

Chi sono i **MEDICI** tenuti alla trasmissione telematica dei certificati di malattia?

Tutti i medici iscritti agli Albi in possesso del codice d'accesso, anche nel caso in cui operino al di fuori dell'ambito territoriale dell'Ordine cui sono iscritti. **Anche gli ODONTOIATRI possono richiedere il codice di accesso e certificare, ovviamente solo per le prestazioni da loro effettuate.**

Come si acquisisce il **CODICE di ACCESSO**?

I medici dipendenti, i convenzionati ed i titolari di continuità assistenziale possono richiederlo alla rispettiva direzione aziendale.

Per i liberi professionisti (**compresi i neo-laureati**) la concessione avviene attraverso l'Ordine dei Medici; la richiesta può essere effettuata anche tramite mail: segreteria@ordinemediciterni.it

Come si procede in caso di **DISABILITAZIONE** dell'accesso (ad esempio per digitazione ripetuta di password errata)?

E' necessario richiedere un nuovo codice di accesso secondo le modalità sopra descritte.

Come possono redigere i certificati di malattia i **SOSTITUTI** dei medici di medicina generale non ancora in possesso del codice di accesso?

Il problema non dovrebbe porsi in quanto l'assegnazione dei codici di accesso è attiva presso l'Ordine provinciale dei Medici Chirurghi e degli Odontoiatri.

In caso di emergenza, si può ipotizzare la compilazione del certificato su carta intestata del sostituto, precisando che il certificato viene redatto durante la sostituzione del titolare, con le modalità indicate alla successiva domanda: "Oltre ai casi sopra riportati, esistono altre condizioni in cui va redatto un CERTIFICATO CARTACEO".

I **SOSTITUTI** privi di codice di accesso possono compilare i certificati usando il codice del titolare?

No. Per il sostituto si configurerebbe il reato di "falso in atto pubblico" e per il titolare si tratterebbe di un'indebita assunzione di responsabilità ed inoltre incorrerebbe nelle sanzioni previste per la inosservanza delle norme sulla sicurezza informatica.

Per quali **CITTADINI** la certificazione di malattia va inviata per via telematica?

Per tutti i dipendenti sia del settore privato (impiegati e dirigenti compresi) che di quello pubblico.

E' esentato solo il personale delle Forze Armate e dei Corpi Armati dello Stato e del Corpo Nazionale dei Vigili del Fuoco (D. L. 18 ottobre 2012, n. 179 "Ulteriori misure urgenti per la crescita del Paese"), che restano gli unici soggetti ai quali deve essere rilasciato il certificato cartaceo.

Per i militari, compresi i carabinieri, va redatto un DOPPIO CERTIFICATO, uno contenente la sola prognosi, da consegnare al Comando da cui dipende, ed uno contenente la diagnosi, per il Dirigente sanitario dell'Ente da cui presta servizio (*D. M. Difesa 24 novembre 2015*).

Oltre ai casi sopra riportati, esistono altre condizioni in cui va redatto un **CERTIFICATO CARTACEO**?

Sì. Il certificato può essere redatto in maniera cartacea in caso di malfunzionamento del SistemaTS o altre condizioni in cui si è impossibilitati alla trasmissione telematica.

Nel certificato vanno riportate le generalità del paziente, la data di rilascio, la data di inizio della malattia e la data di fine prognosi. La diagnosi andrà riportata solo sulla copia da inviare all'INPS, sulla quale il lavoratore aggungerà il proprio indirizzo e i dati relativi al datore di lavoro.

E' obbligatoria la consegna all'assistito di **COPIA CARTACEA** del certificato inviato telematicamente?

No. E' sufficiente, se richiesta, la comunicazione del numero di protocollo del certificato, attraverso il quale il datore di lavoro ed il cittadino stesso possono verificare i dati di proprio interesse direttamente nel sito INPS. A tal fine è buona prassi inviare copia del certificato via mail al paziente.

Quando inizia il periodo di indennizzabilità?

Il certificato di malattia telematico può coprire il **SOLO** giorno precedente quello della data di rilascio, **purché trattasi di visita domiciliare. A tal proposito si ricorda di biffare la voce visita domiciliare in fase di compilazione del certificato alla voce: Tipo Visita.**



Quali sono le **FASCE ORARIE** di reperibilità a domicilio per i lavoratori in malattia?

- Lavoratori Settore Privato: 10.00-12.00; 17.00-19.00
- Lavoratori Settore Pubblico: 09.00-13.00; 15.00-18.00

Quando può essere esonerato un lavoratore dalle visite fiscali?

INPS precisa che le norme **non prevedono l'esonero dal controllo, ma solo dalla reperibilità**: questo significa che il controllo concordato è sempre possibile, come ben esplicitato nella circolare INPS 7 giugno 2016, n. 95 a cui si rinvia per ogni ulteriore dettaglio.

Quali sono le "agevolazioni" che escludono dall'obbligo di rispettare le fasce di reperibilità?

A. Dipendenti Privati (Decreto Ministero del Lavoro e delle Politiche Sociali 11 gennaio 2016):

- patologie gravi che richiedono terapie salvavita;
- stati patologici connessi alla situazione di invalidità riconosciuta pari o superiore al 67%.

B. Dipendenti Pubblici (Decreto del Presidente del Consiglio dei ministri 17 ottobre 2017, n. 206):

- patologie gravi che richiedono *terapie salvavita*;
- *causa di servizio riconosciuta* che abbia dato luogo all'ascrivibilità della menomazione unica o plurima alle prime tre categorie della "tabella A" allegata al decreto del Presidente della Repubblica 30 dicembre 1981, n. 834, ovvero a patologie rientranti nella "tabella E" dello stesso decreto;
- stati patologici connessi alla situazione di *invalidità riconosciuta pari o superiore al 67%*.

Chi, come e quando si effettua la segnalazione delle “agevolazioni” che escludono dall’obbligo di rispettare le fasce di reperibilità?

- La segnalazione da parte del medico certificatore **deve essere apposta al momento della redazione del certificato**, utilizzando l’apposita finestra. Non può essere aggiunta ex post, proprio perché l’esonero è dalla reperibilità e non dal controllo.

Form fields and dropdown menus for medical certification:

- Note diagnosi
- Giornata lavorata -- Seleziona (non obbligatorio) --
- Trauma -- Seleziona (non obbligatorio) --
- Agevolazione -- Seleziona (non obbligatorio) --

Options for Agevolazione:

- Seleziona (non obbligatorio) --
- Terapia salvavita
- Causa di servizio
- Invalidita' riconosciuta

Buttons: Conferma, Ripulisci

- **NON SI DEVE indicare nessun codice “E”**. Si tratta di un *codice a esclusivo uso riservato ai medici INPS* durante la disamina dei certificati pervenuti per esprimere le opportune decisionalità tecnico-professionali, secondo precise disposizioni centralmente impartite in merito alle malattie gravissime. Qualsiasi eventuale annotazione nelle note di diagnosi della dizione “Codice E” non può evidentemente produrre alcun effetto di esonero né dal controllo né dalla reperibilità, rimanendo possibile la predisposizione di visite mediche di controllo domiciliare sia a cura dei datori di lavoro che d’ufficio.

Che cosa fare in caso di **RICOVERO** o **PRESTAZIONE di PRONTO SOCCORSO**.

I giorni di ricovero e/o la giornata in cui è stata eseguita la prestazione di P.S. sono indennizzabili a seguito di certificazione on-line o, in sua mancanza, dietro presentazione all’ INPS di certificazione redatta su carta intestata della struttura, recante le generalità dell’assicurato, la data del rilascio, la data d’inizio e di fine ricovero, la firma leggibile del medico e l’indicazione della diagnosi. Il termine di prescrizione di consegna della lettera di dimissione è di 1 anno.

Che cosa fare in caso di **CONVALESCENZA** dopo un ricovero ospedaliero?

Eventuali prognosi formulate dalla struttura in seguito a ricovero o a prestazione di P.S. sono valide per la copertura assicurativa solamente se contengono un riferimento esplicito ad uno stato di incapacità al lavoro, non basta la semplice “prognosi salvo complicazioni”.

In sua mancanza la convalescenza deve essere certificata dal medico curante il giorno successivo alla dimissione o, al massimo, il secondo giorno come “continuazione”, indicando come data di inizio quella del giorno successivo alla dimissione.

Se l’ospedale ha provveduto al rilascio della certificazione di malattia post ricovero per via telematica, non è necessaria alcuna incombenza da parte del paziente.

Cosa fare se **DOMICILIO** è diverso dalla **RESIDENZA**?

E’ necessario indicare il domicilio del lavoratore compilando lo spazio pertinente della Reperibilità.

Non scrivere l’indirizzo del domicilio nella parte della residenza in quanto causa dei problemi di allineamento con l’anagrafica dell’INPS.

Che cosa fare in caso di **CAMBIO di DOMICILIO** durante la malattia?

Il paziente deve comunicare tempestivamente il nuovo domicilio. Questo vale anche in caso di ricovero in ospedale intervenuto durante una malattia inizialmente domiciliare.

1. Lavoratore Privato:

- Lavoratore assicurato per malattia presso INPS: avvertire la Struttura di competenza, utilizzando direttamente i canali indicati nel sito web www.inps.it ed avvisare il datore di lavoro.
- Lavoratore NON assicurato per malattia presso INPS: avvertire immediatamente SOLO il Datore di Lavoro.

2. Lavoratore Pubblico: Avvertire subito il datore di lavoro, il quale provvede a sua volta ad informare tempestivamente l'Inps per mezzo degli appositi canali.

Che cosa fare in caso di **GUARIGIONE ANTICIPATA** per permettere il rientro al lavoro?

Va redatta on-line la "rettifica" del certificato, per la quale è necessario ricordare il codice assegnato al certificato da rettificare. **Non è possibile ridurre o annullare telematicamente la prognosi assegnata con certificato redatto da altro medico.**

In questo caso è necessario redigere una certificazione cartacea da far pervenire alla sede INPS di Terni (anche via mail al seguente indirizzo: medicolegale.terni@inps.it). Tale certificato deve riportare: nome e cognome, data di nascita e codice fiscale del lavoratore, data di inizio e di scadenza del certificato da annullare o rettificare. Non è possibile "rettificare" un certificato già inviato prolungando la prognosi; in tal caso va redatto un certificato di "continuazione" alla scadenza del precedente od anche in anticipo, mai in ritardo per più di un giorno, pena la decurtazione della retribuzione.

E' possibile redigere una certificazione di malattia per **ACCERTAMENTI** diagnostici?

La questione è controversa. E' ragionevole certificare in caso di accertamenti urgenti non effettuabili al di fuori dell'orario di lavoro oppure di accertamenti invasivi che richiedano una "convalescenza". E' bene comunque specificare nelle note diagnosi la tipologia dell'accertamento effettuato al fine di consentire agevolmente la verifica della congruità tra diagnosi e prognosi da parte del medico INPS.

Quando si deve indicare "RICADUTA"?

- Quando la stessa patologia si ripresenta entro un mese dalla guarigione. Non è possibile parlare di "ricaduta" in caso di patologia diversa insorta dopo la ripresa del lavoro, ancorché avvenuta entro un mese dalla guarigione.
- Nei casi di cicli di cura ricorrenti per patologie di natura specialistica comportanti incapacità al lavoro (compresi i trattamenti emodialitici, chemioterapici, FKT...), i lavoratori privati aventi diritto alla tutela previdenziale della malattia possono produrre un'unica certificazione attestante la necessità di trattamenti ricorrenti e che qualifichi ciascun periodo come ricaduta del precedente. La certificazione di tali cicli deve essere inviata all'INPS ed al proprio datore di lavoro prima dell'inizio della terapia con l'indicazione dei giorni previsti per l'esecuzione ed è utile a considerare, ai fini dell'indennità previdenziale, i diversi giorni di malattia come un unico evento. A prestazioni effettivamente eseguite, l'interessato deve presentare periodiche dichiarazioni della struttura sanitaria con il relativo calendario delle cure eseguite. Tale comunicazione può essere effettuata anche tramite mail: medicolegale.terni@inps.it

E' necessario indicare la voce "**Trauma**"?

Seleziona (non obbligatorio)

Trauma -- Seleziona (non obbligatorio) --

Agevolazione -- Seleziona (non obbligatorio) --

SI

NO

E' importante biffare questa voce in relazione alla possibilità di surroga da parte dell'INPS su altro istituto assicurativo. Tale dato è molto importante soprattutto per i dipendenti del settore privato. (Ad esempio: lavoratore che si infortuna durante un torneo di calcetto: possibilità di rivalsa su assicurazione struttura o personale del lavoratore).

Se non è possibile compilare il certificato *on line* lo stesso giorno della visita (ad esempio visita effettuata di sera senza la possibilità di collegarsi) ma il giorno dopo, quale va indicata come "**DATA di RILASCIO**"?

Quella del giorno della visita (il sistema accetta anche la data del giorno precedente quello in cui ci si collega) perché altrimenti, nel caso in cui la malattia fosse iniziata il giorno precedente la visita, il primo giorno di assenza dal lavoro non sarebbe pagato.

In ogni caso la "data di rilascio" deve assolutamente coincidere con la "data della visita" altrimenti si incorre nel reato di "falso ideologico in atto pubblico".

E' possibile certificare una malattia riferita dal cittadino "**A POSTERIORI**", dopo la ripresa del lavoro?

No!