

Malattia e decorrenza della tutela previdenziale

Commento alla Circolare INPS n. 92 del 4 settembre 2026

di Arianna Tofani [*]



Il superamento della distinzione fra visita domiciliare e visita ambulatoriale, i limiti della nuova prassi e il diverso impatto su settore privato e settore pubblico

Introduzione e quadro sistematico

L'istituto dell'indennità di malattia, che trova il proprio fondamento civilistico nell'articolo 2110 del Codice Civile e la propria copertura costituzionale nell'articolo 38, comma 2, della Costituzione, costituisce uno dei capisaldi del sistema di sicurezza sociale italiano. La ratio della tutela risiede nell'esigenza di garantire al lavoratore subordinato mezzi adeguati di sussistenza al verificarsi di uno stato di incapacità temporanea al lavoro determinato da malattia comune, cioè da patologia di eziologia non professionale.

Sul piano operativo, la fruizione della prestazione è subordinata all'accertamento sanitario dello stato morboso, che si formalizza nel certificato medico redatto dal medico curante e trasmesso per via telematica all'INPS. Le specifiche del flusso telematico sono contenute nel disciplinare tecnico allegato al decreto interministeriale 18 aprile 2012; per i dipendenti pubblici opera, inoltre, l'articolo 55-septies del D.Lgs. 165/2001.

Per decenni l'individuazione del dies a quo della copertura previdenziale è stata ancorata a un criterio di stretto rigore formale. Con la **Circolare n. 92 del 4 settembre 2026**, adottata d'intesa con il Ministero del Lavoro e delle Politiche Sociali, l'Istituto è intervenuto con un atteso riorientamento interpretativo sulla data di inizio della prognosi e sul riconoscimento della prestazione per la giornata antecedente al rilascio del certificato.

Il quadro previgente: il regolamento INAM del 1963 e la prassi applicativa

La disciplina della decorrenza affonda le radici nel *Regolamento per le prestazioni economi-*

che adottato con deliberazione del Consiglio di Amministrazione dell'INAM del 10 aprile 1963, ratificato con decreto del Ministero del Lavoro e della Previdenza Sociale del 16 maggio 1963. L'articolo 2, comma 3, di tale regolamento sta-

bilisce che l'indennità giornaliera è corrisposta a decorrere dal quarto giorno di malattia, computandosi il termine dal giorno della chiamata del medico curante risultante dal certificato ovvero dalla data della prima visita medica.

Su questa base l'Istituto ha costruito una prassi applicativa consolidata, ribadita nel tempo con le circolari n. 134368 A.G.O./14 del 28 gennaio 1981, n. 63 del 7 marzo 1991 e n. 147 del 15 luglio 1996: il primo giorno dell'evento si computa, in via generale, dalla data di rilascio della certificazione medica. Da



tale data dipendono il conteggio della carenza, le percentuali di indennizzo, il periodo massimo assistibile e l'eventuale applicazione di sanzioni, ad esempio per assenza alla visita medica di controllo di cui all'art. 5 del D.L. 463/1983, conv. in L. 638/1983.

Un'unica eccezione era ammessa: il riconoscimento del giorno immediatamente precedente, a condizione che il medico valorizzasse nel certificato **sia** il campo "Dichiara di essere ammalato dal...", indicando il giorno anteriore, **sia** il campo "Visita domiciliare". Entrambe le sezioni, già presenti nel modulo cartaceo OPM/1, sono state poi recepite nel certificato telematico.

Ne derivava che, in caso di visita ambulatoriale, la data di inizio malattia coincideva rigidamente con quella del certificato, anche quando la sintomatologia era insorta nelle ore precedenti. Il lavoratore che, per saturazione dell'agenda del medico o per l'organizzazione ad accessi programmati dello studio, non riusciva a essere visitato in giornata restava scoperto per la prima assenza, con perdita del trattamento economico ed esposizione a contestazioni disciplinari per assenza ingiustificata. Una asimmetria che, a parità di condizione morbosa e di dichiarazioni rese al medico, faceva dipendere la tutela dal luogo fisico della visita.

Le novità introdotte dalla Circolare n. 92/2026

La circolare supera questa distinzione. Con una interpretazione evolutiva del regolamento del 1963, e acquisito il parere favorevole del Ministero del Lavoro, l'INPS riconosce la tutela previdenziale per il giorno immediatamente precedente alla redazione del certificato **sia in caso di visita domiciliare sia in caso di visita ambulatoriale**.

Il presupposto operativo resta l'attestazione medica: il medico curante deve valorizzare nel certificato telematico il campo "Dichiara di essere ammalato dal..." indicando la data del giorno antecedente.

Il nuovo criterio si applica **anche alle certificazioni di continuazione e di ricaduta della malattia**.

Le ragioni dichiarate della revisione risiedono nella presa d'atto delle mutate dinamiche organizzative dell'assistenza primaria: la progressiva riduzione del numero dei medici di medicina generale su tutto il territorio nazionale, l'aumento dei carichi di lavoro e dei compiti organizzativi a loro affidati, la diffusione della

prassi di programmare gli accessi ambulatoriali per evitare sovraffollamenti nelle sale d'attesa. A ciò si aggiunge la facoltà, riconosciuta dagli accordi collettivi nazionali della medicina generale e da ultimo confermata dall'art. 43, comma 6, dell'ACN del 15 gennaio 2026, di effettuare la visita domiciliare richiesta dal paziente entro le ore 12:00 del giorno immediatamente successivo. In questo contesto, ancorare la tutela alla disponibilità immediata del medico significava far ricadere sul lavoratore un disservizio a lui non imputabile.

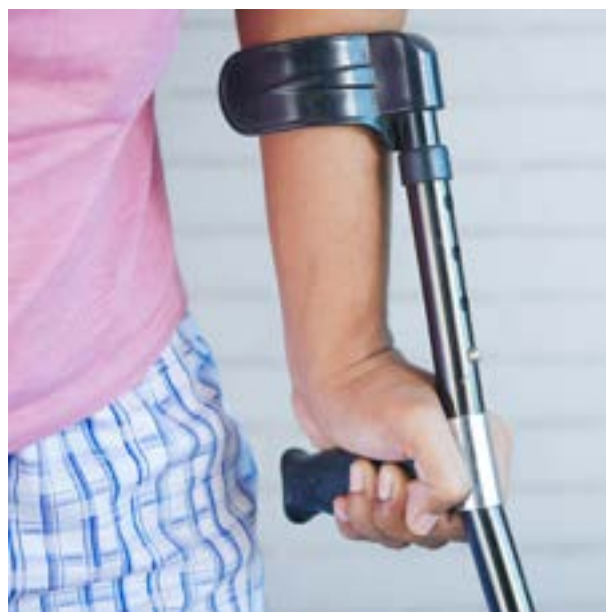
Gli obiettivi perseguiti sono due:

- **effettività della tutela della salute e del reddito**, evitando che barriere organizzative di accesso ai servizi sanitari si traducano in una privazione del diritto tutelato dall'art. 38 Cost.;
- **uniformità di trattamento**, eliminando una disparità che, a parità di situazione sostanziale, dipendeva unicamente dal luogo di redazione del certificato.

Limiti, condizioni ed esclusioni

La circolare non introduce alcuna sanatoria generalizzata dei certificati retroattivi. I limiti sono precisi e vanno conosciuti, perché è su questi che si concentreranno le controversie applicative.

a) Esclusione per sabato, domenica e festivi infrasettimanali. Il riconoscimento del giorno precedente **non opera** quando tale giorno cade di sabato, di domenica o in una festività infrasettimanale. La ragione è che in quelle giornate è comunque garantito il servizio di continuità assistenziale (l'ex guardia medi-



ca), al quale il lavoratore può rivolgersi. In concreto: chi si ammala di venerdì e riesce a farsi visitare dal proprio medico solo il lunedì non ottiene la copertura del venerdì.

b) Limite di un solo giorno. La retrodatazione è circoscritta al giorno immediatamente precedente. Non sono ammessi riconoscimenti di periodi anteriori.

c) Effetto della data anteriore di oltre un giorno. Se nel campo “Dichiara di essere ammalato dal...” il medico indica una data anteriore di **oltre** un giorno rispetto alla redazione del certificato, il riconoscimento della tutela per il giorno precedente **viene meno**. La ragione addotta dall’Istituto è che in tal caso è da escludere che quella data possa riferirsi al giorno della chiamata del lavoratore al medico curante. Non si tratta quindi di una semplice riduzione del periodo coperto: l’indicazione eccessiva fa perdere anche il giorno che sarebbe stato altrimenti indennizzabile. È un punto che merita attenzione nel dialogo con i medici di medicina generale.

d) Adempimenti di trasmissione. Il certificato è trasmesso telematicamente dal medico. Solo in caso di comprovata impossibilità tecnica di invio telematico il lavoratore deve consegnare al datore di lavoro l’attestato cartaceo, privo di diagnosi, entro due giorni dal rilascio.

e) Obblighi contrattuali di comunicazione. La novità previdenziale non incide sugli obblighi posti a carico del lavoratore dai CCNL in materia di tempestiva comunicazione dell’assenza. Il lavoratore resta tenuto ad avvisare l’azienda dell’insorgenza dell’impedimento nei termini della contrattazione collettiva applicata, di regola entro l’inizio dell’orario di lavoro del primo giorno di assenza, **indipen-**

dentemente dal momento in cui il certificato verrà poi redatto. È l’avviso tempestivo, non il certificato, a rendere giustificata l’assenza sul piano disciplinare.

Ambito soggettivo: settore privato e settore pubblico a confronto

Il punto è spesso trascurato nella prima lettura della circolare, ma è decisivo per orientare correttamente gli iscritti: **l’atto incide direttamente sui soli lavoratori i cui periodi di malattia sono indennizzati dall’INPS.**

Settore privato

Nel lavoro privato la platea coperta dall’indennità INPS non è universale: vi rientrano, tra gli altri, gli operai dell’industria, i lavoratori del terziario, del turismo e dei servizi, gli apprendisti, i lavoratori a tempo determinato e stagionali, secondo le regole di ciascun settore. Restano invece esclusi dall’indennità previdenziale, tra gli altri, gli impiegati e i quadri dell’industria e i dirigenti, per i quali il trattamento economico di malattia è integralmente a carico del datore di lavoro in forza del CCNL.

Per i primi, la nuova prassi ha effetti economici immediati: la giornata retrodatata entra a pieno titolo nel computo dell’evento morboso e ne sposta indietro il punto di partenza, con conseguenze sul conteggio della carenza, sulle percentuali di indennizzo, sul periodo massimo assistibile e sul comparto.

Per i secondi, l’effetto è indiretto ma non irrilevante: la data di inizio dell’evento risultante dal certificato resta il parametro con cui si misura la giustificatezza dell’assenza, il decorso del comparto e l’attivazione degli obblighi retributivi contrattuali. Il riallineamento della prassi INPS offre dunque un argomento interpretativo utile anche dove l’INPS non paga nulla.

Settore pubblico

Nel pubblico impiego l’architettura è diversa. Il trattamento economico di malattia non è erogato dall’INPS ma dall’amministrazione datrice di lavoro, secondo la disciplina di legge e di comparto: non esiste il meccanismo della carenza dei primi tre giorni, ma opera la decurtazione del trattamento accessorio per i primi dieci giorni di assenza prevista dall’art. 71 del D.L.



112/2008, conv. in L. 133/2008, salvo le eccezioni ivi previste.

Ne consegue che la Circolare n. 92/2026 **non modifica di per sé il regime economico dei dipendenti pubblici**, come già puntualizzato da alcune organizzazioni sindacali con riferimento al personale della scuola statale. Sarebbe un errore comunicativo presentare la novità come immediatamente applicabile a tutti.

Restano però tre elementi di connessione che rendono la questione tutt'altro che accademica:

1. **La certificazione è unificata.** Il medico compila un unico certificato telematico, con i medesimi campi, a prescindere dalla natura pubblica o privata del datore di lavoro. La regola di compilazione che l'INPS oggi riconosce come corretta diventa quindi lo standard di fatto anche per le certificazioni destinate alla pubblica amministrazione.
2. **Il controllo medico-legale è unificato.** Dal 2017, con l'istituzione del cosiddetto polo unico per le visite fiscali, la competenza sugli accertamenti è concentrata in capo all'INPS anche per i dipendenti pubblici. La lettura medico-legale della data di inizio della prognosi è quindi affidata alla stessa struttura che ha adottato il nuovo orientamento.
3. **Le fasce di reperibilità sono già state uniformate.** Con il messaggio n. 4640 del 22 dicembre 2023, adottato a seguito della sentenza del TAR Lazio n. 16305 del 3 novembre 2023, l'INPS ha allineato i due settori: gli orari di reperibilità per le visite mediche di controllo sono oggi i medesimi per dipendenti pubblici e privati, dalle 10:00 alle 12:00 e dalle 17:00 alle 19:00, tutti i giorni, sabati, domeniche e festivi compresi. È un precedente non trascurabile, perché mostra che l'Istituto, quando la ragione della differenziazione viene meno, procede all'armonizzazione anche in via amministrativa.

Una questione di equità che resta aperta

Il risultato è un sistema a due velocità: il lavoratore privato indennizzato dall'INPS vede oggi riconosciuta la giornata di insorgenza dei sintomi, mentre per il dipendente pubblico la questione della

decorrenza continua a essere governata dalla disciplina di comparto e dalle prassi delle singole amministrazioni, con esiti potenzialmente disomogenei.

Poiché la ragione sostanziale addotta dall'INPS — la difficoltà oggettiva di ottenere una visita in giornata — prescinde totalmente dalla natura del datore di lavoro, non si vedono ragioni per un trattamento differenziato. È un terreno di iniziativa sindacale: chiedere che le amministrazioni pubbliche recepiscono in via interpretativa lo stesso criterio nella gestione delle assenze e che, in sede di contrattazione, la questione della decorrenza dell'evento venga esplicitata anziché lasciata alla prassi.

Impatti sulla gestione del rapporto di lavoro e sulla contrattazione collettiva

A. Trattamento economico dei primi tre giorni. Nel settore privato l'indennità INPS decorre dal quarto giorno; i primi tre costituiscono il periodo di carenza. Gran parte dei CCNL pone a carico del datore di lavoro un'integrazione per tali giornate, spesso modulata in funzione del numero di eventi morbosi verificatisi nell'anno solare: è necessario verificare il testo del contratto applicato, perché le percentuali e il numero di eventi coperti variano sensibilmente da settore a settore. Con la nuova prassi, la giornata antecedente coperta da visita ambulatoriale rientra nel computo dell'evento e diventa il primo giorno di carenza, con conseguente slittamento dell'intera sequenza.

B. Potere disciplinare e controllo datoriale. Sul terreno dell'art. 7 della L. 300/1970,



la circolare fornisce un elemento di certezza. Dove in passato la prima giornata non indennizzata poteva alimentare contestazioni sulla giustificata assenza, il riconoscimento previdenziale rafforza oggi la posizione del lavoratore anche nei confronti dell'azienda, a **condizione** che sia stata rispettata la comunicazione preventiva prevista dal CCNL. Resta cioè fermo che la copertura previdenziale e la giustificazione contrattuale dell'assenza viaggiano su binari distinti.

C. Indicazioni operative per i lavoratori. Tre raccomandazioni concrete:

- avvisare l'azienda entro l'inizio del turno del primo giorno di assenza, sempre e comunque, anche prima di avere il certificato;
- chiedere espressamente al medico di valorizzare il campo "Dichiara di essere ammalato dal..." con la data corretta, senza indicare date anteriori di oltre un giorno;
- annotare il numero di protocollo del certificato e verificarne la presenza nel fascicolo previdenziale, così da poter documentare l'adempimento in caso di contestazione.

Considerazioni conclusive

La Circolare INPS n. 92/2026 si colloca nell'alveo di un ammodernamento necessario e pragmatico della tutela previdenziale della malattia. Superando un criterio formale risalente al 1963, ormai anacronistico rispetto all'evoluzione organizzativa della medicina territoriale, l'Istituto perviene a un bilanciamento più corretto fra effettività della tutela sociale e tracciabilità del processo certificativo.

Restano due questioni aperte, che meritano attenzione sindacale: l'esclusione delle giornate di sabato, domenica e festive, che riproduce su un piano diverso la stessa logica di scarico del disservizio sul lavoratore, poiché presuppone che l'accesso alla continuità assistenziale sia sempre agevole; e la disomogeneità di trattamento fra settore privato e settore pubblico, che la circolare, per i limiti del proprio ambito di competenza, non poteva risolvere.

Per i consulenti del lavoro, gli uffici del personale e le rappresentanze sindacali aziendali, la circolare impone comunque un aggiornamento tempestivo delle procedure interne di gestione delle assenze e una verifica dei regolamenti aziendali.

Fonti

Circolare INPS n. 92 del 4 settembre 2026, "Data di inizio della prognosi riportata nel certificato di malattia. Riconoscimento della prestazione previdenziale";

Regolamento per le prestazioni economiche, deliberazione CdA INAM 10 aprile 1963, ratificata con DM 16 maggio 1963, art. 2, comma 3;

Circolari INPS n. 134368 A.G.O./14 del 28 gennaio 1981, n. 63 del 7 marzo 1991 e n. 147 del 15 luglio 1996;

Decreto interministeriale 18 aprile 2012;

ACN per la disciplina dei rapporti con i medici di medicina generale del 15 gennaio 2026;

Messaggio INPS n. 4640 del 22 dicembre 2023.

[*] Responsabile dell'Ufficio vertenze della CISAL di Udine

