



LA MALATTIA NEL RAPPORTO DI LAVORO

Indice *(con i link ai capitoli)*

- Nozione di malattia, casi equiparati, infortunio sul lavoro e malattia professionale
- Certificato medico di malattia: riepilogo della disciplina
- Visite mediche di controllo: dalle fasce di reperibilità alle sanzioni in caso di assenza
- Svolgimento di altra attività lavorativa durante la malattia
- Malattia durante le ferie: casistica, criteri e modalità di controllo
- Malattia all'estero: certificazioni e termini di invio
- Cure termali: patologie ammesse, adempimenti e indennità di malattia
- Tutele specifiche per le patologie oncologiche
- Interruzione di gravidanza: certificazione e trattamento economico e normativo
- Determinazione del periodo di comporto
- Malattia e licenziamento: orientamenti giurisprudenziali
- Trattamento economico a carico dell'INPS
- Trattamento economico a carico del datore di lavoro
- Malattia per i lavoratori parasubordinati



Nozione, casi equiparati, infortunio sul lavoro e malattia professionale

Malattia ordinaria. Nel diritto del lavoro la malattia ricorre ogni volta che il lavoratore risulti affetto da uno stato morboso che lo renda concretamente inidoneo a svolgere le proprie mansioni.

La nozione di malattia include non solo lo stato di malattia in senso stretto, ma comprende anche i periodi necessari alla guarigione e quelli necessari allo svolgimento di eventuali cure e terapie che impediscono l'esecuzione della prestazione.

L'effetto principale della malattia è quello di sospendere la prestazione di lavoro, senza che il datore di lavoro possa invocare l'inadempimento dell'obbligazione lavorativa da parte del lavoratore: pertanto, il datore di lavoro non può recedere dal rapporto, e lo stesso prestatore mantiene il diritto a percepire un'indennità commisurata alla retribuzione.

La tutela del lavoratore malato si estrinseca in una duplice direzione:

a) continuità della percezione della retribuzione (o di indennità equivalenti),

b) mantenimento del posto di lavoro (entro un certo periodo massimo).

L'art. 2110 del codice civile prevede che in caso di infortunio, malattia, gravidanza o puerperio, qualora la legge non stabilisca forme equivalenti di previdenza o assistenza, è dovuta al lavoratore la retribuzione o un'indennità per il periodo previsto dalle leggi speciali, dagli usi o secondo equità; il datore di lavoro può recedere dal rapporto solo dopo il decorso del periodo (cd. *comporto*) previsto dalla legge, dagli usi o calcolato secondo equità (art. 2118 c.c.).

Casi equiparati alla malattia. Rientrano nella nozione di malattia una serie di situazioni che si differenziano dal concetto di malattia in senso stretto, ma che vengono ricondotte alla nozione in quanto analogamente alla malattia, rendono impossibile l'esercizio della prestazione.

Sono accomunate alla malattia le seguenti situazioni:

– ricoveri giornalieri in luoghi di cura (INPS, circ. 25.7.2003, n. 136);

– ricoveri per donazioni di organi, per tutto il periodo di degenza e convalescenza (INPS, circ. 7.10.1996, n. 192);

– interventi di chirurgia estetica, ove siano ritenuti necessari a rimuovere vizi funzionali connessi a un difetto estetico; sono invece esclusi dalla nozione di malattia gli interventi privi di specifiche e dirette esigenze terapeutiche;

– trattamenti di fisiochinesi terapia, ma solo nel caso in cui risultino funzionali al superamento di specifiche patologie;

– cure termali (art. 16, legge 30.12.1991, n. 412), per la terapia o la riabilitazione di stati patologici rispetto ai quali sia considerata necessaria la cura termale.

Le prestazioni idrotermali possono essere fruite dai lavoratori al di fuori dei congedi ordinari e delle ferie annuali, esclusivamente per la terapia o la riabilitazione relative ad affezioni o stati patologici per la cui risoluzione sia giudicato determinante, anche in associazione con altri mezzi di cura, un tempestivo trattamento termale motivatamente prescritto da un medico specialista della ASL ovvero, limitatamente ai lavoratori avviati alle cure dall'INAIL, dai medici del predetto Istituto (Cass. 2.1.2001, n. 14).

L'elenco delle patologie che danno diritto alla fruizione delle cure termali e all'indennità di malattia a carico INPS è individuato dal D.M. 22.3.2001.

Differenze tra malattia generica, infortunio sul lavoro e malattia professionale. Lo stato di malattia ordinario si distingue dall'ipotesi di infortunio sul lavoro e da quella di malattia professionale, sia per quanto riguarda i presupposti che danno luogo alle rispettive fattispecie, sia per quanto riguarda la disciplina applicabile nel caso in cui si verificano tali eventi:

a. **Infortunio sul lavoro.** Si definisce come infortunio sul lavoro l'infortunio occorso per causa violenta in occasione di lavoro; tale nozione ha quindi come presupposti l'inerenza con la prestazione di lavoro (occasione di lavoro), e l'origine violenta (causa violenta).



Ove ricorrano tali presupposti, l'infortunio sul lavoro è indennizzato dall'INAIL, qualora i suoi effetti producano la morte o un'inabilità permanente al lavoro, assoluta (che toglie completamente e per tutta la vita l'attitudine al lavoro) o parziale (che diminuisce in misura superiore al 15% e per tutta la vita l'attitudine al lavoro), oppure un'inabilità temporanea assoluta (che impedisce totalmente e di fatto per più di tre giorni di attendere al lavoro).

b. *Malattia professionale*. La malattia professionale si differenzia dalla malattia generica in quanto è una malattia che viene contratta nell'esercizio e a causa della lavorazione alla quale è adibito il lavoratore; l'elemento distintivo della malattia professionale rispetto alla malattia generica risiede quindi nella stretta connessione, sotto il profilo causale, con la prestazione di lavoro.

Ai fini del riconoscimento della malattia professionale, assume un rilievo determinante la prova del nesso di causalità tra l'esercizio dell'attività lavorativa e la malattia stessa.

Il D.P.R. n. 1124/1965 elenca, in apposite tabelle, le lavorazioni che devono ritenersi pericolose e le malattie professionali che possono scaturire da tali lavorazioni. Per le malattie diverse da quelle incluse nelle tabelle di cui al decreto del Presidente della Repubblica sopra citato, ovvero riconducibili a lavorazioni diverse da quelle descritte in tabella, il lavoratore ha l'onere di dimostrare il nesso di causalità tra la prestazione di lavoro e la malattia, senza potersi comunque avvalere delle predette presunzioni legali.

Certificato medico di malattia: riepilogo della disciplina

Il certificato medico di malattia ha lo scopo di garantire il diritto del dipendente malato a non rendere la prestazione lavorativa dedotta nel contratto di lavoro per tutta la durata prevista dell'evento morboso e di ricevere, nelle misure stabilite dalla legge e dagli accordi collettivi, il relativo trattamento economico. Il certificato ha dunque la funzione di giustificare l'assenza nei confronti del datore di lavoro (Cass. 22.8.2007, n. 17898) e, tramite l'indicazione dell'indirizzo del lavoratore, anche quella di consentire l'effettuazione delle visite di controllo da parte dei sanitari iscritti negli appositi elenchi (INPS e ASL).

Ne consegue che le assenze non giustificate non saranno coperte dall'indennità economica e che potranno dar luogo a provvedimenti disciplinari da parte del datore di lavoro, fino al licenziamento.

Medici abilitati. Anche se normalmente la certificazione è rilasciata dal medico "curante" (ovvero quello "di famiglia"), utilizzando l'apposito modulare, tale possibilità è riconosciuta anche a medici diversi, ai quali l'assicurato si sia rivolto per motivi di urgenza ovvero comunque per esigenze correlate alle specificità della patologia sofferta, come pure nel caso dei certificati rilasciati all'atto della dimissione da ospedali o strutture di pronto soccorso (INPS, circ. 13.5.1996, n. 99 e 25.7.2003, n. 136; INPS, msg. 7.11.2003, n. 968).

Trasmissione telematica. Nei casi di infermità comportante incapacità lavorativa, il medico curante trasmette all'INPS il certificato di diagnosi sull'inizio e la durata presunta della malattia per via telematica online (disposizione teoricamente in vigore dall'1.6.2005), secondo le specifiche tecniche e le modalità procedurali determinate dall'INPS. Salvo che il datore di lavoro non richieda all'INPS la trasmissione in via telematica, il lavoratore deve, entro 2 giorni dal rilascio, recapitargli o trasmettergli, a mezzo raccomandata con avviso di ricevimento, l'attestazione della malattia rilasciata dal medico curante (art. 2, D.L. 30.12.1979, n. 663, conv. in legge 29.2.1980, n. 33, come modificato dall'art. 1, c. 149, legge n. 311/2004).

Il Garante per la protezione dei dati personali, con delibera del 19.11.2009, ha adottato le linee guida in materia di referti online.

Moduli a lettura ottica. In attesa dell'entrata a regime della trasmissione telematica, il certificato di diagnosi e quello contenente la prognosi (inizio e durata presunta) della malattia



devono essere redatti in conformità a quanto previsto nel D.M. Sanità 30.9.1991. I moduli sono costituiti da 2 schede, denominate rispettivamente A e B, contenenti la diagnosi e la prognosi.

Normativa

Il Ministero dell'economia e delle finanze ha reso disponibile il collegamento in rete dei medici del SSN (art. 50, c. 5bis, D.L. 30.9.2003, n. 269 – legge n. 326/2003, inserito dall'art. 1, c. 810, legge 27.12.2006, n. 296). Lo stesso Ministero, di concerto con il Ministero della salute, è tenuto a emanare ulteriori disposizioni attuative. Detta procedura risulta, attualmente, non operativa (il Ministro della funzione pubblica, con comunicato 12.12.2009, ha annunciato che l'utilizzo della trasmissione telematica della certificazione di malattia avverrà entro il mese di febbraio 2010). Il legislatore è ulteriormente intervenuto sulla materia prevedendo che la procedura telematica di trasmissione della certificazione medica dovrà riguardare le assenze per malattia sia nel settore pubblico sia nel settore privato e che l'INPS immediatamente inoltri, a sua volta per via telematica, detta certificazione al datore di lavoro.

Check list

Così la compilazione dei moduli a lettura ottica

Il modulo A – *Diagnosi* deve riportare:

- le generalità del lavoratore;
- la data dichiarata di inizio della malattia;
- l'indicatore per l'evidenziazione della posizione di "turnista" dichiarata dal lavoratore;
- la prognosi clinica;
- l'indicatore di inizio o di continuazione o di ricaduta della malattia;
- la data di rilascio del certificato;
- la diagnosi e la classificazione nosologica della stessa;
- la firma e il timbro del medico che rilascia il certificato.

Vanno inoltre compilati gli appositi campi utili a identificare:

- il medico,
- il lavoratore,
- l'indirizzo ove il malato è reperibile per l'effettuazione delle visite di controllo (art. 2, cc. 2 e 3, D.M. 30.9.1991).

Il modulo B – *Prognosi*, predisposto per la compilazione a ricalco dal modello A, è destinato all'attestazione dell'inizio e della durata presunta della malattia e non contiene le informazioni sulla diagnosi (art. 2, c. 4, D.M. 30.9.1991).

FRONTE



CERTIFICATO DI DIAGNOSI PER INDENNITÀ DI MALATTIA

(art. 2 D.L. 663/1973 e art. 15 L. 155/1981)

Da recapitare o trasmettere con raccomandata A.R. a cura del lavoratore all'INPS competente per residenza del lavoratore stesso, entro due giorni dal rilascio.

PER L'INPS

SERVIZIO SANITARIO NAZIONALE

2015923487



N. 2015923487

55

RISERVATO AL MEDICO

COGNOME E NOME DEL LAVORATORE (PER LE DONNE INDICARE IL COGNOME DI NASCITA)

PROGNOZI CLINICA A TUTTO IL

COGNOME / ANNI

DICHIARA DI ESSERE AMMALATO DAL

COGNOME / MESE / ANNO

TURNO

DATA RILASCIO CERTIFICATO

COGNOME / MESE / ANNO

RISERVA

CONTINUAZIONE

RICADUTA

COD. NOSOLOGICO

DIAGNOSI

FAC SIMILE

TEMPO E FIRMA DEL MEDICO

RISERVATO ALL'INPS

CONTROLLO AMBULATORIALE

CONTROLLO OSPEDALIERO

DATA

RESPONSABILITÀ

SPORTIVO

MAI / PROF. LE

T.B.C.

ANOMALIA

IL MEDICO

RISERVATO AL LAVORATORE

REPERIBILITÀ DURANTE LA MALATTIA

(BASTA INDICARE SOLO SE DIVERSI DA QUELLI DI RESIDENZA RIPORTATI SUL RETRO)

NOMINATIVO INDICATO PRESSO L'ABITAZIONE (se diverse dal proprio)

INDIRIZZO (Via, Piazza, Numero, Apt) N. /

C.A.P. COMUNE PROV.

DATI ANAGRAFICI (DA COMPILARE SEMPRE)

CODICE FISCALE

SESSO

COGNOME (PER LE DONNE INDICARE IL COGNOME DI NASCITA) NOME

DATA NASCITA

COMUNE NASCITA

D. STATO

ESTERO

PROV.

Segue sul retro

RETRO

Segue RISERVATO AL LAVORATORE

2015923487

N. 2015923487

66

QUADRO A

RESIDENZA (DA COMPILARE SEMPRE)

INDIRIZZO (Via, Piazza, Numero, Apt) N. /

C.A.P. COMUNE PROV.

TEL. (RISERVA) (NUMERO)

QUADRO B

DATI RELATIVI ALL'AZIENDA (DA INDICARE SEMPRE, A CURA DEL LAVORATORE)

MATRICOLA AZIENDALE INPS (RILEVABILE DAL MODELLO O1/M)

DEDENOMINAZIONE DELL'AZIENDA

INDIRIZZO (Via, Piazza, Numero, Apt) N. /

C.A.P. COMUNE PROV.

QUADRO C

IL SOTTOSCRITTO DICHIARA DI APPARTENERE AL SETTORE

1. INDUSTRIA ARTIGIANATO

2. COMMERCIO (GROSSO/MINOR)

3. AGRICOLTURA

4. MINIERE

5. ALBERGHI TURISMO

6. SERVIZI

7. SPETTACOLI

8. ALTRE ATTIVITÀ

9. CATEGORIA PROFESSIONALE

10. VISIONE AVVERSA

CON QUALIFICA DI

1. DIRIGENTE

2. ESPERTO

3. ESPERTO

4. ESPERTO

5. ESPERTO

6. ESPERTO

7. ESPERTO

8. ESPERTO

9. ESPERTO

10. ESPERTO

CHIEDE CHE L'INDENNITÀ DI MALATTIA SIA PAGATA DIRETTAMENTE DALL'INPS IN QUANTO È

1. LAVORATORE (STAGIONALE)

2. OPERAIO A TEMPO

3. OPERAIO A TEMPO

4. OPERAIO A TEMPO

5. OPERAIO A TEMPO

6. OPERAIO A TEMPO

7. OPERAIO A TEMPO

8. OPERAIO A TEMPO

9. OPERAIO A TEMPO

10. OPERAIO A TEMPO

DICHIARA INOLTRE

1. HA VECHEZZA

2. HA VECHEZZA

3. HA VECHEZZA

4. HA VECHEZZA

5. HA VECHEZZA

6. HA VECHEZZA

7. HA VECHEZZA

8. HA VECHEZZA

9. HA VECHEZZA

10. HA VECHEZZA

RISERVATO ALL'INPS

N. PROGRESSIVO

DATA RILASCIO CERTIFICATO

IL FUNZIONARIO

TRATTAMENTO DEI DATI PERSONALI SENSIBILI (L. 675/98)

IMPORTANTE VEDERE LE AVVERTENZE SUL RETRO DELL'ATTESTATO

AUTORIZZO

NON AUTORIZZO

DATA

FIRMA DEL LAVORATORE



Certificazioni non standard. Sono valide le certificazioni rilasciate su modelli non “standard” (es. ricettario privato) o su quelli in uso presso i reparti ospedalieri o in pronto soccorso, a condizione però che dagli stessi risulti una prognosi non di natura strettamente “clinica” ma che, attraverso una precisa diagnosi, metta il medico INPS in condizione di valutare l’incapacità al lavoro; in caso di dubbio, la valutazione della certificazione è demandata al medico di sede.

Questi certificati, comunque da inoltrarsi sia al datore di lavoro che all’INPS, sono validi a condizione che contengano i seguenti dati: nominativo del lavoratore, diagnosi e prognosi, intestazione, data di rilascio, timbro e firma del medico, abituale domicilio del lavoratore ed eventualmente il diverso temporaneo recapito. Ove uno di questi dati manchi, è compito del lavoratore assicurato chiedere, a chi ha rilasciato il certificato, la regolarizzazione, senza che possa supplire il medico curante (INPS, circ. 13.5.1996, n. 99 e 25.7.2003, n. 136; INPS,msg. 7.11.2003, n. 968).

Indirizzo. L’indicazione dell’indirizzo presso cui è possibile effettuare le visite di controllo è un obbligo che ricade sul lavoratore malato, il quale deve controllare la correttezza di quanto indicato dal medico e, in mancanza, provvedervi direttamente (Cass. S.U. 2.2.1993, n. 1283). Questo può riguardare la residenza abituale o un luogo diverso (es. la casa di un parente) purché espressamente specificato. Se il lavoratore omette tale indicazione e l’INPS non ne disponga in altro modo, l’irregolarità comporta la non indennizzabilità fino a quando i dati mancanti non siano completati o se ne venga altrimenti a conoscenza. Se invece l’INPS ne è già a conoscenza, per esempio per l’effettuazione di precedenti controlli, l’omessa indicazione dell’indirizzo non ha alcuna conseguenza economica (INPS, circ. 4.8.1997, n. 182).

Se l’indirizzo insufficiente per il reperimento del lavoratore coincide con quello riportato sul certificato di residenza, il lavoratore può essere considerato giustificato (non perde l’indennità economica), ove si tratti di prima malattia, con l’avvertenza che eventuali successivi eventi dovranno riportare il corretto indirizzo, pena la decadenza del diritto all’indennità fino a quando lo stesso non venga corretto (INPS,msg. 9.10.2009, n. 22747).

L’omessa indicazione dell’indirizzo non è automaticamente equiparabile all’assenza ingiustificata alla visita di controllo (Cass. 23.8.1997, n. 7909; INPS, circ. 6.6.1990, n. 129): ne consegue che l’INPS deve cercare di procurarselo utilizzando l’ordinaria diligenza e il lavoratore ha l’onere di provare che l’Istituto era in grado di procurarselo altrimenti, per esempio ricavandolo dalla busta o chiedendolo all’interessato, in caso di consegna diretta del certificato (Cass. S.U. 2.2.1993, n. 1283).

Qualora durante la malattia il lavoratore cambi domicilio indicandolo nella certificazione regolarmente inviata all’INPS e il medico di controllo si sia invece recato al precedente recapito, indicato dal datore, la visita di controllo non può ritenersi effettuata, con inapplicabilità della sanzione prevista per l’irreperibilità del lavoratore, a nulla rilevando che il lavoratore abbia comunicato l’indirizzo solo all’INPS e non al datore; quest’ultimo, infatti, può chiedere il controllo solo attraverso i servizi ispettivi degli istituti previdenziali (Cass. 26.5.1999, n. 5147).

In caso di malattia all’estero, è inadempiente il lavoratore che affida la comunicazione di variazione dell’indirizzo a un telegramma, senza accertarsi che questo sia effettivamente giunto a destinazione (Cass. 9.10.1998, n. 10036).

Destinatari e termini. Salvi gli eventuali obblighi di comunicazione tempestiva e preventiva a mezzo telefono (o altro mezzo: esempio e-mail) stabiliti dal contratto collettivo o regolamento aziendale, e a prescindere dal fatto che la malattia duri fino a 3 giorni o di più (INPS, circ. 6.9.2006, n. 95bis), il certificato medico deve essere inviato, entro 2 giorni dal rilascio, a cura del lavoratore e mediante raccomandata con ricevuta di ritorno, sia al datore di lavoro che all’INPS, salvo quanto previsto, una volta operativa, dalla procedura di trasmissione telematica (art. 2, c. 2, D.L. 30.12.1979, n. 663, conv. legge 29.2.1980, n. 33; INPS, circ. 6.9.2006, n. 95). È ammessa la trasmissione anche a mezzo di corrispondenza ordinaria



ovvero con raccomandata senza avviso di ricevimento, ferme restando le conseguenze di un eventuale smarrimento. Non devono inviare la certificazione all'INPS i lavoratori che non hanno titolo a percepire l'indennità di malattia a carico dell'INPS. Il termine di 2 giorni è perentorio, salvo seri e apprezzabili motivi (Cass. 8.8.2005, n. 16627). Il datore deve conservare il certificato per 10 anni e, in caso di richiesta, esibire all'INPS la documentazione in proprio possesso.

Se il giorno di scadenza del termine è festivo, la scadenza è prorogata al primo giorno seguente non festivo (INPS, circ. 28.1.1981, n. 134368).

Invio a mezzo fax. La trasmissione del certificato tramite fax è considerata valida ai soli fini del rispetto del termine di invio, previsto per consentire l'effettuazione di visite mediche di controllo, fermo restando che per la concessione dell'indennità occorre che il certificato medico originale pervenga in tempo utile e, quindi, non oltre il termine annuale di prescrizione. Alcun valore è invece attribuibile a eventuali comunicazioni telefoniche (INPS, circ. 25.7.2003, n. 136).

Non è valida, in caso di malattia all'estero, la sola trasmissione a mezzo fax del certificato (specie se di difficile lettura) in lingua straniera senza alcuna indicazione dell'indirizzo ove effettuare il controllo (Cass. 24.6.2005, n. 13622).

Ritardato rilascio o invio del certificato. L'indennità di malattia non spetta per i giorni non coperti dalla certificazione.

Ne consegue che, in caso di ritardo, sono indennizzabili i primi 2 giorni e non lo sono quelli successivi fino all'effettivo adempimento (INPS, circ. 27.1.1983, n. 134399 e 8.8.1985, n. 179). Se la certificazione perviene in ritardo sia al datore di lavoro sia all'INPS, i giorni di ritardo sono computati avendo riguardo alla data di arrivo della certificazione pervenuta all'INPS. È facoltà del lavoratore addurre e provare l'esistenza di un giustificato motivo del ritardato invio del certificato medico (Corte Cost. 29.12.1988, n. 1143; Cass. 8.8.2005, n. 16627). Nel caso di lavoratore che viva da solo, particolare attenzione va posta alle condizioni di salute che, per la loro gravità, abbiano di fatto impedito al lavoratore di lasciare l'abitazione anche per più di 2 giorni. Se l'invio avviene a mezzo posta, fa fede la data di invio della raccomandata; in caso di consegna a mano occorre che sia apposto un timbro datario sul certificato in presenza del soggetto che effettua la consegna manuale (INPS, circ. 8.8.1985, n. 11).

La decorrenza del trattamento economico (dal 4° giorno di malattia) è computata, in via di massima, dalla data di rilascio della relativa certificazione.

Peraltro, l'Istituto ammette la possibilità di riconoscere, ai fini erogativi, la sussistenza dello stato morbosio anche per il giorno immediatamente precedente a quello del rilascio della certificazione (INPS, circ. n. 147/1996).

Continuazione della malattia. Se l'evento morbosio si configura quale prosecuzione della stessa malattia, il medico curante deve farne menzione nel certificato (art. 2, c. 6, D.L. 30.12.1979, n. 663, conv. in legge 29.2.1980, n. 33). In caso di continuazione di malattia, non sono coperti dall'indennità economica i giorni di ritardo compresi tra la data di scadenza della prognosi precedente e quella di arrivo della certificazione successiva.

Se la certificazione di continuazione, pur essendo pervenuta entro i 2 giorni dal rilascio, risulta rilasciata in ritardo, si ha la perdita dell'indennità per le giornate di malattia che non risultano comprovate dalla certificazione, fatta eccezione per il giorno immediatamente precedente il rilascio della certificazione medica, regola peraltro non applicabile quando la data della malattia retroagisce di oltre un giorno da quella del rilascio (INPS, circ. 147/1996). In presenza di successivi certificati intervallati dalla giornata festiva o dal sabato e domenica in caso di settimana corta, si presume che i due periodi costituiscano un unico evento morbosio (INPS, circ. 28.1.1981, n. 134368).



CIG/CIGS. Se la malattia insorge durante un periodo di CIG o CIGS a zero ore, il lavoratore continua a usufruire delle integrazioni salariali (cioè la CIG/S non si sospende per effetto della malattia) e, poiché il rapporto è sospeso e non vi è alcun obbligo della prestazione, non vi è alcun obbligo di farsi rilasciare né di presentare il certificato medico (INPS, circ. 16.6.2009, n. 82).

Giurisprudenza

Contrasto tra certificati medici. Se la prognosi del curante viene rivista dal medico di controllo che certifica la guarigione del lavoratore, in caso di nuovo e successivo esame da parte del curante che lo ritenga ancora malato, è onere del datore di lavoro chiedere una nuova visita di controllo (Cass. 6.5.1995, n. 4938).

Certificati in lingua originale di lavoratori comunitari. I lavoratori comunitari, cittadini degli altri Stati membri, sono considerati lavoratori nazionali. Gli Stati membri dell'Unione Europea sono attualmente 27; si definiscono cittadini comunitari coloro che hanno la cittadinanza di uno di questi: Italia, Germania, Francia, Lussemburgo, Olanda, Belgio, Regno Unito, Irlanda, Austria, Spagna, Portogallo, Grecia, Danimarca, Svezia, Finlandia, Polonia, Slovacchia, Repubblica Ceca, Slovenia, Ungheria, Estonia, Lettonia, Lituania, Malta e Cipro, Romania e Bulgaria.

Per quanto riguarda la certificazione medica da esibire all'INPS in caso di incapacità temporanea al lavoro, i cittadini comunitari non hanno l'onere di farla pervenire in lingua italiana ma possono presentarla, nei termini, in lingua originaria, non essendo esigibile dagli stessi la traduzione della certificazione legittimamente ottenuta nei rispettivi Paesi. L'onere di traduzione grava sulle sedi dell'INPS (INPS, msg. 3.12.2007, n. 28978).

Malattia in Paesi UE o convenzionati. Se la malattia si verifica in un Paese appartenente all'Unione Europea o che abbia stipulato apposita convenzione, l'assicurato deve presentare all'istituzione estera, entro 3 giorni dall'inizio dell'inabilità, idonea certificazione di malattia e deve essere munito della Tessera Europea Assicurazione Malattia (che ha sostituito il formulario E111). L'istituzione estera provvederà a trasmettere all'INPS la documentazione medica acquisita, compresi gli esiti dei controlli eventualmente effettuati (INPS, msg. 3.12.2007, n. 28978 e 1.8.2005, n. 27699). Il certificato rilasciato dal medico o dalla struttura sanitaria straniera è in tutto e per tutto equiparato a quello nazionale e deve essere inviato senza necessità di traduzioni o legalizzazioni particolari, a condizione che tale obbligo sia espressamente escluso dalla convenzione o accordo bilaterale.

I Paesi in questione sono:

1. quelli 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, Svizzera e Turchia);
2. Paesi extra UE con i quali sono state stipulate Convenzioni estese (Argentina, BosniaErzegovina, Brasile, Croazia, Jersey e Isole del Canale, Macedonia, Principato di Monaco, Repubblica di San Marino, Stato di Serbia e Montenegro, Tunisia, Uruguay e Venezuela).

Sono esenti da legalizzazione, a condizione che rechino l'"**apostille**", gli atti e i documenti rilasciati dagli Stati aderenti alla Convenzione dell'Aja del 5.10.1961.

Certificato medico di malattia – Casi particolari

Pronto soccorso

Il certificato rilasciato dal pronto soccorso è idoneo a legittimare l'assenza ove non si limiti a indicare la patologia ma precisi anche lo stato di incapacità lavorativa; ove tale indicazione manchi, il certificato non sarà automaticamente respinto ma sarà valutato dal centro medico legale dell'INPS (INPS, msg. 7.11.2003, n. 968). La certificazione delle prestazioni di pronto soccorso, in quanto non equiparabile al ricovero, deve essere inviata entro 2 giorni dal rilascio (INPS, circ. 25.7.2003, n. 136).



Ricovero ospedaliero

La certificazione rilasciata dall'ospedale è valida ove sia redatta su carta intestata e riporti le generalità del lavoratore, la data, la firma leggibile del medico e la diagnosi (senza quest'ultima il certificato non vale). La certificazione che contenga prognosi successive al ricovero (convalescenza) giustifica l'assenza solo se fa esplicito riferimento a uno stato di incapacità lavorativa. Il termine per la spedizione è 2 giorni dal rilascio e il lavoratore deve indicare il proprio recapito. Il ritardato invio del certificato è giustificato finché permane il ricovero, non oltre e comunque non oltre il termine annuale di prescrizione (INPS, circ. 25.7.2003, n. 136).

Dimissioni ospedaliere protette

Si tratta di quelle situazioni che, a fronte di ricoveri che richiederebbero lunghe degenze ai soli fini di eseguire – per la guarigione completa o la stabilizzazione della malattia – un monitoraggio clinico o esami strumentali complessi, prevedono la temporanea sospensione della degenza e il rientro in ospedale del lavoratore solo nelle giornate programmate; poiché tra un appuntamento e l'altro il soggetto può anche aver recuperato la propria capacità al lavoro, i “periodi intermedi” non sono equiparabili a ricovero ove non sia espressamente certificata, dalla struttura ospedaliera o dal medico curante, l'incapacità al lavoro causata dalla patologia in atto. La certificazione deve essere inviata a cura del lavoratore entro 2 giorni dal rilascio. In caso di rientro nella struttura ospedaliera, al termine del periodo di “dimissione protetta” o anche durante lo stesso, l'evento potrà essere indennizzato, se ne ricorrono i presupposti (evento intervenuto entro 30 giorni dal precedente), quale “ricaduta” (INPS, circ. 25.7.2003, n. 136).

Day hospital

Le giornate in cui si effettua la prestazione in regime di day hospital sono equiparate al ricovero, per cui, a prescindere dalla durata della presenza nel luogo di cura, l'incapacità al lavoro è senz'altro riconoscibile anche se limitatamente al solo giorno di effettuazione della prestazione riportato nella certificazione medica. 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 (INPS, circ. 25.7.2003, n. 136).

Cicli di cura ricorrenti

Riguardano i lavoratori che si sottopongono periodicamente, per lunghi periodi, a terapie ambulatoriali, spesso specialistiche, comportanti incapacità al lavoro. Se sul certificato inviato è barrata la relativa casella, si applicano i criteri della ricaduta, ove ne ricorrano i presupposti: trattamento eseguito entro 30 giorni dal precedente. È sufficiente anche un'unica certificazione del curante che attesti la necessità di trattamenti ricorrenti comportanti incapacità lavorativa e che li qualifichi l'uno ricaduta dell'altro. Gli interessati dovranno inviare tale certificazione prima dell'inizio della terapia, indicando i giorni di esecuzione. A tale certificazione dovranno far seguito, a cura degli interessati, periodiche (es. mensili) dichiarazioni della struttura sanitaria, riportanti il calendario delle prestazioni eseguite, le sole che danno titolo all'indennità. Tale soluzione opera anche in caso di dialisi e di morbo di Cooley (INPS, circ. 25.7.2003, n. 136).

Tossicodipendenza

Anche se la diagnosi è riconducibile a uno stato di tossicodipendenza (a prescindere da un eventuale soggiorno in comunità terapeutica, che non è automaticamente equiparato al ricovero ospedaliero), la certificazione deve indicare lo stato di incapacità lavorativa. Il lavoratore è tenuto a osservare le fasce orarie e può indicare quale luogo per la visita di controllo la comunità di recupero (INPS, circ. 25.7.2003, n. 136).

Certificato di malattia in Paesi extra UE. Se la malattia si verifica durante il temporaneo soggiorno all'estero in un Paese non appartenente all'Unione Europea o che non abbia



stipulato alcuna convenzione o accordo specifico in materia, la corresponsione dell'indennità di malattia avviene solo dopo la presentazione all'INPS della certificazione originale, legalizzata a cura della locale rappresentanza diplomatica o consolare italiana. Spesso le ambasciate o i consolati incaricano medici di loro fiducia di esaminare i certificati. Detti medici, dopo averne accertata la veridicità, consegnano agli interessati (che talvolta sono 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 è perfezionata all'atto della convalida della certificazione originale o della redazione della nuova certificazione, fermo restando che è comunque sempre necessaria l'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 dell'autenticità della sua firma (INPS, circ. 6.9.2006, n. 95). Per i lavoratori occupati in detti Paesi è stabilito che gli stessi trasmettano la certificazione, secondo le predette regole, alla rappresentanza diplomatica e consolare italiana e al datore di lavoro entro 5 giorni (INPS, circ. 12.7.1988, n. 156 e 30.7.1990, n. 182; Cass. 24.6.2005, n. 13622).

Assenza per malattia: riepilogo per la certificazione

Deve essere giustificata con apposita certificazione medica rilasciata dai medici abilitati



Deve essere trasmessa all'INPS
(soggetto per il quale si versa
la contribuzione di malattia)
e al datore di lavoro



È prevista la possibilità di
trasmissione diretta all'INPS da parte
dei medici, per via telematica (con
tutta probabilità sarà a regime dal
febbraio 2010)



Per raccomandata A/R
(è ammessa la trasmissione anche a mezzo di
corrispondenza ordinaria ovvero con raccomandata
senza avviso di ricevimento,ferme restando
le conseguenze di un eventuale smarrimento)
Via FAX (solo ai fini del rispetto del termine)



Entro due giorni dal rilascio
(fatta eccezione per i ricoveri ospedalieri)



Visite mediche di controllo: dalle fasce di reperibilità alle sanzioni in caso di assenza

Soggetti autorizzati. Poiché il lavoratore assente per malattia mantiene il diritto al posto di lavoro e all'indennità economica, l'INPS, gli altri enti previdenziali e il datore di lavoro hanno diritto di far accertare l'effettività dello stato di malattia. Sono esplicitamente vietati gli accertamenti sanitari condotti direttamente da parte del datore: il controllo può essere effettuato solo attraverso i servizi ispettivi degli istituti previdenziali, i quali sono tenuti a disporlo quando il datore lo richieda (art. 5, legge 20.5.1970, n. 300), per il tramite dei medici dei servizi sanitari indicati dalle regioni (art. 2, D.L. 30.12.1979, n. 663, conv. in legge 29.2.1980, n. 33) o ricorrendo al personale medico iscritto nelle liste speciali tenute dall'INPS (art. 5, D.L. 12.9.1983, n. 463, conv. in legge 11.11.1983, n. 638). Il medico che, senza giustificato motivo, non esegua una visita di controllo, non la esegua nei termini prefissati o non adempia agli altri obblighi assunti è formalmente diffidato dall'INPS e cancellato dalla lista ove tali inadempimenti siano reiterati (art. 9, D.M. 15.7.1986).

Richiesta. La richiesta di visita di controllo (anche telefonica, purché seguita da richiesta scritta) può essere formulata già dal 1° giorno di assenza del lavoratore. Va indirizzata alla sede INPS nella cui circoscrizione si trova il luogo dove il lavoratore è ammalato. La richiesta è comunicata immediatamente dall'INPS al medico, che deve effettuare la visita nella stessa giornata se la comunicazione è stata effettuata nelle ore antimeridiane, non oltre la giornata successiva negli altri casi (art. 3, D.M. 15.7.1986).

All'atto della richiesta di visita di controllo, i datori di lavoro devono indicare:

- se si tratta di lavoratore avente o meno diritto alla indennità economica di malattia;
- per il lavoratore avente o meno diritto all'indennità a carico INPS, in caso di assenza alla visita di controllo domiciliare, se sia richiesta l'effettuazione della visita ambulatoriale e/o la disamina di eventuali giustificazioni di carattere sanitario addotte a sostegno dell'assenza. L'INPS deve comunicare tempestivamente ai datori di lavoro l'esito dei controlli sia ai fini della conoscenza della data di rientro del lavoratore sia ai fini dell'eventuale irrogazione di sanzioni disciplinari per assenza ingiustificata (INPS, msg. 26.6.2009, n. 14449).

Fasce di reperibilità. Il lavoratore ha l'obbligo di rendersi reperibile, per l'effettuazione delle visite di controllo, presso il luogo indicato sul certificato medico tutti i giorni, festivi inclusi, dalle ore 10,00 alle 12,00 e dalle ore 17,00 alle 19,00 (art. 4, D.M. 15.7.1986).

Il medico incaricato della visita ha diritto a un compenso variabile a seconda che la visita cada in un giorno ferialo o festivo e che il lavoratore sia stato reperito o meno.

Il datore e gli istituti previdenziali richiedenti devono rimborsare all'INPS, per ogni visita richiesta, i compensi erogati ai medici, maggiorati di un importo fisso per spese di amministrazione (art. 11, D.M. 15.7.1986).

Giurisprudenza

Persecuzione e mobbing. Poiché la scelta dell'ora della visita è compiuta dal medico e non dal datore di lavoro, quest'ultimo non può essere accusato di persecuzione in ragione della sola fascia oraria in cui avviene il controllo (Cass. 13.12.2005, n. 27429). L'obbligo di rendersi disponibile al domicilio scatta già dal 1° giorno di malattia, anche se il certificato medico non sia ancora stato inviato (Cass. 1.3.2004, n. 4163).

Onere di preavvertire dell'assenza. Salvo che sia esplicitamente stabilito dal contratto di lavoro (Cass. 1.3.2004, n. 4163), il dipendente non deve comunicare preventivamente all'organo di controllo l'indifferibile assenza al domicilio (nel caso di specie, convocazione presso una struttura del Ministero della Giustizia: Cass. 6.5.2005, n. 9453). Ammettendo



tuttavia che tale comunicazione, sempre ove non prevista dal CCNL, rientri nei doveri di correttezza e buona fede, essa va fatta all'INPS (Cass. 9.11.2002, n. 15766) e non deve essere estesa anche al datore di lavoro che, quindi, non può sanzionarne disciplinarmente l'omissione (Trib. Roma 24.5.2004).

Non costituisce mobbing sottoporre il lavoratore a continue visite fiscali, quando manchi la prova di un disegno persecutorio e di discriminazione (Cass. 1.8.2008, n. 21028).

Indirizzo. L'omessa o errata indicazione dell'indirizzo sulla certificazione di malattia comporta la perdita della relativa indennità economica (INPS, circ. 1.7.1988, n. 127). In tale caso però la perdita dell'indennità non è automatica, ma subordinata al fatto che l'incompletezza del recapito non permetta in alcun modo di effettuare le visite di controllo (INPS, circ. 6.6.1990, n. 129 e 4.8.1997, n. 182). Il datore di lavoro può in ogni caso dimostrare che l'INPS poteva ricavare l'esatto indirizzo concretamente e agevolmente altrove (Cass. S.U. 2.2.1993, n. 1283). Qualora l'indirizzo venga successivamente segnalato o completato dal lavoratore, da tale momento potrà essere ripristinata la corresponsione dell'indennità (INPS, circ. 26.7.1988, n. 166).

Ripetizione delle visite. Per il medesimo lavoratore, nella stessa giornata, non può essere avanzata, alla competente ASL, una seconda richiesta di visita di controllo sullo stato di malattia; è invece consentita la reiterazione delle visite di controllo in più giorni successivi (art. 2, D.M. 15.7.1986).

Comportamento illecito di terzi. Quando la malattia è ascrivibile al comportamento illecito di terzi (normalmente e prevalentemente per incidenti stradali), le visite mediche di controllo sono disposte con assoluta priorità nel caso in cui la prognosi superi i 7 giorni di malattia. Il medico di controllo deve far compilare al lavoratore il modello AS1, così da consentire all'INPS di avviare l'azione di surroga per il rimborso da parte del terzo danneggiante delle prestazioni erogate al lavoratore (INPS, circ. 30.3.2007, n. 69).

Check list

Modalità di effettuazione della visita di controllo

Il medico di controllo deve:

- esibire il tesserino dell'Ordine dei medici o l'apposito cartellino di riconoscimento;
- identificare l'assicurato, annotando tipo e numero del documento;
- ottenere il consenso scritto e firmato del lavoratore a che siano presenti alla visita altre persone che si trovano in casa, annotando sul verbale nome, cognome e grado di parentela;
- informare il lavoratore sulle finalità del controllo e che la visita medica è lecita e deve essere eseguita;
- non esprimere all'assicurato proprie valutazioni in merito alla diagnosi e terapie prescritte dal curante;
- visitare sempre accuratamente l'assicurato, solo limitatamente agli apparati interessati;
- compilare contestualmente il verbale che deve indicare quanto segue: data e ora della visita domiciliare; anamnesi lavorativa, con dettaglio della qualifica e mansione; documentazione sanitaria esibita ed eventuali terapie (tipo, posologia, durata); diagnosi; prognosi medico legale; timbro e firma leggibile. Eventuali cancellature o correzioni vanno controfirmate a fianco;
- se il certificato del medico di famiglia è scaduto o non è ancora in possesso del lavoratore e il medico non constata il ripristino della capacità lavorativa specifica, demandare la prognosi al curante, segnalando al Dirigente medico legale di II° livello di sede di aver dovuto agire senza certificazione;



- se il certificato non è ancora stato inoltrato all'INPS e viene esibito al momento della visita, riportare diagnosi, prognosi e data di rilascio, generalità e identificativo regionale (se convenzionato con il SSN) del medico che ha redatto il certificato;
- se l'assicurato è giudicato in condizioni di riprendere il lavoro, la prognosi deve essere chiusa al massimo entro 3 giorni dalla data della visita;
- informare compiutamente l'assicurato:
 - a) sull'esito della visita e sul fatto che deve essere apposta la firma sul verbale;
 - b) sulla facoltà di fare annotazioni sul verbale che firma;
 - c) sul fatto che la firma senza osservazioni equivale ad accettare i contenuti e il giudizio prognostico;
 - d) che la firma con annotazione di dissenso comporta una successiva visita presso il Dirigente medico legale di Sede o la ASL;
- mantenere un comportamento corretto e di cortesia anche quando si riscontrano resistenze dell'assicurato (INPS, circ. 12.9.2008, n. 87; msg. 5.7.2005, n. 24841). L'atteggiamento inurbano tenuto dal medico di controllo può legittimare il rifiuto della visita da parte del lavoratore, che deve però fornirne la prova (Cass. 14.7.1994, n. 6597).

Validità della certificazione del controllo. La natura pubblica dell'attività di controllo medico-legale del lavoratore in malattia riguarda non solo la certificazione del controllo stesso ma anche l'attestazione della sua eventuale mancata esecuzione e delle relative ragioni: l'efficacia probatoria privilegiata attribuita all'atto pubblico, ex art. 2700 c.c., è relativa ai fatti che il medico attesta essere avvenuti in sua presenza o essere stati da lui compiuti, ma non ai fatti non positivamente acquisiti e alle valutazioni soggettive (Cass. 24.1.1992, n. 773). Le valutazioni del medico curante sulla durata della malattia cedono di fronte agli accertamenti compiuti da una struttura pubblica (medico dell'INPS) che ha ritenuto il lavoratore idoneo alla ripresa del lavoro (Corte App. L'Aquila 26.9.2002). Quindi, ove il medico di controllo chiuda la malattia e disponga il rientro in servizio, il rifiuto del lavoratore configura assenza ingiustificata e legittima il licenziamento per giusta causa (Cass. 1.2.1999, n. 844).

Conferma della prognosi. Se il sanitario trova il lavoratore in casa e l'esito della visita di controllo conferma lo stato di malattia e la durata originariamente prevista dal medico curante, l'assenza dal lavoro è pienamente giustificata e prosegue fino all'avvenuta guarigione o alla successiva visita di controllo. Una copia del referto viene lasciata al lavoratore, altre 3 sono trasmesse dal medico all'INPS (art. 6, D.M. 15.7.1986) entro il giorno successivo. L'INPS, acquisito il referto, comunica entro le 24 ore al datore di lavoro o agli istituti previdenziali richiedenti gli esiti dell'accertamento sulla capacità o incapacità al lavoro dell'interessato.

Malato che sopraggiunge. Se l'assicurato, non presente in casa, arriva quando il medico non è ancora andato via, la visita va effettuata solo se l'assicurato lo richiede e se è possibile; in caso contrario, il sanitario deve motivare. Il motivo dell'assenza va segnalato sul verbale; il lavoratore deve essere informato che comunque è suscettibile di sanzione amministrativa, per evitare la quale dovrà produrre idonea dichiarazione/certificazione giustificativa al Centro medico-legale INPS (INPS, msg. 5.7.2005, n. 24841). In altri termini, l'arrivo del lavoratore che richiede di essere visitato mentre il medico si sta allontanando non sana l'assenza (Cass. 11.3.1996, n. 1956).

Mancata effettuazione per incuria del lavoratore. L'ingiustificata assenza non coincide necessariamente con la materiale assenza dal domicilio nelle fasce orarie, potendo essere integrata da qualsiasi condotta del malato (presente in casa) che abbia impedito l'esecuzione del controllo per incuria, negligenza o altro motivo non apprezzabile sul piano giuridico e sociale. La prova dell'osservanza di tale dovere di diligenza incombe sul lavoratore (Cass.



S.U. 22.5.1999, n. 5000). L'ipoacusia del malato o il mancato funzionamento del citofono impongono di adottare quegli accorgimenti pratici che rendano possibile la visita, in mancanza il lavoratore risponde per incuria e negligenza (Cass. 14.9.1993, n. 9523). La mancata indicazione del nome della lavoratrice sul citofono, insieme a quello del marito, configura condotta negligente (Cass. 25.3.2002, n. 4233; Corte App. Roma 29.8.2006). Non costituisce valida giustificazione l'addurre uno stato di sonno provocato da farmaci senza che il lavoratore dimostri né di aver trascorso la notte senza dormire, né l'assunzione di farmaci inducenti un sonno così profondo da impedire di avvertire il suono del campanello (Corte App. L'Aquila, 28.2.2002). Il non aver udito il campanello o il citofono per essersi trovati sotto la doccia non costituisce giustificato motivo di assenza (Cass. 14.5.1997, n. 4216).

Check list

Assenza alla visita: compiti del medico

Se il lavoratore è assente all'indirizzo indicato, il medico deve darne conto nel verbale, indicando rispettivamente se:

- all'indirizzo indicato (citofono/campanello) non ha risposto nessuno;
- il lavoratore è assente come da dichiarazione di un familiare maggiore di 14 anni o di altra persona presente in casa (indicare nome e cognome, con firma del dichiarante);
- risulta sconosciuto all'indirizzo indicato.

A questo punto, il medico deve rilasciare l'invito al lavoratore perché si presenti alla visita di controllo ambulatoriale il primo giorno successivo non festivo (salvo che non abbia ripreso l'attività lavorativa nel frattempo – art. 5, D.M. 15.7.1986), indicandone la data mediante consegna:

- a un familiare maggiore di 14 anni;
- ad altra persona presente in casa (in busta chiusa);
- al portiere o a un vicino che accetti di riceverlo (in busta chiusa), che deve firmare una ricevuta (art. 139 c.p.c.).

In alternativa è possibile il deposito nella cassetta delle lettere.

L'invito alla visita ambulatoriale va inserito in una busta chiusa all'esterno della quale va trascritto il numero cronologico della notificazione, senza altri segni o indicazioni dai quali possa desumersi il contenuto dell'atto; tale numero, insieme al nome del lavoratore, va comunicato all'INPS (INPS, circ. 12.9.2008, n. 87; msg. 5.7.2005, n. 24841).

L'INPS informa immediatamente il datore di lavoro o istituto previdenziale che ha richiesto la visita (art. 7, D.M. 15.7.1986).

Visite ambulatoriali. Sono normalmente eseguite nei Centri medico-legali delle sedi INPS:

1. quando l'assicurato contesta l'esito della visita di controllo domiciliare, e a condizione che manifesti immediatamente il proprio dissenso (INPS, circ. 5.1.1995, n. 7);
2. in tutti i casi di assenza del lavoratore alla visita di controllo domiciliare (art. 9, D.M. 18.4.1996; INPS, circ. 1.8.1996, n. 159 e INPS, circ. 14.5.1997, n. 111);
3. in caso di necessità di particolari verifiche sanitarie e/o amministrative (art. 10, D.M. 12.10.2000; INPS, circ. 8.1.2001, n. 4);
4. con particolare riguardo all'eventuale azione di surroga per responsabilità di terzi. Allo scopo di gestire tale tipologia di accertamenti, l'INPS ha predisposto un'apposita procedura intranet informatizzata (INPS, circ. 10.5.2005, n. 65).

Giustificato motivo di assenza. Il giustificato motivo di esonero del lavoratore dall'obbligo di reperibilità a visita domiciliare non si identifica con il concetto di forza maggiore (impedimento assoluto dovuto a causa ineluttabile), ma ricorre in presenza di un ragionevole impedimento ovvero di una seria e valida ragione, socialmente apprezzabile (Cass. 23.2.2001, n. 2624). L'onere della prova ricade, ovviamente, sul lavoratore (Cass. 6.4.2006, n. 8012). Non costituisce fatto notorio, e quindi va espressamente provato, il fatto



che l'apertura dello studio del medico cada in totale sovrapposizione temporale con le fasce orarie di controllo (Cass. 13.12.2005, n. 27429). Non è assolutamente giustificata l'assenza motivata dal desiderio di accompagnare la moglie, priva di patente di guida, a fare la spesa (Cass. 3.8.1995, n. 8508). È stata ritenuta lecita l'assenza per farsi praticare un'iniezione purché si dimostri sia l'indifferibilità del trattamento terapeutico sia che le modalità prescelte fossero indispensabili o le sole ragionevolmente praticabili (Cass. 12.12.1997, n. 12575).

Assenza per recarsi dal medico curante. L'assenza al domicilio giustificata con la contemporanea presenza presso lo studio del medico curante non vale quale automatica giustificazione: anche in questo caso, esclusa la forza maggiore, il lavoratore deve provare la necessità della visita e la sua non differibilità (Cass. 23.12.1999, n. 14503). Il recarsi dal proprio medico per la misurazione della pressione arteriosa necessita della prova dell'urgenza (Cass. 2.3.2004, n. 4247). Se il medico riceve solo nell'arco della fasce di controllo, è lecita l'assenza giustificata dalla visita volta ad accertare l'avvenuta guarigione e, quindi, la ripresa dell'attività lavorativa (Cass. 29.11.2002, n. 16996), specie ove la visita avvenga nel pomeriggio dell'ultimo giorno di malattia (Cass. 26.5.1999, n. 5150). In generale, l'assoluta impossibilità di osservare altri orari è bene sia accompagnata da ragioni rafforzative quali controlli urgenti, aggravamento ecc. (Cass. 16.4.1994, n. 3639). Giustificata è l'assenza (sempre se ricorrano valide motivazioni) qualora l'orario di ricevimento del medico impedisca al lavoratore di fare rientro a casa proprio allo scoccare dell'ora di inizio della reperibilità (Cass. 17.12.1993, n. 12465). La mera richiesta di ricette per l'acquisto di farmaci non giustifica l'assenza (Cass. 12.1.1994, n. 266). L'assenza è giustificata ove, invece, la contemporanea presenza nello studio del medico curante sia dovuta alla necessità di accertamenti urgenti o al riacutizzarsi di affezioni morbose (Trib. Milano 9.2.1996).

Visite mediche ed esami specialistici. Anche la necessità di sottoporsi a visite mediche ed esami specialistici non aventi natura di urgenza e indifferibilità postula la prova (a carico del lavoratore) dell'impossibilità di avvalersi di orari alternativi (Cass. 20.2.2007, n. 3921; 9.3.1995, n. 2756 e 21.10.1992, n. 11488). Giustifica l'assenza il provare di essersi sottoposti a cure odontoiatriche volte ad alleviare un forte dolore (Cass. 10.12.1998, n. 12458).

Check list

Assenze ai controlli: riflessi sull'indennità economica

Ove l'assenza non sia sorretta da un giustificato motivo, essa dà luogo alla perdita, totale o parziale, dell'indennità economica di malattia (INPS, circ. 26.7.1988, n. 166), secondo quanto segue:

- assenza all'unica visita di controllo: perdita dell'indennità economica per i primi 10 giorni di malattia ed erogazione dell'indennità nella misura intera per il periodo restante;
- assenza a una sola visita, dopo che altri controlli siano stati regolarmente eseguiti: perdita dell'indennità economica per i primi 10 giorni (successivi all'ultima visita regolarmente eseguita) ed erogazione dell'indennità nella misura intera per il periodo restante;
- assenza alla prima visita: perdita dell'indennità per i primi 10 giorni di malattia o per il minor periodo che precede la seconda visita;
- assenza alla seconda visita (domiciliare o ambulatoriale): perdita dell'intera indennità per i primi 10 giorni di malattia e del 50% fino alla conclusione dell'evento morboso o dell'eventuale effettuazione di una nuova visita di controllo (art. 5, c. 14, D.L. 12.9.1983, n. 463, conv. in legge 11.11.1983, n. 638; Corte Cost. 26.1.1988, n. 78);
- assenza giustificata alla visita domiciliare, seguita da mancata presentazione alla visita ambulatoriale: perdita del 100% dell'indennità per i primi 10 giorni di malattia (Cass. 14.6.1999, n. 5894);



- assenza ingiustificata alla visita domiciliare, seguita dalla regolare presentazione alla visita ambulatoriale: perdita del 100% dell'indennità per i primi 10 giorni di malattia, comunque non oltre il giorno precedente la presentazione presso l'ambulatorio. Una successiva visita ambulatoriale confermativa della malattia, ancorché avvenuta prima della scadenza dei 10 giorni, non vale a escludere la perdita dell'indennità ma ha la sola funzione di impedire la protrazione della sanzione per il periodo successivo ai primi 10 giorni; ne consegue che l'impossibilità per il lavoratore di effettuare tale visita il giorno successivo a quello della sottrazione alla visita di controllo causa chiusura ambulatorio della ASL non impedisce la perdita del trattamento derivante dal mancato assolvimento dell'onere di reperibilità (Cass. 28.1.2008, n. 1809);
- assenza ingiustificata alla terza visita, dopo assenza a una prima visita domiciliare, seguita da una ambulatoriale a cui il lavoratore si sia presentato e giudicato idoneo al lavoro: sanzione nella misura del 50% a partire dalla scadenza del periodo sanzionabile di 10 giorni al 100%, salvo il pagamento integrale dell'indennità per i giorni di incapacità accertati in occasione della precedente visita di controllo ambulatoriale;
- assenza ingiustificata alla terza visita (dopo altre due visite andate a vuoto): da questa data cessa l'erogazione dell'indennità a carico INPS; al lavoratore va data immediata comunicazione del provvedimento adottato.

Recupero dell'indennità economica. Anche se l'indennità è anticipata dal datore di lavoro, salvo conguaglio con i contributi previdenziali, ove essa risulti indebitamente percepita in ragione dell'assenza al controllo, legittimato all'azione di restituzione è l'INPS e non il datore di lavoro (Cass. 15.11.2002, n. 16140). Gli importi da restituire all'INPS devono essere riportati nel mod. DM10/2, quadri B/C – utilizzando il codice E775; nessun dato deve essere indicato nei campi numero dipendenti e numero giornate.

Giurisprudenza

Assenze ai controlli: sanzioni disciplinari

La violazione da parte del lavoratore dell'obbligo di rendersi disponibile per l'espletamento della visita domiciliare di controllo entro le fasce orarie previste assume rilevanza di per sé, a prescindere dalla presenza o meno dello stato di malattia e può anche costituire giusta causa di licenziamento (Cass. 11.2.2008, n. 3226), specie ove la condotta del lavoratore confligga di fatto con la buona fede e correttezza per le concrete modalità di sottrazione al controllo (Cass. 20.3.2007, n. 6618). La reiterazione delle assenze al domicilio in occasione di diversi episodi morbosi può giustificare il licenziamento ove sia provato (dal datore) un intento elusivo in capo al controllato, cosa che non avviene in caso di malattia di tipo psichico, indicente amnesie e disturbi comportamentali, regolarmente confermati in sede di verifiche ambulatoriali (Cass. 17.8.2001, n. 11153). L'applicazione delle sanzioni disciplinari deve comunque sottostare alla procedura di contestazione di cui all'art. 7, legge 300/1970.

Controlli "investigativi" del datore. Le norme vigenti non precludono al datore di procedere, anche per il tramite di un'agenzia investigativa privata, al di fuori delle verifiche di tipo sanitario, ad accertamenti di circostanze di fatto atte a dimostrare l'insussistenza della malattia o la non idoneità di questa a determinare uno stato di incapacità lavorativa, e quindi a giustificare l'assenza, e, in particolare, ad accertamenti circa lo svolgimento da parte del lavoratore di un'altra attività lavorativa, valutabile anche quale illecito disciplinare per l'eventuale violazione del dovere di non pregiudicare la guarigione o la sua tempestività (Cass. 3.5.2001, n. 6236).

Visite mediche di controllo – Casi particolari

Ricovero ospedaliero

Sono ovviamente esenti dall'obbligo di reperibilità al domicilio i lavoratori che si trovino in condizione di ricovero ospedaliero (art. 5, c. 14, D.L. 12.9.1983, n. 463, conv. in legge 11.11.1983, n. 638; INPS, msg. 21.10.1999, n. 13385).



Day service ambulatoriale (DSA)

È una struttura idonea a offrire risposte assistenziali di qualità, senza ricovero in Day Hospital né medico né chirurgico. Esso consente: 1. al paziente di ottenere in un sol 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 agli specialisti ivi operanti, 2. un approccio integrato e multidisciplinare. La modalità DSA esclude il trattamento delle urgenze e riguarda solo una casistica programmata: l'episodio di diagnosi e/o cura non può protrarsi, di norma, per un numero molto limitato di accessi che si sviluppano in un mese circa, mentre il DSA terapeutico, di norma, dura circa 3 mesi: per peculiari problemi clinici, il DSA può essere ripetuto, nell'arco di 1 anno, con una frequenza stabilita da regole regionali. Al DSA si applicano le norme sui cicli di cura ricorrenti, inclusi i lavoratori in trattamento emodialitico o affetti dal morbo di Cooley, per cui gli interessati dovranno inviare la certificazione prima dell'inizio della terapia, fornendo anche l'indicazione dei giorni previsti per l'esecuzione (INPS, circ. 25.7.2003, n. 136). Nelle giornate di DSA non sono effettuabili visite mediche di controllo domiciliare (INPS, msg. 12.2.2008, n. 3701).

Centro di salute mentale (CSM)

È un'unità organizzativa dei servizi sanitari operante sul territorio e svolge funzioni preventive, curative e riabilitative a persone portatrici di sofferenze psichiche, assicurando interventi medici e psicologici, terapie farmacologiche o relazionali. Spesso è assicurato un servizio di appoggio e assistenza che prevede presso la sede del Centro temporanea ospitalità diurna ed, eventualmente, notturna per situazioni in cui se ne ravvisi la necessità (INPS, msg. 12.2.2008, n. 3701). I CSM devono rilasciare ai singoli interessati idonea certificazione che consenta di ottemperare ai disposti di legge vigente relativi al rapporto di lavoro e previdenziale. Gli interessati dovranno inviare tale certificazione prima dell'inizio della terapia, fornendo anche l'indicazione dei giorni previsti per l'esecuzione (INPS, circ. 25.7.2003, n. 136).

Cure termali

È giustificata l'assenza alla visita fiscale di un lavoratore che dimostri di essersi recato, su indicazione del medico curante, presso uno stabilimento termale per un ciclo di cure diretto a ottenere un più pronto ristabilimento dello stato di salute, corrispondente anche agli interessi economici del datore di lavoro (Cass. 22.6.2001, n. 8544). Durante i periodi di fruizione dei trattamenti di cure termali l'INPS non effettua controlli finalizzati alla verifica dello stato morboso. In tali periodi il lavoratore non è tenuto ad assicurare la propria reperibilità durante le fasce orarie previste per la malattia comune. Nessuna valutazione circa la prescrizione del medico è operata dall'Istituto, che può limitarsi a verificare che l'affezione rientri tra quelle previste dal legislatore. L'INPS può operare diretti controlli sulla reale esecuzione delle cure, ovviamente per i soggetti aventi titolo all'indennità di malattia (INPS, circ. n. 287/1992).

Fisioterapia

Non costituisce giustificato motivo di assenza l'essersi sottoposto a trattamento fisioterapico ove il lavoratore non provi che la prestazione non potesse essere effettuata in quello o in altri centri in orari compatibili con il rispetto delle fasce orarie (Cass. 10.8.2004, n. 15446). Tale prova deve essere fornita con apposito certificato medico, che attesti la necessità e l'indifferibilità del trattamento fisioterapico in questione (Cass. 2.8.2004, n. 14735).

Infortunio sul lavoro

Le norme che il lavoratore deve osservare ai fini del controllo della malattia riguardano gli accertamenti relativi a malattie ordinarie e non anche quelli sullo stato di inabilità conseguente a infortunio sul lavoro e non possono essere applicate al di fuori dei casi espressamente previsti dalla legge: è quindi nulla la clausola del contratto collettivo che



estenda l'obbligo del rispetto delle fasce orarie alle infermità dipendenti da infortunio sul lavoro (Cass. 2.6.1998, n. 5414).

Lavoratori a progetto

Oltre ai collaboratori a progetto anche i collaboratori coordinati e continuativi e quelli occasionali, a decorrere dall'1.1.2007, godendo dell'indennità di malattia, devono rendersi reperibili all'indirizzo indicato sul certificato medico o a quello diverso che abbiano tempestivamente comunicato all'INPS e al committente (art. 1, c. 788, legge 27.12.2006, n. 296). Eventuali assenze durante le fasce orarie previste sono sanzionate secondo i criteri e le modalità applicati per i lavoratori subordinati aventi diritto all'indennità di malattia. In caso di eventi di durata inferiore ai 4 giorni, potranno essere disposte visite di controllo solo su eventuale richiesta del committente e non d'ufficio (INPS, circ. 16.4.2007, n. 76).

L'irreperibilità alla visita di controllo determina il non indennizzo dell'intero periodo di prognosi durante il quale è stata effettuata la visita (INPS, msg. 4.9.2007, n. 21600). Si ritiene comunque molto pericoloso il controllo da parte del committente (visto che, per altro, l'intero onere della malattia è in capo all'INPS previa richiesta del collaboratore), in quanto potrebbe far sorgere le condizioni di un rapporto di lavoro subordinato; si ritiene più coerente che il contratto di collaborazione preveda, nel rispetto del D.Lgs. n. 276/2003 (che regola sospensioni minime del contratto), le modalità di recesso del contratto stesso in caso di malattia.

Svolgimento di altra attività lavorativa durante la malattia

Correttezza e fedeltà. Il comportamento del lavoratore assente per malattia deve essere improntato al rispetto dei principi di correttezza (art. 1175 c.c.) e buona fede (art. 1375 c.c.) nonché di quelli di diligenza (art. 2104 c.c.) e fedeltà (art. 2105 c.c.). Se viola queste regole, soggiace all'azione disciplinare da parte del datore di lavoro (art. 2106 c.c.).

La valutazione dell'idoneità della condotta del lavoratore a ledere il rapporto fiduciario, rendendo quindi legittima la sanzione, licenziamento disciplinare incluso, deve avvenire con valutazione *ex ante*, ovvero in relazione alla patologia lamentata e alle mansioni svolte (Cass. 1.7.2005, n. 14046 – Cass. 5.11.2009, n. 23444): ne consegue che lo svolgimento di altra attività lavorativa del dipendente in malattia può determinare giusta causa di licenziamento, oltre che nell'ipotesi in cui l'attività sia di per sé sufficiente a far presumere l'inesistenza della malattia, anche quando la medesima attività possa pregiudicare o ritardare la guarigione e con essa il rientro del lavoratore in servizio (Cass. 24.4.2008, n. 10706). Ai fini della potenzialità del pregiudizio, è irrilevante la tempestiva ripresa del lavoro, non importando neppure se l'attività sia resa a titolo gratuito od oneroso (Cass. 15.12.2000, n. 15827).

La prestazione di attività presso terzi con lo svolgimento delle medesime mansioni è di per sé stessa idonea a compromettere o comunque a ritardare la guarigione, legittimando il licenziamento del dipendente (Trib. Roma 31.5.1999). Al contrario, lo stato di malattia è compatibile con l'esercizio di altre attività lavorative e non lavorative allorché non pregiudichino la guarigione o la sua tempestività: amatoriali, hobbistiche e persino sportive (Cass. 27.2.2008, n. 5106).

Giurisprudenza

Corte di Cassazione – Sentenza 24.4.2008, n. 10706

Lo svolgimento di altra attività lavorativa del dipendente assente per malattia può giustificare il licenziamento per violazione dei doveri generali di correttezza e buona fede e degli specifici obblighi contrattuali di diligenza e fedeltà, oltre che nell'ipotesi in cui l'attività sia di per sé sufficiente a far presumere l'inesistenza della malattia, anche quando la medesima attività, valutata *ex ante* in relazione alla natura della patologia e delle mansioni svolte, possa pregiudicare o ritardare la guarigione e connessa il rientro del lavoratore in servizio.



Offerta al datore di una prestazione ridotta. Nel rispetto dei principi di correttezza e buona fede il dipendente in malattia che, seppur inidoneo temporaneamente alle mansioni alle quali è abitualmente assegnato, intenda svolgere un'attività presso terzi essendo idoneo a mansioni diverse, il cui espletamento non sia pregiudizievole al fine di un più rapido recupero della piena idoneità fisica, deve offrire tale prestazione parziale al datore di lavoro, il quale, esercitando lo jus variandi (art. 2103 c.c.), potrebbe temporaneamente assegnare il lavoratore proprio a quelle mansioni (equivalenti a quelle originarie) per le quali egli sia idoneo (Cass. 29.7.1998, n. 7467).

Controlli del datore di lavoro. Il divieto di accertamenti sanitari e controlli sulle infermità del lavoratore da parte di personale dipendente dal datore di lavoro (art. 5, legge n. 300/1970) non può ritenersi violato nella ipotesi in cui addetti alla vigilanza aziendale accertino che il dipendente si dedica ad altra attività lavorativa durante l'assenza per malattia, posto che tale accertamento riguarda un fatto materiale integrante illecito disciplinare e non uno stato di malattia (Cass. 26.2.1994, n. 1974).

Contestazione disciplinare. La contestazione dell'addebito può legittimamente avere a oggetto la sola e unica circostanza della prestazione, da parte del lavoratore, di attività lavorativa durante l'assenza per malattia, qualora il successivo licenziamento per giusta causa venga motivato con il fatto che tale comportamento ha aggravato la patologia o reso più difficile la guarigione; tale contestazione è idonea a rendere possibile la difesa del lavoratore che, essendo a conoscenza dei fatti, può modulare come meglio ritiene le proprie difese (Cass. 10.8.1996, n. 7434).

Giurisprudenza

Cass. 10.8.1996, n. 7434.

Non costituisce violazione del disposto del secondo comma dell'art. 7 della legge 20 maggio 1970, n. 300 una contestazione dell'addebito avente ad oggetto unicamente la circostanza della prestazione, da parte del lavoratore subordinato, di attività lavorativa durante l'assenza per malattia, qualora il successivo licenziamento per giusta causa del lavoratore venga motivato con il fatto che tale comportamento ha aggravato la patologia o reso più difficile la guarigione, atteso che, da un lato, al momento della contestazione il datore di lavoro, a differenza del lavoratore, difficilmente può valutare l'effettiva esistenza della malattia o la sua simulazione, e, dall'altro, che, potendosi nelle suddette ipotesi determinare la violazione di uno dei due doveri fondamentali del prestatore di lavoro, e cioè quello di diligenza e quello di fedeltà di cui rispettivamente agli artt. 2104 e 2105 cod. civ. e può quindi realizzarsi un illecito disciplinare ai sensi dell'art. 2106 cod. civ., la contestazione suddetta è comunque idonea a rendere possibile la difesa del lavoratore che, essendo a conoscenza dei fatti, può modulare come meglio ritiene le proprie difese.

Onere della prova. Incombe sul lavoratore l'onere di fornire la prova della piena compatibilità dell'attività svolta con la malattia e con le esigenze di recupero e la sua inidoneità a pregiudicare il recupero delle normali energie psicofisiche, restando le relative valutazioni riservate al giudice del merito all'esito di un accertamento da svolgersi non in astratto ma in concreto (Cass. 19.12.2000, n. 15916; Trib. Trieste 3.5.2006). Secondo altra parte della giurisprudenza, invece, tale onere è a carico del datore di lavoro (Cass. 13.4.1999, n. 3647).

Casistica. È legittimo il licenziamento di un lavoratore che:

- è assente per depressione, durante l'assenza lavori in una farmacia prevalentemente nelle ore serali (Cass. 24.4.2008, n. 10706);
- sia affetto da sindrome depressiva e nelle ore notturne svolga attività di sorvegliante presso discoteche (Cass. 6.6.2005, n. 11747);



- venga sorpreso a lavorare nel proprio fondo agricolo durante un periodo di prolungata assenza dal servizio per lombalgia (Cass. 3.12.2002, n. 17128);
- durante le assenze per “cefalea cronica intensiva” documentata da diciannove certificati medici, si dedichi alla coltivazione, compresa la zappatura, di un fondo destinato alla coltivazione del tabacco (Cass. 17.7.1991, n. 7915).

Non pregiudica la pronta guarigione, in assenza di un particolare affaticamento del lavoratore, la prestazione canora amatoriale in un teatro (Cass. 27.2.2008, n. 5106). È legittimo il comportamento della lavoratrice che, affetta da depressione a seguito di dermatite, non presti regolare servizio presso il bar in cui venga sorpresa, di cui sia titolare la figlia, limitandosi a un libero e sporadico aiuto, non incompatibile con le sue condizioni di salute e semmai idoneo a coadiuvare la guarigione (Cass. 19.12.2000, n. 15916).

Non sono sanzionabili eventuali occasionali prestazioni, limitate nel tempo, svolte dal presidente di un circolo ricreativo al fine di evitare interruzioni del servizio fornito ai soci (Cass. 22.7.1993, n. 8165).

Indennità economica di malattia. L'indennità economica di malattia è sospesa al lavoratore che si dedichi, durante la malattia, ad attività retribuite; in particolare (INPS, circ. 28.1.1981, n. 134368):

1. prima infrazione: per 5 giorni;
2. successiva infrazione: per 10 giorni;
3. per tutto il periodo in cui è stata prestata attività lavorativa.

Malattia durante le ferie: casistica, criteri e modalità di controllo

Con un'importante decisione, la Corte Costituzionale ha dichiarato l'illegittimità costituzionale dell'art. 2109 c.c. (diritto del lavoratore a un periodo annuale di ferie retribuito) nella parte in cui non prevede che la malattia insorta durante il periodo feriale ne sospenda il decorso (Corte Cost. 30.12.1987, n. 616). L'effetto sospensivo era stato riconosciuto, in linea di principio, anche in caso di cure idrotermali quando, per la specificità e/o gravità della manifestazione morbosa e/o delle modalità del trattamento terapeutico o riabilitativo, l'essenziale funzione delle ferie potesse dirsi concretamente pregiudicata (Corte Cost. 19.6.1990, n. 297). In tale occasione, la Corte ha demandato al legislatore e alla contrattazione collettiva l'individuazione dei casi, criteri e modalità di controllo. Sono illegittime quelle clausole contrattuali che condizionano la sospensione a un limite minimo di durata della malattia (Cass. 14.12.2000, n. 15768) o al ricovero ospedaliero, a prescindere dal fatto che si tratti di una struttura sanitaria pubblica o di una casa di cura privata (Cass. 19.2.1998, n. 1741).

Sospensione delle ferie. Il principio dell'effetto sospensivo da parte della malattia insorta durante il godimento di un periodo di ferie, enunciato dalla Corte Costituzionale, non ha però valore assoluto ma tollera eccezioni, per l'individuazione delle quali occorre avere riguardo alla specificità degli stati morbosi denunciati e alla loro effettiva incompatibilità con l'essenziale funzione di riposo e recupero delle energie psicofisiche e ricreazione, propria delle ferie (Cass. 6.4.2006, n. 8016). La conversione dell'assenza per ferie in malattia opera solo a seguito della regolare comunicazione dello stato di malattia al datore di lavoro. Il semplice fatto che, inviando il certificato medico, il lavoratore possa essere sottoposto a visita di controllo, con obbligo di reperibilità nelle fasce orarie e conseguente impedimento del libero godimento delle ferie, non assume valore di pregiudizio ai fini dell'automatica conversione del titolo dell'assenza (Cass. 8.11.1999, n. 12406). L'effetto sospensivo non è escluso dal fatto che la malattia cada in un periodo di ferie collettive (Cass. 10.4.1997, n. 3093). La malattia insorta antecedentemente all'inizio delle ferie, qualora permanga oltre tale data, non dà luogo al decorso delle ferie. Al termine della malattia il lavoratore potrà godere delle ferie programmate non coperte dallo stato di malattia.



In ogni caso il lavoratore non può, con decisione autonoma, prolungare le ferie di un periodo equivalente a quello sospeso per malattia.

Esclusione della sospensione. La sospensione delle ferie non interviene se lo stato di malattia non pregiudica la finalità delle stesse (Cass. S.U. 23.2.1998, n. 1947; Cass. 1.6.2000, n. 7303). Tale situazione deve essere provata dal datore di lavoro attraverso i previsti controlli sanitari mediante richiesta all'INPS o all'ASL. Nella richiesta dovrà essere specificato che il controllo è mirato a verificare se lo stato di malattia è tale da consentire la sospensione delle ferie (INPS, circ. 17.5.1999, n. 109).

Oneri del lavoratore. Il lavoratore ha l'onere di inviare tempestivamente il certificato medico e di rendersi reperibile per le visite di controllo; non deve invece provare l'effetto impeditivo del godimento delle ferie né che vi è stato un eventuale ricovero ospedaliero (Cass. 3.8.1999, n. 8408; Cass. 19.2.1998, n. 1741; Cass. 28.11.1994, n. 10110). La mancata comunicazione esclude il diritto al recupero delle ferie non godute a causa della malattia fino al momento dell'avvenuta comunicazione (Trib. Milano 26.2.1992).

Rifiuto del datore di lavoro. Il datore di lavoro che rifiuti di convertire l'assenza da ferie a malattia ha l'onere di provare l'inidoneità della patologia lamentata a incidere in maniera negativa sul godimento del riposo annuale (Cass. 3.8.1999, n. 8408). In caso di contenzioso, il giudice del merito deve valutare il sostanziale e apprezzabile pregiudizio che la malattia arrechi alle ferie e al beneficio che ne deve derivare in riferimento alla natura e all'entità dello stato morboso (Cass. S.U. 23.2.1998, n. 1947; Cass. 6.4.2006, n. 8016).

Decorrenza. In assenza di obiezioni da parte del datore di lavoro, che quindi non contesti la gravità della patologia e la sua idoneità a compromettere il godimento del periodo feriale, la sospensione delle ferie decorre dalla data in cui il datore medesimo ne viene a conoscenza (tramite telefono, telegramma, certificato medico ecc.) e non dal primo giorno di malattia (Cass. S.U. 23.2.1998, n. 1947; Cass. 6.4.2006, n. 8016). La data di inizio malattia, come sopra individuata, sarà quindi presa a riferimento ai fini del computo della carenza e del 21° giorno da cui l'indennità economica a carico dell'INPS passa dal 50% al 66,66%. I giorni che precedono la data di ricezione, da parte del datore di lavoro, della comunicazione di malattia, seppur compresi nel periodo certificato, non sono imputabili a malattia bensì a ferie e conseguentemente non dovranno essere conteggiati nel periodo massimo indennizzabile (INPS, circ. 17.5.1999, n. 109).

Pagamento indennità economica. Il pagamento dell'indennità economica resta comunque subordinata all'osservanza da parte del lavoratore, di tutte le disposizioni vigenti in materia di: documentazione dello stato di malattia; di invio della relativa certificazione; reperibilità durante le fasce orarie; comunicazione di temporaneo recapito eventualmente diverso da quello abituale (INPS, circ. 17.5.1999, n. 109).

Adempimenti del datore di lavoro. I datori di lavoro, per i soli lavoratori aventi diritto all'indennità di malattia a carico dell'INPS, sono tenuti a comunicare tempestivamente all'INPS stesso la data di ricezione della comunicazione dello stato di malattia (INPS, circ. 17.5.1999, n. 109).

Ferie annuali coincidenti con il congedo per malattia. Il lavoratore, in congedo per malattia durante il periodo di ferie annuali fissato nel calendario delle ferie dell'impresa di appartenenza, ha diritto, una volta ristabilitosi, di godere delle ferie annuali in un periodo diverso da quello definito inizialmente, eventualmente al di fuori del periodo di riferimento corrispondente (Corte Giust. CE, Sez. 1^a, 10 .9.2009, c277/08).

Malattia e ferie

Malattia insorta prima delle ferie



Se lo stato di malattia si protrae anche nel periodo di ferie si considera malattia

Malattia insorta durante le ferie



Sospende il periodo di ferie se lo stato di malattia pregiudica la finalità delle ferie stesse (Corte Cost. 616/87 – Cass. S.U. 1947/98)



In caso contrario, da provare a cura del datore di lavoro attraverso i controlli sanitari (INPS o ASL), la sospensione delle ferie non interviene



L'effetto sospensivo delle ferie decorre dalla data di ricevimento del certificato medico



La data del ricevimento del certificato deve essere, dal datore di lavoro, tempestivamente comunicata all'INPS

Malattia all'estero: certificazioni e termini di invio

Malattie durante un temporaneo soggiorno all'estero insorte nei confronti di lavoratori occupati in Italia. L'insorgenza della malattia all'estero può riguardare diverse situazioni soggettive del lavoratore che possono essere così sintetizzate:

1. malattie durante un temporaneo soggiorno all'estero insorte nei confronti di lavoratori occupati in Italia;
2. malattie insorte nei confronti di lavoratori occupati in paesi appartenenti all'Unione Europea o in Paesi convenzionati con l'Italia;
3. malattie insorte nei confronti di lavoratori occupati all'estero in Paesi non convenzionati con l'Italia;

Analizziamo quali sono le modalità di certificazione della malattia nei 3 casi citati.

All'interno di questa casistica occorre fare attenzione al significato da attribuire all'espressione "soggiorno all'estero". Infatti la malattia potrebbe manifestarsi, derivandone una diversa modalità di certificazione, sia in un Paese UE o extracomunitario convenzionato oppure in un Paese extracomunitario non convenzionato.

Nel primo caso il lavoratore deve provvedere a inviare al proprio datore di lavoro e all'INPS, nel termine ordinario di 2 giorni, la certificazione medica rilasciata all'estero. In questo caso non è necessaria alcuna traduzione del certificato rilasciato in lingua italiana, ma sarà la sede INPS competente a provvedere a questa operazione.

Nel secondo caso, la certificazione necessita, ai fini del riconoscimento dell'indennità, di essere legalizzata a cura della rappresentanza diplomatica o consolare italiana operante nel territorio estero.

Per legalizzazione si intende la procedura descritta dall'istituto previdenziale con circolare n. 182/1990; si tratta dell'attestazione, da fornire anche a mezzo timbro, che il documento è valido ai fini certificativi secondo le disposizioni di ciascun Paese ovvero che lo stesso viene comunemente usato a tale scopo, ovvero ancora che, non esistendo nel Paese una prassi certificativa, il documento stesso prova indirettamente quanto richiesto.

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.



Quanto alla “verifica” della certificazione a opera del medico di fiducia dell’ambasciata o del consolato, essa si sostanzia in un esame di merito del certificato, inteso ad appurare circostanze della malattia. La verifica è diretta ad accertare:

1. la congruità della prognosi (riferita all’incapacità lavorativa) rispetto alla diagnosi evidenziata;
2. la connotazione “comune” della malattia denunciata, in contrapposizione con l’eventuale natura professionale della stessa, ovvero con l’infortunio sul lavoro, entrambi di competenza dell’INAIL;
3. l’eventuale origine traumatica dell’evento morboso, relativamente alla quale sia ipotizzabile una responsabilità di terzi e, correlativamente, un diritto di surrogazione dell’Istituto nei confronti del creditore infortunato.

La necessità della “legalizzazione” viene meno qualora l’Ambasciata o il Consolato incarichino un medico di propria fiducia di esaminare i certificati medici prodotti. Detti medici accertano la veridicità del certificato (e possono anche sottoporre a visita l’interessato) e, in casi di riscontro positivo, consegnano ai lavoratori la certificazione “originale” convalidata oppure redigono una nuova certificazione in lingua italiana (in sostituzione del primo certificato prodotto). In entrambi i casi, la legalizzazione è perfezionata ferma, restando la necessità dell’attestazione da parte dell’Ambasciata o del Consolato interessati della veste di proprio medico fiduciario conferita al sanitario che ha svolto l’accertamento della veridicità nonché dell’autenticità della sua firma. Sono altresì esenti dalla legalizzazione, a condizione che rechino l’apostille, gli atti e i documenti rilasciati dagli Stati aderenti alla Convenzione dell’Aja.

Ciò posto, il lavoratore provvede comunque entro il termine ordinario di 2 giorni dal rilascio a inviare una copia della certificazione al datore di lavoro e all’INPS (INPS, circ. n. 136/2003 e n. 95**bis**/2006), e successivamente farà pervenire l’originale “legalizzato” della documentazione. All’assicurato che si rechi all’estero, 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 il presupposto della trasferibilità del domicilio dell’assicurato durante la malattia (INPS, circ. n. 192/1996).

Lavoratori occupati in Paesi appartenenti all’Unione Europea o in Paesi convenzionati con l’Italia. I lavoratori comunitari, cittadini degli altri Stati membri dell’Ue (Italia, Germania, Francia, Lussemburgo, Olanda, Belgio, Regno Unito, Irlanda, Austria, Spagna, Portogallo, Grecia, Danimarca, Svezia, Finlandia, Polonia, Slovacchia, Repubblica Ceca, Slovenia, Ungheria, Estonia, Lettonia, Lituania, Malta e Cipro, Romania e Bulgaria), sono considerati lavoratori nazionali.

L’assicurato, nel caso in esame, deve presentare all’Istituzione estera, entro 3 giorni dall’inizio dell’inabilità, idonea certificazione di malattia e deve essere munito della Tessera europea assicurazione malattia (che ha sostituito il formulario E111). Sarà poi l’istituzione estera che provvederà a trasmettere all’INPS la documentazione medica acquisita, compresi gli esiti dei controlli eventualmente effettuati. L’onere della traduzione del certificato grava sulla sede INPS che riceve la certificazione medica in lingua originaria (INPS, msg. 3.12.2007, n. 28978).

Ferma restando la suddetta procedura di invio, qualora il lavoratore sia occupato in Paesi convenzionati o che hanno stipulato un accordo bilaterale con l’Italia, il certificato rilasciato dal medico o dalla struttura sanitaria straniera è in tutto e per tutto equiparato a quello nazionale e deve essere inviato senza necessità di traduzioni o legalizzazioni particolari, a condizione che tale obbligo sia espressamente escluso dalla convenzione o accordo bilaterale. I Paesi in questione sono:

1. quelli 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), Svizzera (in base all’Accordo sulla libera circolazione tra CH e UE) e Turchia (in applicazione alla Convenzione Europea di sicurezza sociale);
2. Paesi extra Ue con i quali sono state stipulate Convenzioni estese all’assicurazione per malattia (Argentina, Bosnia Erzegovina, Brasile, Croazia, Jersey e Isole del Canale, Macedonia,



Principato di Monaco, Repubblica di San Marino, Stato di Serbia e Montenegro, Tunisia, Uruguay e Venezuela).

Sono esenti da legalizzazione, a condizione che rechino l'“[apostille](#)”, gli atti e i documenti degli Stati aderenti alla Convenzione dell'Aja del 5 ottobre 1961.

Lavoratori occupati all'estero in Paesi non convenzionati con l'Italia. Il lavoratore occupato in Paesi extracomunitari con i quali non vigono accordi di sicurezza sociale, che si ammala durante lo svolgimento di lavoro all'estero, deve trasmettere il certificato, entro 5 giorni dal rilascio, al proprio datore di lavoro; il certificato di diagnosi deve essere inviato alla rappresentanza diplomatica o consolare presente nel territorio estero, la quale provvede ad apporre un timbro al suo arrivo e ad inviare a favore dell'INPS in Italia dopo aver provveduto alla sua traduzione in lingua italiana e alla sua “legalizzazione” secondo le regole riportate nella citata circolare INPS n. 182/1990.

Cure termali: patologie ammesse, adempimenti e indennità di malattia

Elenco delle patologie ammesse. La disciplina delle cure termali è contenuta nell'art. 16, legge 30.12.1991, n. 412 la quale ha disciplinato le modalità di comportamento da seguire in caso di assenza del lavoratore in tale ipotesi.

Innanzitutto è stato stabilito che l'accesso alle cure termali debba essere finalizzato alla cura di un elenco tassativo di patologie definite con decreto del Ministero della sanità del 12 agosto 1992, da ultimo integrato a opera del decreto 15 dicembre 1994.

Il trattamento termale in via ordinaria non comporta l'erogazione di una particolare prestazione a favore del lavoratore dipendente, tenuto conto del fatto che lo stesso dovrebbe essere eseguito durante i periodi di ferie annuali o di congedi ordinari (art. 13, c. 3, D.L. n. 463/1983 conv. con modificazioni in legge n. 638/1983).

Tuttavia, qualora l'esecuzione del trattamento termale non possa essere fruito durante i predetti periodi, ad esempio per le sue caratteristiche di urgenza oppure per pregresse programmazioni feriali (ferie collettive) oppure per indisponibilità di ferie residue sufficienti del singolo lavoratore, allora si attiva la tutela specifica prevista per tali tipologie di cure.

A tale riguardo si segnala la Cassazione 27.11.2001, n. 14957, la quale ha chiarito che il certificato medico che autorizza il trattamento termale deve contenere sia la motivazione relativa alla specifica idoneità terapeutica riabilitativa delle cure termali, sia la ragione della loro opportuna tempestività ai fini dell'efficacia delle stesse.

L'impossibilità di poter fruire di ferie o di congedi ordinari è invece attestata dal datore di lavoro. Lo stesso datore di lavoro può peraltro decidere di anticipare il periodo di godimento delle ferie del lavoratore; in questa eventualità spetta allo stesso lavoratore la dimostrazione della incompatibilità dell'esecuzione delle cure termali con la fruizione del periodo di ferie (Cass. 27.6.1997, n. 5743).

Si precisa inoltre che i trattamenti di cui sopra devono inoltre essere caratterizzati da esigenze terapeutiche o riabilitative, esclusi pertanto i trattamenti puramente preventivi (Tribunale di Roma 10.12.1998).

L'accesso alle prestazioni previste in caso di cure termali sono peraltro soggette anche a limitazioni temporali.

Infatti il trattamento termale deve avere inizio entro 30 giorni dalla sua prescrizione ai sensi dell'art. 1, c. 8, D.L. n. 382/1989 conv. con modificazioni in legge n. 8/1990 (questo requisito denota il carattere di “urgenza” e indifferibilità delle cure richieste).

La durata delle cure, inoltre, non può superare i 15 giorni per anno e si deve garantire un intervallo temporale tra il periodo delle cure e quello delle ferie annuali di almeno 15 giorni.

A tale ultimo riguardo l'INPS ha fornito con circ. n. 287/1992 alcuni esempi, che di seguito si ripropongono, al fine di individuare quali periodi possono o non possono essere indennizzati.



Elenco delle patologie attualmente ammesse

Malattie reumatiche:

- osteoartrosi e altre forme degenerative;
- reumatismi extra articolari.

Malattie delle vie respiratorie:

- sindromi rinosinusitiche-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 carattali 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.

Periodi che possono o non possono essere indennizzati

- Cure da iniziare prima delle ferie collettive:
 1. se alla data di inizio delle ferie il ciclo di cura risulta completato da oltre 15 giorni potrà procedersi all'indennizzo;
 2. se la cura è ultimata all'interno del periodo di ferie, ovvero prima dell'inizio di queste, ma da meno di 15 giorni, non potrà essere erogata indennità (per mancanza dell'intervallo minimo di 15 gg. tra ferie e cure termali);
- Cure da iniziare prima dell'ultimo giorno di ferie collettive, ovvero entro il 15 giorno da tale data: nessuna indennità è erogabile (vds. sopra lettera b);
- Cure che possono essere iniziate oltre il quindicesimo giorno dalla fine delle ferie collettive: l'indennità è erogabile (il lavoratore ha facoltà di dar corso alle cure in qualsiasi momento, nell'ambito del periodo massimo prescritto dallo specialista), sempreché, ovviamente, dopo le ferie collettive, non residui altro periodo feriale di durata sufficiente per le cure.



Check list

Adempimenti a carico del lavoratore

Ai fini procedurali, affinché il lavoratore possa realmente fruire della prestazione prevista, è necessario che siano eseguiti alcuni adempimenti in mancanza dei quali si perde il diritto alla prestazione stessa:

- a. ottenere la richiesta di cure termali da parte del proprio medico curante;
- b. presentare alla ASL competente in ragione della propria residenza la proposta richiesta del medico curante, entro 5 giorni dal rilascio;
- c. presentare alla ASL competente in ragione della propria residenza la proposta richiesta del medico curante, entro 5 giorni dal rilascio;
- d. comunicare al datore di lavoro il periodo prescelto per l'esecuzione delle cure;
- e. ottenere dal datore di lavoro una dichiarazione nel quale si attesti che durante il periodo prescelto non è possibile fruire di ferie o congedi ordinari in quanto, sulla base della contrattazione collettiva, sono state già programmate ferie collettive in altro periodo oppure che il lavoratore non ha a disposizione un numero di giorni sufficiente per poter completare il ciclo di cure prescritto;
- f. inviare all'INPS, entro 2 giorni dall'inizio delle cure, la copia della proposta richiesta del medico curante, la motivata prescrizione della ASL e la dichiarazione del datore di lavoro;
- g. inviare al datore di lavoro, entro 2 giorni dall'inizio delle cure, la copia della proposta richiesta del medico curante e la motivata prescrizione della ASL;
- h. eseguire le cure senza interruzioni presso uno stabilimento termale convenzionato con il SSN;
- i. trasmettere all'INPS e al datore di lavoro, al termine delle cure, l'apposito modello rilasciato dal direttore sanitario dello stabilimento termale nel quale si attesta la specifica prestazione erogata, i giorni in cui è stato eseguito il trattamento, i giorni di eventuale sospensione del trattamento per inattività dello stabilimento stesso.

Mancato riconoscimento dell'indennità di malattia. Il mancato rispetto della predetta procedura comporta la non riconoscibilità da parte dell'INPS dell'indennità di malattia.

Tale esclusione opera inoltre nel caso di:

1. cure elioterapiche, climatiche, psammoterapiche e similari (art. 13, c. 6, D.L. n. 463/1983)
2. cure la cui esecuzione è autorizzata dall'INPS nei propri stabilimenti o in strutture convenzionate (la cui domanda è da presentarsi su [modello CT/1](#) entro il 31 dicembre di ciascun anno e la cui concessione è sottoposta a specifici requisiti contributivi e sanitari);
3. mancata esecuzione del trattamento previsto; infatti l'indennità è riconosciuta soltanto per le giornate in cui la cura è stata effettivamente praticata.

A tal proposito l'INPS ha precisato (circ. n. 85/1991) che nel conteggio delle giornate indennizzabili sono da considerarsi anche le domeniche e le festività (per gli impiegati fatta salva l'ipotesi della festività nazionale o infrasettimanale cadente di domenica) durante le quali è normalmente prevista la chiusura dello stabilimento; l'indennizzabilità parziale del ciclo di cure è ammessa soltanto se l'interruzione o la sospensione del trattamento derivi dal sopraggiungere di una vera e propria malattia oppure da sopraggiunti motivi di ordine sanitario ("crisi termali") oppure da situazioni familiari e personali di particolare rilevanza.

Al di fuori di queste ipotesi l'interruzione o sospensione non è ammessa e pertanto l'intero ciclo di cure non è indennizzabile.

Visite di controllo. Da ultimo si segnala la posizione dell'INPS in materia di visite di controllo (circ. n. 5/1991). L'Istituto previdenziale ha fatto presente che, seppure le cure termali sono assimilate all'evento malattia, le stesse essendo preautorizzate non necessitano dell'esercizio del potere di controllo finalizzato alla verifica dell'esistenza dello stato morboso. D'altra parte, quindi, il lavoratore non è tenuto all'osservanza delle fasce di reperibilità.



Tutele specifiche per le patologie oncologiche

Principi di tutela. L'ordinamento riconosce forme di tutela specifiche nel caso in cui il lavoratore risulti affetto da patologie oncologiche; il tratto comune di queste norme risiede nel riconoscimento di una tutela più forte rispetto a quella offerta in caso di malattia ordinaria.

Durata del periodo di comporta. La legge non prevede espressamente una durata differenziata del periodo di comporta nel caso di malattie oncologiche. Tuttavia, la contrattazione collettiva (con maggiore incidenza nel pubblico impiego) è solita estendere il periodo in caso di malattie lunghe, caratterizzate dalla necessità di cure postoperatorie, terapie salvavita e di una conseguente gestione flessibile dei tempi di lavoro.

In aggiunta a tale misura, i contratti collettivi sono soliti prevedere, in capo al lavoratore, il diritto a richiedere al datore di lavoro il godimento di un ulteriore periodo di aspettativa non retribuita. Tale periodo, utilizzabile anche in caso di malattia di durata superiore al periodo di comporta e computato successivamente a quest'ultimo, è previsto al fine di garantire una maggiore tutela del lavoratore limitando il rischio di un licenziamento per superamento del periodo di comporta ai sensi dell'art. 2110 c.c.

Durante il periodo di aspettativa non retribuita, il lavoratore non avrà diritto alla retribuzione ma il rapporto di lavoro si considererà sospeso e potrà dunque essere riattivato normalmente al termine del periodo.

Invalidità e stato di handicap grave. La legge riconosce specifici permessi ai lavoratori affetti da tumore, nel caso in cui al lavoratore malato sia riconosciuta una situazione di invalidità.

In particolare, sono riconosciuti al malato di tumore due distinte tipologie di benefici.

– Il primo gruppo di benefici riguarda il caso in cui sia riconosciuto in capo al lavoratore (affetto da patologia oncologica) una invalidità civile, prevista e regolamentata dalla legge 30.3.1971, n. 118 e successive modificazioni. Ai sensi dell'art. 2 della legge, si considerano mutilati e invalidi civili i cittadini affetti da minorazioni congenite o acquisite, anche a carattere progressivo che abbiano subito una riduzione della capacità lavorativa non inferiore a un terzo o, se minori di anni 18, che abbiano difficoltà persistenti a compiere i compiti e le funzioni proprie della loro età.

Il riconoscimento dell'invalidità comporta, ai sensi dell'art. 10, D.Lgs. n. 509/1988, il diritto a usufruire di un congedo straordinario per cure, non superiore a trenta giorni – previsto ai sensi dell'art. 26, legge n. 118/1971 – nel caso in cui sia riconosciuta agli stessi un'invalidità pari al cinquanta per cento.

Inoltre, nel caso in cui la Commissione della ASL abbia accertato una invalidità civile superiore al 74%, il lavoratore ha diritto a una maggiorazione contributiva di due mesi per ogni anno effettivamente lavorato dal momento in cui viene accertato lo stato di invalidità e per tutto il tempo in cui detto stato persiste. La maggiorazione contributiva, che non può superare in totale i 5 anni, è valida ai fini pensionistici.

– Il secondo gruppo di benefici riguarda il caso in cui al lavoratore sia riconosciuto lo stato di «handicap in situazione di gravità», regolamentato ai sensi della legge n. 104/1992. Lo stato di handicap, riconosciuto dalle unità sanitarie locali mediante commissioni mediche, deve essere richiesto dal lavoratore e gli garantisce la possibilità di godere, in caso di riconoscimento di handicap grave, alternativamente di due ore al giorno di permesso retribuito o tre giornate mensili di permesso retribuito. Il medesimo diritto è inoltre concesso anche a un familiare del malato, al quale è assicurata la possibilità di assisterlo nelle cure. Tali permessi, oltre a essere retribuiti, sono «coperti figurativamente» ai fini pensionistici. Inoltre, ai sensi dell'art. 33, c. 6, legge n. 142/1992, il lavoratore ha diritto a richiedere il trasferimento, ove possibile, presso la sede di lavoro più vicina al proprio domicilio e non può essere trasferito senza il suo consenso ad altra sede.

Congedo biennale retribuito. L'art. 42, c. 5, D.Lgs. 26.3.2001, n. 151, prevedeva la concessione di congedi lavorativi retribuiti biennali, inizialmente, ai soli genitori che assistano figli con



handicap grave o, dopo la loro scomparsa, ai fratelli o alle sorelle conviventi con la persona disabile (situazione che, abbiamo visto, interessa anche il lavoratore affetto da patologie oncologiche).

Una serie di sentenze della Corte Costituzionale ha ampliato la platea dei soggetti che possono fruire dei congedi. Una prima sentenza ha stabilito che i congedi spettano ai fratelli o alle sorelle conviventi anche nel caso in cui i genitori siano essi stessi inabili e, quindi, non in grado di assistere il figlio con handicap (Corte Cost. 8.6.2005, n. 233).

Successivamente (Corte Cost. 18 aprile 2007, n. 158) la Corte ha dichiarato illegittima la norma nella parte in cui non prevede la concessione del congedo biennale al lavoratore che assista il coniuge con handicap grave.

Infine, la sentenza n. 19 del 26.1.2009 ha esteso il diritto di fruire dei congedi lavorativi biennali retribuiti ai figli che assistano il genitore con handicap grave (art. 3, c. 3, legge n. 104/1992).

Part time. L'art. 46, D.Lgs. 10.9.2003, n. 276, prevede una particolare regolamentazione nella disciplina del lavoro a tempo parziale. La norma, aggiungendo l'art. 12*bis* alla legge n. 61/2000, prevede in capo ai lavoratori affetti da patologie oncologiche, per i quali residui una ridotta capacità lavorativa, anche a causa degli effetti invalidanti delle terapie salvavita, il diritto alla trasformazione del rapporto di lavoro a tempo pieno in lavoro a tempo parziale verticale o orizzontale.

Il diritto del lavoratore o della lavoratrice a richiedere la trasformazione del contratto è un diritto soggettivo che mira a tutelarne, unitamente alla salute, la professionalità e la partecipazione al lavoro come importante strumento di integrazione sociale e di permanenza nella vita attiva.

Il legislatore configura tale diritto come una potestà che non può essere negata sulla base di contrastanti esigenze aziendali. A tali esigenze, e all'accordo tra le parti, è invece rimessa la quantificazione dell'orario ridotto nonché la scelta tra modalità orizzontali oppure verticali di organizzazione dello stesso.

Il rapporto di lavoro a tempo parziale dovrà poi essere trasformato nuovamente in rapporto di lavoro a tempo pieno a richiesta del lavoratore, quando lo stato di salute lo renderà possibile. Restano in ogni caso salve disposizioni più favorevoli per il prestatore di lavoro.

Mansioni compatibili con lo stato di salute. Il lavoratore, oltre a quanto fino a qui esposto, può chiedere al datore di lavoro di essere adibito a mansioni compatibili con il proprio stato di salute e con la residua capacità lavorativa, compatibilmente con l'organizzazione dell'impresa. Tale possibilità è prevista dalla legge n. 68/1999 per i lavoratori disabili assunti tramite il collocamento obbligatorio. È anche previsto che, nel caso in cui il lavoratore sia divenuto inabile alla mansione successivamente all'assunzione, possa richiedere al datore di lavoro di essere adibito a una mansione compatibile con il suo stato di salute (D.Lgs. n. 626/1994): è comunque importante verificare quanto previsto dalla contrattazione (sempre più spesso, proprio per i malati oncologici, viene prevista l'assegnazione di mansioni compatibili con la eventuale riduzione della capacità lavorativa nel periodo dei trattamenti salvavita).

Normativa

D.Lgs. 26.3.2001, n. 151, art. 42, c. 5

La lavoratrice madre o, in alternativa, il lavoratore padre o, dopo la loro scomparsa, uno dei fratelli o sorelle conviventi di soggetto con handicap in situazione di gravità di cui all'articolo 3, comma 3, della legge 5 febbraio 1992, n. 104, accertata ai sensi dell'articolo 4, comma 1, della legge medesima e che abbiano titolo a fruire dei benefici di cui all'articolo 33, comma 1, del presente testo unico e all'articolo 33, commi 2 e 3, della legge 5 febbraio 1992, n. 104, per l'assistenza del figlio, hanno diritto a fruire del congedo di cui al comma 2 dell'articolo 4 della legge 8 marzo 2000, n. 53, entro sessanta giorni dalla richiesta. Durante il periodo di congedo, il richiedente ha diritto a percepire un'indennità corrispondente all'ultima retribuzione e il periodo medesimo è coperto da contribuzione figurativa; l'indennità e la contribuzione figurativa



spettano fino a un importo complessivo massimo di lire 70 milioni annue per il congedo di durata annuale. Detto importo è rivalutato annualmente, a decorrere dall'anno 2002, sulla base della variazione dell'indice ISTAT dei prezzi al consumo per le famiglie di operai e impiegati. L'indennità è corrisposta dal datore di lavoro secondo le modalità previste per la corresponsione dei trattamenti economici di maternità. I datori di lavoro privati, nella denuncia contributiva, detraggono l'importo dell'indennità dall'ammontare dei contributi previdenziali dovuti all'ente previdenziale competente. Per i dipendenti dei predetti datori di lavoro privati, compresi quelli per i quali non è prevista l'assicurazione per le prestazioni di maternità, l'indennità di cui al presente comma è corrisposta con le modalità di cui all'articolo 1 del decreto legge 30 dicembre 1979, n. 663, convertito, con modificazioni, dalla legge 29 febbraio 1980, n. 33.

Il congedo fruito ai sensi del presente comma alternativamente da entrambi i genitori non può superare la durata complessiva di due anni;

durante il periodo di congedo entrambi i genitori non possono fruire dei benefici di cui all'articolo 33, comma 1, del presente testo unico e all'articolo 33, commi 2 e 3, della legge 5 febbraio 1992, n. 104 fatte salve le disposizioni di cui ai commi 5 e 6 del medesimo articolo. I soggetti che usufruiscono dei permessi di cui al presente comma per un periodo continuativo non superiore a sei mesi hanno diritto a usufruire di permessi non retribuiti in misura pari al numero dei giorni di congedo ordinario che avrebbero maturato nello stesso arco di tempo lavorativo, senza riconoscimento del diritto a contribuzione figurativa.

Interruzione di gravidanza: certificazione e trattamento economico e normativo

Casi di interruzione. L'interruzione spontanea o terapeutica della gravidanza (art. 12, c. 1, D.P.R. n. 1026/1976), che si verifica prima del 180° giorno dall'inizio della gestazione è considerata aborto e non parto; di conseguenza (art. 19, D.Lgs. n. 151/2001) tale interruzione di gravidanza è considerata a tutti gli effetti "malattia". Diversamente l'interruzione di gravidanza avvenuta dal 180° giorno in poi della gestazione è da considerarsi a tutti gli effetti "parto".

Le ipotesi di interruzione della gravidanza considerate malattia sono le seguenti:

– l'interruzione volontaria della gravidanza entro i primi novanta giorni per la donna che accusi circostanze per le quali la prosecuzione della gravidanza, il parto o la maternità comporterebbero un serio pericolo per la sua salute fisica o psichica, in relazione o al suo stato di salute, o alle sue condizioni economiche, o sociali o familiari, o alle circostanze in cui è avvenuto il concepimento, o a previsioni di anomalie o malformazioni del concepito (artt. 4 e 5, legge n. 194/1978);

– l'interruzione volontaria della gravidanza, dopo i primi novanta giorni:

- a) quando la gravidanza o il parto comportino un grave pericolo per la vita della donna;
- b) quando siano accertati processi patologici, tra cui quelli relativi a rilevanti anomalie o malformazioni del nascituro, che determinino un grave pericolo per la salute fisica o psichica della donna (art. 6, legge n. 194/1978).

Non è considerata malattia il caso di procurato aborto quando questo costituisca reato. Inoltre l'interruzione della gravidanza causata da un fatto illecito commesso da un soggetto terzo, estraneo al rapporto di lavoro, determina il diritto al risarcimento del danno esistenziale, inteso come offesa al diritto di ogni persona a un'esistenza serena (Trib. Torre Annunziata 25.3.2002).

Decorrenza. Per stabilire quale sia il 180° giorno della gestazione, si presume che il concepimento sia avvenuto 300 giorni prima della data presunta del parto che il medico della gestante ha certificato (INPS, circ. n. 132/2002).

Certificazione. In caso di aborto spontaneo o terapeutico, la lavoratrice deve produrre al datore e all'INPS, entro 15 gg. dall'aborto, il certificato medico attestante il mese di gravidanza al momento dell'aborto e quella che sarebbe stata la data presunta del parto (art. 15, D.P.R. n. 1026/1976). Per poter validamente considerare l'assenza come malattia derivante da gravidanza, non è necessaria la produzione di un certificato medico rilasciato da un medico



specialista del SSN ma è sufficiente la certificazione medica rilasciata dal medico di base (Min. Lav., nota n. 32/2008).

Si ritiene che la suddetta certificazione sia necessaria per attribuire la titolarità di malattia a un'assenza collegata alla gravidanza, però la lavoratrice dovrà presentare anche l'ordinaria certificazione in cui sia contenuta la prognosi, ossia il tempo necessario per il recupero delle condizioni fisiche sufficienti per la ripresa dell'attività lavorativa. Inoltre la lavoratrice deve osservare le regole di produzione e trasmissione, al datore e all'istituto previdenziale, di detta certificazione. Pertanto i certificati medici attestanti lo stato di malattia conseguente all'evento dell'aborto saranno rappresentati dal primo certificato successivo al fatto dell'interruzione spontanea o terapeutica della gravidanza prima del 180° giorno dall'inizio della gestazione e gli eventuali certificati successivi di prosecuzione della stessa malattia da richiedersi entro il primo giorno seguente alla scadenza della prognosi precedente.

Periodo di comporto. L'aborto (INPS, circ. n. 139/2002; INAIL, circ. n. 48/1993 e n. 51/2001; Min. Lav., nota n. 32/2008) è considerato come malattia determinata dalla gravidanza stessa; tale assenza, in quanto legata all'evento gravidanza, non è computabile nel periodo massimo previsto dalla normativa contrattuale per la conservazione del posto di lavoro ossia non concorre al calcolo del periodo di comporto e quindi non influisce sulla durata di tale periodo.

Trattamento economico e normativo. Dal giorno dell'interruzione della gravidanza intervenuta per aborto (prima del 180° giorno) e per tutto il periodo di prognosi, il datore di lavoro determina il trattamento economico da riconoscere alla lavoratrice calcolando:

- l'indennità economica di malattia a carico dell'INPS (prevista per le qualifiche che ne hanno diritto e determinata secondo le modalità specificate nelle precedenti sezioni);
- l'eventuale integrazione economica a suo carico.

L'indennità economica di malattia sarà riconosciuta, sempre e solo per il periodo di assenza successivo all'aborto, anche nel caso in cui l'evento interruttivo della gravidanza è intervenuto durante una fase di interdizione anticipata (per cui la lavoratrice ha ricevuto il trattamento economico di maternità). In tal caso l'indennità economica di malattia prenderà il posto dell'indennità economica di maternità fino a quel momento erogata.

Dal punto di vista normativo l'assenza della dipendente da aborto è gestita in base alle disposizioni riguardanti "assenze per malattia" (produzione e invio del certificato medico di malattia, rispetto delle fasce di reperibilità ecc.) a esclusione della disciplina sul periodo di comporto.

Nel caso di interruzione della gravidanza dopo il 180° giorno, trattandosi di parto, l'assenza che ne consegue vede l'applicazione del trattamento economico e normativo relativo alla disciplina sulla maternità (il congedo di maternità e la relativa indennità, divieto di lavori faticosi e pericolosi, il divieto di licenziamento e sospensione ecc.).

Lavoro parasubordinato. Anche per le lavoratrici parasubordinate l'interruzione della gravidanza prima del 180° giorno è considerata malattia e pertanto si applicherà il relativo trattamento economico e normativo. Però sussiste una particolarità per cui (Min. Lav., nota n. 58/2008), il previsto diritto alla proroga del contratto di collaborazione in caso di gravidanza (art. 4, D.M. 12 luglio 2007 e art. 66, c. 3, D.Lgs. n. 276/2003), non opera nel caso in cui durante l'interdizione anticipata si verifichi l'interruzione della gravidanza prima del 180° giorno. Tale ipotesi, infatti, potendosi qualificare come "malattia", rientra nell'ambito di applicazione del secondo comma dell'art. 66, D.Lgs. n. 276/2003, in quanto la disposizione della proroga di cui al comma 3 della stessa norma fa riferimento esclusivamente allo stato di gravidanza.

D.Lgs. n. 276/2003, art. 66

1. La gravidanza, la malattia e l'infortunio del collaboratore a progetto non comportano l'estinzione del rapporto contrattuale, che rimane sospeso, senza erogazione del corrispettivo.
2. Salva diversa previsione del contratto individuale, in caso di malattia e infortunio la sospensione del rapporto non comporta una proroga della durata del contratto, che si estingue



alla scadenza. Il committente può comunque recedere dal contratto se la sospensione si protrae per un periodo superiore a un sesto della durata stabilita nel contratto, quando essa sia determinata, ovvero superiore a trenta giorni per i contratti di durata determinabile.

3. In caso di gravidanza, la durata del rapporto è prorogata per un periodo di centottanta giorni, salva più favorevole disposizione del contratto individuale.

Determinazione del periodo di comporto

Nozione. In caso di malattia, il lavoratore ha diritto a conservare il proprio posto di lavoro per tutto il periodo stabilito dalla legge, dagli usi e (normalmente) dalla contrattazione collettiva (o individuale, se più favorevole) e alla retribuzione o indennità prevista dalle norme collettive; il comporto deve essere computato nell'anzianità di servizio (art. 2110 c.c.). Durante tale periodo, il lavoratore non può essere licenziato se non per giusta causa (Pret. Roma 7.3.1992). Il lavoratore, colpito da malattia di particolare gravità per la quale è previsto dalla legge o dal CCNL l'obbligo del datore di conservare il posto per periodi di tempo eccedenti il limite massimo del comporto, ha l'onere di informare il datore dell'insorgenza e della natura della malattia da cui è affetto prima che il datore eserciti la facoltà di recesso (Trib. Nocera Inf. 2.11.2006). Nella contrattazione collettiva, normalmente, il periodo aumenta al progredire della qualifica del dipendente e della sua anzianità di servizio; il superamento del periodo in relazione all'anzianità del lavoratore va valutato al momento dell'invio della lettera di licenziamento e non all'inizio della malattia (Cass. 24.8.2004, n. 16696).

Impiegati. Anche se ormai superata dalla contrattazione collettiva, resta in vigore come norma di chiusura l'art. 6, R.D.L. 13.11.1924, n. 1825, secondo cui in caso di malattia il dipendente ha diritto a conservare il posto per: 3 mesi, se ha un'anzianità di servizio fino a 10 anni (100% della retribuzione per il 1° mese e 50% per i successivi 2 mesi); 6 mesi negli altri casi (100% della retribuzione nei primi 2 mesi e 50% per i successivi).

Comporto "secco". Si ha quando il periodo di conservazione del posto è stato stabilito (normalmente dal CCNL) con riferimento a un **unico episodio morboso** di lunga durata, cioè tale da coprire con continuità e ininterrottamente un notevole arco di tempo.

Comporto "per sommatoria". Si ha in presenza di una pluralità di malattie ripetute e intermittenti che, singolarmente considerate, non raggiungono il quantitativo richiesto per il comporto secco. Il comporto per sommatoria, la cui durata massima può essere stabilita in via equitativa dal giudice di merito se non prevista dai contratti collettivi, ha un termine esterno (ovvero l'arco temporale considerato) e uno interno (quello dato dalla somma di tutte le assenze per malattia): per esempio 12 mesi complessivi di malattia nell'arco della vigenza del CCNL che è, in ipotesi, pari a 3 anni (Cass. 11.9.2003, n. 13374).

Durata. Nella determinazione del periodo di comporto (secco o per sommatoria) si considerano (salvo diversa previsione del contratto) anche i giorni non lavorati (sabato, domenica, festività infrasettimanali, sciopero) o che cadono nel periodo di malattia, dovendosi presumere la continuità dell'episodio morboso e l'indisponibilità del lavoratore, salvo che egli fornisca la prova contraria (Cass. 23.6.2006, n. 14633). Se le parti non hanno fornito un criterio univoco per il calcolo del periodo, occorre indagare se si possa ricorrere ai criteri fissati per altri istituti in cui si debbano calcolare dei termini (Cass. 2.4.2004, n. 6554). In alternativa, o si utilizza il calendario comune (la durata dei mesi si calcola in base alla loro durata effettiva, art.2963 c.c.) oppure la durata di ogni singolo mese è stabilita, in maniera forfettaria, in 30 giorni a prescindere dalla durata reale di ogni singolo mese (Cass. 22.7.1999, n. 7925). Non si computano, invece, le assenze per malattia imputabile al datore, derivanti cioè dalla nocività dell'ambiente di lavoro causata dalla violazione del dovere di sicurezza (Cass. 19.12.2006, n. 27105) o quelle cumulate dal lavoratore invalido adibito a mansioni incompatibili con le sue condizioni (Cass. 20.3.1990, n. 2302) :



in questi casi, l'onere della prova della nocività delle mansioni ricade sul lavoratore (Cass. 22.1.2007, n. 1333). Non computano altresì i periodi di assenza di malattia a causa di gravidanza o puerperio (Min Lav., nota 16.11.2006, prot. 6123). Nel part-time orizzontale la durata del periodo è uguale a quella dei rapporti full time. Nei part-time verticali, in mancanza di previsione contrattuale, è affidato al giudice di merito il compito di ridurre il periodo in proporzione alla quantità della prestazione, facendo eventualmente ricorso alle fonti sussidiarie indicate dall'art. 2110 c.c. quali usi o equità (Cass. 14.12.1999, n. 14065; Trib. Chieti 16.2.2006).

Licenziamento. Il recesso deve avvenire con rispetto del periodo di preavviso (art. 2210 c.c.). Non trattandosi di licenziamento disciplinare, non è necessaria alcuna contestazione: è sufficiente che sia stato superato il periodo di comportamento e che tale circostanza sia invocata dal datore a giustificazione del recesso (Cass. 10.1.2008, n. 278). La giustificatezza del licenziamento per superamento del periodo rende irrilevante qualsiasi eventuale ulteriore motivo illecito del licenziamento stesso (Cass. 22.4.2008, n. 10352). Il recesso, se non con urgenza, deve comunque essere comunicato al lavoratore con tempestività, così da far risultare in maniera chiara la volontà datoriale di risolvere il contratto: la concessione di un congedo parentale, dopo il superamento del periodo, è incompatibile con la volontà di rescindere il rapporto (Cass. 23.1.2008, n. 1438). Una volta superato il periodo, l'accettazione, da parte del datore, della ripresa dell'attività lavorativa del dipendente non equivale di per sé alla rinuncia al diritto di recedere e non preclude il licenziamento, a condizione che il datore dimostri in maniera chiara il nesso tra la scadenza del periodo e la successiva risoluzione del rapporto, fermo il potere del giudice di valutare la congruità del lasso temporale trascorso (Cass. 6.7.2000, n. 9032). Se il periodo è regolarmente in corso, la dichiarazione di recesso intimata al lavoratore assente per malattia è valida ma temporaneamente inefficace (Cass. 4.7.2001, n. 9037): ne consegue che il decorso del termine di preavviso è sospeso fino alla guarigione o alla scadenza del periodo di comportamento (Cass. 20.6.2003, n. 9896).

Indicazione dei giorni di assenza. La questione non è scontata: la giurisprudenza più recente afferma che non è richiesto che il datore specifichi i giorni di assenza; a meno che il lavoratore non ne faccia richiesta ex art. 2, legge n. 604/1966 che prevede il diritto di conoscere la motivazione del licenziamento (Cass. 10.1.2008, n. 278). La mancata specificazione dei giorni di assenza, dopo che il lavoratore ne abbia fatta esplicita richiesta, rende illegittimo il licenziamento (Cass. 5.11.2007, n. 23070).

Matrimonio, gravidanza e aborto. Anche se la malattia è insorta in precedenza, è nullo il licenziamento per superamento del periodo di comportamento intimato alla lavoratrice nel periodo intercorrente dal giorno della richiesta delle pubblicazioni di matrimonio, in quanto segua la celebrazione, fino a un anno dopo la celebrazione stessa (Cass. 9.4.2002, n. 5065) come pure quello della lavoratrice madre fino al compimento di un anno di età del bambino (Ordine CDL, parere 9.5.2007, n. 4). In caso di interruzione di gravidanza entro il 180° giorno dall'inizio della gestazione, l'assenza è qualificabile come "malattia determinata da gravidanza", dal che consegue l'esclusione di tale periodo dal calcolo del periodo di comportamento; a tale scopo è sufficiente la certificazione rilasciata dal medico di base convenzionato con il SSN (Min. Lav., nota 19.8.2008, n. 32).

Interruzione. Salvo che non sia diversamente previsto dal CCNL, il lavoratore non ha un diritto incondizionato a mutare il titolo dell'assenza e, quindi, a godere un periodo di ferie arretrate al fine di interrompere il decorso del periodo di comportamento ma il datore, che pure ha il diritto di fissare il periodo feriale, deve prendere in debita considerazione il fondamentale interesse del richiedente a evitare la perdita del posto di lavoro a seguito della scadenza del periodo di comportamento, con l'onere, in caso di mancato accoglimento, di dimostrarne i motivi. Tale obbligo viene meno quando il lavoratore possa, ai sensi del CCNL e per le medesima finalità, chiedere il collocamento in aspettativa non retribuita (Cass. 8.11.2000, n. 14490).



Se non lo prevede il CCNL, il datore non ha neppure l'obbligo di avvertire preventivamente il lavoratore della possibilità di avvalersi di un periodo di aspettativa al fine di evitare il superamento del periodo di comporto (Cass. 22.1.2007, n. 1333). In ogni caso, al fine di mutare il titolo dell'assenza (da malattia a ferie o aspettativa) è necessaria un'esplicita richiesta del lavoratore (Cass. 17.2.2000, n. 1774); tale richiesta deve necessariamente essere formulata prima della scadenza per periodo di comporto e deve contenere l'indicazione del momento a decorrere dal quale dovrà decorrere la conversione del titolo dell'assenza (Cass. 11.5.2000, n. 6043).

Retribuzione. Il lavoratore ha diritto a un'indennità giornaliera di malattia, normalmente posta a carico dell'INPS e anticipata dal datore; i contratti collettivi possono prevedere (di norma prevedono) un'integrazione a carico dell'azienda, applicando il concetto della lordizzazione per evitare che il lavoratore in malattia percepisca una retribuzione netta maggiore rispetto a quella derivante dalla prestazione lavorativa. Per gli impiegati (esclusi quelli del terziario) l'indennità di malattia è a carico del datore.

Aspetti fiscali. L'indennità economica di malattia a carico dell'INPS anticipata dal datore di lavoro, le integrazioni retributive a carico del datore di lavoro e la retribuzione diretta pagata dal datore di lavoro sono da assoggettare alle ordinarie trattenute fiscali (D.P.R. n. 917/1986, art. 51; D.P.R. n. 600/1973, art. 23), con diritto alle detrazioni d'imposta (Min. fin., circ. n. 3/1998).

Aspetti contributivi. L'indennità economica di malattia a carico dell'INPS, anticipata dal datore di lavoro, non determina base imponibile ai fini contributivi (trattasi di prestazione assistenziale) ma dà diritto alla copertura figurativa ai fini pensionistici, nei limiti temporali fissati dalla vigente legislazione.

Le integrazioni retributive a carico del datore di lavoro, senza l'applicazione dei minimali di retribuzione, e la retribuzione diretta pagata dal datore di lavoro sono da assoggettare interamente a contribuzione ordinaria (INPS, circ. n. 263/1997), fatto salvo non siano applicabili salari medi o convenzionali oppure sia già stato raggiunto il relativo massimale. I datori di lavoro che corrispondono per legge o per contratto collettivo, anche di diritto comune, il trattamento economico di malattia, possono essere esonerati dell'INPS a pagare la relativa indennità economica a carico dell'Istituto stesso e, conseguentemente, essere esonerati dal versare la relativa contribuzione (D.L. 25.6.2008, n. 112, art. 20; legge n. 133/2008).

Malattia e periodo di comporto

Comporto secco



Si fa riferimento a un solo episodio morboso



Superato il periodo di comporto il datore di lavoro può rivedere dal contratto

Comporto per sommatoria



Si fa riferimento a una pluralità di malattie ripetute e intermittenti cadenti in un determinato periodo



Superato il periodo di comporto il datore di lavoro può rivedere dal contratto



Malattia e licenziamento: orientamenti giurisprudenziali

Licenziamento per superamento del periodo di comporto. Una volta superato il periodo di comporto, il datore di lavoro può procedere al licenziamento del lavoratore, ai sensi dell'art. 2118 del c.c.; il licenziamento intimato prima della scadenza del periodo di comporto risulta essere invece inefficace, se fondato sulla malattia (Cass. 20.6.2003, n. 9896).

Ai fini della legittimità del licenziamento, il datore di lavoro, in caso di tempestiva richiesta del lavoratore, ha l'onere di indicare i giorni di assenza con un grado di specificità tale da consentire al lavoratore di rendersi conto delle assenze contestate e di replicare adeguatamente, prima ancora dell'eventuale giudizio (Cass. 20.12.2002, n. 18199).

Il licenziamento per superamento del periodo di comporto può essere intimato solo dopo che la malattia abbia determinato il superamento del periodo.

Ove il licenziamento sia intimato anteriormente alla scadenza del periodo nel quale è garantita la conservazione del posto, l'atto di recesso è nullo, e non già temporaneamente inefficace, per violazione della norma imperativa di cui all'art. 2110 c.c. che vieta il licenziamento stesso in costanza della malattia del lavoratore (Cass. 26.10.1999, n. 12031).

Normativa

Codice civile Art. 2110

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

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

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

Svolgimento di altra attività lavorativa durante la malattia. La garanzia del posto di lavoro in caso di malattia è finalizzata a consentire al lavoratore di potersi curare in maniera appropriata; questa tutela assolve anche l'interesse del datore di lavoro alla pronta e rapida guarigione del lavoratore.

Simile interesse può risultare compromesso nel caso in cui il lavoratore, durante il periodo in cui è assente per malattia, svolga un'altra attività lavorativa.

Tale comportamento del lavoratore può giustificare il recesso del datore di lavoro, in quanto concretizza una violazione dei doveri generali di correttezza e buona fede e degli specifici obblighi contrattuali di diligenza e fedeltà.

Lo svolgimento di altra attività lavorativa non comporta tuttavia l'automatica legittimità del licenziamento; affinché tale comportamento sia rilevante ai fini del recesso, è necessario che l'attività lavorativa esterna faccia presumere l'inesistenza della malattia, oppure che la medesima attività, valutata in relazione alla natura della patologia e delle mansioni svolte, possa pregiudicare o ritardare la guarigione e il rientro in servizio (Cass. 3.12.2002, n. 17128).

Viene invece considerato compatibile con lo stato di malattia lo svolgimento di altra attività lavorativa che non sia idonea a pregiudicare o ritardare il recupero della piena idoneità fisica, ma l'onere di provare la compatibilità di questa attività con lo stato di malattia grava in capo al lavoratore (Cass. 19.12.2000, n. 15916).

In ogni caso il lavoratore che svolge attività lavorativa retribuita presso terzi durante la malattia perde il diritto all'indennità previdenziale.

Malattia e inidoneità sopravvenuta. L'art. 4, c. 4, legge n. 69/1999 (che disciplina l'inserimento lavorativo dei disabili) prevede che l'infortunio o la malattia non costituiscono giustificato motivo di licenziamento dei lavoratori che divengono inabili allo svolgimento delle proprie mansioni a



causa di tali eventi, qualora gli stessi possano essere adibiti a mansioni equivalenti ovvero, in mancanza, a mansioni inferiori.

Nel caso di destinazione a mansioni inferiori sussiste per tali soggetti il diritto alla conservazione del più favorevole trattamento corrispondente alle mansioni di provenienza.

Malattie reiterate e licenziamento. Nel caso di assenze del dipendente dovute a malattie a carattere intermittente o reiterato, ancorché frequenti e discontinue in relazione a uno stato di salute malfermo, la Corte di Cassazione (sent. n. 14065/1999) ha affermato la licenziabilità del dipendente, anche nell'ipotesi in cui abbia rispettato i limiti del periodo di comportamento, "quando l'infermità abbia carattere permanente ed implichi pertanto definitiva incapacità fisica, e manchi un apprezzabile interesse del datore di lavoro alle future, ridotte prestazioni lavorative del dipendente" (Cass. n. 4012/1998; Cass. n. 10286/1996; in senso contrario, Cass. n. 1421/1996 e Cass. n. 10131/1993).

Secondo questo orientamento, la malattia del lavoratore trova piena tutela nell'art. 2120 c.c. che impone al datore di lavoro di conservare il posto di lavoro al lavoratore assente per malattia per tutta la durata del periodo di comportamento.

Una infermità del lavoratore, pur non determinando il superamento del periodo di comportamento, può essere comunque produttiva di un inadempimento del lavoratore. In questa ipotesi, non viene ritenuta preclusa al datore di lavoro la possibilità di procedere al licenziamento per giustificato motivo, in quanto è possibile invocare l'applicazione dell'art. 1464 c.c. che disciplina gli effetti della impossibilità parziale della prestazione nel contratto a prestazioni corrispettive.

Secondo tale norma, pur in presenza di una causa di inadempimento non imputabile al debitore (in questo caso, il lavoratore), la controparte (il datore di lavoro) non è obbligata a mantenere in vita il contratto, se il debitore stesso non è più in grado di svolgere le mansioni per le quali è stato assunto (Cass. 13.2.2003, n. 2152).

Lavoro in costanza di malattia. Al dipendente assente per malattia è vietato prestare altra attività lavorativa, dovendosi presumere un rapporto di contraddizione fra l'esigenza di tutela della salute e lo svolgimento di un'altra prestazione lavorativa.

In sede giudiziale tale presunzione deve tuttavia essere verificata in concreto, esaminando il tipo di malattia e valutando se l'attività di fatto svolta presenti o meno identità o forte somiglianza con quella sospesa.

Pertanto, lo svolgimento di altra attività lavorativa da parte del dipendente assente per malattia può giustificare il recesso del datore di lavoro solo quando comporti la violazione dei doveri generali di correttezza e buona fede e degli specifici obblighi contrattuali di diligenza e fedeltà. Il recesso è legittimo anche nell'ipotesi in cui l'attività lavorativa esterna sia per sé sufficiente a far presumere l'inesistenza della malattia; tale situazione dimostra, infatti, una fraudolenta simulazione del lavoratore (Cass. 1.7.2005, n. 14046).

Trattamento economico a carico dell'INPS

In caso di malattia, se la legge non stabilisce forme equivalenti di previdenza o di assistenza, è dovuta al prestatore di lavoro la retribuzione o un'indennità nella misura e per il tempo determinati dalle leggi speciali, dagli usi o secondo equità (art. 2110 c.c.). Il lavoratore assente per malattia ha diritto alla conservazione del posto, secondo le modalità stabilite dalla legge (R.D.L. n. 1825/1924) e dalla contrattazione collettiva e ha diritto a un trattamento economico per il periodo di durata della malattia. Il trattamento economico di cui il dipendente ha diritto in parte è a carico dell'istituto previdenziale e in parte a carico del datore di lavoro.

Lavoratori beneficiari. Nell'ambito dei settori di appartenenza appresso indicati, hanno diritto all'indennità giornaliera di malattia i lavoratori appartenenti alle categorie indicate nella tabella seguente:



Settore	Lavoratori beneficiari
industria e artigianato	operai e categorie assimilate, compresi i lavoratori a domicilio
credito, assicurazione, servizi tributari appaltati	salariati
agricoltura	salariati fissi e assimilati a contratto annuo; salariati fissi con contratto inferiore all'anno; braccianti fissi o obbligati; braccianti (o giornalieri di campagna) avventizi e assimilati; compartecipanti e piccoli coloni.
Altri soggetti aventi diritto	
<p>Lavoratori assunti con contratto di formazione e lavoro il cui riferimento è oggi da intendersi nei confronti dei lavoratori assunti con contratto di inserimento. A tale contratto si applica, in quanto compatibile, la disciplina dei contratti a termine (art. 58, D.Lgs. 10.9.2003, n. 276 che rinvia al D.Lgs. 6.9.2001, n. 368). Pertanto la tutela previdenziale di malattia è riconosciuta a seconda del settore e della qualifica di appartenenza, coerentemente con le norme generali previste per i lavoratori assunti a tempo determinato (INPS, circ. 13.3.2006, n. 41 e 27.3.1986, n. 20; msg. 7.5.1986, n. 8091).</p> <p>Inoltre, a decorrere dall'1.1.2007, sono inclusi:</p> <ul style="list-style-type: none">– gli apprendisti di tutti i settori (INPS, circ. 43/2007), la cui tutela veniva peraltro accordata da molti contratti collettivi a totale carico del datore di lavoro (art. 1, c. 773, legge 27.12.2006, n. 296);– i lavoratori parasubordinati e assimilati iscritti alla Gestione separata INPS (collaboratori coordinati e continuativi e collaboratori a progetto) purché non iscritti ad altre forme di assicurazione obbligatoria e non pensionati (art. 1, co. 788, legge 27.12.2006, n. 296). A tali ultimi lavoratori anche prima dell'1.1.2007 era riconosciuta l'indennità per la sola degenza ospedaliera. <p>La tutela per la malattia è inoltre estesa ai lavoratori dello spettacolo e ai lavoratori dipendenti da aziende esercenti pubblici servizi di trasporto.</p>	
Lavoratori esclusi	
<ul style="list-style-type: none">– Impiegati dell'industria, del credito, delle assicurazioni e dei servizi tributari appaltati– Portieri e impiegati dipendenti di proprietari di stabili– Viaggiatori e piazzisti– Lavoratori domestici– Dipendenti da partiti politici e associazioni sindacali– Dipendenti degli enti pubblici– Dirigenti	

Modalità di erogazione. L'indennità a carico dell'INPS viene erogata secondo le seguenti modalità:

1. *anticipazione datore di lavoro*, a decorrere dall'1.1.1980, il trattamento economico di malattia è corrisposto a cura del datore di lavoro, all'atto della corresponsione della retribuzione per il periodo di paga di riferimento durante il quale il lavoratore ha ripreso l'attività lavorativa restando fermo l'obbligo, per il datore di lavoro, di corrispondere anticipazioni a norma dei contratti collettivi, in ogni caso, non inferiori al 50% della retribuzione del mese precedente, salvo conguaglio (legge n. 33/1980). Il datore di lavoro deve comunicare nella denuncia UNIEMENS 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 detti trattamenti con quelli dei contributi e delle altre somme dovute all'Istituto



predetto secondo le disposizioni previste in materia di assegni familiari, in quanto compatibili. Le prestazioni di malattia indebitamente erogate al lavoratore e poste a conguaglio sono recuperate 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'Istituto, che provvederà direttamente al relativo recupero (D.L. 30.12.1979, n. 663, convertito in legge 29.2.1980, n. 33);

2. *pagamento diretto da parte 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 dal lavoro che non usufruiscono del trattamento di CIG; per gli iscritti alla gestione separata INPS (D.L. 30.12.1979, n. 663, convertito in legge 29.2.1980, n. 33 e art. 1, c. 788, legge 27.12.2006, n. 296).

Decorrenza dell'indennità. L'indennità giornaliera spetta dal 4° giorno di malattia (il primo periodo di 3 giorni non è indennizzabile dall'INPS e viene definito periodo di "carenza") e fino al 180° giorno di malattia. Il 4° giorno di malattia viene computato dalla data di inizio dell'evento morboso che, normalmente, coincide con la data di rilascio della relativa certificazione. È ammessa 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 ...". Nel caso in cui la data di inizio malattia retroagisca di oltre 1 giorno rispetto alla data di rilascio della certificazione medica, l'indennità di malattia decorrerà comunque al massimo dal giorno precedente quello del rilascio e pertanto i giorni antecedenti non saranno indennizzati.

Inoltre, se nella certificazione medica non risulta la data di inizio malattia, la decorrenza dell'indennità sarà quella coincidente con la data del rilascio del certificato medico.

Esempio

Decorrenza dell'indennità

Esempio n. 1

Dichiara di essere ammalato dal: 12 febbraio

Data rilascio certificato medico: 12 febbraio

Prognosi clinica a tutto il: 17 febbraio

Decorrenza indennità: (12-13-14 febbraio carenza) 15 febbraio – 17 febbraio

Esempio n. 2

Dichiara di essere ammalato dal: 12 febbraio

Data rilascio certificato medico: 13 febbraio

Prognosi clinica a tutto il: 17 febbraio

Decorrenza indennità: (12-13-14 febbraio carenza) 15 febbraio – 17 febbraio

Esempio n. 3

Dichiara di essere ammalato dal: 12 febbraio

Data rilascio certificato medico: 15 febbraio

Prognosi clinica a tutto il: 17 febbraio

Decorrenza indennità: (14-15-16 febbraio carenza) 17 febbraio – 17 febbraio



Giornate indennizzabili. L'indennità economica di malattia compete ai lavoratori aventi diritto nelle modalità indicate nella tabella che segue:

Modalità di indennizzo delle giornate di malattia

Giornate indennizzabili	<ul style="list-style-type: none">▪ agli impiegati e quadri del settore terziario vengono indennizzati tutti i giorni del periodo di malattia compresi:<ol style="list-style-type: none">1. i sabati in caso di settimana corta,2. le domeniche;3. e le festività cadenti nel giorno feriale.Sono invece escluse le festività coincidenti con la domenica. ▪ agli operai compresi gli agricoli vengono indennizzati tutti i giorni del periodo di malattia compresi:<ol style="list-style-type: none">1. i sabati in caso di settimana corta.Sono invece escluse:<ol style="list-style-type: none">1. le domeniche,2. le festività cadenti nel giorno feriale,3. le festività coincidenti con la domenica.Ai lavoratori sacristi l'indennità spetta per le giornate incluse nel periodo di malattia ivi comprese le festività nazionali e infrasettimanali, con esclusione del mercoledì, considerato come giorno convenzionale di riposo.
Giornate non indennizzabili	<ul style="list-style-type: none">▪ di carenza (primi tre giorni di malattia),▪ quelle corrispondenti alla tardata e/o mancata certificazione e sanzionate per assenza alla visita domiciliare;

Le festività infrasettimanali non più considerate festive per effetto della legge 5.3.1977, n. 54 e successive modificazioni (**Ascensione, Corpus Domini, 19 marzo, 29 giugno, 4 novembre**) sono indennizzabili solo se le stesse sono normalmente lavorate e retribuite (per le stesse non viene cioè corrisposto, oltre al compenso per il lavoro svolto, un ulteriore emolumento pari al trattamento dovuto per i giorni festivi) (INPS, circ. n. 95bis/2006).

Nell'eventualità che dette giornate coincidano con la domenica, si applicheranno ovviamente le disposizioni vigenti per le domeniche stesse (non indennizzabilità per gli operai, corresponsione dell'indennità per gli impiegati).

La situazione non è infatti equiparabile alle "festività infrasettimanali coincidenti con la domenica" – non indennizzabili neanche agli impiegati – avendo le giornate in questione perso, per effetto della legge sopra citata, la connotazione di "festività".

L'art. 6, c. 2, legge n. 138/1943, precisa che l'indennità non è dovuta per le giornate in cui il lavoratore ammalato percepisce dal datore un trattamento economico, non integrativo della indennità di malattia, di importo pari o superiore a quello previdenziale. Pertanto per i datori di lavoro che corrispondono per contratto ai propri dipendenti nella prima successiva domenica del mese considerato (es. 4 novembre) il compenso aggiuntivo relativo alla festività soppressa cadente in un giorno feriale lavorativo, al lavoratore assente per malattia nel giorno ex festivo stesso spetterà, per tale giorno, in quanto normalmente retribuito, il trattamento previdenziale e, nel caso in cui il lavoratore sia un impiegato, la domenica non sarà indennizzabile.

Periodo massimo indennizzabile. L'indennità di malattia è dovuta per le giornate indennizzabili comprese in un periodo massimo di 180 giorni di malattia in un anno solare. 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 ecc.).

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



- l’astensione dal lavoro per maternità sia obbligatoria che facoltativa;
- la malattia causata da infortunio sul lavoro;
- la malattia professionale;
- la malattia tubercolare;
- la malattia causata da fatto di terzi per i quali l’INPS abbia esperito, con esito positivo, anche se parziale, l’azione di surrogazione.

Nel caso di malattia insorta nel corso di un anno solare e protrattasi, senza interruzione, nell’anno solare successivo trova applicazione il principio per il quale le giornate della malattia devono essere attribuite, ai fini del computo del periodo massimo indennizzabile, ai rispettivi anni solari. Per stabilire se e quali giornate della malattia a cavaliere debbano essere indennizzate è opportuno tenere distinte le giornate della malattia cadenti nell’anno di insorgenza da quelle cadenti nell’anno successivo. In particolare, quando nell’anno di insorgenza dell’evento non è stato raggiunto il massimo assistibile annuo, la malattia in corso al 31 dicembre è autonomamente 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 alla permanenza del rapporto, con oneri retributivi, sia pure limitati, a carico del datore di lavoro (INPS, circ. n. 145/1993).

Continuazione e ricaduta. Nel caso in cui il lavoratore risulti ancora ammalato al termine del periodo di prognosi previsto nel primo certificato, egli dovrà produrre una nuova e ulteriore certificazione per la continuazione della malattia.

Come nel caso del primo certificato, anche quello della continuazione deve essere rilasciato il primo giorno della continuazione oppure al massimo il giorno successivo. Le giornate anteriori alla citata data del rilascio tardivo sono da considerarsi come non documentate e quindi non indennizzabili (INPS, circ.15.7.1996, n. 147). In caso di ricaduta nella stessa malattia o altra conseguenziale intervenuta entro 30 giorni dalla data di guarigione della malattia precedente, l’indennità spetta dal 1° giorno. In tale caso non trova applicazione la carenza e i giorni della nuova malattia si sommano a quelli già sofferti in precedenza, sia ai fini del raggiungimento dei 180 giorni indennizzabili, sia ai fini della misura dell’indennità.

Misura dell’indennità. L’indennità di malattia spetta nella misura delle percentuali di seguito indicate, da calcolarsi sulla retribuzione media globale giornaliera.

Misura dell’indennità di malattia: percentuali

a. dal 4° al 20° giorno di malattia	50% per gli operai (compresi agricoli), salariati e impiegati del settore terziario; 80% per i dipendenti di pubblici esercizi e laboratori di pasticceria non artigiani
b. dal 21° giorno fino al 180° giorno	60% per i dipendenti delle imprese dello spettacolo; 66,66% per gli operai (compresi agricoli), salariati e impiegati del settore terziario; 80% per i dipendenti di pubblici esercizi e laboratori di pasticceria non artigiani; 80% per i dipendenti delle imprese dello spettacolo

Ricovero ospedaliero – In caso di ricovero ospedaliero, per i lavoratori non aventi familiari a carico, l’indennità giornaliera è ridotta ai 2/5 delle misure sopra riportate. Il giorno di dimissione dal luogo di cura deve essere indennizzato in misura normale. La vivenza a carico dei familiari deve essere attestata dal lavoratore mediante la presentazione al datore di lavoro



di una dichiarazione di responsabilità (INPS, circ. n. 263 del 27.12.1988 – Mod. FC/Mal). In mancanza di dichiarazione l'indennità di malattia relativa al periodo di ricovero sarà erogata in misura ridotta. Sarà onere del lavoratore comunicare per iscritto al datore di lavoro il venir meno del carico familiare. Si intende a carico il familiare che possieda redditi inferiori a quelli previsti per l'erogazione degli assegni familiari di base.

Retribuzione media globale giornaliera. L'indennità giornaliera di malattia è dovuta in misura percentuale della retribuzione media globale giornaliera percepita dal lavoratore. Pertanto per poter applicare le percentuali di cui sopra sarà necessario individuare la retribuzione su cui applicarle.

Retribuzione media globale giornaliera per gli operai a ore. Per la determinazione della retribuzione media globale giornaliera dei lavoratori con qualifica di operai retribuiti a ore è necessario:

- a. determinare la retribuzione lorda imponibile percepita per il mese (se il periodo di paga è mensile) o per le 4 settimane (se il periodo di paga è settimanale) immediatamente precedenti l'inizio della malattia. Se il lavoratore non può far valere un mese (o 4 settimane) di lavoro deve prendersi in considerazione la retribuzione spettante per il periodo di lavoro prestato;
- b. determinare il numero delle giornate lavorate o comunque retribuite comprese nel mese o nelle 4 settimane considerate: giornate effettivamente lavorate, festività godute, ferie godute, permessi retribuiti, nonché la 6^a giornata in caso di settimana corta, ferma restando l'esclusione delle eventuali giornate di malattia anche se per tali giornate il lavoratore ha percepito una retribuzione a integrazione dell'indennità di malattia. Il numero delle seste giornate è calcolato moltiplicando il numero delle giornate lavorate o comunque retribuite per il coefficiente 0,20;
- c. determinare il rateo mensile (anche se il periodo di paga è settimanale) lordo degli emolumenti a carattere ricorrente non facenti parte della retribuzione mensile o settimanale (13^a mensilità, premi ecc.);
- d. dividere l'importo di cui alla lettera a. per il numero delle giornate di cui alla lettera b.
- e. dividere l'importo di cui alla lettera c. 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.

Retribuzione media giornaliera per gli operai mensilizzati. Per la determinazione della retribuzione media globale giornaliera dei lavoratori con qualifica di operai con retribuzione fissa mensile è necessario:

1. determinare la retribuzione lorda imponibile percepita per il mese (se il periodo di paga è mensile) o per le 4 settimane (se il periodo di paga è settimanale) immediatamente precedenti l'inizio della malattia;
2. determinare il rateo mensile (anche se il periodo di paga è settimanale) lordo degli emolumenti a carattere ricorrente non facenti parte della retribuzione mensile o settimanale (13^a mensilità, premi ecc.);
3. dividere l'importo di cui al numero 1. per il coefficiente 26;
4. dividere l'importo di cui al numero 2. per 25;
5. sommare gli importi risultanti dalle divisioni di cui ai numeri 3. e 4.

Il dato ottenuto costituisce la retribuzione media globale giornaliera da prendere a base per il calcolo dell'indennità giornaliera di malattia.

Se il lavoratore non può far valere un mese (o 4 settimane) di lavoro (per esempio per recente assunzione, malattia, maternità, infortunio, aspettativa non retribuita ecc) la retribuzione media giornaliera verrà determinata nel seguente modo:

- a. determinare la retribuzione lorda imponibile spettante per il periodo di lavoro prestato, escludendo l'eventuale importo a titolo di integrazione;
- b. determinare il numero delle giornate cadenti nel periodo lavorato escludendo, dal coefficiente numerico 26, le giornate di malattia, maternità, infortunio o assenze non retribuite;



- c. determinare il rateo mensile (anche se il periodo di paga è settimanale) lordo degli emolumenti a carattere ricorrente non facenti parte della retribuzione mensile o settimanale (13^a mensilità, premi ecc.);
- d. dividere l'importo di cui alla lettera a. per i giorni di cui alla lettera b.;
- e. dividere l'importo di cui alla lettera c. per 25;
- f. sommare gli importi risultanti dalle divisioni di cui alle lettere d. ed e.

Retribuzione media globale giornaliera per gli impiegati. Per la determinazione della retribuzione media globale giornaliera degli addetti al terziario con qualifica di impiegati è necessario:

1. determinare la retribuzione lorda percepita dal lavoratore per il mese precedente quello di inizio della malattia;
2. determinare il rateo mensile lordo degli emolumenti a carattere ricorrente non facenti parte della retribuzione corrente mensile (13^a e altre eventuali mensilità, premi ecc.);
3. sommare gli importi di cui ai precedenti numeri 1. e 2. 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, maternità o assente senza diritto alla retribuzione non ha compiuto l'intero mese di attività (INPS, circ. 21.12.1982, n. 134397 AGO/257), per la determinazione della Retribuzione media globale giornaliera è necessario:

- a. determinare la retribuzione lorda imponibile spettante per il periodo di lavoro prestato, escludendo l'eventuale importo a titolo di integrazione;
- b. determinare il numero delle giornate cadenti nel periodo lavorato escludendo, dal coefficiente numerico 30, le giornate di malattia, infortunio, maternità o giorni di assenza non retribuita;
- c. determinare il rateo mensile (anche se il periodo di paga è settimanale) lordo degli emolumenti a carattere ricorrente non facenti parte della retribuzione mensile o settimanale (13^a mensilità, premi ecc.);
- d. dividere l'importo di cui alla lettera a. per i giorni di cui alla lettera b.;
- e. dividere l'importo di cui alla lettera c. per 30;
- f. sommare gli importi risultanti dalle divisioni di cui alle lettere d. ed e.

Retribuzione media globale giornaliera per i lavoratori part-time. Ai sensi del D.Lgs. n. 61/2000 per lavoro a tempo parziale si intende il rapporto di lavoro caratterizzato da un orario di lavoro, fissato dal contratto individuale, che risulti comunque inferiore rispetto all'orario di lavoro a tempo pieno.

In virtù del principio di non discriminazione il lavoratore a tempo parziale beneficia dei medesimi diritti di un dipendente a tempo pieno comparabile e il relativo trattamento economico di malattia è riproporzionato in ragione della ridotta entità della prestazione lavorativa.

La necessità del riproporzionamento in questione si pone soltanto per i casi di rapporto di lavoro a tempo parziale di tipo verticale e misto, in quanto nel part-time di tipo solo orizzontale il riproporzionamento suddetto è insito nella dinamica del rapporto medesimo, essendo il trattamento economico previdenziale di per sé rapportato all'effettiva entità della retribuzione (già ridotta) percepita.

Pertanto per i lavoratori a tempo parziale di tipo orizzontale valgono le regole generali di cui sopra per i lavoratori a tempo pieno.

Per i lavoratori a tempo parziale verticale o misto (INPS, circ. n. 41/2006), invece, il riproporzionamento avviene in considerazione del numero delle ore di lavoro effettuate nel periodo di paga immediatamente precedente; questa circostanza può creare disparità di trattamento, considerato che la predetta retribuzione può essere comprensiva (o meno) di determinati emolumenti legati a particolari modalità di svolgimento dell'attività (lavoro straordinario, festivo ecc.) e specifici del solo mese considerato.



Al fine di evitare conseguenze di iniquità nella tipologia di lavoro di cui trattasi, sono perciò necessari alcuni accorgimenti correttivi nella determinazione della retribuzione media giornaliera (si veda tabella che segue).

Retribuzione media giornaliera - Accorgimenti correttivi

Periodo di riferimento	Anziché il periodo di paga quadrisettimanale o mensile scaduto e immediatamente precedente all'inizio dell'evento di malattia si prendono a riferimento i 12 mesi precedenti l'inizio dell'evento di malattia.
Retribuzione di riferimento	La retribuzione prevista nei 12 mesi precedenti l'inizio dell'evento di malattia, computando nella retribuzione anche le indennità di trasferta e i ratei di mensilità aggiuntive.
RMG impiegati	Divisione della retribuzione di riferimento per il numero delle giornate indennizzabili in via convenzionale nell'anno pari 360 giorni.
RMG operai	– Divisione della retribuzione di riferimento, al netto dei ratei di mensilità aggiuntive, per 312 (26 giornate moltiplicate 12 mesi) – Divisione dei ratei di mensilità aggiuntive per 300 (25 giornate moltiplicate 12 mesi) – Somma dei due risultati così ottenuti.

In merito all'indennizzabilità dei periodi di malattia si precisa quanto segue:

– le malattie che iniziano durante una fase di previsto lavoro sono indennizzabili, entro il limite massimo assistibile, per l'intera durata cioè anche per le eventuali giornate che si collocano in periodi in cui non era previsto svolgimento di attività. L'indennità, calcolata sulla retribuzione media giornaliera come sopra riproporzionata, è dovuta, nelle percentuali previste, in misura intera (50% oppure 66,66%);

– relativamente alle malattie che iniziano durante un periodo di pausa contrattuale, occorre distinguere:

a. eventi morbosi che iniziano dopo l'inizio della pausa, ma entro 60 gg. o 2 mesi dall'ultimo lavorato, in conformità a quanto ordinariamente previsto per i lavoratori disoccupati o sospesi, l'indennità, calcolata sulla retribuzione media giornaliera riproporzionata come sopra, è dovuta, entro il limite massimo assistibile, in misura ridotta pari a 2/3 delle misure normali (2/3 del 50% oppure 2/3 del 66,66%), anche per le eventuali giornate in cui era previsto lavoro;

b. eventi morbosi che iniziano dopo 60 giorni o 2 mesi dall'ultimo lavorato prima della pausa, l'indennità, calcolata sulla retribuzione media giornaliera riproporzionata, spetta, invece, in misura intera, ma per le sole giornate di malattia incluse nei periodi di previsto lavoro (sono escluse quindi quelle comprese nelle pause contrattuali);

– relativamente alle malattie insorte entro 60 giorni o 2 mesi dall'ultimo lavorato seguito da cessazione del rapporto di lavoro a tempo indeterminato, l'indennità, calcolata sulla retribuzione media giornaliera riproporzionata, spetta, in misura ridotta a 2/3, per tutte le giornate di malattia successive, entro il limite massimo annuo previsto;

– nessuna indennità spetta invece trascorsi 60 giorni o 2 mesi dall'ultimo lavorato seguito da cessazione del rapporto di lavoro a tempo indeterminato o dopo l'ultimo giorno del rapporto a tempo determinato.

Variazioni di orario (INPS, circ. n. 182/1997), nei casi in cui il rapporto di lavoro subisca delle variazioni di orario passando da tempo parziale a tempo pieno e viceversa, determinando conseguentemente delle variazioni anche della retribuzione di riferimento su cui calcolare la retribuzione media giornaliera, per il calcolo di quest'ultima sarà necessario ridimensionare la retribuzione media giornaliera del mese precedente l'evento, ricavata con le consuete modalità, 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. In caso di variazione da part-time a full time si dovrà procedere secondo i seguenti passaggi:



- a. determinare la RMG del mese precedente (part-time);
- b. determinare il numero delle ore medie lavorative giornaliere da parttime;
- c. dividere la RMG part-time per il risultato della lettera b.;
- d. determinare il numero delle ore medie lavorative giornaliere da full time;
- e. moltiplicare il risultato della lettera c. per il risultato di cui alla lettera d..

Esempio

Variazione da part-time a full time

Operaio che passa da un orario di 20 ore settimanali a 40 ore settimanali

- a. RMG part time: € 35,00
- b. $20 : 6$ (per gli operai si esclude la domenica) = 3,3333
- c. $€ 35,00 : 3,3333 = € 10,50$
- d. $40 : 6$ (per gli operai si esclude la domenica) = 6,6666
- e. RMG fulltime: $€ 10,50 \times 6,6666 = € 70,00$

Impiegato che passa da un orario di 20 ore settimanali a 40 ore settimanali

- a. RMG part time: € 35,00
- b. $20 : 7$ (per gli impiegati si include anche la domenica) = 2,8571
- c. $€ 35,00 : 2,8571 = € 12,25$
- d. $40 : 7$ (per gli impiegati si include anche la domenica) = 5,7142
- e. RMG full time: $€ 12,25 \times 5,7142 = € 70,00$

In caso di variazione da full time a part-time, si dovrà procedere secondo i seguenti passaggi:

- a. determinare la RMG del mese precedente (full time);
- b. determinare il numero delle ore medie lavorative giornaliere da full time;
- c. dividere la RMG full time per il risultato della lettera b.;
- d. determinare il numero delle ore medie lavorative giornaliere da part-time;
- e. moltiplicare il risultato della lettera c) per il risultato di cui alla lettera d.

Variazione da full time a part-time

Operaio che passa da un orario di 40 ore settimanali a 20 ore settimanali

- a. RMG full time: € 63,00
- b. $40 : 6$ (per gli operai si esclude la domenica) = 6,6666
- c. $€ 63,00 : 6,6666 = € 9,45$
- d. $20 : 6$ (per gli operai si esclude la domenica) = 3,3333
- e. RMG part time: $€ 9,45 \times 3,3333 = € 31,50$

Impiegato che passa da un orario di 40 ore settimanali a 20 ore settimanali

- a. RMG full time: € 63,00
- b. $40 : 7$ (per gli impiegati si include anche la domenica) = 5,7142
- c. $€ 63,00 : 5,7142 = € 11,03$
- d. $20 : 7$ (per gli impiegati si include anche la domenica) = 2,8571
- e. RMG part time: $€ 11,03 \times 2,8571 = € 31,50$

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

Rapporti di lavoro a tempo determinato. In relazione ai lavoratori con contratto di lavoro a tempo determinato devono essere osservate, oltre alle disposizioni valevoli per la generalità dei lavoratori dipendenti, ulteriori condizioni introdotte dall'art. 5, D.L. n. 463/1983 (convertito nella legge n. 638/1983). In particolare il provvedimento ha evidenziato i casi di:



a. Cessazione del contratto a termine, il comma 2 del citato art. 5 stabilisce che non possono essere corrisposti trattamenti economici e indennità economiche di malattia per periodi successivi alla cessazione del rapporto di lavoro. Pertanto i datori di lavoro potranno anticipare l'indennità economica per conto dell'INPS fino al giorno di scadenza del rapporto di lavoro a termine;

b. Limiti all'erogazione, l'indennità economica di malattia è corrisposta per un periodo non superiore a quello dell'attività lavorativa nei 12 mesi immediatamente precedenti la malattia, fermo restando il limite dei 180 giorni nell'anno solare.

c. Nel "periodo di attività lavorativa", cui commisurare temporalmente il trattamento di malattia, debbono intendersi compresi, oltre ai periodi di cassa integrazione e di interdizione obbligatoria dal lavoro per maternità, le ferie e le altre giornate comunque retribuite e le giornate di riposo settimanale (comprese le "seste giornate", in caso di "settimana corta") cadenti tra 2 giorni lavorati o retribuiti.

In mancanza di specifiche disposizioni in via amministrativa si ritiene che il periodo di attività lavorativa possa coincidere con la durata di "calendario" del rapporto di lavoro salva l'esclusione degli eventi non retribuiti (esempio sciopero, aspettative non retribuite) o non compresi tra quelli sopra elencati.

La limitazione non è stabilita per anno solare: il computo dei periodi indennizzabili deve essere, perciò, effettuato per ogni evento morboso (alla data iniziale della malattia), con la conseguenza che per ogni successivo e diverso episodio morboso potrà essere percepita l'indennità per un periodo pari a quello lavorato nei 12 mesi precedenti, nel rispetto dell'ordinario periodo massimo indennizzabile per anno solare.

Il datore di lavoro non può corrispondere l'indennità per un numero di giornate superiori a quelle prestate alle proprie dipendenze; in tale ipotesi, per le giornate ulteriormente indennizzabili, vi provvede direttamente l'INPS.

Nel caso in cui il lavoratore a tempo determinato, nei 12 mesi immediatamente precedenti, non possa far valere periodi lavorativi superiori a 30 giorni, il trattamento economico e l'indennità di malattia sono concessi per un periodo massimo di 30 giorni nell'anno solare; in tal caso, però, l'indennità economica di malattia è corrisposta, previa comunicazione del datore di lavoro, direttamente dall'INPS (art. 5, c. 3, D.L. n. 463/1983) e non dal datore di lavoro.

Trattamento economico a carico del datore di lavoro

La contrattazione collettiva, di norma, stabilisce che ai dipendenti in malattia debba essere assicurata la retribuzione totale o parziale che il dipendente avrebbe percepito se non si fosse verificato l'evento morboso. Nel caso dei soggetti non beneficiari dell'indennità a carico dell'INPS la suddetta retribuzione è a totale carico del datore e dovrà essere erogata nelle misure previste dalla contrattazione collettiva stessa. Per i soggetti beneficiari dell'indennità economica a carico dell'INPS, la suddetta retribuzione viene garantita attraverso l'integrazione dell'indennità economica di malattia a carico dell'Istituto.

In alcuni casi tali integrazioni, anche se corrisposte dal datore di lavoro, sono poste a carico di fondi o casse istituiti dalla suddetta contrattazione collettiva (esempio Cassa edile per gli operai del settore edile).

Generalmente i CCNL stabiliscono che l'integrazione della malattia a carico del datore di lavoro non è dovuta per i giorni in cui l'INPS non corrisponda l'indennità di malattia; pertanto, ad esempio, se l'INPS non indennizza delle giornate perché vi è stato un ritardo nell'invio del certificato, si ritiene che anche il datore di lavoro per quelle stesse giornate non sia tenuto a erogare l'integrazione anche se a lui la certificazione è pervenuta nella corretta tempistica.

Altri periodi a totale carico del datore di lavoro sono i primi 3 giorni di malattia (carenza). Per le festività cadenti durante il periodo di malattia, il datore di lavoro deve garantire l'intera retribuzione; pertanto nel caso di impiegati, vista l'indennizzabilità della festività da parte dell'INPS, il datore interviene integrando la totale retribuzione spettante; invece nel caso



degli operai, vista la non indennizzabilità delle festività da parte dell'INPS, l'intera retribuzione spettante è a totale carico del datore di lavoro.

Lordizzazione. La retribuzione che la contrattazione collettiva intende assicurare durante i periodi di malattia generalmente è quella netta; a tal fine il datore deve procedere con la cosiddetta **lordizzazione**. La lordizzazione, legittima solo se espressamente prevista dal CCNL, è una procedura che permette di rendere omogeneo e confrontabile l'importo a carico INPS con il trattamento economico complessivo che il datore deve garantire durante il periodo di malattia e in particolare di rimuovere la differenza di trattamento economico tra i lavoratori in attività con i lavoratori in malattia.

Difatti l'indennità a carico INPS è un importo netto, nel senso che il datore non deve operare su tale somma alcuna trattenuta contributiva; quindi, se il calcolo dell'integrazione a carico del datore fosse determinato attraverso la semplice differenza tra la quota garantita dal contratto e l'importo corrisposto dall'INPS, il dipendente in malattia riceverebbe un importo netto superiore alla retribuzione garantita. Per evitare questa anomalia occorre determinare l'integrazione sottraendo, dall'importo lordo che il datore deve garantire, l'indennità di malattia a carico dell'INPS integrata dei contributi, ossia lordizzata dei contributi.

La lordizzazione dell'indennità di malattia a carico INPS è determinata secondo la seguente formula:

$$\text{Indennità INPS} : (100 - \text{aliquota contributiva carico dipendente}) = X : 100$$

$$X = \frac{\text{Indennità INPS} \times 100}{(100 - \text{aliquota contributiva carico dipendente})}$$

Integrazione datore = Retrib. lorda di diritto – Indennità di malattia lordizzata (X)

Esempio

Integrazione a carico del datore di lavoro

Con lordizzazione

Indennità malattia carico INPS: 800,00

Retribuzione lorda di diritto: 950,00

Aliquota contributiva carico dipendente: 9,19

Indennità di malattia INPS lordizzata: $800 \times \frac{100}{(100 - 9,19)} = 880,96$

Integrazione carico datore di lavoro = $950,00 - 880,96 = 69,04$

Senza lordizzazione

Indennità malattia carico INPS: 800,00

Retribuzione lorda di diritto: 950,00

Integrazione carico datore di lavoro = $950,00 - 800,00 = 150,00$

Nei casi in cui l'indennità di malattia INPS è superiore alla retribuzione che il datore deve corrispondere al lavoratore ai sensi del CCNL, non ci sarà alcuna integrazione da parte dello stesso datore e pertanto il dipendente riceverà solo il trattamento a carico INPS.



Malattia per i lavoratori parasubordinati

La tutela previdenziale per i lavoratori parasubordinati non è stata sempre assicurata dall'ordinamento giuridico.

Infatti l'unica tutela prevista, a distanza comunque di qualche anno dall'entrata in vigore della legge n. 335/1995, era quella relativa alla malattia a seguito di ricovero ospedaliero (art. 51, c. 1, lett. d, legge n. 488/1999).

Degenza ospedaliera. In attuazione di tale ultima disposizione è stato emanato il D.M. 12.1.2001 (pubblicato sulla *Gazzetta Ufficiale* 26.3.2001, n. 71) che ha dettato la disciplina, a decorrere dall'1.1.2000, per la tutela relativa alla malattia in caso di degenza ospedaliera. In via amministrativa l'INPS ha emanato la circolare n. 147 del 23.7.2001 nella quale ha illustrato le modalità di riconoscimento dell'indennità e l'ammontare della stessa per le degenze iniziate negli anni 2000 e 2001.

Successivamente, l'istituto con la circolare n. 81 del 16.4.2002 ha reso noti gli importi dell'indennità riferiti alle degenze iniziate nel 2002.

La fruizione della prestazione previdenziale è accordata tuttavia non alla generalità dei lavoratori parasubordinati ma soltanto a coloro che non risultano contemporaneamente iscritti ad altra gestione pensionistica obbligatoria e che non sono già titolari di pensione.

Trattasi in sostanza dei soggetti per i quali è prevista l'applicazione del contributo dello 0,5% istituito dall'art. 59, c. 16, legge 27.12.1997, n. 449 (pubblicata sul Supplemento Ordinario alla *Gazzetta Ufficiale* 30.12.1997, n. 302).

Le condizioni previste dalle vigenti disposizioni, affinché il lavoratore parasubordinato possa accedere alla tutela in argomento, sono le seguenti:

- nei 12 mesi che precedono la data iniziale del ricovero risultino attribuiti, cioè accreditati, almeno 3 mesi anche non continuativi di contribuzione;
- nell'anno solare che precede quello in cui è iniziato l'evento, il reddito individuale assoggettato a contributo alla predetta gestione separata non sia superiore al 70% del massimale contributivo di cui all'art. 2, c. 18, legge 8.8.1995, n. 335, valido per lo stesso anno.

Dopo l'entrata in vigore della norma sono stati forniti dall'istituto previdenziale alcuni chiarimenti finalizzati all'applicazione della prestazione. Si tratta in particolare:

- della gestione del periodo transitorio ossia degli eventuali periodi di degenza iniziati nel 1999 e ancora in essere alla data di entrata in vigore della legge (1.1.2000): l'INPS con circolare n. 147 del 23.7.2001 ha spiegato che l'indennità, in presenza delle predette condizioni, spetta anche se gli eventi sono iniziati prima dell'entrata in vigore della legge. Tuttavia, l'indennità dovrà essere riconosciuta a decorrere dallo stesso 1.1.2000. Per il rispetto delle condizioni previste la circolare n. 147 ha precisato che il reddito individuale da prendere a riferimento sarà quello dell'anno 1999, in quanto l'evento è da considerare, ai presenti fini, come se fosse iniziato nell'anno 2000;

- coincidenza del ricovero con un periodo di maternità: con circolare 29.7.2002, n. 138 l'INPS ha chiarito che l'indennità per malattia non spetta nel caso in cui il ricovero ospedaliero, per qualsiasi motivo, si sia verificato durante il periodo indennizzabile per maternità; infatti, in quest'ultimo caso alla collaboratrice spetta esclusivamente la prestazione di maternità. Tuttavia, nell'eventualità in cui il trattamento di maternità risulti inferiore al trattamento dovuto per degenza ospedaliera la collaboratrice potrà fare richiesta della differenza.

Per quanto attiene al calcolo dell'indennità si segnala che l'importo effettivamente spettante varia a seconda della contribuzione accreditata nei dodici mesi precedenti il ricovero secondo la seguente modalità:

- all'8%, se nei dodici mesi precedenti la data di inizio del ricovero risultano accreditate da tre a quattro mensilità di contribuzione;
- al 12%, se nei dodici mesi precedenti la data di inizio del ricovero risultano accreditate da cinque a otto mensilità di contribuzione;
- al 16%, se nei dodici mesi precedenti la data di inizio del ricovero risultano accreditate da nove a dodici mensilità di contribuzione.



L'importo cui applicare le percentuali di cui sopra si ottiene dividendo per 365 il massimale contributivo valido per l'anno nel quale ha avuto inizio l'evento (pertanto se la degenza è a cavallo dell'anno la misura spettante è quella vigente nell'anno in cui ha avuto inizio il ricovero e per tutto il periodo dello stesso).

L'indennità spetta, su specifica richiesta dell'interessato, fino al massimo di 180 giorni nell'anno solare, per tutte le giornate di ricovero (comprese quella di dimissione e le festività) presso strutture ospedaliere pubbliche o private convenzionate con il Servizio Sanitario Nazionale. Sono indennizzabili anche i periodi di ricovero presso strutture ospedaliere estere, purché le relative degenze siano autorizzate o riconosciute a proprio carico dal SSN.

La richiesta pertanto dovrà essere fatta direttamente dal lavoratore parasubordinato alla Sede INPS territorialmente competente in ragione del proprio domicilio senza necessità di intervento da parte del committente.

Alla domanda, da predisporre su apposita modulistica, deve essere accompagnata la seguente documentazione:

1. copia del documento di identità del richiedente;
2. certificato di degenza ospedaliera e, in caso di ricovero all'estero, copia della preventiva autorizzazione o del rimborso effettuato da parte del servizio sanitario nazionale.

Al fine di velocizzare la gestione della pratica, il lavoratore parasubordinato può inoltre presentare copia delle dichiarazioni fiscali rese dal committente (modello CUD, modello 770, modello F24) che attestino i compensi percepiti e la contribuzione accreditata e versata.

Non sono dunque, applicabili le riduzioni previste in caso di ricovero per i lavoratori dipendenti senza familiari a carico, né l'istituto della carenza.

L'INPS ha precisato che in caso di day hospital sono applicabili i criteri forniti con circolare n. 192 del 7.10.1996. Al pari, sono applicabili gli indirizzi impartiti circa i limiti di indennizzabilità dei periodi di ricovero connessi all'effettuazione di interventi di chirurgia estetica (cfr. circolare n. 63 del 7.3.1991).

Il diritto alla prestazione si estingue entro il termine annuale vigente in materia di prestazioni economiche di malattia, termine decorrente dal giorno successivo alla dimissione, salvo idonei atti interruttivi.

Indennità di malattia per degenza ospedaliera

L'indennità degli eventi iniziati nell'anno 2000

Per l'anno 2000, in cui il massimale contributivo è risultato pari a lire 144.263.000, l'indennità sarà calcolata su lire 395.241 (lire

144.263.000 diviso 365) e corrisponderà, per ogni giornata indennizzabile, a:

- lire 31.619 (lire 395.241 x 8%) in caso di accrediti contributivi da 3 a 4 mesi;
- lire 47.429 (lire 395.241 x 12%) in caso di accrediti contributivi da 5 a 8 mesi;
- lire 63.239 (lire 395.241 x 16%) in caso di accrediti contributivi da 9 a 12 mesi.

L'indennità degli eventi iniziati nell'anno 2001

Per l'anno 2001, in cui il massimale contributivo è risultato pari a lire 148.014.000, l'indennità sarà calcolata su lire 405.518 (148.014.000

diviso 365) e corrisponderà, per ogni giornata indennizzabile, a:

- lire 32.441 (lire 405.518 x 8%) in caso di accrediti contributivi da 3 a 4 mesi;
- lire 48.662 (lire 405.518 x 12%) in caso di accrediti contributivi da 5 a 8 mesi;
- lire 64.883 (lire 405.518 x 16%) in caso di accrediti contributivi da 9 a 12 mesi.

L'indennità degli eventi iniziati nell'anno 2002

Per l'anno 2002, in cui il massimale contributivo è risultato pari a euro 78.507,00, l'indennità sarà calcolata su euro 215,09 (78.507,00

diviso 365) e corrisponderà, per ogni giornata indennizzabile, a:

- euro 17,21 (euro 215,09 x 8%) in caso di accrediti contributivi da 3 a 4 mesi;
- euro 25,81 (euro 215,09 x 12%) in caso di accrediti contributivi da 5 a 8 mesi;
- euro 34,41 (euro 215,09 x 16%) in caso di accrediti contributivi da 9 a 12 mesi

L'indennità degli eventi iniziati nell'anno 2003



Per l'anno 2003, in cui il massimale contributivo è risultato pari a euro 80.391,00, l'indennità sarà calcolata su euro 220,25 (80.391,00

diviso 365) e corrisponderà, per ogni giornata indennizzabile, a:

- euro 17,62 (euro 220,25 x 8%) in caso di accrediti contributivi da 3 a 4 mesi;
- euro 26,43 (euro 220,25 x 12%) in caso di accrediti contributivi da 5 a 8 mesi;
- euro 35,24 (euro 220,25 x 16%) in caso di accrediti contributivi da 9 a 12 mesi.

L'indennità degli eventi iniziati nell'anno 2004

Per l'anno 2004, in cui il massimale contributivo è risultato pari a euro 82.401,00, l'indennità sarà calcolata su euro 225,76 (82.401,00

diviso 365) e corrisponderà, per ogni giornata indennizzabile, a:

- euro 18,06 (euro 225,76 x 8%) in caso di accrediti contributivi da 3 a 4 mesi;
- euro 27,09 (euro 225,76 x 12%) in caso di accrediti contributivi da 5 a 8 mesi;
- euro 36,12 (euro 225,76 x 16%) in caso di accrediti contributivi da 9 a 12 mesi.

L'indennità degli eventi iniziati nell'anno 2005

Per l'anno 2005, in cui il massimale contributivo è risultato pari a euro 84.049,00, l'indennità sarà calcolata su euro 230,27 (84.049,00

diviso 365) e corrisponderà, per ogni giornata indennizzabile, a:

- euro 18,42 (euro 230,27 x 8%) in caso di accrediti contributivi da 3 a 4 mesi;
- euro 27,63 (euro 230,27 x 12%) in caso di accrediti contributivi da 5 a 8 mesi;
- euro 36,84 (euro 230,27 x 16%) in caso di accrediti contributivi da 9 a 12 mesi.

L'indennità degli eventi iniziati nell'anno 2006

Per l'anno 2006, in cui il massimale contributivo è risultato pari a euro 85.478,00, l'indennità sarà calcolata su euro 234,19 (85.478,00

diviso 365) e corrisponderà, per ogni giornata indennizzabile, a:

- euro 18,74 (euro 234,19 x 8%) in caso di accrediti contributivi da 3 a 4 mesi;
- euro 28,10 (euro 234,19 x 12%) in caso di accrediti contributivi da 5 a 8 mesi;
- euro 37,47 (euro 234,19 x 16%) in caso di accrediti contributivi da 9 a 12 mesi.

L'indennità degli eventi iniziati nell'anno 2007

Per l'anno 2007, in cui il massimale contributivo è risultato pari a euro 87.187,00, l'indennità sarà calcolata su euro 238,87 (87.187,00 diviso

365) e corrisponderà, per ogni giornata indennizzabile, a:

- euro 19,11 (euro 238,87 x 8%) in caso di accrediti contributivi da 3 a 4 mesi;
- euro 28,66 (euro 238,87 x 12%) in caso di accrediti contributivi da 5 a 8 mesi;
- euro 38,22 (euro 238,87 x 16%) in caso di accrediti contributivi da 9 a 12 mesi.

L'indennità degli eventi iniziati nell'anno 2008

Per l'anno 2008, in cui il massimale contributivo è risultato pari a euro 88.669,00, l'indennità sarà calcolata su euro 242,93 (88.669,00

diviso 365) e corrisponderà, per ogni giornata indennizzabile, a:

- euro 19,43 (euro 242,93 x 8%) in caso di accrediti contributivi da 3 a 4 mesi;
- euro 29,15 (euro 242,93 x 12%) in caso di accrediti contributivi da 5 a 8 mesi;
- euro 38,87 (euro 242,93 x 16%) in caso di accrediti contributivi da 9 a 12 mesi.

L'indennità degli eventi iniziati nell'anno 2009

Per l'anno 2009, in cui il massimale contributivo è risultato pari a euro 91.507,00, l'indennità sarà calcolata su euro 250,70 (91.507,00 diviso

365) e corrisponderà, per ogni giornata indennizzabile, a:

- euro 20,06 (euro 250,70 x 8%) in caso di accrediti contributivi da 3 a 4 mesi;
- euro 30,08 (euro 250,70 x 12%) in caso di accrediti contributivi da 5 a 8 mesi;
- euro 40,11 (euro 250,70 x 16%) in caso di accrediti contributivi da 9 a 12 mesi.

Malattia generica. Successivamente la legge finanziaria per il 2007 (legge n. 296/2006) ha introdotto, con decorrenza dal 1° gennaio 2007, una nuova tutela previdenziale, sempre a carico dell'INPS, a favore della categoria in commento.

È confermato (come già detto in relazione alla degenza ospedaliera) che la platea dei soggetti cui si applica la nuova tutela riguarda soltanto quei lavoratori iscritti alla gestione separata inps



e che non siano iscritti ad altra forma di previdenza obbligatoria ovvero che non siano titolari di pensione.

Tra i soggetti esclusi le c.d. "mini co.co.co." (cioè inferiori a 30 giorni di durata nell'anno solare e con un compenso inferiore a euro 5.000,00 con lo stesso committente) ai sensi dell'art. 61, c. 2, D.Lgs. n. 276/2003 e le altre categorie di iscritti alla Gestione separata c.d. "tipiche" quali quelle di amministratore, sindaco, revisore di società, associazioni e altri enti con o senza personalità giuridica, liquidatore di società, nonché i professionisti, i titolari di rapporti di "lavoro autonomo occasionale" di cui all'art. 2222 c.c., i venditori "porta a porta" e gli associati in partecipazione (INPS, msg. 22.5.2007, n. 12768).

La prestazione previdenziale riguarda tutte le ipotesi di insorgenza di una malattia, a partire dal 1° gennaio 2007 (sono pertanto esclusi gli eventi iniziati in data antecedente) senza necessità del ricovero ospedaliero; ai fini dell'indennizzabilità è inoltre richiesto che la collaborazione sia ancora in essere nel periodo di prognosi della malattia stessa.

La prestazione è soggetta a limitazioni, secondo i criteri che di seguito si espongono:

1. la durata della malattia non può essere superiore a 1/6 della durata complessiva del rapporto di lavoro;

L'INPS ha chiarito con circolare n. 76/2007 che per "durata complessiva del rapporto di lavoro" deve intendersi il numero delle giornate lavorate o comunque retribuite, nell'ambito dei rapporti di collaborazione in essere nei 12 mesi precedenti. Da questa condizione si ricava che il limite massimo di giorni di malattia indennizzabile nell'anno solare è pari a 61, calcolato come prodotto tra i giorni dell'anno (365 o 366) e 1/6;

2. la prestazione in ogni caso assicura la copertura per un periodo di malattia di durata non inferiore a 20 giorni nell'anno solare;

3. esclusione degli eventi morbosi di durata inferiore ai 4 giorni; questa limitazione va letta nel senso che gli eventi di durata complessiva pari o superiore ai 4 giorni devono essere completamente indennizzati per l'intera durata ovvero comprendendo anche i primi 3 giorni di malattia. La stessa logica si applica anche a quegli eventi che seppure di durata inferiore ai 4 giorni costituiscono ricaduta o continuazione di una precedente malattia.

Esempio

Limitazioni cui è soggetta la prestazione di malattia

Rapporti di collaborazione nei 12 mesi precedenti	Durata in giorni	Inizio malattia	Periodo massimo indennizzabile
Dal 1° maggio 2009 al 30 aprile 2010	365	1° maggio 2010	61 giorni
Dal 1° novembre 2009 al 30 aprile 2010	181	1° maggio 2010	30 giorni
Dal 15 gennaio 2010 al 28 febbraio 2010	44 giorni	1° marzo 2010	20 giorni per anno solare (si applica la misura minima garantita poiché $1/6$ di $44 = 7$)

L'accesso alla prestazione in commento avviene nel rispetto da parte del singolo lavoratore parasubordinato degli stessi requisiti contributivi e reddituali già individuati dal D.M. 12.1.2001 in materia di degenza ospedaliera:

- nei 12 mesi precedenti l'evento risultino attribuiti, cioè accreditati almeno 3 mesi, anche non continuativi, di contribuzione nella gestione separata;
- nell'anno solare che precede quello in cui è iniziato l'evento, il reddito individuale assoggettato a contributo presso la gestione separata non sia superiore al 70% del massimale contributivo di cui all'art. 2, c. 18, legge 8.8.1995, n. 335, valido per lo stesso anno.



In relazione alla prima condizione affinché si possa realizzare l'accredito mensile dei contributi è necessario il rispetto del minimale di reddito, nell'anno di riferimento, stabilito dalla legge n. 233/1990. Nella tabella di seguito il dettaglio degli importi minimi mensili negli anni dal 2007 al 2009.

Minimali di reddito

Anno	Minimale ex legge 233/90	Aliquota applicabile	Contributo annuale	Contributo mensile
2007	Euro 13.598,00	23,50% (*)	Euro 3.195,53	Euro 266,29
2008	Euro 13.819,00	24,72%	Euro 3.416,06	Euro 284,67
2009	Euro 14.240,00	25,72%	Euro 3.662,53	Euro 305,21

(*) A decorrere dal 7 novembre 2007 l'aliquota applicabile è del 23,72%

In merito alla seconda condizione il limite reddituale è invece così determinato.

Limite reddituale

Anno insorgenza evento	Massimale contributivo anno precedente	Limite reddito
2007	Euro 85.478,00	Euro 59.834,60
2008	Euro 87.187,00	Euro 61.030,90
2009	Euro 88.669,00	Euro 62.068,30
2010	Euro 91.507,00	Euro 64.054,90

Per espressa previsione normativa, inoltre, ai lavoratori parasubordinati che si trovano nello stato di malattia si applicano le stesse regole vigenti per i lavoratori subordinati in materia di certificazione dello stato di malattia (ex art. 2, D.L. n. 663/1979, conv. con modificazioni in legge n. 33/1980 e succ. mod.) nonché di fasce di reperibilità e di controllo dello stato di malattia (ex art. 5, c. 14, D.L. 463/1983 conv. con modificazioni in legge n. 638/1983 e succ. mod.). È bene precisare in questa sede che i lavoratori parasubordinati sono obbligati a inviare il certificato medico all'INPS anche nel caso in cui l'evento sia inizialmente di durata non superiore ai 4 giorni; questa necessità deriva dal fatto che in caso di continuazione o ricaduta della malattia l'INPS deve essere in grado di determinare il periodo complessivamente indennizzabile. Inoltre è stato chiarito dall'INPS (circ. n. 76/2007) che le visite di controllo di eventi di durata inferiore ai 4 giorni potranno essere disposte soltanto su richiesta del committente e non d'ufficio. Per quanto attiene al trattamento economico spettante, il calcolo dell'indennità di malattia richiama le disposizioni già vigenti in materia nel caso del ricovero ospedaliero, a eccezione della misura della prestazione che risulta essere ridotta del 50%. Pertanto per ogni giorno di malattia spetta al lavoratore parasubordinato un importo pari a 1/365 del massimale contributivo di cui all'art. 2, c. 18, legge n. 335/1995 vigente nell'anno di insorgenza dell'evento. Di seguito si riporta la tabella utile per l'indennizzo della indennità di malattia.



Indennizzo della indennità di malattia

Anno	Massimale annuale	Valore giornaliero	Accrediti nei 12 mesi precedenti		
			Da 3 a 4 mesi (4%)	Da 5 a 8 mesi (6%)	Da 9 a 12 mesi (8%)
2007	euro 87.187,00	euro 238,87	euro 9,55	euro 14,33	euro 19,11
2008	euro 88.669,00	euro 242,93	euro 9,72	euro 14,58	euro 19,43
2009	euro 91.507,00	euro 250,70	euro 10,03	euro 15,04	euro 20,06

Per quanto attiene infine alla contribuzione figurativa ai fini pensionistici si precisa che nessun importo è riconosciuto per gli eventi di malattia.

Ai fini dell'accesso alla prestazione il lavoratore parasubordinato presenta apposita domanda alla sede INPS competente in ragione del proprio domicilio (anche inviandola per posta) allegando la seguente documentazione:

- copia del contratto o dei contratti di collaborazione stipulati nei 12 mesi precedenti l'inizio della malattia;
- copia delle dichiarazioni fiscali (modello CUD, modello 770) rese dai committenti attestanti i compensi percepiti e la contribuzione accreditata e versata.