

La malattia comune nei lavoratori agli albori di un cambiamento epocale: l'INPS quale gestore unico della malattia indennizzabile

Michele Sammiceli^{1,2}, Marcella Scaglione^{1,2}

¹ Medico chirurgo specialista in Medicina Legale

² Medico esterno convenzionato, Centro Medico Legale (CML) INPS, Siena

ABSTRACT

The article looks at the history of medical inspection visits in Italy, and describes in detail, the regulations that have been passed over the years relating to the management and control of common compensable illnesses: in the private sector, which has always been run by the National Institute for Social Security (INPS) which manages the system using its own "listed" occupational health physicians; and in the department of public administration which, until August 2017, saw management entrusted to the same public administrations with the help of medical staff from the Local Health Authority (so called Aziende Sanitarie Locali - ASL), who were operating in the capacity of official medical inspectors.

As of 1 September 2017, in accordance with Legislative Decree No. 75 of 27 May 2017, the INPS will conduct all management and inspection of compensable common illnesses, in both the private and the public sectors. A nascent "single official medical inspection center" is thus taking its first insecure steps, against a backdrop of organizational uncertainties and the recognition of an increased workload for an entity which, for many years, has handled invalidity support in Italy.

Keywords: INPS (Italian National Institute for Social Security); Italian regulations; Compensable illness

Common illnesses in workers at the dawn of an epochal change: INPS as the unique inspector for compensable illnesses

Pratica Medica & Aspetti Legali 2017; 11(2): 57-63

<https://doi.org/10.7175/pmeal.v11i2.1322>

Corresponding author

Michele Sammiceli
sammicheli@alice.it

Disclosure

Gli autori dichiarano di non avere conflitti di interesse di natura finanziaria in merito ai temi trattati nel presente articolo

■ IL CONCETTO DI «MALATTIA COMUNE INDENNIZZABILE»

Con il termine di malattia si indica, dal punto di vista anatomico-clinico «uno stato anormale, patologico che altera la forma, la struttura, la funzione o il funzionamento di un organo» [1]; il Gerin ebbe ad esplicitare i risvolti medico-legali della malattia, indicando quest'ultima come «quella situazione psicosomatica anormale in evoluzione (associata oppure no a modificazioni anatomiche dimostrabili), estrinsecantesi in un disordine funzionale apprezzabile (di

una parte o dell'intero organismo), il quale determini un'effettiva menomazione e richieda un intervento terapeutico (inteso nel senso più esteso della parola), per quanto modesto» [2]. Il concetto assicurativo di malattia e, conseguentemente, quello previdenziale (sia nell'ambito della malattia generica assistita dall'INPS che in quello della malattia prodotta dal lavoro, di interesse INAIL) permeano la precedente definizione includendone la cosiddetta "tutela indennizzabile": in sostanza, il rischio assicurato, rappresentato dall'evento malattia, è tutelato e indennizzato in quei lavoratori che abbiano versato il premio assicurativo in favore dei rispettivi

enti previdenziali, allorché la malattia cagioni un'impossibilità all'espletamento dell'attività di lavoro [3]. In altre parole, lo stato morboso deve essere «tale da determinare l'incapacità temporanea al lavoro, specifico ben si intende. In altri termini, lo stato morboso deve privare il lavoratore della sua capacità di guadagno, talché non è errato identificare la prestazione economica in un parziale compenso per il mancato guadagno» [4]. La Corte di Cassazione, con la sentenza n. 5634 del 17 ottobre 1988 [5], meglio esplicitava i termini dell'incapacità lavorativa da malattia, affermando che con ciò deve intendersi «l'impossibilità della prestazione lavorativa, riferibile alla persona del lavoratore ma a lui non imputabile, legata mediante un nesso di causalità mediato ed indiretto ad uno stato patologico che richiede per effettive esigenze curative o riabilitative la sottoposizione a cure»; si pensi, ad esempio, al lavoratore che non può espletare il proprio lavoro in quanto obbligato a sottoporsi a trasfusioni di sangue per malattie ematologiche gravi, quali la talassemia major o a quello che deve effettuare l'emodialisi per l'insufficienza renale [6].

All'Istituto Nazionale della Previdenza Sociale (INPS) spetta il compito di tutelare la cosiddetta «malattia comune», cioè quella condizione patologica legata al verificarsi di un rischio comune, non connesso all'espletamento di un lavoro, che non si produce in occasione di lavoro e che non trovi la sua genesi nello stesso. All'Istituto Nazionale Assicurazione Infortuni sul Lavoro (INAIL) spetta, invece, la tutela delle tecnopatie, cioè delle malattie professionali o del lavoro che «colpiscono i lavoratori assicurati esposti in modo protratto al rischio tutelato e per le quali sia certa la derivazione causale dall'attività espletata» [7].

■ LE NORMATIVE E IL CONTROLLO SULLA MALATTIA COMUNE INDENNIZZABILE: DIFFERENZE OPERATIVE TRA LA GESTIONE DELLA MALATTIA COMUNE DEI LAVORATORI DEL SETTORE PRIVATO E QUELLA DEL COMPARTO PUBBLICO

La legge n. 833 del 23 dicembre 1978 [8], istitutiva del Servizio Sanitario Nazionale, attribuiva all'INPS, a partire dal 1 gennaio 1980, gli adempimenti relativi alla gestione della malattia e all'erogazione delle prestazioni a tutela della malattia e della maternità dei lavoratori dipendenti ed autonomi, pubblici e privati, nonché dei liberi professionisti, a seguito della soppressione di altri enti

mutualistici e istituti posti in liquidazione ai sensi della legge n. 349 del 29 giugno 1977 (tra i quali l'INAM, l'ENPALS, l'INADEL, etc). In particolare, la tutela INPS della malattia e della maternità riguardava, come stabilito nella seconda parte dell'articolo 1 della legge 833/78, «i dipendenti e soci lavoratori di enti cooperativi, anche di fatto, comprese le compagnie e i gruppi portuali; i lavoratori agricoli; i dipendenti da artigiani e da esercenti attività commerciali iscritti alle gestioni speciali dell'Assicurazione Generale Obbligatoria; gli addetti ai servizi domestici e familiari; i lavoratori disoccupati o sospesi dal lavoro» [8,9].

Il decreto del Ministero del Lavoro e della Previdenza Sociale del 15 luglio 1986 [10] di fatto ribadiva la competenza dell'INPS nella gestione e nel controllo della malattia nel settore privato e la previsione della competenza del controllo USL nel settore pubblico e in quello dei lavoratori non aventi diritto all'indennità economica di malattia presso l'INPS.

Il decreto legislativo n. 29 del 3 febbraio 1993 [11] dettagliava, invece, i soggetti che potevano definirsi pubblica amministrazione; all'articolo 1, comma 2, infatti, il decreto legislativo asseriva che «per amministrazioni pubbliche si intendono tutte le amministrazioni dello Stato, ivi compresi gli istituti e scuole di ogni ordine e grado e le istituzioni educative, le aziende ed amministrazioni dello Stato ad ordinamento autonomo, le Regioni, le Province, i Comuni, le Comunità montane e loro consorzi e associazioni, le istituzioni universitarie, gli Istituti autonomi case popolari, le Camere di commercio, industria, artigianato e agricoltura e loro associazioni, tutti gli enti pubblici non economici nazionali, regionali e locali, le amministrazioni, le aziende e gli enti del Servizio sanitario nazionale». L'anno successivo, col decreto legge n. 479 del 30 giugno 1994 [12] veniva fondato l'Istituto nazionale di previdenza ed assistenza per i dipendenti dell'amministrazione pubblica (INPDAP); l'ente, che sarebbe rimasto operativo fino al 2011, allorché ne veniva stabilita la soppressione e il passaggio delle relative competenze all'INPS, si occupava della gestione amministrativa della previdenza ed assistenza dei dipendenti delle pubbliche amministrazioni, delegando, di fatto, alle ASL competenti per il territorio, la gestione e il controllo della malattia nel settore pubblico.

IL CONTROLLO DELLA MALATTIA COMUNE PRESSO I LAVORATORI DEL SETTORE PRIVATO CON TUTELA INPS

La legge n. 33 del 29 febbraio 1980 [13,14] deve considerarsi la prima che trasferisce, di fatto, all'INPS la competenza della gestione dell'indennità di malattia e della maternità nel settore privato; veniva stabilito che l'indennità economica

di malattia venisse erogata dall'INPS all'assicurato a partire dal quarto giorno di malattia (i primi tre giorni, detti "di carenza", venivano posti a carico del datore di lavoro). L'Istituto erogava tale indennità per un periodo massimo di 180 giorni nell'anno solare, novero dal quale dovevano escludersi le assenze riconducibili a maternità, tubercolosi, infortunio o malattia professionale. La legge n. 638 dell'11 novembre 1983 [15] introduceva l'obbligo di reperibilità del lavoratore privato entro predefinite fasce orarie presso la residenza abituale o il domicilio occasionale, da comunicarsi, a cura del lavoratore, all'ente previdenziale. Il decreto ministeriale del 25 febbraio 1984 [16] stabiliva che il controllo fiscale, operato da un medico incaricato dall'ente, potesse avvenire nella fascia oraria anti-meridiana, dalle ore 9 alle ore 12, o in quella pomeridiana, dalle ore 16 alle ore 19; l'anno successivo, il decreto ministeriale 8 gennaio 1985 [17] restringeva, quindi, le fasce orarie, limitandole all'arco temporale tra le ore 10 e le 12 della mattina e tra le ore 17 e le 19 del pomeriggio di tutti i giorni, compresi i domenicali o festivi. Compito del medico che opera il controllo è quello di verificare, nel lavoratore, la presenza di una malattia che renda il soggetto non in grado di esplicare la propria attività lavorativa (*«inabilità temporanea specifica»*) [18]: da ciò l'importanza che il sanitario soppesi adeguatamente la mansione lavorativa esplicita dall'assicurato e la rapporti al tipo di patologia in atto e alla prognosi rilasciata dal medico certificatore. Qualora il medico di controllo consideri cessata la malattia dell'assicurato, può disporre il reintegro a lavoro dal primo giorno lavorativo utile successivo alla visita medesima.

Il precitato decreto ministeriale del 15 luglio 1986 [10] dettagliò ulteriormente le modalità di espletamento e gli autori della visita medica fiscale di controllo (VMC): all'articolo 1 veniva sancita la creazione di apposite liste di medici, necessariamente iscritti all'Ordine della provincia in cui doveva essere effettuata la loro opera di controllo, da usarsi per la verifica della malattia indennizzabile, sia su richiesta istituzionale che datoriale. Il DM in oggetto [10] stabiliva, inoltre, che la richiesta di visita medica di controllo potesse essere esplicitata sin dal primo giorno di malattia (art. 2); si deliberava che, in caso di irreperibilità del lavoratore al domicilio al momento della visita medica di controllo domiciliare (VMCD), il medico dovesse darne immediata comunicazione all'ente, invitando il lavoratore a presentarsi a visita medica di controllo ambulatoriale (VMCA) il primo giorno successivo non festivo, tranne che nel caso in cui l'assicurato avesse ripreso l'attività di lavoro (art. 5); si chiariva come, al termine della visita medica domiciliare, il sanitario incaricato dovesse redigere l'apposito modulo di visita, composto da quattro pagine: una da consegnarsi al lavoratore e le altre tre da depositarsi, entro il giorno successivo, all'INPS e composte dalla copia con omissis

per il datore di lavoro, da una copia in chiaro da conservare presso l'Ente e la terza copia da utilizzare ai fini della liquidazione delle spettanze per il medico fiscale.

Il decreto ministeriale del 18 aprile 1996 [19] riorganizzava le liste dei medici incaricati del controllo di malattia (i cosiddetti "medici di lista"), normando i criteri per il loro reclutamento, sulla base dei titoli professionali e di carriera posseduti, aggiornando gli emolumenti e regolamentando le possibili incompatibilità. Analoga revisione venne, quindi, apportata con il decreto del Ministero del Lavoro e della Previdenza Sociale del 12 ottobre 2000 [20].

L'iter gestionale e di controllo della malattia indennizzabile da parte dell'INPS avveniva a partire dalla disamina della certificazione di malattia che giungeva presso il Centro Medico Legale (CML) competente per il territorio; il medico del CML vistava il certificato: ciò avveniva, fino al 2010-2011, tramite esame diretto e successiva apposizione del visto medico sul certificato cartaceo. Il sanitario poteva richiedere l'espletamento della VMCD qualora ritenesse la prognosi espressa dal medico curante non congrua con la diagnosi riportata. La circolare INPS n. 60 del 16 aprile 2010 [21] introduceva l'obbligo per i medici certificatori della trasmissione del certificato per via telematica, obbligo che diveniva assoluto dal 1° dicembre 2011, allorquando il canale telematico diventava esclusivo: si apriva, così, l'epoca della gestione e del controllo informatizzato della malattia comune. Nella prima fase dell'era informatica del controllo della malattia, il medico certificatore (medico curante, medico specialista ambulatoriale, medico di pronto soccorso o medico di accettazione presso ospedali o case di cura) inviava al server dell'INPS (il cosiddetto SAC, Sistema di Accoglienza Centrale) il certificato telematico inerente la malattia comune indennizzabile, in analogia a quello che avveniva nel caso dell'INAIL per la comunicazione della tecnopatia o dell'infortunio lavorativo. Il medico di sede INPS, tramite l'apposita procedura informatica denominata "ex EAS-400 / Gestione dei certificati di malattia" vistava in via telematica il certificato, richiedendone l'eventuale visita di controllo domiciliare e/o l'invio all'assicurato del modello AS-1, per valutare la possibile azione di surroga in caso di patologie riconducibili a responsabilità di terzi [22]; la richiesta di visita fiscale veniva trasmessa, tramite il personale amministrativo dell'ente, al medico di controllo che, espletata la visita nei tempi e con le modalità predefinite, ne dava successiva comunicazione all'ente previdenziale entro lo stesso giorno dell'espletamento. Questo meccanismo subiva un'ulteriore evoluzione nel 2011 quando, con la circolare INPS n. 26 dell'8 febbraio [23] veniva istituito il cosiddetto Data Mining, la procedura informatica in grado di riconoscere i casi di malattia da sottoporre a visita fiscale, in base alla durata

della prognosi espressa dal medico certificatore e al numero degli "eventi malattia" per quell'assicurato. Il sistema Data Mining ha portato alla genesi della procedura informatica denominata S.A.Vi.O (Sistema Assegnazione Visite Fiscali Ottimizzato) che attualmente ricerca in automatico, tra i certificati telematici, i nominativi degli assicurati da sottoporre a visita fiscale; al medico di sede l'unico compito di "esonere" (lettera "E" della procedura informatica) alcuni certificati (in particolare quelli inerenti le lavoratrici in gravidanza a rischio o quelli degli assicurati affetti da malattie oncologiche in atto), di richiedere l'invio all'assicurato del modello AS-1 (lettera "R") per l'eventuale azione di surroga dell'indennità di malattia a terzi e di segnalare i casi di malattia tubercolare in atto (lettera "T") o inerenti soggetti che devono effettuare trattamento emodialitico (lettera "E").

IL CONTROLLO DELLA MALATTIA COMUNE PRESSO I LAVORATORI DEL SETTORE PUBBLICO O NON AVENTI DIRITTO ALLA TUTELA DELLA MALATTIA CON L'INPS

La normativa inerente la gestione e il controllo della malattia nel pubblico impiego trova il suo fondamento nel decreto legislativo n. 165 del 30 marzo 2001 [24]; all'articolo n. 55-septies si sanciva, infatti, che per il dipendente pubblico «nell'ipotesi di assenza per malattia protratta per un periodo superiore a dieci giorni, e, in ogni caso, dopo il secondo evento di malattia nell'anno solare, l'assenza viene giustificata esclusivamente mediante certificazione medica rilasciata da una struttura sanitaria pubblica o da un medico convenzionato con il Servizio Sanitario Nazionale [...]. In tutti i casi di assenza per malattia la certificazione medica è inviata per via telematica, direttamente dal medico o dalla struttura sanitaria che la rilascia, all'Istituto nazionale della previdenza sociale, secondo le modalità stabilite per la trasmissione telematica dei certificati medici nel settore privato». Ancora, al comma 5 dello stesso articolo, si ribadiva come «le pubbliche amministrazioni dispongono per il controllo sulle assenze per malattia dei dipendenti valutando la condotta complessiva del dipendente e gli oneri connessi all'effettuazione della visita, tenendo conto dell'esigenza di contrastare e prevenire l'assenteismo. Il controllo è in ogni caso richiesto sin dal primo giorno quando l'assenza si verifica nelle giornate precedenti o successive a quelle non lavorative».

La determinazione delle fasce di reperibilità per il controllo della malattia del dipendente pubblico veniva normata, prima, attraverso l'articolo 71, comma 3 del decreto legislativo n. 112 del 25 giugno 2008 [25] («L'Amministrazione dispone il controllo in ordine alla sussistenza della malattia del dipendente anche nel caso di assenza di un solo giorno, tenuto conto delle esigenze funzionali e organizzative.

Le fasce orarie di reperibilità del lavoratore, entro le quali devono essere effettuate le visite mediche di controllo, sono dalle ore 8.00 alle ore 13.00 e dalle ore 14 alle ore 20.00 di tutti i giorni, compresi i non lavorativi e i festivi»; quindi il decreto ministeriale n. 206 del 18 dicembre 2009 [26] recitava, all'articolo 1, che «in caso di assenza per malattia, le fasce di reperibilità dei dipendenti delle pubbliche amministrazioni sono fissate secondo i seguenti orari: dalle 9 alle 13 e dalle 15 alle 18. L'obbligo di reperibilità sussiste anche nei giorni non lavorativi e festivi». In merito alla giustificabilità in caso di visita medica specialistica del dipendente della pubblica amministrazione erano entrati nel dettaglio, prima, il già citato articolo 71 del decreto legislativo n. 112 del 25 giugno 2008 [25] e, quindi, l'art. 4, comma 16-bis, del decreto legislativo n. 101 del 31 agosto 2013, convertito dalla legge n. 125 del 30 ottobre 2013 [27]. Questa stabiliva come «nel caso in cui l'assenza per malattia abbia luogo per l'espletamento di visite, terapie, prestazioni specialistiche od esami diagnostici, il permesso è giustificato mediante la presentazione di attestazione, anche in ordine all'orario, rilasciata dal medico o dalla struttura, anche privati, che hanno svolto la visita o la prestazione trasmessa da questi ultimi mediante posta elettronica».

La circolare n. 1 del Dipartimento della Funzione Pubblica del 19 marzo 2010 [28] prevedeva, in conformità con l'art. 69 del decreto legislativo n. 150 del 27 ottobre 2009 [29] e con la contestuale evoluzione normativa avvenuta nel settore privato, la trasmissione telematica dei certificati di malattia dei dipendenti del pubblico impiego all'INPS; si ribadiva che i soggetti interessati alla trasmissione erano i medici dipendenti del SSN e i medici in regime di convenzione con il SSN. L'invio telematico avveniva al SAC del Ministero dell'Economia e delle Finanze o a quello dell'INPS i quali rilasciavano, poi, le attestazioni di malattia per il datore di lavoro (copia con ommissis) e per l'assistito (copia in chiaro), reperibili attraverso la piattaforma web dell'ente, il cassetto previdenziale del cittadino oppure richiedendone l'invio nella casella di posta elettronica certificata del lavoratore.

La visita di controllo nel settore pubblico è sempre inviata su richiesta del datore di lavoro e non avviene mai a campione o su scelta del medico di sede INPS, come nel caso della malattia degli assicurati del settore privato; la visita fiscale viene comunicata dall'INPS all'ASL di zona ed espletata da medici ASL aventi la mansione di medico fiscale. Il datore di lavoro può richiedere visita fiscale sin dal primo giorno di malattia, se questo precede o segue un giorno non lavorativo (non esiste, in sostanza, il periodo di carenza proprio dell'indennità di malattia del settore privato). Nel settore pubblico, inoltre, l'obbligo di visita fiscale non sussiste per i dipendenti assunti a causa di gravi patologie che richiedono terapie salvavita, quali ad esempio l'emodialisi, la chemioterapia, il trattamento specifico per gli affetti da virus HIV,

come stabilito dal comma 7-bis dell'articolo 21 del contratto collettivo nazionale di lavoro (CCNL) del 16 ottobre 2008. È prevista, ancora, l'esenzione dall'obbligo di reperibilità in particolari fattispecie: malattie gravi che mettono a rischio la vita del lavoratore, ricovero in ospedale, infortunio sul lavoro (sebbene la Corte di Cassazione, Sezione del Lavoro, con sentenza n. 15773 del 9 novembre 2002 [30] abbia stabilito che permanga l'obbligo di reperibilità previsto dai contratti collettivi nazionali), patologie riconducibili a causa di servizio, gravidanza a rischio, malattie collegate all'invalidità riconosciuta e opportunamente documentate.

■ L'INPS QUALE GESTORE E CONTROLLORE UNICO DELLA MALATTIA COMUNE INDENNIZZABILE

Il 1° settembre 2017 segna il passaggio all'INPS delle competenze in materia di gestione e controllo di malattia, ai sensi degli articoli 18 e 22 del decreto legislativo n. 75 del 27 maggio 2017 [31]. Vede, così, la nascita il tanto decantato "Polo Unico" per le visite fiscali, che attribuisce all'Istituto Nazionale della Previdenza Sociale le competenze in merito alla gestione e al controllo della malattia, sia nel settore privato che in quello pubblico.

Il recente messaggio istituzionale INPS n. 3265 del 9 agosto u.s. [32], inerente le istruzioni amministrative e operative per l'attuazione del Polo Unico della medicina fiscale, mostra tutto lo sforzo, sia economico che in risorse umane, che l'INPS sta e dovrà effettuare per riuscire ad esplicare la gestione e il controllo unitari della malattia comune indennizzabile. Il primo punto cruciale su cui l'Ente dovrà applicarsi riguarda la necessità di una «armonizzazione della disciplina dei settori pubblico e privato in materia di fasce orarie di reperibilità, nonché [...] la definizione delle modalità per lo svolgimento degli accertamenti medico-legali». Il recente messaggio INPS chiarisce, ancora, le categorie di dipendenti pubblici interessati («personale di tutte le ammini-

strazioni dello Stato, istituti e scuole di ogni ordine e grado, il personale delle Regioni, delle Province, dei Comuni, delle Comunità Montane, degli Istituti autonomi case popolari, delle Camere di commercio, industria, artigianato ed agricoltura») e prevede l'esclusione, per esplicita previsione legislativa di cui all'articolo 7, comma 2, del decreto legislativo n. 179 del 2012, del personale delle Forze Armate e dei Corpi Armati dello Stato. Dal punto di vista organizzativo, data la vastità e la rilevanza delle modifiche da apportare, il nuovo sistema entrerà a regime in maniera progressiva, dopo una prima applicazione sperimentale; i sistemi informatici in carico all'Ente verranno adattati al fine di consentire, anche per i dipendenti del pubblico impiego, l'attuazione di VMC domiciliari a campione, grazie al sistema informatizzato S.A.Vi.O., già in uso per gli assicurati del settore privato. L'assenza del lavoratore al domicilio durante la fascia oraria, riscontrata con la VMC domiciliare disposta d'ufficio o su richiesta datoriale, porterà all'invito del lavoratore a presentarsi a VMCA, al fine di valutare la sussistenza dello stato di malattia e chiarire le ragioni dell'assenza al domicilio. L'ingente carico di lavoro per il personale medico dell'Ente sarà espletato sia ricorrendo ai medici fiscali di lista (per i quali si prevede un incremento numerico, per le zone in cui, attualmente, vi è una carenza), sia ai medici di sede, dipendenti e convenzionati esterni.

La portata della modifica in atto è tale che, per consentire l'avvio del sistema di controllo unitario della malattia indennizzabile, sono stati stanziati circa 17 miliardi di euro per il solo anno 2017.

Il ricorso ad un tale budget e l'ulteriore aggravio di lavoro per il personale, sia dipendente che a contratto di un Ente che già, alcuni anni fa, aveva assunto la gestione dell'invalidità assistenziale in Italia, è però giustificato dalla necessità di livellare la difformità attualmente vigente nella gestione e nel controllo della malattia comune indennizzabile; per la prima volta, i lavoratori dei settori pubblico e privato vedranno un'omogeneizzazione sia delle fasce orarie di reperibilità di malattia (attualmente sono solo 4 ore per il settore privato e ben 7 per quello pubblico!), sia delle modalità gestionali e organizzative messe in atto per contrastare il crescente assenteismo lavorativo, che sembra colpire soprattutto in alcuni giorni della settimana [33].

■ BIBLIOGRAFIA

1. De Zorzi L, Marchi R, Ziccheddu L. La tutela previdenziale della malattia, della parentalità e dell'handicap. Milano: Giuffrè Editore, 2005
2. Gerin C. Medicina legale e delle assicurazioni. Volume II. II edizione. Roma: Editore Schirru CA, 1954
3. Vitiello G. L'incapacità temporanea a lavoro e la certificazione di malattia. *Pratica Medica & Aspetti legali* 2011; 5: 85-7. <https://doi.org/10.7175/pmeal.v5i3.306>
4. Frache G. La definizione del rischio nell'assicurazione malattia. Roma: Zacchia, 1954; XIX: 4

5. Corte di Cassazione, Sezioni Unite Civili, sentenza n. 5634, 17 ottobre 1988
6. Catalano C, De Luca F, Vitiello G. Elementi di medicina legale previdenziale INPS. Milano: Giuffrè Editore, 2006
7. Arbarello P, Di Luca NM, Feola T, et al. Medicina legale. II edizione. Torino: Edizioni Minerva Medica, 2005
8. Legge 23 dicembre 1978, n. 833. «Istituzione del Servizio Sanitario Nazionale». Gazzetta Ufficiale, serie generale, n. 360 del 28 dicembre 1978. Suppl. Ord. Disponibile online su http://www.gazzettaufficiale.it/atto/serie_generale/caricaDettaglioAtto/originario?sessionid=Q1sAfjy0iTsDMwpp0KdHIA_.ntc-as5-guri2a?atto.dataPubblicazioneGazzetta=1978-12-28&atto.codiceRedazionale=078U0833&elenco30giorni=false (ultimo accesso settembre 2017)
9. Decreto Legge 30 dicembre 1979, n. 663. «Finanziamento del Servizio sanitario nazionale nonché proroga dei contratti stipulati dalle pubbliche amministrazioni in base alla legge 1 giugno 1977, n. 285, sulla occupazione giovanile». Gazzetta Ufficiale, serie generale, n. 355 del 31 dicembre 1979. Disponibile online su http://www.gazzettaufficiale.it/atto/serie_generale/caricaDettaglioAtto/originario?atto.dataPubblicazioneGazzetta=1979-12-31&atto.codiceRedazionale=079U0663&elenco30giorni=false (ultimo accesso settembre 2017)
10. Decreto del Ministro del Lavoro e della Previdenza Sociale del 15 luglio 1986. «Disciplina delle visite mediche di controllo dei lavoratori da parte dell'Istituto Nazionale della Previdenza Sociale ai sensi dell'art. 5, comma 12 e seguenti, del decreto-legge 12 settembre 1983, n. 463, convertito, con modificazioni, nella legge 11 novembre 1983, n. 638». Gazzetta Ufficiale, serie generale, n. 170 del 24 luglio 1986. Disponibile online su <http://www.gazzettaufficiale.it/eli/gu/1986/07/24/170/sg/pdf> (ultimo accesso settembre 2017)
11. Decreto Legislativo 3 febbraio 1993, n. 29. «Razionalizzazione della organizzazione delle Amministrazioni pubbliche e revisione della disciplina in materia di pubblico impiego, a norma dell'articolo 2 della legge 23 ottobre 1992, n. 421». Gazzetta Ufficiale n. 30 del 6 febbraio 1993. Suppl. Ord.
12. Decreto Legge 30 giugno 1994, n. 479. «Attuazione della delega conferita dall'art. 1, comma 32, della legge 24 dicembre 1993, n. 537, in materia di riordino e soppressione di enti pubblici di previdenza e assistenza». Gazzetta Ufficiale, serie generale, n. 178 del 1 agosto 1994. Disponibile online su <http://www.gazzettaufficiale.it/eli/id/1994/08/01/094G0516/sg> (ultimo accesso settembre 2017)
13. Legge 29 febbraio 1980, n. 33. «Conversione in legge, con modificazioni, del D.L. 30 dicembre 1979, n. 663, concernente provvedimenti per il finanziamento del Servizio sanitario nazionale, per la previdenza, per il contenimento del costo del lavoro e per la proroga dei contratti stipulati dalle pubbliche amministrazioni in base alla L. 1° giugno 1977, n. 285, sull'occupazione giovanile». Gazzetta Ufficiale n. 59 del 29 febbraio 1980. Disponibile online su <http://www.handylex.org/stato/1290280.shtml> (ultimo accesso settembre 2017)
14. Vitiello G. La malattia indennizzabile. Pratica Medica & Aspetti Legali 2012; 6: 107-10. <https://doi.org/10.7175/pmeal.v6i4.435>
15. Decreto legge 12 settembre 1983, n. 463 convertito in legge 11 novembre 1983, n. 638. «Misure urgenti in materia previdenziale e sanitaria e per il contenimento della spesa pubblica, disposizioni per vari settori della pubblica amministrazione e proroga di taluni termini». Gazzetta Ufficiale n. 250 del 12 settembre 1983 e n. 310 del 11 novembre 1983
16. Decreto Ministeriale 25 febbraio 1984. «Schema-tipo di convenzione di cui all'art. 5, comma nono, del decreto-legge n. 463 del 12 settembre 1983, convertito con modificazioni, nella legge n. 638 dell'11 novembre 1983». Gazzetta Ufficiale 12 luglio 1984, n. 191
17. Decreto del Ministero del Lavoro, 8 gennaio 1985
18. Di Mattei M. Le visite mediche di controllo: presupposti normativi e modelli organizzativi. Pratica Medica & Aspetti Legali 2012; 6: 5-10
19. Decreto Ministeriale 18 aprile 1996. «Integrazioni e modificazioni al decreto ministeriale 15 luglio 1986 concernente le visite mediche di controllo dei lavoratori da parte dei medici iscritti nelle liste speciali dell'INPS». Gazzetta Ufficiale n. 99 del 29 aprile 1996
20. Decreto del Ministero del Lavoro e della Previdenza Sociale 12 ottobre 2000. «Integrazioni e modifiche al decreto ministeriale 18 aprile 1996 concernente la disciplina delle visite mediche di controllo dei lavoratori da parte dell'Istituto nazionale della previdenza sociale, ai sensi dell'art. 5, comma 12 e seguenti, del decreto-legge 12 settembre 1983, n. 463, convertito, con modificazioni, nella legge 11 novembre 1983, n. 638». Gazzetta Ufficiale n. 261 del 8 novembre 2000. Disponibile online su <http://gazzette.comune.jesi.an.it/2000/261/5.htm> (ultimo accesso settembre 2017)
21. Circolare INPS n. 60 del 16 aprile 2010. «Trasmissione telematica delle certificazioni di malattia all'Inps. Aspetti organizzativi e prime istruzioni operative». Disponibile online su <https://www.inps.it/bussola/VisualizzaDoc.aspx?sVirtualURL=%2FCircolari%2FCircolare%20numero%2060%20del%2016-04-2010.htm> (ultimo accesso settembre 2017)
22. Sanna V. Il medico di controllo e la surroga. Pratica Medica & Aspetti Legali 2011; 5: 109-12. <https://doi.org/10.7175/pmeal.v5i4.300>
23. Circolare INPS n. 26 dell'8 febbraio 2011. «Gestione delle visite mediche di controllo mediante Data Mining: rilascio procedura». Disponibile online su: <https://www.inps.it/bussola/VisualizzaDOC.aspx?sVirtualURL=/circolari/Circolare%20numero%2026%20del%2008-02-2011.htm&iDDalPortale=46943> (ultimo accesso settembre 2017)
24. Decreto Legislativo 30 marzo 2001, n. 165. «Norme generali sull'ordinamento del lavoro alle dipendenze delle pubbliche amministrazioni». Gazzetta Ufficiale n. 106 del 9 maggio 2001. Suppl. ordinario n. 112 (rettifica in G.U. n. 241 del 16 ottobre 2001). Disponibile online su http://www.corteconti.it/attivita/controllo/lavoro_sviluppo_economico/dl_30_marzo/index.html (ultimo accesso settembre 2017)
25. Decreto-legge 25 giugno 2008, n. 112. «Disposizioni urgenti per lo sviluppo economico, la semplificazione, la competitività, la stabilizzazione della finanza pubblica e la perequazione Tributaria». Gazzetta Ufficiale n. 147 del 25 giugno 2008. Suppl. ordinario n.152/L. Disponibile online su <http://www.camera.it/parlam/leggi/decreti/08112d.htm> (ultimo accesso settembre 2017)

26. Decreto Ministeriale 18 dicembre 2009, n. 206. «Determinazione delle fasce orarie di reperibilità per i pubblici dipendenti in caso di assenza per malattia». Gazzetta Ufficiale n. 15 del 20 gennaio 2010, serie generale. Disponibile online su: <http://www.gazzettaufficiale.it/gunewsletter/dettaglio.jsp?service=1&datagu=2010-01-20&task=dettaglio&numgu=15&redaz=010G0008&tmstp=1264153727776> (ultimo accesso settembre 2017)
27. Decreto Legge 31 agosto 2013, n. 101. «Disposizioni urgenti per il perseguimento di obiettivi di razionalizzazione nelle pubbliche amministrazioni». Gazzetta Ufficiale, serie generale, n. 204 del 31 agosto 2013. Disponibile online su <http://www.gazzettaufficiale.it/eli/id/2013/08/31/13G00144/sg> (ultimo accesso settembre 2017)
28. Circolare n. 1 del Dipartimento della Funzione Pubblica del 19 marzo 2010. Disponibile online su <http://www.edscuola.eu/wordpress/?p=2826> (ultimo accesso settembre 2017)
29. Decreto Legislativo 27 ottobre 2009, n. 150. «Attuazione della legge 4 marzo 2009, n. 15, in materia di ottimizzazione della produttività del lavoro pubblico e di efficienza e trasparenza delle pubbliche amministrazioni». Gazzetta Ufficiale n. 254 del 31 ottobre 2009. Disponibile online su <http://www.camera.it/parlam/leggi/deleghe/09150dl.htm> (ultimo accesso settembre 2017)
30. Corte di Cassazione, Sezione del Lavoro, sentenza n. 15773 del 9 novembre 2002. Disponibile online su http://www.info-netfree.com/giulio/sentenze/cassazione/Cassazione_15773-2002.html (ultimo accesso settembre 2017)
31. Decreto Legislativo 25 maggio 2017, n. 75. «Modifiche e integrazioni al decreto legislativo 30 marzo 2001, n. 165, ai sensi degli articoli 16, commi 1, lettera a), e 2, lettere b), c), d) ed e) e 17, comma 1, lettere a), c), e), f), g), h), l) m), n), o), q), r), s) e z), della legge 7 agosto 2015, n. 124, in materia di riorganizzazione delle amministrazioni pubbliche». Gazzetta Ufficiale n. 130 del 7 giugno 2017. Disponibile online su <http://www.gazzettaufficiale.it/eli/id/2017/06/7/17G00089/sg> (ultimo accesso settembre 2017)
32. Messaggio Hermes INPS n. 3265 del 9 agosto 2017 con oggetto: «Decreto legislativo n. 75 del 27 maggio 2017 recante disposizioni in materia di Polo unico per le visite fiscali. Istruzioni amministrative ed operative». Disponibile online su <https://www.inps.it/bussola/VisualizzaDoc.aspx?sVirtualURL=%2FMessaggi%2FMessaggio%20numero%203265%20del%2009-08-2017.htm> (ultimo accesso settembre 2017)
33. CGIA (Associazione Artigiani Piccole Imprese) Mestre. Un lavoratore dipendente su 3 si ammala di lunedì. 4 ottobre 2014. Disponibile online su <http://www.cgiamestre.com/wp-content/uploads/2015/01/MALATTIAA.pdf> (ultimo accesso settembre 2017)