



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



# **L'INDENNITÀ DI MALATTIA A CARICO INPS**

**Raccolta della Normativa vigente**

**Febbraio 2018**

## DEFINIZIONE E RISCHIO TUTELATO

L'indennità di malattia è una prestazione economica sostitutiva almeno in parte dello stipendio del lavoratore nel momento in cui insorge un'infermità comportante incapacità lavorativa (circ. INPS N. 134368 del 28.08.81 e n. 48 del 22.02.93).

Il rischio assicurato si configura, pertanto, solo in quelle infermità che sono causa di temporanea incapacità di svolgere specifiche mansioni e che si esaurisce nel momento in cui si riacquista la specifica idoneità lavorativa, non necessariamente coincidente con una completa restitutio ad integrum.

A partire dal 01.01.80 l'indennità giornaliera di malattia, già erogata dall'INAM, è stata trasferita all'INPS, in applicazione della Legge 833/78 e del D.L. 30.12.79 n. 663 (convertito nella legge 29.02.80 n. 33).

L'indennità pagata dall'INPS spetta dal 4<sup>o</sup> giorno successivo a quello d'inizio della malattia regolarmente certificata (i primi tre giorni, cosiddetti di carenza, sono a carico del datore di lavoro, se previsto dal contratto) e per un massimo di 180 giorni per anno solare.

## LAVORATORI AVENTI DIRITTO

\_\_ indennità economica di malattia spetta ai lavoratori dipendenti dei settori:

- **industria e artigianato:** operai ed assimilati, compresi i lavoratori a domicilio
- **terziario e servizi** (ex commercio): operai ed impiegati e categorie assimilate
- **credito, assicurazioni, servizi tributari appaltati:** salariati
- **agricoltura:** operai

Lavoratori assunti con **contratto di formazione** in età compresa tra i 15 e i 32 anni, hanno diritto all'indennità di malattia INPS se appartenenti ai settori di cui sopra.

Categorie speciali:

- **lavoratori autoferrotranviari**, se assunti in ruolo presso aziende con più di 25 dipendenti
- **lavoratori marittimi**
- **lavoratori dello spettacolo**
- **soggetti aderenti ad organizzazioni di volontariato:** con circ. n. 145 del 28.06.93 l'INPS, in ottemperanza alla legge n. 266 del 11.08.91, ha stabilito che, qualora soggetti aderenti a tali organizzazioni abbiano diritto all'indennità di malattia perché appartenenti alle categorie già elencate, deve corrispondere l'indennità di malattia anche per eventi riconducibili all'attività di volontariato, salvo avanzare azione di surroga.

## LAVORATORI NON AVENTI DIRITTO

- **Impiegati dell'industria, credito delle assicurazioni e servizi tributari appaltati;**
- **portieri e dipendenti da proprietari di stabili;**
- **viaggiatori e piazzisti;**
- **dipendenti di enti pubblici;**
- **dipendenti da partiti politici e sindacati;**
- **collaboratori domestici e colf;**
- **apprendisti.**

(circ. INPS 134368 del 28.01.81)

## IL CERTIFICATO DI MALATTIA

### a) Nozione di medico *curante*

L'infermità comportante incapacità lavorativa deve essere documentata dal lavoratore mediante certificato riguardante l'inizio e la durata presunta della malattia, rilasciato dal medico curante, che può essere:

- **medico scelto dal lavoratore a norma della convenzione *unica*;**
- **medico specialista;**
- **medico di accettazione ospedaliero;**
- **medico di accettazione *presso case di cura convenzionate*;**
- **medico universitario;**

- **libero professionista che assuma in cura il lavoratore in caso di urgenza, utilizzando il proprio ricettario.**

Con circ. n. 99 del 13.05.96 l'INPS ritiene validi ai fini certificativi anche i certificati rilasciati all'atto della dimissione dagli ospedali o dalle Strutture di Pronto Soccorso, purché comprendenti, oltre alla diagnosi dell'assicurato, quelli relativi all'azienda ove lavora e la reperibilità durante la malattia (questi ultimi a cura dell'interessato).

#### **b) Certificazione medica telematica**

Il primo obbligo sorge in capo al **medico curante**. Questi deve **trasmettere all'INPS il certificato** di diagnosi sull'inizio e sulla durata presunta della malattia del lavoratore per via telematica, secondo le specifiche tecniche e le modalità procedurali determinate dall'INPS. Qualora il medico o la struttura sanitaria non siano in grado di inviare telematicamente la certificazione all'INPS, il medico rilascia il certificato cartaceo, che il lavoratore deve inviare all'INPS e al datore di lavoro **entro 2 giorni** dal relativo Per la **trasmissione telematica**, i **medici** possono utilizzare il SAC (sistema di accoglienza centrale, per l'utilizzo del quale essi ricevono dal ministero dell'Economia e delle Finanze apposite credenziali di accesso) oppure il numero verde messo a disposizione dall'INPS. 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 nella propria banca dati) individua per l'intestatario del certificato, il datore di lavoro al quale mettere a disposizione l'attestato.

#### **c) Compilazione del certificato**

Dal 1992 sono in uso i modelli INPS **OPM 1** (certificati medici a lettura ottica e relativi attestati per il datore di lavoro) che contengono tutte le indicazioni utilizzate dall'INPS per la corresponsione dell'indennità di malattia.

**Essi devono pervenire all'INPS entro il 2° giorno dalla data del rilascio, esclusa quest'ultima** (es data rilascio: 08.02.00; termine di presentazione 10.02.00).

**N.B. In caso di ricovero in ospedali o luoghi di cura, i certificati attestanti le sole giornate di degenza non soggiacciono a tale obbligo, ma possono essere presentati entro un anno dal rilascio.**

Viceversa, certificati di ricovero utilizzati in sostituzione del certificato di malattia, devono pervenire entro due giorni dal rilascio.

Il medico certificante è tenuto a compilare solo la parte strettamente sanitaria, cioè il quadro contrassegnato dalla dicitura "Riservato al medico" con le seguenti avvertenze:

- **apporre sempre personalmente nome e cognome del lavoratore** (certificati sprovvisti non vengono accettati);
- **apporre le date nei relativi spazi in forma chiara;**

a tale proposito si precisa che:  
la prognosi decorre dalla data di rilascio del certificato medico, sia nel caso di *inizio* che di *continuazione* della malattia; nel caso di compilazione anche della voce "dichiara di essere ammalato dal" la corresponsione dell'indennità può iniziare solo dalla giornata immediatamente precedente quella di redazione del certificato e solo se indicata dal curante a **seguito di visita domiciliare**. Giornate anteriori non vengono indennizzate. Ciò vale anche per i certificati di continuazione, se c'è interruzione con il/i certificato/i precedente/i (circ. INPS n. 63 del 07.03.91 e n. 147 del 15.07.96);

**l'indicazione di RICADUTA è evidenziabile unicamente qualora il lavoratore sia effettivamente rientrato al lavoro da precedente evento morboso.**

- **formulare la diagnosi nella forma più precisa e dettagliata possibile**, al fine di evitare inutili controlli, richieste di precisazioni...

È importante in particolare poter desumere se si tratti, ad es., di eventi conseguenti a responsabilità di terzi (incidenti stradali, aggressioni...) per poter permettere all'Istituto di attivare la prevista azione di surroga (circ. INPS n. 48 del 22.02.93; msg. n. 09111 del 21.12.94); o di eventi riconducibili a patologie già coperte da altre forme assicurative (es.: INAIL. tubercolosi...).

Si ritiene anche utile evitare l'uso eccessivo di abbreviazioni e/o sigle non sempre prontamente comprensibili sia per il medico INPS, che valuta giornalmente tutta la

certificazione di malattia, sia per il medico di controllo in caso di visita domiciliare. Nel caso di patologie gravi, in cui non sia opportuno precisare la diagnosi e questa non sia altrimenti desumibile, sarebbe preferibile informare direttamente il medico INPS, al fine soprattutto di evitare eventuali controlli, che una diagnosi incomprensibile o imprecisa porterebbe a prevedere. Si raccomanda inoltre un particolare riguardo alle patologie ad andamento cronico (es.: artrosi, bronchiti croniche, cardiopatie...) per le quali è necessario segnalare in diagnosi una riacutizzazione che giustifichi l'inabilità lavorativa; e alle sindromi soggettive (es. astenia, cefalea, lombalgia...) per le quali, data la scarsità o addirittura l'assenza di dati obiettivabili, sarebbe più corretto anteporre al sintomo riportato la dicitura "**riferita**" per evitare contestazioni da parte del medico di controllo (v. *sentenza Corte di Cassazione Sez. II, 8 marzo-4 maggio 1994 n. 5923*).

Si precisa inoltre che, nel rispetto del segreto professionale, sulla copia per il datore di lavoro non appare mai l'indicazione diagnostica (trattasi di "*attestato*" di inizio e di durata della malattia e non di "*certificato*") (*art. 15, legge n. 55 del 23.04.81 a modifica dell'art. 2 del D.L. n. 663/79*); e che, inoltre, il datore di lavoro non deve mai entrare nel merito della patologia del lavoratore.

In attuazione alle disposizioni del GDPR 679/16, è in fase di allestimento da parte INPS una nuova modulistica riguardante la certificazione di malattia che prevede anche il consenso informato del paziente (*msg n. 15289 de/07.04.98*);

- **è necessario apporre sempre nel relativo spazio firma e timbro personale, anche in caso di sostituzione di un Collega, e controfirmare eventuali correzioni apportate;**
- **è importante specificare sempre se trattasi di "inizio" "continuazione" o "ricaduta" barrando le relative caselle.**

Si considera come ricaduta una ripresa della stessa malattia o di altra consequenziale entro 30 giorni dall'inizio della precedente.

**N.B. I modelli OPM 1 sono utilizzabili solo per certificare periodi di malattia dei lavoratori indennizzati dall'INPS, e non anche per le categorie non aventi tale diritto.**

## **SITUAZIONI PARTICOLARI**

### a) Malattia insorta in coincidenza con stato di disoccupazione.

Il diritto all'indennità di malattia si protrae per ulteriori **2 mesi dalla cessazione del rapporto di lavoro**.

Sono pertanto valide le certificazioni di malattie insorte entro i 60 giorni dal licenziamento o dalla dimissione, fermo restando il limite massimo di 180 giorni nell'anno solare (comprese le giornate già utilizzate durante il rapporto di lavoro).

In caso di malattia insorta **prima della fine del rapporto di lavoro**, l'indennità spetta anche durante il periodo di disoccupazione per l'intera durata dell'evento morboso, ma comunque fino al limite massimo indennizzabile di 180 giorni (comprese le giornate di malattia già utilizzate in precedenza).

È ovvio che anche in queste circostanze sono possibili i controlli domiciliari, ma solo da parte dell'INPS.

### b) Malattia insorta durante i periodi di ferie

In seguito alla sentenza della Corte Costituzionale n. 616 del 30.12.87, l'INPS ha stabilito che uno stato di malattia insorto durante le ferie le interrompe, con il pagamento della relativa indennità, a condizione che:

- la malattia superi in durata i 3 giorni;
- sia notificata all'INPS e al datore di lavoro nei modi e termini di legge per poter effettuare i controlli ritenuti opportuni.

A questo proposito la circ. INPS n. 109/99, in aderenza al principio enunciato dalla Corte di Cassazione a sezioni unite con sentenza n. 1947 del 1 23.02.1998, stabilisce che uno stato di malattia intervenuto durante le ferie può essere considerato favorevolmente solo se diventa causa di un apprezzabile pregiudizio alle finalità delle ferie stesse.

Pertanto il medico di controllo incaricato di verificare una condizione di malattia in siffatte condizioni deve valutare, a differenza di quanto avviene durante il periodo lavorativo, non l'inabilità al lavoro bensì se il danno biologico è tale da determinare l'interruzione delle ferie stesse.

In caso di solo ricovero è sufficiente inviare il certificato di dimissione.

Nel caso di malattia a carico del datore di lavoro, perché di durata inferiore ai 3 giorni, INPS deve effettuare comunque le visite di controllo eventualmente richieste da quest'ultimo.

NA Tutto ciò è valido in assenza di diverse disposizioni previste dai contratti in materia di interruzione delle ferie.

#### c) Spostamenti durante la malattia

Durante la malattia, il diritto alla relativa indennità da parte INPS è riconosciuto anche qualora il lavoratore si rechi in località diversa da quella abituale, sempreché comunichi preventivamente e tempestivamente all'INPS e al datore di lavoro il nuovo temporaneo indirizzo, al fine di poter consentire eventuali controlli sanitari.

È necessario che presso il nuovo recapito l'assicurato sia raggiungibile nelle fasce orarie di reperibilità e deve anche essere consentita l'effettuazione della visita medica.

Non possono, pertanto, essere accettati come reperibilità luoghi pubblici (es.: bar, ristorante, chiesa, stadio, ecc.) o che comunque non permettano l'accertamento medico completo.

La comunicazione del nuovo recapito può essere fatta:

tramite lo stesso certificato di malattia (alla voce "reperibilità durante la malattia") tramite modulo apposito ritirabile presso gli sportelli INPS preposti alla ricezione dei certificati di malattia; qualunque altro mezzo idoneo (telegramma, fax, raccomandata...).

Trasferimento all'estero durante la malattia.

L'INPS, con circ. n. 192 del 07.10.96, in osservanza alla normativa CEE (art. 22 del Regolamento n. 1408/71 del 14.06.71), ha stabilito quanto segue:

- nel caso di trasferimento in altro Stato membro CEE per ricevere cure mediche adeguate al suo stato, il lavoratore deve presentare all'INPS e al datore di lavoro la relativa autorizzazione rilasciata dalle ASL su Mod. E 112;

- in caso di lavoratore straniero che, vivendo da solo in Italia, voglia recarsi durante la malattia nel Paese d'origine per ricevere una migliore assistenza e/o cura da parte dei familiari lì residenti, la richiesta di trasferimento, su apposito modulo a disposizione presso gli sportelli INPS/ settore malattia, viene valutata dall'Ufficio Sanitario INPS, che, sulla base delle motivazioni addotte dall'interessato e della patologia che determina lo stato di malattia, concede o meno la relativa autorizzazione al pagamento dell'indennità per il periodo di trasferimento.

N.B. In mancanza di autorizzazione, l'indennità economica non viene corrisposta.

Anche in caso di trasferimento della reperibilità durante la malattia, sia (l'INPS che il datore di lavoro possono far effettuare visite di controllo nei confronti dei lavoratori in malattia tramite le istituzioni sanitarie del luogo o da parte dei medici di fiducia dei Consolati o Ambasciate d'Italia. In ogni caso, l'INPS ha la facoltà di applicare la sanzione prevista se l'allontanamento dal domicilio abituale pregiudichi il decorso della malattia.

#### d) Indennità di malattia durante i periodi di cure balneotermali (LCBT)

IL D.M. del Ministero della Sanità del 12.08.1992 e successive modifiche, oltre ad elencare le patologie che possono trovare reale beneficio dalle CBT, ha precisato i criteri e la modalità di ammissione ad esse dei lavoratori ai di fuori dalle ferie o dai congedi ordinari. Il successivo decreto del 15.12.1994 ha apportato alcune modifiche al suddetto elenco, tuttora valido (vedi fine paragrafo), in attesa di eventuale revisione sulla base dei risultati di studi in corso atti a dimostrare l'efficacia clinica delle cure termali. L'INPS con circ. 1 n. 287 del 18.12.1992 e n.127 del 13.06.1998, in adeguamento al disposto di cui al D.M. suddetto, autorizza il trattamento di malattia durante le CBT se lo specialista della branca relativa alla patologia da sottoporre alle CBT riconosce, con opportuna certificazione, la maggior efficacia ed utilità terapeutica delle cure da effettuarsi entro 30 giorni dalla proposta stessa.

In seguito ad un accordo intervenuto il 19.04.96 tra le Regioni/ASL e le aziende termali, al medico di fiducia spetta la compilazione della proposta -richiesta (da compilarsi sui ricettari del S.S.N.) in sostituzione della precedente autorizzazione -impegnativa delle ASL.

In pratica, il lavoratore appartenente alle categorie aventi diritto all'indennità di malattia a carico INPS, se vuole fruire della malattia durante le CBT deve:

- A) essere visitato da uno specialista per una delle malattie previste dal D.M. Sanità 15.12.94, che certifichi che le cure termali siano:
- a) necessarie ai fini terapeutici o riabilitativi;
  - b) più utili ed efficaci se non rinviate fino alle ferie o ai congedi ordinari;
  - c) da effettuarsi entro un massimo di 30 giorni;
  - d) farsi rilasciare dal medico di fiducia la richiesta/proposta di CBT da redigersi sul ricettario del SSN;
  - e) comunicare al datore di lavoro il periodo prescelto per le cure, compilando in due copie la parte A riportata sull'apposito modulo (da ritirare presso l'Ufficio INPS preposto alle prestazioni per CBT);
  - f) farsi rilasciare dal datore di lavoro, in due copie, la dichiarazione (parte B del modulo), che durante il periodo suddetto, ai sensi della contrattazione collettiva, non possono essere usufruite ferie o congedi ordinari, in quanto già programmate ferie collettive o non residua nell'anno un numero di ferie sufficiente per il completamento delle cure stesse. **IN CASO CONTRARIO LE CBT DEVONO ESSERE EFFETTUATE DURANTE LE FERIE:**
  - g) inviare all'INPS, entro 2 giorni dall'inizio delle CBT, la prescrizione dello specialista, copia della richiesta -proposta del curante e una copia del modulo compilato sia dal lavoratore che dal datore di lavoro;
  - h) inviare al datore di lavoro, sempre entro 2 giorni, copia della documentazione in possesso e la seconda copia del modulo debitamente compilato;
  - i) effettuare le cure senza interruzioni;
  - l) inviare all'INPS (in originale) e al datore di lavoro (in copia) al termine delle cure, l'autorizzazione-impegnativa compilata dallo stabilimento termale.

Non sono concesse autorizzazioni per:

- le cure effettuate senza l'osservanza delle precedenti disposizioni;
- le CBT fruite presso stabilimenti non convenzionati col SSN (art. 2, c.1, D.M.);
- i periodi di CBT eccedenti i 15 giorni per anno solare (art. 13, c.4, legge n. 638/83);
- le cure effettuate senza l'osservanza di un intervallo di almeno 15 giorni coi congedi ordinari o le ferie (art. 13, c.5, legge n. 638/83);
- le cure elioterapiche, climatiche, psammoterapiche (art. 13, c. 6, legge n. 633/83);
- i periodi di cura comunque altrimenti retribuiti (ad. 6, legge n. 138/43)
- le CBT autorizzate dall'INPS (a carattere puramente preventivo e non curativo) (legge 8/90, confermata dalla legge 30.12.91, n. 412) o concesse dall'INAIL (artt. 5 e 6 legge n. 138/43);
- Le cure eseguite parzialmente o non continuativamente.

Si ricorda che l'INPS, erogatore della prestazione economica, può effettuare i relativi controlli sulla reale esecuzione delle cure.

## **ELENCO DELLE PATOLOGIE CHE POSSONO TROVARE REALE BENEFICIO DALLE CURE TERMALI (D.M.15.12.1994)**

### **Malattie reumatiche:**

-osteoartrosi ed altre forme degenerative; - reumatismi extra articolari:

### **Malattie delle vie respiratorie:**

- sindromi rinosinusal e-bronchiali croniche;

bronchiti croniche semplici o accompagnate a componente ostruttiva (con esclusione dell'asma e dell'enfisema avanzato, Complicato da insufficienza respiratoria grave o da cuore polmonare cronico).

### **Malattie dermatologiche:**

-psoriasi (esclusa la forma pustolosa, eritrodermica);

- eczema e dermatite atopica (escluse le forme acute vescicolari ed essudative); dermatite seborroica ricorrente.

#### **Malattie ginecologiche:**

- sclerosi dolorosa del connettivo pelvico di natura cicatriziale e involutiva;

- leucorrea persistente da vaginiti croniche aspecifiche o distrofiche.

#### **Malattie O.R.L.:**

-rinopatia vasomotoria; faringolaringiti croniche; sinusiti croniche;

-stenosi tubariche;

-otiti catarrali croniche; - otiti croniche purulente non colesteatomatose.

Malattie dell'apparato urinario:

calcolosi delle vie urinarie e sue recidive.

Malattie vascolari:

postumi di flebopatie di tipo cronico.

#### **Malattie dell'apparato gastroenterico:**

-dispepsia di origine gastroenterica e biliare;

- sindrome dell'intestino irritabile nella varietà con stipsi.

### **Indennizzabilità dei periodi di assenza dal lavoro per prestazioni sanitarie in day-hospital e per donazione d'organo:**

Le prestazioni sanitarie in regime di "day-hospital" non sono equiparabili al ricovero, bensì a prestazioni specialistiche ambulatoriali, specie se la permanenza nei luoghi di cura non copre l'intero giorno-turno lavorativo.

Per poter riconoscere lo stato di malattia anche oltre lo stretto periodo di ricovero, è necessario che la relativa certificazione medica specifichi anche la natura dell'infermità e la relativa terapia.

Anche i casi di ricovero e successiva convalescenza per donazioni d'organo, comprendenti anche prelievi di cellule staminali, midollari e periferiche a scopo di infusione o successivi

trapianti, adeguatamente documentate, danno luogo alla corresponsione dell'indennità di malattia.

### **MALATTIE NON INDENNIZZABILI DA PARTE INPS**

a. Ai lavoratori con contratto determinato l'indennità non è corrisposta dopo la fine del rapporto di lavoro.

b. I periodi in cui il lavoratore fruisca di un trattamento economico di malattia da parte del datore di lavoro pari o superiore a quello dell'INPS.

c. Per malattie provocate da fatti dolosi documentati e nei casi di procurato aborto ove sussistano gli estremi di reato.

d. Interventi di chirurgia estetica atti ad eliminare un difetto puramente estetico (sono esclusi sia il periodo di ricovero che di convalescenza)

(circ. n. 63 de/07.03.91)

e. Malattie conseguenti ad infortuni sul lavoro o malattie professionali di competenza INAIL, comprendendo non solo le fasi iniziali, ma anche le ricadute (riacutizzazioni dei postumi o loro complicanze) entro 10 anni dalla costituzione della rendita per gli infortuni sul lavoro e 15 anni per le malattie professionali, escluse la silicosi e l' asbestosi, che sono sempre a carico INAIL.

(circo INPS PM. M. C. n. 10 del 08.08.85- n. 109400 n. 366 n. 552 A.S.M.M.1178; n. 48 INAIL)

In caso di dubbia competenza (INPS o INAIL), la certificazione va inviata ad uno solo dei due Istituti, alle cui disposizioni il lavoratore ammalato si deve in ogni caso attenere (es.: rispetto delle fasce orarie di reperibilità per l' INPS), e che deve corrispondere la relativa indennità, fino al completamento del periodo di inabilità al lavoro.

In base ad una convenzione INPS-INAIL, sarà compito di ciascun Istituto segnalare eventualmente all'altro la relativa competenza. E pertanto molto importante, nei casi dubbi segnalati all'INPS, fare riferimento in diagnosi alla possibilità che si tratti di infortunio o

malattia professionale (o ad una conseguenza e/o ricaduta) in modo che si possa procedere a tutte le necessarie verifiche ed alla eventuale segnalazione all'INAIL in tempi brevi.

È importante ricordare che, qualora l'INAIL giudichi il lavoratore in grado di riprendere il lavoro, eventuali successive certificazioni di malattia riguardanti la medesima patologia non possono essere accettate dall'INPS.

In casi simili è, invece, opportuno chiedere all'INAIL una revisione del precedente giudizio di recupero della capacità di lavoro o segnalare il nuovo caso come ricaduta del precedente e vento.

f. Malattie di natura tubercolare (TBC) in fase acuta.

La malattia TBC, pur essendo di competenza INPS, è soggetta ad una normativa diversa da quella che regola le altre forme di malattia indennizzate dall'istituto.

La segnalazione all'INPS mediante apposita modulistica (Mod. ATC 22) è di competenza di quelle strutture (ospedali, case di cura, dispensari...) che riscontrano la patologia in questione e che si occupano della relativa cura, sia che si tratti di un primo evento che di ricaduta. Spetta al medico INPS valutare la sussistenza del cosiddetto "rischio tubercolare" per dare luogo al pagamento della relativa indennità economica.

In casi di accertata malattia tubercolare, pertanto, per non generare confusione, è utile non inviare il certificato di malattia su Mod. OPM1.

Tuttavia, se nel corso del trattamento economico per malattia TBC il lavoratore è colpito da altra patologia comune, che assume carattere di prevalenza rispetto a quella TBC, deve essere corrisposta l'indennità di malattia e deve, quindi, essere inviata all'INPS la relativa certificazione secondo le modalità già previste. Il giudizio di prevalenza spetta, comunque, al medico di Sede, che confronta le varie certificazioni.

INPS: n. 2,66030, n. 13433 Pres, n. 14107 G.C.C., N. 80435 del 27.12.74)

g. Malattie durante e dopo la gravidanza

La recente legge n. 53 del 08.03.00 ha apportato una serie di modifiche alle precedenti disposizioni riguardanti la tutela della maternità.

**Rimangono comunque in vigore:**

- il periodo di astensione obbligatoria dal lavoro (a carico INPS) che comprende i 2 mesi precedenti la data presunta del parto ed i 3 mesi successivi alla data effettiva del parto, anticipabile il primo e, rispettivamente, prolungabile il secondo in presenza di particolari situazioni di salute e/o lavoro da parte dell'Ispettorato del Lavoro.

L'indennità di maternità è comprensiva di ogni altra indennità spettante per malattia (art. 15, 1° comma della legge di cui sopra). Pertanto essa sostituisce l'indennità di malattia ed indennità giornaliera per TBC.

Tuttavia, nel caso in cui la madre che si trovi nel periodo di astensione obbligatoria post-partum, non sia in grado di assistere il neonato a causa di uno stato di infermità, può usufruire dell'indennità di malattia anche in tale periodo, mentre quella di maternità può essere goduta in alternativa dal padre lavoratore.

Invece, in caso di contemporaneo riconoscimento di infortunio o malattia professionale, l'indennità di maternità non viene corrisposta per tutto il periodo nel quale l'INAIL paga l'indennità giornaliera.

(circ. INPS n. 182 de/ 04.08.97 e INAIL n. 33 del 14.05.87)

In caso di aborto (interruzione della gravidanza prima del 180° giorno dall'inizio della gestazione, intendendosi per quest'ultimo 300° giorno antecedente la data presunta del parto), essendo questo equiparato alla malattia, la lavoratrice può usufruire della relativa indennità, se rientra nelle categorie aventi diritto, fino al ripristino della capacità lavorativa.

Se, invece, si tratta di parto prematuro (interruzione della gravidanza dopo il 180° giorno dall'inizio della gestazione) la lavoratrice ha diritto all'indennità di maternità relativa al post-partum (e non all'indennità di malattia);

- un periodo di astensione facoltativa, che ha subito una serie di innovazioni dall'entrata in vigore della succitata recente legge, cui si rimanda per ulteriori informazioni. Tale periodo può essere interrotto da malattia e/o infortunio sul lavoro e ripristinato al termine dell'evento morboso.



Entrambi i genitori, alternativamente, hanno diritto di astenersi dal lavoro durante la malattia del bambino di età inferiore a otto anni ovvero di età compresa fra tre ed otto anni (in quest'ultimo caso nel limite di cinque giorni lavorativi all'anno per ciascun genitore), dietro presentazione di certificato rilasciato da un medico specialista del Servizio Sanitario Nazionale o con esso convenzionato, relativo all'infermità del figlio. La malattia del bambino che dia luogo a ricovero ospedaliero interrompe il decorso del periodo di ferie in godimento da parte del genitore (art. 7 della succitata legge).

Si rammenta che, durante il suo periodo di malattia, il bambino è soggetto alle visite di controllo domiciliare con le modalità stabilite per la generalità dei dipendenti.

(msg. INPS n. 10211 del 25.07.93) Tutte queste disposizioni valgono anche per i genitori adottivi od affidatari.

### **MALATTIA DI TITOLARI DI ASSEGNO DI INVALIDITÀ**

Assegno di invalidità INPS ed indennità di malattia sono da ritenersi cumulabili anche se la patologia che viene certificata è la stessa che ha determinato lo stato di invalidità.

Tuttavia, perché si possa realizzare la condizione di malattia, cioè di incapacità lavorativa assoluta ma temporanea, è necessario che sia documentata una riacutizzazione o complicità della patologia che ha determinato lo stato di invalidità, che comporta, invece, una riduzione permanente della capacità di lavoro.

(circ. INPS n. 182 de/ 04.08.97)

### **ALCUNE ECCEZIONI:**

Pur non comportando necessariamente uno stato di incapacità lavorativa assoluta, l'INPS prevede l'indennizzabilità di alcune patologie che rendono comunque temporaneamente impossibile la prestazione lavorativa:

- lo stato di portatore sano di agente patogeno (es.: salmonellosi) in lavoratore che deve essere allontanato profilatticamente dal lavoro (es.: addetti alla lavorazione dei cibi...);
- la tossicodipendenza, l'alcoolismo cronico ed il tentato suicidio.

(circ. INPS n. 134381 AGO/246 del 14.12.81 e n. 134414 AGO/45 del 01.03.84)

### **TRATTAMENTI DI FISIOCHINESITERAPIA (FKT) ACCERTAMENTI DIAGNOSTICI**

La semplice prescrizione di trattamenti di FKT, specie se effettuate a distanza dall'evento morboso comportante uno stato di inabilità al lavoro, non comporta di per se l'erogazione di prestazioni economiche di malattia, se non è dimostrabile la effettiva incapacità al lavoro dell'assicurato durante il trattamento stesso.

(circ. INPS n. 145 del 28.06.93)

Analogamente, la effettuazione di accertamenti diagnostici e/o analisi di laboratorio e/o di semplici brevi trattamenti (es.: cure dentarie), non è di per se situazione inabilitante, per la quale sia necessaria la sospensione dell'attività lavorativa e la messa in stato di malattia.

In questi casi, salvo le dovute eccezioni, che vanno adeguatamente documentate dal lavoratore e verificate dall'INPS, il lavoratore può usufruire di permessi orari previsti da molti contratti di lavoro.

### **LE VISITE MEDICHE DI CONTROLLO (VMC)**

La legge 33/80 ha sancito il diritto dell'INPS, erogatore della prestazione economica di malattia, di richiedere visite mediche di controllo (v.m.c.) nei confronti dei lavoratori assenti per malattia. Con l'entrata in vigore del D.M. 15.07.86 l'Istituto ha costituito delle proprie liste di medici incaricati di effettuare tali controlli. A tali liste possono rivolgersi anche i datori di lavoro in alternativa a quelle operanti presso le ASL.

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

Per poter effettuare i controlli, la legge 638/83 ha istituito delle fasce di reperibilità: dalle 10 alle 12 e dalle 17 alle 19 di tutti i giorni, anche i festivi, se compresi nel periodo di malattia.

Il D.M. 15.07.86, all'art. 2, stabilisce che un lavoratore nella stessa giornata non può essere sottoposto a doppio controllo, da parte INPS e ASL. L'INPS verifica, pertanto, giornalmente presso la locale ASL l'elenco delle visite predisposte.

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

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

(circ. INPS n. 129 del 06.06.90 successiva alla delibera del C.A. n. 127 de/01.07.88)

Il medico di controllo ha la funzione di accertare sugli atti o con l'esame obiettivo lo stato di inabilità al lavoro del lavoratore in rapporto alle sue specifiche mansioni, e formula una prognosi medico-legale, valutando il tempo necessario al recupero della capacità lavorativa. Possono, pertanto, conseguire delle divergenze tra la valutazione del medico curante, che formula una diagnosi di infermità, e quella del medico di controllo, che invece è di incapacità. La prevalenza dell'una o dell'altra valutazione sono state oggetto di numerose sentenze contraddittorie della Corte di Cassazione. Si può comunque affermare che non esiste in linea di principio un parere prevalente e in caso di controversia si decide sul caso specifico e non seguendo criteri generali (v. nota del Prof. Introna alla Sentenza della Corte di Cassazione Sez. II, n. 5923,08.03- 04.05.94).

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

(circ. INPS n. 410/122 del 09.05.87)

L'esito della v.m.c. può essere:

-conferma dello stato di inabilità al lavoro e della prognosi del curante; se il medico di controllo verifica la necessità di prolungare lo stato di malattia, rimanda il lavoratore al medico curante, non potendo rilasciare alcun certificato di continuazione;

-riduzione della prognosi del curante: il lavoratore può essere d'accordo o esprimere il proprio dissenso sul verbale di visita. In quest'ultimo caso viene convocato presso l'INPS ove il medico responsabile dell'Ufficio Sanitario esprime in via definitiva il giudizio medico-legale, contro il quale è possibile solo esperire eventuale azione giudiziaria.

(msg. 12694 del 18.04.92)

In caso di idoneità al lavoro fissata dal medico di controllo, viene inviato al lavoratore l'avviso che non verranno presi in considerazione nuovi certificati attestanti lo stesso evento morboso, già concluso, o comunque carenti di elementi tali da giustificare una continuazione dello stato di malattia.

(circ. INPS n. 48 del 22.02.93)

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

-il lavoratore è assente al domicilio indicato: viene rilasciato apposito avviso (in busta chiusa, in ottemperanza alla delibera adottata dal Garante per la protezione dei dati personali del 22.10.98) invitando il lavoratore a presentarsi a visita ambulatoriale il giorno successivo non festivo presso l'Ufficio Sanitario dell'INPS di competenza, a meno che non abbia già ripreso l'attività lavorativa.

## **SANZIONI**

L'INPS prevede azioni sanzionatorie nei seguenti casi:

- per ritardato invio ingiustificato del certificato di malattia, cioè oltre il secondo giorno dalla data di rilascio; non vengono pagate le giornate di ritardo.

(circ. INPS n. 134399 AGO/21 del 27.01.83);

-per assenza ingiustificata alla v. m. c. sia domiciliare che ambulatoriale presso l'INPS o ASL: la sanzione è correlata all'obbligo della reperibilità sancito dalla legge e non alla sussistenza o meno dello stato di malattia; essa è applicata anche quando la giustificazione per l'assenza a visita di controllo domiciliare perviene all'INPS dopo 10 giorni dalla visita medica ambulatoriale o dall'assenza alla visita domiciliare, se quest'ultima è stata effettuata all'ultimo giorno di malattia con successiva ripresa del lavoro da parte dell'assicurato.

-per irreperibilità a causa di mancata, inesatta o incompleta indicazione dell'indirizzo altrimenti non ricavabile e fino alla segnalazione del dato mancante, che deve essere fatta sia all'INPS che al Datore di lavoro, in quanto abilitato a richiedere le v.m.c. A questo proposito si ricorda che di norma, ai fini delle prestazioni economiche di malattia, l'indirizzo del lavoratore corrisponde alla sua residenza abituale non necessariamente alla residenza anagrafica.

(circ. INPS n. 183 de107.08.98)

La decisione in merito alle sanzioni ex art. 5 della legge n. 638/83 spetta all'INPS solo qualora sia erogatore dell'indennità di malattia.

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

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

- lavoratore che presti attività retribuita durante la malattia;
- lavoratore che, senza giustificato motivo, non consenta l'effettuazione della v.m.c.;
- lavoratore assente ingiustificato (se assente alla 1° prima v.m.c.: intero periodo fino a 10 gg; se assente alla seconda v.m.c.: 50% dall'II° giorno fino alla fine della malattia o alla successiva v.m.c. con conferma dell'inabilità; se assente alla terza v.m.c.: sospensione dell'intero periodo);
- lavoratore che alteri o falsifichi certificati medici o altra documentazione (non spetta l'indennità per il periodo cui si riferisce la falsificazione);
- lavoratore in stato di detenzione durante la malattia (sospensione per tutta la durata della malattia),
- lavoratore che, senza giustificato motivo, compia atti che possono pregiudicare il decorso della malattia;
- lavoratore che tenga un contegno pregiudizievole alla possibilità di esercizio dell'attività professionale secondo scienza e coscienza del medico curante (e di controllo).

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

## **GIUSTIFICAZIONI**

Nel caso di inadempienza verso le disposizioni INPS riguardanti i vari aspetti dell'indennità di malattia, il lavoratore ha la possibilità di presentare delle giustificazioni, che, se accolte, escludono l'applicabilità delle sanzioni.

(circ. INPS n. 134421 de108.08.84)

### **a. Per il tardivo invio della certificazione di malattia.**

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

(circ. INPS n. 11 AMMC/179 del 08.08.85 e n. 129 del 06.06.90)

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

N.B. Il lavoratore non trovato alla v.m.c. domiciliare ha l'obbligo, pena sanzione per assenza ingiustificata, di comunicare all'INPS la documentazione relativa alla giustificazione entro e

non oltre 10 giorni dalla successiva visita ambulatoriale o dalla data della v.m.c. stessa, se quest'ultima è avvenuta all'ultimo giorno di malattia con successiva ripresa del lavoro.

Il Consiglio di Amministrazione dell'INPS ha individuato, con delibera n. 99 del 06.04.84, i seguenti motivi giustificativi dell'assenza a v.m.c.

(circ. INPS n. 134421 AGO n. 10876- n. 117 GLSMM - n. 949 EAD/I 83 del 08.08.84)

- situazioni che abbiano reso imprescindibile ed indifferibile la presenza dell'assicurato altrove per evitare gravi conseguenze per sè o per il suo nucleo familiare (es.: partecipazione a funerali, necessità di assistenza a familiari, convocazione da parte di pubbliche autorità, partecipazione ad esami pubblici...). In caso di impegno già preventivato è utile, comunque, avvisare dell'assenza sia l'INPS che il datore di lavoro ed è comunque necessario esibire all'INPS la documentazione probatoria per la giustificazione dell'assenza; (circ. INPS n. 147 del 15.07.96)

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

A questo proposito, con circ. n. 171 del 19.07.90, l'INPS ha distinto il caso di visita medico generica presso l'ambulatorio del curante da quello di urgenza.

La relativa dichiarazione del medico deve essere rilasciata contestualmente (o al massimo il giorno successivo), precisando il giorno, l'ora ed il motivo della visita. Le possibili necessità di ricorso alle prestazioni ambulatoriali sono così intese (circ. INPS n. 11 PMMC/179 del 08.08.85): rilascio di certificazioni di malattia; prestazioni extra eseguite su richiesta o autorizzate dall'ASL; rilascio di ricette farmaceutiche, prescrizioni di visite specialistiche, accertamenti... (fa fede anche la copia della prescrizione stessa).

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

(circ. INPS n. 192 del 07.10.96)

In caso di visite d'urgenza, se tale circostanza non risulta da altra documentazione, è necessario che il medico rilasci una dichiarazione da cui sia desumibile la necessità per il lavoratore di sottoporsi ad un trattamento urgente, comprendendo tra i motivi d'urgenza anche quelli "soggettivi" del paziente, che abbiano, cioè, generato in lui la convinzione di doversi recare al più presto dal curante. (circ. INPS n. 171 del 19.07.90)

N.B. Le stesse disposizioni, confermate anche da circolari più recenti (n. 11628 del 07.10.99 e n. 15469 del 08.11.99), valgono anche per giustificare le assenze a visita medica ambulatoriale presso l'INPS o VASI\_ cui il lavoratore, assente a v.m.c., è tenuto a sottoporsi. Un cenno a parte merita il problema della giustificabilità di pazienti affetti da nevrosi o malattie psichiatriche.

È necessario, innanzitutto, precisare che in nessun caso possono essere accettate autorizzazioni del curante o dello stesso specialista a lasciare il proprio domicilio durante le fasce orarie (circ. INPS n. 2 PMMC/84 del 11.04.85). Né sono ammissibili preventivi esoneri al rispetto delle fasce né da parte del medico curante o specialista, né da parte del medico INPS, anche in casi di particolare gravità.

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

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

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

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

## **RICORSI**

Contro provvedimenti sanzionatori dell'INPS, il lavoratore ha la facoltà di ricorrere entro 90 giorni dalla data in cui ha avuto notizia del provvedimento. La sede competente è il Comitato Provinciale, che pronuncia in via definitiva. Contro la decisione del Comitato Provinciale è ammessa entro un anno l'azione giudiziaria.

Sono esclusi:

- i ricorsi a carattere sanitario in relazione al recupero della capacità lavorativa, stabilito dal responsabile sanitario della sede INPS o dal capo del Servizio di Medicina Legale dell'ASL. In questi casi il lavoratore deve esperire azione giudiziaria (termine di prescrizione: 1 anno dal giorno in cui è dovuta l'indennità (msg. N. 12694 del 18.04.92);
- i ricorsi contro provvedimenti adottati dal datore di lavoro, che vanno inviati al Pretore, quale giudice delle controversie di lavoro (entro un anno decorrente dal giorno successivo a quello di scadenza del periodo di paga nel corso del quale si è verificata la ripresa dell'attività lavorativa).

## **CONCETTO DI MALATTIA**

La malattia è una condizione di alterato stato di salute che può anche comportare un'incapacità temporanea al lavoro, inteso come mansione specifica. L'INPS tutela la malattia non coperta per legge da altre forme di tutela, indicandola come "malattia indennizzabile"; si definisce anche "malattia comune" per distinguerla dalla malattia da lavoro (tecnopatica o infortunistica) e per il lavoro (causata da servizio); si differenzia inoltre dalla malattia tubercolare definita "malattia specifica" che prevede una distinta prestazione economica.

L'intervento previdenziale tutela la perdita temporanea del reddito da lavoro

## **EVENTI PROTETTI**

Sono eventi protetti i seguenti casi particolari:

- la malattia insorta durante le ferie che risulti in concreto incompatibile con le finalità delle ferie (circ. n. 109/1999);
- la chirurgia ricostruttiva al fine di rimuovere menomazioni funzionali e non fatti meramente estetici (msg. n. 30/2003 - msg. 11869/2007);
- le malattie provocate da cause violente con presunta responsabilità di terzi nel qual caso l'INPS ha la facoltà di rivalsa (circ. n. 331/1994);
- le malattie non riconosciute dall'INAIL come professionali o infortuni sul lavoro (circ. n. 91/2009);
- la TBC, qualora il lavoratore non possa far valere il requisito contributivo o assicurativo (lettera circ. TBC n. 2046/1939);
- il trattamento in emodialisi (circ. n. 134368/1981, par. 15 - circ. n. 136/2003);
- il trattamento trasfusionale nel morbo di Cooley (circ. n. 136/2003);
- il prelievo di cellule staminali, midollari e periferiche a scopo di infusione per conseguenti trapianti, la donazione di organi (circ. n. 192/1996, punto 3) per le giornate di degenza effettiva e per quelle di convalescenza necessarie al recupero delle energie lavorative del lavoratore (si precisa che a riguardo l'Istituto è in attesa di chiarimenti richiesti al Ministero del lavoro e delle politiche sociali a seguito della emanazione del D.I. n. 116/2010);
- la donazione del midollo osseo (legge n. 52/2001) con diritto alla intera retribuzione per le giornate di effettiva degenza, per le giornate di convalescenza ritenute necessarie al ripristino della salute del donatore dalla equipe medica che ha effettuato il trapianto, per i permessi orari concessi al lavoratore per l'espletamento degli atti preliminari alla donazione (prelievi per individuazione di dati genetici - prelievi per approfondire eventuali compatibilità - accertamento alla idoneità alla donazione). Il datore di lavoro,

per le donazioni effettuate successivamente al 16 marzo 2001 (art. 5, comma 2 legge n. 52/2001) chiederà all'Istituto il rimborso delle retribuzioni corrisposte; le giornate e i permessi saranno coperti da contribuzione figurativa (circ. n. 97/2006, punto 1). Le donazioni di midollo osseo avvenute prima del 16 marzo 2001 saranno indennizzate secondo le istruzioni di cui alla circ. n. 192/1996, punto 3;

- i provvedimenti del SSN con allontanamento dal posto di lavoro per esigenze profilattiche con somministrazione di mezzi terapeutici (circ. n. 246/1981);
- gli eventi morbosi correlati all'assunzione di sostanze alcoliche e stupefacenti (circ. n. 134414/1984, punto 2);
- la fisiochinesiterapia se è documentata l'incapacità lavorativa (circ. n. 145/1993 par. 2, lett. B);
- il mancato suicidio (circ. n. 134414/1984, punto 2 - circ. n. 396/1982);
- l'aborto spontaneo o terapeutico avvenuto entro il 180° giorno dall'inizio della gestazione (300 giorni prima della data presunta del parto) (circ. n. 62/2010);
- le riacutizzazioni o complicanze delle patologie che hanno dato luogo all'erogazione dell'assegno ordinario di invalidità; le stesse devono iniziare in costanza di rapporto di lavoro e produrre una incapacità lavorativa specifica, assoluta e temporanea (circ. n. 182/1997, punto 7 - circ. n. 95 bis/2006, punto 3);
- la procreazione assistita per le giornate di ricovero e quelle successive alla dimissione prescritte dallo specialista, in fattispecie particolari, per le giornate antecedenti la fecondazione e in caso di prelievo di spermatozoi al lavoratore secondo le indicazioni fornite (msg. n. 7412/2005);
- le cure termali a carico del SSN per esigenze di cura di determinate patologie previste dalla legge a condizione che, su richiesta del medico di famiglia da presentare alla ASL di residenza entro 5 giorni dal rilascio, il medico specialista per una delle malattie previste dalla legge giudichi le cure termali necessarie ai fini terapeutici o riabilitativi, più utili ed efficaci se non rinviate fino alle ferie o ai congedi ordinari (circ. n. 127/1998 e n. 287/1992). Tali cure si dovranno effettuare trascorsi almeno 15 giorni dalle ferie ed entro 30 giorni dal rilascio della prescrizione dello specialista a patto che, durante il periodo delle cure, il datore di lavoro dichiari su modello predisposto che non possano essere usufruite le ferie o i congedi ordinari ovvero non residua nell'anno un numero di giorni di ferie sufficienti per il completamento del ciclo di cure.

## **SOGGETTI ASSICURATI**

Sono assicurati i lavoratori, assunti con contratti di lavoro a tempo indeterminato o determinato, appartenenti alle seguenti categorie e settori sotto elencati:

### **SETTORE**

### **CATEGORIE**

INDUSTRIA  
ARTIGIANATO

Apprendisti  
Operai  
Categorie assimilate (es. Portuali)  
Lavoranti a domicilio  
(EX COMMERCIO) Apprendisti

TERZIARIO E SERVIZI

Operai  
Impiegati  
Categorie assimilati (es. Sacristi)

CREDITO  
ASSICURAZIONI  
SERVIZI TRIB. APP.

Apprendisti  
Personale denunciato come salariato

AGRICOLTURA

Apprendisti  
Operai  
Compartecipanti e piccoli coloni

Gli apprendisti operanti in qualsiasi settore di attività a partire dal 1° gennaio 2007 - art.1, comma 773, della **legge n. 296/2006** - (circ. n. 43/2007, punto 2);

Sono altresì assicurati

## **PARASUBORDINATI**

**Non iscritti contemporaneamente ad altra forma pensionistica obbligatoria;**

**Non pensionati**

DIPENDENTI DA AZIENDE ESERCENTI PUBBLICI SERVIZI DI  
TRASPORTO

MARITTIMI

LAVORATORI DELLO SPETTACOLO

## **CERTIFICAZIONE DI MALATTIA**

L'infermità che comporta incapacità lavorativa deve essere documentata, dai lavoratori (soggetti assicurati), mediante certificazione di malattia rilasciata dal medico curante (circ. n. 99/1996).

A seguito di numerosi interventi del legislatore, approdati al disciplinare tecnico allegato al Decreto Interministeriale del 26.02.2010, il medico curante provvede a trasmettere in via telematica il certificato all'INPS e a rilasciare al lavoratore - che è tenuto a verificarne la correttezza dei dati inseriti - una copia cartacea sia del certificato con diagnosi sia dell'attestato per il datore di lavoro.

Il lavoratore non è più tenuto all'invio del certificato con diagnosi all'INPS in quanto questo viene inserito in modo telematico negli archivi gestionali della sede di competenza per le opportune lavorazioni; mentre, permane l'obbligo di inoltrare all'Azienda dell'attestato di malattia nel caso in cui il datore non sia in possesso delle credenziali necessarie per avvalersi del servizio telematico offerto da INPS o qualora si presentino motivate esigenze del datore di lavoro (ad es. difficoltà tecniche di connessione).

Diversamente, il datore di lavoro in possesso di PIN ha la possibilità di visualizzare sul sito INPS gli attestati di malattia dei propri lavoratori (circ. n. 60/2010), ma può anche esperire modalità diverse di accesso agli attestati medesimi (invio tramite Posta Elettronica Certificata - circ. n. 119/2010).

Anche il lavoratore ha la possibilità di accedere al servizio, disponibile sul sito dell'Inps, per visualizzare i propri certificati di malattia (tramite un codice PIN) o attestati di malattia (tramite codice fiscale personale e numero dell'attestato cercato); può, inoltre, chiedere l'invio dei suddetti attestati alla propria casella di Posta Elettronica Certificata (circ. n. 60/2010 - circ. n. 164/2010).

Qualora la trasmissione telematica non sia possibile per comprovati motivi tecnici, il lavoratore deve invece provvedere ad inviare il certificato cartaceo all'INPS e l'attestato cartaceo al proprio datore di lavoro entro il termine di due giorni dal rilascio.

## **SOGGETTI ABILITATI ALLA COMPILAZIONE**

Sono soggetti abilitati al rilascio della certificazione i medici curanti.

Per medico curante si intende ogni medico dal quale può pervenire la certificazione di malattia (art. 7 D.P.C.M. 26.03.2008 - circ. n. 134368/1981), ivi compresi, quindi, le amministrazioni degli Enti di ricovero e i medici che garantiscono la "continuità assistenziale" (guardia medica) " limitatamente ai turni di guardia prefestivi e festivi e per il massimo di tre giorni. Ogni ulteriore decisione nel merito è demandata al medico di fiducia ..." (circ. n. 134392 A.G.O./ 176/1982).

La certificazione sanitaria rilasciata da medici non appartenenti al SSN o con esso convenzionati è da ritenere valida ai fini dell'erogazione dell'indennità di malattia a condizione che contenga i requisiti sostanziali richiesti (intestazione, nominativo e residenza del lavoratore, data, timbro e firma del medico, diagnosi e prognosi di incapacità al lavoro) (circ. n. 99/1996).

La certificazione rilasciata da medici di pronto soccorso, o da medici ospedalieri all'atto della dimissione del lavoratore deve contenere la diagnosi di norma comportante incapacità lavorativa.

## **INVIO DELLA CERTIFICAZIONE**

Il lavoratore deve richiedere al proprio medico curante il certificato di malattia attestante l'incapacità lavorativa.

Il certificato, come già precisato al paragrafo 4), è inviato per via telematica direttamente all'Inps, entro 24 ore, dal medico stesso che consegnerà al lavoratore sia copia del certificato con diagnosi che dell'attestato per il datore di lavoro (D.P.C.M. del 26/3/2008; Decreto Interministeriale 26.02.2010; circ. n. 60/2010).

Il lavoratore è tenuto, entro due giorni, a recapitare o trasmettere a mezzo raccomandata con avviso di ricevimento l'attestato di malattia al proprio datore di lavoro, salvo il caso in cui quest'ultimo richieda all'INPS la trasmissione in via telematica della suddetta attestazione (Decreto Interministeriale 26.02.2010, art. 4).

Nel caso di impossibilità alla trasmissione telematica o qualora il medico curante non fosse abilitato, il lavoratore si farà rilasciare il certificato e l'attestato in forma cartacea e provvederà a recapitare o trasmettere a mezzo raccomandata con avviso di ricevimento all'Inps il certificato di malattia (circ. n. 134368/1981, punto 9.1) e al proprio datore di lavoro l'attestato.

L'invio a mezzo fax (circ. n. 136/2003, punto 2) o PEC può essere considerato valido ai soli fini del rispetto del termine di invio.

Il recapito o la spedizione deve avvenire entro DUE GIORNI successivi alla data del rilascio, ai sensi dell'art. 2 del D.L. n. 663/1979, così come modificato dal 1° comma dell'art 15 della legge n. 155/1981. Per il calcolo dei due giorni "dal rilascio" si deve tener conto del principio di carattere generale, art. 2963 C.C., per cui "non si computa il giorno nel corso del quale cade il momento iniziale del termine".

Es.: il certificato rilasciato il giorno 14, deve essere consegnato o trasmesso lo stesso giorno 14, il giorno 15 oppure al massimo il giorno 16.

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

La trasmissione della certificazione di malattia, nei tempi e nei modi previsti dalle disposizioni, costituisce un vero e proprio onere di denuncia e nello stesso tempo documentazione dello stato di malattia, che incombe sull'interessato (circ. n. 54 P.M.M.C./205/1987).

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.

Nei casi di ricovero in luogo di cura i certificati rilasciati dall' amministrazione (Direzione Sanitaria) del luogo di cura medesimo sostituiscono a tutti gli effetti, la certificazione rilasciata dal medico curante.

In caso di lavoro interinale la certificazione sanitaria va spedita o recapitata all'impresa fornitrice e non all'impresa utilizzatrice (spetta all'impresa fornitrice comunicare con immediatezza all'impresa utilizzatrice l'assenza per malattia del lavoratore, le eventuali continuazioni della malattia o la ripresa dell'attività lavorativa dello stesso ecc.).

In attesa della telematizzazione anche dei certificati di ricovero e degenza ospedaliera, gli stessi, redatti in modalità cartacea, possono essere spediti o recapitati all'Inps e al datore di lavoro anche oltre il 2° giorno successivo al rilascio, purché entro i termini prescrizionali di 1 anno.

Eventuali comunicazioni telefoniche, mediante telegramma, etc. (circ. n. 109/1999, punto 2.1) possono avere valore, nel caso in cui si tratti di malattia che interrompe le ferie, solo nei confronti del datore di lavoro e solo al fine di informare anticipatamente lo stesso circa l'inizio dell'evento. 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.

Nei casi di "dimissioni protette" (degenze non in assoluto concluse ma temporaneamente sospese tra una indagine clinica e un'altra) è necessario che dalla certificazione medica risulti che il lavoratore, tra un ricovero e l'altro è temporaneamente incapace al lavoro a



causa della malattia stessa per poter avere titolo all'indennizzabilità dell'intero periodo (circ. n. 136/2003, punto 6.2).

Il lavoratore che versa nella Gestione Separata (parasubordinato), richiedente l'indennità di ricovero circ. n. 147/2001, dovrà presentare all'Inps di residenza (abitualmente dimora) domanda di indennità per degenza ospedaliera entro 180 giorni dalla dimissione su mod. Deg.Osp./Mal.Gest.Sep. con allegato il certificato di degenza circ. n. 147/2001 punto 5.

I lavoratori a progetto, i collaboratori coordinati e continuativi, titolari di assegno di ricerca ed i collaboratori occasionali (soggetti titolari di rapporti con lo stesso committente per più di 30 giorni nell'anno solare ovvero di durata anche inferiore ma con diritto ad un compenso superiore a 5.000 euro), che non siano titolari di pensione e iscritti ad altre forme previdenziali obbligatorie, per le malattie insorte a partire dal 1° gennaio 2007 possono richiedere l'indennità di malattia entro il limite massimo di giorni pari ad un sesto della durata complessiva del rapporto di lavoro (comunque non inferiore a 20 giorni nell'arco dell'anno solare) (circ. n. 76/2007).

### **COMUNICAZIONE DEL DIVERSO INDIRIZZO**

E' onere del lavoratore segnalare l'eventuale diverso indirizzo di reperibilità al medico che lo indicherà nel certificato telematico di malattia nell'apposito riquadro e controllarne l'esattezza sul modello cartaceo che gli è consegnato.

Qualora risultassero errori di annotazione, il lavoratore dovrà chiedere al medico di annullare immediatamente il certificato, e comunque non oltre le 24 ore, e rinviarlo correttamente compilato. Resta fermo l'obbligo del lavoratore di indicare correttamente l'indirizzo valido per la reperibilità, nei casi residuali di redazione cartacea del certificato di malattia.

Nel caso di variazione di indirizzo di reperibilità durante il periodo di prognosi, il lavoratore deve tempestivamente comunicare all'INPS e al datore di lavoro il nuovo indirizzo, e, in caso di soggiorno in Comunità Terapeutica, l'indirizzo della stessa (circ. n. 136/2003, punto 9).

### **SANZIONI**

#### **PER OMESSA CERTIFICAZIONE**

L'indennità di malattia non spetta per le giornate di malattia che non siano comprovate da idonea certificazione sanitaria (circ. n. 134368 A.G.O./14/1981 punto 8).

#### **PER RITARDATA CERTIFICAZIONE**

Il ritardo nel recapito o nella trasmissione della certificazione comporta la perdita dell'indennità; ciò è confortato dalla Corte Costituzionale che, con Sentenza n. 1143/1988, conferma la non indennizzabilità delle giornate di ritardo nella trasmissione della certificazione di malattia (circ. n. 44/1989).

L'indennità non spetta (circ. n. 11 PMMC/179/1985):

o per tutta la durata del ritardo, con esclusione dei primi tre giorni ove si tratti di inizio malattia;

o per 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 malattia;

o per le giornate non comprovate da certificazione, qualora la certificazione di continuazione, pur essendo pervenuta entro i due giorni dal rilascio, risulta redatta dal medico oltre i due giorni successivi alla scadenza della prognosi precedente;

o per l'ultimo giorno di prognosi, nell'ipotesi di certificati con prognosi di tre giorni per i quali si pone l'intervento erogativo dell'Istituto (circ. n. 182/1997, punto 8).

Quando è inviata in ritardo anche la certificazione di continuazione non sono indennizzati neppure i giorni teoricamente a disposizione per l'invio, se il precedente certificato è stato inviato oltre la prognosi.

L'indennità viene riconosciuta se il motivo del ritardo è dovuto a:

- stato di infermità con conseguente ricovero in luogo di cura;
- assenza dal lavoro per esigenze profilattiche (circ. n. 246/1981);
- serio e apprezzabile motivo da valutarsi dalla Sede sulla base degli elementi forniti a comprova dal lavoratore (circ. n. 44/1989).

Per l'applicazione delle giornate di ritardo si considerano:

- la data del timbro postale, nei casi di trasmissione a mezzo di raccomandata (con avviso di ricevimento);
- la data di invio del certificato telematico.

Non si applicano le sanzioni per ritardata certificazione nei casi di certificazioni rilasciate da enti ospedalieri (circ. n. 134368 A.G.O. /14/1981, punto 9).

ESEMPI (circ. n. 11 P.M.M.C./179/1985) Si riportano alcuni esempi per i quali è stato ipotizzato un evento con due certificati, entrambi con prognosi di 6 giorni, rilasciati rispettivamente il giorno 10 e il giorno 16 (pertanto abbiamo un certificato che va dal 10 al 15 e un secondo che va dal 16 al 21).

I° esempio: 1° certificato spedito il 18

2° certificato spedito il 18

si avrà:

- dal 10 al 12 corresponsione dell'indennità (salvo l'eventuale applicazione della carenza);
- dal 13 al 15 mancato indennizzo per ritardo;
- dal 16 al 21 corresponsione dell'indennità.

II° esempio: 1° certificato spedito il 14

2° certificato spedito il 20

si avrà:

- dal 10 al 12 corresponsione dell'indennità (salvo l'eventuale applicazione della carenza);
- dal 13 al 14 mancato indennizzo per ritardo;
- dal 15 al 18 corresponsione dell'indennità;
- dal 19 al 20 mancato indennizzo per ritardo;
- giorno 21 corresponsione dell'indennità.

III° esempio: 1° certificato spedito il 20

2° certificato spedito il 20

si avrà:

- dal 10 al 12 corresponsione dell'indennità (salvo l'eventuale applicazione della carenza);
- dal 13 al 20 mancato indennizzo per ritardo;
- dal 21 corresponsione dell'indennità.

Il campo "dichiara di essere ammalato dal" può essere retrodatato di un solo giorno rispetto alla data della visita?

La risposta è da dettagliare.

Tale campo deve essere valorizzato con la data riferita dal lavoratore o con quella realmente risultante dagli archivi del medico ed è una data anamnestica non necessariamente legata all'indennizzabilità del periodo sotteso.

Bisogna innanzitutto opportunamente precisare che le questioni poste nel quesito derivano dall'applicazione della normativa riguardante l'indennità di malattia e che, al riguardo, nulla è innovato con l'introduzione della trasmissione telematica del certificato, ad eccezione ovviamente della data di rilascio della certificazione, che ora viene apposta dal sistema informatico invece che dal medico certificatore.

Riguardo l'indennità di malattia – ovvero l'indennità riconosciuta ai lavoratori aventi diritto all'indennità di malattia erogata da/conguagliata con INPS quando si verifica un evento morboso (malattia) che ne determina l'incapacità lavorativa – il relativo trattamento economico previdenziale spetta, in linea di massima, dalla data di rilascio della relativa certificazione e solo per i giorni prognosticamente assegnati.

Un evento di malattia descrive un periodo continuativo di astensione dal lavoro e può, quindi, essere mono- o pluri-certificato con certificati in tal caso prodotti senza che sia ripreso il lavoro.

Il Decreto del Presidente del Consiglio dei Ministri 26 marzo 2008 all'art. 8 fissa quali sono i dati obbligatori che devono essere esplicitati nel certificato, fra cui la data di dichiarato inizio malattia: si tratta, come detto, di un dato anamnestico riferito dal paziente o ricavato da archivi propri del medico e, quindi, anche di molto antecedente nel caso in cui il certificato che il medico sta redigendo non sia il primo.

Si tratta sostanzialmente di una dichiarazione che il medico deve riportare come tale ed in merito alla quale non assume alcuna responsabilità e da cui non si generano automaticamente diritti.

Infatti, l'Inps – vedi, quali riferimenti normativi, le circolari n. 63 del 7 marzo 1991 e n. 147 del 15 luglio 1996, punto 3. - riconosce il diritto all'indennità di malattia al massimo a partire dal giorno precedente a quello del rilascio del certificato solo se la data di dichiarato inizio della malattia sia almeno quello precedente il giorno di rilascio e la visita sia svolta presso il domicilio del lavoratore, come previsto dagli accordi collettivi della medicina generale, "avuto riguardo alla non trasferibilità dell'ammalato".

Tale possibilità di riconoscere, ai fini erogativi, la sussistenza dello stato morboso anche per il giorno immediatamente precedente a quello del rilascio della certificazione, fu originariamente contemplata per consentire l'esercizio della facoltà, da parte del medico, confermata con D.P.R. 28.09.1990, n. 314 art. 20, di effettuare la visita medica, richiesta dal paziente dopo le ore 10, il giorno immediatamente successivo: oggi l'accordo normativamente vigente novella detto articolo e stabilisce che ove, la richiesta pervenga dopo le ore dieci, la visita dovrà essere effettuata entro le ore dodici del giorno successivo. Sempre nel vigente accordo è anche stabilito che nelle giornate di sabato e nei prefestivi il medico non è tenuto a svolgere attività ambulatoriale, ma è obbligato ad eseguire le visite domiciliari richieste entro le ore dieci dello stesso giorno, nonché quelle, eventualmente non ancora effettuate, richieste dopo le ore dieci del giorno precedente.

Con l'avvento del telematico, poi, ribadendo il concetto, è consentito l'invio del certificato elettronico entro le 24ore successive solo in caso si sia effettuata una visita domiciliare, mentre deve essere immediato in caso di visita condotta presso l'ambulatorio del medico, come previsto al p.to 5.5 dell'allegato 1) al DPCM 26 marzo 2008.

I lavoratori che svolgono attività lavorativa nei giorni festivi e prefestivi, qualora la malattia con inabilità lavorativa inizi nella giornata di sabato e al fine di assicurarsi l'indennità di malattia dalla prima giornata di assenza, possono dunque fruire del proprio curante in caso abbiano necessità di una visita domiciliare, contattandolo entro le ore 10.00; altrimenti, dovranno rivolgersi al servizio di continuità assistenziale (guardia medica), autorizzata al rilascio di certificati di malattia – se necessario anche cartacei, da consegnare o spedire tempestivamente a INPS secondo le antecedenti modalità – per le giornate del sabato e dei giorni festivi o prefestivi.

In caso non si attivi questa sequenza, può accadere che si verifichi l'ipotesi di giornate "scoperte" ai fini dell'indennità di malattia, in quanto recarsi dal proprio curante il lunedì per farsi certificare una malattia iniziata sabato significa farsi fare un certificato "tardivo".

Sicché, un lavoratore che si ammali dal lunedì al venerdì per esempio per tre settimane consecutive senza mai riprendere l'attività lavorativa, indipendentemente dal fatto che di sabato e domenica non lavori, risulterà malato per 21 giorni solari in un unico evento e sarà sanzionato per quei sabati e domeniche non coperte da idonea certificazione.

### **OMESSA, INCOMPLETA O INESATTA INDICAZIONE DELL'INDIRIZZO SULLA CERTIFICAZIONE DI MALATTIA.**

Quando, sulla certificazione manca la residenza del lavoratore o i dati della stessa sono incompleti o inesatti, e pertanto non può aver luogo la visita domiciliare di controllo, il lavoratore perde il diritto al trattamento economico di malattia fino a quando non li comunica all'Istituto, salvo che i dati stessi siano ricavabili da quelli in possesso dell'Istituto (buste, altri certificati, archivi, ecc.) (circ. n. 129/1990 - circ. n. 182/1997, punto 3) - circ. n. 183/1998).

### **VISITE MEDICHE DI CONTROLLO**

La facoltà di chiedere il controllo può essere esercitata direttamente dal medico legale dell'Istituto, dopo aver esaminato giornalmente i certificati medici di malattia, o dal datore di lavoro nei confronti del lavoratore dipendente, assente dal lavoro a causa di malattia, anche quando questi non sia titolare del diritto alle prestazioni economiche.

La richiesta può essere avanzata da ciascun datore di lavoro dopo aver avuto notizia della malattia del lavoratore, anche se il certificato medico non gli sia ancora pervenuto.

Nell'ambito delle competenze assegnate all'Inps ai sensi del D. Lgs. n. 75/2017 (Polo unico per le visite fiscali) è previsto che l'Istituto effettui anche d'ufficio, oltre che su richiesta datoriale, i controlli medico legali nei confronti dei lavoratori dipendenti delle Pubbliche Amministrazioni assoggettate alla citata normativa.

A decorrere dall'entrata in vigore del Polo unico per le visite fiscali, sono state quindi effettuate visite mediche di controllo domiciliare e ambulatoriale su iniziativa dell'Istituto nei casi ritenuti utili per la verifica dello stato di effettiva incapacità temporanea al lavoro.

### **MISURA DELLA SANZIONE**

Il lavoratore non può assentarsi dall'indirizzo di abituale dimora durante le fasce orarie di reperibilità in cui viene effettuato il controllo salvo giustificato motivo (Delibera n. 99/1984 del CDA, msg. n. 7557/2004):

- 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.
- Non esistono diagnosi che possano esonerare il lavoratore ammalato dal rispetto delle fasce di reperibilità, fatte eccezione per le casistiche a cui viene attribuito il codice di esonero \*E\*:
- mediante l'utilizzo di tale codice, il medico dell'Istituto, durante l'analisi del certificato, ha l'opportunità – da esercitare secondo ponderato discernimento clinico e medico legale – di escludere uno specifico certificato dalla visita fiscale;
- le condizioni patologiche che dovrebbero rientrare in questa casistica sono a titolo esemplificativo;
- le oncopatie metastatiche, stati terminali, situazioni post chirurgiche di interventi demolitivi, ecc.

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 (tale visita non annulla l'assenza iniziale) (circ.n.136/2003, punto 10).

L'assenza a visita medica di controllo, se non giustificata, comporterà la non indennizzabilità delle giornate di malattia nel seguente modo:

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

Nel caso in cui l'interessato, dopo la terza assenza, si sottoponga a visita ambulatoriale (sia a seguita 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 (circ. n. 65/1989).

Sono esclusi dall'applicazione delle sanzioni a carico dell'INPS:

- i periodi confermati da visita di controllo;
- eventuali visite di controllo successive ad una assenza ingiustificata, quando confermino lo stato di incapacità lavorativa dell'interessato, producono l'effetto della inapplicabilità della sanzione dalla data dei controlli stessi. Se dopo una visita di controllo che ha accertato lo stato di malattia il lavoratore risulta assente ingiustificato ad una visita successiva prima della scadenza della prognosi precedente, si procederà all'applicazione della sanzione a partire dalla data di accertamento dell'assenza;
- i ricoveri ospedalieri;
- eventuali assenze ingiustificate precedenti il ricovero comportano l'applicazione della sanzione fino al giorno precedente l'inizio della degenza. La sanzione per eventuali assenze successive al ricovero si applica a decorrere dal giorno successivo a quello di dimissione;

- i periodi per i quali non ricorre l'obbligo di erogazione di indennità di malattia da parte dell'I.N.P.S. (malattie esauritesi in carenza (\*), superamento del periodo massimo, ecc.).
- (\*). Se l'assenza è riscontrata all'interno del periodo di carenza e la visita che conferma l'esistenza dell'effettivo stato di incapacità lavorativa avviene entro e non oltre il 4° giorno, nessuna sanzione viene applicata all'interessato.
- (Rimane ferma la facoltà del datore di lavoro di applicare sanzioni per il periodo o importo a suo carico).