

# INPS

Istituto Nazionale Previdenza Sociale



***Direzione Centrale Prestazioni a Sostegno del Reddito  
Coordinamento Generale Medico Legale  
Direzione Centrale Sistemi Informativi e Tecnologici***

**Roma, 13-07-2015**

**Messaggio n. 4752**

**OGGETTO: Gestione della certificazione di malattia – istruzioni operative e nuove funzionalità a disposizione dei medici delle Strutture territoriali.**

## **Premessa.**

A seguito del processo di graduale telematizzazione del certificato medico di malattia (descritto nelle circolari n. 60 del 2010 e n. 113 del 2013), l'Istituto riceve, come è noto, attualmente le suddette certificazioni, attestanti lo stato di temporanea incapacità al lavoro dei lavoratori dei settori pubblico e privato, attraverso il Sistema di accoglienza centrale (SAC).

I certificati dei soli lavoratori del settore privato, aventi diritto all'indennità di malattia, vengono conseguentemente messi a disposizione delle Strutture territoriali competenti sulla base della residenza del lavoratore, registrati negli archivi locali gestionali della certificazione di malattia e resi fruibili per le attività previste dagli specifici flussi di processo.

In particolare, nella procedura di gestione della certificazione di malattia - flusso "*certificati ricevuti via internet*" - sono state predisposte funzioni per i medici dell'Istituto tenuti ad esaminare e valutare giornalmente i certificati pervenuti per provvedere a tutte le attività connesse – specificate tra l'altro nelle circolari n. 120/2004 e n. 87/2008 - ivi compresa la gestione delle visite mediche di controllo.

In un primo momento, a seguito della predisposizione di uno specifico format per la trasmissione del certificato telematico, si è ritenuto possibile procedere ad una semplificazione dell'interfaccia della procedura a disposizione dei medici Inps nella convinzione alla luce del superamento di alcune anomalie certificative proprie della compilazione cartacea.

Pertanto, il medico della Struttura territoriale visualizzava le sole anomalie di tipo "5" (diagnosi non comprovante l'incapacità temporanea al lavoro) e "A" (anomalia generica con l'obbligo di precisare l'anomalia nella lettera generata dalla procedura).

In realtà, dall'osservazione dei dati inseriti nei certificati telematici, è emerso che persiste da parte di alcuni medici curanti l'abitudine di non valorizzare correttamente il campo note di diagnosi con l'inserimento di una diagnosi comprensibile (nel falso convincimento di preservare la privacy dei propri assistiti) bensì di alcuni caratteri "non senso" che, tuttavia, consentono comunque il soddisfacimento dei requisiti informatici per l'invio del certificato.

### **Novità procedurali.**

Premesso quanto sopra, si è ritenuto necessario procedere ad alcune implementazioni della procedura che di seguito si illustrano.

### **Reinserimento del codice "3" (diagnosi mancante).**

Tale codice consente di semplificare le attività di comunicazione con l'utenza mediante la predisposizione in automatico della relativa lettera, esonerando l'operatore dall'inserimento manuale della precisazione da effettuare in caso di anomalia generica.

### **Visualizzazione del campo "Emod/grav (E/G)".**

Il campo consente l'inserimento dei valori "E" (emodialisi/cicli di cura ricorrenti) e "G" (malattia connessa allo stato di gravidanza) al fine di consentire al medico di segnalare tali specifiche casistiche presenti nel certificato per le conseguenti attività anche di tipo amministrativo. In particolare, si ricorda che nel caso in cui la malattia sia causalmente connessa con lo stato di gravidanza e in assenza del provvedimento di astensione anticipata dell'Ispettorato del lavoro o della ASL è necessario escludere il decorrere del periodo massimo di indennizzabilità per anno, come specificato nella circolare 149/1983.

### **Istituzione del codice di esclusione "E" dalle visite mediche di controllo richieste d'ufficio.**

Mediante l'utilizzo di tale codice, il medico dell'Istituto, durante l'analisi del certificato, ha l'opportunità – da esercitare secondo ponderato discernimento clinico e medico legale – di escludere uno specifico certificato dal flusso dell'applicativo Data mining qualora la diagnosi evidenzia una condizione di gravità tale che sconsigli o addirittura controindichi il controllo domiciliare disposto d'ufficio.

Le condizioni patologiche che dovrebbero rientrare in questa casistica sono a titolo esemplificativo: le oncopatie metastatiche, stati terminali, situazioni post chirurgiche di interventi demolitivi, ecc..

Prima di procedere all'esenzione, è tuttavia opportuno che il medico verifichi la storia certificativa pregressa del lavoratore con particolare riguardo al numero di giorni di malattia già fruiti e al numero di eventi correlati, al fine di assumere decisioni consapevoli e non pregiudizievoli sia per il malato e sia per l'Istituto.

La suindicata opportunità di esclusione di un certificato dai controlli medico legali disposti dall'Istituto si affianca alle altre casistiche di esclusione già presenti in SAViO (indicati nel messaggio n. 8537 del 6.11.2014) integrandone le funzioni e completando il sistema degli

esoneri ponderati.

In merito alla funzionalità dell'applicativo SAViO e con riguardo alla necessità di un aggiornamento costante del calendario dei medici di lista, si ritiene altresì opportuno raccomandare il corretto utilizzo dei codici indicati con il messaggio n. 3451 del 21.5.2015.

In particolare, si precisa che il codice "R" dovrà essere utilizzato nei soli casi di rotazioni previste sia per il sabato/domenica e festivi sia, in caso di assegnazione del medico di lista ad altra Struttura territoriale con conseguente inserimento dello stesso in altro calendario mensile.

Infine, si precisa che il codice "V" dovrà essere utilizzato per indicare le indisponibilità del medico di lista da giustificare validamente secondo quanto previsto dalla normativa vigente. Le citate indisponibilità possono essere riferite a periodi di malattia, partecipazioni a convegni o richiesta di periodi di sospensione per ristoro delle capacità psico-fisiche. Si ricorda che tali periodi non possono superare i 150 giorni nell'arco degli ultimi 12 mesi e che si sommano ai 30 giorni di indisponibilità senza giustificazione per un totale di 180 giorni negli ultimi 12 mesi e, comunque, di 365 nell'ultimo quadriennio (circolari n. 4 del 2001 e n. 199 del 2001).

Il Direttore Generale  
Cioffi