

# LE CERTIFICAZIONI

---



Sassari 19 Giugno 2007

# *Il certificato medico ...*

---

**è un'attestazione scritta finalizzata a provare la verità di fatti pertinenti alle specifiche competenze sanitarie e rilevabili direttamente dal medico nell'esercizio della professione.**



## Nella compilazione di un certificato medico devono essere riportati i seguenti elementi essenziali:

---

- intestazione o timbro del medico certificante
- generalità del paziente richiedente (nome, cognome, data di nascita, residenza o domicilio)
- oggetto della certificazione con eventuale diagnosi e prognosi di malattia
- firma del medico certificante
- data e luogo di redazione del certificato



**Il certificato deve essere compilato con scrittura e termini comprensibili, senza correzioni e abrasioni che possano far sorgere il dubbio di successive alterazioni o contraffazioni dell'atto.**



**Il certificato può assumere una natura giuridica diversa a seconda dei suoi contenuti e del ruolo esercitato dal medico certificante, a cui conseguono diverse responsabilità in caso di illeciti correlati alle certificazioni.**



Il medico di medicina generale nell'esercizio delle sue funzioni pubbliche è stato qualificato dalla giurisprudenza agli effetti della legge penale come pubblico ufficiale (art.357 c.p.) o incaricato di pubblico servizio (art.358 c.p.).

Invece durante lo svolgimento di attività libero-professionale il medico è qualificabile come esercente un servizio di pubblica necessità (art. 359 c.p.) per il quale sono previste pene meno severe in caso di illeciti nella redazione del certificato medico.



# **I principali certificati di competenza del medico di famiglia sono:**

---

- certificato di malattia**
- certificato di malattia su modulo INPS**
- certificato di morte**
- certificato di idoneità all'attività sportiva non agonistica**
- certificato sulla capacità di intendere e volere**
- certificato per l'interruzione di gravidanza**
- certificato per trattamento sanitario obbligatorio**
- referto e rapporto all'autorità giudiziaria**



# *Natura giuridica delle certificazioni*

---

La natura giuridica del certificato del medico di famiglia può rientrare in una delle tre ipotesi:

- atto pubblico redatto attraverso la certificazione obbligatoria
- certificato amministrativo rilasciato nell'esercizio delle funzioni pubbliche
- scrittura privata rilasciata in regime libero-professionale, durante il quale il medico non svolge funzioni pubbliche (art. 359 c.p.).



Sono atti pubblici che presuppongono l'avvenuta visita medica la prescrizione su ricettario regionale di accertamenti diagnostici, il certificato di morte e dell'identificazione delle relative cause e il certificato di idoneità al porto d'armi.



Sono considerate certificazioni amministrative :  
la prescrizione di farmaci su ricettario regionale  
e le altre certificazioni redatte in qualità di  
pubblico ufficiale o incaricato di pubblico servizio  
come, per esempio, i certificati di idoneità  
all'attività sportiva agonistica di cui al D.M.  
Sanità 18.2.1992 per gli atleti non professionisti e  
di cui al D.M. Sanità 13.3.1995 per gli atleti  
professionisti.



Va rilevato che i certificati di idoneità allo sport agonistico possono essere rilasciati solamente da medici specialisti/accreditati.

Uguualmente, i certificati attestanti l'esonero all'uso delle cinture di sicurezza, per controindicazione derivante da malattia, possono essere rilasciati solo dai medici dipendenti o incaricati dell'ASL ai sensi della legge 4 agosto 1989 e non dai medici di medicina generale, salvo i casi certificanti lo stato di gravidanza o la statura inferiore a cm. 150.



**Sono considerate scritture private le certificazioni redatte dal medico libero professionista, definito come esercente un servizio di pubblica necessità:**

- i certificati di assenza di controindicazioni per l'esercizio dell'attività sportiva non agonistica ai sensi del D.M. Sanità del 28.2.1983;
- la proposta di ricovero coatto per pazienti psichiatrici di cui alla legge n. 180/1978 indirizzata al Sindaco, redatta da medico libero-professionista;
- i certificati per l'interruzione volontaria di gravidanza di cui alla legge n.194/78;
- la constatazione di decesso;
- i certificati di malattia per uso assicurativo privato.



**Il certificato di malattia attestante l'inabilità al lavoro, rilasciato dal medico di medicina generale a un suo assistito, è considerato atto pubblico e presuppone che il medico abbia visitato il paziente anche se il certificato non fa menzione della visita, con la conseguenza che risponde di falso ideologico (art. 479 c.p.) il medico che attesti una malattia senza aver compiuto la visita.**



Le certificazioni relative ad assenze dal lavoro connesse o dipendenti da prestazioni sanitarie eseguite da altri medici non spettano al medico di medicina generale che non deve né supportarle né trascriverle, in conformità all'art. 22 del Codice di Deontologia Medica e ai sensi dell'art. 52, comma 2 dell'Accordo Collettivo Nazionale.

Infatti l'INPS accetta anche certificati di malattia redatti su ricettario personale da medici diversi dal proprio medico di medicina generale, purché completi dei dati richiesti, ai sensi della circolare INPS n. 99 del 13 maggio 1996.



# *INPS : Modello OPM/1*

---

**Per la certificazione di malattia del  
lavoratore dipendente, del settore privato.**

**I moduli vengono distribuiti dall'INPS ai  
medici di medicina generale convenzionati  
con il SSN.**





# Il certificato :

---

- **va compilato sempre e solo in presenza dell'interessato**
- **deve essere veritiero**
- **non deve contenere correzioni o cancellature che vanno controfirmate dal medico con una calligrafia chiara e leggibile**
- **non può essere redatto se il paziente, che ha già ripreso il lavoro, chiede di essere giustificato per un'assenza avvenuta nei giorni precedenti.**



## *A CHI SPETTA*

---

- Operai settore privato
- impiegati settore terziario
- disoccupati o sospesi dal lavoro non più di 60 giorni prima dell'inizio della malattia
- lavoratori dipendenti a tempo determinato
- operai agricoli a tempo indeterminato
- lavoratori agricoli a tempo determinato con almeno 51 giornate nell'anno precedente



## *A CHI SPETTA*

---

- lavoratori dello spettacolo (ex ENPALS) con almeno 100 gg nell'anno precedente
- autoferrotranvieri
- lavoratori interinali
- addetti alla navigazione marittima
- detenuti lavoratori
- lavoratori a domicilio



## *NON SPETTA*

---

- apprendisti
- impiegati (tranne impiegati del commercio)
- quadri (industria ed artigianato)
- portieri
- impiegati dipendenti da proprietari di stabili
- viaggiatori e piazzisti



# ***NON SPETTA***

---

- lavoratori domestici (Colf, etc...)
- lavoratori autonomi
- dipendenti da pubbliche amministrazioni
- lavoratori in mobilità
- lavoratori della piccola pesca marittima
- dipendenti da partiti politici ed associazioni sindacali



# ***DURATA della erogazione da parte dell'INPS***

---

**Dal 4° giorno dalla data di rilascio del certificato fino ad un massimo di 180 giorni del calendario solare.**

**Arco temporale detto periodo di comporto.**



# *COMPORTO*

---

**SECCO : malattia continuativa per giorni  
180 nell'anno solare**

**PER SOMMATORIA : malattia frazionata  
nell'anno solare in periodi che sommati  
danno 180 giorni.**



# *Effetti dell'esaurimento del periodo di comporto*

---

**Cessa il diritto per il lavoratore dipendente  
al trattamento economico previdenziale.**

**Rischio di recesso dal contratto da parte del  
datore di lavoro (art.2110 CC;art. 2118 CC)**



## *Il lavoratore assente dal lavoro per malattia deve :*

**Spedire o consegnare direttamente all'INPS certificato medico con diagnosi entro 2 giorni dal rilascio (ART 2 Legge n°33/1980 ), termine non vincolante per la certificazione di ricovero o per situazioni di assoluta e provata impossibilità del lavoratore di assolvere all'obbligo nei tempi fissati dalla legge.**



**Tempestivamente informare il datore di lavoro dell'assenza e inviare allo stesso certificato medico, senza diagnosi, entro 2 giorni dal rilascio.**

**Ha il dovere di collaborare per rendere possibili i controlli, indicando il domicilio durante la malattia o eventuali variazioni dello stesso.**



Pur in presenza di espressa autorizzazione del curante o dello specialista ad uscire, il lavoratore deve essere reperibile nel domicilio indicato nel certificato in ciascun giorno, anche domenicale o festivo, durante le fasce orarie (dalle 10 alle 12 e dalle 17 alle 19) istituite per consentire le visite mediche di controllo.



**Il lavoratore non trovato a domicilio, se non riprende lavoro il giorno dopo, deve presentarsi dal medico di controllo, presso i Centri Medico Legali dell'INPS o delle ASL.**



## Circolare INPS del 13/05/1996, n°99

---

E' valida ai fini dell'erogazione dell'indennità giornaliera di malattia la certificazione sanitaria rilasciata su modulario non INPS da medici diversi da quelli di *libera scelta* compresa quella rilasciata da Ospedali o da strutture di Pronto Soccorso e, per soli 3 giorni, dai medici del Servizio di Continuità Assistenziale.



# *INPS : Modello SS3*

---

- ◆ Introduttivo della domanda di assegno ordinario o privilegiato di *invalidità* e della conferma dello stesso dopo il triennio
- ◆ Introduttivo della domanda della pensione ordinaria o privilegiata di *inabilità* o della pensione di *reversibilità* per familiare inabile alla sua morte.



◆ **Introduttivo al riconoscimento dello stato di invalidità non inferiore all'80% (D.LGS. n° 503 del 30/12/1992) va presentato unitamente alla domanda di pensione di Vecchiaia.**



# ***INFORTUNIO:*** **elementi caratterizzanti**

---

**Occasione di lavoro: ogni volta che sia il lavoro a determinare il rischio di cui è conseguenza l'infortunio stesso.**

**N.B. l'assicurazione comprende anche l'infortunio in itinere, ex art. 12 del D. Lvo 38/2000.**





APPORRE ETICHETTA  
NUMERO PROTOCOLLO

CASO: **IND** ☐ **AGR** ☐

N. FASCICOLO

**RISERVATO INAIL - SE NON È IL PRIMO fascicolo indicare il numero identificativo del PRIMO fascicolo**

**QUADRO  
A**

Cognome																					Nome											Sesso	<input type="checkbox"/> M/F <input type="checkbox"/> AA			
Nato a (Comune)																					Prov.	<input type="checkbox"/>	B	<input type="checkbox"/>	GG	/	MM	/	AA							
Residente a (Comune)																					Prov.	<input type="checkbox"/>	CAP													
Indirizzo (Via, Piazza, ecc.)																					Numero Civico															
COD. STAT.						COD. US.						GG	/	MM	/	AA	in (Comune)																			
Descrizione delle cause e circostanze dell'infortunio																																				

**RISERVATO  
AL DATORE  
DI LAVORO**

Il sottoscritto datore di lavoro presenta al medico, per la visita ed il rilascio della certificazione, il suddetto infortunato.

Posizione assicurativa e cod. controllo											Regione sociale													
Indirizzo																								
CAP						COMUNE											Prov.							
Data e firma del datore di lavoro - non apporre timbro												Data e firma dell'infortunato												

**QUADRO  
B**

**CERTIFICATO MEDICO** 6306688 **PRIMO** ☐ **CONTINUATIVO** ☐ **DEFINITIVO** ☐

Infortunato (cognome e nome)																					Colore Epiale										
ha dichiarato di aver abbandonato il lavoro il GG <input type="checkbox"/> / MM <input type="checkbox"/> / AA <input type="checkbox"/> alle ore <input type="checkbox"/>																															

**POSTUMI DI ALTRE LESIONI O MALATTIE PREGRESSE RIFERITI O COSTATATI**

**ESAME OBIETTIVO E DIAGNOSI**

DESCRIZIONE DELL'INFERMITÀ																								
----------------------------	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

**REFERTI DI EVENTUALI ACCERTAMENTI PRATICATI**

PROGNOSI	inabilità temp. assoluta al lavoro (art. 68 e 213 T.U. 1124/65)																																
per giorni						riprende lavoro il						GG	/	MM	/	AA	pericolo di vita					si presume invalidità permanente											
										NO						SI						NO						SI					

**OSSERVAZIONI DEL MEDICO**

**PRESCRIZIONI TERAPEUTICHE**

ricovero ospedaliero	<input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> SI	se SI, presso:																						
esami specialistici																								

Codice del medico o del presidio sanitario											Luogo e data del rilascio														
--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	---------------------------	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

**TIMBRO E FIRMA DEL MEDICO**  
per favore non uscire da questa zona

**QUADRO  
C**

Si tratta di reciduta?																										
NO											SI															

**eventuali osservazioni**

**Il diritto alla salute dei lavoratori è un bene costituzionalmente tutelato (art. 32). Il lavoratore ha diritto a mezzi adeguati alle esigenze di vita in caso di infortunio in occasione di lavoro o di malattia professionale.**



Art. 2 del T.U. 1124/65 *“tutti i casi di infortunio avvenuti per causa violenta in occasione di lavoro da cui sia derivata la morte o una inabilità permanente al lavoro assoluta o parziale ovvero una inabilità temporanea assoluta che comporti l’astensione dal lavoro per più di 3 giorni”*



# ***INFORTUNIO:*** elementi caratterizzanti

---

- Accidentalità (evento non prevedibile nel caso concreto)
- Causa violenta (la causa è esterna e deve essere violenta, cioè di forma acuta, forza efficiente e intensità concentrata)
- Danno alla persona



# ***MALATTIA PROFESSIONALE:***

## **elementi caratterizzanti**

---

**evento che determina un danno alla persona il quale si verifica per ragioni di lavoro con modalità di azione della causa lesiva diluita nel tempo.**



# La denuncia dell'Infortunio sul lavoro

---

Obblighi del Datore di Lavoro: denuncia all'INAIL e alla P.S. di tutti gli infortuni con prognosi maggiore di tre giorni, entro 48 ore dalla data in cui il datore ne è venuto a conoscenza, se morte o pericolo di morte entro 24 ore [Art. 53 e 54 T.U.]



# La denuncia della Malattia Professionale

- Il Datore di Lavoro deve inviare all'INAIL la denuncia entro 5 giorni, corredata di certificato medico [Art. 53 T.U.]
- La denuncia di M.P. deve essere fatta dall'Assicurato al Datore di Lavoro entro 15 giorni dalla manifestazione di essa, pena la decadenza del diritto a indennizzo per il tempo antecedente la denuncia.



# Certificati di morte

Dopo il decesso di un paziente, è necessaria la compilazione di tre distinti certificati medici :

- constatazione del decesso
- denuncia delle cause di morte
- certificato necroscopico rilevante i segni di morte

Il medico curante ha l'obbligo di denunciare al Sindaco le cause di morte dei suoi pazienti entro 24 ore dall'accertamento del decesso, ai sensi dell'art. 103 del Testo Unico Leggi Sanitarie.



**Nel caso di richiesta di intervento per il decesso di una persona sconosciuta o comunque non compresa tra i propri assistiti, il medico di medicina generale deve limitarsi alla semplice constatazione di decesso, essendo compito esclusivo del medico necroscopo o del medico curante l'accertamento delle cause di morte e la compilazione e la sottoscrizione della scheda ISTAT ai sensi dell'art. 1 del DPR 21.10.1975.**



Le norme per l'accertamento di morte sono stabilite dal D.M. 31.8.1994 in applicazione della legge n. 578/1993.

L'art. 141 del Regio Decreto n. 1238 del 9.7.1939 afferma che non si può accordare la sepoltura se non sono trascorse almeno 24 ore dal decesso e se non dopo l'accertamento del decesso da parte del medico necroscopo.



## *Certificato di constatazione del decesso*

...compilato dal medico che interviene per primo a constatare l'exitus e contenente, oltre alle generalità del defunto, anche ora, data e luogo del decesso. Questo certificato serve ad attestare la cessazione delle funzioni vitali e l'inefficacia di eventuali manovre rianimatorie ed è destinato ad informare l'ufficiale di stato civile dell'avvenuto decesso di una persona nel territorio comunale di competenza.



## *Denuncia delle cause di morte su scheda ISTAT*

... indirizzata al Sindaco e redatta dal medico curante o dal medico necroscopo dipendente dell'ASL in caso di irreperibilità del medico curante nel periodo tra il decesso e il funerale. E' un obbligo che deve essere assolto entro 24 ore dalla constatazione del decesso ai sensi dell'art. 103 del TULS (art. 1 del DPR 21.10.1975). Nei giorni prefestivi e festivi, quando cioè il medico di medicina generale non è in servizio, il certificato ISTAT deve quindi essere compilato dal medico necroscopo nominato dall'Azienda Sanitaria. Per autorizzare la cremazione è necessario un ulteriore certificato.





Per una corretta compilazione leggere le ISTRUZIONI SUL RETRO della scheda

Cognome e nome del defunto

Età



Istituto nazionale di statistica

CODICE FISCALE DEL DEFUNTO

ISTAT D.4 - Ediz. 2004

COPIA PER L'ISTAT

N. d'ordine della scheda

## SCHEDA DI MORTE OLTRE IL 1° ANNO DI VITA PER MASCHIO

PARTE A - A CURA DEL MEDICO		PARTE B - NOTIZIE A CURA DELL'UFFICIALE DI STATO CIVILE (CONTROLLARE ED EVENTUALMENTE CORREGGERE IL COGNOME E IL NOME DEL DEFUNTO)	
<b>LUOGO DEL DECESSO</b> Abitazione <input type="checkbox"/> 1 Istituto di cura pubblica <input type="checkbox"/> 2 Istituto di cura privato <input type="checkbox"/> 3 Struttura socio-assistenziale <input type="checkbox"/> 4 Altro (specificare) <input type="checkbox"/> 5		<b>ATTO DI MORTE</b> Numero <input type="text"/> Parte <input type="checkbox"/> I <input type="checkbox"/> II Serie <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> B <input type="checkbox"/> C UFFICIO DI STATO CIVILE CIRCOSCRIZIONE <input type="text"/> (b)	
<b>MORTE DA CAUSA NATURALE</b>		<b>MORTE DA CAUSA VIOLENTA</b>	
<b>1. Causa iniziale</b> (scrivere in stampatello) Scegliere la SOLA patologia che ha dato inizio alla catena dei processi morbosi indicati ai punti 2. e 3. <input type="text"/> Intervallo (a) <input type="text"/> anni mesi giorni ↓ che ha provocato causa 2 ↓		<b>5. Causa violenta</b> Accidentale <input type="checkbox"/> 1 Infortunio sul lavoro <input type="checkbox"/> 2 Suicidio <input type="checkbox"/> 3 Omicidio <input type="checkbox"/> 4	
<b>2. Causa intermedia</b> (scrivere in stampatello) Eventuali complicazioni o evoluzione della causa precedente, indicata al punto 1. <input type="text"/> Intervallo (a) <input type="text"/> anni mesi giorni ↓ che ha provocato causa 3 ↓		<b>6. Descrizione della lesione</b> (scrivere in stampatello) <input type="text"/> <b>7. Malattie o complicazioni eventualmente sopravvenute conseguenti alla lesione</b> (scrivere in stampatello) <input type="text"/>	
<b>3. Causa terminale</b> (scrivere in stampatello) Patologia che ha immediatamente preceduto il decesso collegata alle cause indicate ai punti 1. e 2. Non inserire il meccanismo del decesso (arresto cardiovascolare, collasso respiratorio, etc.) <input type="text"/> Intervallo (a) <input type="text"/> anni mesi giorni		<b>8. Stati morbose preesistenti che hanno eventualmente contribuito al decesso</b> (scrivere in stampatello) <input type="text"/>	
<b>4. Altri stati morbose rilevanti che hanno contribuito al decesso</b> (scrivere in stampatello) Indicare altre malattie o stati morbose rilevanti, esclusi dal consideramento indicato ai punti 1. e 2. che hanno contribuito al decesso. <input type="text"/> Intervallo (a) <input type="text"/> anni mesi giorni		<b>9.1 Modalità che ha provocato la lesione indicata al punto 6</b> (scelta da una scala a pioli, impalcatura, fucilata, ecc.) (scrivere in stampatello) <input type="text"/>	
		<b>9.2 Data dell'accidente, infortunio, suicidio, omicidio</b> Ora <input type="text"/> Giorno <input type="text"/> Mese <input type="text"/> Anno <input type="text"/>	
		<b>9.3 Luogo dell'accidente, infortunio, suicidio, omicidio</b> Abitazione <input type="checkbox"/> 1 Istituto di cura pubblica <input type="checkbox"/> 2 Scuola, istituzioni e aree della pubblica amministrazione <input type="checkbox"/> 3 Luogo dedicato alle attività sportive <input type="checkbox"/> 4 Strada e vie <input type="checkbox"/> 5 Luogo di lavoro e servizio <input type="checkbox"/> 6 Area industriale e di costruzione <input type="checkbox"/> 7 Azienda agricola <input type="checkbox"/> 8 Altri luoghi (specificare) <input type="text"/> 9	
<b>10. Professione</b> Condizione professionale o non professionale Occupato <input type="checkbox"/> 1 Disoccupato <input type="checkbox"/> 2 In cerca di prima occupazione <input type="checkbox"/> 3 Ritirato dal lavoro <input type="checkbox"/> 4 Casalingo <input type="checkbox"/> 5 Studente <input type="checkbox"/> 6 Inabile al lavoro <input type="checkbox"/> 7 Altro (compreso servizio di leva o servizio civile) <input type="checkbox"/> 8		<b>11. Posizione nella professione</b> Per lavoratori autonomi Imprenditore o libero professionista <input type="checkbox"/> 1 Lavoratore in proprio o coadiuvante <input type="checkbox"/> 2 Altro <input type="checkbox"/> 3 Per lavoratori dipendenti Dirigente o direttivo <input type="checkbox"/> 4 Impiegato o intermedio <input type="checkbox"/> 5 Operario o assimilato <input type="checkbox"/> 6 Altro (apprendista, lev. a domicilio, ecc.) <input type="checkbox"/> 7	
		<b>12. Cittadinanza</b> Italiana <input type="checkbox"/> 1 Per nascita <input type="checkbox"/> 2 Acquisita <input type="checkbox"/> 3 Straniera <input type="checkbox"/> 4 Specificare <input type="text"/>	
<b>13. Grado di istruzione</b> Licenza <input type="checkbox"/> 1 Diploma universitario o laurea breve <input type="checkbox"/> 2 Diploma di scuola media superiore <input type="checkbox"/> 3 Licenza di scuola media inferiore <input type="checkbox"/> 4 Licenza elementare o nessun titolo <input type="checkbox"/> 5		<b>14. Bollo</b> Firma, nominativo e recapito dell'ufficiale dello Stato Civile <div style="border: 1px solid black; border-radius: 50%; width: 100px; height: 100px; display: flex; align-items: center; justify-content: center;">Bollo</div>	

DICHIARO CHE LE CAUSE DELLA MORTE SECONDO SCIENZA E COSCIENZA, SONO QUELLE DA ME SOPRAINDICATE

Data

curante ☐

responsabile ☐

Firma e telefono del medico o della struttura

(a) Per chi è coniugato - si intende la persona che ha ottenuto lo scioglimento o la separazione legale dalla sua ex coniugata o ex coniuge entro la data del decesso.

(b) Solo per i Comuni che prevedono una suddivisione del territorio in circoscrizioni.

## *Certificato necroscopico*

Redatto dal medico necroscopo tra la 15° e la 30° ora dal decesso per constatare la realtà della morte (presenza di macchie ipostatiche, rigidità e raffreddamento naturali del cadavere, essiccamento delle mucose, ecc.) dopo un adeguato periodo di osservazione. Serve all'ufficiale di stato civile per cancellare il defunto dall'anagrafe e per autorizzare il seppellimento.



**Ai sensi dell'art. 11 del DPR n. 285/1990 (regolamento di polizia mortuaria), durante il periodo di osservazione - 24 ore per i casi di morte naturale e 48 ore nei casi di morte improvvisa - il cadavere deve essere tenuto in luogo e in condizioni compatibili con la vita, cioè ad una temperatura ambientale di almeno 18-20 gradi.**



**In assenza del medico curante titolare, il medico sostituto assume tutte le funzioni del titolare (art. 23, DPR 270\2000) e pertanto sulla base della visita della salma e della scheda anamnestica del defunto è legittimato a compilare invece del curante anche la scheda ISTAT.**

**Se il medico sostituto ritiene di non avere sufficienti elementi di giudizio deve lasciare questo compito al medico necroscopo oppure, se è il caso, effettuare una richiesta motivata di autopsia.**



**La scheda ISTAT viene di norma compilata dal medico ospedaliero quando il paziente muore in ospedale o all'arrivo in pronto soccorso e dal medico necroscopo quando il paziente muore fuori ambito di residenza.**



## *Certificato di idoneità all'attività sportiva non agonistica*

---

La certificazione di assenza di controindicazioni all'attività sportiva non agonistica, in base all'esame obiettivo, è compito proprio del medico di medicina generale. Tale certificazione di idoneità all'attività sportiva non agonistica, se richiesta specificamente e per iscritto dall'autorità scolastica, viene rilasciata gratuitamente dal medico di famiglia ai sensi del D.M. Sanità 28 febbraio 1983 e dell'art. 31, comma 2, del DPR 270\2000.



Invece per l'idoneità all'attività sportiva agonistica sono competenti al rilascio del certificato medico solo i servizi di medicina sportiva delle ASL o i medici specialisti accreditati dalle Regioni ai sensi del D.L. n. 633/1979 convertito in legge n. 33\1980, previa esecuzione di accertamenti strumentali e laboratoristici.



Dal 25 dicembre 2003 sono gratuiti i certificati di idoneità all'attività sportiva agonistica (nelle società dilettantistiche) dei minori e dei disabili, i certificati di idoneità all'affidamento e all'adozione e quelli di idoneità allo svolgimento del servizio civile.

Con un decreto del Presidente del Consiglio dei Ministri (pubblicato sulla G.U. del 10 dicembre 2003, n. 286), infatti, è stato modificato l'allegato 2A del D.P.C.M. sui Livelli essenziali di assistenza che, nella sua versione precedente, prevedeva la gratuità solo per i certificati rilasciati dal medico di famiglia e dal pediatra di base per le attività sportive in ambito scolastico.



**Diventano gratuiti anche tutti gli accertamenti (visite specialistiche, analisi cliniche, indagini strumentali) richiesti dal medico per valutare l'idoneità. Restano a pagamento, invece, tutti i certificati (ed i relativi accertamenti) richiesti dai cittadini per i fini più diversi (patente di guida, porto d'armi, idoneità all'impiego, libretto di lavoro, ecc.) anche quando previsti da disposizioni di legge.**



# *REFERTO*

---

(art. 334 c.p.p.) è un certificato col quale il medico libero-professionista (art. 365 c.p. e art. 359 c.p.) informa entro 48 ore, o subito in caso di pericolo nel ritardo, l'Autorità Giudiziaria di prestazioni fornite in casi in cui siano rilevabili elementi di un reato perseguibile d'ufficio (per esempio: lesioni personali volontarie con prognosi superiore a 20 giorni).



**Il referto indica la persona a cui è stata prestata assistenza, se possibile le sue generalità, il luogo dove si trova attualmente e quanto altro valga a identificarla nonché il luogo, il tempo e le altre circostanze dell'intervento; dà inoltre le notizie che servono a stabilire le circostanze del fatto, i mezzi con i quali è stato commesso e gli effetti che ha causato o può causare.**



**Se più persone hanno prestato la loro assistenza nella medesima occasione, sono tutte obbligate al referto, con facoltà di redigere e sottoscrivere un atto unico.**  
**L'omissione del referto è punita dall'art. 365 c.p., salvo i casi di omissione per giusta causa di cui all'art. 384 c.p.**



**Non v'è obbligo del referto, fatta eccezione per i pubblici ufficiali o incaricati di pubblico servizio in compiti di istituto ove è previsto un procedimento d'ufficio, qualora la sua compilazione e presentazione all'Autorità Giudiziaria esponga a procedimento penale la persona assistita.**



## Si ha obbligo di referto nei seguenti casi:

- delitti contro la vita ( omicidio volontario, omicidio preterintenzionale, omicidio colposo, omicidio del consenziente, istigazione o aiuto al suicidio, infanticidio )
- delitti contro l'integrità fisica (lesioni volontarie dolose da percosse, maltrattamenti, risse, abuso di mezzi di contenzione)
- lesioni colpose, infortuni sul lavoro, malattie professionali



Si procede d'ufficio (con conseguente obbligo del referto) in tutti i casi di delitti contro la vita, nei casi di lesioni personali volontarie dolose lievi, gravi, gravissime e nei casi di lesioni personali colpose gravi e gravissime in caso di infortuni sul lavoro o per malattie professionali.



**Si considerano:**

- lievissime le lesioni con prognosi inferiore ai 20 giorni,
- lievi quelle con prognosi da 20 a 40 giorni,
- gravi le lesioni la cui prognosi supera i 40 giorni ovvero che pongano in pericolo la vita, cagionino indebolimento permanente di un senso o di un organo,



- gravissime quelle per forme insanabili ovvero perdita di un senso, di un arto o sua mutilazione che lo renda inservibile, perdita dell'uso di un organo, perdita della capacità di procreare, difficoltà permanente e grave della favella, deformazione e sfregio permanente al viso.



## ***DENUNCIA DI REATO ( Rapporto all'A.G. )***

---

(art. 331 c.p.p.) è un certificato col quale il medico pubblico ufficiale (art. 357 c.p.) o incaricato di pubblico servizio (art. 358 c.p.) informa senza ritardo l'Autorità Giudiziaria della notizia di un reato perseguibile d'ufficio, avuta nell'esercizio o a causa delle sue funzioni.



**Questa denuncia deve contenere l'esposizione degli elementi essenziali del fatto, deve indicare il giorno dell'acquisizione della notizia, le eventuali fonti di prova note, se possibile gli elementi identificativi la persona a cui il fatto viene attribuito, la persona offesa e gli eventuali testimoni del fatto.**



**Come il referto, è una denuncia qualificata: nel primo caso l'obbligo deriva dall'esercizio di una funzione o di un pubblico servizio, nel secondo è inerente all'esercizio della professione medica. E' obbligatorio per tutti i reati procedibili d'ufficio.**



# Altri certificati:

---

- ripresa del lavoro per gli alimentaristi
- certificazione per giustificare la mancata presenza...in tribunale...alle elezioni etc
- per astensione dal lavoro per accudire un familiare ammalato
- certificato per delega



# Altri certificati:

---

- per riammissione a scuola dopo assenza
- per esonero dalle lezioni di educazione fisica
- per riconoscimento invalidità civile
- per richiesta dell'indennità di accompagnamento
- certificati di sana e robusta costituzione fisica
- certificati di sana costituzione per la vita in comunità



# Altri certificati:

---

- certificato anamnestico per il porto d'armi
- certificato di ricovero in ospedale
- certificati di infortunio per uso privato
- certificato per l'idoneità alla guida dei ciclomotori



# Accesso in ospedale

Caro collega, .....

invio in ospedale il/la paziente signor/a .....

cognome ..... nome .....

Motivo del ricovero .....

Accertamenti eventualmente effettuati e terapia praticata in atto:

.....  
.....

Dati estratti dalla scheda sanitaria:

.....  
.....  
.....

Sono disponibile, previo contratto telefonico, ad ulteriori consultazioni durante il periodo di ricovero. Ti segnalo l'opportunità che al termine del ricovero mi sia cortesemente inviata una esauriente relazione clinica.



## ATTIVITA' SPORTIVA NON AGONISTICA - A

....., .... / .... / ....

Si certifica che ....., nato/a a .....

prov. di ....., il .... / .... / ...., residente in via .....

prov. di ....., visitato dal sottoscritto in data odierna, gode

attualmente di un buono stato di salute.

Non sussistono controindicazioni evidenti alla pratica di attività sportiva non

agonistica.

Il presente certificato ha validità di un anno dalla data del rilascio.

Dr. Mario Bianchi  
Medico - Chirurgo  
Via dei gerani, 8  
21143 Roma

Cognome ..... Nome ..... Data di nascita.....  
Via..... Città.....

Si certifica che il soggetto, sulla base dei dati clinico-anamnestici, secondo le linee guida predisposte dal Ministero della Salute  
(barrare la condizione rilevata e cassare l'altro riquadro)

☐ **è in possesso** delle condizioni e psicofisiche di principio non ostative all'uso del ciclomotore .

Ovvero

☐ presenta un quadro clinico che **non** consente di esprimere giudizi di **idoneità**, fatta salva la possibilità di chiedere revisione del giudizio secondo la vigente normativa alla Commissione Medica Provinciale

Dichiarazione del richiedente

*Dichiaro sotto la mia responsabilità di aver fornito tutte le informazioni in mia coscienza utili a definire il mio stato di salute, in particolare di non fare abuso di alcolici, di sostanze stupefacenti o psicotrope e di non aver avuto crisi epilettiche negli ultimi due anni*

Data.....

Firma del richiedente o di chi ne esercita la patria potestà

Roma li.....

In fede  
Timbro e firma del medico



## Certificato di sana e robusta costituzione

Il .....

Certifico che il Sig. ....

nato a ..... il .....

residente a .....

sulla base dei dati anamnestici e della visita da me effettuata non presenta segni

di malattia in atto o pregressa tali da controindicare (specificare l'attività che

deve svolgere) .....

In fede.



Dr. ....  
Medico - Chirurgo  
Via .....  
.....

Nome ..... Cognome ..... Data di nascita.....  
Via..... Città.....

Il soggetto, sulla base della visita da me effettuata, risulta in stato di buona salute e non presenta controindicazioni in atto alla ripresa delle attività scolastiche.

Roma li.....

In fede

