Carcare, lì 21/10/2026

Circolare n. 70

Oggetto: Eventi di malattia – la corretta gestione – aggiornamento ottobre 2026

Nel corso del 2026 l'Inps è intervenuto in materia di eventi di malattia apportando alcune novità in tema di individuazione del primo giorno di decorrenza dell'evento di malattia e di tutela previdenziale della malattia in caso di prestazioni ambulatoriali complesse e/o di permanenza in strutture sanitarie e socio-riabilitative.

La Circolare Inps n. 92 del 04/09/2026 ha fornito importanti chiarimenti riguardanti l'individuazione del primo giorno di malattia e il riconoscimento della relativa prestazione previdenziale.

Di norma, ai fini della tutela previdenziale erogata dall'Inps, l'evento di malattia e il conteggio dei giorni di incapacità temporanea al lavoro decorrono dalla data di rilascio del certificato medico. Tale data risulta fondamentale per il calcolo dei primi tre giorni non indennizzati (cosiddetta "carenza"), delle percentuali di indennizzo, del periodo massimo assistibile e per l'applicazione delle sanzioni.

Tenuto conto delle trasformazioni del sistema sociosanitario, dei maggiori carichi di lavoro dei Medici di Medicina Generale (MMG) e della diffusa prassi di programmazione degli accessi ambulatoriali, si è resa necessaria un'interpretazione evolutiva della norma per garantire un'effettiva ed equa tutela del lavoratore.

Su parere conforme del Ministero del Lavoro e delle politiche sociali, con decorrenza dalla data di pubblicazione della circolare, la tutela previdenziale della malattia viene estesa al giorno immediatamente precedente anche in caso di visita ambulatoriale.

La Circolare Inps n. 65/2026 contiene le nuove linee guida per il riconoscimento della tutela previdenziale della malattia in caso di prestazioni ambulatoriali complesse e/o di permanenza in strutture sanitarie e socio-riabilitative, adeguandosi alle recenti evoluzioni organizzative del Servizio Sanitario Nazionale (SSN), i cui modelli di assistenza puntano a garantire cure adeguate riducendo i ricoveri ordinari non necessari attraverso attività ambulatoriali complesse, day service e strutture di osservazione breve e alla parallela, crescita della domanda di servizi multidisciplinari per patologie complesse, come i disturbi psichici, le dipendenze patologiche e i disturbi della nutrizione e dell'alimentazione, che richiedono trattamenti residenziali o semiresidenziali.

==========

Nel presente documento sono riassunti gli adempimenti necessari che il lavoratore deve mettere in atto, ai fini di una corretta gestione delle assenze e della relativa liquidazione.

1. Comunicazione dello stato morboso al datore di lavoro

Il lavoratore ammalato è tenuto a dare tempestiva comunicazione del proprio stato morboso al datore di lavoro.

Il lavoratore è tenuto, altresì, a comunicare l'eventuale domicilio nel caso in cui questo risulti diverso dalla residenza.

L'obbligo di comunicazione non è coincidente con l'invio del certificato, ma permette al datore di lavoro di gestire correttamente tutti gli adempimenti successivi.

La sua procedura può essere regolata dal Contratto Collettivo e il mancato rispetto della stessa può dar luogo ad una sanzione disciplinare.

2. Il certificato medico

Il lavoratore ammalato è tenuto a sottoporsi, tempestivamente, alla visita medica per il rilascio del relativo certificato attestante lo stato morboso.

La visita può essere effettuata:

a) Presso l'ambulatorio del medico,

b) Presso il domicilio del lavoratore. In questo caso, il medico può effettuare la visita nella medesima giornata se la richiesta avviene entro le ore 10.00. Se la richiesta avviene successivamente, il medico può effettuare la visita entro le ore 12.00 del giorno successivo.

Focus: certificato telematico e cartaceo

Il certificato di malattia telematico è inviato dal medico direttamente all'Inps; pertanto, il lavoratore non è tenuto ad inviare la documentazione cartacea all'Istituto.

Resta in capo al lavoratore la comunicazione al datore di lavoro del numero di protocollo PUC della certificazione, rilasciatogli dal medico.

Il certificato di malattia cartaceo, contenente tutti gli elementi obbligatori, è accettato solo quando non è possibile la trasmissione telematica.

Il certificato cartaceo deve essere consegnato:

- All'Inps (o inviato con R/R) entro due giorni, per i lavoratori del settore privato con diritto all'indennità di malattia dell'Inps;
- Al datore di lavoro entro due giorni, per i lavoratori del settore privato con diritto all'indennità di malattia dell'Inps; negli altri casi entro i termini previsti dal contratto di lavoro.

Sottolineiamo l'importanza, che il lavoratore verifichi sempre la correttezza dei dati contenuti nel certificato, per evitare che si manifestino problemi per la gestione dell'evento e della sua liquidazione economica. In particolare, è importante controllare:

- La correttezza dei propri dati anagrafici,
- La correttezza dell'indirizzo di reperibilità del lavoratore: se il lavoratore non si trova presso la sua personale residenza, all'interno del certificato deve essere indicato il domicilio presso cui egli risulterà reperibile durante l'evento di malattia,
- La corretta indicazione delle caselle "Inizio", "Continuazione" e "Ricaduta":

  Inizio: deve essere selezionata se si tratta di primo evento,

  Continuazione: deve essere selezionata questa opzione quando la malattia si protrae oltre la data di fine indicata nel certificato precedente,

Ricaduta: l'opzione deve essere selezionata se si verificano più eventi morbosi riconducibili ad una stessa malattia o se il lavoratore si sottopone in maniera periodica a terapie ambulatoriali comportanti incapacità lavorativa, entro 30 giorni dall'evento di malattia collegato.

– La corretta indicazione circa la tipologia di visita (Ambulatoriale o domiciliare).

Altri casi

Per il rilascio del certificato di malattia nei giorni festivi e prefestivi è possibile rivolgersi al medico di Continuità assistenziale.

Questo vale sia per le malattie iniziate nei giorni festivi e prefestivi, sia per giustificare la continuazione di una malattia certificata fino al venerdì.

Per ricoveri o accessi al Pronto Soccorso, è necessario richiedere alla struttura ospedaliera la certificazione del periodo di degenza e l'eventuale prognosi.

Anche in questi casi, è fondamentale assicurarsi che l'eventuale trasmissione telematica sia stata correttamente effettuata.

Il ricovero ospedaliero

L'invio telematico del certificato è previsto dalla normativa anche in caso di ricovero ospedaliero, ma non tutte le strutture sono operative in tal senso.

Pertanto, in caso di assenza di comunicazione telematica, il lavoratore deve farsi rilasciare il certificato cartaceo.

Elementi minimi del certificato cartaceo ospedaliero:

- Intestazione della struttura presso cui è avvenuto il ricovero,
- Dati del lavoratore,
- Data di rilascio,
- Diagnosi,
- Data di inizio e fine ricovero,
- Firma leggibile del medico.

Una volta ottenuto il certificato cartaceo, il lavoratore deve:

- Trasmetterlo all'Inps (presso lo sportello o tramite raccomandata) entro 2 giorni dalla data di rilascio,
- Inoltrarne copia – priva di diagnosi – al datore di lavoro.

Le dimissioni ospedaliere

Se dopo le dimissioni il lavoratore necessita di ulteriori giornate di astensione per malattia, il certificato rilasciato dal proprio medico deve riportare la dicitura "continuazione", per consentire la prosecuzione del riconoscimento della relativa indennità.

Relativamente alla corretta decorrenza del certificato, valgono i criteri sopra esposti per l'evento di malattia.

Il day-hospital

I ricoveri in regime di day-hospital e di day-surgery sono assimilati agli eventi di malattia e, pertanto, devono essere opportunamente comprovati da idoneo certificato medico.

In linea teorica, anche queste tipologie di certificati devono essere inviate all'Inps utilizzando l'apposito canale telematico; tuttavia, è possibile che le strutture sanitarie rilascino ancora il certificato cartaceo.

In tutti i casi è importante che il lavoratore verifichi che sul certificato sia indicato il regime di prestazione resa in day-hospital e day-surgery.

Le visite mediche specialistiche di tipo ambulatoriale (ospedaliere e non), gli accertamenti diagnostici di breve durata e le analisi non sono indennizzati a titolo di malattia, a meno che il Contratto Collettivo applicato preveda diversamente.

Accessi e ricoveri al Pronto Soccorso

Essendo sempre più diffusa la casistica di permanenza di pazienti presso le unità operative di pronto soccorso, è evidente che la permanenza di un paziente presso il pronto soccorso presenta le medesime caratteristiche del ricovero ospedaliero e tale deve quindi essere considerata ai fini della tutela previdenziale, ove prevista, e della correlata certificazione medica da produrre.

Nello specifico, possono configurarsi le seguenti due fattispecie:

Situazioni che richiedono ospitalità notturna del malato equiparabili, ai fini previdenziali, ad un ricovero; in tal caso, il lavoratore dovrà farsi rilasciare, ove nulla osti da parte della struttura ospedaliera, apposito certificato di ricovero;

Situazioni che si esauriscono con dimissione del malato senza permanenza notturna presso la struttura da gestire per gli aspetti dell'indennità Inps come evento di malattia; il certificato da produrre sarà quindi quello di malattia.

Solo a fronte della certificazione l'evento può essere gestito nella corretta modalità nell'ambito delle procedure Inps.

Diversamente, ovvero qualora anche a fronte di ospitalità notturna presso le unità operative di pronto soccorso non venga rilasciato il certificato di ricovero bensì di malattia, per consentire la corretta gestione dell'evento, il lavoratore è tenuto a fornire ulteriori elementi utili per l'istruttoria inviando alla Struttura territoriale Inps e al proprio datore di lavoro - nei casi di prevista erogazione in via di anticipazione della prestazione - apposita documentazione dalla quale sia rilevabile la citata permanenza prolungata presso la struttura di pronto soccorso.

Nelle ipotesi residuali in cui le citate strutture siano impossibilitate a procedere con la trasmissione telematica dei certificati di ricovero o di malattia, questi potranno essere rilasciati in modalità cartacea, avendo cura di riportare tutti gli elementi obbligatori previsti dalla legge con particolare riguardo alla diagnosi e alla prognosi. Con specifico riferimento al certificato cartaceo è necessario che l'eventuale dicitura "prognosi clinica" sia integrata/sostituita con quella prevista dalla legge di "prognosi riferita all'incapacità lavorativa".

Cicli di cura ricorrenti

La certificazione di cicli di cura ricorrenti (ad esempio, per trattamenti emodialitici, chemioterapia) può essere unica se il medico specifica la necessità di trattamenti successivi, considerati come ricaduta del precedente.

La certificazione deve essere inviata all'INPS e al proprio datore di lavoro prima dell'inizio della terapia, con l'indicazione dei giorni previsti per l'esecuzione.

Questo permette di considerare i diversi giorni di malattia come un unico evento ai fini dell'indennità previdenziale.

A prestazioni eseguite, l'interessato deve presentare periodiche dichiarazioni della struttura sanitaria con il relativo calendario delle cure eseguite.

Le assenze dal lavoro per le terapie devono comunque essere certificate nelle modalità consuete, tramite certificazione telematica o, se non è possibile, cartacea.

Prestazioni ambulatoriali equiparate al day hospital

Alcune prestazioni ambulatoriali programmate determinano per il lavoratore un'effettiva incapacità lavorativa nelle giornate di accesso. Per questo motivo, le seguenti attività vengono equiparate al regime del day hospital ai fini previdenziali:

- Day Service ambulatoriale (DSA);
- Day surgery: interventi chirurgici con dimissione nella stessa giornata;
- Macro Attività Ambulatoriale Complessa (MAC): percorsi terapeutici ad alta complessità;
- Bassa Intensità Chirurgica (BIC): procedure chirurgiche minori ma strutturate;
- Pacchetto Ambulatoriale Complesso (PAC): protocolli diagnostici e terapeutici definiti;
- Percorsi Diagnostico Terapeutici Assistenziali (PDTA): percorsi integrati di presa in carico.

Il periodo delle "dimissioni protette" non è assimilabile al ricovero. Le giornate sono indennizzabili come ricovero solo se il lavoratore si reca in struttura per accertamenti programmati. Gli altri giorni richiedono una comune certificazione medica di incapacità lavorativa.

Centri di Salute Mentale (CSM)

I Centri di Salute Mentale (CSM) offrono interventi medici, psicologici, sociali e farmacologici per la prevenzione e la cura dei disturbi psichici. La tutela previdenziale prevede che:

- Trattamenti programmati: le giornate di effettiva presenza al CSM sono indennizzabili come cicli di cura ricorrenti;
- Ospitalità notturna: se formalmente documentata come ricovero breve, viene equiparata al regime di day hospital.

Strutture riabilitative, residenziali e semiresidenziali

Per l'equiparazione al ricovero ospedaliero, le strutture psichiatriche e socio-sanitarie residenziali o semiresidenziali devono essere autorizzate o accreditate dal SSN e possedere precisi requisiti organizzativi:

- Standard richiesti: presenza di una Direzione sanitaria, cartella clinica e Piano Terapeutico Individuale (PTI) aggiornati, gestione controllata dei farmaci e tracciabilità delle presenze.

- Personale qualificato: psichiatra (attivo 24 ore nelle strutture ad alta intensità, reperibile nelle altre), infermieri h24 per le strutture residenziali, OSS, psicologi, educatori e terapisti della riabilitazione.

In assenza di tali requisiti, o in strutture a prevalenza socio-educativa, si applica il regime di malattia comune. Il quadro dei trattamenti prevede le seguenti equiparazioni:

- Servizi Psichiatrici di Diagnosi e Cura (SPDC) – Equiparato a ricovero ospedaliero
- Permanenza residenziale in strutture psichiatriche sanitarie – Equiparato a ricovero ospedaliero
- Unità di Riabilitazione (Intensiva/Estensiva) e Centri ex art. 26 L. 833/1978 – Equiparato a ricovero ospedaliero (le semiresidenziali sono malattia comune)
- Residenza Sanitaria Assistenziale (RSA) per motivi sanitari e Hospice – Equiparato a ricovero ospedaliero
- Day service presso le Case della Comunità – Equiparato a day hospital
- Strutture socio-riabilitative senza assistenza sanitaria e Centri Diurni – Equiparata a malattia comune (con obbligo di reperibilità)

Osservazione Breve Intensiva (OBI) e Degenza Breve (DB)

Le unità di Osservazione Breve Intensiva (OBI) e di Degenza Breve (DB), istituite presso i reparti di Pronto Soccorso, accolgono i pazienti per il monitoraggio clinico e la definizione diagnostica. La permanenza presso queste strutture, che può estendersi anche per alcuni giorni, presenta le medesime caratteristiche del ricovero ospedaliero ai fini della tutela previdenziale.

Comunità terapeutiche e strutture per le dipendenze patologiche

Il diritto alla tutela previdenziale si estende anche ai lavoratori inseriti in percorsi riabilitativi presso le comunità terapeutiche e le strutture accreditate individuate dal Dipartimento competente. La permanenza residenziale e la partecipazione ai relativi programmi di recupero e cura dalle dipendenze patologiche seguono le medesime tutele previste per i trattamenti assistenziali complessi del SSN.

Comunità terapeutiche: i requisiti per l'equiparazione al ricovero

Per ottenere l'equiparazione del periodo di permanenza al ricovero ospedaliero ai fini dell'indennità, le comunità terapeutiche devono operare in un contesto di responsabilità sanitaria diretta. L'INPS riconosce tale status esclusivamente se la struttura soddisfa i seguenti parametri minimi:

- Autorizzazione o accreditamento: la struttura deve essere ufficialmente riconosciuta dal SSN.
- Équipe medica: presenza obbligatoria di un medico responsabile e di personale sanitario qualificato.
- Documentazione clinica: adozione della cartella clinica e redazione del Piano Terapeutico Individuale (PTI).
- Protocolli scientifici: applicazione rigorosa di protocolli clinici e farmacologici.

Per ottenere il riconoscimento economico, il lavoratore deve esibire il certificato di dimissione definitivo. Tale documento deve essere rilasciato da un medico in servizio presso la struttura e deve riportare l'esatta diagnosi.

Invece, la permanenza residenziale in comunità prive di assistenza sanitaria, così come la permanenza semiresidenziale, è equiparata alla malattia comune, previa presentazione di idonea certificazione medica attestante l'incapacità temporanea al lavoro. Anche in tali casi permane l'obbligo di rispetto delle fasce di reperibilità, eventualmente presso l'indirizzo della comunità, come previsto nella citata circolare n. 136/2003.

Centri per i Disturbi della Nutrizione e dell'Alimentazione (DNA)

I centri dedicati ai Disturbi della Nutrizione e dell'Alimentazione (DNA) gestiscono patologie complesse attraverso percorsi multidisciplinari. L'accesso a questi presidi, sia pubblici che privati accreditati, avviene solitamente tramite prenotazione al Centro Unico di Prenotazione (CUP) dietro richiesta del SSN o, in casi specifici ed emergenziali, tramite accesso diretto.

Le prestazioni erogate variano in base alla gravità della patologia e sono suddivise in diversi regimi terapeutici:

- Terapia ambulatoriale: specialistica e intensiva.
- Day service e day hospital: diagnostico, terapeutico e riabilitativo.
- Riabilitazione residenziale: intensiva o semiresidenziale (centri diurni).
- Ricoveri ordinari o di emergenza: con posti letto dedicati per trattamenti psichiatrici o internistici, sia per adulti che per minori.

L'approccio clinico prevede psicoterapia, monitoraggio nutrizionale, farmacoterapia, attività riabilitative e, per i pazienti più giovani, servizi integrativi come la scuola ospedaliera.

Il tipo di percorso terapeutico scelto dal centro DNA determina la natura della tutela previdenziale del lavoratore dipendente. La tabella seguente schematizza la suddivisione dei trattamenti operata dall'INPS:

Regime terapeutico erogato	**Inquadramento previdenziale**	**Requisiti minimi richiesti**	**Documentazione e adempimenti**
Day Hospital / Day Service / Residenzialità intensiva sanitaria	Equiparazione al ricovero ospedaliero	Accreditamento SSN, équipe multidisciplinare, cartella clinica e Piano Terapeutico Individuale (PTI)	Certificato di dimissione completo di diagnosi
Permanenza Semiresidenziale (Centro diurno) / Strutture non sanitarie	Malattia comune	Presenza di uno stato di temporanea inabilità al lavoro	Certificazione medica di malattia e rispetto delle fasce di reperibilità

Per quanto riguarda il controllo della malattia da parte degli organi competenti, nei casi in cui la permanenza in comunità o nei centri DNA (regime semiresidenziale o privo di assistenza sanitaria) sia equiparata alla malattia comune, il lavoratore non è esonerato dalle visite fiscali.

Come stabilito dalla circolare INPS n. 136/2003, permane l'obbligo assoluto di rispettare le fasce di reperibilità vigenti. Il dipendente deve assicurare la propria presenza per i controlli domiciliari e, se risiede

temporaneamente presso la struttura, è tenuto a indicare l'indirizzo esatto della comunità terapeutica o del centro come domicilio di reperibilità nel certificato medico.

3. Decorrenza del certificato medico

In passato, l'Istituto riconosceva la copertura previdenziale anche per il giorno immediatamente precedente alla redazione del certificato esclusivamente a condizione che:

1. Il medico indicasse nel certificato la dicitura *"Dichiara di essere ammalato dal…"* specificando la data del giorno antecedente;
2. Si trattasse espressamente di una visita domiciliare.

Erano invece escluse dal riconoscimento retroattivo le visite effettuate presso l'ambulatorio del medico.

Tenuto conto delle trasformazioni del sistema sociosanitario, dei maggiori carichi di lavoro dei Medici di Medicina Generale (MMG) e della diffusa prassi di programmazione degli accessi ambulatoriali, si è resa necessaria un'interpretazione evolutiva della norma per garantire un'effettiva ed equa tutela del lavoratore.

Su parere conforme del Ministero del Lavoro e delle politiche sociali, con decorrenza dalla data di pubblicazione della Circolare Inps n. 92/2026 (04/09/2026), la tutela previdenziale della malattia viene estesa al giorno immediatamente precedente anche in caso di visita ambulatoriale.

Il riconoscimento del giorno antecedente non si applica nei seguenti casi:

- Se la data riportata nel campo *"Dichiara di essere ammalato dal…"* è anteriore di oltre un giorno rispetto alla data della visita;
- Se il giorno immediatamente precedente cade di sabato, domenica o in un giorno festivo infrasettimanale, poiché in tali giornate la copertura è garantita dal servizio di continuità assistenziale.

Tipologia e richiesta visita medica	**Effettuazione visita medica**	**Decorrenza del certificato**
Ambulatoriale	Orari di ricevimento	Retroattivo al massimo di 1 giorno, se il giorno precedente è un giorno feriale. Non si può retrodatare a un giorno festivo (ad esempio la domenica).
Domiciliare richiesta entro le ore 10 del giorno di insorgenza della malattia	Il giorno della richiesta	
Domiciliare richiesta dopo le ore 10 del giorno di insorgenza della malattia	Entro le ore 12 del giorno successivo a quello di richiesta	

I criteri sopra indicati vanno applicati anche ai certificati di continuazione e ricaduta. Il certificato di continuazione deve essere richiesto entro il primo giorno successivo a quello di scadenza del certificato precedente.

In tutti i casi di certificati difformi, i giorni precedenti a quello in cui viene effettuata la visita saranno considerati come "non documentati" e, pertanto, non verranno indennizzati.

4. La liquidazione dell'evento malattia

Ai fini della liquidazione dell'evento nella busta paga, l'azienda deve definire la data esatta di validità dal certificato.

In base a quanto sopra esposto:

Tipologia e richiesta visita medica	Effettuazione visita medica	Decorrenza del certificato	Scopertura
Ambulatoriale	Orari di ricevimento	Retroattivo di 1 giorno rispetto a quello della visita	Nessuna scopertura
Domiciliare richiesta entro le ore 10 del giorno di insorgenza della malattia	Il giorno della richiesta		
Domiciliare richiesta dopo le ore 10 del giorno di insorgenza della malattia	Il giorno successivo a quello di richiesta, entro le ore 12		
Ambulatoriale	Orari di ricevimento	Retroattivo di più di 1 giorno rispetto al giorno della visita	Tutte le giornate antecedenti la data del rilascio del certificato, inclusa quella precedente la visita
Domiciliare richiesta entro le ore 10 del giorno di insorgenza della malattia	Il giorno della richiesta		
Domiciliare richiesta dopo le ore 10 del giorno di insorgenza della malattia	Il giorno successivo a quello di richiesta, entro le ore 12		

Le giornate c.d. scoperte non saranno considerate come malattia e non verranno liquidate in tal senso, ma saranno considerate assenze non giustificate.

Per quanto riguarda le giornate successive alle dimissioni da ricovero ospedaliero, si applicano le medesime considerazioni relative alla decorrenza del certificato, ma è importante ricordare che:

- Se il certificato medico riporta la dicitura "continuazione", la malattia è considerata un unico evento con il ricovero;
- Se il certificato medico riporta la dicitura "inizio", l'evento morboso è considerato come a sé stante rispetto al ricovero e l'azienda dovrà procedere al calcolo della carenza c/azienda.

5. Il rientro anticipato

Il lavoratore che – avendo il medico riscontrato un decorso più favorevole della malattia tale da indurre una riduzione della prognosi – intende rientrare al lavoro in anticipo, può essere riammesso in servizio solo in presenza di un certificato medico di rettifica della prognosi originaria.

L'operazione di rettifica deve essere effettuata dal medico prima della ripresa dell'attività lavorativa.

6. Visita di controllo e fasce di reperibilità

Le visite mediche di controllo possono essere disposte d'ufficio dall'INPS per i lavoratori privati con diritto alla tutela previdenziale della malattia e per i lavoratori pubblici di cui al D. Lgs. 165/2001 o su richiesta dei datori di lavoro per i propri dipendenti.

Il lavoratore deve accertarsi che sul campanello del domicilio di reperibilità sia indicato il suo nominativo, per permettere al medico fiscale l'eventuale visita di controllo.

Le fasce orarie di reperibilità per le visite mediche di controllo devono essere rispettate anche nei giorni festivi, di sabato e domenica.

Le fasce di reperibilità del settore privato sono le seguenti:

a) 10.00 - 12.00

b) 17.00 - 19.00.

Per i dipendenti del settore privato, il medico certificatore può segnalare la motivazione che esonera il lavoratore dalla reperibilità nei casi previsti, secondo le regole stabilite nella circolare n. 95/2016 dell'INPS. È bene sapere che può essere disposta, comunque, una visita di controllo previo appuntamento.

Il lavoratore privato assicurato per la malattia può assentarsi dall'indirizzo di abituale dimora durante le fasce orarie di reperibilità solo per:

- necessità di sottoporsi a visite mediche urgenti o accertamenti specialistici che non possono essere effettuati in altri orari;
- provati gravi motivi personali o familiari;
- cause di forza maggiore.

Focus: cambio dell'indirizzo di reperibilità

Il lavoratore del settore privato che necessiti di modificare l'indirizzo di reperibilità, deve procedere come segue:

- Avvertire preventivamente la Struttura territoriale di competenza utilizzando il servizio dedicato sul sito web www.inps.it. Il servizio non deve essere usato in caso di ricovero durante l'evento di malattia;
- Avvisare immediatamente il datore di lavoro del cambio di reperibilità e attenersi alle disposizioni del contratto di lavoro riguardo alle assenze per malattia;
- In caso di trasferimento in un domicilio estero in un Paese U.E. durante la malattia, informare preventivamente la Struttura territoriale INPS di competenza, che potrebbe valutare l'opportunità di un controllo medico legale preventivo.