

Regolamento e Calcolo della Malattia ed Infortunio

Malattia

- ▶ Art. 26 L'operaio non in prova ha diritto alla conservazione del posto:
 - 9 mesi consecutivi o in caso di più ricadute nella stessa malattia 9 mesi nell'arco di 20 mesi consecutivi se anzianità inferiore ai 3 anni ½
 - 12 mesi consecutivi o in caso di più ricadute nella stessa malattia 12 mesi nell'arco di 24 mesi consecutivi se anzianità superiore ai 3 anni ½
 - Copertura completa dei periodi dichiarati da certificazione medica/provvedimento sisp

Viene accettato dall'INPS un certificato di malattia che riporta una prognosi pregressa rispetto alla data di redazione?

All'atto del rilascio del certificato il medico attesta l'incapacità all'attività lavorativa del proprio assistito dovuta a infermità direttamente constatata. Al riguardo appare utile ricordare che la giurisprudenza consolidata afferma che "risponde di falso ideologico il medico che attesti una malattia senza aver compiuto la visita, anche se di essa non abbia fatto esplicita menzione nel certificato" (Corte di Cassazione V sezione penale 29 gennaio 2008, n. 4451). Quindi, la data indicata come inizio della malattia nel certificato ha valore puramente anamnestico e l'INPS riconosce la prestazione di malattia, ai lavoratori assicurati per la specifica tutela previdenziale, a decorrere dal giorno di rilascio del certificato. Solo qualora il certificato sia stato redatto a seguito di visita domiciliare, l'Istituto ammette la possibilità di riconoscere ai fini erogativi la sussistenza dello stato morbosio anche per il giorno precedente alla redazione, purché debitamente attestato dal medico (circolare INPS 15 luglio 1996, n. 147).

Come va indicato l'evento nel mut

Visita Ambulatoriale

20/12/22 - 24/12/22

Si considera la data di rilascio del certificato come data inizio

Attestato di malattia telematico				Copia cartacea per il datore di lavoro			
Numero di protocollo univoco del certificato (PUC)		335563273		Data visita		20/12/2022	
DATI DEL MEDICO		Codice Regione	Codice ASL/AO	Codice struttura ricovero			
Cognome e nome		PASQUAL ALESSANDRO		050	504		
Opera nel ruolo di:		Medico SSN	☒	Libero professionista	☐		
DATI PROGNOSI							
Il lavoratore dichiara di essere ammalato dal		19/12/2022		Viene assegnata prognosi clinica a tutto il		24/12/2022	
Il lavoratore dichiara di aver completato la propria attività lavorativa alla data di visita		☐					
Trattasi di:	Inizio	☒	Continuazione	☐	Ricaduta	☐	
Visita:	Ambulatoriale	☒	Domiciliare	☐	Pronto Soccorso	☐	
La malattia è dovuta ad evento traumatico		☐					
Patologia grave che richiede terapia salvavita		☐					
Malattia per la quale è stata riconosciuta la causa di servizio		☐					
Stato patologico sotteso o connesso alla situazione di invalidità riconosciuta		☐					

Visita Domiciliare

28/11/22 - 02/12/22

Si può considerare il giorno precedente alla data di rilascio come data inizio

Attestato di malattia telematico				Copia cartacea per il datore di lavoro			
Numero di protocollo univoco del certificato (PUC)		332707451		Data visita		29/11/2022	
DATI DEL MEDICO		Codice Regione	Codice ASL/AO	Codice struttura ricovero			
Cognome e nome		FADIGA' PAOLO		050	501		
Opera nel ruolo di:		Medico SSN	☒	Libero professionista	☐		
DATI PROGNOSI							
Il lavoratore dichiara di essere ammalato dal		28/11/2022		Viene assegnata prognosi clinica a tutto il		02/12/2022	
Il lavoratore dichiara di aver completato la propria attività lavorativa alla data di visita		☐					
Trattasi di:	Inizio	☒	Continuazione	☐	Ricaduta	☐	
Visita:	Ambulatoriale	☐	Domiciliare	☒	Pronto Soccorso	☐	
La malattia è dovuta ad evento traumatico		☐					
Patologia grave che richiede terapia salvavita		☐					
Malattia per la quale è stata riconosciuta la causa di servizio		☐					
Stato patologico sotteso o connesso alla situazione di invalidità riconosciuta		☐					

Certificati rilasciati allo stesso lavoratore con doppio Inizio

Nel mut sono da considerare come due eventi distinti in quanto il dottore ha indicato due «Inizio»

25/2/23 - 26/2/23

27/2/23 - 3/3/23

Attestato di malattia telematico				Copia cartacea per il datore di lavoro			
Numero di protocollo univoco del certificato (PUC)		342494321		Data visita		25/02/2023	
DATI DEL MEDICO		Codice Regione	Codice ASL/AO	Codice struttura ricovero			
Cognome e nome		050		502			
Opera nel ruolo di:		Medico SSN ☒		Libero professionista		☐	
DATI PROGNOSI							
Il lavoratore dichiara di essere ammalato dal		25/02/2023		Viene assegnata prognosi clinica a tutto il		26/02/2023	
Il lavoratore dichiara di aver completato la propria attività lavorativa alla data di visita						☐	
Trattasi di:	Inizio	☒	Continuazione	☐	Ricaduta	☐	
Visita:	Ambulatoriale	☒	Domiciliare	☐	Pronto Soccorso	☐	
La malattia è dovuta ad evento traumatico						☐	
Patologia grave che richiede terapia salvavita						☐	
Malattia per la quale è stata riconosciuta la causa di servizio						☐	
Stato patologico sotteso o connesso alla situazione di invalidità riconosciuta						☐	

Attestato di malattia telematico				Copia cartacea per il datore di lavoro			
Numero di protocollo univoco del certificato (PUC)		342622101		Data visita		27/02/2023	
DATI DEL MEDICO		Codice Regione	Codice ASL/AO	Codice struttura ricovero			
Cognome e nome		050		502			
Opera nel ruolo di:		Medico SSN ☒		Libero professionista		☐	
DATI PROGNOSI							
Il lavoratore dichiara di essere ammalato dal		27/02/2023		Viene assegnata prognosi clinica a tutto il		03/03/2023	
Il lavoratore dichiara di aver completato la propria attività lavorativa alla data di visita						☐	
Trattasi di:	Inizio	☒	Continuazione	☐	Ricaduta	☐	
Visita:	Ambulatoriale	☒	Domiciliare	☐	Pronto Soccorso	☐	
La malattia è dovuta ad evento traumatico						☐	
Patologia grave che richiede terapia salvavita						☐	
Malattia per la quale è stata riconosciuta la causa di servizio						☐	
Stato patologico sotteso o connesso alla situazione di invalidità riconosciuta						☐	

Certificati di ricovero (dev'essere sempre presente ricovero e dimissione)

Considerato solo il 26/1/23

 PORTO VIRO Casa di Cura Madonna della Salute	Procedura Generale Servizio Accettazione DICHIARAZIONE DI RICOVERO	Mod 2 PG06/DS Rev 0 Data 17/09/2014 Pagina 1/1
--	---	---

Porto Viro, 26/01/2023

Oggetto: dichiarazione di ricovero.

A richiesta dell'interessato, visti gli atti d'ufficio,
si dichiara

che il Sig.
nato il
residente a in
è ricoverato presso questa Casa di Cura dal 26/01/2023.

Si rilascia su carta semplice per gli usi consentiti dalla Legge.

Considerato dal 21/1/23 al 5/2/23 dato che il certificato rilasciato dal medico ssn si accavalla con la data di fine del certificati di dimissione



Ospedale di Treviso

Scheda di dimissione ospedaliera (DM 28/12/1991)

CERTIFICATO DI RICOVERO

Si attesta che:

il signor
nato il
a
codice fiscale
residente a
domiciliato
in

è stato ricoverato presso la scrivente Struttura in regime di RICOVERO ORDINARIO
di tipo Urgente (da PS)
In data 21/01/2023 con il
L'assistito è stato dimesso in data 27/01/2023.

Attestato di malattia telematico		Copia cartacea per il datore di lavoro	
Numero di protocollo univoco del certificato (PUC)	339297169	Data visita	27/01/2023
Rettifica del certificato (Numero di protocollo univoco del certificato rettificato)			

DATI DEL MEDICO							
Cognome e nome	NOVELLO SIMONE	Codice Regione	050	Codice ASL/AO	502	Codice struttura ricovero	
Opera nel ruolo di:		Medico SSN ☒		Libero professionista ☐			

DATI PROGNOSI				
Il lavoratore dichiara di essere ammalato dal		27/01/2023	Viene assegnata prognosi clinica a tutto il	05/02/2023
Il lavoratore dichiara di aver completato la propria attività lavorativa alla data di visita ☐				
Trattasi di:	Inizio ☒	Continuazione ☐	Ricaduta ☐	
Visita:	Ambulatoriale ☒	Domiciliare ☐	Pronto Soccorso ☐	
La malattia è dovuta ad evento traumatico ☐				
Patologia grave che richiede terapia salvavita ☐	Malattia per la quale è stata riconosciuta la causa di servizio ☐	Stato patologico sotteso o connesso alla situazione di invalidità riconosciuta ☐		

Prestazione Carenza

- ▶ E' stata ripristinato, per il periodo 1 ottobre 2024 - 30 settembre 2025, il pagamento della carenza di un solo evento di malattia di durata non superiore a 6 gg con erogazione del trattamento da parte dell'impresa in ragione del coefficiente 0,500 rapportato agli elementi di paga utili per il calcolo del trattamento integrativo con le modalità e criteri del vigente CCNL e successivo conguaglio differito da parte della Cassa Edile dell'importo erogato dall'azienda al lavoratore.
- ▶ REQUISITI:
- ▶ - un solo evento nell'anno 1/10/24 - 30/9/25
- ▶ - aver maturato 1400 ore di lavoro ordinario, presso la stessa impresa e presso le Casse Edili che aderiscono all'accordo, nell'anno solare precedente a quello per cui viene richiesto il trattamento; ai fini del raggiungimento delle ore saranno equiparate fino ad un massimo di 200 ore di C.I.G. utilizzate per il singolo lavoratore dall'impresa, nonché i permessi retribuiti per la partecipazione a Comitati direttivi sindacali (es.: evento malattia 4/10/21 - 8/10/21 il lavoratore deve aver maturato 1400 ore lavorate o 1200 ore lavorate e 200 ore cig nell'anno solare antecedente dal 1 gennaio 2020 al 31 dicembre 2020).
- ▶ - inserimento dell'evento negli eventi di malattia e l'immissione dell'importo di tale prestazione dovrà essere posto all'interno della casella **PRESTAZIONE CARENZA**.

Calcolo di eventi inferiori ai 6 giorni

Calcolo previsto da CCNL

Calcolo

- ▶ Dal 4° giorno al 6° giorno con coefficiente 0,330 => detrazione

Inserimento

- ▶ La detrazione è da inserire all'interno della casella detrazione mal/inf

Calcolo previsto con prestazione carenza prevista da contratto

Calcolo

- ▶ Primi 3 gg con coefficiente 0,500 => **prestazione carenza**
- ▶ Dal 4° giorno al 6° giorno con coefficiente 0,330 => detrazione

▶ Inserimento

- ▶ La prestazione carenza è da inserire all'interno della casella **prestazione carenza**
- ▶ La detrazione è da inserire all'interno della casella detrazione mal/inf

Evento dal 7/12/22 - 8/12/22 (2 gg)

Calcolo CCNL

- ▶ Non ha diritto ad alcun tipo di detrazione in quanto l'evento è inferiore ai 4 gg.
- ▶ Totale = 0€

Calcolo con prestazione carenza

- ▶ $1 * 32 = 32 \text{ €}$ da inserire nella casella **prestazione carenza**
- ▶ Totale = **32€ prestazione carenza**

Attestato di malattia telematico				Copia cartacea per il datore di lavoro			
Numero di protocollo univoco del certificato (PUC)		334009976		Data visita		07/12/2022	
DATI DEL MEDICO		Codice Regione	Codice ASL/AO	Codice struttura ricovero			
Cognome e nome		050	509				
Opera nel ruolo di:		Medico SSN	☒	Libero professionista		☐	
DATI PROGNOSI							
Il lavoratore dichiara di essere ammalato dal		07/12/2022		Viene assegnata prognosi clinica a tutto il		08/12/2022	
Il lavoratore dichiara di aver completato la propria attività lavorativa alla data di visita						☐	
Trattasi di:	Inizio	☒	Continuazione	☐	Ricaduta	☐	
Visita:	Ambulatoriale	☒	Domiciliare	☐	Pronto Soccorso	☐	
La malattia è dovuta ad evento traumatico						☐	
Patologia grave che richiede terapia salvavita						☐	
Malattia per la quale è stata riconosciuta la causa di servizio						☐	
Stato patologico sotteso o connesso alla situazione di invalidità riconosciuta						☐	

Evento dal 20/12/2 - 24/12/22 (5 gg)

Calcolo CCNL

- ▶ $2 * 21,12 = 42€$ da inserire nella casella detrazione
- ▶ Totale = 42€ detrazione

Calcolo con prestazione carenza

- ▶ $3 * 32 = 96 €$ da inserire nella casella **prestazione carenza**
- ▶ $2 * 21,12 = 42€$ da inserire nella casella detrazione
- ▶ Totale = **96€ prestazione carenza** e 42€ detrazione

Attestato di malattia telematico				Copia cartacea per il datore di lavoro			
Numero di protocollo univoco del certificato (PUC)		335563273		Data visita		20/12/2022	
DATI DEL MEDICO		Codice Regione	Codice ASL/AO	Codice struttura ricovero			
Cognome e nome		050	504				
Opera nel ruolo di:		Medico SSN	☒	Libero professionista	☐		
DATI PROGNOSI							
Il lavoratore dichiara di essere ammalato dal		19/12/2022		Viene assegnata prognosi clinica a tutto il		24/12/2022	
Il lavoratore dichiara di aver completato la propria attività lavorativa alla data di visita						☐	
Trattasi di:	Inizio	☒	Continuazione	☐	Ricaduta	☐	
Visita:	Ambulatoriale	☒	Domiciliare	☐	Pronto Soccorso	☐	
La malattia è dovuta ad evento traumatico						☐	
Patologia grave che richiede terapia salvavita						☐	
Malattia per la quale è stata riconosciuta la causa di servizio						☐	
Stato patologico sotteso o connesso alla situazione di invalidità riconosciuta						☐	

Evento dal 7/12/22 al 14/12/22 (8gg)

Mut 12/22

- Totale = 148€ detrazione

Attestato di malattia telematico				Copia cartacea per il datore di lavoro	
Numero di protocollo univoco del certificato (PUC)		333993232		Data visita	
				07/12/2022	
DATI DEL MEDICO		Codice Regione	Codice ASL/AO	Codice struttura ricovero	
Cognome e nome		050	502		
GIOULIS DIANA					
Opera nel ruolo di:		Medico SSN	☒	Libero professionista	☐
DATI PROGNOSI					
Il lavoratore dichiara di essere ammalato dal		07/12/2022		Viene assegnata prognosi clinica a tutto il	
				14/12/2022	
Il lavoratore dichiara di aver completato la propria attività lavorativa alla data di visita				☐	
Trattasi di:	Inizio	☒	Continuazione	☐	Ricaduta
					☐
Visita:	Ambulatoriale	☒	Domiciliare	☐	Pronto Soccorso
					☐
La malattia è dovuta ad evento traumatico				☐	
Patologia grave che richiede terapia salvavita				☐	
Malattia per la quale è stata riconosciuta la causa di servizio				☐	
Stato patologico sotteso o connesso alla situazione di invalidità riconosciuta				☐	

Evento dal 28/12/22 - 16/01/23 (20 gg.)

Mut 12/22

- ▶ 28/12/22 - no fine
- ▶ Detrazione:
- ▶ $1 * 21,12 = 21\text{€}$ (coefficiente 0,330)
- ▶ Totale: 21€

Mut 01/23

- ▶ 28/12/22 - 16/01/23
- ▶ Detrazione:
- ▶ $3 * 64,00 = 192\text{€}$ (si recupera la carenza non calcolata a 12/22)
- ▶ $12 * 21,12 = 253\text{€}$ (coefficiente 0,330)
- ▶ Totale: 445€

Attestato di malattia telematico				Copia cartacea per il datore di lavoro
Numero di protocollo univoco del certificato (PUC) 336301945		Data visita 28/12/2022		
DATI DEL MEDICO		Codice Regione 050	Codice ASL/AO 506	Codice struttura ricovero
Cognome e nome TERRANOVA GIOVANNA				
Opera nel ruolo di: Medico SSN ☒		Libero professionista ☐		
DATI PROGNOSI				
Il lavoratore dichiara di essere ammalato dal 28/12/2022		Viene assegnata prognosi clinica a tutto il 16/01/2023		
Il lavoratore dichiara di aver completato la propria attività lavorativa alla data di visita		☐		
Trattasi di:	Inizio ☒	Continuazione ☐	Ricaduta ☐	
Visita:	Ambulatoriale ☒	Domiciliare ☐	Pronto Soccorso ☐	
La malattia è dovuta ad evento traumatico		☐		
Patologia grave che richiede terapia salvavita		☐		
Malattia per la quale è stata riconosciuta la causa di servizio		☐		
Stato patologico sotteso o connesso alla situazione di invalidità riconosciuta		☐		

Inizio, continuazione e ricaduta dello stesso lavoratore

Attestato di malattia telematico				Copia cartacea per il datore di lavoro			
Numero di protocollo univoco del certificato (PUC)		333526866		Data visita		05/12/2022	
DATI DEL MEDICO		Codice Regione	050	Codice ASL/AO	506	Codice struttura ricovero	
Cognome e nome		DE MICHELI SALVATORE					
Opera nel ruolo di:		Medico SSN	☒	Libero professionista	☐		
DATI PROGNOSI							
Il lavoratore dichiara di essere ammalato dal		05/12/2022		Viene assegnata prognosi clinica a tutto il		09/12/2022	
Il lavoratore dichiara di aver completato la propria attività lavorativa alla data di visita		☐					
Trattasi di:	Inizio	☒	Continuazione	☐	Ricaduta	☐	
Visita:	Ambulatoriale	☒	Domiciliare	☐	Pronto Soccorso	☐	
La malattia è dovuta ad evento traumatico		☐					
Patologia grave che richiede terapia salvavita		☐					
Malattia per la quale è stata riconosciuta la causa di servizio		☐					
Stato patologico sotteso o connesso alla situazione di invalidità riconosciuta		☐					

Attestato di malattia telematico				Copia cartacea per il datore di lavoro			
Numero di protocollo univoco del certificato (PUC)		334346252		Data visita		12/12/2022	
DATI DEL MEDICO		Codice Regione	050	Codice ASL/AO	506	Codice struttura ricovero	
Cognome e nome		DE MICHELI SALVATORE					
Opera nel ruolo di:		Medico SSN	☒	Libero professionista	☐		
DATI PROGNOSI							
Il lavoratore dichiara di essere ammalato dal		05/12/2022		Viene assegnata prognosi clinica a tutto il		16/12/2022	
Il lavoratore dichiara di aver completato la propria attività lavorativa alla data di visita		☐					
Trattasi di:	Inizio	☐	Continuazione	☒	Ricaduta	☐	
Visita:	Ambulatoriale	☒	Domiciliare	☐	Pronto Soccorso	☐	
La malattia è dovuta ad evento traumatico		☐					
Patologia grave che richiede terapia salvavita		☐					
Malattia per la quale è stata riconosciuta la causa di servizio		☐					
Stato patologico sotteso o connesso alla situazione di invalidità riconosciuta		☐					

Attestato di malattia telematico				Copia cartacea per il datore di lavoro			
Numero di protocollo univoco del certificato (PUC)		335622778		Data visita		20/12/2022	
DATI DEL MEDICO		Codice Regione	050	Codice ASL/AO	506	Codice struttura ricovero	
Cognome e nome		DE MICHELI SALVATORE					
Opera nel ruolo di:		Medico SSN	☒	Libero professionista	☐		
DATI PROGNOSI							
Il lavoratore dichiara di essere ammalato dal		20/12/2022		Viene assegnata prognosi clinica a tutto il		31/12/2022	
Il lavoratore dichiara di aver completato la propria attività lavorativa alla data di visita		☐					
Trattasi di:	Inizio	☐	Continuazione	☐	Ricaduta	☒	
Visita:	Ambulatoriale	☒	Domiciliare	☐	Pronto Soccorso	☐	
La malattia è dovuta ad evento traumatico		☐					
Patologia grave che richiede terapia salvavita		☐					
Malattia per la quale è stata riconosciuta la causa di servizio		☐					
Stato patologico sotteso o connesso alla situazione di invalidità riconosciuta		☐					

Inserimento nel mut

- ▶ 1° evento : 5/12/22 - 16/12/22
- ▶ 2° evento : 5/12/22 (R 20/12/22) - 31/12/22

Data inizio mal/...	Giorno Fine mal...	Tipo mal./inf. (1)	ID Certificato (1)	ID Certificato (2)	ID Certificato (3)
05/12/2022	16	M - Malatt ▼	333526866	334346252	
ID Certificato (4)	ID Certificato (5)				
Ricaduta (1)	Giorno Ricaduta...	Detrazione mal/...	Ore ass.ing. (1)	Prestazione Car...	
-- ▼	0	380	0	0	

Data inizio mal/...	Giorno Fine mal...	Tipo mal./inf. (2)	ID Certificato (1)	ID Certificato (2)	ID Certificato (3)
05/12/2022	31	M - Malatt ▼	335622778		
ID Certificato (4)	ID Certificato (5)				
Ricaduta (2)	Giorno Ricaduta...	Detrazione mal/...	Ore ass. ingiust....	Prestazione Car...	
S - Ricadut ▼	20	172	0	0	

DATA INIZ. MAL/INF	FINE MAL/INF	TIPO	RIC.	ORE ASS. ING.	CONGUAGLIO/RIMBORSO
05/12/2022	16	M		0	380
05/12/2022	31	M	s	0	172

Calcolo

- ▶ Il lavoratore è qualificato.
- ▶ 1° periodo 5/12/22 - 16/12/22 scoperto per i gg sabato 10 e domenica 11.

$$3 * 35,80 = 107,40 \text{ (calcolo carenza evento > 6gg)}$$

$$6 * 23,63 = 141,78$$

$$\text{Totale} = 249$$

I giorni da sabato 17/12/22 a lunedì 19/12/22 non si contano e non rientrano nel conteggio in quanto non si tratta di una continuazione ma ricaduta

- ▶ 2° periodo 20/12/22 - 31/12/22 R

$$3 * 35,80 = 107,40 \text{ (calcolo la differenza della carenza dato che l'evento è superiore ai 12 gg)}$$

$$6 * 23,63 = 141,78$$

$$4 * 7,66 = 30,64$$

$$\text{Totale} = 280$$

- ▶ Totale

$$\text{Malattia conteggiata dal consulente} \quad 380 + 172 = 552$$

$$\text{Malattia conteggiata dalla cassa} \quad 249 + 280 = 529$$

Differenza 23 (sarebbe il sabato che erroneamente è stato inserito nel conteggio da parte del consulente)

Malattia di lunga durata

Lavoratore con $< 3 \frac{1}{2}$ anni di anzianità, diritto 270 gg conservazione del posto di lavoro
17/2/22 - 27/10/22

Nei 20 mesi precedente al 17/2/22 non ha altri periodi di malattia

Nei 20 mesi precedente al 17/2/22 (17/6/20 - 16/2/22) ha i seguenti periodi di malattia:

- 10/1/22 - 16/1/22 7gg
- 25/1/22 - 28/1/22 4 gg
- 02/2/22 - 07/2/22 6 gg
- Totale precedenti 17 gg - ha diritto ancora a 253 gg che scadranno il 27/10/22

► I 180 gg finiscono il 15/8/22

► $3 * 64 = 192\text{€}$

► $14 * 21,12 = 296$

► $133 * 6,85 = 911$

► $63 * 32 = 2016$

► Totale = 3415

► I 180 gg finiscono il 29/7/22

► $3 * 64 = 192$

► $14 * 21,12 = 296$

► $120 * 6,85 = 822$

► $76 * 32 = 2432$

► Totale = 3742

► Hanno deciso di tenerlo in forza ma non viene inserito accantonamento né detrazione

Malattia a cavaliere

Lavoratore con > 3 ½ anni lavorativi. Non ha altri periodi di malattia nei 24 mesi precedenti all'evento. Ha diritto alla detrazione fino al 180° giorno indennizzato INPS, dopodichè avrà diritto dello scaglione dal 181° fino al 365° se NON INDENIZZATO INPS

Inizio 31/10/22 - fine non comunicata

Inps

- ▶ 31/10/22 - 31/12/22 62 gg
- ▶ 1/1/23 - 29/6/23 180 gg

Considerando che si tratta di un evento lungo ed unico, l'INPS paga fino al 180 gg

CCNL

- ▶ 31/10/22 - 28/4/23 la detrazione termina al 180° dell'evento. Potrà ripartire con lo scaglione dal 181° quando l'INPS cessa di pagare ovvero dal 30/6/23 fino al diritto della conservazione del posto (30/10/23)

Covid - 19

Si prende in considerazione il periodo più ampio solo nel caso in cui si è in possesso di:

- Provvedimento SISP
- certificato medico

IPOTESI	DOCUMENTAZIONE SANITARIA		PERIODO DI RIFERIMENTO	ESEMPI
	Provvedimento dell'operatore di sanità pubblica	Certificato MMG	Tutele di cui al comma 1 art. 26 Periodo dal 17 marzo 2020 comma 3 dell'articolo 26	
		inizio prognosi coincidente con data redazione inizio prognosi anteriore alla data di redazione		
4	NO	SI	Certificato non accoglibile salvo integrazioni. In attesa della ricezione del provvedimento, verrà inserito in procedura CDM, il codice di anomalia generica con l'indicazione: "manca il provvedimento dell'operatore di sanità pubblica" e inviata comunicazione al lavoratore. Se perviene il provvedimento, l'anomalia è sanata. In caso contrario il certificato non è indennizzabile.	
5	SI	NO	Documentazione sanitaria non accoglibile salvo integrazioni. Il provvedimento verrà protocollato ma non acquisito. Se ne terrà evidenza qualora il certificato pervenga successivamente.	
6	SI data antecedente a quella di redazione del certificato (compresa ipotesi data fine periodo successiva a quella indicata nel certificato)	SI (compresa ipotesi data fine prognosi successiva a quella indicata nel provvedimento)	Documentazione sanitaria accoglibile. Qualora i periodi indicati nel certificato e nel provvedimento non siano coincidenti, verrà considerato il periodo più ampio di inizio e fine. Certificato telematico: In caso di data di inizio prognosi, anteriore rispetto a quella di redazione del certificato (ma successiva al 31 gennaio 2020 compreso), la procedura CDM considererà validi, in automatico, i giorni precedenti alla citata data di redazione solo in presenza del relativo codice apposto dal medico INPS. Qualora il provvedimento riporti una data di inizio e/o una data di fine periodo diverse e più favorevoli rispetto alla prognosi indicata nel certificato, tale periodo verrà acquisito manualmente in procedura CDM (come certificato cartaceo). Si viene quindi a creare un evento costituito da un periodo di prognosi inserito manualmente e uno ricavato dal certificato telematico. Certificato cartaceo: si procederà con acquisizione manuale in procedura CDM, considerando il periodo più ampio (inizio e fine) tra quelli indicati nel provvedimento o nel certificato.	<i>Certificato telematico redatto in data 25/03/2020 con indicazione della data del 18/03/2020 in "dichiarazione di essere ammalato dal" e provvedimento dell'operatore di sanità pubblica con data di inizio periodo del 20/03/2020: l'evento decorrerà dal 18/03/2020.</i> <i>Certificato cartaceo con data di fine prognosi 27/03/2020; provvedimento dell'operatore di sanità pubblica con data di fine periodo 23/03/2020: l'evento terminerà il 27/03/2020.</i>

NOTA: In tutti i casi sopra descritti di acquisizione di certificati cartacei, si procederà ad effettuare adeguamenti in procedura CDM, per consentire di inserire, nelle diverse ipotesi, l'indicazione dell'evento riferito a Covid-19.



AZIENDA ULSS N. 6 - EUGANEA
Sede legale: Via Enrico degli Scrovegni n.14 -
35100 Padova
C.F. e P. IVA 00349050286
PEC: protocollo.ulss6@pecveneto.it

DIPARTIMENTO DI PREVENZIONE
U.O.C. Servizio Igiene e Sanità Pubblica
Il Direttore Servizio Igiene Pubblica
AULSS6 Euganea
Dr.ssa Ivana Simoncello

Padova,

OGGETTO: COMUNICAZIONE SORVEGLIANZA SANITARIA

Al INPS

Al MMG/PLS

Al Datore di lavoro

VISTO IL D.P.C.M. 1° marzo 2020 Ulteriori disposizioni attuative del D.L. 23 febbraio 2020, n. 6 recante Misure urgenti in materia di contenimento e gestione dell'emergenza epidemiologica da COVID-19 e ss.mm.ii.

SI COMUNICA CHE

Per il Sig.

Nato a il

SI DISPONE

la sorveglianza domiciliare e l'isolamento fiduciario domiciliare per motivi di Sanità Pubblica dal
08/11/2021 al 19/11/2021

Distinti saluti

f.to Direttore
Dr.ssa Ivana Simoncello

Attestato di malattia telematico				Copia cartacea per il datore di lavoro	
Numero di protocollo univoco del certificato (PUC)		333757624		Data visita	
				06/12/2022	
DATI DEL MEDICO		Codice Regione	Codice ASL/AO	Codice struttura ricovero	
Cognome e nome		050	508		
GIUSTI MASSIMILIANO					
Opera nel ruolo di:		Medico SSN	☒	Libero professionista	☐
DATI PROGNOSI					
Il lavoratore dichiara di essere ammalato dal		24/11/2022		Viene assegnata prognosi clinica a tutto il	
				24/12/2022	
Il lavoratore dichiara di aver completato la propria attività lavorativa alla data di visita		☐			
Trattasi di:	Inizio	☐	Continuazione	☒	Ricaduta
					☐
Visita:	Ambulatoriale	☒	Domiciliare	☐	Pronto Soccorso
					☐
La malattia è dovuta ad evento traumatico		☐			
Patologia grave che richiede terapia salvavita		☐			
Malattia per la quale è stata riconosciuta la causa di servizio		☐			
Stato patologico sotteso o connesso alla situazione di invalidità riconosciuta		☐			

Questo tipo di certificato non entra nel calcolo del periodo di malattia

Infortunio e Malattia Professionale

▶ Infortunio

- ▶ Art. 27 L'operaio non in prova ha diritto alla conservazione del posto fino a quando dura l'inabilità temporanea che impedisca di tornare a lavoro e comunque non oltre la data indicata nel certificato DEFINITIVO

▶ Malattia Professionale

- ▶ Art. 27 L'operaio non in prova ha diritto alla conservazione del posto per un periodo di 9 mesi consecutivi (270 gg di calendario) o in caso di più ricadute nella stessa malattia, di 9 mesi nell'arco di 12 mesi consecutivi
 - ▶ Copertura completa dei periodi dichiarati da certificazione medica

Inserimento nel mut (evento 20/1/23) 21/1/23 - non si inserisce la data fine

Azienda ULSS n. 2 Marca Trevigiana
Ospedale di Conegliano
Unità Operativa di Pronto Soccorso

INAIL - CERTIFICAZIONE MEDICA DI INFORTUNIO LAVORATIVO

Scheda: 2023003207 Presidio: P.O. CONEGLIANO Certificato N°: 1

☒ PRIMO ☐ CONTINUATIVO ☐ DEFINITIVO

Cognome _____ Nome _____ Sesso _____

Nato a (Comune) _____ gg/mm/yyyy Nazionalità _____

(Residente (Comune) _____

Indirizzo (via, piazza, ecc.) _____ N. Civico _____

Codice ISTAT _____ Codice ASL _____ Cod. Fisc. _____

In (Comune) _____

L'EVENTO E' AVVENUTO IL 20/01/2023

RISERVATO ALL'ASSICURATO

Datore di lavoro attuale

Cognome e nome o ragione sociale _____

Indirizzo (via, piazza, etc.) _____

Comune _____ Prov. _____

Settore Lavorativo ☐ Agricoltura ☒ Industria ☐ Artigianato ☐ Pub. Amm. ☐ Servizio terziario ☐ Altro

Attività lavorativa attuale(mansione)
Muratore

Attività lavorative precedentemente svolte _____

Descrizione delle cause e circostanze dell'infortunio
caduta di un puntello sull'Al sx

L'assicurato dichiara di aver abbandonato il lavoro il 20/01/2023 alle ore 11:40

Data 20/01/2023 Firma dell'assicurato _____

DIAGNOSI:
- frattura piatto tibiale

DATA INZ. MAL/INF	FINE MAL/INF	TIPO	RIC.	ORE ASS. ING.	CONGUAGLIO/RIMBORSO
21/01/2023	0	I		0	180 ###0

Data evento 20/1/23 (si considera giorno lavorativo)

Nel mut si indica il giorno successivo alla data dell'infortunio=> 21/1/23

$$11 * 16,41 = 180\text{€}$$

PROGNOSI: inabilità temporanea assoluta al lavoro
dal giorno 20/01/2023 fino a tutto il 18/02/2023

Luoogo _____

Data di rilascio 20/01/2023

Codice Medico del Presidio Sanitario

1052131

Codice progressivo assegnato al certificato dalla struttura sanitaria
112023003207

Copia C - per il Datore di lavoro

Timbro e firma del Medico Dott. Paolo BROSSARD

Medico Chirurgo
Via del Lucani, 20
36100 CHIESA

cod. CMC TMS 63822 DS442

Pag. 1 di 1

Certificati di infortunio con indicazione periodo di inabilità dal lavoro

► Certificato Infortunio con periodo



Sede: PADOVA

Data: 25/01/2023

Infortunio N. del 21/12/2022
Assicurato nato il

STAMPA VISTI

Parere su temporanea del 25/01/2023

REGOLARI dal 21/12/2022 al 11/03/2023 giorni 81

Data ripresa lavoro

Giorni Inail 81

Parere

Il Dirigente medico I Livello
DOTT. ANNA COLAFIGLI

► Certificato Infortunio fine anticipata



Sede: PADOVA

Data: 19/12/2022

Infortunio N. del 07/12/2022
Assicurato nato il

STAMPA VISTI

Parere su temporanea del 19/12/2022

REGOLARI dal 07/12/2022 al 12/12/2022 giorni 6

Data ripresa lavoro 13/12/2022

Giorni Inail 6

Parere Si definisce ITA anticipatamente rispetto alla prognosi assegnata così come richiesto da assicurato.

Lo Specialista in Medicina Legale
DOTT. MARIALUISA SGRO

CERTIFICAZIONE MEDICA DI INFORTUNIO LAVORATIVO

☒ PRIMO ☐ CONTINUATIVO ☐ DEFINITIVO ☐ RIAMMISSIONE IN TEMPORANEA

Cognome _____ Nome _____ Sesso M/F _____
Nascita (Comune) _____ Prov. _____ GG _____ MM _____ AAAA _____ Nazionalità _____
Domicilio/Comune _____ Prov. _____ CAP _____
Indirizzo (via, numero civico) _____ N. invio _____
Codice ISTAT _____ Codice ASI _____ Codice Fiscale _____
Telefono _____ Cellulare _____ ☐ Assenza Rete fissa Teleselezione
L'indicazione del numero di telefono potrà costituire una più tempestiva ed efficace erogazione delle prestazioni da parte di INAIL a favore del lavoratore.

L'EVENTO È AVVENUTO IL 16 / 01 / 2023 a Padova

RISERVATO ALL'ASSICURATO
Datore di lavoro attuale
Cognome e nome e ragione sociale _____
Indirizzo (via, numero civico) _____ N. invio _____
Città _____
Settore Lavorativo ☐ Agricoltura ☐ Industria ☒ Artigianato ☐ Pubblica Amministrazione ☐ Servizi e Terziario ☐ Altro
Attività lavorativa attuale (mansione) _____
Attività lavorativa precedentemente svolta _____
Descrizione delle cause e circostanze dell'incidento _____
L'assicurato dichiara di aver abbandonato il lavoro il 18 / 01 / 2023 alle ore 17 : 00
Data 19 / 01 / 2023 L'assicurato _____
DIAGNOSI _____
PROGNOSI: inabilità assoluta temporanea al lavoro
dal giorno 18 / 01 / 2023 fino al tempo di 12 / 02 / 2023
Data _____ Data di Rilascio 19 / 01 / 2023
Firma del Medico _____
Codice proprietario assegnato al certificato dalla struttura sanitaria _____

Certificato rilasciato dopo 3 gg dell'evento si calcola l'evento dalla data di rilascio del certificato.

- ▶ Evento del 16/1/23
- ▶ Data rilascio 19/1/23
- ▶ Inserimento nel mut (1/23) :
19/1/23 - non si inserisce la fine

La denuncia/comunicazione di infortunio non sostituisce il certificato

INAIL
ISTITUTO NAZIONALE PER L'ASSICURAZIONE
CONTRO GLI INFORTUNI SUL LAVORO

DENUNCIA/COMUNICAZIONE DI INFORTUNIO
(art. 53, d.p.r. 30/08/1999 n.1124 - art.18, comma 1, lettera r, d.lgs. 09/04/2008 n.81)

Numero Denuncia-Comunicazione di infortunio _____

Codice Utente _____ Data e ora invio Denuncia-Comunicazione _____ Origine ONLINE

DATI INAIL

Sede _____ Telefono _____ FAX _____
Comune _____ Prov. _____ CAP _____ Codice ISTAT _____
Indirizzo E-MAIL _____ Indirizzo PEC _____

FIRMA - AUTOCERTIFICAZIONE
Dichiarazione sostitutiva ai sensi del d.p.r. n.445/2000 e s.m.i.

IL SOTTOSCRITTO

Datore di lavoro ☐ Delegato del Datore di lavoro ☐ Mandatario del Datore di lavoro ☒ Delegato del Mandatario ☐

Cognome _____ Nome _____
Codice Fiscale _____ Nato a _____ Il (gg/mm/aaaa) _____
Indirizzo _____
Comune _____ Prov. _____ CAP _____
Telefono _____
Indirizzo E-MAIL _____ Indirizzo PEC _____

DICHIARA

di rendere la presente Denuncia/Comunicazione di infortunio ai sensi del t.u. Infortuni (d.p.r. n. 1124/65 e s.m.i.) e del t.u. Sicurezza (d.lgs. n. 81/08 e s.m.i.) in qualità di datore di lavoro dell'infortunato o su delega o mandato dello stesso (che si impegna ad esibire su richiesta dell'INAIL), conferiti per lo svolgimento degli adempimenti nei confronti dell'istituto ai sensi delle disposizioni sopra citate, nonché per la sottoscrizione del presente documento composto da n. 8 pagine, inclusa la presente;

di essere il titolare del trattamento dei dati, forniti nel rispetto della normativa sul diritto alla privacy (d.lgs. 196/2003 e s.m.i.), ovvero soggetto in possesso di delega o autorizzazione rilasciata dal titolare del trattamento, che si impegna ad esibire su richiesta dell'INAIL;

di essere consapevole: in qualità di datore di lavoro, delle responsabilità civili e penali alle quali andrà incontro nel caso in cui i dati forniti con la presente Denuncia/Comunicazione di infortunio non siano rispondenti a verità; ovvero in qualità di delegato o mandatario del datore di lavoro, delle responsabilità civili e penali alle quali andrà incontro in caso di mancata corrispondenza tra i dati forniti con la presente Denuncia/Comunicazione di infortunio e quanto dichiarato dal datore di lavoro, il quale resta in ogni caso responsabile della loro veridicità.

Allegati n. : 0

NOTE

DATA _____ FIRMA _____

Malattia/Infortunio iniziato presso un'altra Cassa Edile

- ▶ L'evento di malattia/infortunio iniziato presso un'altra Cassa Edile deve concludersi presso quella Cassa Edile.

Calcolo

Detrazione intera

- ▶ Nel trimestre precedente devono essere denunciate 450 ore (lavoro, malattia, ferie, festività, permessi retribuiti, congedi, cig ore altre casse Allegato E)
- ▶ Assunto da meno di 3 mesi o in aspettativa.

Detrazione parziale

- ▶ Inferiore a 450 ore nel trimestre precedente
- ▶ Part-time



Percentuale da calcolare Es.: $400 \text{ h} / 450 \text{ h} \% = 88,88\%$