 1984).*

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.

In caso di malattia insorta nel corso di un anno solare e protrattasi nell'anno successivo la misura dell'indennità deve essere determinata in base alle retribuzioni medie convenzionali stabilite per l'anno cui si riferiscono le singole giornate indennizzabili.

11.8 CHIARIMENTI IN ORDINE ALLA RETRIBUZIONE MEDIA GIORNALIERA

(Circolare INPS n. 93 del 9 maggio 1988)

Il principio (di carattere generale) della non erogabilità della prestazione

economica di malattia in presenza di trattamento economico corrisposto dal datore di lavoro deve, ovviamente, del pari trovare applicazione anche per la parte di retribuzione giornaliera da prendere a riferimento per il calcolo dell'indennità da liquidare, che non venga eventualmente meno per effetto dell'evento o degli eventi per i quali al lavoratore ammalato vengono di fatto garantiti la normale retribuzione ovvero un trattamento economico non inferiore a quello previdenziale (ad esempio: festività nazionali, infrasettimanali o del Santo Patrono, ancorché non cadenti di domenica).

Così i ratei di 13[^] (e delle altre eventuali mensilità aggiuntive) non devono essere considerati ai fini della individuazione dell'indennità giornaliera di cui trattasi, qualora gli stessi emolumenti vengano corrisposti interamente dal datore di lavoro anche in caso di attività lavorativa prestata in misura ridotta nel corso dell'anno a causa di malattia o di maternità, infortunio o altre assenze. La suddetta integrale corresponsione da parte del datore di lavoro non va confusa con l'erogazione, alle scadenze previste, delle mensilità aggiuntive in misura che, se pure apparentemente non decurtata, in realtà fa seguito ad un sostanziale accantonamento dei relativi ratei già computati, peraltro, nell'indennità a carico dell'INPS.

13[^] mensilità

Mensilità aggiuntive

Si fa ad ogni buon conto presente che, ancorché talora il testo letterale dei contratti collettivi sembri prevedere l'obbligo di corrispondere i predetti emolumenti in misura intera, senza aver riguardo alle giornate non lavorate per malattia, ecc., tuttavia, in mancanza di una disciplina legislativa di portata generale, l'individuazione degli emolumenti spettanti contrattualmente ai lavoratori rientra nella interpretazione dello spirito e della lettera dei singoli contratti, che esula dalla competenza di questo Istituto.

La magistratura ha del resto riconosciuto anche in tali fattispecie legittima la trattenuta, da parte del datore di lavoro, delle quote di gratifiche che i lavoratori abbiano percepito dagli Istituti assicuratori, al titolo di cui trattasi, con l'indennità giornaliera (sentenza Corte Cassazione - Sez. Lav. n. 839 del 15 marzo 1968; idem n. 2082 del 7 ottobre 1965). Appare, quindi, impregiudicata la facoltà per le parti di convenire, anche in sede di contrattazione di lavoro individuale, il pagamento delle mensilità aggiuntive in misura ridotta in proporzione ai periodi di assenza dal lavoro per malattia e maternità, infortunio o altre assenze.

Ciò si può verificare quanto l'azienda è tenuta per contratto ad integrare il trattamento economico previdenziale di malattia fino alla concorrenza del 100% della normale retribuzione di fatto: nel caso, pertanto, la somma erogata al lavoratore all'atto del singolo evento - pari, come si è detto, al 100% della retribuzione - racchiude, oltre alla quota, nella percentuale prevista, del trattamento economico a carico dell'INPS (comprensiva del rateo in argomento), una parte a titolo di integrazione dell'indennità stessa che, come è evidente, dovrebbe essere di ammontare superiore a quello effettivamente corrisposto qualora il rateo stesso fosse liquidato dall'Istituto alla scadenza naturale (nell'ipotesi, infatti, ai fini del raggiungimento del 100% della retribuzione, l'integrazione a carico del datore di lavoro dovrebbe comprendere anche una somma equivalente alla quota di 13[^], 14[^], ecc. "accantonata").

Integrazione azienda
e recupero ratei
di mensilità aggiuntive

Conseguentemente, all'atto della sua corresponsione, l'importo complessivo della mensilità aggiuntiva si compone, in realtà, di una prima parte riferita all'attività di lavoro svolta effettivamente nel corso dell'anno, di una seconda concernente la quota di integrazione a carico aziendale a suo tempo non

liquidata per l'assenza a titolo di malattia - di misura pari, come detto, al "rateo" a carico dell'Istituto - e di una terza relativa all'integrazione della parte di indennità riferibile al "rateo" stesso.

In relazione a quanto precede, la "effettiva corresponsione" in misura intera delle mensilità in argomento ai fini della contestazione all'azienda, dovrà essere individuata avendo riguardo alla reale situazione retributiva del lavoratore nel corso dell'intero periodo cui si riferisce la 13^a mensilità, 14^a, ecc.

La circostanza che le indennità di cui trattasi sono da considerare sostitutive della retribuzione, a compensazione, nelle percentuali previste, quanto viene meno al lavoratore per effetto del verificarsi dell'evento protetto, porta alla conclusione che neppure l'eventuale compenso per mancato godimento delle ferie (e, cioè, l'indennità sostitutiva delle stesse) dovrà essere incluso nella retribuzione utile per il calcolo delle indennità in argomento, tenuto conto che tale emolumento è stato comunque corrisposto al lavoratore e non è influenzato in alcun modo da successivi eventi di malattia o di maternità.

Ovviamente analoghe considerazioni sono riferibili anche ad eventuali premi già corrisposti, che, per tale motivo, non devono essere indicati nella retribuzione da valere agli effetti erogativi di interesse. Va invece considerata la quota parte degli emolumenti a carattere ricorrente (13^a, 14^a, premi, ecc.) per i quali è prevista la corresponsione, in momenti successivi; per tutti gli emolumenti in questione, vanno quindi calcolati i singoli ratei che teoricamente spetterebbero al lavoratore nel caso di licenziamento o dimissione intervenuti nel mese (o periodo quadrisettimanale) di retribuzione preso a base ai fini del calcolo dell'indennità

*Part time orizzontale
con variazioni cicliche
dell'orario di lavoro*

11.8.1 Part-time orizzontale con variazioni cicliche dell'orario di lavoro e part time verticale

(Circolare INPS n. 182 del 4 agosto 1997)

La retribuzione media giornaliera da prendere a base per l'erogazione dell'indennità di malattia e di maternità nel caso di rapporti di lavoro in cui, nel corso dell'anno, si alternano periodi di lavoro ad orario ridotto (c.d. part time orizzontale) a periodi di attività a tempo pieno, con conseguenti variazioni della retribuzione, riferita al lavoro effettivamente svolto nel mese precedente l'evento, ricavata con le consuete modalità, deve essere ridimensionata rapportando le ore di lavoro medio giornaliero svolto nelle settimane del periodo considerato a quelle ugualmente medie giornaliere che l'interessato avrebbe dovuto svolgere qualora non fosse intervenuto l'evento stesso.

Ponendo, ad esempio, il caso di un operaio con un orario di lavoro part time nel mese precedente l'evento di 4 ore per 5 gg. alla settimana (e cioè di 3,3333 ore medie per ciascun giorno "retribuito", considerando compreso anche il sabato) il cui full-time orario previsto durante tutto l'evento stesso sia di 8 ore sempre per 5 gg. alla settimana (6,6666 ore giornaliere medie), la retribuzione media giornaliera del mese dovrà essere divisa per 3,3333, moltiplicando poi il risultato per 6,6666. Ipotizzando perciò una retribuzione di € 1.000,00 per 25 gg. di lavoro part time (40,00 € giornaliere), dividendo per 3,3333 si ha una retribuzione oraria di € 12,01, che viene ridimensionata, a causa del passaggio al tempo pieno - attraverso la moltiplicazione per 6,6666 - in € 80,00 giornaliere.

Nell'ipotesi opposta, di svolgimento di lavoro a tempo pieno prima di un evento

che ricada interamente in un periodo di previsto lavoro a tempo parziale, ovviamente si deve operare inversamente:

la retribuzione a tempo pieno, che si suppone di € 2.000,00 sempre per 25 gg. di lavoro (€ 80,00 giornaliera) va prima divisa per 6,6666 (retribuzione oraria di € 12,01) e quindi moltiplicata per 3,3333 (= € 40,00 giornaliera).

Qualora si tratti di impiegato, tenuto conto che per i lavoratori con tale qualifica sono retribuiti tutti i giorni della settimana, fermo restando l'impegno orario giornaliero di lavoro dell'esempio sopra riportato, il calcolo va leggermente modificato:

la retribuzione media giornaliera del periodo part time va divisa per 2,8571 (20 h: 7 gg.) e il risultato moltiplicato per 5,7142 (40 h: 7 gg.). Inversamente, come ovvio, si opera nel caso opposto.

La retribuzione come sopra ottenuta costituisce la base per il calcolo della prestazione richiesta, da liquidare per 6 gg. alla settimana (per gli operai) o per 7 gg. (per gli impiegati).

I criteri suddetti sono applicabili pure in caso di rapporti di lavoro che prevedono una riduzione dell'attività su base settimanale, con distribuzione non costante dell'orario di lavoro e con retribuzioni variate. Ciò anche se nell'arco della settimana siano previste giornate di totale inattività: la fattispecie è, in altri termini, equiparabile, ai fini anzidetti, al part time orizzontale oggetto delle presenti istruzioni.

Quanto precede vale pure se la riduzione su base settimanale in questione si collochi nell'ambito di contratti di solidarietà che comportino trattamenti di integrazione salariale (in proposito si richiamano le istruzioni della circolare n. 212 del 13 luglio 1994, par. 4).

Se le vicende del rapporto di lavoro prevedono che nel corso dell'evento l'orario contrattuale subisca una pluralità di variazioni (ad esempio per passaggi part time/full time e viceversa), il suddetto ridimensionamento della retribuzione, avverrà ogni qualvolta si verifica la variazione contrattuale dell'orario di lavoro (e della relativa retribuzione).

Per il part time verticale valgono le istruzioni di cui alla circolare n. 82 del 5.4.1993, che prevedono, in sintesi, l'indennizzabilità dei soli periodi in cui esisterebbe l'obbligo di prestare attività lavorativa, mentre per i contratti di solidarietà con intervento di integrazione salariale (quando ovviamente, in luogo del suddetto trattamento, sia erogabile la prestazione di malattia o di maternità), si applicano le istruzioni di cui alla citata circ. n. 212/94.

Part time verticale

Anche per il part time verticale, comunque, in caso di passaggi part time/full time e viceversa nel corso dell'evento, la retribuzione media giornaliera da prendere a riferimento per le giornate da indennizzare non rimane costante per tutta la durata dell'evento, ma deve essere variata, in rapporto all'orario di lavoro, ogni qual volta questo subisce modifiche.

Le indicazioni che precedono non si applicano ai riposi giornalieri ex art.10 legge 903/1977 (c.d. riposi per allattamento) né ai riposi concessi ai donatori di sangue, per i quali, invece, la retribuzione di cui viene chiesto il rimborso corrisponde a quella che viene meno al lavoratore a causa dell'evento e che viene pertanto corrisposta effettivamente allo stesso (vedi successivo punto 11.8.3).

*Prestazione
lavorativa non
predeterminata
nel tempo*

11.8.2 Lavoratori che prestano attività limitatamente ad alcuni periodi non predeterminati

(Circolare INPS n. 182 del 4 agosto 1997)

Per talune fattispecie contrattuali, non qualificabili formalmente come rapporti di lavoro a tempo parziale, caratterizzate da prestazioni lavorative abitualmente prestate in maniera del tutto episodica, che non risultano, perciò, predeterminate nella loro effettuazione se si divide, secondo i criteri seguiti per la generalità dei lavoratori, la retribuzione percepita nel mese di interesse per il numero delle giornate effettivamente lavorate (o comunque retribuite) nello stesso periodo, generalmente viene ad ottenersi una retribuzione media giornaliera che non rispecchia assolutamente la media degli emolumenti mensilmente a disposizione del lavoratore, con ovvie possibili distorsioni della funzione dell'indennità, in particolare quella di malattia.

Ora ai lavoratori il cui rapporto di lavoro, non inquadrabile nel part time, si espliciti attraverso prestazioni del tutto occasionali, ferma restando l'osservanza degli ulteriori comuni criteri erogativi, si procederà al computo della retribuzione dividendo quanto percepito dal lavoratore nel periodo da considerare non per il numero delle giornate lavorate o retribuite bensì per il numero di giornate feriali (ovvero di calendario, se impiegati) cadenti nel periodo stesso. E' ovvio che qualora ci si trovi in presenza di contratti di lavoro a tempo determinato, sono altresì applicabili le relative disposizioni concernenti il massimo indennizzabile per evento e quelle che prevedono la cessazione del diritto all'indennità con il termine del rapporto di lavoro.

Sono esclusi dalle presenti istruzioni i lavoratori indennizzabili sulla base di retribuzioni convenzionali nonché i lavoratori dello spettacolo, per le prestazioni di malattia, per le quali è come noto applicata una diversa disciplina.

*Riposi giornalieri
per allattamento
e malattia*

11.8.3 Riposi giornalieri per allattamento

(Messaggio INPS n. 2781 del 16 febbraio 2012)

La retribuzione media globale giornaliera è determinata tenendo conto sia degli emolumenti corrisposti dal datore di lavoro in ragione dell'attività lavorativa prestata dalla lavoratrice nel periodo di riferimento, sia delle indennità alla stessa corrisposte per le ore di allattamento fruito nel medesimo periodo. Tale soluzione interpretativa trova fondamento anzitutto negli artt. 36 e 37 della Costituzione nonché nel combinato disposto di cui agli artt. 39 e 43 del T.U. in forza del quale i periodi di riposo "per allattamento", indennizzati in misura pari all'intera retribuzione, "sono considerati ore lavorative agli effetti della durata e della retribuzione del lavoro".

La ratio sottesa alle disposizioni sopra menzionate mira a garantire, alla lavoratrice madre che beneficia dei riposi in questione, il medesimo trattamento economico che la stessa avrebbe percepito ove non si fosse astenuta a tale titolo. La medesima ratio pertanto trova applicazione anche ai fini della determinazione della retribuzione giornaliera di riferimento utile al calcolo delle indennità in oggetto.

A conferma di quanto sopra evidenziato giova altresì richiamare il criterio di calcolo della base retributiva di riferimento previsto dall'art. 23 T.U., comma 5, lett. b, per i casi in cui l'operaia non agricola, "per esigenze organizzative contingenti dell'azienda o per particolari ragioni di carattere personale della

lavoratrice”, abbia praticato nel periodo di riferimento un orario di lavoro mediamente inferiore rispetto a quello contrattualmente previsto.

Il predetto criterio di calcolo consiste nel dividere l’ammontare complessivo degli emolumenti corrisposti dal datore di lavoro nel mese considerato per le ore di lavoro effettuate dalla lavoratrice interessata nel periodo medesimo; il quoziente ottenuto viene quindi moltiplicato per le ore di lavoro contrattualmente previste nella giornata.

In attuazione di tale criterio si ricava in definitiva una base retributiva di riferimento equivalente a quella che la lavoratrice avrebbe percepito qualora avesse praticato interamente l’orario di lavoro previsto dalle disposizioni contrattuali.

Pertanto - ferma restando l’applicazione generale dell’art. 39 T.U. - nel caso in cui il datore di lavoro considerasse i soli emolumenti corrisposti in ragione dell’attività prestata (con esclusione quindi delle indennità anticipate per i riposi giornalieri), la base retributiva di riferimento dovrebbe essere comunque determinata secondo il criterio di calcolo indicato all’art. 23, comma 5, lett. b, T.U., sopra richiamato.

Le indicazioni sopra esposte sono da ritenersi valide, oltre che ai fini del calcolo dell’indennità a titolo di congedo parentale, anche ai fini del calcolo dell’indennità di maternità (o paternità), spettante in ragione un eventuale successivo evento (parto o adozione/affidamento), per i periodi che si collocano nel mese successivo a quello di fruizione dei riposi per allattamento.

I suddetti criteri trovano inoltre applicazione anche con riferimento alla determinazione della base retributiva giornaliera utile ai fini della liquidazione dell’indennità di malattia qualora l’evento si manifesti nel mese successivo a quello in cui la lavoratrice o il lavoratore abbiano usufruito di riposi per allattamento.

11.8.4 Erogazioni previste dai contratti collettivi di secondo livello

Contratti di secondo livello

I premi “decontribuiti” sono esclusi dalla retribuzione imponibile nella misura di quote % definite dalla normativa di riferimento.

Pertanto, all’interno di detto limite, dette quote non devono considerarsi utili ai fini del calcolo della retribuzione media globale giornaliera (D.Lgs. n. 314/97 – art. 6, lett. e).

11.9 PROSPETTO DI LIQUIDAZIONE DELL’INDENNITÀ

I prospetti di liquidazione dell’indennità di malattia dovranno essere compilati in duplice copia, la prima delle quali sarà conservata agli atti dell’azienda e la seconda consegnata al lavoratore.

12. DATI SALARIALI

Dati salariali

“Il datore di lavoro è tenuto a comunicare all’INPS i dati retributivi ed ogni altra notizia necessaria per la determinazione delle prestazioni” (art. 1, comma 9, del D.L. 30 dicembre 1979, n. 663, convertito, con modificazioni, nella legge 29 febbraio 1980, n. 33).

Nelle ipotesi di pagamento diretto dell’indennità a cura dell’INPS le certifica-

zioni di malattia devono essere trasmesse allo stesso INPS “a cura del datore di lavoro, entro 3 giorni dal relativo ricevimento, unitamente ai dati salariali necessari per il pagamento agli aventi diritto delle prestazioni economiche di malattia e di maternità” (Art. 2, comma 4, del D.L. 30 dicembre 1979, n. 663, convertito, con modificazioni, nella legge 29 febbraio 1980, n. 33).

Dal 13 giugno 2011, data di inizio della procedura di invio on line del certificato di malattia da parte dei medici, il datore di lavoro è esentato dal trasmettere all’INPS le certificazioni mediche.

Diritto all’indennità

13. CASI PARTICOLARI: DIRITTO ALL’INDENNITÀ

13.1 INDENNITÀ GIORNALIERA DI MALATTIA IN FAVORE DI LAVORATORI IN TRATTAMENTO EMODIALITICO

13.1.1 Giornate indennizzabili

Trattamento emodialitico

Il lavoratore sottoposto al trattamento di emodialisi ha diritto all’indennità di malattia per le giornate di assenza dal lavoro coincidenti con l’effettuazione del trattamento.

L’erogazione dell’indennità è regolata dalle norme comuni, salve le particolarità appresso illustrate:

- le giornate di assenza dal lavoro per l’effettuazione del trattamento di dialisi devono essere considerate un unico episodio morboso continuativo;
- la carenza e la diversificazione della misura dell’indennità in relazione alla durata della malattia (50% per i primi 20 giorni e 66,66% per i successivi) devono essere applicate per anno solare;
- ai fini del calcolo dell’indennità spettante per le giornate di trattamento cadenti in ciascun mese devono essere presi in considerazione gli emolumenti nel mese precedente;
- l’indennità non spetta qualora il lavoratore, nel corso della giornata di effettuazione del trattamento, abbia prestato attività lavorativa sia pure per un numero limitato di ore;
- ai fini dell’erogazione dell’indennità l’interessato è tenuto a documentare l’effettuazione del trattamento: a tale scopo può essere ritenuta utile la dichiarazione del luogo di cura.

Malattia e trattamento emodialitico

13.1.2 Erogazione dell’indennità in caso di malattia sopravvenuta in corso di trattamento emodialitico

Qualora il lavoratore venga a trovarsi in stato di incapacità lavorativa per il sopraggiungere di una malattia diversa da quella per la quale è praticato il trattamento emodialitico, la malattia sopravvenuta deve considerarsi ai fini dell’erogazione dell’indennità, autonoma e prevalente rispetto a quella preesistente.

Da tale premessa - che esclude qualsiasi interferenza tra la malattia sopravvenuta e la malattia per la quale è effettuato il trattamento emodialitico - consegue che:

- l'indennità deve essere corrisposta per le giornate della malattia sopravvenuta tenendo sospeso, per tutta la durata di questa, l'indennizzo della malattia per la quale è effettuato il trattamento emodialitico;
- la malattia sopravvenuta deve essere indennizzata secondo le norme comuni (carenza, elevazione della misura dal ventunesimo giorno, ricaduta, ecc.);
- una volta terminata la malattia sopravvenuta l'indennità per le successive giornate di trattamento emodialitico deve essere nuovamente corrisposta senza tenere conto della predetta malattia sopravvenuta.

Ai fini del periodo massimo di malattia indennizzabile, pari a 180 giorni, le giornate di trattamento emodialitico devono essere sommate a quelle delle eventuali malattie sopravvenute.

13.2 EVENTI MORBOSI PROCURATI DALL'ASSUNZIONE DI ALCOOL E DI SOSTANZE STUPEFACENTI, NONCHÉ DAL MANCATO SUICIDIO

Assunzione di alcool e stupefacenti

(Circolare INPS n. 134414 A.G.O./45 del 1° marzo 1984)

Il Consiglio di Amministrazione ha esteso il diritto all'indennità giornaliera di malattia ai lavoratori incapaci al lavoro per eventi morbosi correlati all'assunzione di sostanze stupefacenti ed al mancato suicidio: pertanto, nei casi di specie, la predetta prestazione economica è corrisposta secondo i criteri previsti per la generalità dei lavoratori.

Dalla motivazione di cui alla delibera in questione discende, altresì, la conferma che devono ritenersi aventi titolo alle prestazioni economiche di malattia i lavoratori incapaci al lavoro per eventi morbosi causati da abuso di alcolici: parimenti, nei casi di specie, l'indennità giornaliera è corrisposta secondo le istruzioni previste per la generalità dei lavoratori.

13.3 MORBO DI COOLEY

Morbo di Cooley

(Circolare INPS n. 134414 A.G.O./45 del 1° marzo 1984)

Ai lavoratori affetti dal morbo di Cooley compete il diritto all'indennità giornaliera di malattia per le giornate di assenza dal lavoro coincidenti con l'effettuazione del relativo trattamento trasfusionale, sempreché non sia stata prestata attività lavorativa nel corso delle predette giornate.

L'indennità deve essere corrisposta secondo i criteri in vigore per i lavoratori in trattamento emodialitico (vedi punto 13.1.1).

13.4 INTERVENTI DI CHIRURGIA ESTETICA

Interventi di chirurgia estetica

(Circolare INPS n. 63 del 7 marzo 1991)

Rientrano nella sfera dell'indennizzabilità, secondo le norme comuni, i periodi di incapacità lavorativa correlati all'effettuazione degli interventi in epigrafe, resisi necessari al fine di rimuovere vizi funzionali connessi ad un difetto estetico.

Il riconoscimento dell'indennità di malattia deve invece escludersi (sia per

il periodo di ricovero che di convalescenza), non essendo in linea generale, ravvisabili, nella fattispecie, specifiche dirette esigenze terapeutiche, qualora l'intervento risulti eseguito allo scopo di eliminare un difetto meramente estetico.

Nell'ambito di tale ultima casistica, potranno, comunque, essere considerate favorevolmente, agli effetti erogativi di cui trattasi, le situazioni in cui l'intervento chirurgico conseguente al suddetto difetto estetico sia stato determinato da motivi sanitariamente apprezzabili; quanto sopra, sempreché la circostanza venga debitamente comprovata dagli atti che l'interessato vorrà, di propria iniziativa, produrre, ad evitare che la Sede notifichi al datore di lavoro la non indennizzabilità del caso sulla scorta della certificazione esibita, da cui risulti – a giudizio del medico della Sede – l'esistenza di un vizio puramente estetico.

Cure termali

13.5 CURE TERMALI

Giudizio del medico

Ai lavoratori appartenenti a tutte le categorie assicurate per le prestazioni economiche di malattia che fruiscono di cure idrotermali, concesse ai sensi dell'art. 13, comma 3, della legge 11.11.1983 n. 638, è riconosciuto il diritto alla relativa indennità sulla base di specifico e motivato giudizio del medico specialista della USL che attesti l'esistenza di uno stato patologico, la specifica idoneità terapeutica o riabilitativa delle cure termali nonché la maggiore efficacia ed utilità agli indicati fini terapeutici o riabilitativi della esecuzione delle cure stesse in periodo extraferiale.

Durata della prestazione

*L'Istituto può concedere le cure per **un solo ciclo annuale ovvero 12 giorni**, pari a due settimane di cura, dal lunedì della prima settimana al sabato della seconda, in base ad un calendario triennale stabilito dall'Inps, per un massimo di cinque cicli di cure nell'arco dell'intera vita assicurativa.*

*Il costo delle cure è a carico del Servizio Sanitario Nazionale, mentre quello del **soggiorno presso la località termale** negli alberghi convenzionati è a carico dell'Inps.*

Sono, invece, a carico dell'interessato i costi del ticket, nella misura prevista dalla legge;

- *le spese di viaggio di andata e ritorno.*

Requisito

minimo di

iscrizione all'INPS

Requisiti Amministrativi

I lavoratori dipendenti o autonomi devono possedere il requisito amministrativo di essere iscritti all'INPS con almeno 5 anni di anzianità assicurativa e vantare almeno 3 anni di contribuzione (156 contributi) nel quinquennio precedente la presentazione della domanda.

Domanda

La domanda

*Deve essere presentata dal 1° gennaio al 30 settembre, nell'anno di effettuazione delle cure, all'ufficio Inps di residenza del lavoratore **esclusivamente in modalità telematica** (Circolare INPS n. 37 del 22 febbraio 2011) attraverso uno dei seguenti canali:*

- *WEB – servizi telematici accessibili direttamente dal cittadino tramite PIN attraverso il portale dell'Istituto selezionando “SERVIZI ONLINE ACCEDI AI SERVIZI”, tra i servizi dedicati al cittadino, alla*

- voce “Cure balneo termali”;;
- *contact center integrato* – n. 803164 gratuito da rete fissa o n. 06164164 da rete mobile a pagamento secondo la tariffa del proprio gestore telefonico;
- *Patronati/intermediari dell’Istituto* – attraverso i servizi telematici offerti dagli stessi.

Il certificato medico di prescrizione delle cure deve essere inoltrato **telematicamente** dal medico curante dell’assicurato, dipendente o convenzionato con il Servizio Sanitario Nazionale prima dell’inoltro della domanda. Su di esso deve essere indicata la patologia per la quale vengono chieste le cure termali.

Certificazione telematica

Il datore di lavoro, su richiesta del lavoratore interessato, se del caso, rilascia al lavoratore una dichiarazione da cui risulti che durante il periodo di cure termali non possono essere fruite ferie o congedi ordinari in quanto sono già state programmate ferie collettive in altro periodo, ovvero non residua nell’anno un numero di ferie sufficiente per il completamento del ciclo di cure.

Successivamente all’istruttoria della domanda di cure termali da parte della competente struttura INPS, il cittadino riceverà formale convocazione per essere sottoposto a visita medica da parte del Centro medico legale della Direzione provinciale INPS competente (Circolare Inps n. 37/2011 punto 2).

In occasione della visita medica il lavoratore potrà presentare ulteriore documentazione e/o certificazione sanitaria relativa alle patologie per cui richiede il trattamento.

Il lavoratore dopo aver ricevuto la lettera di accoglimento della domanda dovrà iniziare le cure **entro 90 giorni dal ricevimento del provvedimento di accoglimento della domanda** pena la mancata ammissione alle cure. Tale limite consente di sottoporre l’assicurato stesso al trattamento termale in termini di efficacia e tempestività terapeutica, anche in considerazione dell’insorgenza di eventuali controindicazioni.

Accoglimento della domanda

Inizio cure
Tempistica

Riesame

Nel caso in cui la domanda non sia accolta, per motivi amministrativi o sanitari, è possibile presentare istanza di **riesame**, entro 60 giorni, da inoltrare per il tramite del Responsabile della sede dalla quale ha ricevuto la comunicazione di reiezione della domanda. Se il provvedimento di reiezione è relativo a motivi di ordine sanitario, l’istanza deve essere sottoposta al giudizio del **Coordinamento Generale Medico Legale** (Messaggio INPS n. 6462 del 13 aprile 2012).

Domanda negata

Riesame

Se, invece, il provvedimento di reiezione attiene a motivi di carattere amministrativo, l’istanza deve essere indirizzata alla **Direzione Centrale Prestazioni a sostegno del reddito**, per il tramite del direttore della sede dalla quale si è ricevuta la comunicazione di reiezione.

13.6 T.B.C.

T.B.C.

(Circolare INPS n. 13 del 16 gennaio 1989)

A decorrere dal 1° gennaio 1989 l’indennità giornaliera spettante ai lavoratori affetti da malattia di natura tubercolare, assistiti dall’INPS, è corrisposta con le modalità e secondo le procedure previste per l’indennità di malattia, in

applicazione di quanto previsto dalla legge 4 marzo 1987 n. 88.

I datori di lavoro - eccezion fatta per le ipotesi espressamente previste dal 6° comma dell'art.1 della legge n.33/1980, nonché per i "familiari" - provvedono a conguagliare nelle denunce mensili gli importi anticipati agli aventi diritto secondo la normativa generale, portandoli in detrazione dalle somme dovute all'Istituto per contributi o per altro titolo.

Periodo ante riconoscimento della malattia specifica

In proposito, avuto riguardo alla circostanza che la natura specifica della malattia viene accertata non subito, ma dopo un certo lasso di tempo, continueranno a trovare, praticamente, attuazione, le istruzioni in base alle quali si dispone che, nel periodo precedente la formulazione della diagnosi definitiva di malattia tubercolare in fase attiva, all'interessato deve essere corrisposta, da parte del datore di lavoro o delle Sedi dell'Istituto l'indennità spettante in caso di malattia "comune".

Riconoscimento della malattia specifica: trattamento tubercolare

L'INPS avuta notizia della reale natura della malattia, comunica al datore di lavoro la diagnosi medica affinché lo stesso possa erogare la prestazione tubercolare in luogo di quella prevista per la malattia "comune", sulla base delle istruzioni che l'Istituto stesso fornisce in proposito.

Rimane inteso che tale informazione, della quale il datore di lavoro viene a conoscenza, rimane tutelata dalla normativa sulla privacy.

Adempimenti del datore di lavoro

13.6.1 Istruzione per i datori di lavoro

Corresponsione dell'indennità giornaliera per malattia "non comune"

1. Diritto all'indennità giornaliera: sussiste solo se il lavoratore non ha diritto a percepire dal datore di lavoro l'intera retribuzione.

2. Decorrenza dell'indennità giornaliera: dal 1° giorno di assistenza sanitaria risultante dal certificato prodotto, relativo alla prima visita medica.

Periodo massimo indennizzabile

3. Periodo massimo indennizzabile: tutte le giornate di assistenza sanitaria fruita - compresi i primi tre giorni, le domeniche e le altre festività - anche oltre 180 giorni, come di seguito precisato:

a) i primi 180 giorni, nelle misure di cui al paragrafo successivo;

b) dal 181° giorno e fino alla data di cessazione dell'assistenza sanitaria, in misura fissa, il cui importo verrà, di volta in volta, comunicato tempestivamente da questa Sede.

Malattia specifica a cavaliere di due anni

In relazione a quanto sopra, si precisa che nei casi in cui l'evento morboso diverso dalla malattia "comune" sia "a cavaliere" di due anni, l'erogazione dell'indennità giornaliera prosegue nell'anno solare successivo, tenendo conto delle giornate indennizzate nell'anno precedente ai fini del raggiungimento delle 180 e della eventuale, successiva applicazione della misura fissa (dal 181° giorno).

Giornate indennizzate

4. Determinazione della misura: valgono gli stessi criteri seguiti per la determinazione della misura dell'indennità giornaliera in caso di malattia "comune", tenendo, però, presente che, dovendo l'indennità giornaliera di che trattasi essere corrisposta per tutti i giorni, l'importo medio della retribuzione deve essere ottenuto applicando i criteri relativi agli assicurati che, in caso di malattia "comune", percepiscono la prestazione anche nei giorni festivi (impiegati del commercio, per i quali la retribuzione mensile viene divisa per 30).

L'indennità giornaliera sarà pari al 50% ed ai 2/3 - rispettivamente, per i primi 20 giorni e per i successivi 160 - della retribuzione media giornaliera, ottenuta in base ai criteri di cui sopra, fatte salve le ipotesi in cui, per i casi di malattia "comune", siano previste percentuali diverse: all'indennità giornaliera in argomento non devono essere applicate le riduzioni previste per la malattia "comune" (ad es., in caso di ricovero ospedaliero o di sospensione dal lavoro).

Le eventuali somme contrattualmente corrisposte a titolo di integrazione dell'indennità giornaliera per malattia "comune" non debbono essere prese in considerazione ai fini della determinazione della misura dell'indennità in argomento, da porre a carico dell'INPS, mediante conguaglio sul Mod. DM 10/2.

5. Cessazione della corresponsione dell'indennità giornaliera: alla data che verrà comunicata dalla Sede INPS e, comunque, non oltre quella di ripresa dell'attività lavorativa.

6. Dipendenti fruitori del trattamento della Cassa Integrazione Guadagni: trovano applicazione gli stessi criteri validi per l'ipotesi di malattia "comune": peraltro, ove l'indennità sia dovuta, la stessa deve essere erogata in misura intera (v. precedente punto 4).

CIG

7. Dipendenti in astensione dal lavoro per maternità:

a) Astensione obbligatoria – l'indennità giornaliera di cui alla legge in argomento non spetta durante il relativo periodo;

b) Astensione facoltativa – l'indennità giornaliera di cui si tratta sostituisce quella che spetterebbe durante gli eventuali periodi di astensione facoltativa dal lavoro per maternità. Per l'eventuale ripresa della corresponsione dell'indennità di maternità per astensione facoltativa al termine dello stato morboso in argomento, si rinvia alle disposizioni di carattere generale in materia di trattamento economico di maternità ed ai relativi criteri applicativi.

8. Assegno per nucleo familiare: spetta con riguardo agli stessi familiari, nella stessa misura e con riferimento ai medesimi periodi (mensile, quindicinale, quattordicinale, settimanale e giornaliero) previsti dalla vigente normativa relativa ai lavoratori in attività di servizio. Anche per i limiti di reddito vale la normativa di carattere generale.

Il recupero degli eventuali importi erogati nei primi tre giorni di malattia, ed a titolo di "integrazione" dell'indennità già corrisposta e prevista soltanto per la malattia "comune" - importi da conguagliare con eventuali somme a credito del dipendente (ad esempio, per indennità giornaliera corrisposta in misura ridotta nei periodi di ricovero: vedi punto 4) - avverrà secondo modalità da concordare fra le parti (datore di lavoro e dipendente).

Conguaglio: modello DM 10/2

Come già precisato, i datori di lavoro che erogano, per conto dell'INPS, l'indennità prevista dalla legge n.88/1987, dal periodo di paga in corso al 1° gennaio 1989, pongono a conguaglio nelle denunce mensili (Mod. DM 10/2), gli importi anticipati a tale titolo con l'importo dei contributi e delle altre somme dovute all'Istituto.

A tal fine, nel Mod. DM 10/2 devono essere riportati i seguenti dati:

- nel rigo “54” del quadro “D” (somme a credito del datore di lavoro), l’importo delle indennità giornaliere corrisposte, di competenza del mese cui si riferisce la denuncia;
- in uno dei righi in bianco dello stesso quadro “D” l’importo corrisposto a titolo di assegno per il nucleo familiare connesso con l’indennità, preceduto dalla dicitura “ANF. IND.” e dal codice “H 301”.

Sospensione del diritto all’indennità

14. SOSPENSIONE DEL DIRITTO ALL’INDENNITÀ

14.1. CASI DI SOSPENSIONE

Cause di sospensione

Il diritto all’indennità giornaliera di malattia è sospeso nei casi in cui il lavoratore:

- A) si dedichi, durante la malattia, ad attività retribuite;
- B) non consenta, senza giustificato motivo, l’effettuazione della visita medica di controllo ivi compresa quella disposta ai sensi dell’art. 5 della legge 20.5.70, n. 300, o degli accertamenti sanitari disposti nei suoi confronti;
- C) alteri o falsifichi certificati medici o qualsiasi altra documentazione, salva l’esistenza dei presupposti per l’azione penale;
- D) sia in stato di detenzione durante la malattia;
- E) non osservi, senza giustificato motivo, il divieto di uscire di casa prescritto dal medico curante, o compia atti che possano pregiudicare il decorso della malattia o tenga un contegno pregiudizievole alle possibilità di esercizio dell’attività professionale.

Il lavoratore è tenuto a rimborsare le indennità indebitamente percepite.

Notifica della sospensione

I provvedimenti di sospensione e di addebito sono adottati dalla competente Sede dell’INPS, e sono notificati all’interessato a mezzo lettera raccomandata: nei casi in cui il pagamento delle indennità è effettuato dai datori di lavoro i provvedimenti devono essere altresì comunicati a questi ultimi ai fini dell’applicazione delle sanzioni.

Adempimenti del datore di lavoro

I datori di lavoro che venissero a conoscenza di circostanze che comportano la sospensione del diritto all’indennità devono informarne con sollecitudine la competente sede INPS per l’adozione dei provvedimenti di competenza.

La sede INPS, accertate le circostanze rese note dai datori di lavoro, assumerà i conseguenti provvedimenti dandone in ogni caso comunicazione ai datori di lavoro stessi.

Decorrenza e durata della sospensione

14.2 DECORRENZA E DURATA DELLA SOSPENSIONE

La sospensione decorre dalla data in cui il lavoratore ha commesso l’infrazione.

La durata della sospensione è riferita alla durata della malattia e dell’eventuale “ricaduta” prescindendo dall’indennizzabilità o meno delle giornate della malattia coincidenti con la sospensione.

La durata della sospensione è fissata per ogni fattispecie nei seguenti termini:

- a) per il lavoratore che si dedichi, durante la malattia, ad attività retribuita (fermo restando che non spetta comunque al lavoratore alcuna prestazione economica per il periodo nel corso del quale ha prestato attività lavorativa):
- prima infrazione: giorni 5;
 - successiva infrazione: giorni 10;
- b) per il lavoratore che, senza giustificato motivo, non consenta l'effettuazione della visita medica di controllo o degli accertamenti sanitari (lavoratore che all'atto del controllo impedisce, ad esempio rifiutando di sottoporsi alla visita ovvero non ammettendo il medico al proprio domicilio, l'espletamento dell'accertamento disposto nei suoi confronti):
- prima infrazione:
 1. qualora il lavoratore sia stato già sottoposto a visita di controllo: giorni 1;
 2. qualora il lavoratore non sia stato in precedenza controllato: giorni 3;
 - successiva infrazione: giorni 5.
- La sanzione non va comminata nei casi in cui alla data del controllo l'assicurato abbia già ripreso lavoro o lo riprenda nel primo giorno lavorativo successivo alla data del mancato controllo;
- c) per il lavoratore che alteri o falsifichi certificati medici o qualsiasi altra documentazione (fermo restando che non spetta comunque al lavoratore alcuna prestazione economica per il periodo cui si riferisce l'alterazione o la falsificazione dei certificati medici):
- prima infrazione: giorni 10;
 - successiva infrazione: giorni 20;
- d) per il lavoratore che durante la malattia sia in stato di detenzione: per tutta la durata della detenzione. Se il relativo procedimento penale si conclude con l'assoluzione dell'assicurato, dovrà farsi luogo all'erogazione dell'indennità economica per il periodo di incapacità lavorativa attestato da idonea documentazione;
- e) per il lavoratore che, senza giustificato motivo, non osservi il divieto di uscire di casa prescritto dal medico curante:
- prima infrazione: giorni 3;
 - successiva infrazione: giorni 5;
- f) per il lavoratore che compia atti che possono pregiudicare il decorso della malattia:
- prima infrazione: giorni 3;
 - successiva infrazione: giorni 5;
- g) per il lavoratore che tenga un contegno pregiudizievole alla possibilità

di esercizio dell'attività professionale secondo scienza e coscienza del medico curante:

- prima infrazione: giorni 5;
- successiva infrazione: giorni 10.

Il numero dei giorni di sospensione è raddoppiato ove ricorrano circostanze aggravanti.

Aggravanti

La sospensione non può avere comunque durata superiore a 30 giorni fatta eccezione per l'ipotesi di cui alla lettera d) per la quale la sospensione non può essere inferiore al periodo di internamento nella casa di pena.

Limiti

15. VISITE MEDICHE DI CONTROLLO

Visite mediche di controllo

15.1 REPERIBILITA' - FASCE ORARIE DI REPERIBILITA' - ESCLUSIONE DALL'OBBLIGO DI REPERIBILITA'

Reperibilità

Il lavoratore assente dal lavoro per malattia, per consentire l'effettuazione di eventuali visite mediche di controllo, deve rimanere a disposizione nel proprio domicilio ovvero nel luogo dichiarato al medico in fase di redazione del certificato di malattia, nelle seguenti fasce orarie di reperibilità per tutti i giorni di prognosi indicati nel certificato di malattia, comprese le domeniche e i festivi:

Fasce orarie

- dalle ore 10:00 alle ore 12:00
- dalle ore 17:00 alle ore 19:00

Esclusioni dalla reperibilità

Può assentarsi durante le fasce di reperibilità solo per:

- necessità di sottoporsi a visite mediche generiche urgenti e ad accertamenti specialistici che non possono essere effettuati in orari diversi da quelli compresi nelle fasce orarie di reperibilità;
- gravi motivi personali o familiari;
- cause di forza maggiore;
- interessi economici: partecipazione a pubblici esami, convocazione da parte di pubblica autorità;
- interessi morali: ricoveri ospedalieri, funerali, gravi infortuni.

Non esistono diagnosi che possono esonerare il lavoratore ammalato dal rispetto delle fasce di reperibilità.

Patologie escluse dalla reperibilità

Patologie escluse dalla reperibilità

(Circolare INPS n. 95 del 07 giugno 2016)

Con l'articolo 25 del decreto legislativo 14 settembre 2015, n. 151 ("Esenzioni dalla reperibilità"), e successivamente, con il decreto del Ministero del lavoro e delle politiche sociali, di concerto con il Ministero della salute, 11 gennaio 2016 ("Integrazioni e modificazione al decreto 15 luglio 1986, concernente l'espletamento delle visite mediche di controllo dei lavoratori da parte dell'Istituto nazionale della previdenza sociale" - Gazzetta Ufficiale n. 16 del 21 gennaio 2016) sono state individuate le circostanze causali che danno diritto alle esenzioni dalla reperibilità per i lavoratori subordinati di-

pendenti dai datori di lavoro privati per assenza connessa con:

- patologie gravi che richiedono terapie salvavita, comprovate da idonea documentazione della Struttura sanitaria;
- stati patologici sottesi o connessi a situazioni di invalidità riconosciuta, in misura pari o superiore al 67%.

Tuttavia, la norma fornisce solo una previsione astratta delle situazioni di esonero senza dettagliare le concrete fattispecie che, oggetto di valutazione da parte di una consistente platea di medici curanti estensori della certificazione, potrebbero essere suscettibili di diversificata interpretazione.

Il medico curante

Ai fini dell'attuazione della sopra citata normativa, quindi, si rende necessario definire il campo soggettivo e oggettivo di applicazione.

Campo di applicazione

Preliminarmente, appare opportuno evidenziare che i lavoratori interessati, come da espresso riferimento contenuto nel decreto, sono quelli con contratto di lavoro subordinato appartenenti al settore privato.

Con riferimento, invece, all'ambito di applicazione della norma, al fine di orientare correttamente e univocamente i soggetti coinvolti, l'Istituto, con l'approvazione del Ministero della salute e del Ministero del lavoro e delle politiche sociali per gli aspetti di rispettiva competenza, ha elaborato apposite linee guida, fornite in allegato (all.2), contenenti indicazioni sulla casistica di interesse.

Le suddette linee guida sono rivolte ai medici che redigono i certificati di malattia e che, solo in presenza di una delle situazioni patologiche in esse enumerate, dovranno:

- apporre la valorizzazione dei campi del certificato telematico riferiti a "terapie salvavita" / "invalidità" (decreto ministeriale 18 aprile 2012);
- nel caso di certificati di malattia redatti in via residuale in modalità cartacea, attestare esplicitamente l'eventuale sussistenza delle fattispecie in argomento ai fini della esclusione del lavoratore dall'obbligo della reperibilità.

Al riguardo, si ricorda che i medici del Servizio Sanitario Nazionale o con esso convenzionati che redigono i certificati attestanti lo stato morboso dei lavoratori in malattia agiscono, secondo consolidata giurisprudenza, in qualità di pubblici ufficiali e sono tenuti, pertanto, ad attestare la veridicità dei fatti da loro compiuti o avvenuti alla loro presenza nonché delle dichiarazioni ricevute senza ometterle né alterarle, pena le conseguenti responsabilità amministrative e penali.

Controlli medico legali

Controllo di malattia medico legale

L'Istituto, come più volte precisato anche in sede giurisdizionale, ha, nell'ambito delle prestazioni di competenza, il potere-dovere di accertare fatti e situazioni che comportano il verificarsi o meno del rischio assicurativo, presupposto della prestazione. Pertanto, pur venendo meno, nelle fattispecie oggetto della norma, l'onere della reperibilità alla visita medica di controllo, posto a carico del lavoratore nell'ambito delle fasce orarie stabilite dalla legge, rimane confermata la possibilità per l'Inps di effettuare comunque controlli, sulla correttezza formale e sostanziale della certificazione e sulla congruità

prognostica ivi espressa.

Tale principio risulta essere in linea con il generale sistema dei controlli da parte della pubblica amministrazione al fine di garantire, pur nel pieno riconoscimento dei diritti dei lavoratori, la corretta gestione della spesa pubblica, secondo i precetti di cui all'articolo 97 della Costituzione e le correlate pronunce della giurisprudenza di rango costituzionale.

Pertanto, le indicazioni contenute nelle linee guida costituiscono un punto di riferimento anche in ottica di possibili verifiche da parte dell'Inps e dei datori di lavoro in merito all'attestazione di eventi che danno diritto all'esonero dalla reperibilità.

Servizi ai datori di lavoro

I datori di lavoro, nell'ambito dei controlli medico legali richiesti all'Istituto nei confronti dei lavoratori dipendenti assenti per malattia, sono tenuti ad escludere, ai fini dell'attuazione della normativa in argomento, gli attestati telematici che riportino valorizzati i citati campi riferiti a "terapie salvavita" e "invalidità".

Pur ribadendo l'impossibilità per i datori di lavoro di utilizzare nelle ipotesi sopracitate il canale per la richiesta di visite mediche di controllo domiciliare, resta ferma la possibilità per gli stessi di segnalare, mediante il canale di posta PEC istituzionale, alla Struttura Inps territorialmente competente possibili eventi riferiti a fattispecie per le quali i lavoratori risultino esentati dalla reperibilità, per i quali ravvisino la necessità di effettuare una verifica. Sarà cura della Struttura valutare, mediante il proprio

centro medico legale l'opportunità o meno di esercitare l'azione di controllo, dandone conseguente notizia al datore di lavoro richiedente.

Giustificazioni

Ai fini della giustificabilità, l'assenza alla visita medica di controllo deve essere sempre documentata anche quando il lavoratore, assente al momento dell'accesso del medico di controllo, rientra al domicilio prima dell'allontanamento del medico e viene comunque visitato in quanto tale visita non annulla l'assenza iniziale (Circolare Inps n. 136/2003, punto 10).

Visite mediche di controllo da parte dell'azienda

Le visite mediche di controllo domiciliari possono essere effettuate

- *d'ufficio nei confronti dei soli aventi diritto all'indennità di malattia a carico dell'INPS;*
- *su richiesta dei datori di lavoro anche per i lavoratori non aventi diritto all'indennità di malattia a carico dell'INPS.*

Assenza

A seguito di assenza a visita medica di controllo domiciliare il lavoratore è tenuto a presentarsi presso l'ASL o l'INPS, come da indicazioni riportate nell'avviso lasciato dal medico che ha effettuato la visita domiciliare, per l'effettuazione della visita medica ambulatoriale che accerti l'effettiva incapacità lavorativa.

Qualora il lavoratore risulti assente, senza giustificato motivo, alla visita medica di controllo sia essa visita domiciliare o ambulatoriale, decade dal diritto a qualsiasi trattamento economico.

15.2 DIVIETO DI ACCERTAMENTI SANITARI DA PARTE DEI DATORI DI LAVORO

*Visite mediche
di controllo
da parte dell'azienda*

Sono vietati accertamenti da parte del datore di lavoro sull'idoneità e sull'infermità per malattie o infortunio dei lavoratori dipendenti (art. 5, comma 1, L. 20.5.1970 n. 300).

15.3 CONTROLLO DELLE ASSENZE PER INFERMITÀ

*Richiesta di
visita medica
di controllo*

Il controllo delle assenze per infermità può essere effettuato soltanto attraverso i servizi ispettivi degli Istituti previdenziali competenti, i quali sono tenuti a compierlo quando il datore di lavoro lo richieda (art. 5, comma 2, L. 20.5.1970 n. 300).

(Circolare INPS n. 118 del 12 settembre 2011)

“A decorrere dal 1° ottobre 2011, è attiva, per i datori di lavoro, la modalità di presentazione telematica della richiesta del servizio di controllo dello stato di salute dei propri dipendenti in malattia, in ottemperanza del disposto ex lege 30 luglio 2010, n.122, art. 38, comma 5.

La presentazione della richiesta dovrà, quindi, essere effettuata attraverso il portale WEB dell'Istituto - servizio di “Richiesta Visita Medica di controllo”, con accesso tramite PIN.

Destinatari del servizio e abilitazioni

Il servizio di richiesta, in modalità telematica, delle visite mediche di controllo domiciliare e/o ambulatoriale riguarda i datori di lavoro pubblici e privati, compresi quelli i cui dipendenti non sono tenuti al versamento della contribuzione di finanziamento dell'indennità economica di malattia all'Istituto.

*Richiesta telematica
di visita medica
di controllo*

Per l'utilizzo del servizio occorre essere abilitati all'accesso.

A partire dalla data di pubblicazione della presente circolare, tutti i soggetti già dotati di PIN ed attualmente in grado di consultare gli attestati di malattia di cui alla circolare INPS n. 60 del 2010, saranno automaticamente abilitati al servizio.

PIN

I datori di lavoro o loro incaricati, non ancora abilitati ai servizi di consultazione degli attestati di malattia, per poter accedere al servizio, devono presentare presso una Sede Inps i seguenti documenti:

- *modulo di richiesta, compilato e sottoscritto dallo stesso datore di lavoro privato o dal legale rappresentante (ove il datore di lavoro sia pubblico o organizzato in forma associata o societaria), con l'elenco dei dipendenti per i quali si chiede il rilascio del PIN per l'accesso agli attestati di malattia del personale con allegata copia del documento d'identità del sottoscrittore;*
- *modulo di richiesta “individuale” compilato e firmato da ogni dipendente autorizzato, con allegata la fotocopia del documento d'identità del sottoscrittore.*

I datori di lavoro o loro incaricati che intendano affidare il servizio di “Richiesta Visita Medica di controllo” ad un soggetto diverso da quello attualmente dotato di abilitazione per la consultazione degli attestati di malattia, dovrà tempestivamente comunicarlo all'INPS, che provvederà a modificare i relativi profili autorizzativi.

Al verificarsi della cessazione dell'attività, della sospensione o del trasferimento in altra struttura dell'intestatario del PIN, i datori di lavoro o loro incaricati in possesso di PIN, sono tenuti a chiedere tempestivamente la revoca dell'autorizzazione. L'Inps provvederà a cessare, con effetto immediato, l'abilitazione.

Istruzioni

Istruzioni per la richiesta di visita medica di controllo

La richiesta di visita medica di controllo, che viene indirizzata in automatico alla Sede, UOC/UOST, competente per residenza/domicilio o reperibilità del lavoratore, può essere effettuata per un solo lavoratore e per una sola visita alla volta.

E' possibile richiedere anche una visita di controllo ambulatoriale INPS, per casi eccezionali e motivati, cui fa seguito una verifica di fattibilità, da un punto di vista organizzativo-temporale, da parte della UOC/UOST della Sede INPS destinataria.

La procedura di richiesta di visita medica di controllo si compone di più pannelli che consentono un colloquio interattivo con l'utente che:

- *comunica i dati relativi alla richiesta, in modalità guidata dal sistema informatico:*
 - *preimpostando i dati ove già disponibili (i dati anagrafici del datore di lavoro, per le imprese iscritte ad INPS e del lavoratore, se presente nell'Archivio anagrafico unico);*
 - *costruendo e completando dinamicamente le informazioni (per es. selezione del comune nell'ambito della provincia già specificata);*
 - *indirizzando l'utente con domande specifiche (per es. "Il lavoratore ha diritto all'indennità di malattia a carico dell'INPS?");*
 - *segnalando i dati obbligatori (un '*'(asterisco)' accanto al campo);*
 - *sottoponendo i dati forniti ad un immediato controllo formale;*
 - *utilizzando una messaggistica puntuale per segnalare le informazioni incongruenti;*
- *inoltra la richiesta di visita medica di controllo;*
- *ottiene in risposta una ricevuta, che può anche stampare, con la segnatura di protocollo in entrata assegnata dal sistema INPS;*
- *visualizza l'esito della visita dopo la sua effettuazione.*

Decorrenza

Dal 1° dicembre 2011 il canale telematico diventa esclusivo.

Decadenza dal diritto all'indennità per assenza alle visite di controllo

15.4 DECADENZA DAL DIRITTO ALL'INDENNITÀ PER ASSENZA ALLE VISITE DI CONTROLLO

(Circolari INPS 8 agosto 1984 n. 134421/A.G.O. 183 e 26 luglio 1988 n. 166)

Le visite mediche domiciliari di controllo possono essere richieste dal datore di lavoro o disposte d'ufficio dall'INPS ed effettuate dai medici dei servizi sanitari indicati dalle Regioni.

Non esiste limite di legge al numero delle visite che possono essere disposte per uno stesso evento morboso, ma è evidente che la reiterazione delle visite non può assumere carattere vessatorio.

Il lavoratore che risulti assente alla visita domiciliare di controllo nelle fasce orarie di reperibilità o che non si presenti alla visita di controllo, cui sia stato invitato, nell'osservanza delle prescritte forme, decade dal diritto a qualsiasi trattamento economico per l'intero periodo sino a dieci giorni e nella misura della metà per l'ulteriore periodo, esclusi i giorni di ricovero ospedaliero o già accertati da precedente visita di controllo (art. 5, legge 11.11.1983 n. 638).

Assenza nelle fasce di reperibilità

La norma è stata dichiarata incostituzionale (sentenza Corte Costituzionale 26.1.1988 n. 78) nella parte in cui commina la decadenza dalla metà delle indennità per il periodo successivo ai primi dieci giorni di malattia. Pertanto, in mancanza di nuove disposizioni che colmino il vuoto legislativo, il lavoratore ammalato, ma irreperibile, avrà diritto all'intera indennità dall'undicesimo giorno in poi, salvo che non risulti assente anche alle ulteriori visite domiciliari o ambulatoriali che vengano in seguito predisposte.

Sanzione misura

Ove venga disposta, dopo due assenze, una terza visita di controllo ed il lavoratore risulti ancora assente, si provvederà ad interrompere ogni prestazione economica a far tempo dalla data della terza visita.

Terza assenza alla visita di controllo

Nel caso in cui l'interessato, dopo la terza assenza, si sottoponga a visita ambulatoriale (sia a seguito di invito, sia di propria iniziativa) in occasione della quale venga accertata l'incapacità al lavoro, dalla relativa data verrà ripristinata la corresponsione dell'indennità di malattia al 100%, salvo ovviamente nuove circostanze sopravvenute, quali il licenziamento o la sospensione, comportanti la riduzione delle prestazioni (Circolare INPS 31 marzo 1989 n. 65).

La Corte di Cassazione, con sentenza 27.4.1990 n. 3512, ha affermato il principio che il lavoratore irreperibile alla visita medica, effettuata entro i primi dieci giorni, decade dal diritto all'indennità solo fino al successivo controllo medico che ne accerti l'incapacità lavorativa. Ad esempio il lavoratore ammalato dal 1° del mese, non reperito il giorno 4, ma visitato l'indomani con conferma della malattia precedente, perderebbe il diritto solo per i primi quattro giorni e non per dieci.

La medesima Corte, con successiva sentenza del 27.6.1990 n. 6520, ha escluso la perdita del trattamento economico, per il periodo pregresso, nei confronti di un lavoratore, non reperito al proprio domicilio durante le "fasce orarie", al quale era stata confermata la persistenza dello stato morboso a seguito della visita ambulatoriale effettuata il giorno immediatamente successivo.

Peraltro, con sentenza 9.5.1991 n. 5085 la Corte ha ribaltato tale orientamento affermando che la sanzione trova fondamento non solo nel fatto della mancata giustificazione dell'assenza, indipendentemente dalla conferma successiva dello stato morboso in occasione della visita ambulatoriale.

La sanzione non si applica nei casi in cui l'assenza risulti dovuta a giustificati motivi debitamente comprovati.

Giustificazione dell'assenza

Il lavoratore è tenuto a giustificare l'assenza entro 10 giorni dalla contestazione; in difetto l'INPS invita il datore di lavoro a recuperare le indennità nei termini già illustrati.

Visita ambulatoriale concomitante con le fasce di reperibilità

Tra i giustificati motivi rientra la circostanza di una concomitante visita medico generica ambulatoriale che non possa essere effettuata in orario diverso, ovvero nei casi di assoluta urgenza della visita medesima. La presenza dell'assistito nell'ambulatorio del curante di per sé non giustifica l'assenza alla visita domiciliare, dovendo essere dimostrata l'impossibilità di provvedervi in altro orario; le condizioni di giustificabilità dell'assenza possono, quindi, intendersi soddisfatte quando l'orario di ambulatorio del curante cada "in toto" nelle fasce di reperibilità (tenendo pure conto, se del caso, del tempo necessario al lavoratore per rientrare nel proprio domicilio). (Circolari INPS 8 agosto 1985 n. 11 e 19 luglio 1990 n. 171).

Al di fuori di tali casi, l'assenza a visita di controllo è da ritenersi ingiustificata anche nel caso che il lavoratore abbia dato all'INPS o al datore di lavoro comunicazione preventiva della necessità di assentarsi durante le fasce orarie di reperibilità (Circolare INPS 15 luglio 1996 n. 147).

La sanzione non è applicabile dall'INPS ove l'assenza dal domicilio venga riscontrata durante il periodo di "carenza" ed in ogni caso in cui non sussista il diritto alle indennità economiche (Circolare INPS 27 giugno 1988 n. 144).

Esigenze terapeutiche

Il lavoratore che per esigenze terapeutiche o altri gravi ed urgenti motivi debba allontanarsi dal proprio domicilio è tenuto a darne notizia alla sede INPS ed al datore di lavoro (Circolare INPS 26 marzo 1987 n. 38).

In caso di spostamento non temporaneo dal proprio domicilio abituale la comunicazione dovrà essere inviata anche alla A.S.L. che dovrà autorizzare lo spostamento (Circolare INPS 17 ottobre 1996 n. 192).

Giustificazioni

Nell'ipotesi in cui il medico incaricato abbia attestato l'assenza del lavoratore all'indirizzo fornito, l'interessato è tenuto, per evitare la sanzione, a dimostrare le circostanze, a lui non imputabili, che abbiano reso impossibile la visita (Corte di Cassazione – Sezione Lavoro – 14.9.1993 n. 9523).

Recependo le indicazioni fornite dalla magistratura l'INPS ha precisato che l'assenza alla visita domiciliare non è sanzionabile nei seguenti casi:

- *cause di forza maggiore;*
- *situazioni che abbiano reso imprescindibile e non differibile la presenza del lavoratore altrove (pericolo di vita di congiunti, ecc.);*
- *concomitanza di visite, prestazioni e accertamenti specialistici o di visite medico generiche ove si possa dimostrare che le stesse non potevano essere differite senza nocumento per la salute del paziente (Messaggio INPS 7 ottobre 1999 n. 11628).*

Ove il lavoratore si trovi assente dal proprio domicilio all'arrivo del medico, ma vi faccia ritorno prima che lo stesso si sia allontanato, occorre distinguere:

- se il lavoratore dimostri che si trovava in una pertinenza dell'abitazione (cantina, garage, soffitta, ecc.) l'iniziale irreperibilità non può essergli imputata;
- se il lavoratore si trovava fuori del domicilio si è comunque in presenza di un comportamento sanzionabile, ma la sospensione dell'indennità si applica al massimo fino al giorno precedente la visita di controllo (Messaggio INPS 21 ottobre 1999 n. 13385).

Nel caso in cui il lavoratore non accetti le risultanze della visita di controllo il medico avrà cura di annotarlo nel referto. Al riguardo la nuova disciplina precisa che il medico di controllo è tenuto ad informare il lavoratore che il dissenso deve essere eccepito seduta stante: in tal caso, presane annotazione sul referto, lo deve invitare a sottoporsi a visita di controllo il primo giorno utile, presso il Gabinetto diagnostico della Sede INPS competente, per il giudizio definitivo del coordinatore sanitario (Circolare INPS n. 4 dell'8 gennaio 2001).

Lavoratore che non accetta le risultanze della visita di controllo

Il lavoratore ha comunque obbligo di comunicare al proprio datore di lavoro qualsiasi modifica della prognosi, effettuata a seguito di visita di controllo; a tale adempimento deve provvedere l'INPS in caso di controllo d'ufficio, da parte di propri sanitari (Circolare INPS. 4 agosto 1997 n. 182).

Adempimenti

In caso di medico fiscale che in sede di visita di controllo chiude la malattia e, quindi, anticipa il rientro del lavoratore al lavoro, il lavoratore che non accetti tale esito deve:

- recarsi dal proprio medico curante e farsi rilasciare un ulteriore certificato;
- successivamente recarsi dai medici della sede Inps competente ad autenticare il certificato del medico curante per ottenere l'autorizzazione a proseguire la malattia.

A titolo di esempio si ipotizza una malattia dall'1 al 24 aprile (primo certificato fino al 15 aprile – 2° certificato fino al 24 aprile):

1^ ipotesi:

<i>Visita domiciliare 8 aprile: presente, conferma prognosi</i>	<i>dall'1 all'8 indennità in misura intera</i>
<i>Visita domiciliare 9 aprile: assente</i>	<i>dal 9 al 18 sanzione al 100%</i>
<i>Visita domiciliare 22 aprile: assente</i>	<i>dal 19 al 24 sanzione al 50%</i>

2^ ipotesi

<i>Visita domiciliare 12 aprile: assente giustificato</i>	<i>dall'1 al 10 sanzione al 100%</i>
<i>Visita ambulatoriale 13 aprile: non si presenta</i>	<i>dall'11 al 24 indennità in misura intera</i>

3^ ipotesi

<i>Visita domiciliare 12 aprile: assente ingiustificato</i>	<i>dall'1 al 10 sanzione al 100%</i>
<i>Visita ambulatoriale 13 aprile: si presenta con conferma prognosi</i>	<i>dall'11 al 24 indennità in misura intera</i>

4^ ipotesi

<i>Visita domiciliare 5 aprile: assente ingiustificato</i>	<i>dall'1 al 5 sanzione al 100%</i>
<i>Visita ambulatoriale 6 aprile: si presenta con conferma</i>	

<i>prognosi fino al 15 aprile</i>	<i>dal 6 al 15 indennità in misura intera</i>
<i>Visita domiciliare 22 aprile: assente ingiustificato</i>	<i>dal 16 al 20 sanzione al 100%</i>
<i>dal 21 al 24 sanzione al 50%</i>	
<i>5^ ipotesi</i>	
<i>Visita domiciliare 5 aprile: assente ingiustificato</i>	<i>dall'1 al 5 sanzione al 100%</i>
<i>Visita ambulatoriale 6 aprile: si presenta con conferma</i>	
<i>prognosi fino al 15 aprile</i>	<i>dal 6 all'11 indennità in misura intera</i>
<i>Visita domiciliare 12 aprile: assente ingiustificato</i>	<i>12 sanzione al 100%</i>
<i>Visita ambulatoriale 13 aprile: si presenta con conferma</i>	
<i>prognosi fino al 24 aprile</i>	<i>dal 13 al 24 indennità in misura intera</i>

16. INDENNITA' DI MALATTIA E ALTRI TRATTAMENTI PREVIDENZIALI

Indennità di malattia e altri trattamenti previdenziali

L'indennità di malattia non è cumulabile con i trattamenti economici eventualmente spettanti al lavoratore per eventi protetti da altre forme di assicurazione sociale.

In materia trovano applicazione i seguenti principi.

Trattamento di disoccupazione

16.1 TRATTAMENTI DI DISOCCUPAZIONE

Per quanto concerne gli altri trattamenti di disoccupazione, ordinari e speciali, il relativo pagamento è sospeso per le giornate di malattia indennizzate.

CIG

16.2 TRATTAMENTI DI INTEGRAZIONE SALARIALE- CIG

L'art. 3, comma 7 del Decreto Legislativo n. 148 del 14 settembre 2015 stabilisce espressamente il principio di prevalenza della CIG sulla malattia.

In considerazione delle diverse fattispecie che in concreto possono verificarsi l'INPS conferma quanto aveva già precedentemente disciplinato in via amministrativa che di seguito si riporta.

(Circolare INPS n. 197 del 02 dicembre 2015)

Se durante la sospensione dal lavoro (cassa integrazione a 0 ore) insorge lo stato di malattia, il lavoratore continuerà ad usufruire delle integrazioni salariali: l'attività lavorativa è infatti totalmente sospesa, non c'è obbligo di prestazione da parte del lavoratore, che non dovrà quindi nemmeno comunicare lo stato di malattia e continuerà a percepire le integrazioni salariali.

Qualora lo stato di malattia sia precedente l'inizio della sospensione dell'attività lavorativa 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 CIG 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 lavora-*

tore appartiene, il lavoratore in malattia continuerà a beneficiare dell'indennità di malattia, se prevista dalla vigente legislazione.

Se l'intervento di cassa integrazione è relativo ad una contrazione dell'attività lavorativa, quindi riguarda dipendenti lavoratori ad orario ridotto, prevale l'indennità economica di malattia.

16.3 TRATTAMENTI ECONOMICI PER INFORTUNIO SUL LAVORO MALATTIE PROFESSIONALI

Infortunio

L'indennità di malattia non è dovuta per i periodi durante i quali il lavoratore percepisce a carico dell'I.N.A.I.L. l'indennità giornaliera per l'inabilità assoluta conseguente ad infortunio o a malattia professionale.

16.4 INDENNITÀ DI MALATTIA ALLA MADRE LAVORATRICE E CONTEMPORANEA INDENNITÀ DI MATERNITÀ AL PADRE LAVORATORE

Maternità

Tenuto conto dell'orientamento della Magistratura, l'INPS ha riconosciuto l'ammissibilità dell'erogazione sia dell'indennità di malattia alla madre, sia dell'indennità di maternità al padre nel caso in cui la lavoratrice madre non possa a causa di grave infermità assistere il minore ed il padre usufruisca del diritto all'astensione obbligatoria dal lavoro. L'art. 15, comma 1, legge n. 1204/1971 che escludeva il cumulo tra l'indennità di malattia e quella spettante alla stessa lavoratrice per maternità è stato abrogato dall'art. 86 del T.U. n. 151/2001.

16.5 ASSEGNO PER CONGEDO MATRIMONIALE AD OPERAI DELL'INDUSTRIA IN MALATTIA

*Congedo
matrimoniale*

(Circolare INPS n. 248 del 23 ottobre 1992)

L'INPS precisa che l'indennità non è dovuta nei casi e per tutto il periodo in cui il lavoratore, pur essendo ammalato, percepisca il salario dal datore di lavoro o comunque benefici di un trattamento economico, anche da parte di altro ente, di ammontare pari o superiore a quello dell'indennità di malattia. Pertanto, l'indennità di malattia non deve essere corrisposta per i periodi di erogazione dell'assegno per congedo matrimoniale a carico dell'INPS.

16.6 ASSEGNO DI INVALIDITÀ E PENSIONE DI INABILITÀ

Invalidità

E' noto che l'indennità di malattia spetta in presenza di una infermità comportante incapacità lavorativa assoluta ma temporanea; l'assegno di invalidità presuppone invece una capacità al lavoro ridotta in modo permanente a causa di una infermità o difetto fisico o mentale, ma ancora utilizzabile per lo svolgimento di una attività lavorativa compatibile con le residue risorse psicofisiche e attitudinali.

Inabilità

Trattandosi di prestazioni correlate a due istituti differenti, le stesse, in mancanza di diversa previsione sono da ritenersi quindi in via di principio cumulabili, e ciò anche se la forma morbosa certificata 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 sanitarmente riscontrabile una riacutizzazione o una complicità 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, 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.

Per quanto riguarda poi la pensione di inabilità, si ricorda che l'art. 2, comma 5, della legge n. 22/1984 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 in caso di svolgimento di attività lavorativa.

*Pagamento
dell'indennità*

17. MODALITA' DI PAGAMENTO DELL'INDENNITA'

17.1 PAGAMENTO A CURA DEI DATORI DI LAVORO- ANTICIPAZIONE DELL'INDENNITÀ

Innovando rispetto al testo originale, il quale prevedeva che il pagamento avesse luogo "alla fine di ciascun periodo di paga", la legge di conversione ha stabilito che l'indennità di malattia è corrisposta "agli aventi diritto a cura dei datori di lavoro all'atto della corresponsione della retribuzione per il periodo di paga durante il quale il lavoratore ha ripreso l'attività lavorativa, fermo restando 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.

Le anticipazioni possono essere corrisposte in misura pari all'importo integrale dell'indennità spettante al lavoratore per il periodo di malattia al quale si riferisce l'indennità stessa.

In virtù della nuova norma il datore di lavoro che corrisponde le anticipazioni anzidette è tenuto, all'atto del pagamento della retribuzione spettante per il periodo di paga nel corso del quale il lavoratore ha ripreso l'attività lavorativa, a corrispondere a quest'ultimo, in unica soluzione, la differenza tra l'importo complessivamente spettante a titolo di indennità e quello corrisposto a titolo di anticipazioni.

Il datore di lavoro deve comunicare nella denuncia contributiva, con le modalità che saranno stabilite dall'INPS, i dati relativi alle prestazioni economiche di malattia erogate nei periodi di paga scaduti nel mese al quale si riferisce la denuncia stessa, ponendo a conguaglio l'importo complessivo di detto trattamento, con quello dei contributi e delle altre somme dovute all'Istituto predetto secondo le disposizioni previste in materia di assegni familiari, in quanto compatibili. (Art. 1, comma 2, del D.L. 30 dicembre 1979, n. 663,

convertito, con modificazioni, nella legge 29 febbraio 1980, n. 33).

17.1.1 Controllo dei pagamenti

E' stata più volte evidenziata l'esigenza di puntuali controlli sull'operato delle aziende, tenute per legge ad anticipare per conto dell'INPS alla quasi generalità degli assicurati l'indennità di malattia.

Trattandosi di pratiche a conguaglio è evidente infatti che eventuali irregolarità sono rilevabili solo attraverso diretti controlli presso le ditte; di massima, per gli aspetti in argomento, questi saranno svolti da accertatori di reparto che si avvarranno, per il riscontro in azienda, dell'ausilio di apposita campionatura di casi, preventivamente approntata in sede. Si raccomanda in particolare di verificare se la certificazione di malattia sia stata inviata anche all'Istituto, se eventuali riduzioni di prognosi operate in sede di controllo abbiano avuto il dovuto seguito, se risultino rispettate le disposizioni relative alla "ricaduta", al periodo massimo indennizzabile, con specifico riguardo all'ipotesi di malattie che si protraggono senza interruzione oltre il 31 dicembre dell'anno successivo a quello di insorgenza.

Analoghe verifiche saranno comunque operate anche nel corso degli accertamenti ispettivi dai funzionari di vigilanza.

17.2 PAGAMENTO A CURA DELL'INPS

L'INPS provvede direttamente al pagamento agli aventi diritto delle prestazioni di malattia:

- per i lavoratori agricoli, esclusi i dirigenti e gli impiegati;
- per i lavoratori assunti a tempo determinato per i lavori stagionali;
- per gli addetti ai servizi domestici e familiari;
- per i lavoratori disoccupati o sospesi che non usufruiscono del trattamento di Cassa integrazione guadagni.

Si applicano comunque le modalità disciplinate dai primi cinque commi del presente articolo (nel senso che il pagamento deve essere effettuato dal datore di lavoro), nei casi in cui esse siano previste dai contratti collettivi nazionali di categoria (Art. 1, comma 6 e 7, del D.L. 30 dicembre 1979, n. 663, convertito, con modificazioni, nella legge 29 febbraio 1980, n. 33).

17.3 PAGAMENTO CON SISTEMI DIVERSI

Il Ministro del lavoro e della previdenza sociale, sentito il Consiglio di amministrazione dell'INPS, in relazione a particolari situazioni e tenuto conto delle esigenze dei lavoratori e dell'organizzazione aziendale, può con proprio decreto stabilire sistemi diversi per la corresponsione delle prestazioni di cui al presente articolo". (Art. 1, comma 1, del D.L. 30 dicembre 1979, n. 663, convertito, con modificazioni, nella legge 29 febbraio 1980, n. 33).

*Pagamento diretto
da parte dell'INPS*

18. RECUPERO DELLE SOMME INDEBITAMENTE EROGATE A TITOLO DI INDENNITA' DI MALATTIA

18.1 RECUPERO A CURA DEL DATORE DI LAVORO

L'indennità di malattia, indebitamente erogata al lavoratore e posta a conguaglio, è recuperata dal datore di lavoro sulle somme dovute a qualsiasi titolo in dipendenza del rapporto di lavoro e restituite all'INPS.

Qualora il datore di lavoro non possa recuperare le somme stesse, è tenuto a darne comunicazione all'INPS che provvederà direttamente al relativo recupero". (Art. 1, comma 3 e 4, del D.L. 30 dicembre 1979, n. 63, convertito, con modificazioni, nella legge 29 febbraio 1980, n. 33).

18.2 RECUPERO A CURA DELL'INPS

Il diritto dell'INPS alla ripetizione dell'indennità di malattia indebitamente erogata si fonda sull'art. 2033 del codice civile a mente del quale ("chi ha eseguito un pagamento non dovuto ha diritto di ripetere ciò che ha pagato").

L'azione di ripetizione può essere esperita entro il termine di prescrizione ordinario decennale di cui all'art. 2946 del codice civile.

Circa la procedura da seguire per il recupero devono essere osservate, con gli opportuni adattamenti, le istruzioni di cui alla circolare n. 53391 Prs. Dell'8 gennaio 1970, parte sesta, lettera A), tenendo presente che il recupero dell'indebitato in occasione di eventuali pagamenti deve essere concordato con l'interessato e deve essere operato in misura non superiore ad 1/5 dell'importo delle prestazioni economiche spettanti al lavoratore per ogni evento di malattia.

19. SURROGAZIONE DELL'INPS

L'assicuratore che ha pagato l'indennità è surrogato, fino alla concorrenza dell'ammontare di essa, nei diritti dell'assicurato verso i terzi responsabili.

L'assicurato è responsabile verso l'assicurazione del pregiudizio arrecato al diritto di surrogazione (Art. 1916 c.c.).

20. PRESCRIZIONE

(Circolare INPS n. 149/A.G.O. 134406 del 23 luglio 1983)

L'azione per conseguire l'indennità giornaliera di malattia si prescrive nel termine di un anno dal giorno in cui la medesima è dovuta (art. 6, u.c., della legge 11 gennaio 1943, n. 138): pertanto, nelle ipotesi di pagamento diretto, il termine di prescrizione decorre dal giorno successivo alla data di cessazione dell'evento morboso. Qualora l'indennità debba essere, per legge, corrisposta a cura del datore di lavoro, la prescrizione del diritto decorre dal giorno successivo a quello di scadenza del periodo di paga nel corso del quale si è verificata la ripresa dell'attività lavorativa. Qualora il datore di lavoro sia tenuto, a norma dei contratti collettivi, ad effettuare anticipazioni, la prescrizione del diritto all'indennità di malattia - limitatamente all'importo oggetto dell'anticipazione - decorre dal giorno successivo a quello in cui il lavoratore, nel corso dell'evento morboso, può pretendere

la corresponsione della prestazione.

21. CONTENZIOSO

Contenzioso

Il nuovo contenzioso amministrativo delineato negli articoli 46 e seguenti della legge n.88/1989 si svolge, come è noto, in unico grado davanti al rinnovato Comitato Provinciale, ed è deciso da speciali Commissioni istituite nel suo seno.

La pronuncia del Comitato in parola va quindi ritenuta come “definitiva”, nel senso che avverso di essa è ammessa la sola impugnativa in sede giudiziaria.

Il ricorso al Comitato Provinciale deve essere presentato, tramite la SAP che ha emesso il provvedimento impugnato, entro 90 giorni decorrenti dalla data di ricezione della comunicazione con cui si dà notizia del provvedimento medesimo, o, in mancanza di tale atto, dal 121 giorno successivo alla conclusione dell’episodio oggetto della richiesta di indennizzo, ovvero successivo al momento in cui la prestazione economica da anticipare a cura del datore di lavoro - acconto o saldo - è concretamente esigibile. A proposito dei predetti 90 giorni di tempo per ricorrere, va ricordato che il termine in questione non ha carattere perentorio, stante l’esplicito enunciato dell’art.8 della legge 11 agosto 1973, n.533, ai sensi del quale nelle controversie in materia di previdenza e di assistenza obbligatorie “non si tiene conto dei vizi, delle preclusioni e delle decadenze verificatesi”. Per l’effetto, il ricorso si intende utilmente proposto se inoltrato prima che sia maturata la prescrizione. Quanto alla possibilità di adire la Magistratura, giova far rilevare che a far tempo dal 28 marzo 1989, data di entrata in vigore della legge n.88/89, la decorrenza della prescrizione va individuata, in correlazione con l’effetto interruttivo della stessa prodotto dal ricorso, con riferimento al momento cognitivo, da parte del lavoratore, del provvedimento dell’Istituto divenuto definitivo a seguito della decisione negativa assunta dal Comitato Provinciale. Qualora il predetto Comitato non abbia deciso entro i 90 giorni previsti dalla norma e decorrenti dalla data di proposizione del gravame, il silenzio dell’organo va interpretato come rigetto dell’impugnativa, e da tale momento inizia nuovamente a decorrere il termine di prescrizione del diritto.

Appare a questo punto utile precisare che qualora l’interessato adisca la Magistratura senza previa sperimentazione della fase contenziosa amministrativa, il giudice rileva l’improcedibilità della domanda, sospende il giudizio e fissa all’attore un termine di 60 giorni per la presentazione del ricorso amministrativo (2 comma dell’art.443 c.p.c., nel testo novellato dalla citata legge 11 agosto 1973, n.533).

Il previo esperimento del contenzioso amministrativo si pone come condizione di procedibilità, sostanziandosi in un onere imposto dalla norma al lavoratore al fine di consentire all’Istituto il riesame dei propri provvedimenti onde adeguarli alla legge e, nel contempo, prevenire i giudizi ed evitarne gli oneri.

Dato il grado di (relativa) autonomia tra il procedimento contenzioso amministrativo e quello giudiziario, nulla osta, in via di principio, a che il Comitato adito si pronunci sulla controversia anche oltre i 90 giorni di tempo ad esso accordati dalla legge. Pur prescindendo dall’ovvia preclusione

determinata da un eventuale giudicato, è tuttavia da considerare, in analogia con quanto finora praticato in materia di altre prestazioni previdenziali, la convenienza, in pendenza dell'azione giudiziaria, di una pronuncia che sarebbe "inutiliter data", se di reiezione dell'istanza, ovvero che potrebbe essere suscettibile di contrasto con l'autonomo accertamento del diritto da parte del giudice, se favorevole al ricorrente.

La SAP competente rappresenterà pertanto al Comitato Provinciale l'iniziativa assunta dal ricorrente in conseguenza della formazione del silenzio-rigetto sulla sua istanza, perché tale Organo valuti l'opportunità di soprassedere ad ogni successiva decisione di merito.

E' ovvio che, in presenza di elementi nuovi o determinanti forniti dall'interessato, che documentino in modo inequivocabile il diritto alla prestazione, è senz'altro proponibile, anche in tale fase, l'accoglimento del gravame, con il conseguente venir meno dell'interesse dell'Istituto a resistere in giudizio.

Quanto al datore di lavoro, quale anticipatore "ex lege" della prestazione economica per conto dell'Istituto, si deve ritenere che lo stesso, nel momento in cui l'Istituto viene a contestargli l'indebita erogazione della prestazione, possa similmente avanzare ricorso al Comitato Provinciale. Se ne deve dedurre che, almeno nei casi di pagamento a conguaglio, il provvedimento dell'Istituto può essere impugnato dal solo lavoratore, ovvero congiuntamente dal prestatore di lavoro e dall'azienda, ovvero ancora dal solo datore di lavoro.

E' ovvio che un ricorso del datore di lavoro, da solo o congiuntamente con il lavoratore, deve ritenersi ammissibile allorché il provvedimento dell'Istituto venga emanato a seguito di accertamento ispettivo.

Quanto al termine prescrizione del diritto applicabile in caso di richieste di restituzione di indennità indebitamente anticipate dal datore di lavoro, a scioglimento della riserva di cui al messaggio n.58277 del 4 luglio 1989, si deve distinguere il caso di avvenuta restituzione (come normalmente accade, sia pure con riserva) del "tamtum dem" da parte dell'azienda, da quello in cui la richiesta dell'Istituto non sia stata soddisfatta.

Nel primo caso è applicabile la prescrizione annuale, decorrente dal giorno in cui la prestazione economica è stata restituita all'Istituto (qualora il ricorso sia stato avanzato dall'azienda), ovvero dal giorno in cui è stata operata la relativa trattenuta (se trattasi di ricorso del lavoratore): per i gravami proposti oltre il termine annuale anzidetto è quindi, ovviamente, eccezionale la prescrizione del diritto.

Nel secondo caso, allorché cioè la ripetizione dell'indebito non abbia avuto esito, considerato che è riconosciuto all'INPS un periodo di tempo di dieci anni per il compimento degli atti necessari al recupero del credito, qualora prima degli atti in questione venga avanzato dall'interessato eventuale ricorso amministrativo, questo sarà ugualmente sottoposto all'esame del Comitato Provinciale.

Sempre rimanendo nell'ipotesi di pagamento a conguaglio, può verificarsi il caso che la SAP che ha adottato il provvedimento impugnabile sia diversa da quella presso cui l'azienda versa i contributi, ovvero che le Sedi in questione facciano capo a province diverse.

In tali fattispecie, ad evitare disfunzioni e incertezze operative, si rende necessaria l'adozione di determinate cautele che di seguito si illustrano, distinguendo tra l'ipotesi in cui l'organo amministrativo giustiziale da adire sia comunque il medesimo (caso delle Sedi ubicate nella stessa provincia) o meno.

Preliminarmente va rilevato che nei casi di specie non esiste una SAP competente, di per sé, ad emettere il provvedimento, potendo quest'ultimo, in astratto, essere indifferentemente adottato dalla Sede di residenza del lavoratore (presso la quale affluisce la certificazione sanitaria), o dalla Sede di immatricolazione dell'azienda, che, a seguito di accertamento ispettivo, contesta al datore di lavoro le prestazioni indebitamente erogate e lo invita formalmente a procedere ai dovuti recuperi. Tale circostanza induce a ritenere che l'Unità funzionale competente alla istruttoria del ricorso è quella che di volta in volta ha effettivamente adottato il provvedimento oggetto di impugnativa, e, parallelamente, che il Collegio Provinciale abilitato a pronunciarsi su tale impugnativa è lo stesso cui fa capo l'anzidetta Unità. Tanto precisato, è peraltro quanto mai opportuno, anche in vista dei riscontri successivi, che la Sede che ha emesso il provvedimento e presso la quale deve essere presentato il ricorso, curi i dovuti raccordi con l'altra SAP solo potenzialmente coinvolta, in tutti casi, ovviamente, in cui non ci sia coincidenza tra Sede di residenza del lavoratore e Sede di immatricolazione dell'azienda. Allo scopo, in calce al provvedimento degli Uffici dovrà sempre essere indicato il Comitato Provinciale davanti al quale è possibile proporre gravame nei termini di legge, così come, contestualmente, dovrà essere sottolineata la necessità che il ricorso stesso contenga gli estremi identificativi dell'atto impugnato o, in alternativa, che al gravame sia allegata copia del medesimo atto.

Qualora dopo la decisione negativa del ricorso (avanzato dal lavoratore o dall'azienda) il provvedimento della SAP venga impugnato dalla parte inizialmente non ricorrente, la stessa SAP competente evidenzierà gli elementi conoscitivi necessari per la conferma della precedente decisione da parte del Comitato Provinciale, salva ovviamente l'ipotesi che siano prodotti elementi nuovi o non valutati in precedenza, tali da consentire la riforma della decisione stessa.

Per quanto concerne la trattazione dei ricorsi per prestazioni che presuppongono la soluzione di pregiudiziali questioni contributive, si richiama la disposizione di cui all'art.22 del citato "Regolamento delle procedure in materia di ricorsi amministrativi" che, per quanto qui rileva, affida alla competenza dello stesso Comitato Provinciale, pur con talune eccezioni tassativamente indicate, la decisione sulle anzidette pregiudiziali contributive.

Per l'ipotesi che il Comitato in parola non possa decidere al riguardo – perché, ad esempio, la pronuncia sulla pregiudiziale questione di natura contributiva rientra nella competenza di organi estranei all'Istituto, ovvero di altro Organo dell'Istituto medesimo - è chiaro che il gravame proposto contro il diniego della prestazione viene, di fatto, tenuto in sospenso fino a quando non sia stata risolta la questione pregiudiziale, salva comunque la facoltà per il lavoratore di adire l'autorità giudiziaria quando siano trascorsi i termini per la formazione del silenzio-rigetto.

L'impugnazione in sede amministrativa del provvedimento adottato dalla SAP non ha effetto sospensivo dello stesso (art.46, comma 8, legge n,88 citata): ciò comporta che se, ad esempio, è stato proposto gravame avverso la comminazione della sanzione prevista per assenza ingiustificata a controllo, la sanzione medesima potrà operare immediatamente - con conseguente recupero aziendale degli importi anticipati, ove del caso - senza bisogno di attendere la conclusione della fase contenziosa.

Sanzioni

22. SANZIONI

22.1 SANZIONI PER ATTI PREORDINATI A PROCURARE INDEBITAMENTE LE INDENNITÀ

Chiunque compia atti preordinati a procurare a sé o ad altri le prestazioni economiche per malattia non spettanti, ovvero per periodi ed in misura superiori a quelli spettanti, è punito con la multa da € 103,00 a € 516,00, salvo che il fatto costituisca reato più grave, relativamente a ciascun soggetto cui si riferisce l'infrazione. (Art. 1, comma 11, del D.L. 30 dicembre 1979, n. 663, convertito, con modificazioni nella legge 29 febbraio 1980, n. 33).

22.2 SANZIONI PER RITARDATO O MANCATO PAGAMENTO DELL'INDENNITÀ DA PARTE DEL DATORE DI LAVORO

Il datore di lavoro che non proceda entro i termini di cui al comma 1 - cioè all'atto della corresponsione della retribuzione per il periodo di paga durante il quale il lavoratore ha ripreso l'attività lavorativa - all'erogazione dell'indennità giornaliera di malattia dovuta è punito con un ammenda di € 25,00 per ciascun dipendente cui si riferisce l'infrazione. (Art. 1, comma 12, del D.L. 30 dicembre 1979, n. 663, convertito, con modificazioni, nella legge 29 febbraio 1980, n. 33).

Gestione separata

23. GESTIONE SEPARATA

Malattia

23.1 MALATTIA E DEGENZA OSPEDALIERA PER ISCRITTI ALLA GESTIONE SEPARATA

In caso di un evento di malattia che determini una temporanea incapacità lavorativa o di una degenza ospedaliera, gli iscritti alla Gestione Separata hanno diritto a un'indennità economica.

L'indennità spetta ai lavoratori iscritti alla Gestione Separata di cui all'articolo 2, comma 26, legge 8 agosto 1995, n. 335, non titolari di pensione e non iscritti ad altre forme previdenziali obbligatorie.

Durata

23.1.2 Decorrenza e durata

L'indennità di malattia spetta, nell'anno solare, per massimo un sesto della durata complessiva del rapporto di lavoro e comunque per almeno 20 giorni.

Per durata complessiva del rapporto di lavoro si intende il numero delle giornate lavorate o comunque retribuite, nell'ambito del periodo di riferimento considerato ai fini contributivi e reddituali e cioè i 12 mesi precedenti l'inizio dell'evento di malattia.

Pertanto, il numero di giorni indennizzabili in uno stesso anno solare non può superare il limite massimo di 61 giorni (Circolare INPS n. 76 del 16 aprile 2007).

La tutela della indennità di malattia è esclusa per gli eventi di durata inferiore a quattro giorni.

L'indennità per degenza ospedaliera spetta per tutte le giornate di ricovero fino a un massimo di 180 giorni nell'anno solare, compresi i giorni di day hospital.

23.1.3 Misura

Ricovero ospedaliero

L'indennità è corrisposta nella misura del 4%, 6% o 8%, dell'importo che si ottiene dividendo per 365 il massimale contributivo (articolo 2, comma 18, legge 335/1995) previsto nell'anno di inizio della malattia, sulla base della contribuzione attribuita nei 12 mesi precedenti la malattia (da tre a quattro mesi il 4%, da cinque a otto mesi il 6% e da nove a dodici mesi l'8%).

Misura

L'indennità per degenza ospedaliera è corrisposta nella misura dell'8%, 12% o 16% dell'importo che si ottiene dividendo per 365 il massimale contributivo suindicato previsto nell'anno di inizio della degenza, sulla base della contribuzione attribuita nei 12 mesi precedenti il ricovero (da tre a quattro mesi l'8%, da cinque a otto mesi il 12% e da nove a dodici il 16%).

23.1.4 Requisiti

Le indennità di malattia e di degenza ospedaliera spettano solo se risultano accreditati, nei 12 mesi che precedono l'inizio dell'evento o del ricovero, almeno tre mesi anche non continuativi di contribuzione dovuta alla Gestione Separata.

Requisiti

Nell'anno solare che precede quello dell'evento, il reddito individuale assoggettato a contributo alla Gestione Separata non deve risultare superiore al 70% del massimale contributivo valido per lo stesso anno.

Per avere diritto all'indennità di malattia, il lavoratore deve farsi rilasciare il certificato di malattia dal medico curante che provvede a trasmetterlo telematicamente all'INPS. Egli deve, inoltre, controllare attentamente la correttezza dei dati anagrafici e di domicilio per la reperibilità, inseriti dal medico, per non incorrere nelle eventuali sanzioni previste dalla legge.

Con il certificato telematico, il lavoratore è esonerato dall'obbligo di invio dell'attestato al proprio datore di lavoro, che potrà riceverlo e visualizzarlo tramite i servizi messi a disposizione dall'INPS.

Qualora la trasmissione telematica non sia possibile, il lavoratore deve farsi rilasciare dal medico curante il certificato di malattia redatto in modalità cartacea. In tale caso, egli deve, entro due giorni dalla data del rilascio, presentare o inviare il certificato alla struttura INPS territorialmente competente e l'attestato al proprio datore di lavoro, per non incorrere nelle sanzioni di legge consistenti nella perdita del diritto all'indennità di malattia per ogni giorno di ingiustificato ritardo nell'invio oltre il menzionato termine dei due giorni.

Certificato telematico

Anche per i certificati di ricovero e di malattia rilasciati da parte delle strutture ospedaliere è previsto l'invio telematico.

Qualora, invece, i certificati vengano redatti in modalità cartacea devono essere presentati o inviati, a cura del lavoratore, alla struttura INPS territorialmente competente e al proprio datore di lavoro (privi dei dati di diagnosi). Nel caso dei certificati di ricovero (ma non di quelli eventuali di malattia post ricovero), la consegna può avvenire anche oltre i due giorni dalla data del rilascio, ma comunque entro il termine di un anno di prescrizione della prestazione. Le attestazioni di ricovero e della giornata di pronto soccorso prive di diagnosi non sono ritenute certificative, ai fini del riconoscimento della prestazione previdenziale.

Fasce di reperibilità

Per l'erogazione dell'indennità il lavoratore deve rendersi reperibile al proprio domicilio durante le fasce di reperibilità previste dalla legge, per essere sottoposto ai controlli di verifica dell'effettiva temporanea incapacità lavorativa. Le fasce di reperibilità sono, per tutti i giorni riportati nella certificazione di malattia (compresi i sabati, domenica e festivi), dalle 10 alle 12 e dalle 17 alle 19.

L'assenza alla visita medica di controllo, se non giustificata, comporta l'applicazione di sanzioni con il conseguente mancato indennizzo delle giornate di malattia:

Assenza alla visita medica di controllo

- *per un massimo di dieci giorni di calendario, dall'inizio dell'evento, in caso di prima assenza alla visita di controllo non giustificata;*
- *per il 50% dell'indennità nel restante periodo di malattia, in caso di seconda assenza alla visita di controllo non giustificata?*
- *per il totale dell'indennità dalla data della terza assenza alla visita di controllo non giustificata.*

Sanzioni

Il medico di controllo domiciliare che riscontra l'assenza rilascia un invito in busta chiusa per la successiva visita medica di controllo ambulatoriale. L'eventuale assenza alla visita ambulatoriale può dar luogo all'applicazione delle sanzioni per seconda visita.

Durante il periodo di prognosi del certificato, se effettivamente necessario, il lavoratore può cambiare l'indirizzo di reperibilità comunicandolo tempestivamente e con congruo anticipo, oltre che al datore di lavoro, all'INPS con una delle seguenti modalità previste (messaggio INPS 22 gennaio 2013, n. 1290):

- *inviando un'e-mail alla casella medicolegale.nomesede@inps.it;*
- *inviando specifica comunicazione al numero di fax indicato dalla struttura territoriale;*
- *contattando il Contact center al numero verde 803 164 (gratuito da rete fissa) oppure 06 164164 da rete mobile.*

Nel caso di malattia insorta in un Paese della Comunità Europea (CE), i regolamenti comunitari vigenti prevedono l'applicazione della legislazione del Paese dove risiede l'assicurato. Il lavoratore deve, quindi, presentare il certificato di malattia all'INPS e al datore di lavoro, entro due giorni dal rilascio. Diversamente, può rivolgersi all'autorità locale competente che procede all'accertamento medico dell'incapacità al lavoro e alla compilazione del certificato da trasmettere immediatamente all'istituzione competente.

Nel caso di malattia insorta in Paesi che non hanno stipulato con l'Italia convenzioni o accordi che regolano la materia o in paesi extracomunitari, la certificazione deve essere legalizzata dalla rappresentanza diplomatica o consolare italiana all'estero e inoltrata alle sedi competenti, anche dopo il ri-

entro. La sola attestazione dell'autenticità della firma del traduttore abilitato non equivale alla "legalizzazione", la quale prevede l'attestazione, anche a mezzo timbro, che il documento è valido come certificato secondo le disposizioni locali.

23.1.5 Domanda e pagamento

I lavoratori iscritti alla Gestione separata, per ottenere il pagamento dell'indennità, devono presentare alla struttura INPS di appartenenza anche una domanda di prestazione.

La domanda deve

- *essere presentata online all'INPS attraverso il servizio dedicato (Circolare INPS n. 52 del 6 aprile 2012)*

*Domanda di
pagamento
dell'indennità*

In alternativa, si può fare la domanda tramite:

- *Contact center al numero 803 164 (gratuito da rete fissa)*

oppure

- *al numero 06 164 164 da rete mobile;*

oppure

- *tramite enti di patronato e intermediari dell'Istituto, attraverso i servizi telematici offerti dagli stessi.*

Finito di stampare nel
Febbraio 2019