



La certificazione medica



EDITORE
ZADIG

La certificazione medica



Federazione Nazionale degli Ordini dei Medici Chirurghi e degli Odontoiatri

Collana iBucchi di Zadig / Temi FNOMCeO, n. 3-2018
ISBN: 9788887626889

Indice

Prefazione	1
La certificazione	2
Definizione	2
L'ambito tecnico della certificazione	2
La potestà certificativa	2
Obbligo certificativo	3
La consegna del certificato	3
Requisiti della certificazione	4
Certificazioni e riservatezza	8
Il segreto professionale	10
Il segreto professionale in ambito sanitario con particolare riferimento alle figure del medico e dell'odontoiatra	10
Certificati diretti all'autorità giudiziaria: referto e denuncia	14
Reato di lesioni personali stradali gravi o gravissime	14
I certificati	19
Certificazioni in ambito previdenziale e assistenziale	19
La tutela INAIL e le principali certificazioni richieste	19
Le certificazioni di infortunio e di malattia professionale	22
La tutela INPS e le principali certificazioni richieste	46
Cenni sui concetti medico legali alla base dei rischi tutelati	46
L'invalidità previdenziale INPS	47
La prevenzione dell'invalidità previdenziale INPS (Cure balneo termali)	48
La tutela assistenziale INPS	49
Il certificato di malattia	52
La telematizzazione dei certificati introduttivi INPS	60
Il certificato per il rilascio del contrassegno invalidi	68
La certificazione di gravidanza	69
Il certificato (documento) per interrompere volontariamente la gravidanza (IVG)	74
Il certificato assicurativo privato	75
Certificato anamnestico per il porto d'armi	76
La certificazione preliminare al rilascio della patente di guida di autoveicoli	80
Certificati di idoneità alla attività fisica sportiva	82
Certificati di buona salute	86
Certificati per la scuola	87
Il certificato per l'assistenza al voto	94
La proposta di accertamento sanitario obbligatorio (ASO) e trattamento sanitario obbligatorio (TSO)	95
La certificazione di morte	97
Certificato medico per le adozioni nazionali/internazionali	100
Certificazioni ed IVA	104
I certificati previsti dal regime di Convenzione del medico di famiglia	105

Componenti della Commissione sulla certificazione medica e Autori

Franco Alberton

Nel triennio 2009-2011 Presidente dell'Ordine dei Medici Chirurghi e degli Odontoiatri di Verona

Augusto Pagani

Presidente dell'Ordine dei Medici Chirurghi e degli Odontoiatri di Piacenza dal 2012

Gianluigi Spata

Presidente dell'Ordine dei Medici Chirurghi e degli Odontoiatri di Como.

Componente del Comitato Centrale FNOMCeO

Guido Marinoni

Presidente dell'Ordine dei Medici Chirurghi e degli Odontoiatri di Bergamo

Componente del Comitato Centrale FNOMCeO

Lia De Zorzi

Responsabile Nazionale UOC Prestazioni a Sostegno del Reddito INPS – Specialista in Medicina Legale e delle Assicurazioni

Roberto Mora

Presidente dell'Ordine dei Medici Chirurghi e degli Odontoiatri di Verona dal 2011 al 2017

Andrea Mele

Specialista e Dottore di ricerca in Medicina legale - Dirigente medico di I livello con incarico di maggior spessore presso la Sovrintendenza sanitaria centrale INAIL – Docente di Medicina legale presso la “Sapienza” Università di Roma

Vincenzo Schiavo

Consigliere dell'Ordine dei Medici Chirurghi e degli Odontoiatri di Napoli

Giacomo Caudo

Presidente dell'Ordine dei Medici Chirurghi e degli Odontoiatri di Messina

Graziano Conti

Presidente dell'Ordine dei Medici Chirurghi e degli Odontoiatri di Perugia

Salvio Sigismondi

Dal 01 gennaio 2009 al 31 dicembre 2017 Presidente dell'Ordine dei Medici Chirurghi e degli Odontoiatri di Cuneo

Giuseppe Figlini

Presidente dell'Ordine dei Medici Chirurghi e degli Odontoiatri di Pisa

Marcello Fontana

Responsabile dell'Ufficio Legislativo della FNOMCeO e responsabile di area per gli uffici Legislativo, ECM e Ced

Antonella Cappabianca

Ufficio Legislativo FNOMCeO

Prefazione

Questo manuale affronta gli aspetti inerenti alla certificazione medica e risulta di particolare utilità per quanto riguarda gli aspetti pratici che investono i medici nei loro diversi ruoli professionali.

La certificazione costituisce infatti un aspetto fondamentale nell'ambito della documentazione dell'attività medica. L'atto del medico certificatore si configura come una delle incombenze più frequenti della pratica medica quotidiana e spesso impone al professionista riflessioni e problematiche.

L'auspicio è che il testo predisposto possa essere uno strumento di supporto per tutti i medici nella loro attività, venendo incontro nella risoluzione dei principali problemi che di volta in volta si presentano.

Il volume analizza dettagliatamente le varie tipologie di certificazioni, mettendo in particolare risalto le connesse disposizioni normative e deontologiche.

Pur nella consapevolezza che, in considerazione della complessità della materia, il contenuto non possa avere la pretesa di essere completamente esaustivo, il libro è indirizzato a tutta la platea dei medici quale testo di riferimento sulla certificazione.

Dott. Filippo Anelli
Presidente FNOMCeO

La certificazione

Il certificato medico è un atto documentale di carattere medico legale frequente e comune nella pratica medica e perciò è quanto mai necessario che ogni medico abbia chiara conoscenza del valore giuridico della certificazione oltre che quella degli aspetti più strettamente tecnico-professionali che regolano tale pratica.

Per la sua finalità medico-legale, l'attività certificativa del medico esula dai suoi compiti clinici di cura del proprio paziente, ma mira a tutelarlo nella sua dimensione di persona depositaria di diritti e di doveri, soggetto ed oggetto ad un tempo delle norme giuridiche.

Definizione

Potremo definire il certificato come: *una attestazione scritta su fatti e comportamenti tecnicamente apprezzabili e valutabili, la cui dimostrazione può condurre all'affermazione di particolari diritti soggettivi previsti dalla norma oppure a determinare conseguenze a carico dell'individuo o della società, aventi rilevanza giuridica e/o amministrativa.*

I contenuti possibili del certificato non vertono soltanto nella dichiarazione sullo stato di salute o di malattia, ma anche ogni fatto di natura tecnico-sanitaria oggettivamente documentato o che il medico può riscontrare direttamente nella sua pratica professionale.

Con l'introduzione del principio di dematerializzazione della P.A. e con l'emanazione del CAD (Codice della amministrazione Digitale) alcuni certificati in ambito previdenziale ed assistenziale vengono oggi compilati virtualmente ed inviati telematicamente.

L'ambito tecnico della certificazione

Il medico, quando certifica, deve avere presente che, qualsiasi sia l'ambito giuridico per il quale il certificato è richiesto, i dati o gli stati di salute che deve attestare sono esclusivamente quelli che rientrano nelle competenze della sua attività professionale (ad esempio, gli elementi anamnestici, i rilievi obiettivi, quelli diagnostici, terapeutici, prescrittivi di ausili/ortesi etc) e non anche dichiarazioni o affermazioni che riguardano altre sfere di competenze non attinenti la scienza medica.

Si tratta di competenze specifiche ed esclusive che la legge riconosce ai laureati in Medicina e Chirurgia e/o in Odontoiatria e che si acquisiscono nei rispettivi corsi di laurea.

Tale ambito risulta definito anche dal nostro Codice Deontologico che, nella sua ultima stesura, all'art. 3 recita: *"... il medico esercita attività basate sulle competenze, specifiche ed esclusive, previste negli obiettivi formativi degli Ordinamenti didattici dei Corsi di Laurea in Medicina e Chirurgia e Odontoiatria e Protesi dentaria, integrate e ampliate dallo sviluppo delle conoscenze in medicina, delle abilità tecniche e non tecniche connesse alla pratica professionale, delle innovazioni organizzative e gestionali in sanità, dell'insegnamento e della ricerca."*

La potestà certificativa

La legge prevede che per poter emettere certificati il medico deve essere in possesso della laurea in Medicina e Chirurgia o in Odontoiatria, dell'abilitazione all'esercizio della professione e dell'iscrizione al rispettivo albo professionale.

Quindi, ogni medico abilitato all'esercizio della professione e iscritto all'albo può rilasciare certificati: tuttavia, leggi specifiche riservano la potestà certificativa in alcuni casi a medici in possesso di particolari qualifiche (porto d'armi, pratica sportiva agonistica, eccetera: avremo modo di vedere questo aspetto più avanti).

In passato l'albo dei medici e degli odontoiatri era unico; le disposizioni di legge hanno poi prodotto la duplicità degli albi con conseguente diversità del diritto all'esercizio dell'Odontoiatria o della Medicina e Chirurgia.

Si è discusso se la potestà certificativa dovesse essere considerata potestà del solo Medico Chirurgo e non anche dell'Odontoiatra.

Anche se non espressamente normato, la legge che ha decretato l'obbligo, da parte di Medici ed Odontoiatri, di spedire i dati fiscali per il 730 precompilato, consente ora, con l'assegnazione delle credenziali, la potestà da parte dell'Odontoiatra di accedere non solo ai dati del 730 precompilato, ma anche alla compilazione del certificato telematico di malattia, ratificando in tal modo che **la potestà certificativa è da ritenersi valida per entrambe le professioni.**

Va da sé che le competenze dei due professionisti sono diverse e che, pertanto, l'Odontoiatra potrà rilasciare quei certificati che rientrano nella sfera delle competenze riconducibili alla Laurea in Odontoiatria.

Obbligo certificativo

Il Codice Deontologico in vigore all'art. 24 recita: *“Il medico è tenuto a rilasciare **alla persona assistita** certificazioni relative allo stato di salute che attestino in modo puntuale e diligente i dati anamnestici raccolti e/o i rilievi clinici direttamente constatati od oggettivamente documentati”*.

In base a tali enunciati la certificazione è non solo una prerogativa di chi è iscritto agli albi professionali, ma **anche un obbligo deontologico**. Il codice deontologico prevede però anche che il medico possa in alcuni casi rifiutare la sua opera.

Il medico, dunque, non può rifiutare la consegna diretta al suo paziente di un certificato relativo al suo stato di salute e ciò indipendentemente dal fatto che il certificato richiesto sia uno di quelli dovuti ai sensi delle varie convenzioni (es. di medicina generale) e/o previsti da precise disposizioni di legge oppure sia semplicemente un certificato rilasciabile in regime di libera professione e destinato ad un uso privato.

Dal punto di vista giuridico esistono certificati obbligatori (come il certificato di malattia, di assistenza al parto, la constatazione di decesso, il certificato redatto nell'ambito della normativa prevista dall'assicurazione obbligatoria contro gli infortuni e le malattie professionali) e certificati facoltativi.

In linea di massima i certificati, anche quelli non obbligatori per legge, quando richiesti, devono essere rilasciati.

Ovviamente il medico può e deve rifiutarsi di certificare fatti che non abbia constatato personalmente (*“direttamente”*) o che non siano supportati da riscontri oggettivi e deve rifiutarsi di certificare fatti che non corrispondano al vero.

Deve rifiutarsi di certificare, inoltre, tutti quegli elementi che esulano dalle sue competenze: ad es., il medico certificherà la malattia del figlio minore e non l'enunciazione del “diritto” del lavoratore di assentarsi dal lavoro per la malattia del minore; oppure, la presenza e la descrizione di una disabilità motoria, non invece il mero “diritto” della persona a ricevere l'esenzione fiscale nell'acquisto di un'autovettura, fatto questo riservato ad apposite Commissioni.

In altre parole, al medico spetta di certificare con diligenza e correttezza formale e sostanziale ciò che gli consta nella sua qualità di medico e non il mero richiamo ai benefici di cui si può fruire in virtù di norme o regolamenti.

Attualmente, molte sono le tipologie richieste di certificati e delle caratteristiche di alcuni di questi, quelli cioè più frequentemente sollecitati, seguirà una trattazione più dettagliata nelle sezioni successive: tuttavia è bene sapere che, a mente del Decreto Legge N. 69/2013 convertito in Legge 9 agosto 2013, n. 98, sono stati ad esempio soppressi i seguenti certificati sanitari – quindi, da non rilasciare più – attestanti l'idoneità psico-fisica al lavoro:

- certificato di sana e robusta costituzione
- limitatamente alle categorie non a rischio, certificato di idoneità per l'assunzione di apprendisti e minori
- certificato medico comprovante la sana costituzione fisica per i farmacisti
- certificato di idoneità fisica per l'assunzione nel pubblico impiego
- certificato di idoneità psico-fisica all'attività di maestro di sci
- certificato di idoneità psico-fisica relativa all'esecuzione di operazioni relative all'impiego di gas tossici
- certificato per la vendita dei generi di monopolio
- certificato di idoneità fisica per l'ammissione al Servizio Civile nazionale
- certificato di idoneità psico-fisica per la nomina a giudice di pace
- certificato di idoneità psico-fisica per la nomina a giudice onorario aggregato
- tessera sanitaria per le persone addette ai lavori domestici.

La consegna del certificato

Il certificato è da consegnarsi al soggetto cui si riferisce (o al suo legale rappresentante o a persona indicata espressamente dal paziente) o ad altro richiedente cui la legge ne riconosca il diritto (per esempio a chi esercita la patria potestà o all'amministratore di sostegno).

Il paziente può incaricare una terza persona al ritiro del certificato; in tal caso il medico deve accertarsi che tale ritiro corrisponda alla volontà del paziente mediante la presentazione di una delega scritta dell'interessato e di fotocopia del suo documento che autorizza il rilascio del certificato in mani di terzi.

Nella pratica comune, anche per l'avvento della certificazione telematica, capita sempre più frequentemente che il certificato venga richiesto anche telefonicamente. Tuttavia, **vale ribadire che la certificazione necessita di un diretto contatto tra il medico ed il richiedente**, la verifica diretta del medico delle condizioni di salute, il rilievo obiettivo e/o quello anamnestico cui il certificato fa riferimento. In assenza di tali elementi la certificazione perde il requisito della veridicità e validità e può configurare il reato di falso ideologico.

Requisiti della certificazione

Ogni certificazione per essere ritenuta tale, e oltre a contenere gli elementi necessari per la finalità per cui è redatta, deve rispettare i requisiti della COMPLETEZZA, della CHIAREZZA e della VERIDICITÀ.

Completezza

Ogni certificato deve contenere:

1) I dati del professionista che predispone il certificato.

Tali dati devono essere tali da rendere il professionista chiaramente e sicuramente individuabile.

È indispensabile dunque che sul certificato compaiano il **nome e cognome** del medico/odontoiatra che sta certificando, il suo **titolo abilitante** (l'indicazione di Medico Chirurgo o Medico Odontoiatra), il suo indirizzo professionale o in assenza di questo il domicilio, e qualsiasi altro dato che possa renderlo chiaramente identificabile come per esempio il suo codice fiscale, il suo numero di iscrizione all'albo professionale o all'anagrafe regionale completo dell'Ordine di appartenenza.

Tali indicazioni sono solitamente riportate nel ricettario personale quando viene stampato, o nel timbro personale.

Altrettanto chiaro deve essere il titolo che lo abilita al rilascio della certificazione; in tal senso è indispensabile l'indicazione accanto al nome ed al cognome del titolo di studio e della abilitazione conseguita e della **specialità conseguita** nei casi in cui la legge identifichi il possesso di tale titolo tra i requisiti della validità della certificazione.

Come abbiamo precedentemente segnalato, Leggi specifiche riservano la potestà certificativa in alcuni casi a medici in possesso di particolari qualifiche (porto d'armi, pratica sportiva agonistica, eccetera).

2) I dati del soggetto a cui la certificazione si riferisce

È indispensabile che il certificato identifichi in modo chiaro la persona cui lo stesso si riferisce.

Quindi: **nome e cognome** della persona cui ci si riferisce, il suo indirizzo, la sua data di nascita, il suo codice fiscale, o comunque qualsiasi altro dato che renda sicuramente individuabile il beneficiario della certificazione.

3) La data della certificazione

La data in cui il certificato viene rilasciato è uno degli elementi indispensabili al certificato stesso e **deve sempre essere indicata**.

Questo indipendentemente dal fatto che l'oggetto della certificazione possa collocarsi in uno spazio temporale diverso.

La sua assenza è causa di nullità dell'atto certificativo e la falsificazione della data configura il falso ideologico o il falso materiale.

4) La firma del certificante

Sotto tale aspetto il certificato acquista la sua validità solo nel momento in cui il professionista, che si è identificato in maniera corretta, lo sottoscrive con la sua **firma**.

Tale adempimento, nell'era della certificazione telematica, può essere sostituito dalla firma elettronica o da quegli identificativi (**credenziali telematiche**: PIN, identità SPID o una Carta Nazionale dei Servizi, CNS) informatici validi a rendere sicuramente riconducibile il certificato al soggetto certificante, collocandolo nello spazio temporale corrispondente alla data di emissione.

Chiarezza

La forma in cui il certificato viene compilato ha la stessa importanza degli elementi che ne definiscono la completezza.

Quindi, indipendentemente dal fatto che il certificato sia scritto a mano o con strumenti tecnologici (computer, macchine dattilografiche, etc) il suo contenuto deve essere **LEGGIBILE e COMPRESIBILE**.

A tal proposito giova rammentare che la leggibilità del certificato deve essere garantita, pena la nullità della certificazione stessa e possibili conseguenze anche sul piano civile e penale.

Quanto alla comprensibilità, il medico dovrebbe avere sempre presente che il certificato deve essere redatto in modo da renderlo comprensibile non solo a chi dovrà attestarne il valore rispetto agli aspetti giuridico-amministrativi, ma anche al soggetto cui viene rilasciato.

Veridicità ed aspetti gius-penalistici della certificazione

È ovvio che quanto il medico certifica deve per legge, ma anche in conformità ai dettami del Codice Deontologico, corrispondere al vero.

In caso di non veridicità il medico certificante viola sia il Codice Deontologico sia le disposizioni di legge: infatti, come già ricordato, l'art. 24 del Codice Deontologico impone che quanto certificato corrisponda ai rilievi anamnestici ed obiettivi.

Quando, invece, i dati riportati rappresentino la situazione oggettiva in modo alterato, minimizzandola o esaltandola sproporzionatamente, il documento che si forma non può definirsi "certificato", che per sua natura deve possedere i requisiti più volte richiamati, ma può addirittura integrare gli estremi di reato di falso ideologico.

È irrilevante se questo tipo di documento, da alcuni definito "compiacente", sia stato compilato per venire incontro alle esigenze del richiedente: un certificato per essere tale deve rigorosamente essere veritiero.

In buona sostanza, il medico incorre per legge nel reato di falso in certificazione se manipola la realtà dei fatti che constata o che conosce in ragione del suo ufficio/professione.

Tale falsità può essere di tipo ideologica o di tipo materiale.

La **falsità ideologica** consiste nell'attestazione di fatti e situazioni non veritieri. L'atto è quindi autentico dal punto di vista formale, ma il suo contenuto è infedele o incompleto rispetto la realtà.

In altre parole la falsità ideologica si realizza quando il medico certifica sulla base di un'ispezione o di una visita sanitaria in realtà non compiuta oppure quando sia falsa la attestazione degli elementi di fatto posti a base della conclusione diagnostica formulata dal medico.

Si integra penalmente la falsità ideologica solo qualora essa riguardi il contenuto di un atto inerente la sfera dell'attività pubblica, mentre i documenti redatti dal libero professionista non sono coperti da pubblica fede.

Presupposto essenziale di questi reati è il dolo.

Se il contenuto non corrisponde al vero per errore commesso in buona fede, sulla base di un giudizio interpretativo errato dei dati obiettivi da parte del sanitario o di interpretazione di informazioni false fornite dal paziente, non sussiste il falso ideologico.

La distinzione tra certificato falso e certificato erroneo va interpretata in base alle premesse oggettive sulle quali si basa il documento.

Se queste non sono corrispondenti al vero si configura il reato di falso, il cui presupposto essenziale è il dolo.

Va ricordato che per concretizzare il reato è sufficiente il solo rilascio del certificato, anche se questo non viene poi utilizzato o se comunque il fine prefissato non viene raggiunto.

Viceversa, se l'interpretazione delle premesse oggettive (correttamente riportate) risulti inattendibile e quindi il giudizio clinico appaia infondato si tratterà di un certificato erroneo e il medico, persuaso di essere nel vero, non sarà imputabile del reato di falso.

In definitiva, la falsità si riferisce ai fatti, non ai giudizi.

La Cassazione (sentenza n. 5923 del 20 giugno 1994 della Cassazione sez. 2°) ha stabilito che non sussiste il reato di falso ideologico (art. 481 cp) quando il medico certifica in buona fede una "sindrome non obiettivabile" sulla base dell'anamnesi fornita con inganno dal paziente al fine del rilascio del certificato di malattia.

In proposito, spesso i medici di medicina generale si domandano se un'erronea diagnosi può configurare il reato in esame.

Ai sensi dell'art. 2700 c.c., il certificato in genere "*fa piena prova, fino a querela di falso, della provenienza del documento dal pubblico ufficiale che lo ha firmato, nonché delle dichiarazioni delle parti e degli altri fatti che il pubblico ufficiale attesta avvenuti in sua presenza o da lui compiuti*" in quanto se in esso è documentato un determinato fatto, chiunque è tenuto a credere che la vicenda si è svolta così come viene rappresentata.

Nello specifico del certificato di malattia, la C. Cass. Penale, Sez. I, n. 2207/1995, afferma che il certificato rilasciato da un medico convenzionato SSN: "*riveste qualità di atto pubblico per quelle parti concernenti la provenienza del documento dal pubblico ufficiale che lo ha formato e le attestazioni relative all'attività svolta (visita medica) nonché ai fatti avvenuti in sua presenza (presentazione del paziente) o da lui rilevati (eventuali sintomi)*". In queste parti, l'eventuale reato configurato è quello descritto all'art. 479 del codice penale.

Tuttavia, la medesima sentenza, nel non estendere la fidejacentia al giudizio diagnostico e prognostico “*sia perché è basato sulle conoscenze scientifiche del pubblico ufficiale, sia perché costituisce una valutazione dei fatti accertati, insuscettibile di documentazione fidejacentia*”, sussume l’eventuale reato nella figura di cui all’art. 480 del codice penale.

Sicché, mentre è necessario che l’identità del lavoratore sia certa e accertata e che un certificato di malattia venga emesso **solo a seguito di constatazione personale dei fatti**, perché qualora fossero emessi in assenza di visita medica integrerebbero il reato di falso ideologico, anche se lo stato di malattia fosse concreto e vero (*ex plurimis*, C. Cass. Penale, Sez. V, n. 18687/2012), **non** deve destare preoccupazione l’eventuale errore diagnostico se commesso in buona fede o se indotto da confondente complesso sindromico.

La falsità **materiale** si verifica, invece, quando nella redazione del certificato vengono commesse alterazioni o contraffazioni mediante cancellature, abrasioni, aggiunte successive miranti a far apparire adempiute le condizioni richieste per la sua validità. La falsità materiale si realizza, per esempio, quando una cartella viene alterata attraverso aggiunte, correzioni o cancellazioni successive alla sua compilazione.

Quando certifica, il medico può operare come pubblico ufficiale o come incaricato di servizio di pubblica necessità. A seconda della qualifica giuridica che assume nell’atto certificativo, in caso di non veridicità degli atti, il medico certificante incorrerà nei reati che sono elencati negli artt. dal 476 al 484 del Codice Penale e che per documentazione riportiamo nel [box](#).

Capo III: Della falsità in atti

Art. 476 Falsità materiale commessa dal pubblico ufficiale in atti pubblici

Il pubblico ufficiale, che, nell’esercizio delle sue funzioni, forma, in tutto o in parte, un atto falso o altera un atto vero, è punito con la reclusione da uno a sei anni. Se la falsità concerne un atto o parte di un atto, che faccia fede fino a querela di falso, la reclusione è da tre a dieci anni.

Art. 477 Falsità materiale commessa dal pubblico ufficiale in certificati o autorizzazioni amministrative

Il pubblico ufficiale, che, nell’esercizio delle sue funzioni, contraffà o altera certificati o autorizzazioni amministrative, ovvero, mediante contraffazione o alterazione, fa apparire adempiute le condizioni richieste per la loro validità, è punito con la reclusione da sei mesi a tre anni.

Art. 478 Falsità materiale commessa dal pubblico ufficiale in copie autentiche di atti pubblici o privati e in attestati del contenuto di atti

Il pubblico ufficiale, che, nell’esercizio delle sue funzioni, supponendo esistente un atto pubblico o privato, ne simula una copia e la rilascia in forma legale, ovvero rilascia una copia di un atto pubblico o privato diversa dall’originale, è punito con la reclusione da uno a quattro anni. Se la falsità concerne un atto o parte di un atto, che faccia fede fino a querela di falso, la reclusione è da tre a otto anni. Se la falsità è commessa dal pubblico ufficiale in un attestato sul contenuto di atti, pubblici o privati, la pena è della reclusione da uno a tre anni.

Art. 479 Falsità ideologica commessa dal pubblico ufficiale in atti pubblici

Il pubblico ufficiale che, ricevendo o formando un atto nell’esercizio delle sue funzioni, attesta falsamente che un fatto è stato da lui compiuto o è avvenuto alla sua presenza, o attesta come da lui ricevute dichiarazioni a lui non rese, ovvero omette o altera dichiarazioni da lui ricevute, o comunque attesta falsamente fatti dei quali l’atto è destinato a provare la verità, soggiace alle pene stabilite nell’articolo 476.

Art. 480 Falsità ideologica commessa dal pubblico ufficiale in certificati o in autorizzazioni amministrative

Il pubblico ufficiale, che, nell’esercizio delle sue funzioni, attesta falsamente, in certificati o autorizzazioni amministrative, fatti dei quali l’atto è destinato a provare la verità, è punito con la reclusione da tre mesi a due anni.

Art. 481 Falsità ideologica in certificati commessa da persone esercenti un servizio di pubblica necessità

Chiunque, nell’esercizio di una professione sanitaria o forense o di un altro servizio di pubblica necessità attesta falsamente in un certificato fatti dei quali l’atto è destinato a provare la verità, è punito con la reclusione fino a un anno o con la multa da lire centomila a un milione. Tali pene si applicano congiuntamente se il fatto è commesso a scopo di lucro.

Art. 482 Falsità materiale commessa dal privato

Se alcuno dei fatti preveduti dagli articoli 476, 477 e 478 è commesso da un privato, ovvero da un pubblico ufficiale fuori dell’esercizio delle sue funzioni, si applicano rispettivamente le pene stabilite nei detti articoli, ridotte di un terzo.

Art. 483 Falsità ideologica commessa dal privato in atto pubblico

Chiunque attesta falsamente al pubblico ufficiale, in un atto pubblico, fatti dei quali l’atto è destinato a provare la verità, è punito con la reclusione fino a due anni. Se si tratta di false attestazioni in atti dello stato civile, la reclusione non può essere inferiore a tre mesi.

Art. 484 Falsità in registri e notificazioni

Chiunque, essendo per legge obbligato a fare registrazioni soggette all'ispezione all'Autorità di pubblica sicurezza, o a fare notificazioni all'Autorità stessa circa le proprie operazioni industriali commerciali o professionali, scrive o lascia scrivere false indicazioni è punito con la reclusione fino a sei mesi o con la multa fino a lire seicentomila.

La legge distingue tra il certificato redatto da un pubblico ufficiale e quello redatto da un esercente servizio di pubblica utilità, indicando che nel primo caso il certificato ha natura di pubblico atto, mentre nel caso di certificazione redatta dal libero professionista il certificato ha natura di scrittura privata.

Alla diversa natura del certificante corrispondono nel Codice Penale pene diverse, che sono ovviamente più pesanti nel caso in cui il certificante si identifichi come pubblico ufficiale o incaricato di pubblico servizio.

Le qualifiche del medico: il pubblico ufficiale, l'incaricato di pubblico servizio, l'esercente servizio di pubblica necessità

L'art 357 c.p. recita: *“Agli effetti della legge penale, sono **pubblici ufficiali** coloro i quali esercitano una pubblica funzione legislativa, giudiziaria o amministrativa. Agli stessi effetti è pubblica la funzione amministrativa disciplinata da norme di diritto pubblico e da atti autoritativi, e caratterizzata dalla formazione e dalla manifestazione della volontà della pubblica amministrazione o dal suo svolgersi per mezzo di poteri autoritativi o certificativi”*.

Possono acquisire la qualifica di **pubblico ufficiale, quindi**, gli impiegati dello Stato o di altro ente o istituto pubblico o ogni altra persona, sebbene non dipendente dallo Stato, che eserciti una funzione pubblica, nel momento in cui incarnano la volontà della Pubblica Amministrazione: ciò che caratterizza, pertanto, questo ruolo è quello di **avere poteri autoritativi e certificativi**.

Perciò, di volta in volta e per il tempo di espletamento della pubblica funzione, possono acquisire la qualifica di pubblico ufficiale: i consulenti tecnici o periti d'Ufficio o ausiliari di polizia giudiziaria, il direttore sanitario dell'ospedale, i medici e gli odontoiatri ospedalieri o gli universitari nell'esercizio delle loro funzioni, i medici necroscopi; i medici preposti alla pubblica amministrazione come i medici INPS, INAIL, di bordo, delle Forze Armate, delle Case circondariali o della Polizia di Stato; qualsiasi altro medico che presta la propria attività come dipendente o convenzionato, sebbene non di ruolo, di struttura pubblica come i medici di medicina generale; il medico specialista ambulatoriale nell'espletamento della sua attività di diagnosi e di prescrizione di prestazioni farmaceutiche ed ospedaliere.

Secondo l'art. 358 c.p.: *“Agli effetti della legge penale, sono **incaricati di un pubblico servizio** coloro i quali, a qualunque titolo, prestano un pubblico servizio”*. Per pubblico servizio deve intendersi un'attività disciplinata nelle stesse forme della pubblica funzione, ma caratterizzata dalla mancanza dei poteri tipici di quest'ultima, e con esclusione dello svolgimento di semplici mansioni di ordine e della prestazione di opera meramente materiale.

Il pubblico servizio consiste, perciò, in un'attività che lo Stato prevede al fine di soddisfare i bisogni della collettività e va inteso come un'attività disciplinata nelle stesse forme della pubblica funzione, ma caratterizzata dalla mancanza dei poteri tipici di quest'ultima (deliberativi, certificativi e autorizzativi), senza però che si qualifichi come mera attività materiale.

In definitiva, incaricato di pubblico servizio è chi agisce per soddisfare bisogni e interessi della collettività la cui tutela è assunta dallo Stato.

Infine, il dispositivo di cui all'art. 359 del c.p. prevede: *“Agli effetti della legge penale, sono **persone che esercitano un servizio di pubblica necessità***

1) i privati che esercitano professioni forensi o sanitarie o altre professioni il cui esercizio sia per legge vietato senza una speciale abilitazione dello Stato, quando dell'opera di essi il pubblico sia per legge obbligato a valersi;

2) i privati che, non esercitando una pubblica funzione, né prestando un pubblico servizio, adempiono un servizio dichiarato di pubblica necessità mediante un atto della pubblica Amministrazione”.

Il medico di famiglia convenzionato con il servizio sanitario nazionale ed il pediatra di libera scelta convenzionato sarebbero da ritenere incaricati di pubblico servizio o espletanti un servizio di pubblica necessità, in caso svolgano solo compiti diagnostici o terapeutici, mentre in caso svolgano attività certificativa possono rivestire pro tempore la qualifica di pubblico ufficiale (*ex plurimis* Cass. Pen. 35836/2007).

Il medico privato libero professionista assume generalmente la qualifica di **esercente un servizio di pubblica necessità**.

Ciò non esclude che nell'attività certificativa il medico libero professionista possa assumere talora la qualifica di pubblico ufficiale, ad esempio, in caso svolgesse attività di perito in un giudizio penale.

Viceversa, anche un medico dipendente dello Stato o di altro Ente pubblico, se agisce al di fuori del rapporto di dipendenza, può qualificarsi come esercente servizio di pubblica necessità.

Riassumendo: sono atti pubblici (art 2699 c.c.) quelli redatti da pubblico ufficiale; sono certificazioni amministrative quelle rilasciate da incaricato di pubblico servizio; sono considerate scritture private (art. 2702 c.c.) le certificazioni redatte dal medico in qualità di libero professionista come esercente un servizio di pubblica necessità.

Confini della potestà certificativa

È noto come l'ordinamento stabilisca dei diritti esigibili al verificarsi di un diminuito stato di salute (ad. es. l'invalidità) o di certe condizioni inerenti la sfera personale dei cittadini (ad. es. la maternità/parentalità, la natalità, il conseguimento della patente, l'esercizio di uno sport, ecc.).

Il medico nell'atto certificativo non può eccedere i confini potestativi che la legge stabilisce in merito al rilascio di quell'atto certificativo (ad es., non può redigere un certificato necroscopico se non ha la qualifica di medico necroscopo) e deve, però, limitarsi a menzionare solo gli elementi di sua competenza, cioè quelli che nel contempo siano idonei a produrre gli effetti previsti dalla legge ma non eccedenti la propria sfera tecnico-professionale.

L'affermare che sussiste o meno il diritto che, per legge, discende da quella certificazione non rientra nella sfera di competenza del medico che, pertanto, non è tenuto – né deve – invocarlo nel certificato che rilascia. La competenza ad identificare se sussista o meno il diritto, infatti, ricade su chi per legge è tenuto a discriminare i benefici che dalla certificazione in parola possono derivare al soggetto che la esibisce.

Per fare un esempio: il diritto del lavoratore ad assentarsi dal lavoro nel corso di una malattia del figlio nell'età prevista dalle norme di tutela. In questo caso il medico deve limitarsi a certificare, se presente, lo stato di malattia del minore indicando una prognosi.

Sarà compito del lavoratore chiedere il previsto “congedo del genitore per malattia del figlio” e del datore di lavoro o, eventualmente, del giudice, stabilire se dal particolare stato di salute del minore derivi o meno il diritto al congedo richiesto.

La capacità di intendere e di volere

Un certificato che è **opportuno non rilasciare** è quello relativo alla “capacità di intendere e di volere”: richieste in tal senso pervengono in genere da parte di avvocati o notai in procinto di ricevere un atto testamentario o una donazione oppure in caso di impugnazione di testamento, o nel corso di altri contenziosi in sede civile e penale.

Si ricorda che con il raggiungimento della maggiore età e quindi del diciottesimo anno, la persona acquista la **capacità di agire** e può compiere tutti gli atti ordinari e straordinari della vita civile come previsto dall'art. 2 del codice civile. “... *Con la maggiore età si acquista la capacità di compiere tutti gli atti per i quali non sia stabilita una età diversa...*”. Tale capacità si mantiene fino a che un avente diritto proceda alla richiesta di interdizione, di inabilitazione o di assegnazione di amministrazione di sostegno in caso sussistano limitazioni a causa di fattori legati alla salute mentale, alla prodigalità, alle abitudini d'abuso, ad alcune minorazioni psichiche con necessità di assistenza.

Per **capacità di intendere e di volere** si intende invece l'attitudine psichica a comprendere le conseguenze della propria condotta e ad agire liberamente e coscientemente nei casi concreti della vita. Essa costituisce il presupposto dell'**imputabilità** e si concretizza nell'idoneità a subire le conseguenze previste per chi commetta un reato, come è indicato nel codice penale (art. 85): “*Nessuno può essere punito per un fatto preveduto dalla legge come reato, se al momento in cui lo ha commesso non era imputabile. E' imputabile chi ha la capacità di intendere e di volere*”.

Indirettamente, è sottinteso che il soggetto posseda la capacità di intendere e volere quando, al raggiungimento della maggiore età, consegue la capacità di agire.

In definitiva, né la “capacità di agire” né tanto meno quella di “intendere e volere” dovrebbero essere oggetto di certificazione da parte di un professionista che non sia in possesso di specifiche competenze.

In ambito sanitario è quindi consigliabile che, al fine di evitare possibili spiacevoli coinvolgimenti in contenziosi giudiziari, il medico si limiti ad attestare le caratteristiche psichiche del soggetto in termini clinici, astenendosi da apprezzamenti legati espressamente all'ambito giuridico.

Certificazioni e riservatezza

In ordine alla riservatezza delle informazioni mediche (segreto professionale, privacy, etc), il medico deve certificare – nei limiti di verità, chiarezza e completezza dei fatti – quanto:

1) è necessario rendere noto ai fini per i quali il certificato viene richiesto (ad es. certificato sportivo);

2) deve essere rilasciato in forza di legge (ad es. certificato di malattia, certificato utile per fruire dei benefici di cui al co. 1 dell'art. 4 *ex lege* 8 marzo 2000, n° 53 – Congedi per eventi e cause particolari¹); secondo i noti principi fissati dal D. Lgs. 196/2003 e recepiti anche dal nuovo regolamento europeo sulla privacy n 679/2016 di *necessità, pertinenza, non eccedenza, specifica finalità, indispensabilità* e secondo quanto il paziente chiede e consente di rendere noto se l'eventuale facoltà di veto si dispiega nella sfera di poteri in sua disponibilità (ad es. non può vietare al medico di rendere nota la diagnosi all'INPS nel certificato di malattia, perché espressamente previsto da norme univoche di legge). In caso di inosservanza di tale principio il medico potrebbe incorrere nella violazione del segreto professionale.

Raccomandazioni

Al termine di questa parte generale sulle certificazioni, qualche ulteriore raccomandazione:

- Il medico non può rilasciare il certificato sulla base di quanto riferitogli da terzi o su quanto egli non abbia personalmente constatato o raccolto in anamnesi diretta.
- Poiché il certificato è redatto previa richiesta del paziente e può riportare sintomi riferiti ma non sempre obiettivabili, il medico, nella certificazione stessa, ricordi di distinguere tra quanto ha direttamente constatato (segni e obiettività) e quanto gli viene riferito (dati anamnestici, sintomi, circostanze etc).
- La non veridicità vale per i fatti attestati, non riguarda il giudizio interpretativo (diagnosi, prognosi, giudizio medico legale) che possono anche essere errati, ma non per questo falsi.
- Di qui l'utilità di segnalare sempre nella certificazione gli elementi obiettivi su cui viene fondato il giudizio interpretativo. In loro assenza l'errore nella interpretazione dei dati obiettivi diviene elemento di non veridicità presupponendosi, in tale caso, la presenza dell'obiettività che ha portato alla formulazione di quel giudizio.

In conclusione: il medico curi di informarsi sul perché il certificato gli viene richiesto (aspetto fondamentale è infatti la conoscenza del rapporto giuridico cui il fatto si riferisce) e valuti l'opportunità di segnalarlo per iscritto.

¹ Ogni dipendente – mediante una richiesta formale – può o meno esercitare a sua discrezione il diritto di accedere al beneficio di legge, così come recepito dai vari Contratti di lavoro, ma se persegue questa via ha l'obbligo di esibire la documentazione idonea a comprovare la sussistenza del diritto petito.

Quindi, è sottratto al potere discrezionale – suo e dell'Amministrazione ricevente la richiesta – esibire o meno la "prova" che va comunque allegata, anche se attiene la sfera personale della salute di una terza persona, proprio perché richiesta in forza di legge.

Infatti, il co. 1 dell'art. 4 (Congedi per eventi e cause particolari) *ex lege* 8 marzo 2000, n° 53 recita:

1. La lavoratrice e il lavoratore hanno diritto ad un permesso retribuito di tre giorni lavorativi all'anno in caso di decesso o di documentata grave infermità del coniuge o di un parente entro il secondo grado o del convivente, purché la stabile convivenza con il lavoratore o la lavoratrice risulti da certificazione anagrafica. In alternativa, nei casi di documentata grave infermità, il lavoratore e la lavoratrice possono concordare con il datore di lavoro diverse modalità di espletamento dell'attività lavorativa. ...OMISSIS.

Di tale disposto di legge ha tenuto conto il Garante per la protezione dei Dati personali quando è reintervenuto in materia, con propria Determinazione n° 23/2007 p.to 8)

Il segreto professionale

La riservatezza rappresenta un principio fondamentale nel rapporto medico-paziente.

Nel trattare i problemi riguardanti la certificazione, è quindi opportuno inserire un approfondimento riguardante una delle norme che stanno alla base dell'attività medica e che rappresentano un obbligo giuridico e deontologico vincolante.

Fin dall'antichità dalla scuola Ippocratica venne affermata l'importanza del segreto professionale allo scopo di favorire l'alleanza terapeutica medico-paziente. La persona assistita deve sentirsi sempre libera e sicura nelle sue confidenze al medico, cui può liberamente ricorrere anche in circostanze che potrebbero nuocerle. Basti pensare a colui che ricorre al medico a seguito di ferita da arma da fuoco riportata in un conflitto di cui sia stato il promotore.

Il segreto professionale è regolato da precise norme sia deontologiche sia giuridiche.

L'art. 10 del Codice Deontologico, che praticamente tutte le riassume, recita: *“Il medico deve mantenere il segreto su tutto ciò di cui è a conoscenza in ragione della propria attività professionale. La morte della persona assistita non esime il medico dall'obbligo del segreto professionale. Il medico informa i collaboratori e discendenti dell'obbligo del segreto professionale sollecitandone il rispetto. La violazione del segreto professionale assume maggiore gravità quando ne possa derivare profitto proprio o altrui, ovvero nocumento per la persona assistita o per altri. La rivelazione è ammessa esclusivamente se motivata da una giusta causa prevista dall'ordinamento o dall'adempimento di un obbligo di legge. Il medico non deve rendere all'Autorità competente in materia di giustizia e di sicurezza testimonianze su fatti e circostanze inerenti al segreto professionale. La sospensione o l'interdizione dall'esercizio professionale e la cancellazione dagli Albi non dispensano dall'osservanza del segreto professionale”*.

Accanto a questo impegno deontologico il legislatore volle che fosse severamente punita la rivelazione del segreto professionale così come sancito **dall'art 622 del codice penale** che recita: *“Chiunque, avendo notizia per ragione del proprio stato, ufficio o della propria professione o arte, di un segreto lo rivela senza giusta causa, ovvero lo impiega a proprio o ad altrui profitto è punito ...”*.

Nel codice di procedura penale è poi espressamente previsto (art. 351) il diritto di astenersi dal testimoniare determinato dal segreto professionale.

Senza voler entrare in minuziosa disamina di carattere medico legale, occorre che il medico nello svolgimento della pratica clinica abbia chiari alcuni concetti fondamentali.

- il medico non può rivelare a nessuno tutto ciò di cui viene a conoscenza nell'esercizio quotidiano, ma “parla” semmai con la redazione di referti, denunce, cartelle cliniche, certificati.
- Il medico deve conoscere cosa si intenda per “giusta causa”. Rientrano nel concetto di giusta causa, ad esempio, le disposizioni di legge che prevedono le denunce di malattie infettive, le notizie di reato per le quali si debba procedere d'ufficio.

La denuncia anche solo di sospetta malattia infettiva è obbligatoria per ogni medico secondo un nomenclatore delle malattie medesime che viene periodicamente aggiornato dal Ministero della Salute. Alcune malattie infettive (vedi AIDS) vanno denunciate mantenendo il più rigoroso anonimato.

In casi di incertezza il medico manifesterà le sue riserve deontologiche e potrà richiedere al giudice una dichiarazione liberatoria circa la sua testimonianza.

Il segreto professionale in ambito sanitario con particolare riferimento alle figure del medico e dell'odontoiatra

Il segreto professionale concerne la custodia, da parte del professionista sanitario, di tutto quanto questi venga a conoscenza del proprio paziente, non palese e non noto a terzi, nel corso del rapporto che si è instaurato tra medico e paziente.

Oggetto del segreto non sono solo e soltanto fatti inerenti alla salute dell'assistito conosciuti durante l'esercizio della professione ma, in senso più ampio, qualsiasi notizia, anche non inerente alle condizioni di salute, sia dell'assistito sia dei suoi congiunti/conviventi/familiari/conoscenti/colleghi, conosciuta dal professionista, non solo durante l'esercizio formale della professione, ma anche al di fuori, comunque in ragione, della stessa (*si tenga presente che qualsiasi confidenza dell'assistito, anche nella circostanza di un incontro occasionale, viene fatta al professionista proprio in quanto tale, anche se in quel momento non esercita, fidando nella sua discrezione*).

Non ha importanza la modalità con cui tali notizie possono essere state acquisite: udite, intuite, apprese direttamente dal medico o acquisite attraverso la visione di uno scritto, confidate dal paziente, etc, né la sfera che riguarda l'individuo sia essa di ordine fisico, psichico, economico, sentimentale, familiare, etc.

Il segreto professionale è uno degli elementi fondamentali del rapporto medico-paziente. Il medico non può acquisire la fiducia del paziente, e quindi essere fatto partecipe di tutte le notizie più o meno private che riguardano la malattia, se non garantisce al paziente stesso di mantenere il più ampio riserbo su quanto verrà a conoscere. È un obbligo ed un dovere deontologico ed etico prima che giuridico.

L'articolo 10 (*Segreto professionale*) del Codice Deontologico sancisce che il medico deve mantenere il segreto su tutto ciò che gli è confidato o di cui venga a conoscenza nell'esercizio della professione. La morte del paziente non esime il medico dall'obbligo del segreto. **Il medico deve informare i suoi collaboratori dell'obbligo del segreto professionale.** L'inosservanza del segreto medico costituisce mancanza grave quando possa derivarne profitto proprio o altrui ovvero nocimento della persona assistita o di altri. La rivelazione è ammessa ove motivata da una giusta causa, rappresentata dall'adempimento di un obbligo previsto dalla legge (denuncia e referto all'autorità Giudiziaria, denunce sanitarie, notifiche di malattie infettive, certificazioni obbligatorie) ovvero da quanto previsto dai successivi articoli 11 e 12. Il medico non deve rendere al giudice testimonianza su fatti e circostanze inerenti il segreto professionale. La cancellazione dall'albo non esime moralmente il medico dagli obblighi del presente articolo.

L'articolo 11 (Riservatezza dei dati personali) e il D. Lgs. 196/2003 stabiliscono che il medico è tenuto al rispetto della riservatezza nel trattamento dei dati personali del paziente e, particolarmente, dei dati sensibili inerenti la salute e la vita sessuale. Il medico acquisisce la titolarità del trattamento dei dati sensibili nei casi previsti dalla legge, previo consenso del paziente o di chi ne esercita la tutela. Nelle pubblicazioni scientifiche di dati clinici o di osservazioni relative a singole persone il medico deve assicurare la non identificabilità delle stesse. Il consenso specifico del paziente vale per ogni ulteriore trattamento dei dati medesimi, ma solo nei limiti, nelle forme e con le deroghe stabilite dalla legge. Il medico non può collaborare alla costituzione di banche dati a carattere sanitario ove non esistano garanzie di tutela della riservatezza, della sicurezza e della vita privata della persona.

Ad esempio, nelle pubblicazioni scientifiche non dovrà mai essere possibile l'identificazione del paziente a cui si fa specifico riferimento nell'elaborato, occultando il volto dello stesso, sostituendo le generalità con iniziali e quindi cancellando ogni riferimento possibilmente identificativo.

L'articolo 12 (**Trattamento dei dati sensibili**) dispone che al medico è consentito il trattamento dei dati personali idonei a rivelare lo stato di salute del paziente previa richiesta o autorizzazione da parte di quest'ultimo, subordinatamente ad una preventiva informazione sulle conseguenze e sull'opportunità della rivelazione stessa. Al medico è consentito il trattamento dei dati personali del paziente in assenza del consenso dell'interessato solo ed esclusivamente quando sussistano le specifiche ipotesi previste dalla legge ovvero quando vi sia la necessità di salvaguardare la vita o la salute del paziente o di terzi nell'ipotesi in cui il paziente medesimo non sia in grado di prestare il proprio consenso per impossibilità fisica, per incapacità di agire e/o di intendere e di volere; in quest'ultima situazione peraltro, sarà necessaria l'autorizzazione dell'eventuale legale rappresentante laddove precedentemente nominato. **Tale facoltà sussiste nei modi e con le garanzie dell'art. 11 anche in caso di diniego dell'interessato ove vi sia l'urgenza di salvaguardare la vita o la salute di terzi.**

Il trattamento dei dati sensibili può avvenire da parte del medico solo dopo idonea informazione del paziente ed acquisizione del suo consenso oppure quando sussistano degli imperativi di legge o quando il paziente non sia in grado di prestare il proprio assenso, ma in questo caso è necessaria l'autorizzazione del legale rappresentante.

Il segreto professionale è regolamentato anche dall'articolo 622 del Codice Penale che sancisce che chiunque, avendo notizia, per ragione del proprio stato o ufficio, o della propria professione o arte, di un segreto, lo rivela, senza giusta causa, ovvero lo impiega a proprio o altrui profitto, è punito, se dal fatto può derivare nocimento, con la reclusione fino ad un anno o con la multa da euro 30,99 a euro 516,47. Il delitto è punibile a querela della persona offesa.

Se a compiere questo delitto è un Pubblico Ufficiale o un Incaricato di Pubblico Servizio la pena è aumentata (reclusione da 6 mesi a 3 anni).

Se la violazione è colposa (negligenza, imprudenza, imperizia, inosservanza delle leggi, regolamenti, ordini, discipline) la reclusione è fino ad 1 anno.

L'**obbligo del segreto** non è riferito solo al medico: è infatti esteso anche a chi, in ragione del suo stato, ne possa venire a conoscenza. Ci si riferisce **a collaboratori del medico od a studenti del corso di Medicina e Chirurgia od Odontoiatria e Protesi Dentaria** che potrebbero essere informati di alcune notizie relative al paziente.

Per la configurazione concreta e conseguentemente per la punibilità del reato il codice penale richiede anche il verificarsi del nocimento a danno del paziente mentre, ai fini deontologici, mancando uno specifico riferimento, parrebbe essere punibile da parte dell'Ordine professionale anche il solo atto della rivelazione senza che ne consegua un danno per il paziente.

Di fronte ad una **giusta causa** di rivelazione si può o a volte si deve rivelare il segreto professionale.

La dottrina medico-legale divide le giuste **cause di rivelazione** in imperative e permissive.

- Sono **cause imperative** tutte le condizioni in cui vi sia un obbligo tassativo, previsto dal legislatore, di rivelare il segreto: si fa riferimento al referto, alle denunce sanitarie obbligatorie, ai certificati obbligatori, alle denunce giudiziarie, alla perizia ed alla consulenza tecnica, alle visite fiscali, alle visite medico-legali effettuate per conto della magistratura o di compagnie di assicurazione, agli arbitrati o alle ispezioni corporali ordinate dal giudice. In tutti questi casi il medico ha l'obbligo della rivelazione dell'obiettività apprezzata in quanto vengono a prevalere gli interessi della collettività su quelli del singolo individuo.
- Sono **cause permissive** quelle che escludono la colpa di chi rende nota la notizia. Ci si riferisce a quando il segreto viene ad essere rivelato con il consenso dell'avente diritto, oppure quando chi rivela deve farlo per legittima difesa, o perché costretto fisicamente o con minacce, che possono interessare anche persone a lui vicine, o perché si è verificato un caso fortuito (furto dello schedario) etc, situazioni tutte che hanno alla base la non volontà di mettere in circolo notizie riguardanti il paziente, errore determinato dall'altrui inganno, stato di necessità.

La segretezza delle notizie fornite dal paziente al medico è di così ampio rilievo che l'informazione ai familiari può rappresentare una violazione del segreto professionale. Ciò si verifica quando il paziente abbia espressamente fatto divieto di informare i congiunti del proprio stato o abbia specificamente individuato la persona a cui riferire, ed a lei esclusivamente, delle sue condizioni. Di ciò si è occupato direttamente il codice Deontologico che all'articolo 34 ribadisce che l'informazione a terzi presuppone il consenso esplicitamente espresso dal paziente, fatto salvo quanto previsto agli articoli 11 e 12, allorché sia in pericolo la salute e la vita del soggetto stesso o di altri. In caso di paziente ricoverato il medico deve raccogliere gli eventuali nominativi delle persone preliminarmente indicate dallo stesso a ricevere la comunicazione dei dati sensibili.

Ove ci si trovi di fronte a persona che sia stata giudicata incapace ci si dovrà rivolgere al legale rappresentante che deciderà avendo presente un unico aspetto: il bene del paziente che rappresenta.

Il medico non è tenuto a rivelare ai genitori un segreto del minore, a meno che la rivelazione non venga fatta nell'interesse del minore stesso (ad esempio, nel caso in cui si voglia consentire ai genitori di esercitare il diritto di querela che al minore non compete).

Di fronte ad una richiesta di testimonianza e quindi di rivelazione di un segreto professionale non si può prescindere dal sottolineare come la testimonianza sia un obbligo, giuridicamente previsto, che grava su ogni cittadino. Il medico, in considerazione della professione da lui svolta, ha la facoltà di rispondere proprio perché è venuto a conoscenza di certi fatti nel corso della sua professione che è coperta dal segreto professionale. L'esenzione da tale obbligo è specificatamente contemplata nell'articolo 200 del Codice di Procedura Penale. Lo stesso articolo sottolinea come il giudice possa ordinare la deposizione se risulti infondata la dichiarazione di esimersi dal testimoniare da parte del medico.

Il Codice Deontologico vigente è perentorio nel vietare al medico di testimoniare. L'articolo 10 stabilisce che il medico non deve rendere al giudice testimonianza su fatti e circostanze inerenti il segreto professionale. Ove ciò si verificasse l'Ordine potrebbe intervenire con l'irrogazione di una sanzione nei confronti del Sanitario. Per quanto riguarda i pazienti affetti da AIDS le norme di legge (legge n. 135 del 1990 in tema di prevenzione dell'AIDS) stabiliscono a tal proposito che gli *“operatori sanitari che nell'esercizio della loro professione vengano a conoscenza di un caso [...] hanno il dovere di prestare la necessaria assistenza, adoperandosi con ogni mezzo per tutelare la riservatezza della persona assistita”*. D'altro canto il R.D. del 3.02.1901 n. 45, ancora vigente, all'articolo 132 impone che: *“in tutti i casi di malattie infettive o diffuse, il medico curante dovrà dare alle persone, che assistono o avvicinano l'infermo, le istruzioni necessarie per impedire la propagazione del contagio”*.

Sulla questione se sia giusto o meno informare il partner dell'avvenuta conoscenza dello stato di positività del proprio paziente non esiste una univoca presa di posizione: per alcuni medici e giuristi vale il principio assoluto del segreto professionale, la cui violazione verrebbe a far cadere il rapporto di fiducia esistente tra medico e paziente; altri invece sostengono che possa sussistere una rivelazione che si basa non solo su un alto valore sociale della stessa, ma anche su quanto “parzialmente” previsto dall' art. 12 del Codice Deontologico (... necessità di salvare la vita o la salute del paziente o di terzi) che peraltro precisa nell'ipotesi in cui il paziente medesimo non sia in grado di prestare il proprio consenso per impossibilità fisica, per incapacità di agire e/o di intendere e di volere.

La rivelazione del segreto verrebbe quindi considerata come giustificata, venendosi a trovare il medico di fronte ad una giusta causa di rivelazione o addirittura allo stato di necessità (art. 54 c.p.) e ciò, soprattutto, ove venisse a mancare il consenso del paziente.

La risposta dei risultati relativi ad accertamenti diagnostici sia riferibili all'HIV sia ad altre patologie infettive deve essere data esclusivamente al diretto interessato. È altresì ribadito come sia fondamentale avvisare il proprio paziente della sua reale condizione di soggetto potenzialmente infettante, fornendogli tutte le infor-

mazioni in merito non solo alla patologia ma anche alle possibilità di trasmissione della stessa e soprattutto alle conseguenze che ne potrebbero derivare ed alle responsabilità penali e civili che ne potrebbero conseguire.

Per quanto concerne il soggetto tossicodipendente si rimanda alla legge 49/2006 in cui l'articolo 120 stabilisce che gli operatori del servizio pubblico per le tossicodipendenze e delle strutture private autorizzate, salvo l'obbligo di segnalare all'autorità competente tutte le violazioni commesse dalla persona sottoposta al programma terapeutico alternativo a sanzioni amministrative o ad esecuzione di pene detentive, non possono essere obbligati a deporre su quanto hanno conosciuto per ragione della propria professione, né davanti all'autorità giudiziaria né davanti ad altra autorità. Agli stessi si applicano le disposizioni dell'articolo 200 del Codice di Procedura Penale e si estendono le garanzie previste per il difensore dalle disposizioni dell'articolo 103 del Codice di Procedura Penale in quanto applicabili.

Come già in precedenza riferito la rivelazione del segreto professionale da parte del medico che riveste la qualifica di Pubblico Ufficiale o Incaricato di Pubblico Servizio appare quanto mai grave ex art. 326 c.p. (rivelazione ed utilizzazione di segreti di ufficio): *“il Pubblico Ufficiale e la persona incaricata di un pubblico servizio che, violando i doveri inerenti alle funzioni o al servizio, o comunque abusando della sua qualità, rivela le notizie d'ufficio, le quali debbano rimanere segrete, o ne agevola in qualsiasi modo la conoscenza, è punito con la reclusione [...]”*. Di rilievo, rispetto al segreto professionale che considera punibile soltanto la forma dolosa, il fatto che è prevista anche la punibilità per la rivelazione colposa, derivante da atteggiamento negligente o imprudente tenuto dal professionista.

Nel codice penale sono poi comprese delle specifiche norme relative ai delitti di violenza sessuale ove viene imposta a chiunque la massima riservatezza sull'identità delle persone offese; all'art. 734-bis del c.p. si legge infatti come *“chiunque divulghi, anche attraverso mezzi di comunicazione di massa, le generalità o l'immagine della persona offesa senza il suo consenso [...]”* possa andare incontro all'arresto da tre a sei mesi.

Da sottolineare, poi, a conferma della importanza del segreto professionale in ambito sanitario, come la cancellazione del medico dall'albo o il decesso del paziente non esimano il medico dall'obbligo di mantenimento del segreto professionale.

Certificati diretti all'autorità giudiziaria: referto e denuncia

Il **referto** può essere considerato come un certificato obbligatorio per tutti gli esercenti la professione sanitaria i quali, come è noto, più facilmente di altri operatori possono trovarsi in situazioni delicate sul piano giudiziario.

Lo scopo della norma è pertanto quello di contrastare i reati più gravi e di consentirne la tempestiva repressione, anche se la legge prevede un'esimente che ha importante significato sul piano deontologico: "... *la disposizione non si applica quando il referto esporrebbe la persona assistita a procedimento penale*".

L'obbligo di referto è sancito dall'art. 365 del codice penale, nel quale si dispone che la comunicazione debba essere trasmessa all'autorità giudiziaria in tutti i casi nei quali il professionista abbia prestato la propria assistenza od opera in situazioni che possano presentare i caratteri di delitti perseguibili d'ufficio (non esiste l'obbligo, pertanto, per i reati procedibili solo a querela della persona offesa).

È dunque sufficiente che il professionista riscontri la semplice "possibilità" dell'esistenza del delitto; i casi dubbi devono perciò essere vagliati con attenzione al fine di decidere sulla necessità o meno del referto, tenendo conto che comunque la segnalazione all'autorità giudiziaria non violerebbe il segreto professionale.

I delitti perseguibili d'ufficio di interesse sanitario sono molteplici; i più importanti e frequenti riguardano i reati contro la vita (omicidio, istigazione ed aiuto al suicidio, morte conseguente ad altro delitto, infanticidio...), contro l'incolumità individuale (alcuni tipi di lesioni personali, abbandono di minori o incapaci, omissione di soccorso...), contro l'incolumità pubblica (attività pericolose che espongono al pericolo di epidemia o intossicazioni...), contro la pietà dei defunti (vilipendio, distruzione, occultamento, uso illegittimo di cadavere...), contro la libertà individuale (sequestro di persona, violenza privata, minaccia, procurata incapacità...). Sono pure reati perseguibili d'ufficio quelli di falso (falso ideologico, falso materiale...), i delitti contro la pubblica amministrazione (omissione di referto e denuncia, esercizio abusivo di professione...), contro l'inviolabilità dei segreti (rivelazione di segreto professionale e segreto d'ufficio...), contro la famiglia (abuso dei mezzi di correzione, maltrattamenti in famiglia o verso i fanciulli...).

I delitti della sfera sessuale presentano alcune particolarità poiché, mentre alcuni di essi (violenza sessuale su minori, aborto...) sono senz'altro procedibili d'ufficio, per altri è necessario valutare le circostanze dell'evento.

I riferimenti normativi a tale proposito sono la legge 66/96 ("*Norme contro la violenza sessuale*") e la legge 38/06 ("*Disposizioni in materia di lotta contro lo sfruttamento sessuale dei bambini e la pedopornografia anche a mezzo internet*").

Il referto deve contenere tutti i dati personali, di tempo e di luogo che possano risultare utili per la repressione del reato; la segnalazione deve pervenire all'autorità giudiziaria (Procura della Repubblica, o ufficiali di polizia giudiziaria) entro 48 ore o, se vi è pericolo nel ritardo, immediatamente.

Da rilevare che, se più persone hanno prestato la loro assistenza nella medesima occasione, sono tutte obbligate al referto, con facoltà di redigere e sottoscrivere un unico atto.

Anche la **denuncia**, prevista dall'art. 361 del codice penale, è una dichiarazione obbligatoria; essa ha carattere prettamente giudiziario e non sanitario, e compete ai pubblici ufficiali e agli incaricati di pubblico servizio. Tali qualifiche possono comunque essere assunte anche dal medico che svolga una pubblica funzione e in questo caso egli sarà tenuto a segnalare all'autorità giudiziaria tutti i reati (non solo i delitti) che siano procedibili d'ufficio e di cui il professionista abbia semplicemente "avuto notizia".

A differenza del referto, l'obbligo di denuncia non prevede l'esimente a favore dell'assistito e deve essere trasmessa all'autorità giudiziaria "senza ritardo".

Reato di lesioni personali stradali gravi o gravissime

Con la legge 23 marzo 2016 n. 41 (Introduzione del reato di omicidio stradale e del reato di lesioni personali stradali, nonché disposizioni di coordinamento al decreto legislativo 30 aprile 1992, n. 285, e al decreto legislativo 28 agosto 2000, n. 274) sono stati **introdotti i reati di omicidio stradale (Art. 589-bis) e di lesioni personali stradali gravi o gravissime (Art. 590-bis), commessi con violazione delle norme sulla disciplina della circolazione stradale**, ai quali rimane affiancato il reato di lesioni personali colpose ex art. 590 c.p., che continuerà ad applicarsi per tutte le ipotesi di lesioni in cui vi è stata guarigione entro quaranta giorni; in tale ultimo caso, quindi, rimarrà ferma la procedibilità a querela della persona offesa e la competenza del Giudice di pace. **Invece, le più rilevanti conseguenze nell'ipotesi di lesioni derivanti da incidente stradale riguardano proprio i casi in cui la natura della lesione subita è tale da superare i predetti quaranta giorni di malattia, o di configurare una lesione grave o**

gravissima come riportato nel [fac simile di referto](#). Ora, quando le lesioni si profilano come gravi o gravissime, ovvero in tutti quei casi in cui la malattia ha una durata superiore ai quaranta giorni, si applica il nuovo art. 590 bis c.p. e, quindi, la procedibilità è d'ufficio e la competenza è rimessa al Tribunale in composizione monocratica, assumendo particolare rilevanza per le ricadute poste a carico dei medici.

Infatti si sottolinea che il medico in caso di lesioni colpose gravi o gravissime secondarie a incidenti stradali avrà l'obbligo di redigere il referto o la denuncia, nel caso il sanitario rivesta la qualifica di Pubblico Ufficiale o Incaricato di Pubblico Servizio, pena incorrere nell'omissione di referto (ex art. 365 c.p.), o nell'omissione di denuncia di reato da parte di pubblico ufficiale o di incaricato di pubblico servizio (ex art. 361-362 c.p.).

Il referto o la denuncia possono essere inoltrati o ad un ufficiale di Polizia Giudiziaria (Polizia di Stato, Carabinieri, Guardia di Finanza, Polizia Penitenziaria, Guardia Costiera) o direttamente presso la Procura della Repubblica. Come è noto il referto da inviare all'Autorità Giudiziaria costituisce un obbligo per il medico che, nell'esercizio della propria professione, abbia prestato la propria assistenza od opera in casi che possono presentare i caratteri di un delitto per il quale sia prevista la procedibilità d'ufficio.

Si sottolinea che l'art. 334 c.p.p. prevede che *“chi ha l'obbligo del referto deve farlo pervenire entro quarantotto ore o, se vi è pericolo nel ritardo, immediatamente al pubblico ministero o a qualsiasi ufficiale di polizia giudiziaria del luogo in cui ha prestato la propria opera o assistenza ovvero, in loro mancanza, all'ufficiale di polizia giudiziaria più vicino. Il referto indica la persona alla quale è stata prestata assistenza e, se è 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 unico atto”*.

Si rileva che la denuncia rappresenta anch'essa un atto scritto di segnalazione e informazione all'Autorità Giudiziaria qualora il medico rivesta la qualifica di Pubblico Ufficiale o di Incaricato di Pubblico Servizio. Ai fini pratici e dal punto di vista formale non vi sono sostanziali differenze rispetto al referto, dovendo anch'essa (secondo gli art. 331 e 332 c.p.p.) contenere l'esposizione degli elementi essenziali del fatto, indicare il giorno dell'acquisizione della notizia, le generalità della persona offesa e, se possibile, ulteriori circostanze utili alla ricostruzione del fatto. Questa deve essere, infine, trasmessa senza ritardo.

Ciò detto, sul piano pratico il medico dovrà redigere il referto o denuncia nel caso di lesioni, a seguito di sinistro stradale, che possano rivestire gli estremi delle lesioni gravi o gravissime; il medico dovrà, per mezzo dell'espressione di un giudizio prognostico, orientare l'Autorità Giudiziaria nella valutazione se il fatto possa integrare gli estremi delle lesioni personali stradali ex art. 590-bis, procedibile d'ufficio, con i conseguenti provvedimenti di natura urgente che la nuova legge prevede o, in alternativa, integrare il delitto di lesioni personali colpose ex art. 590, procedibile a querela, per il quale non si rende necessaria l'adozione di provvedimenti urgenti da parte della Polizia Giudiziaria. Pertanto si rileva che l'obbligo di denuncia ricadrà sicuramente sul medico di pronto soccorso che si trovi a refertare una prognosi superiore ai quaranta giorni, nel caso di lesione derivante da incidente stradale; ovviamente, però, lo stesso obbligo ricadrà su ogni medico che si trovi nella necessità di prolungare tale prognosi iniziale sia essa inferiore o pari ai quaranta giorni. Dunque, anche il medico di famiglia che visiti il proprio assistito, o lo specialista che operi sia in struttura pubblica che privata, nel caso debba prolungare la prognosi iniziale dovrà redigere il relativo referto e contestualmente comunicare all'Autorità Giudiziaria che la lesione subita dal proprio paziente rientra tra quelle definite gravi con ogni relativa conseguenza. In questa sede si rileva però che la Procura della Repubblica di Firenze ha manifestato una posizione più possibilista in ordine all'obbligo di referto all'autorità giudiziaria delle prognosi secondarie e quindi delle condizioni cliniche le quali, accertate successivamente alla prima prognosi, facciano superare la soglia della perseguibilità d'ufficio. A parere della suddetta Procura dovrebbe essere oggetto di referto solo la notizia di reato perseguibile d'ufficio appresa originariamente. Trattandosi ad oggi di un parere, pur autorevole di una sola Procura, resta valida al momento l'indicazione a produrre il referto anche nel caso in cui le prognosi secondarie facciano superare i 40 giorni.

Si sottolinea che tale innovativa prescrizione impone a tutti i medici che entrano in contatto con soggetti coinvolti in incidenti stradali con lesioni di prestare molta attenzione e diligenza al momento di esprimere un giudizio prognostico a cui sarebbe opportuno – anche per chiarire la reale portata della lesione diagnosticata all'Autorità – affiancare una **descrizione dello stato obiettivo e delle ragioni** che hanno condotto a tale giudizio. Tutto questo in una ottica di tutela del medico stesso che, considerati i risvolti penali e amministrativi connessi alle nuove fattispecie di reato, potrà essere chiamato in sede giudiziaria a rispondere della valutazione effettuata.

Fac-simile di referto da inviare all'autorità giudiziaria via PEC

(se non visualizzi correttamente le figure, [clicca qui](#) – è richiesta una connessione a Internet)

Timbro del medico

Al Sig.
Procuratore della Repubblica
Tribunale di

.....
REFERTO ALL'AUTORITA' GIUDIZIARIA

(ex Art. 365 c.p.)

Il sottoscritto dott. _____ avendo sottoposto a visita medica in
data ___/___/___ Il/la Sig./ra _____ nato/a il ___ / ___ /

residente a _____ in via _____

identificato a mezzo _____ di professione _____

segnala che il/la medesima, sulla base di quanto riferito, è incorso in data ___/___/___ in
un sinistro stradale con riferita responsabilità di terzi.

ELEMENTI ESSENZIALI DEL FATTO

.....
.....

Forze dell'ordine intervenute

.....

Precedente documentazione sanitaria

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

OBIETTIVITA' RISCONTRATA:

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

DA CUI E' DERIVATA

malattia o incapacità ad attendere alle malattia certamente o probabilmente

- ordinarie occupazioni di durata superiore ai 40 giorni; insanabile;
- perdita di un senso;
 - malattia che ha messo in pericolo la vita della persona offesa;
 - perdita dell'uso di un organo;
 - indebolimento permanente di un senso o di un organo;
 - perdita di un arto o una mutilazione che rende l'arto inservibile;
 - perdita della capacità di procreare;
 - permanente e grave difficoltà della favella;
 - deformazione o sfregio permanente del viso

___/___/___

Il Medico _____

(firma e timbro)

Consegnato

a: _____

Oppure:

- inviato via Fax al _____
- inviato via PEC a _____

I certificati

Certificazioni in ambito previdenziale e assistenziale

Sistema di Protezione Sociale

Il nostro ordinamento giuridico tutela con un complesso di iniziative di legge il dignitoso livello di vita dei cittadini e dei lavoratori in particolare, valore questo di rango costituzionale.

Il complessivo Sistema di Protezione Sociale si compone sostanzialmente di due settori:

A) L'**ASSISTENZA SOCIALE**, suddivisa in tre grandi filoni di prestazioni

- SANITARIE (cure mediche, ricoveri nosocomiali, hospice etc)
- SOCIALI (sostegni allo studio, RSA, centri sociali diurni etc)
- ECONOMICHE (esenzione dal ticket, sgravi o benefici fiscali, pensioni, indennità).

In questo ambito, la prestazione – *strettamente legata al bisogno o disagio e ispirata ai principi di universalità e gratuità* – è rivolta a tutti i **cittadini** comunitari ed erogata ai residenti/soggiornanti a certe condizioni.

Il **finanziamento avviene prevalentemente attraverso il ricorso alla fiscalità generale/territoriale** attraverso il pagamento delle tasse a vario titolo denominate.

B) LA **PREVIDENZA SOCIALE** copre assicurativamente solo i **lavoratori** al verificarsi dei seguenti eventi definiti “rischi”:

- malattia comune, specifica, tecnopatica, infortunistica
- maternità
- disoccupazione
- invalidità
- vecchiaia
- superstiti.

Le **prestazioni previdenziali sono concesse** ai lavoratori (e relativo nucleo familiare) assicurati presso i rispettivi specifici Fondi o Casse, secondo il *principio solidaristico*, **solo a fronte di una contribuzione assicurativa** (REQUISITO CONTRIBUTIVO) versata, o almeno dovuta secondo il *principio dell'automaticità*, e **dell'iscrizione a tali Fondi per un arco temporale determinato** (REQUISITO ASSICURATIVO) e stabilito dalla legge. Gli Enti erogatori sono sia *Pubblici* (INPS, INAIL etc) sia *Privati* con fondi pensionistici specifici.

La tutela INAIL e le principali certificazioni richieste

Le certificazioni mediche di infortunio e di malattia professionale

L'Assicurazione Obbligatoria contro gli Infortuni sul Lavoro e le Malattie Professionali è gestita in via esclusiva dall'INAIL, *Istituto Nazionale Assicurazione contro gli Infortuni sul Lavoro*, Ente pubblico non economico sottoposto alla vigilanza del Ministero del Lavoro e delle Politiche Sociali.

Parte introduttiva

Cenni storici

L'assicurazione contro gli infortuni del lavoro industriale fu la prima fra le assicurazioni sociali obbligatorie istituite in Italia.

Infatti, verso la seconda metà dell'800, il progressivo processo di industrializzazione in un'Italia in precedenza prevalentemente agricola pose ai politici il problema della tutela dei lavoratori dagli infortuni.

Un primo cenno di quest'interesse si ebbe già con la legge 11 febbraio 1886, n. 3657 sul lavoro dei fanciulli che impose all'imprenditore l'obbligo di prendere e conservare tutti i provvedimenti necessari per una maggior sicurezza della vita e della salute.

Seguì una serie di provvedimenti – quali, *ex plurimis*, la legge 12 marzo 1898 n. 30 con cui venne istituita l'assicurazione obbligatoria contro gli infortuni, successivamente modificata dal Regio Decreto 31 gennaio 1904 n. 51 con cui, fra l'altro, si estese ad alcune lavorazioni agricole – da un lato a carattere assicurativo dall'altro a maggior tutela della sicurezza e in ottica di prevenzione.

La tutela delle prime sei malattie professionali si affacciò, sempre nel settore industria, con il RD 13 maggio 1929, n. 928 che introdusse la **presunzione legale di origine** professionale per cui era sufficiente l'esistenza della malattia e la prevista esposizione lavorativa perché al lavoratore venisse riconosciuta la tutela.

Con RDL 23 marzo 1933, n. 264 – Unificazione degli istituti per l'assicurazione obbligatoria contro gli infortuni degli operai sul lavoro, nacque l' "Istituto nazionale fascista per l'assicurazione contro gli infortuni sul lavoro", INFAIL poi INAIL dopo la caduta del fascismo.

Il RD 17 agosto 1935, n. 1765 – “Disposizioni per l'assicurazione obbligatoria degli infortuni sul lavoro e delle malattie professionali” rese più organica la materia e, all'Art. 68, dispose: “È **obbligatoria per ogni medico, che ne riconosca l'esistenza, la denuncia delle malattie professionali**, che saranno indicate in un elenco da approvarsi con decreto del Ministro per le corporazioni di concerto con quello per l'interno, sentito il parere del Consiglio superiore di sanità”.

Dopo numerosi altri interventi del legislatore, l'emanazione del DPR 30 giugno 1965, n. 1124 – *Testo unico delle disposizioni per l'assicurazione obbligatoria contro gli infortuni sul lavoro e le malattie professionali* – tuttora vigente ancorché modificato e integrato in alcune sue parti dal D. Lgs. 23 febbraio 2000, n. 38 e susseguenti Decreti applicativi, ha posto una pietra miliare nel complessivo sistema di tutela degli infortuni e delle malattie professionali.

Oggi, a seguito dell'art.13 del D. Lgs. 23 febbraio 2000, n. 38, il rischio tutelato da INAIL è il danno biologico inteso come “*lesione all'integrità psicofisica, suscettibile di valutazione medico legale, della persona. Le prestazioni per il ristoro del danno biologico sono determinate in misura indipendente dalla capacità di produzione del reddito del danneggiato*”.

Prestazioni

Le prestazioni erogate da INAIL sono di diversa natura.

PRESTAZIONI ECONOMICHE:

- l'indennità giornaliera per inabilità temporanea assoluta;
- la rendita per inabilità permanente, corrisposta per eventi fino al 24 luglio 2000;
- la prestazione ai marittimi dichiarati temporaneamente inidonei alla navigazione in seguito a infortunio sul lavoro o malattia professionale riconosciuti dall'INAIL;
- l'indennizzo per la lesione dell'integrità psicofisica (danno biologico) corrisposto per eventi a decorrere dal 25 luglio 2000. Per postumi compresi tra il 6 e il 15% è previsto l'indennizzo in capitale. Dal 16% in poi, viene erogato un indennizzo in rendita;
- l'integrazione della rendita diretta, dovuta per il periodo nel quale il lavoratore si sottopone a cure utili per il recupero della capacità lavorativa;
- la rendita di passaggio per silicosi e asbestosi – calcolata secondo le Tabelle allegate al Testo Unico – per inabilità non superiore all'80% corrisposta per un anno al lavoratore che abbandoni la lavorazione nociva e, per le malattie denunciate a decorrere dal 1° gennaio 2007, per le menomazioni dell'integrità psicofisica non superiori al 60%;
- la rendita ai superstiti di lavoratori deceduti a causa di infortunio o malattia professionale, se in possesso dei requisiti di legge;
- la prestazione una tantum ai superstiti di lavoratori deceduti a causa di infortunio mortale verificatosi a decorrere dal 1° gennaio 2007, se in possesso dei medesimi requisiti previsti per la rendita ai superstiti;
- l'assegno funerario;
- l'assegno per assistenza personale continuativa, corrisposto per inabilità permanente assoluta del 100% e, per gli eventi a decorrere dal 1° gennaio 2007, per le menomazioni elencate nelle specifiche Tabelle;
- lo speciale assegno continuativo mensile, erogato ai superstiti di lavoratori titolari di rendita deceduti per cause non dipendenti da infortunio o malattia professionale, se in possesso degli specifici requisiti previsti;
- la prestazione aggiuntiva alla rendita per le vittime dell'amianto o, in caso di morte, per gli eredi titolari di rendita a superstiti;
- la prestazione una tantum per le vittime dell'amianto a favore dei malati di mesotelioma per esposizione non professionale;
- la prestazione una tantum per le vittime dell'amianto a favore degli eredi dei lavoratori deceduti a seguito di patologie asbesto correlate per esposizione ad amianto correlate all'esecuzione di operazioni portuali;
- il rimborso spese per l'acquisto di farmaci necessari al reinserimento socio-lavorativo e al miglioramento dello stato psicofisico;
- il rimborso spese per cure idrofangotermaali e soggiorni climatici.

PRESTAZIONI SANITARIE E SOCIO-SANITARIE:

- attività medico-legali: accertamenti medico-legali relativi al nesso causale, alla durata dell'inabilità temporanea assoluta, alla quantificazione del danno, etc;
- cure ambulatoriali: visite specialistiche e accertamenti diagnostici clinici e/o strumentali, prescrizioni terapeutiche, vaccinazione e sieroprofilassi antitetanica;

- cure integrative riabilitative: prestazioni non ospedaliere erogate nel periodo di inabilità temporanea assoluta e finalizzate al miglior recupero possibile dell'integrità psicofisica, nonché al tempestivo reinserimento nell'ambiente sociale e lavorativo;
- assistenza protesica: prestazioni finalizzate al massimo recupero delle funzioni lese e alla valorizzazione delle capacità residue dei lavoratori infortunati e tecnopatici, nonché al reinserimento nella vita familiare, sociale e lavorativa (protesi, ortesi e ausili)
- interventi di sostegno per il reinserimento nella vita di relazione: interventi di natura educativa e sociale, integrativi di prestazioni sanitarie e riabilitative, finalizzati a sostenere gli infortunati/tecnopatici nel reinserimento familiare, sociale e lavorativo. Sono previsti anche interventi di sostegno per i loro familiari;
- dispositivi e interventi per il recupero dell'autonomia (ad esempio superamento e/o abbattimento di barriere architettoniche, installazione di dispositivi domotici, fornitura di comandi speciali e adattamenti di veicoli);
- interventi per il reinserimento e integrazione lavorativa;
- servizio sociale;
- altri servizi per il reinserimento nella vita di relazione.

Nomenclatura

INFORTUNIO

Evento di danno verificatosi per causa violenta/virulenta in occasione di lavoro

MALATTIA PROFESSIONALE o tecnopatia

Stato morboso in rapporto causale o concausale con lo svolgimento dell'attività lavorativa contratto per l'azione lenta e progressiva dell'agente nocivo.

> TABELLATE, nessun onere di prova del lavoratore, essendo operante la presunzione legale di origine (D.M. 9 aprile 2008)

- una per l'industria e una per l'agricoltura

- causate dalle lavorazioni ivi individuate

- denunciate entro il "periodo massimo di indennizzabilità", anche questo indicato in tabella.

> NON TABELLATE, con onere di prova a carico del lavoratore.

Con Sentenza n. 179/1988, la Corte Costituzionale ha introdotto la possibilità di provare la natura professionale della malattia sia quando essa non sia tabellata sia quando, pur tabellata, sia trascorso il tempo massimo prescritto dalla cessazione dell'attività rischiosa: a seguito di questa epocale sentenza, in Italia vige il cosiddetto SISTEMA MISTO di tutela.

CAUSA VIOLENTA

Antecedente lesivo che produca danno agendo sul corpo umano in modo intenso quantitativamente idoneo e concentrato in un turno di lavoro.

CAUSA DILUITA

Antecedente lesivo che produca danno agendo in modo diluito nel tempo cioè in più turni di lavoro.

PRESUNZIONE LEGALE DI ORIGINE

Istituto giuridico del diritto italiano mediante il quale si riesce a provare un fatto attraverso un ragionamento e non attraverso la valutazione di una prova: sono, infatti, "le conseguenze che la legge o il giudice trae da un fatto noto per risalire ad un fatto ignorato" (art. 2727 c.c.).

"Dall'inclusione nelle apposite tabelle sia della lavorazione che della malattia (purché insorta entro il periodo massimo di indennizzabilità) deriva l'applicabilità della presunzione di eziologia professionale della patologia sofferta dall'assicurato, con il conseguente onere di prova contraria a carico dell'INAIL, quale è, in particolare, la dipendenza dell'infermità da una causa extralavorativa oppure il fatto che la lavorazione non abbia avuto idoneità sufficiente a cagionare la malattia, di modo che, per escludere la tutela assicurativa è necessario accertare, rigorosamente ed inequivocabilmente, che vi sia stato l'intervento di un diverso fattore patogeno, che da solo o in misura prevalente, abbia cagionato o concorso a cagionare la tecnopatia." Cass. Civ., Sez. Lav., Sent. 21 Nov. 2016, n° 23653.

Principi medico legali di valutazione dell'inabilità temporanea assoluta (ITA)

Premesso che non grava sul medico certificatore entrare nel merito della tutelabilità o meno dell'evento da parte dell'INAIL – cui, invece, spetta verificare la presenza dei requisiti e procedere ai dovuti accertamenti sia di natura sanitaria sia di natura amministrativa – è bene, tuttavia, che **il medico certificatore, laddove viene chiamato a redigere un certificato che attesta uno stato di inabilità temporanea assoluta conseguente a verosimile infortunio sul lavoro o tecnopatia, conosca alcuni principi su cui poggia la prognosi medico-legale in ambito INAIL.**

Si premette che la **malattia** in **Medicina legale assicurativa** va valutata *per il riflesso disfunzionale che induce nel suo evolversi dinamico verso il ritorno alle condizioni preesistenti (restitutio ad pri-*

stinum) ovvero con configurazione di esiti permanenti: ed è proprio in questo suo evolversi verso un esito e nel rapporto che questo dinamismo ha con la mansione di lavoro del soggetto in esame che risiede la differenza della prognosi medico legale rispetto a quella clinica.

Nello specifico, esistono importanti differenze tra **malattia in senso clinico** e **inabilità temporanea assoluta INAIL** e quest'ultima è ancora diversa dall'**infermità comportante incapacità lavorativa tutelata invece dall'INPS**.

Infatti, la perturbazione dello stato di salute psico-fisico di un individuo determinata dalla **malattia**:

- si interrompe con la *guarigione clinica* che consiste, appunto, nel riacquistare completamente la salute
- oppure prosegue cronicizzandosi e conducendo ad un nuovo punto di equilibrio dell'organismo umano, uno stato di salute "nuovo" rispetto a quello precedente, che risente di una modificazione peggiorativa *oramai stabilizzata* dello stato anteriore
- oppure ancora conduce rapidamente a *morte* il soggetto.

Difformemente a questa concettualità clinica, in ambito INAIL **viene in rilievo solo l'inabilità temporanea assoluta**: tanto è vero che la certificazione di infortunio o malattia professionale richiama la necessità di riferirsi alla *assoluta inabilità lavorativa* e non alla malattia *sensu stricto*, indicandone la durata (primo certificato e certificato continuativo) o la sua cessazione (certificato definitivo).

La definizione di **inabilità temporanea assoluta** è contenuta nell'art. 68 del DPR 30 giugno 1965, n. 1124: "*A decorrere dal quarto giorno successivo a quello in cui è avvenuto l'infortunio o si è manifestata la malattia professionale e fino a quando dura l'inabilità assoluta, che impedisca totalmente e di fatto all'infortunato di attendere al lavoro è corrisposta all'infortunato stesso un'indennità giornaliera nella misura del sessanta per cento della retribuzione giornaliera calcolata secondo le disposizioni degli articoli da 116 a 120 [...]*".

Quindi, l'inabilità temporanea assoluta deve impedire totalmente e di fatto all'infortunato di attendere al lavoro e **soltanto in alcuni casi la cessazione di questo periodo coincide con la guarigione clinica del soggetto**, come può avvenire, ad esempio, in caso di soggetto operaio o artigiano destrimane addetto a lavori manuali di tipo fine, che riporta una frattura delle dita della mano destra.

Ne deriva che:

- **eventuali cascami di inabilità temporanea parziale residuati al termine del periodo di totale inabilità temporanea, non possono ex lege essere valutati**
- **soltanto in alcune fattispecie la riabilitazione e la convalescenza potranno essere ricomprese nella prognosi medico-legale INAIL**, con riferimento alla totale inabilità temporanea propria di "quel lavoratore", con le sue specifiche caratteristiche *intrinseche* (precedenti menomazioni o lesioni concorrenti o coesistenti, caratteristiche eredo-costituzionali che condizionano l'iter terapeutico e l'evoluzione delle lesioni, etc) ed *estrinseche* (excursus diagnostico-terapeutico complicato da eventi avversi, ubicazione e caratteristiche della propria abitazione e dell'ambiente di lavoro, possibilità di raggiungere il luogo di lavoro, attività lavorativa svolta, etc).

Di recente è stato chiarito che per **preciso e inequivocabile dettato normativo** non è richiesto "*di accertare e certificare che il lavoratore abbia pienamente recuperato l'attitudine al lavoro ma, al contrario, che sia cessato lo stato di inabilità assoluta. Quest'ultimo giudizio, quindi, può e deve essere espresso anche quando residuino parziali impedimenti temporanei al lavoro che, tuttavia, non pregiudichino la maggior parte delle attività proprie dell'occupazione dell'infortunato o tecnopatico (criterio che potremmo definire quantitativo) o quelle maggiormente qualificanti (criterio che potremmo definire qualitativo) [...] è ben possibile che alla cessazione dell'erogazione dell'indennità per inabilità temporanea assoluta, residui uno stato di parziale inabilità temporanea che sia di ostacolo alla ripresa dell'attività lavorativa*".

Meritano attenzione anche ulteriori circostanze che debbono essere valutate, caso per caso, poiché potrebbero configurare una inabilità temporanea assoluta:

- a) quando **la lesione non consenta al lavoratore di recarsi sul luogo di lavoro** anche se, una volta giuntovi, potrebbe, come in caso di lavoro sedentario, svolgere la sua normale attività (per esempio per lesioni agli arti inferiori);
- b) quando l'allontanamento dal lavoro sia giustificato, in via precauzionale, dal fatto che il suo esercizio **potrebbe aggravare le conseguenze** dell'infortunio.

Le certificazioni di infortunio e di malattia professionale

Il certificato medico di infortunio lavorativo (Mod. 1 SS)

Ai sensi dell'art. 53 del DPR 30 giugno 1965, n. 1124 è previsto che “*Il datore di lavoro è tenuto a denunciare all'Istituto assicuratore gli infortuni da cui siano colpiti i dipendenti prestatori d'opera, e che siano prognosticati non guaribili entro tre giorni, indipendentemente da ogni valutazione circa la ricorrenza degli estremi di legge per l'indennizzabilità [...] La denuncia all'INAIL deve essere corredata da certificato medico*”.

Le denunce obbligatorie per il medico comprendono:

- la denuncia di malattie professionali
- la denuncia dei casi di lesione da cui sia derivata o possa derivare una inabilità permanente al lavoro
- la denuncia degli infortuni agricoli e degli artigiani.

Nell'ambito dell'attività certificativa si distinguono classicamente certificati *obbligatori* e *facoltativi* e, tra i primi, sono ricompresi il primo certificato di infortunio industriale, il certificato medico di continuazione di inabilità in caso di infortunio e/o malattia professionale, il certificato-denuncia di infortunio agricolo, la denuncia dei medici radiolesi: va comunque tenuto presente che, alla luce di quanto previsto dall'art. 24 (“*Certificazione*”) del Codice di Deontologia medica, il medico è tenuto in ogni caso al loro rilascio.

Tra i doveri professionali del medico rientra, dunque, quello di redigere il **certificato medico di infortunio**, di cui esistono diverse tipologie:

- a) il *primo certificato* che corredata la denuncia negli infortuni industriali o che può sostituirla nel caso di quegli infortuni occorsi a lavoratori autonomi, artigiani o agricoli, che si trovano in condizioni tali da non poter compilare direttamente la denuncia (così come avviene per le malattie professionali);
- b) il *certificato continuativo*, con il quale si prolunga il periodo di inabilità temporanea assoluta formulato nel primo certificato;
- c) il *certificato definitivo*, con il quale si attesta il termine del periodo di inabilità temporanea assoluta;
- d) il *certificato di riammissione in temporanea* nel caso in cui il medico riconosca gli estremi della ricaduta.

Il primo certificato viene redatto generalmente presso strutture sanitarie pubbliche e in alcuni casi dal medico curante.

Il lavoratore, in ipotesi alternativa, può anche recarsi presso le Unità socio-sanitarie della sede INAIL territorialmente competente rispetto alla propria residenza/domiciliazione e richiedere di essere visitato ai fini del rilascio delle certificazioni da produrre al datore di lavoro: in questi casi, generalmente, si tratta di richieste inerenti *certificati continuativi o definitivi*, altre volte queste riguardano l'apertura di un incarico di *ricaduta*, per un'eventuale *riammissione in temporanea*.

Il certificato di infortunio (**Mod. 1SS**) è composto da **due pagine**:

- La **prima pagina**, in **3 copie** (copia A per l'assicurato, copia B per l'INAIL e copia C per il datore di lavoro) richiede l'indicazione dei seguenti dati:
 - tipo di certificato (*primo, continuativo, definitivo, per riammissione in temporanea*)
 - dati anagrafici dell'assicurato
 - dati identificativi del datore di lavoro
 - cause e circostanze dell'evento;
 - diagnosi
 - prognosi.
- La seconda pagina, in 2 copie (copia A per l'assicurato e copia B per l'INAIL) richiede l'indicazione dei seguenti dati:
 - obiettività
 - accertamenti praticati
 - sussistenza di eventuali preesistenze (quadri menomativi o invalidanti derivati da eventi lesivi o affezioni morbose verificatisi prima dell'evento infortunistico attuale) sia lavorative, sia extralavorative
 - altri elementi di carattere clinico.

Il certificato di malattia professionale (mod 5 SSbis)

Ai sensi dell'art. 53 del DPR 30 giugno 1965, n. 1124, la denuncia di malattia professionale deve essere corredata da certificato medico che “*deve contenere, oltre l'indicazione del domicilio dell'ammalato e del luogo dove questi si trova ricoverato, una relazione particolareggiata della sintomatologia accusata dall'ammalato stesso e di quella rilevata dal medico certificatore. I medici certificatori hanno l'obbligo di fornire all'Istituto assicuratore tutte le notizie che esso reputi necessarie*”.

Il nuovo modello del certificato (**Mod 5 SSbis**) si compone di **tre copie**.

- La **copia A** per l'INAIL e la **copia B** per l'assicurato si articolano su **3 pagine**, contenenti:
 - **la prima**, i dati anagrafici dell'assicurato e del medico certificatore, la diagnosi e le informazioni sull'attività lavorativa e sull'agente/esposizione/rischio che presumibilmente hanno causato la malattia e i dati anagrafici del medico certificatore

- **la seconda**, l'anamnesi patologica/sanitaria dell'assicurato

- **la terza**, i dati identificativi del datore di lavoro attuale o ultimo e l'anamnesi lavorativa, la cui compilazione è a cura dell'assicurato.

- La **copia C**, da consegnare al datore di lavoro, si articola su **2 pagine** e contiene le stesse informazioni delle precedenti copie, ad esclusione dei dati sensibili riferibili all'anamnesi patologica/sanitaria dell'assicurato e di quelli relativi al datore di lavoro per il quale il lavoratore svolgeva l'attività che ha presumibilmente causato la malattia.

Nel nuovo certificato di malattia professionale le informazioni mediche necessarie ai fini della richiesta di riconoscimento delle prestazioni assicurative sono integrate con quelle utili ai fini del Registro Nazionale delle malattie causate dal lavoro ovvero ad esso correlate, istituito presso l'INAIL ai sensi dell'art. 10, comma 5, del D. Lgs. 23 febbraio 2000, n. 38.

N.B. Anche nella malattia professionale possono esserci periodi di inabilità temporanea assoluta correlati alla fase acuta del processo morboso per cui, come per l'infortunio, possono essere compilati primi certificati, certificati continuativi, definitivi e di riammissione in temporanea.

D.lgs. 14 settembre 2015, n. 151: trasmissione telematica del certificato di infortunio e di malattia professionale

Il d. lgs. 14 settembre 2015, n. 151, con l'art. 21 ha apportato modifiche all'art. 53 del DPR 30 giugno 1965, n. 1124, in precedenza ricordato, per cui **"qualunque medico** presti la prima assistenza a un lavoratore infortunato sul lavoro o affetto da malattia professionale **è obbligato a rilasciare certificato ai fini degli obblighi di denuncia di cui al presente articolo e a trasmetterlo esclusivamente per via telematica all'Istituto assicuratore**. Ogni certificato di infortunio sul lavoro o di malattia professionale deve essere trasmesso esclusivamente per via telematica all'Istituto assicuratore, **direttamente dal medico o dalla struttura sanitaria competente al rilascio, contestualmente alla sua compilazione**. La trasmissione per via telematica del certificato di infortunio sul lavoro o di malattia professionale, di cui ai commi ottavo e nono, è effettuata utilizzando i servizi telematici messi a disposizione dall'Istituto assicuratore. I dati delle certificazioni sono resi disponibili telematicamente dall'istituto assicuratore ai soggetti obbligati a effettuare la denuncia in modalità telematica, nel rispetto delle disposizioni di cui al decreto legislativo 30 giugno 2003, n. 196, e successive modificazioni".

In base a tali disposizioni, il medico che presta la prima assistenza ad un lavoratore agricolo ha l'obbligo di redigere il certificato medico il quale deve essere trasmesso all'INAIL dal medico stesso per via telematica direttamente o per il tramite della struttura sanitaria – se competente al rilascio – in cui è incardinato.

Il certificato continua, quindi, a valere come denuncia dell'infortunio nell'ipotesi di lavoratore autonomo che si trovi nell'impossibilità di effettuarla nei termini.

Per i lavoratori autonomi e per quelli subordinati a tempo determinato, la denuncia della malattia professionale deve essere effettuata dal medico che ha prestato la prima assistenza con un modulo apposito che funge da denuncia e da certificato medico (c.d. certificato-denuncia) entro 10 giorni dalla data della prima visita medica.

Per i lavoratori autonomi del settore agricoltura che si trovino nella impossibilità di provvedere direttamente all'invio della denuncia, detto obbligo nei termini di legge si ritiene assolto con l'invio telematico del certificato da parte del medico o della struttura sanitaria che abbia prestato la prima assistenza, ferma restando la necessità di inoltrare, comunque, la denuncia/comunicazione per le relative finalità assicurative (art. 25 del D.Lgs. 23 febbraio 2000, n. 38, e art. 1, comma 7, del DM 29 maggio 2001).

Anche per detto certificato vige l'obbligo in capo al medico di trasmetterlo per via telematica direttamente o per il tramite della struttura sanitaria – se competente al rilascio – in cui è incardinato.

Alcuni chiarimenti

La circolare del Ministero della salute 17 marzo 2016, n. 7348, ha fornito "Chiarimenti applicativi art.21 del decreto legislativo 14 settembre 2015, n. 151". Più in particolare, è stato precisato cosa si deve intendere con i seguenti termini:

- "qualunque medico": richiesta di intervento professionale che rientri in una prestazione inquadrabile come "prima assistenza"
- "prima assistenza": prestazione professionale qualificata rientrante nell'ambito di procedure organizzative strutturate per fornire assistenza medica, anche solamente di base
- "trasmissione telematica": connettività nell'orario di prestazione dell'attività professionale resa presso la relativa struttura di appartenenza (studio medico, ambulatorio o struttura ospedaliera)
- "termine temporale da rispettare": può essere ragionevolmente individuato nelle **48 ore previste** dalla lettera r) dell'art. 18 del D.Lgs. 9 aprile 2008 n. 81, **nell'arco temporale massimo delle ore 24:00 del giorno successivo alla prestazione effettuata**.

Le istruzioni su **come ottenere le credenziali di accesso** alla procedura di trasmissione telematica – sono abilitati al servizio online le strutture ed i medici ospedalieri ed i medici esterni (medici di famiglia) – e relative alle modalità di compilazione del certificato sono agevolmente reperibili sul sito www.inail.it nei manuali utente Certificati medici di infortunio telematici e Certificati medici di malattia professionale online.

Con circolare INAIL del 21 marzo 2016, n. 10, considerata la rilevanza e la complessità degli interventi da realizzare, era stato previsto il termine per la trasmissione telematica entro e non oltre il 30 aprile 2016: in prosieguo, tenuto conto delle segnalazioni di criticità e delle plurime richieste pervenute di prorogare la fase transitoria consentendo l'invio del certificato all'indirizzo PEC della sede INAIL di competenza, **il termine indicato è stato differito a data ancora da stabilire** (lettera della Direzione centrale Rapporto assicurativo INAIL del 2 maggio 2016), anche al fine di evitare disagi all'utenza e di garantire la tempestiva istruttoria delle pratiche d'infortunio e di malattia professionale.

Obblighi per il lavoratore e per il datore di lavoro

L'articolo 52 del DPR 30 giugno 1965, n. 1124, fa obbligo al lavoratore di dare immediata notizia di qualsiasi infortunio che gli accada, anche se di lieve entità, al proprio datore di lavoro, nonché a denunciare allo stesso datore la malattia professionale entro 15 giorni dalla sua manifestazione, sotto pena di decadenza dal diritto all'indennizzo per il tempo antecedente alla denuncia.

Con le novità introdotte dal d.lgs. 14 settembre 2015, n. 151, il lavoratore deve fornire al datore di lavoro il numero identificativo del certificato, la data della sua emissione e i giorni di prognosi relativi all'evento: questi elementi sono necessari perché, poi, possa essere rintracciato dal datore di lavoro per i suoi adempimenti. Il datore di lavoro deve, infatti, inoltrare in modalità telematica la denuncia all'Istituto entro i 2 giorni (in caso di infortunio) ovvero i 5 giorni (in caso di malattia professionale) successivi a quello in cui ne ha avuto

notizia: a tal fine, dal 22 marzo 2016, sono disponibili gli applicativi per la consultazione, da parte del datore di lavoro munito di credenziali di accesso, del certificato medico trasmesso per via telematica, in apposita sezione del portale dell'Istituto.

In caso di infortunio mortale, o per il quale si prevede la morte, la denuncia deve essere presentata entro le 24 ore successive all'evento.

In caso di inerzia del datore di lavoro, il lavoratore può denunciare egli stesso l'infortunio.

Il datore di lavoro è tenuto a pagare per intero la giornata in cui è avvenuto l'infortunio nonché il 60% della retribuzione, salvo migliore trattamento previsto dal contratto di lavoro, per i successivi tre giorni di astensione.

Per i lavoratori agricoli a tempo indeterminato, sia in caso di infortunio sia in caso di malattia professionale, il datore di lavoro ha gli stessi obblighi e si applicano le stesse sanzioni del settore industria.

Malattie-infortunio

È bene focalizzare in questa sede l'occorrenza delle malattie-infortunio, già accennata in introduzione, ovvero di quelle malattie infettive che possono essere state causate dall'esposizione lavorativa. Si tratta di malattie che, per modalità di verifica, richiamano il principio della causalità relativo agli infortuni. Ciò in quanto **la causa virulenta è assimilata alla causa violenta** (momento infettante unico). Tutte le malattie infettive e parassitarie devono essere trattate come infortunio, ad eccezione dell'anchilostomiasi, inquadrata come malattie professionali nelle rispettive tabelle in industria e in agricoltura (ribadito con Circolare INAIL 23 novembre 1995, n. 74).

In analogia con l'infezione carbonchiosa ex art. 2 del DPR 30 giugno 1965, n. 1124, sono ammesse in tutela anche altre forme di malattie infettive e parassitarie *sub specie juris* di infortunio sul lavoro.

Così, saranno considerate infortunio quelle malattie trasmesse per via aerea, parenterale, etc con penetrazione dei germi responsabili dell'infezione nell'organismo del lavoratore: epatite, HIV, tubercolosi, legionellosi, spirochetosi, etc.

Pertanto, in questi casi e con la citata eccezione dell'anchilostomiasi, il medico certificatore dovrà procedere alla redazione di un **certificato di infortunio lavorativo e NON** di malattia professionale.

Certificato di ricaduta INAIL (riammissione in temporanea)

La "**ricaduta**" rappresenta la "*riacutizzazione sintomatologica di menomazioni non legate ad una nuova causa violenta e quindi ad un nuovo agente etiologico [...] è necessario che permangano nell'individuo quelle condizioni (anatomopatologiche, batteriche, tossiche, etc) idonee a determinare una riacutizzazione, come sopra detto, dello stato inabilitante del soggetto e che si verifichi, quindi, la riaccensione di un processo patologico in via di guarigione o apparentemente guarito [...]»*; in buona sostanza, è la "*ripresa di sintomi patologici dopo un periodo di remittenza*".

Sicché, potrà essere riconosciuto *sub specie* di "ricaduta" un nuovo periodo di inabilità temporanea assoluta (ITA) per l'effettuazione di un intervento chirurgico che si rendesse necessario, *a titolo esemplificativo*, per la rimozione dei mezzi di sintesi precedentemente impiantati nel corso di un periodo di inabilità temporanea assoluta già riconosciuto da INAIL. Di contro, per esempio, non potrà essere accolta la richiesta di riammissione in temporanea certificata dal curante con esclusivo riferimento alla riaccensione di un quadro sintomatologico, senza che vengano portati in rilievo elementi tali da costituire un *quid pluris* rispetto alle condizioni che erano presenti al momento della definizione del precedente periodo di inabilità temporanea assoluta.

Importante, per il medico che deve redigere il certificato su richiesta dell'utente, è sapere che il *certificato di ricaduta* può essere redatto:

- **per l'infortunio, entro 10 anni dal suo verificarsi**
- **per la malattia professionale, entro 15 anni dalla sua manifestazione primaria.**

Certificato di recidiva INAIL

Al medico curante può anche essere richiesto di certificare un nuovo evento infortunistico che comporti il riacutizzarsi, il rimanifestarsi di un quadro algico e/o disfunzionale su un distretto articolare già interessato da altro evento traumatico tutelato.

La **recidiva** è, quindi, il "*riprodursi di un effetto patologico già verificatosi per altro evento infortunistico [...] costituisce, di per sé, un fatto nuovo causato da un momento etiologico non necessariamente simile al precedente [...] viene avvalorata, quindi, l'esistenza di una nuova causa violenta*". Si tratta della "*ri-comparsa di uno stato algodisfunzionale già manifestatosi nel corso di un altro infortunio e già definito, all'epoca, con o senza postumi invalidanti*", di un "*nuovo infortunio, per il quale va istruita pratica a parte*". In caso di malattia professionale, si tratta della comparsa di una nuova noxa patogena.

In questi casi, il **medico certificatore deve** comportarsi come se si trovasse davanti ad un nuovo evento infortunistico o ad una nuova malattia professionale e **redigere, pertanto, un primo certificato.**

Denuncia/segnalazione di malattia professionale ex art. 139 del DPR 30 giugno 1965, n. 1124

Ulteriore obbligo certificativo deriva dalla denuncia/segnalazione ex art. 139 del DPR 30 giugno 1965, n. 1124, delle malattie professionali di cui all'elenco contenuto nel DM Ministero del Lavoro e delle Politiche Sociali 10 giugno 2014: la finalità è prevenzionale/epidemiologica, ma integra grande utilità anche ai fini "assicurativi", in quanto fornisce indicazioni per la modifica e per l'integrazione delle *Tabelle delle malattie professionali*.

La denuncia deve essere presentata agli Ispettorati territoriali del lavoro (con l'art. 3 del D.Lgs. 14 settembre 2015, n. 149, e con il DPCM del 23 gennaio 2016, in vigore dal 1 gennaio 2017, è cessata l'operatività delle Direzioni territoriali del lavoro), alle Aziende sanitarie locali ed al Registro Nazionale Malattie causate dal lavoro ovvero ad esso correlate presso le sedi INAIL.

Dal 22 marzo 2016, con la trasmissione per via telematica del certificato di malattia professionale, si intende assolto, per le tecnopatie indicate nell'elenco, l'obbligo di trasmissione della denuncia di cui al citato articolo 139, ai fini dell'alimentazione del *Registro Nazionale delle malattie causate dal lavoro ovvero ad esso correlate*, di cui all'articolo 10, comma 5, del D.Lgs. 23 febbraio 2000, n. 38.

Il referto e il rapporto all'autorità giudiziaria

Ulteriore obbligo per il medico è quello di redigere il *referto* o la *denuncia di reato (rapporto giudiziario)*, a seconda della figura giuridica rivestita. Sul medico che nell'esercizio della sua professione presta assistenza od opera in casi che possono presentare i caratteri di un delitto perseguibile d'ufficio ricade l'obbligo di referto all'Autorità giudiziaria (art. 365 c.p.; art. 334 c.p.p.).

Quando il medico è incaricato di pubblico servizio o pubblico ufficiale ha l'obbligo di denunciare tempestivamente all'Autorità giudiziaria qualsiasi reato per il quale si debba procedere d'ufficio di cui abbia avuto notizia, nell'esercizio ed a causa delle sue funzioni (artt. 361 e 362 c.p.; artt. 331 e 332 c.p.p.).

Secondo un orientamento giurisprudenziale costante, "*il medico convenzionato con l'ASL riveste la qualifica di pubblico ufficiale, e non quella di incaricato di pubblico servizio, in quanto svolge la sua attività per mezzo di poteri pubblicistici di certificazione, che si estrinsecano nella diagnosi e nella correlativa prescrizione di esami e prestazioni alla cui erogazione il cittadino ha diritto presso strutture pubbliche, ovvero presso strutture private convenzionate*" (Cassazione penale, sez. VI, 22 febbraio 2007, n. 35836; Cassazione penale, sez. V, 19 gennaio 2011, n. 7443).

Alcune precisazioni merita l'ambito delle lesioni personali, per cui il referto o la denuncia devono essere compilati sempre quando la lesione personale è dolosa lieve, grave o gravissima, mentre è a querela della persona offesa quando la lesione personale dolosa è lievissima (periodo di malattia o di incapacità ad attendere alle ordinarie occupazioni della vita quotidiana non superiore ai 20 giorni), salvo i casi in cui non ricorrano le aggravanti di cui agli articoli 583 e 585 c.p.

Nel caso delle lesioni personali colpose, a tenore dell'art. 590 c.p., il delitto è punibile a querela della persona offesa, salvo nei casi di lesione personale colposa grave o gravissima «limitatamente ai fatti commessi con violazione delle norme per la prevenzione degli infortuni sul lavoro o relative all'igiene del lavoro o che abbiano determinato una malattia professionale», oppure se si tratta di lesioni personali che siano conseguenza di altri delitti che prevedono la procedibilità d'ufficio (ad esempio lesione personale colposa conseguente all'esercizio abusivo della professione sanitaria: art. 348 c.p., etc).

Nello specifico, quando in base alla natura, alle caratteristiche ed all'entità delle lesioni, nonché alle notizie disponibili relative alla dinamica dell'evento, riferite dal soggetto o da chi ha richiesto l'assistenza è possibile ipotizzare che vi siano state violazioni delle norme per la prevenzione degli infortuni sul lavoro o relative all'igiene del lavoro oppure che i fatti abbiano determinato una malattia professionale, sussiste la procedibilità d'ufficio e scaturisce l'obbligo per il medico di informare l'Autorità giudiziaria.

In caso di lesione personale colposa grave o gravissima in cui vi sia il sospetto che la malattia possa essere di origine professionale risulta *ex ante* più prudente per il medico certificatore redigere il referto o il rapporto.

In caso di infortunio, se un lavoratore, a seguito di una generica caduta accidentale, riporta una lesione che determina un periodo di malattia superiore a 40 giorni, non sarà necessario compilare il referto o il rapporto, a meno che la dinamica della caduta riferita o testimoniata non lasci ipotizzare, per esempio, il mancato o errato utilizzo di un dispositivo di protezione individuale (riferita caduta dall'alto o precipitazione mentre lavorava in altezza; riferito mancato utilizzo della cintura di sicurezza). Sempre a titolo esemplificativo, si può citare il caso di una ferita penetrante al bulbo oculare destro in un operaio saldatore, nel quale sarà opportuno redigere il referto o il rapporto se la malattia ha durata superiore ai 40 giorni: questo perché, tra gli obblighi

del datore di lavoro rientra quello di fornire ai lavoratori i necessari e idonei dispositivi di protezione individuale e richiedere l'osservanza da parte dei singoli lavoratori delle norme vigenti, nonché delle disposizioni aziendali in materia di uso dei mezzi di protezione collettivi e dei dispositivi di protezione individuali messi a loro disposizione.

Quando la natura, le caratteristiche e l'entità delle lesioni non conforta la dinamica riferita dal soggetto o da chi ha richiesto l'assistenza, ma lascia ipotizzare un differente meccanismo di produzione – come può avvenire in caso di riferita caduta accidentale mentre all'esame obiettivo emergono caratteristiche lesive compatibili con un'aggressione da parte di terzi – sarà opportuno procedere alla compilazione del referto o del rapporto, anche per periodi di malattia inferiori ai 40 giorni (si può ipotizzare che si tratti di lesioni personali dolose).

Ulteriore ipotesi è quella contemplata nella Circolare INAIL 18 maggio 1989, n. 27, ove si scriveva: “*Si ritiene, altresì, che l'obbligo di referto sussista, anche se la legge non è chiara in proposito, nei casi di interruzione colposa di gravidanza in 'violazione delle norme poste a tutela del lavoro' (legge n. 194/1978, articolo 17)*”.

Infine, è bene ricordare che affinché il sanitario venga punito per omissione di referto (o di rapporto) è indispensabile la prova dell'esistenza del dolo; è necessario, cioè, che venga provato che il medico ha prestato la propria assistenza od opera (o ha avuto notizia di un fatto) in un caso che poteva presentare i caratteri di un delitto perseguibile d'ufficio e che, ciò nonostante, ha inteso consapevolmente violare la norma penale.

Reperibilità del lavoratore infortunato

Con specifico riferimento alla problematica legata all'estensione dell'obbligo di disponibilità al lavoratore assente per infortunio sul lavoro ovvero per malattia professionale, “*preso atto dell'orientamento da ultimo emergente all'interno della Suprema Corte (Cass. n. 1247/2002 e n. 15773/2002)*”, secondo cui “*il rispetto da parte del lavoratore delle fasce orarie di reperibilità, pur non essendo direttamente disciplinato dalle disposizioni legislative che fissano lo specifico obbligo in caso di assenza per malattia (art. 5 legge n. 463/83), tuttavia può legittimamente essere imposto dalla contrattazione collettiva*”, è stato chiarito con lettera della Direzione centrale Prestazioni INAIL del 27 marzo 2003 che “*laddove previsto nei contratti collettivi ed ai soli fini disciplinari, vige l'obbligo del rispetto delle fasce di disponibilità. Tuttavia, l'eventuale esistenza di una clausola contrattuale di tale tenore non può in alcun modo condizionare le modalità operative attraverso le quali l'Istituto provvede all'accertamento in ordine allo stato di infermità del lavoratore assente per infortunio o malattia professionale, né tantomeno può incidere sulla tutela infortunistica comunque da garantire all'assicurato [...] in nessun caso sarebbe possibile estendere all'assenza per infortunio la sanzione amministrativa della perdita dell'indennità, in quanto specificamente dettata dalla legge (art. 5, comma 14, legge n. 463/83) con esclusivo riferimento all'assenza per malattia ordinaria*”.

Compensi per la certificazione di infortunio sul lavoro e malattia professionale

Per quanto riguarda la tematica dei compensi al medico certificatore che rilascia un certificato di infortunio o di malattia professionale, sia il Ministero della salute sia il Ministero del lavoro e delle politiche sociali, utilizzando argomentazioni di natura giuridica e gestionale, hanno ritenuto che **non sussistano ragioni ostative ad un riconoscimento economico ai medici certificatori, anche a seguito dell'entrata in vigore dell'art. 21 del d.lgs. n. 151/2015. Pertanto, in base alle suddette decisioni, in attesa di un auspicabile riassetto generale della materia, l'INAIL ha comunicato che sono state avviate le procedure per l'erogazione dei compensi relativi alle certificazioni emesse a far data dal 22.03.2016, sulla scorta delle convenzioni in essere prima dell'emanazione del citato decreto legislativo.**

Certificazione per infortunio lavorativo e guida alla compilazione (6 pagine)

(se non visualizzi correttamente le figure, [clicca qui](#) – è richiesta una connessione a Internet)

CERTIFICAZIONE MEDICA DI INFORTUNIO LAVORATIVO

PRIMO CONTINUATIVO DEFINITIVO RIAMMISSIONE IN TEMPORANEA

Cognome _____ Nome _____ Sesso M/F

Nato a (Comune) _____ Provv. GG MM AAAA Nazionalità _____

Domiciliato in (Comune) _____ Provv. CAP _____

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

Codice ISTAT _____ Codice ASL _____ Codice Fiscale _____

Telefono _____ Cellulare _____ Assenza Recapiti Telefonici _____

L'EVENTO È AVVENUTO IL GG MM AAAA in (Comune o Stato Estero) _____

L'indicazione del numero di telefono potrà consentire una più tempestiva ed efficace erogazione delle prestazioni da parte dell'INAIL a favore del lavoratore.

RISERVATO ALL'ASSICURATO

Datore di lavoro attuale

Cognome e nome o ragione sociale _____

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

Comune _____

Settore Lavorativo Agricoltura Industria Artigianato Pubblica Amministrazione Servizi o Terziario Altro

Attività lavorativa attuale (mansione) _____

Attività lavorative precedentemente svolte _____

Descrizione delle cause e circostanze dell'infortunio _____

L'assicurato dichiara di aver abbandonato il lavoro il GG MM AAAA alle ore _____ , _____

Data GG MM AAAA L'assicurato _____

DIAGNOSI

PROGNOSI: inabilità temporanea assoluta al lavoro

dal giorno GG MM AAAA fino a tutto il GG MM AAAA

Se la durata dell'assenza dal lavoro è superiore ai 60 giorni continuativi, al fine di verificare l'idoneità alla mansione specifica, è necessaria la visita da parte del medico competente prima della ripresa lavoro. (Art. 41 c. 2 lett. e-ter D.Lgs. 81/2008 e s.m.i.)

Luogo _____ Data di rilascio GG MM AAAA

Timbro e Firma del Medico _____

CERTIFICAZIONE MEDICA DI INFORTUNIO LAVORATIVO

PRIMO CONTINUATIVO DEFINITIVO RIAMMISSIONE IN TEMPORANEA

Cognome _____ Nome _____ Sesso M/F

Nato a (Comune) _____ Prov. _____ GG _____ MM _____ AAAA _____ Nazionalità _____

Domiciliato in (Comune) _____ Prov. _____ CAP _____

Indirizzo (via, piazza, ecc.) _____ N. civico _____ / _____

Codice ISTAT _____ Codice ASL _____ Codice Fiscale _____

Telefono _____ Cellulare _____ Assenza Recapiti Telefonici

L'EVENTO È AVVENUTO IL GG _____ MM _____ AAAA _____ in (Comune o Stato Estero) _____

L'indicazione del numero di telefono potrà consentire una più tempestiva ed efficace erogazione delle prestazioni da parte dell'INAIL, a favore del lavoratore.

RISERVATO ALL'ASSICURATO

Datore di lavoro attuale

Cognome e nome o ragione sociale _____

Indirizzo (via, piazza, ecc.) _____ N. civico _____ / _____

Comune _____

Settore Lavorativo Agricoltura Industria Artigianato Pubblica Amministrazione Servizi o Terziario Altro

Attività lavorativa attuale (mansione) _____

Attività lavorative precedentemente svolte _____

Descrizione delle cause e circostanze dell'infortunio _____

L'assicurato dichiara di aver abbandonato il lavoro il GG _____ MM _____ AAAA _____ alle ore _____ , _____

Data GG _____ MM _____ AAAA _____

L'assicurato

DIAGNOSI

PROGNOSI: inabilità temporanea assoluta al lavoro

dal giorno GG _____ MM _____ AAAA _____ fino a tutto il GG _____ MM _____ AAAA _____

Se la durata dell'assenza dal lavoro è superiore ai 60 giorni continuativi, al fine di verificare l'idoneità alla mansione specifica, è necessaria la visita da parte del medico competente prima della ripresa lavoro. (Art. 41 c. 2 lett. e-ter D.Lgs. 81/2008 e s.m.i.)

Luogo _____ Data di rilascio GG _____ MM _____ AAAA _____

Timbro e Firma del Medico

CERTIFICAZIONE MEDICA DI INFORTUNIO LAVORATIVO

PRIMO CONTINUATIVO DEFINITIVO RIAMMISSIONE IN TEMPORANEA

Cognome _____ Nome _____ Sesso M/F

Nato a (Comune) _____ Prov. _____ GG _____ MM _____ AAAA _____ Nazionalità _____

Domiciliato in (Comune) _____ Prov. _____ CAP _____

Indirizzo (via, piazza, ecc.) _____ N. civico _____ / _____

Codice ISTAT _____ Codice ASL _____ Codice Fiscale _____

Telefono _____ Cellulare _____ Assenza Recapiti Telefonici

L'EVENTO È AVVENUTO IL GG _____ MM _____ AAAA _____ in (Comune o Stato Estero) _____

L'indicazione del numero di telefono potrà consentire una più tempestiva ed efficace erogazione delle prestazioni da parte dell'INAIL, a favore del lavoratore.

RISERVATO ALL'ASSICURATO

Datore di lavoro attuale

Cognome e nome o ragione sociale _____

Indirizzo (via, piazza, ecc.) _____ N. civico _____ / _____

Comune _____

Settore Lavorativo Agricoltura Industria Artigianato Pubblica Amministrazione Servizi o Terziario Altro

Attività lavorativa attuale (mansione) _____

Attività lavorative precedentemente svolte _____

Descrizione delle cause e circostanze dell'infortunio _____

L'assicurato dichiara di aver abbandonato il lavoro il GG _____ MM _____ AAAA _____ alle ore _____ , _____

Data GG _____ MM _____ AAAA _____

L'assicurato

DIAGNOSI

PROGNOSI: inabilità temporanea assoluta al lavoro

dal giorno GG _____ MM _____ AAAA _____ fino a tutto il GG _____ MM _____ AAAA _____

Se la durata dell'assenza dal lavoro è superiore ai 60 giorni continuativi, al fine di verificare l'idoneità alla mansione specifica, è necessaria la visita da parte del medico competente prima della ripresa lavoro. (Art. 41 c. 2 lett. e-ter D.Lgs. 81/2008 e s.m.i.)

Luogo _____ Data di rilascio GG _____ MM _____ AAAA _____

Timbro e Firma del Medico

ISTRUZIONI PER LA COMPILAZIONE

DENOMINAZIONE	Certificazione Medica di Infortunio Lavorativo
NUMERO (identifica il modulo)	Mod. 1 SS
DESCRIZIONE	<p>Certificato medico (primo, continuativo, definitivo, riammissione in temporanea) di infortunio che l'assicurato dovrà inviare all'INAIL e al datore di lavoro.</p> <p>I lavoratori agricoli autonomi e gli artigiani, in quanto datori di lavoro, sono tenuti ad inoltrare direttamente il certificato all'INAIL corredato da apposita denuncia.</p> <p>Il certificato è composto di due pagine.</p> <p>La pag. 1 è predisposta in tre copie:</p> <ul style="list-style-type: none">- Copia A per l'assicurato;- Copia B per l'INAIL;- Copia C per il datore di lavoro. <p>Essa contiene:</p> <ul style="list-style-type: none">• dati anagrafici dell'assicurato, dati identificativi del datore di lavoro, cause e circostanze dell'evento sottoscritti dall'assicurato;• diagnosi, prognosi sottoscritte dal medico certificatore. <p>La pag. 2 è predisposta in due copie:</p> <ul style="list-style-type: none">- Copia A per l'assicurato;- Copia B per l'INAIL; <p>Essa contiene:</p> <ul style="list-style-type: none">• dati sensibili riferiti allo stato di salute del soggetto per i quali si applicano le disposizioni legislative in tema di "privacy".
A COSA SERVE	a certificare lo stato di inabilità temporanea assoluta al lavoro dell'assicurato derivato da un infortunio lavorativo.
QUANDO SI USA?	quando un medico rileva uno stato di inabilità temporanea al lavoro, o la cessazione dello stesso, derivato da lesioni riportate a seguito di un evento che presenta le caratteristiche di un infortunio lavorativo.
NOTE	Il modulo è stato predisposto in versione tipografica ed informatica.

Certificazione introduttiva per infortunio domestico (2 pagine)

(se non visualizzi correttamente le figure, [clicca qui](#) – è richiesta una connessione a Internet)



Mod. 500 - Assicurato

Alla sede Inail di _____

Da compilarsi a cura dell'assicurato

Domanda per l'erogazione della rendita - Assicurazione infortuni in ambito domestico

(legge n. 493/1999, come modificata dalla legge 296/2006, comma 1257).

Cognome _____ Nome _____ Prov. _____
Nato/a a _____ Il (GG/MM/AAAA) _____
Residente in _____ Prov. _____ Via/P.zza _____ N. _____
Cap _____ Codice fiscale _____ Tel.¹ _____ Cell.¹ _____
Email¹ _____ Pec¹ _____
L'infortunio è avvenuto (GG/MM/AAAA) _____ Comune _____ Prov. _____ Cap _____

In che modo è avvenuto l'infortunio? (descrizione particolareggiata delle cause e circostanze)

Dove è avvenuto l'infortunio? (es. nell'abitazione; nelle pertinenze: cantina, soffitta, ecc.; parti comuni condominiali: androne scale, terrazzi)

Che tipo di lavoro stava svolgendo? (es. uso di prodotti per l'igiene, preparazione pasti, uso elettrodomestici, ecc.)

Che cosa è successo di imprevisto per cui è avvenuto l'infortunio (es. ha perso l'equilibrio, rottura lavastoviglie, perdita del controllo di elettrodomestici, ecc.)

In conseguenza di ciò cosa è successo? (es. perdita dei sensi, trasporto in ospedale, ecc.)

Chi era presente al momento dell'infortunio? (cognome, nome, indirizzo, telefono)

Al verificarsi dell'infortunio:

A) Permanevano i requisiti assicurativi? Sì No

B) Era in regola il pagamento del premio? Sì No Versato il (GG/MM/AAAA) _____

Oppure (in alternativa a B)

C) Permanevano i requisiti reddituali per il pagamento del premio a carico dello stato? Sì No

Data iscrizione Inail (GG/MM/AAAA) _____

¹ Campo facoltativo.

In caso di erogazione della rendita chiede che il pagamento venga disposto mediante:

Accredito su conto corrente o libretto nominativo bancario o postale:²

Intestato a: Cognome _____ Nome _____
Cointestato a: Cognome _____ Nome _____
Codice Iban _____
Banca/Ufficio postale _____
Indirizzo: Comune _____ Prov. _____
Via/Piazza _____ N. _____ Agenzia n. _____

Accredito su carta prepagata n.: _____ (previa verifica del limite massimo di caricamento)

Intestata a: Cognome _____ Nome _____
Codice Iban _____

Allo sportello (solo per importi fino a 1.000 euro, art. 12, legge 22 dicembre 2011, n. 214)

A favore di: Cognome _____ Nome _____
Banca/Ufficio postale _____
Indirizzo: Comune _____ Prov. _____
Via/Piazza _____ N. _____ Agenzia n. _____

Beneficiari residenti all'estero:

Accredito su conto corrente bancario:

Codice Iban/n. conto _____
Codice Bic/Swift _____

Il sottoscritto autorizza l'Inail a corrispondere con tale modalità anche eventuali pagamenti futuri e si impegna a comunicare immediatamente qualsiasi variazione nella suddetta scelta o qualsiasi modifica dovesse intervenire sui dati indicati (codice Iban, residenza, ecc.), sollevando sin da ora l'Inail stesso da ogni responsabilità che dovesse derivare dalla mancata o tardata comunicazione. Allega fotocopia del documento di riconoscimento.³

Data (GG/MM/AAAA) _____

Firma dell'assicurato  _____

² Il pagamento su libretto postale non è utilizzabile per riaccrediti e le rendite dirette cessate

³ Obbligatorio solo se il modulo non viene consegnato personalmente dall'assistito

Certificazione introduttiva per malattia professionale (9 pagine)

(se non visualizzi correttamente le figure, [clicca qui](#) - è richiesta una connessione a Internet)



Mod. 5 SS bis

CERTIFICAZIONE MEDICA DI MALATTIA PROFESSIONALE

PRIMO CONTINUATIVO DEFINITIVO RIAMMISSIONE IN TEMPORANEA

ASSICURATO

Cognome _____ Nome _____ Sesso M F

Nato a (Comune) _____ Prov. _____ GG / MM / AAAA Nazionalità _____

Domiciliato a (Comune) _____ Prov. _____ Cap _____ Telefono _____

Indirizzo (via, piazza, ecc.) _____ N. civico _____ / _____

Codice Istat Comune domicilio _____ Cod. Asl domicilio _____ Cod. Asl residenza (NOTA 1 vd pag. 9) _____ Codice fiscale _____ Attualmente in attività lavorativa SI NO

MALATTIA E ATTIVITÀ AD ESSA CORRELATA da compilare sulla base delle dichiarazioni dell'assicurato indicate nella specifica sezione

Malattia _____

Agente/Lavorazione/Esposizione correlabile presumibilmente alla malattia _____

La malattia è presente nell'elenco di cui al decreto ministeriale 11.12.2009 e s.m.i.? SI NO se SI in quale lista? Lista I Lista II Lista III Codice identificativo d.m. 11.12.2009 e s.m.i. _____

Data prima diagnosi GG / MM / AAAA Eventuale data abbandono lavoro (NOTA 2 vd pag. 9) GG / MM / AAAA

Data morte conseguente alla eventuale malattia professionale GG / MM / AAAA

La malattia produce inabilità temporanea al lavoro? SI NO dal GG / MM / AAAA fino a tutto il GG / MM / AAAA

Se la durata dell'assenza dal lavoro è superiore ai 60 gg continuativi è prevista, da parte del medico competente, ai sensi art. 41 c. 2 lett. e-ter d.lgs. 81/2008 e s.m.i., una visita al fine di verificare l'idoneità alla mansione specifica.

DATORE DI LAVORO PER IL QUALE L'ASSICURATO SVOLGE/SVOLGEVA L'ATTIVITÀ CHE HA PRESUMIBILMENTE CAUSATO LA MALATTIA

Datore di lavoro _____

Comune (abituale luogo di lavoro) _____ Prov. _____ Cap _____

Settore lavorativo Agricoltura, silvicoltura, e pesca Industria Artigianato Servizi Pubblica Amministrazione

Sub-settore (NOTA 3 vd pag. 9) _____

Attività lavorativa/mansione ecc. correlabile alla malattia _____ dal GG / MM / AAAA fino a tutto il GG / MM / AAAA

Dipendente Autonomo Altro (specificare) _____

Attività svolta per conto del datore di lavoro presso altra azienda? SI NO Se SI quale azienda? _____

Comune _____ Prov. _____ Cap _____

MEDICO CERTIFICATORE

Cognome _____ Nome _____

Codice fiscale del medico _____ In qualità di: (NOTA 4 vd pag. 9) _____

Codice Inail del medico o del presidio sanitario _____ Presidio sanitario _____

Comune _____ Prov. _____ Cap _____ Telefono fisso o cellulare _____

Il presente certificato tiene luogo della copia per l'Inail della denuncia ex art. 139 del d.p.r. 1124/1965, di cui all'art. 10 del d.lgs. 38/2000 ai fini dell'alimentazione del Registro nazionale delle malattie causate dal lavoro ovvero ad esso correlate (NOTA 5 vd pag. 9)

Luogo e data di rilascio _____ Timbro e firma del medico _____

ASSICURATO

Cognome _____

Nome _____

Anamnesi patologica remota

Postumi di altre lesioni o malattie pregresse congenite o acquisite dichiarati o constatati (con particolare riferimento alla patologia in esame) SI NO

Se SI quali?

Invalido civile Invalido Inps Altro (specificare) _____

Anamnesi patologica prossima

Esame obiettivo con particolare riferimento alla malattia in esame

Accertamenti specialistici

Terapia

Si presume invalidità permanente SI NO Prognosi riservata

Ricovero ospedaliero presso _____

Caso mortale Disposta autopsia

Osservazioni del medico

Luogo e data di rilascio _____ Timbro e firma del medico _____

RISERVATO ALL'ASSICURATO

Cognome Nome

Datore di lavoro attuale/ultimo dal GG / MM / AAAA al GG / MM / AAAA

Cognome e nome o ragione sociale azienda e nome nave (in caso di lavoratore marittimo)

Indirizzo datore di lavoro (via, piazza, ecc.) N. civico /

Comune Prov. Cap

Indirizzo del luogo di lavoro abituale (via, piazza, ecc.) N. civico /

Comune Prov. Cap

Assicurato: Dipendente Autonomo Altro (specificare) _____

Settore lavorativo Agricoltura, silvicoltura, e pesca Industria Artigianato Servizi Pubblica Amministrazione

Sub-settore (NOTA 3 vd pag. 9) Artigianato, Servizi, Pubblica Amministrazione

Descrizione attività lavorativa attuale/ultima (mansione) dal GG / MM / AAAA al GG / MM / AAAA

Rischio: agente/lavorazione/esposizione _____

Datori di lavoro precedenti con descrizione sintetica delle attività lavorative/mansioni svolte (in caso di lavoratore marittimo la sezione può essere sostituita dall'estratto matricolare)

N.	Da (MM/AAAA)	A (MM/AAAA)	Datore di lavoro	Comune	Settore lavorativo e sub-settore (NOTA 3)	Rischio/esposizione/agente/lavorazione	Attività lavorativa svolta/mansione
1							
2							
3							
4							
5							
6							

Il sottoscritto conferma i suddetti dati, che fornisce ai fini dell'accesso alle prestazioni connesse al riconoscimento di malattia professionale

Luogo e data di rilascio _____ Firma dell'assicurato _____

Tutela dei dati - Il richiedente dichiara di essere stato informato sulle modalità e finalità del trattamento dei dati ai sensi dell'art. 13 del d.lgs. 196/2003.
 Ulteriori info: www.inail.it > [privacy](#)

CERTIFICAZIONE MEDICA DI MALATTIA PROFESSIONALE

PRIMO **CONTINUATIVO** **DEFINITIVO** **RIAMMISSIONE IN TEMPORANEA**

ASSICURATO

Cognome Nome Sesso M F

Nato a (Comune) Prov. GG / MM / AAAA Nazionalità

Domiciliato a (Comune) Prov. Cap Telefono

Indirizzo (via, piazza, ecc.) N. civico /

Codice Istat Comune domicilio Cod. Asl domicilio Cod. Asl residenza (NOTA 1 vd pag. 9) Codice fiscale Attualmente in attività lavorativa SI NO

MALATTIA E ATTIVITÀ AD ESSA CORRELATA da compilare sulla base delle dichiarazioni dell'assicurato indicate nella specifica sezione

Malattia

Agente/Lavorazione/Esposizione correlabile presumibilmente alla malattia

La malattia è presente nell'elenco di cui al Decreto Ministeriale 11.12.2009 e s.m.i.?

Codice identificativo d.m. 11.12.2009 e s.m.i.

SI NO se SI in quale lista? Lista I Lista II Lista III

Data prima diagnosi GG / MM / AAAA Eventuale data abbandono lavoro (NOTA 2 vd pag. 9) GG / MM / AAAA

Data morte conseguente alla eventuale malattia professionale GG / MM / AAAA

La malattia produce inabilità temporanea al lavoro? SI NO dal GG / MM / AAAA fino a tutto il GG / MM / AAAA

Se la durata dell'assenza dal lavoro è superiore ai 60 gg continuativi è prevista, da parte del medico competente, ai sensi art. 41 c. 2 lett. e-ter d.lgs. 81/2008 e s.m.i., una visita al fine di verificare l'idoneità alla mansione specifica.

DATORE DI LAVORO PER IL QUALE L'ASSICURATO SVOLGE/SVOLGEVA L'ATTIVITÀ CHE HA PRESUMIBILMENTE CAUSATO LA MALATTIA

Datore di lavoro

Comune (abituale luogo di lavoro) Prov. Cap

Settore lavorativo Agricoltura, silvicoltura, e pesca Industria Artigianato Servizi Pubblica Amministrazione

Sub-settore (NOTA 3 vd pag. 9)

Attività lavorativa/mansione ecc. correlabile alla malattia dal GG / MM / AAAA fino a tutto il GG / MM / AAAA

Dipendente Autonomo Altro (specificare)

Attività svolta per conto del datore di lavoro presso altra azienda? SI NO Se SI quale azienda?

Comune Prov. Cap

MEDICO CERTIFICATORE

Cognome Nome

Codice fiscale del medico In qualità di: (NOTA 4 vd pag. 9)

Codice Inail del medico o del presidio sanitario Presidio sanitario

Comune Prov. Cap Telefono fisso o cellulare

Il presente certificato tiene luogo della copia per l'Inail della denuncia ex art. 139 del d.p.r. 1124/1965, di cui all'art. 10 del d.lgs. 38/2000 ai fini dell'alimentazione del Registro nazionale delle malattie causate dal lavoro ovvero ad esso correlate (NOTA 5 vd pag. 9)

Luogo e data di rilascio Timbro e firma del medico

ASSICURATO

Cognome

Nome

Anamnesi patologica remota

Postumi di altre lesioni o malattie pregresse congenite o acquisite dichiarati o constatati (con particolare riferimento alla patologia in esame) SI NO

Se SI quali?

Invalido civile Invalido Inps Altro (specificare) _____

Anamnesi patologica prossima

Esame obiettivo con particolare riferimento alla malattia in esame

Accertamenti specialistici

Terapia

Si presume invalidità permanente SI NO Prognosi riservata

Ricovero ospedaliero presso _____

Caso mortale Disposta autopsia

Osservazioni del medico

Luogo e data di rilascio _____ Timbro e firma del medico _____

RISERVATO ALL'ASSICURATO

Cognome Nome

Datore di lavoro attuale/ultimo dal GG / MM / AAAA al GG / MM / AAAA

Cognome e nome o ragione sociale azienda e nome nave (in caso di lavoratore marittimo)

Indirizzo datore di lavoro (via, piazza, ecc.) N. civico /

Comune Prov. Cap

Indirizzo del luogo di lavoro abituale (via, piazza, ecc.) N. civico /

Comune Prov. Cap

Assicurato: Dipendente Autonomo Altro (specificare) _____

Settore lavorativo Agricoltura, silvicoltura, e pesca Industria Artigianato Servizi Pubblica Amministrazione

Sub-settore (NOTA 3 vd pag. 9) Artigianato, Servizi, Pubblica Amministrazione

Descrizione attività lavorativa attuale/ultima (mansione) dal GG / MM / AAAA al GG / MM / AAAA

Rischio: agente/lavorazione/esposizione _____

Datori di lavoro precedenti con descrizione sintetica delle attività lavorative/mansioni svolte (in caso di lavoratore marittimo la sezione può essere sostituita dall'estratto matricolare)

N.	Da (MM/AAAA)	A (MM/AAAA)	Datore di lavoro	Comune	Settore lavorativo e sub-settore (NOTA 3)	Rischio/esposizione/agente/lavorazione	Attività lavorativa svolta/mansione
1							
2							
3							
4							
5							
6							

Il sottoscritto conferma i suddetti dati, che fornisce ai fini dell'accesso alle prestazioni connesse al riconoscimento di malattia professionale

Luogo e data di rilascio _____ Firma dell'assicurato _____

Tutela dei dati - il richiedente dichiara di essere stato informato sulle modalità e finalità del trattamento dei dati ai sensi dell'art. 13 del d.lgs. 196/2003. Ulteriori info: www.inail.it > privacy

Copia B - per l'assicurato - Modulo aggiornato al 10/10/2014

CERTIFICAZIONE MEDICA DI MALATTIA PROFESSIONALE

PRIMO CONTINUATIVO DEFINITIVO RIAMMISSIONE IN TEMPORANEA

ASSICURATO

Cognome _____ Nome _____ Sesso M F

Nato a (Comune) _____ Prov. _____ GG / MM / AAAA Nazionalità _____

Domiciliato a (Comune) _____ Prov. _____ Cap _____ Telefono _____

Indirizzo (via, piazza, ecc.) _____ N. civico _____ / _____

Codice Istat Comune domicilio _____ Cod. Asl domicilio _____ Cod. Asl residenza (NOTA 1 vd pag. 9) _____ Codice fiscale _____ Attualmente in attività lavorativa SI NO

MALATTIA E ATTIVITA' AD ESSA CORRELATA da compilare sulla base delle dichiarazioni dell'assicurato indicate nella specifica sezione

Malattia _____

Agente/Lavorazione/Esposizione correlabile presumibilmente alla malattia _____

La malattia è presente nell'elenco di cui al Decreto ministeriale 11.12.2009 e s.m.i.?
 SI NO se SI in quale lista? Lista I Lista II Lista III Codice identificativo d.m. 11.12.2009 e s.m.i. _____

Data prima diagnosi GG / MM / AAAA Eventuale data abbandono lavoro (NOTA 2 vd pag. 9) GG / MM / AAAA

Data morte conseguente alla eventuale malattia professionale GG / MM / AAAA

La malattia produce inabilità temporanea al lavoro? SI NO dal GG / MM / AAAA fino a tutto il GG / MM / AAAA

Se la durata dell'assenza dal lavoro è superiore ai 60 gg continuativi è prevista, da parte del medico competente, ai sensi art. 41 c. 2 lett. e-ter d.lgs. 81/2008 e s.m.i., una visita al fine di verificare l'idoneità alla mansione specifica.

MEDICO CERTIFICATORE

Cognome _____ Nome _____

Codice fiscale del medico _____ In qualità di: (NOTA 4 vd pag. 9) _____

Codice Inail del medico o del presidio sanitario _____ Presidio sanitario _____

Comune _____ Prov. _____ Cap _____ Telefono fisso o cellulare _____

Il presente certificato tiene luogo della copia per l'Inail della denuncia ex art. 139 del d.p.r. 1124/1965, di cui all'art. 10 del d.lgs. 38/2000 ai fini dell'alimentazione del Registro nazionale delle malattie causate dal lavoro ovvero ad esso correlate (NOTA 5 vd pag. 9)

Luogo e data di rilascio _____ Timbro e firma del medico _____

RISERVATO ALL'ASSICURATO

Cognome Nome

Datore di lavoro attuale/ultimo dal GG / MM / AAAA al GG / MM / AAAA

Cognome e nome o ragione sociale azienda e nome nave (in caso di lavoratore marittimo)

Indirizzo datore di lavoro (via, piazza, ecc.) N. civico /

Comune Prov. Cap

Indirizzo del luogo di lavoro abituale (via, piazza, ecc.) N. civico /

Comune Prov. Cap

Assicurato: Dipendente Autonomo Altro Specificare _____

Settore lavorativo Agricoltura, silvicoltura, e pesca Industria Artigianato Servizi Pubblica Amministrazione

Sub-settore (NOTA 3 vd pag. 9) Artigianato, Servizi, Pubblica Amministrazione

Descrizione attività lavorativa attuale/ultima (mansione) dal GG / MM / AAAA al GG / MM / AAAA

Rischio: agente/lavorazione/esposizione _____

Datori di lavoro precedenti con descrizione sintetica delle attività lavorative/mansioni svolte (in caso di lavoratore marittimo la sezione può essere sostituita dall'estratto matricolare)

N.	Da (MM/AAAA)	A (MM/AAAA)	Datore di lavoro	Comune	Settore lavorativo e sub-settore (NOTA 3)	Rischio/esposizione/agente/lavorazione	Attività lavorativa svolta/mansione
1							
2							
3							
4							
5							
6							

Il sottoscritto conferma i suddetti dati, che fornisce ai fini dell'accesso alle prestazioni connesse al riconoscimento di malattia professionale

Luogo e data di rilascio _____ Firma dell'assicurato _____

Tutela dei dati - il richiedente dichiara di essere stato informato sulle modalità e finalità del trattamento dei dati ai sensi dell'art. 13 del d.lgs. 196/2003. Ulteriori info: www.inail.it > privacy

Copia C - per il datore di lavoro - Modulo aggiornato al 10/10/2014

NOTE

NOTA 1 - CODICE ASL: Indicare il codice della Asl di residenza solo se la residenza è diversa dal domicilio

NOTA 2 - EVENTUALE DATA ABBANDONO LAVORO: in caso di lavoratori marittimi inserire la data dell'ultimo sbarco

NOTA 3 - SUB-SETTORE LAVORATIVO: indicare per esteso il sub-settore relativo alla categoria di appartenenza

Categoria Agricoltura, silvicoltura e pesca:

- 1) Coltivazioni agricole non permanenti (cereali, ortaggi, fiori, ecc.)
- 2) Coltivazioni agricole permanenti (frutticoltura, ecc.)
- 3) Allevamento
- 4) Silvicoltura
- 5) Pesca e Acquacoltura
- 6) Servizi all'agricoltura (potatura, noleggio di macchinari con operatore, gestione di impianti di irrigazione, ecc.)

Categoria Industria:

- 7) Estrazione da cave e miniere (sabbia, marmo, petrolio, ecc.)
- 8) Alimentare e del tabacco
- 9) Tessile e confezione di articoli di abbigliamento
- 10) Concerie e fabbricazione articoli in pelle e simili
- 11) Prime lavorazioni del legno (segazione, squadratura, ecc.)
- 12) Cartiere e attività cartotecniche
- 13) Attività poligrafiche e riproduzione di supporti registrati
- 14) Raffinerie e stabilimenti petrolchimici
- 15) Chimica e farmaceutica
- 16) Gomma e plastica
- 17) Ceramica, vetro, calce, cemento e gesso e loro lavorazione. Lavorazione pietre, marmo, ecc.
- 18) Metallurgia. Fabbricazione di prodotti in metallo. Motori, macchine e mezzi di trasporto (produzione e riparazione)
- 19) Strumenti elettrici, elettronici e ottici
- 20) Energia, acqua, gas e vapore
- 21) Gestione dei rifiuti
- 22) Costruzioni (edilizia, infrastrutture, installazione e manutenzione di impianti elettrici, idraulici e termici)
- 23) Altre attività manifatturiere (mobili, lavori di gioielleria, giocattoli, strumenti musicali, ecc.)

Categoria artigianato:

- 24) Alimentare
- 25) Tessile e confezione di articoli di abbigliamento
- 26) Concerie e fabbricazione articoli in pelle e simili
- 27) Prime lavorazioni del legno (segazione, squadratura, ecc.)
- 28) Cartiere e attività cartotecniche
- 29) Attività poligrafiche e riproduzione di supporti registrati
- 30) Chimica e farmaceutica
- 31) Gomma e plastica
- 32) Ceramica, vetro, calce, cemento e gesso e loro lavorazione. Lavorazione pietre, marmo, ecc.
- 33) Metallurgia. Fabbricazione di prodotti in metallo. Motori, macchine e mezzi di trasporto

- 34) Strumenti elettrici, elettronici e ottici
- 35) Costruzioni (edilizia, infrastrutture, installazione e manutenzione di impianti elettrici, idraulici e termici)
- 36) Altre attività manifatturiere (mobili, lavori di gioielleria, giocattoli, strumenti musicali, ecc.)

Categoria Servizi:

- 37) Commercio all'ingrosso e al dettaglio (compresi i veicoli e la loro riparazione)
- 38) Trasporto marittimo e in acque interne di passeggeri
- 39) Trasporto marittimo e in acque interne di merci
- 40) Trasporto terrestre di passeggeri
- 41) Trasporto terrestre di merci
- 42) Trasporto aereo di passeggeri
- 43) Trasporto aereo di merci
- 44) Magazzinaggio e supporto al trasporto
- 45) Servizi postali e attività di corriere
- 46) Alloggi e ristorazioni
- 47) Editoria. Produzione cinematografica e televisiva. Studi di registrazione e riproduzione
- 48) Telecomunicazioni fisse, mobili e satellitari
- 49) Produzione di software e consulenza informatica
- 50) Attività finanziarie, assicurative e mobiliari
- 51) Attività immobiliari
- 52) Attività professionali (ricerca, sviluppo, consulenza, studi professionali, pubblicità, ecc.)
- 53) Attività di noleggio, agenzie di viaggio, supporto alle imprese (servizi di: vigilanza, pulizie, ricerca e gestione di personale, ecc.)
- 54) Istruzione
- 55) Sanità e assistenza sociale
- 56) Personale domestico (colf e assistenti familiari)
- 57) Attività artistiche, sportive di intrattenimento e divertimento
- 58) Altre attività riparazioni di computer e di beni personali e della casa, cura della persona (centri estetici, parrucchieri, ecc.), lavanderia e pulitura, ecc.

Categoria Pubblica Amministrazione:

- 59) Amministrazione centrale dello Stato (ministeri, forze armate, ecc., per il personale scolastico far riferimento a Servizi/Istruzione)
- 60) Istituti e organismi territoriali
- 61) Istituti di ricerca
- 62) Parastato

NOTA 4 - TIPOLOGIA DEL MEDICO: Indicare la tipologia del medico

- | | |
|---|---|
| 1) Medico di famiglia | 8) Medico Enti Previdenziali: Inps |
| 2) Medico Competente | 9) Medico Militare |
| 3) Medico Ospedaliero | 10) Medico Ministero dell'Interno (es. Polizia, ecc.) |
| 4) Medico Specialista Ambulatoriale Asl/Azienda Ospedaliera | 11) Medico del Patronato |
| 5) Medico Dipartimento Prevenzione Asl | 12) Libero Professionista |
| 6) Medico Istituto Universitario | 13) Altro |
| 7) Medico Enti Previdenziali: Inail | |

NOTA 5 - REGISTRO NAZIONALE DELLE MALATTIE

Le informazioni contenute nel certificato alimentano il Registro nazionale delle malattie causate dal lavoro ovvero ad esso correlate di cui all'art.10 d.lgs. 38/2000. Rimane a carico del medico l'obbligo di invio della denuncia/segnalazione ai sensi dell'art.139 del t.u. (d.p.r. 1124/1965) alle Direzioni territoriali del lavoro / Aziende sanitarie locali.

La tutela INPS e le principali certificazioni richieste

Cenni sui concetti medico legali alla base dei rischi tutelati

In Italia, il cui sistema ordinamentale è fondato sulla *civil law*, i concetti medico legali a supporto della tutela di legge assistenziale e assicurativa garantita al cittadino e al lavoratore sono molto suggestivi dell'evoltersi dottrinario radicato nel diritto romano: *in particolare*, a partire dalla malattia indennizzabile/retribuita ovvero tecnopatrica/infortunistica fino al riconoscimento delle invalidità², il concetto cardine è la **capacità di lavoro** e per malattia si intende non il processo clinico ma *il fatto di salute compromissivo della validità del soggetto, per cui più correttamente si parla di "menomazione" nel caso di fatti con conseguenze permanenti o di "infermità" nel caso di fatti con conseguenze temporanee.*

In questa sede, giova chiarire che alcuni concetti, seppur a primo avviso sembrerebbero sovrapponibili, invece posseggono sfumature semantiche molto diverse, da conoscere per una più corretta compilazione delle certificazioni introduttive ai benefici previdenziali e/o assistenziali.

Sicché, il termine di "malattia permanente" non equivale né a quello di malattia cronica né a ipotesi di irreversibilità, di inemendabilità o di insanabilità della malattia medesima: ne discende che l'aggettivo "permanente" riferito ad un'infermità ne qualifica la propria stabilità nel tempo, ma ragionevolmente non esclude e non preclude la possibilità di evoluzioni *in peius o in melius*.

Qualificazione	Attributo del processo patologico, secondo ...
Cronicità	Meccanismo patogenetico
Sanabilità	Storia naturale
Guaribilità	Risposta alla terapia
Reversibilità	Evoluzione in melius (spesso senza reliquati) sotto il profilo della storia naturale
Emandabilità	Evoluzione in melius (con o senza reliquati) sotto il profilo suscettibilità alla terapia
Permanenza	Durevolezza del decorso e proiezioni prognostiche indeterminate

Focalizzando sul concetto di "capacità di lavoro", secondo accreditate scuole di pensiero, tre ne sono le componenti:

a) Validità della persona

- fattore biologico – *integrità psico-organica, età, costituzione, sesso, meiotragie, etc*
- fattore extrabiologico estrinseco – *coefficienti socioeconomici*
- fattore extrabiologico intrinseco potenziale – *patrimonio psico-culturale, attitudini istintive e generiche verso ogni ambito di vita, abilità manuali o intellettive, capacità relazionale, interessi sociali*

b) *Attitudine* (propensione naturale innata ad un potenziale ventaglio di tipologie lavorative; può esser intesa come elemento soggettivo speculari all'idoneità generica al lavoro intesa come elemento oggettivo)

c) *Cultura* (istruzione, formazione teorico-pratica, professionalizzazione, esperienza).

Alla valutazione astratta di essa nell'uomo inteso come unità biologica o alla sua personalizzazione nel singolo con concretizzazione delle potenzialità astratte (capacitazione), si devono aggiungere altri parametri che, introducendo correttivi, sfaccettano e differenziano fra loro le tutele temporanee da quelle permanenti.

² Sono esclusi i riconoscimenti di invalidità civile agli infra-diciottenni e gli ultra-sessantacinquenni per i quali vige la valutazione solo dei compiti e funzioni propri dell'età.

ATTITUDINE	Addendo psico-tecnico dell'uomo, consta di una DISPOSIZIONE INDIVIDUALE dell'uomo naturaliter: - SOMATICA (morfotipo, forma muscolare ...) - PSICOSOMATICA (amore/timore per il rischio, per il volo, adattabilità, attentività, tono timico, carattere ...) - SPONTANEA (attrazione verso particolari latitudini di interesse, equilibrio, dialettica) - CONGENITA (difettualità/doti es. mente logico-matematica) - EREDITARIA (genetica)	È collegata a performance o a rendimento, in attività pratiche con diversificate estensioni di difficoltà
VALIDITÀ	BASE ANATOMO-FUNZIONALE che sostanzia l'efficienza sociale ovvero la possibilità stessa dell'uomo ad impegnarsi in attività i cui riflessi economico-sociali sono indiscutibili	Supporto biologico all'attitudine
CAPACITÀ	VALIDITÀ + ATTITUDINE + CULTURA e MATURAZIONE	
IDONEITÀ	GENERICA ATTITUDINE DI BASE + validità oggettivamente riscontrate	SPECIFICA a) ATTITUDINE CONCRETA + VALIDITÀ specifica b) VALORE CONNESSO A DETERMINATO RISCHIO
ABILITÀ	Particolare DESTREZZA, speciali predisposizioni attitudinali, addestramento altamente professionalizzante	

Di grande importanza valutativa sono gli addendi lavorativi e mansionistici: è fondamentale, infatti, la considerazione della **confacenza** – con ciò, intendendo il confronto interattivo della validità attitudinale/abilità con il ventaglio dei possibili lavori concreti o potenziali fattibili proprio in quella singola unità biologica – e della **specificità** riferita, invece, al lavoro effettivamente e contestualmente svolto nel momento in cui insorge la pretesa del diritto vantato.

Vengono così in rilievo:

- ANAMNESI LAVORATIVA
- REALI ATTITUDINI in base all'età, il sesso, le predisposizioni individuali, la preparazione culturale e tecnica individuale, l'addestramento e l'esperienza acquisite nell'esercizio di un determinato lavoro
- la identificazione di quelle ATTITUDINI del soggetto che, a causa della menomazione funzionale di cui è portatore possono risultare COMPROMESSE o, anche se integre, NON UTILIZZABILI per la sussistenza di una controindicazione al loro impiego (c.d. inidoneità specifiche).

L'invalidità previdenziale INPS

La legge 12 giugno 1984, n. 222, ha determinato l'ancoraggio del riconoscimento delle prestazioni previdenziali per l'invalidità al solo requisito biologico, eliminando dall'atto valutativo quella componente socio-economica che, da tutte le rilevazioni effettuate, era risultata il principale fattore di distorsione nella precedente legislazione in materia.

Si sono con essa introdotti sostanzialmente due livelli di tutela con due distinti rischi assicurativi: l'invalidità e l'inabilità pensionabili, definiti rispettivamente all'art. 1 e all'art. 2 della legge in esame, nella cui valutazione i criteri medicolegali sono nel primo caso quantitativi legati al raggiungimento di un *cut-off* (meno di 1/3), nel secondo caso qualitativi.

La richiesta del riconoscimento di tali tipi di invalidità avviene attraverso la presentazione del modello SS3.

ART. 1 – Assegno Ordinario di Invalidità – “Si considera invalido, ai fini del diritto ad assegno nell'assicurazione obbligatoria per l'invalidità, la vecchiaia ed i superstiti dei lavoratori dipendenti ed autonomi gestita dall'Istituto nazionale della previdenza sociale, l'assicurato la cui **capacità di lavoro**, in occupazioni confacenti alle sue attitudini, sia **ridotta in modo permanente** a causa di infermità o difetto fisico o mentale **a meno di un terzo**” ...omissis ... “Sussiste diritto ad assegno anche nei casi in cui la riduzione della capacità lavorativa, oltre i limiti stabiliti dal comma precedente, preesista al rapporto assicurativo, purché vi sia stato successivo aggravamento o siano sopraggiunte nuove infermità”... e commi successivi.

Il titolare di assegno – la cui validità è triennale – può continuare a lavorare e i contributi che gli vengono accreditati, relativi a questa sua attività lavorativa, entrano poi nel computo della ricostituzione pensionistica.

Nel caso dell'invalidità pensionabile non sono previste – come in altri ambiti di tutela – percentualizzazioni tabellate delle menomazioni, ma solo un **valore di cut-off** a meno di un terzo della residua capacità lavorativa in occupazioni confacenti: pertanto, non ci sono graduazioni dell'invalidità, ma o si è o non si è invalidi.

ART. 2 – Pensione Ordinaria di Inabilità – “*Si considera inabile, ai fini del conseguimento del diritto a pensione nell'assicurazione obbligatoria per l'invalidità, la vecchiaia ed i superstiti dei lavoratori dipendenti ed autonomi gestita dall'Istituto nazionale per la previdenza sociale, l'assicurato o il titolare di assegno di invalidità con decorrenza successiva alla data di entrata in vigore della presente legge il quale, a causa di infermità o difetto fisico o mentale, si trovi nell'assoluta e permanente impossibilità di svolgere qualsiasi attività lavorativa*”.

Quando la persona è riconosciuta inabile, **per riceverne il previsto trattamento**, deve cancellarsi da qualsiasi elenco di collocamento, non deve ricevere altro trattamento sostitutivo o integrativo della retribuzione o altrimenti a carico dell'assicurazione obbligatoria; inoltre, in caso di revoca su revisione – che è sempre possibile, ai sensi dell'art. 9 della legge in esame – la persona potrebbe rimanere priva della pensione fino ad allora goduta.

In pratica, **l'inabile previdenziale è fuori dal mondo del lavoro**: ecco perché il giudizio medico legale non può che essere molto rigoroso.

La pensione di inabilità è reversibile ai superstiti, ma non si trasforma mai in pensione di vecchiaia.

Anche qui, non pesa *sic et simpliciter* la sola situazione clinica, ma alla valutazione di lesione/menomazione segue di necessità l'apprezzamento di come e in che misura la menomazione configuri *per quel soggetto* un danno lavorativo temporaneo (**specificità**) o permanente (**confacenza o impossibilità**), avendo ben presente che la griglia di riferimento è quella di seguito riportata.

Beni PREVIDENZIALI assicurati

INABILITÀ	INVALIDITÀ	MALATTIA
COMPLESSO DELLE ENERGIE LAVORATIVE	CAPACITÀ LAVORATIVA ATTITUDINALE	CAPACITÀ LAVORATIVA SPECIFICA
L'INFERMITÀ PERMANENTE E' ASSOLUTA	L'INFERMITÀ PERMANENTE DEVE CONFRONTARSI CON IL VENTAGLIO DELLE CONFACENZE	L'INFERMITÀ TEMPORANEA DEVE CONFRONTARSI CON LA SOLA MANSIONE EFFETTIVAMENTE SVOLTA

La prevenzione dell'invalidità previdenziale INPS (Cure balneo termali)

L'Assicurazione generale per l'invalidità e la vecchiaia divenne, in Italia, obbligatoria con il D.L. Luogotenenziale 21 aprile 1919, n. 603, che, fissandone all'art. 3 gli scopi, fra questi contemplava anche “**la prevenzione e la cura dell'invalidità**” e, successivamente, fu individuato il termalismo quale mezzo operativo per realizzare questa *mission* istituzionale di quello che poi divenne l'INFPS (artt. 45-81 e 83 del R.d.L. 4 ottobre 1935, n. 1827) e, infine, l'INPS.

Nei casi, dunque, in cui è ragionevolmente possibile ritardare o evitare il riconoscimento di una prestazione economica di invalidità ovvero, a seguito di miglioramento dell'infermità, revocare una prestazione già in essere, ma anche di ridurre i periodi di malattia indennizzata a causa del riacutizzarsi dei sintomi, lavoratori *che ne facciano richiesta affetti da prestabilite malattie croniche e in possesso dei previsti requisiti assicu-*

rativi, contributivi, sanitari e di età possono giovare della fruizione dei cicli di terapia termale (CBT : Cure Balneo Termali) concesse dall'INPS.

Dopo alterne vicende di legge, l'intervento dell'INPS è passato, da una estensione della tutela sanitario-economica pressoché totale, all'attuale copertura delle sole spese alberghiere presso le terme in periodo feriale per un solo ciclo annuale di 12 giorni e, in via ordinaria, per un massimo di cinque cicli di cure nell'arco dell'intera vita assicurativa: in definitiva, il costo delle cure è a carico del Servizio Sanitario Nazionale in compartecipazione con l'interessato per il ticket, quello del soggiorno presso la località termale negli alberghi convenzionati è a carico dell'INPS, mentre le spese di viaggio sono sostenute dal termando.

L'INPS, per quanto detto, non autorizza cure termali per malattie che da sole non configurerebbero l'ipotesi di un possibile riconoscimento di invalidità, né in fasi troppo precoci di quelle stesse malattie quando i sintomi presentati sarebbero quantitativamente insufficienti per un pronunciamento di invalidità (c.d. fase termale della malattia, secondo il criterio previdenziale).

Sicché, le cure termali inerenti problematiche ginecologiche, otorinolaringoiatriche, dermatologiche, etc, avendo finalità meramente cliniche, restano di competenza del SSN; mentre per l'INPS, sono utili a questi fini **solo le malattie osteoarticolari e quelle delle vie respiratorie** – come stabilite con *Decreto Ministero della Sanità del 12 agosto 1992 “Patologie che possono trovare reale beneficio dalle cure termali e strumenti di controllo per evitare abusi”* – **già in fase menomativa apprezzabile sotto il profilo medico legale** e le concessioni riguardano solo – *per le prime* – la fangoterapia, la balneoterapia o entrambe le precedenti in associazione e – *per la seconda* – la terapia inalatoria.

La terapia termale, se correttamente indicata, possiede una sua efficacia terapeutica ormai scientificamente dimostrata oltre ogni pregresso scetticismo, perché i mezzi con cui è condotta possiedono diversificate caratteristiche fisiche e/o chimiche di apprezzabile influenza nel migliorare la sintomatologia accusata e smorzare le recrudescenze delle cronicità; e proprio perché efficaci, **possono sussistere controindicazioni** (vedi Msg. INPS 11 aprile 2003, n. 23) **assolute o, anche, relative** da conoscere per evitare danni alla salute del termando, come in caso di malattie che compromettano le condizioni generali.

Esempi, in tal senso, ne sono i tumori, le cardiopatie, le tromboflebiti, le nefropatie acute, il diabete mellito non compensato, le malattie infettive e contagiose, le malattie cutanee ripugnanti, la gravidanza e allattamento, l'iper/ipotensione arteriosa severa etc.

La domanda per poterne fruire deve essere presentata all'INPS di residenza del lavoratore esclusivamente in modalità telematica, sulla base del **certificato medico telematico di prescrizione delle cure** – *dove risulti esplicitata la patologia per la quale vengono chieste* – redatto dal medico curante dell'assicurato, dipendente o convenzionato con il SSN mediante apposito servizio WEB esposto sul Portale dell'INPS (Circolare INPS 22 febbraio 2011, n. 37).

La tutela assistenziale INPS

In tema di assistenza, di seguito sono riportati i principali riferimenti normativi, tenendo presente che la materia ha vissuto e vive un continuo rimaneggiamento per susseguenti interventi del legislatore: sicché, nel tempo, l'assetto dispositivo si è sfaccettato con molti ulteriori dettagli operativi, in questa sede non richiamati per essenzialità espositiva.

Certificato di invalidità civile

La legge 30 marzo 1971, n. 118 – “Conversione in legge del D.L. 30 gennaio 1971, n. 5 e nuove norme in favore dei mutilati ed invalidi civili”, da cui ha avuto inizio l'organica tutela delle situazioni d'invalidità civile (altrimenti detta “collocabile”), attualmente vigente, previa successive integrazioni e modificazioni, stabilisce che:

*“... si considerano mutilati ed invalidi civili i cittadini affetti da minorazioni congenite o acquisite, anche a carattere progressivo, compresi gli irregolari psichici per oligofrenie di carattere organico o dismetabolico, insufficienze mentali derivanti da difetti sensoriali e funzionali che abbiano subito una **riduzione permanente della capacità lavorativa non inferiore a un terzo** o, se minori di anni 18, che abbiano difficoltà persistenti a svolgere i **compiti e le funzioni proprie della loro età**.”*

Ai soli fini dell'assistenza socio-sanitaria e della concessione dell'indennità di accompagnamento, si considerano mutilati ed invalidi i soggetti ultrasessantacinquenni che abbiano difficoltà persistenti a svolgere i compiti e le funzioni proprie della loro età”.

Si può subito notare che nella stessa definizione di legge si fissano due criteri valutativi:

- il primo, riguardante il range d'età produttiva dai 18 ai 65 anni, è regolato da **gradienti percentualistici stabiliti da tabelle di legge e dalle relative regole d'uso**; al raggiungimento di

una certa percentuale “fissata per” – perseguendo una logica ASSISTENZIALE ECONOMICA nella tutela – scattano le prestazioni di assegno temporaneo e di inabilità:

Invalidità civile > CAPACITÀ DI LAVORO RIDOTTA > valutazione QUANTITATIVA (dal 34% al 99% invalidi parziali, percettori di assegno mensile solo a partire dal 74%; al 100%, invalidi totali o inabili)

- il secondo, **riguardante i minori e gli ultrasessantacinquenni** con esclusivo riferimento ai compiti e funzioni delle età, quindi avendo riguardo rispettivamente alle abilità da acquisire ovvero a quelle progressivamente perse; in questo caso, la progressiva gravità (lievi, medio-gravi, gravi) della mancata acquisizione (*cui correla eventualmente l'attribuzione dell'indennità di frequenza o della indennità di accompagnamento*) della maggior perdita (*cui correla eventualmente solo l'attribuzione della indennità di accompagnamento*) può ricevere una valutazione globale, solo analogicamente rapportata alla percentuale.

L'indennità di accompagnamento non è una prestazione autonoma, seppure svincolata dal reddito, ma è subordinata al riconoscimento del 100% di invalidità e alla sussistenza di una (o entrambe) delle due tassative situazioni che la legge ha stabilito:

1. impossibilità di deambulare senza l'aiuto permanente di un accompagnatore
2. non essere in grado di compiere gli atti quotidiani della vita.

Handicap (Legge 104/1992)

Seppure con Legge 3 marzo 2009, n. 18 – “*Ratifica ed esecuzione della Convenzione delle Nazioni Unite sui diritti delle persone con disabilità, con Protocollo opzionale, fatta a New York il 13 dicembre 2006 e istituzione dell'Osservatorio nazionale sulla condizione delle persone con disabilità*” il termine “handicap” dovrebbe essere stato sostituito da quello di “disabilità”, la dizione permane per non ingenerare equivoci con la terminologia usata nella Legge 12 marzo 1999, n. 68 – “*Norme per il diritto al lavoro dei disabili*” che, in Italia, regola il collocamento mirato di chi già è stato valutato invalido.

Essere “persone con handicap” identifica le persone che versano in una “**SITUAZIONE**” cui correlano prestazioni stabilite e benefici.

La Legge 5 febbraio 1992, n. 104 – “*Legge-quadro per l'assistenza, l'integrazione sociale e i diritti delle persone handicappate*” persegue, a differenza dell'invalidità, **una logica “riabilitativa e di autosufficienza”**, ovvero inclusiva sul piano socio-relazionale delle persone con “handicap”: quindi, non viene in rilievo la malattia né il suo riflesso disfunzionale/minorativo in sé per sé, ma l'esclusione dal mondo scolastico, lavorativo, relazionale che essa determina.

Richiede VALUTAZIONE COMPLESSIVA (medico legale) sulla base integrata della DIAGNOSI ESPERTA (medico specialista nella branca) e della DIAGNOSI SOCIALE (operatore sociale).

Distingue uno *stato di handicap* ed uno *stato di handicap grave*, ma:

- **SENZA INDICAZIONI EZIOLOGICHE** (attenzione del legislatore non alle cause, ma alle conseguenze della minorazione)
- **SENZA INDICAZIONI QUANTITATIVE** (il soggetto o è portatore di handicap o non lo è)

Handicap > CAPACITÀ COMPLESSIVA RESIDUA (cioè la concreta capacità di interagire e adattarsi alle diverse circostanze) e alla **EFFICACIA DELLE TERAPIE RIABILITATIVE > valutazione QUALITATIVA**

Chi è persona “handicappata”?

“È persona handicappata colui che presenta una minorazione fisica, psichica o sensoriale, stabilizzata o progressiva che è causa di difficoltà di apprendimento, di relazione o di integrazione lavorativa e tale da **determinare un processo di svantaggio sociale o di emarginazione**”.

Chi è persona “handicappata in situazione di gravità”?

“Qualora la minorazione, singola o plurima, abbia ridotto l'autonomia personale, correlata all'età, in modo da **rendere necessario un intervento assistenziale permanente continuativo e globale nella sfera individuale o in quella di relazione**, la situazione, assume connotazione di gravità”.

Da notare che ad essere “grave” deve essere “la situazione di esclusione”, invece spesso erroneamente si pratica una scorretta sovrapposizione fra l'handicap ed una grave infermità, quando invece anche in presenza di uno stato patologico severo – se questo non determina un'esclusione socio-relazionale – non è detto che possa riconoscersi l'handicap.

Quello che normalmente non è ben chiaro ai non addetti ai lavori è che:

- **NON ESISTE HANDICAP AI FINI DI UN UNICO BENEFICIO:** il riconoscimento dello status fa accedere a tutte le previsioni di legge
- **L'HANDICAP – semplice o in situazione di gravità – PUÒ ESSERE ANCHE TEMPORANEO**

- LA QUASI TOTALITÀ DEI BENEFICI è fruibile dalla persona ANCHE QUANDO GLI È RICONOSCIUTO L'HANDICAP SEMPLICE (*deduzioni IRPEF per carichi di famiglia, redditi esenti, spese mediche e di assistenza specifica, agevolazioni fiscali per le associazioni di volontariato, tributi locali, tasse comunali sui passi carrabili, tasse asporto rifiuti, imposta comunale sugli immobili, agevolazioni tributarie per successioni e donazioni, telefonia mobile – esenzione tassa di concessione governativa fissa – agevolazione canone mensile di abbonamento, richiesta e rilascio contrassegno invalidi – esenzione imposta di bollo, esenzioni partecipazione spese sanitarie*)

Sordità civile

L'articolo 1, comma 2 della Legge 26 maggio 1970, n. 381, aveva definito chi poteva dirsi “sordomuto” per poter accedere ai benefici di legge: *“Agli effetti della presente legge si considera sordomuto il minorato sensoriale dell'udito affetto da sordità congenita o acquisita durante l'età evolutiva che gli abbia compromesso il normale apprendimento del linguaggio parlato, purché la sordità non sia di natura esclusivamente psichica o dipendente da causa di guerra, di lavoro o di servizio”*.

Per il progresso scientifico in materia, il termine sordomuto è stato definitivamente sostituito dalla parola sordo con Legge 20 febbraio 2006, n. 95 – *“Nuova disciplina in favore dei minorati auditivi”*.

Un **errore compilativo molto grave** che i medici compiono nella redazione del certificato introduttivo – perché espone il paziente richiedente a un allungamento dei tempi di riconoscimento oltre che a reiterazione dell'istruttoria, essendo diverse le Commissioni giudicanti preposte – è quello di chiedere una valutazione di sordità civile per ipo-anacusie senili o, comunque, a carico di soggetti che abbiano manifestato il problema dopo il dodicesimo anno di età.

Ogni deficit dell'udito che insorga dopo il 12° anno di età e che non abbia una natura congenita o acquisita entro il predetto limite temporale **NON PUÒ ESSERE VALUTATO COME “SORDITÀ CIVILE” e nel certificato introduttivo DEVE ESSERE RICHIESTA LA VALUTAZIONE PER INVALIDITÀ CIVILE.**

Cecità civile

Le minorazioni visive non derivanti da cause di guerra, di servizio o di lavoro sono valutate secondo i principi fissati dalla Legge 3 aprile 2001 n. 138 – *“Classificazione e quantificazione delle minorazioni visive e norme in materia di accertamenti oculistici”* che *“... definisce le varie forme di minorazioni visive meritevoli di riconoscimento giuridico, allo scopo di disciplinare adeguatamente la quantificazione dell'ipovisione e della cecità secondo i parametri accettati dalla medicina oculistica internazionale. Tale classificazione, di natura tecnico-scientifica, non modifica la vigente normativa in materia di prestazioni economiche e sociali in campo assistenziale”*.

Nella legge, che introduce la valutazione sia del residuo visivo sia del residuo perimetrico binoculare, viene definito chi sono:

- i ciechi totali
- i ciechi parziali
- gli ipovedenti gravi
- gli ipovedenti medio-gravi:
- gli ipovedenti lievi

Anche in questo caso, come per la sordità civile, la compilazione del certificato introduttivo deve essere correttamente mirata perché le minorazioni visive di minore entità sono giudicate nell'ambito delle invalidità civili e percentualizzate secondo l'apposita tabella annessa al Decreto Ministero della Sanità– 5 febbraio 1992 – *“Approvazione della nuova tabella indicativa delle percentuali d'invalidità per le minorazioni e malattie invalidanti”*.

Sordocecità

Il legislatore, con Legge 24 giugno 2010, n. 107 – *“Misure per il riconoscimento dei diritti alle persone sordoceche”*, ha previsto particolare tutela per le persone affette da doppia minorazione sensoriale che possono, quindi, percepire in forma unificata sia le indennità loro spettanti ai sensi della normativa vigente in materia di sordità civile e di cecità civile sia qualsiasi altra eventuale provvidenza loro riconosciuta. Pertanto, questa condizione deve essere opportunamente segnalata nel certificato introduttivo dal medico certificatore.

Tavola sinottica dei rischi assicurativi e previdenziali INPS

TUTELA	Durata dell'incapacità	Rapporto con il lavoro/mansione	Quantum di menomazione	Prestazione
Inabilità pensionabile:	PERMANENZA	Nessuna attività di lavoro possibile	INFERMITÀ assoluta	Pensione ordinaria di inabilità INPS
Invalità pensionabile:	PERMANENZA	CONFACENZA	INFERMITÀ OLTRE 2/3	Assegno ordinario di invalidità INPS
Invalità /inabilità civile, detta collocabile:	PERMANENZA	GENERICA CON +/- 5 PUNTI PERCENTUALI SE L'EVENTUALE LAVORO E' CONFACENTE	INFERMITÀ PARZIALE/ TOTALE dal 34% al 100%	Indennità mensile di frequenza: minori di 18 anni con difficoltà persistenti a svolgere le funzioni proprie dell'età Assegno mensile di assistenza: invalidi civili almeno al 74%, età tra i 18 e i 65 anni. Pensione di inabilità: invalidi civili al 100%, età tra i 18 e i 65 anni Indennità di accompagnamento: invalidi civili al 100% con incapacità di deambulare o che necessitino di assistenza continua e che non siano ricoverati gratuitamente in istituto
Malattia COMUNE Assicurata INPS/Retribuita:	TEMPORANEITÀ	SPECIFICITÀ	INFERMITÀ NON QUANTIZZATA	

Il certificato di malattia

Perché si configuri stato di malattia, necessita che si verifichi un disordine funzionale di tipo dinamico e che, dopo un certo tempo, ci sia un'evoluzione che conduca alla guarigione o al peggioramento o determini una stabilizzazione del quadro clinico. L'orientamento giurisprudenziale richiede, quindi, che alterazioni alle quali non si associ un'apprezzabile riduzione della funzionalità non possano considerarsi malattia (Sez. 4, 14/11/1996, in Cass. Pen., 1998, 481; Sez. 5, 15/10/1998, Cass. Pen., 2000, 384).

La malattia che qui interessa quindi, non ha alcuna valenza clinica, ma è il presupposto necessario e sufficiente perché il lavoratore sia liceamente assente dal servizio e perché possa erogarsi la somma dovuta a titolo sostitutivo del reddito.

E' definita "comune", perché non rileva l'eziologia: qualsiasi sia lo stato morboso e qualsiasi ne sia l'origine, a seconda che il lavoratore stia lavorando o sia in ferie, deve comportare:

- "incapacità lavorativa" – *L'infirmità diagnosticata* deve, cioè, ridurre le energie produttive del lavoratore rendendolo incapace ad espletare la propria mansione specifica o ad assumerne l'esposizione/gravosità; sicché, è necessario che **la compromissione dello stato di salute** sia rapportata **caso per caso alla mansione lavorativa** nel suo impegno ergonomico e nelle sue peculiari modalità di espletamento
- "incapacità al godimento delle ferie" – La Corte Costituzionale, con Sentenza n. 616 del 1987 ha affermato che la malattia insorta durante il periodo feriale ne sospende il decorso, allorché sia idonea a impedire il recupero delle energie psico-fisiche, il soddisfacimento delle esigenze ricreativo-culturali e la

partecipazione più incisiva alla vita sociale e familiare.

Tali concetti sono stati ripresi dalle SS.UU. della C.Cass. Sez. Lav. con Sentenza del 23 febbraio 1998 n. 1947; tuttavia, sono state fornite indicazioni ben precise – come richiamate nella Circ. INPS 17 maggio 1999 – che, per l'autorità del collegio giudicante, hanno acquisito preciso orientamento giurisprudenziale. Ha precisato la Corte Suprema che il principio dell'effetto sospensivo determinato dalla malattia sul decorso del periodo feriale non è assoluto, potendo ben esserci delle eccezioni “*per l'individuazione delle quali occorre avere riguardo alla specificità degli stati morbosi e delle cure di volta in volta considerate, al fine di accertare l'incompatibilità della malattia con la salvaguardia dell'essenziale funzione di riposo, recupero delle energie psico-fisiche e ricreazione propria delle ferie*”.

Secondo gli Ermellini, in tal caso, **la nozione di malattia non può essere la consueta incapacità al lavoro**, ma ferma restando l'essenziale compromissione dello stato di salute, l'altro parametro da rapportare al primo **non è più la mansione** – che, se pure di fondo interessa, non è idonea a descrivere l'intento del legislatore costituzionale – **bensì la capacità del soggetto di godere del riposo** per reintegrare le proprie energie psico-fisiche.

Nella medesima sentenza, viene altresì affermato come il lavoratore che intenda modificare il titolo della sua assenza da “ferie” a “malattia”, ha soltanto l'onere di comunicare lo stato di malattia al proprio datore di lavoro e all'INPS nei casi previsti; la conversione del titolo di assenza da ferie a malattia è automatico e implicitamente richiesto mediante l'invio del certificato di malattia (come ancor oggi, più volte, ribadito in susseguenti pronunciamenti: *ex plurimis*, Cass. Civ., Sez. lav., Sent. 10 gennaio 2017, n° 284), salvo che il datore di lavoro medesimo non provi, attraverso i previsti controlli sanitari, l'inidoneità della malattia ad impedire la prosecuzione del periodo feriale.

Il certificato di malattia previsto dalla legge per giustificare l'assenza dal lavoro del soggetto deve contenere gli elementi atti ad evidenziare una condizione di salute che altera temporaneamente la capacità al lavoro/al ristoro feriale.

Da rimarcarsi come condizione indispensabile, la transitorietà dell'alterazione di stato di salute che determina l'incapacità lavorativa: in assenza del requisito della limitazione temporale, infatti, si configura una condizione cronica che può eventualmente transitare in uno status di menomazione permanente e, quindi, suscettibile di valutazione in sede di invalidità/inabilità.

Come già spiegato nella [parte generale](#), la possibilità di rilasciare certificati di malattia è in capo ad ogni medico od odontoiatra iscritto al rispettivo Albo ed il certificato mantiene la sua legittimità indipendentemente dalla forma in cui è stato rilasciato, purché redatto con tutti gli elementi essenziali che lo costituiscono.

Se rilasciato da un medico di medicina generale convenzionato con il SSN, il certificato di malattia fa parte dei compiti previsti dall'art. 45 del vigente ACN (art. 45 comma h) e per tale motivo non può essere caricato all'onere economico del richiedente.

Dal certificato rilasciato su carta intestata o su modulistica specifica, l'evoluzione della norma ha portato al certificato telematico, per la cui compilazione e spedizione la legge prevede che il professionista possa accedere previa registrazione al SistemaTS mediante le stesse credenziali (*username* e *password*) che permettono la spedizione del 730 precompilato.

Quindi ogni professionista, medico od odontoiatra, una volta in possesso delle credenziali per la spedizione del 730 precompilato ha anche la possibilità di accedere alla parte di spedizione della certificazione telematica di malattia.

Attenzione: le credenziali sono personali e non possono essere trasferite al medico sostituto. Il medico che effettua la sostituzione deve avere credenziali proprie. Proprio recentemente il Garante della protezione dei dati è intervenuto su questo punto sanzionando i medici che avevano concesso le proprie credenziali al medico sostituto: motivo della sanzione è di non aver custodito adeguatamente le proprie credenziali.

Riassumendo, i certificati medici telematici di malattia possono essere rilasciati da:

- medici dipendenti del servizio sanitario nazionale
- medici convenzionati con il servizio sanitario nazionale
- medici di continuità assistenziale (guardia medica)
- **medici liberi professionisti**
- odontoiatri (per le patologie di loro competenza)

purché registrati e in possesso delle credenziali.

Tavola di confronto fra la malattia comune tutelata da INPS e malattia tecnopatologica/infortunistica tutelata da INAIL

Infermit  comportante incapacit  al lavoro

- A. **NON**   in alcun modo aggettivato quali/quantitativamente il grado di incapacit 
- B.   indotta da un FATTO BIOLOGICO che *naturaliter* modifica *in peius* lo stato di salute: ricomprende qualsiasi processo morboso.
- C:   di durata temporanea e, pertanto,   integrata solo da fatti acuti o riacutizzati
1. Opera con tutto/niente (gap fra malattia e invalidit  pensionabile)
 2. Impernia la valutazione sul recupero della *facultas* biologica alla prestazione lavorativa specificamente
 3. Non esita con valutazioni sulla permanenza
 4. Cessa nella quasi totalit  dei casi dopo 180 giorni, fattore «*extraclinico*» non superabile mediante valutazioni medico legali

Inabilit  temporanea assoluta al lavoro

- A. Il grado di inabilit  deve essere totale
- B. Non ha limiti temporali prefissati, ma il limite   strettamente legato a valutazioni medico legali
- C. La relativa indennit    corrisposta dall'INAIL a decorrere del quarto giorno dello stato invalidante e cessa quando l'inabilit  non   pi  assoluta e non gi  quando si realizza la piena guarigione clinica
- D.   tutelata dall'INAIL soltanto quando causata da infortunio sul lavoro o da malattia professionale
- >   riconosciuta dopo valutazione delle circostanze di accadimento o di manifestazione
 - > Pu  esitare con l'istaurarsi di postumi permanenti suscettibili di valutazione medico-legale del danno

Il certificato telematico di malattia

Il certificato medico di malattia è un'attestazione che giustifica l'assenza al posto di lavoro a causa di un evento morboso: costituendo prova della liceità dell'assenza dal lavoro, è obbligatorio sia per i lavoratori del settore privato sia del settore pubblico.

L'attuale previsione della telematicità del suo invio rientra nel più ampio progetto di Digitalizzazione della Pubblica Amministrazione, atta a semplificare ed automatizzare i processi organizzativi-gestionali e la comunicazione trasparente tra cittadino e P.A. diverse, e coinvolge tutte le categorie di lavoratori dai dipendenti privati a quelli pubblici, con esclusione dei dipendenti del settore pubblico disciplinati da propri ordinamenti (Forze Armate, Corpi armati dello Stato e Vigili del fuoco ex D.L. 179/2012 convertito con modificazioni in Legge 221/2012), per i quali rimane in vigore la modalità cartacea del certificato medico di malattia.

Importante: al militare in malattia bisogna rilasciare con timbro e firma sia il certificato con la diagnosi che in busta chiusa andrà indirizzato al Dirigente Sanitario dell'Ente Militare, sia il certificato senza diagnosi (attestato) che andrà recapitato al Comando dell'Ente, distacco o reparto che impiega il militare malato (art. 4 del DM Difesa 24.11.2015).

Il certificato di malattia va richiesto al medico che effettua la prestazione sanitaria e che ha accertato la situazione di incapacità temporanea: quello stesso medico, definito "curante", se lo redige in modalità telematica, procede ad inviarlo, direttamente o per l'interposizione dei Sistemi di Accoglienza Regionali (**SAR**), all'infrastruttura tecnologica del **Ministero dell'economia e delle finanze denominata** Sistema di Accoglienza Centrale (**SAC**), ai sensi di quanto previsto dalla **Legge 27 dicembre 2006, n. 296, e successivo decreto attuativo (DPCM 26 marzo 2008): a sua volta il SAC lo trasmette all'INPS che lo verifica e gli assegna un numero univoco di protocollo (PUC).**

Le modalità di invio sono state stabilite nel disciplinare tecnico annesso al **DECRETO Ministero della Salute del 26 febbraio 2010 e successive modifiche e integrazioni, cui devono adeguarsi anche gli applicativi gestionali in uso corrente negli ambulatori medici.**

Nel caso in cui vi sia l'impossibilità di spedizione telematica, vi è comunque la possibilità di compilare il certificato di malattia in forma cartacea.

In tal caso, il paziente deve essere informato che dovrà provvedere a trasmettere con raccomandata R/R entro 48 ore all'INPS il certificato di diagnosi, se assicurato con questo Ente previdenziale per la malattia, e al datore di lavoro il relativo attestato.

Risulta evidente, quindi, che il certificato di malattia può essere rilasciato anche da un medico libero professionista. Il curante libero professionista, infatti, è tenuto a rilasciare i certificati di malattia: se sceglie di inviarli in modalità telematica utilizza, per spedirli, le stesse credenziali che usa per la spedizione dei dati per il 730 precompilato.

L'art. 71 co. 2 della legge 6 agosto 2008, n. 133, e successive modifiche e integrazioni, però, ha stabilito che, nei casi di **assenza per malattia protratta per un periodo superiore a dieci giorni** e, in ogni caso, dopo il secondo evento di malattia nell'anno solare, l'assenza deve essere giustificata esclusivamente mediante certificazione medica rilasciata da una struttura sanitaria pubblica o da un medico convenzionato con il Servizio Sanitario Nazionale.

A decorrere dal 10 gennaio 2010, in tutti i casi di assenza per malattia, per il rilascio e la trasmissione della attestazione di malattia si applicano le disposizioni di cui all'articolo 55-septies del Decreto legislativo 30 marzo 2001, n. 165.

Importante:

- L'attestazione medica telematica deve coprire l'intero periodo di astensione ed è **necessaria anche per un solo giorno di malattia**
- Il certificato medico attestante la malattia del lavoratore deve essere richiesto immediatamente in quanto la legge riconosce al certificato il **valore di prova** dello stato di incapacità temporanea
- Il medico è tenuto a comunicare il PUC e la struttura di ricovero, il PUCIR, al lavoratore, pena l'irrintracciabilità del certificato.

Certificato medico telematico di malattia – dati obbligatori (Art. 8 del Decreto del presidente del consiglio dei ministri 26 marzo 2008)

Il certificato medico telematico di malattia attestante le motivazioni che giustificano l'assenza per malattia del dipendente pubblico deve possedere tutti i requisiti formali e sostanziali previsti per poter essere considerato valido, ovvero deve contenere le seguenti informazioni:

- generalità del lavoratore
- domicilio abituale del lavoratore o il diverso temporaneo recapito
- tipo di visita effettuata ambulatoriale o domiciliare
- diagnosi
- prognosi clinica dei giorni di malattia che inizia a decorrere dal giorno di redazione del certificato
- data di inizio della malattia
- data di rilascio della certificazione
- indicazione di inizio, continuazione o ricaduta della malattia
- firma e timbro del medico che rilascia la certificazione, in caso di certificazione cartacea.

In presenza di successivi certificati intervallati dal sabato e dalla domenica, i due periodi costituiscono un unico evento morboso. In tal caso, è bene sempre ricordarsi di indicare che il certificato successivo costituisce una prosecuzione di quello precedente (barrare, a tal fine, la casella **Continuazione**) e non un nuovo evento morboso. Infatti, solo la ripresa del lavoro interrompe la presunzione di continuità della certificazione.

Nel caso che la successiva assenza lavorativa sia dovuta ad evento morboso diverso da quello precedente andrà barrata la casella inizio, ad indicare che si tratta di evento morboso diverso dal precedente.

Importante: la data di inizio è una data anamnestica ed è dichiarata dal paziente. La data di inizio sia della tutela previdenziale sia della liceità dell'assenza coincide, invece, con la data di rilascio della certificazione.

Tempi di rilascio e invio del certificato telematico di malattia

Il medico curante ha l'obbligo di trasmettere immediatamente il certificato di malattia telematico relativo al lavoratore assente per malattia se la visita è ambulatoriale o entro 24 ore dalla visita se la stessa è condotta al domicilio del paziente. Eventuali **annullamenti di certificati già inviati possono essere effettuati entro le 24 ore successive alla trasmissione, mentre le eventuali rettifiche possono essere effettuate entro la data di termine prognosi.**

Quando può essere cartaceo

Il certificato medico del lavoratore assente per malattia può anche essere rilasciato su carta, ma esclusivamente quando il medico non può procedere all'invio online del certificato di malattia perché momentaneamente impossibilitato a utilizzare il sistema di trasmissione telematica: in tal caso, il certificato – così come l'attestato notoriamente privo della diagnosi, anch'esso da rilasciare al paziente – deve contenere tutti i dati obbligatori [precedentemente](#) elencati: sarà in tal caso cura del paziente, integrarlo dei dati aziendali e di reperibilità indispensabili per completarne la validità.

Importante: Il certificato medico cartaceo non deve contenere abrasioni o cancellazioni. Eventuali correzioni devono essere controfirmate dal medico.

Alcuni medici non erano in possesso delle credenziali per poter accedere alla certificazione telematica di malattia. L'avvento dell'obbligo di trasmissione dei dati per la compilazione telematica del mod. 730 ha fatto sì che molti medici siano entrati in possesso delle credenziali per poter accedere al portale SistemaTS e con questo alla possibilità di accedere anche alla compilazione del certificato telematico di malattia.

Dimissioni ospedaliere, pronto soccorso, day hospital e casi particolari

Per i ricoveri, le dimissioni, per le giornate di day-hospital (equiparate al ricovero) e per le prestazioni di pronto soccorso, sussiste l'obbligo di rilascio delle relative comunicazioni o dei relativi certificati di malattia da parte di quelle Strutture.

Si ricorda che il certificato di malattia attesta l'incapacità al lavoro per tutti i giorni solari compresi nel periodo assegnato in prognosi e che viene riconosciuta per il /i giorno/i correttamente certificato/i di ricovero o di prestazione e per i giorni eventualmente assegnati come prognosi che, si ricorda, non deve essere clinica ma lavorativa.

Cicli di cura ricorrenti: se il lavoratore si sottopone a lunghi cicli periodici di terapie ambulatoriali e specialistiche, che influenzano la sua capacità lavorativa, è necessario che sul certificato medico rilasciato venga barrata la **casella della ricaduta.**

Certificati di malattia e rientro anticipato al lavoro

L'INPS, sulla base della normativa vigente, ha fornito indicazioni in merito al rientro anticipato al lavoro dopo malattia rispetto alla prognosi precedentemente assegnata:

1. con il messaggio n. 6873/14, per i soli propri dipendenti
2. con Circolare 79/2017, per tutti i lavoratori indennizzati per malattia da INPS.

Ogni lavoratore assicurato per malattia da INPS, assente per malattia e che abbia riacquisito la propria capacità di lavoro anticipatamente rispetto all'iniziale previsione certificata, deve presentare rettifica dell'iniziale prognosi.

“La rettifica della data di fine prognosi, a fronte di una guarigione anticipata, rappresenta un adempimento obbligatorio da parte del lavoratore, sia nei confronti del datore di lavoro, ai fini della ripresa anticipata dell'attività lavorativa, sia nei confronti dell'INPS, considerato che, mediante la presentazione del certificato di malattia, viene avviata l'istruttoria per il riconoscimento della prestazione previdenziale senza necessità di presentare alcuna specifica domanda... Omissis... Affinché la rettifica venga considerata tempestiva non è sufficiente che essa sia effettuata prima del termine della prognosi originariamente certificata, bensì è necessario che intervenga prima della ripresa anticipata dell'attività lavorativa. Essa va richiesta al medesimo medico che ha redatto il certificato, riportante una prognosi più lunga”.

Malattia – Concetti da rimarcare

- È indispensabile sempre indicare una diagnosi intellegibile
- Se si tratta di “postumi”, questi vanno specificati
- La locuzione “esiti di...” va evitata, perché esito indica la conclusione di un processo morboso e come tale non può essere indennizzato o retribuito
- I primi tre giorni di malattia - per i lavoratori con pagamento a conguaglio - sono pagati secondo contratto direttamente dal datore di lavoro (c.d. carenza). I successivi sono rimborsati dall'INPS
- Di qui l'importanza di segnalare correttamente se il certificato emesso è un inizio malattia o una continuazione o una ricaduta
- Nel caso di ricaduta, generalmente l'onere economico a carico dell'INPS inizia dal 1° giorno di ricaduta. In tali casi è necessario barrare l'apposita casella R (Ricaduta) nello specifico modulo di malattia. Trattasi di ricaduta quando l'assenza dal lavoro è dovuta ad una malattia che aveva già prodotto una incapacità temporanea precedente e che si ripresenta dopo una ripresa lavorativa entro trenta giorni dal precedente episodio cui è causalmente legato
- Bisogna ricordare che la malattia del lavoratore privato - a differenza di quello pubblico - non può essere indennizzata per più di 180 giorni nell'anno solare (salvo rarissime eccezioni) e che spesso il periodo di comporto (cioè il periodo durante il quale il datore di lavoro non può licenziare) nei contratti di lavoro ha analogia durata
- In caso di malattia determinata da evento traumatico - ai sensi dell'art. 42, comma 1, della legge 4 novembre 2010, n. 183 - il medico deve darne segnalazione nello spazio appositamente dedicato sul certificato telematico
- Nei casi di malattia determinata da patologie gravi che richiedono terapie salvavita o derivante da invalidità riconosciuta nei termini di legge (o da causa di servizio, esclusivamente per i lavoratori pubblici), è indispensabile che il medico certificatore segnali il verificarsi di una di queste evenienze scegliendo nell'apposito menu a tendina delle “agevolazioni” quella opportuna, in quanto questo esonera il malato dall'obbligo di reperibilità nelle fasce orarie delle visite fiscali.

Obblighi del lavoratore malato

I lavoratori assenti per malattia hanno obblighi e oneri:

- devono richiedere, verificandone correttezza dei dati e effettività dell'invio, il certificato medico comprovante lo stato di malattia, che verrà inviato per via telematica dal medico o dalla struttura sanitaria pubblica che lo rilascia, all'INPS, il quale provvede a rendere disponibile il relativo attestato al datore di lavoro
- devono comunicare tempestivamente il loro stato di malattia all'ufficio di appartenenza e, comunque, all'inizio del turno di lavoro del giorno in cui si verifica l'assenza; tale informativa deve essere data anche in caso di proseguimento della malattia. I casi di grave impedimento a questa prassi saranno valutati caso per caso in sede di esame delle cause di giustificazione dal datore di lavoro e dall'ente previdenziale
- devono comunicare, se espressamente richiesto, al proprio datore di lavoro il numero di protocollo fornito dal medico certificatore
- devono, in caso di cambio della reperibilità in corso di malattia, obbligatoriamente comunicare per tempo tale modifica al datore di lavoro sempre e all'INPS se sono ivi assicurati per la malattia; questa comunicazione è a cura diretta del lavoratore e non può avvenire tramite il medico curante
- possono chiedere l'invio automatico via SMS del numero di protocollo dei certificati al proprio telefono cellulare

- possono richiedere all'INPS o al curante (legge n. 221/2012) che ha redatto il certificato l'invio dei certificati alla propria casella di posta elettronica certificata (PEC) (*per richiedere l'attivazione gratuita del servizio di Posta Certificata al cittadino collegandosi al portale www.postacertificata.gov.it*)
- possono telefonare al *contact center* dell'INPS al numero 803.164 o tramite il sito ufficiale dell'INPS, per verificare l'avvenuto invio del certificato online
- possono consultare in qualsiasi momento i propri attestati/certificati direttamente sul sito dell'INPS una volta in possesso del numero di protocollo (PUC o PUCIR); rispettivamente per gli attestati con il proprio codice fiscale e per i certificati con il PIN rilasciato anche online da INPS.

Facoltà e obblighi dei datori di lavoro e loro delegati

Con l'entrata in vigore del certificato telematico di malattia, il datore di lavoro non può più richiedere ai propri dipendenti di presentare e/o inviare copia cartacea dell'attestato di malattia relativo ad un certificato medico, ma è tenuto lui stesso a reperire tramite i servizi online dell'INPS l'attestato del lavoratore assente per malattia.

Il datore di lavoro può, comunque, chiedere ai propri dipendenti di comunicare il numero di protocollo del certificato inviato online.

Per consultare gli attestati di malattia dei propri dipendenti, il datore di lavoro può:

- accedere direttamente al sistema INPS con proprie credenziali rilasciate dall'Istituto come stabilito dalla Circolare INPS n. 60 del 16 aprile 2010 e successivi messaggi integrativi;
- fruire dei servizi on line di comunicazione per l'invio anche massivo degli attestati, messi a disposizione dall'INPS;
- richiederne l'invio automatico alla propria PEC (disposizione prevista dalla Circolare INPS n. 119 del 7 settembre 2010).

Le visite mediche di controllo

La richiesta di visita di controllo dei lavoratori del settore pubblico e privato assenti per malattia è diventato telematico ed è accessibile dal portale INPS.

A partire dal 1° ottobre 2011, è stata infatti attivata la procedura di richiesta di visita di controllo telematica da parte dei datori di lavoro pubblici e privati.

Il sistema di richiesta del servizio di controllo sia domiciliare sia ambulatoriale dello stato di salute dei propri dipendenti in malattia, diversamente dal sistema di invio della certificazione medica di malattia telematica che è mediato dal SAC, è gestito senza intermediazioni direttamente dall'INPS mediante il servizio di "Richiesta Visita Medica di Controllo", con accesso tramite PIN.

La richiesta viene convogliata, per la sua susseguente trattazione, alla Sede INPS competente per residenza/domicilio o reperibilità del lavoratore, prendendo a riferimento il relativo CAP: per questo è molto importante che lo stesso sia corretto e congruente con l'indirizzo fornito.

Gli **orari di reperibilità** sono fissati per legge e chiunque è tenuto a rispettarli per dovere di diligenza, eccetto chi ne sia esonerato per previsione regolamentare.

Attualmente le fasce di reperibilità sono le seguenti:

- per i **dipendenti privati** (categorie assicurate per la malattia con INPS): 7 giorni su 7 con la **reperibilità nelle fasce dalle 10:00 alle 12:00 e dalle 17:00 alle 19:00**
- per i **dipendenti della Pubblica Amministrazione**, e lavoratori privati non assicurati per la malattia con INPS se previsto dallo specifico contratto: 7 giorni su 7 con la reperibilità nelle fasce dalle ore **09:00 alle ore 13:00 dalle ore 15:00 alle ore 18:00**.

Esclusione dalle fasce di reperibilità

L'esenzione dalla reperibilità del lavoratore nelle fasce orarie stabilite, dopo essere stata a lungo regolamentata diversamente tra *settore pubblico* (DPCM 18 dicembre 2009, n. 206) e *settore privato* (DM Lavoro 11 gennaio 2016), a seguito dell'emanazione del D. Lgs. 25 maggio 2017, n. 75, e con riferimento all'articolo 18 co.1 p.to d) del medesimo, la materia degli esoneri dal rispetto delle fasce di reperibilità è stata completamente rivista e la previgente normativa abrogata.

Infatti, con il DM 17 ottobre 2017, n. 206, del Ministro per la Semplificazione e la Pubblica Amministrazione di concerto con il Ministro del lavoro e delle politiche sociali, è stato pubblicato il "*Regolamento recante modalità per lo svolgimento delle visite fiscali e per l'accertamento delle assenze dal servizio per malattia, nonché l'individuazione delle fasce orarie di reperibilità, ai sensi dell'articolo 55-septies, comma 5-bis, del decreto legislativo 30 marzo 2001, n. 165. (17G00221)*".

All'art. 4 del citato Decreto, sono elencate le esclusioni dall'obbligo di reperibilità (c.d. agevolazioni):

- a) **patologie gravi che richiedono terapie salvavita;**

b) causa di servizio riconosciuta che abbia dato luogo all'ascrivibilità della menomazione unica o plurima alle **prime tre categorie della Tabella A** allegata al decreto del Presidente della Repubblica 30 dicembre 1981, n. 834, ovvero **a patologie rientranti nella Tabella E** del medesimo decreto;

c) stati patologici sottesi o connessi alla situazione di **invalidità riconosciuta, pari o superiore al 67%**. Si allineano così finalmente tutte le fattispecie a **stati di salute di impegno funzionale rilevante** e non più bagatellare, come era possibile nel settore pubblico in vigenza del precedente DPCM abrogato non essendo in esso previsto alcun *cut-off*.

Sicché le Linee guida di orientamento alla corretta applicazione delle "agevolazioni" – allegate alla Circolare INPS n. 95/2016 – acquisiscono operatività completa sia nel settore privato sia in quello pubblico.

Importante:

- **L'esonero è dalla reperibilità** al domicilio nelle fasce orarie prescritte, **non dal controllo** che può essere esercitato, se ritenuto utile, previo appuntamento
- Lo "status" di invalido – *civile, pensionabile* (INPS), *per lavoro* (INAIL), *per servizio* (causalità di servizio) – **deve risultare dai rispettivi verbali rilasciati dalle Strutture deputate al loro riconoscimento**
- **Nel settore privato NON è contemplata la Causa di servizio**
- La segnalazione dell'agevolazione **va posta con estremo rigore e sempre quando ne ricorra la fattispecie.**

Contatti INPS per medici, lavoratori e datori di lavoro

Per i medici:

800 180 919 - Risponditore telefonico con assistenza di operatore per l'invio dei certificati reso disponibile dall'INPS (attivo dal lunedì al venerdì dalle ore 8.00 alle 20.00 e il sabato dalle ore 8.00 alle 14.00)

800 013 577 - Risponditore telefonico automatico per l'invio dei certificati reso disponibile da MEF-Sogei (attivo 24 ore su 24)

800 030 070 - Helpdesk per problematiche tecniche reso disponibile da MEF-Sogei (attivo dal lunedì al sabato dalle ore 8.00 alle 20.00).

Per i lavoratori e datori di lavoro:

803 164 - Helpdesk reso disponibile dall'INPS (attivo dal lunedì al venerdì dalle ore 8.00 alle 20.00 e il sabato dalle ore 8.00 alle 14.00)

Il certificato Telematico di "malattia specifica" ovvero di AFFEZIONE TUBERCOLARE

La tutela della tubercolosi, considerata una vera malattia sociale e oggi altrimenti definita come "malattia specifica", in Italia inizia con la legge n. 1132 del 1928 e si è arricchita di ulteriori garanzie per chi si ammala, grazie a successivi provvedimenti di legge.

Essa prevede norme più favorevoli della malattia comune riguardo la carenza e la durata nella prestazione, oltre a molti altri benefit accessori.

Nella maggior parte dei casi è una prestazione erogata dall'INPS, ma per chi ne è escluso la legge ha previsto analoghe forme a cura delle AA.SS.LL. e, se di riconosciuta origine professionale, a cura dell'INAIL.

Per la definizione di rischio è necessario che siano soddisfatti tre requisiti:

1. la malattia tubercolare **deve avere come agente eziologico il *Mycobacterium tuberculosis complex (MTBC)*** (*Mycobacterium tuberculosis* (MTB), *M. africanum*, *M. canettii*, *M. bovis*, *M. microti*, *M. orygis*, *M. caprae*, *M. pinnipedii*, *M. suricattae* e, recentemente identificato, *M. mungi*), **essendo esclusi dalla tutela tutti gli altri micobatteri** (ad es. *Mycobacterium avium* complex (MAC) che include *Mycobacterium avium*, *Mycobacterium intracellulare*, e altri micobatteri simili) e i MOTT
2. deve necessitare di terapia specifica
3. deve comportare incapacità lavorativa.

Al fine del giudizio medico legale per il riconoscimento delle prestazioni, secondo il D.M. 29.07.1998 "Modificazione alla scheda di notifica di caso di tubercolosi e micobatteriosi non tubercolare" allegata al Decreto Ministeriale 15 dicembre 1990 si definisce un caso accertato quando si ha:

- isolamento colturale del micobatterio complex
- esame microscopico diretto positivo per bacilli alcol-acido resistenti con segni clinici e/o radiologici indicativi per Tb attiva
- segni clinici suggestivi di Tb più almeno due dei seguenti elementi
 - indagini strumentali
 - criterio *ex-adjvantibus* (limite 90 giorni)
 - test di Mantoux positivo
- diagnosi autoptica.

Le principali prestazioni erogate, per le quali deve sussistere, in caso di tutela INPS, il requisito amministrativo di almeno 52 contributi nell'arco della vita lavorativa (art. 3 L. 419/1975), sono:

- indennità giornaliera
- indennità post-sanatoriale o post-ambulatoriale (IPS/IPA)
- assegno di cura o sostentamento.

L'indennità giornaliera (IA), concessa a domanda, su parere del medico INPS, spetta agli assicurati per i giorni di ricovero in struttura sanitaria o per i giorni cura ambulatoriale e, dopo la redazione del primo certificato introduttivo anch'esso telematico, deve essere prodotto ogni 30 giorni un ulteriore certificato sempre telematico che attesti se la cura si è conclusa o prosegue.

Le cure debbono essere praticate presso strutture sanitarie pubbliche seguendo scrupolosamente le prescrizioni, altrimenti il diritto alla prestazione decade come anche in caso che l'assicurato lavori alle dipendenze di terzi percependo l'intera retribuzione.

L'indennità post-sanatoriale o post-ambulatoriale (IPS) spetta per un periodo di 24 mesi dopo la fruizione dell'indennità giornaliera e solo se il periodo complessivo di ricovero o cura ambulatoriale non sia stato inferiore a 60 giorni (art. 5 L. 419/1975).

Risulta particolarmente favorevole perché è compatibile con l'attività di lavoro interamente retribuita.

In caso di interruzione volontaria delle cure non si ha diritto alla corresponsione della stessa.

L'assegno di cura o sostentamento (ACS), istituito con l'art. 4 della L. 1088/1970, con lo scopo di provvedere ad una corretta e adeguata alimentazione nel dopo malattia onde impedire ricadute o recidive da malnutrizione. Spetta, a domanda, a decorrere dal giorno successivo all'indennità post-sanatoriale, per un periodo di 24 mesi.

E' richiesto che la *capacità di guadagno in occupazioni confacenti alle attitudini sia ridotta a meno della metà per effetto o in relazione alla malattia tubercolare* (art.6 legge 419/1975).

Si differenzia dalla prestazione di invalidità, sotto il profilo medico legale, in quanto:

- si valuta la capacità di guadagno e non di lavoro
- manca il requisito della permanenza
- è incumulabile con altri redditi da lavoro.

Tra i servizi telematici offerti dall'INPS, come accennato, ci sono oggi sia le domande di assistenza per cure tubercolari sia i certificati medici introduttivi.

A questi ultimi è associato un numero identificativo che deve essere rilasciato all'interessato perché da inserire nella domanda e consentire l'aggancio telematico dei due documenti, con la particolarità che la domanda può essere presentata anche in ampia differita rispetto al momento certificativo.

Il medico curante è oggi interessato soprattutto alla compilazione e invio dell'SS3 per ACS.

La telematizzazione dei certificati introduttivi INPS

La "dematerializzazione" documentale introdotta con il Codice dell'Amministrazione digitale (CAD) – *fortemente evocativa di snellimento, semplificazione, razionalizzazione e risparmio dai molteplici profili a partire dal recupero dell'efficienza produttiva con riqualificazione dei profili professionali, fino al raggiungimento di efficienza/efficacia ottimale per la rapidità nell'elaborazione, trasmissione, archiviazione e recupero di grandi moli di dati* – è, da qualche anno, al centro del processo innovativo della Pubblica Amministrazione, sicché oggi la quasi totalità dei documenti si forma e si gestisce interamente in formato elettronico. In questo ambito, *anche in ottemperanza di ulteriori recenti norme, quali quelle prevedute all'art. 38, comma 5, della legge 30 luglio 2010, n. 122*, si collocano i grandi progetti di telematizzazione perseguiti, negli ultimi tempi, dall'INPS, in grado di garantire assoluta trasparenza, tempestività ed efficacia dell'azione amministrativa.

Sicché, oggi, le prestazioni sono pressoché completamente telematizzate – dalle domande alle modalità di erogazione – e, per quanto riguarda l'argomento di questa trattazione, sono in gran parte telematizzati anche i certificati medici a supporto di prestazioni erogabili *ovvero* da cessare sulla base di "fatti di salute/esistenza in vita", con accessi differenziati a seconda che possano essere rilasciati solo da Strutture di ricovero, da medici pubblici/convenzionati o liberi professionisti, con particolari qualifiche (ad es. medico necroscopo).

Il vantaggio non trascurabile per l'INPS è di avere tutti i certificati protocollati, storicizzati e tracciati, omogeneamente composti, prontamente disponibili alle diversificate trattazioni.

Il vantaggio per i medici certificatori è di seguire un format standardizzato, validato, della cui provenienza si è certi, non accessibile a terzi, informaticamente sicuro e, cosa non di poco conto, predisposto rispettando tutte le norme di legge vigenti e obbligatorie che regolano la materia di riferimento, senza eccedenze né dimenticanze, guidato secondo i precisi vincoli dalle stesse norme imposti e immediatamente aggiornato in caso di novelle legislative.

La maggior parte dei certificati richiesti al medico per supportare una domanda di prestazione previdenziale o assistenziale prevedono annotazione di visita completa con messa in rilievo dei dati oggettivi, in essa riscontrati, inerenti la salute della persona.

Non devono pertanto essere annotati con sciattezza o superficialità né con esagerazione o mera plurima elencazione, ma, come ogni altro documento redatto dal medico, deve rispondere ai criteri deontologici di veridicità, completezza e rigore scientifico.

[Di seguito](#), si riportano per esemplificazione alcuni dei modelli di certificati introduttivi oggi richiesti da INPS al medico non ospedaliero.

Appare importante sottolineare come sia sempre necessario leggere il manuale d'uso allegato ad ogni certificato telematico ovvero la parte introduttiva del modello cartaceo, per dipanare ogni eventuale dubbio non solo di compilazione, ma anche, e soprattutto, circa la platea degli aventi diritto nonché su certi dettagli normativi che non hanno potuto trovare in procedura univocità di vincoli escludenti.

Ad esempio, richiamando [quanto già detto](#) sul tema nell'apposita sezione, è frequentissimo che il medico certificatore – cui è richiesto un certificato introduttivo per “Invalidità civile, sordità civile, cecità civile” – da persona per improvvisa perdita totale o parziale dell'udito, compili il certificato biffando la richiesta di “sordità civile” nel falso convincimento che così il richiedente potrà accedere alla concessione della protesi acustica a carico del SSN.

Questo è un grave errore perché, oltre alla perdita di mesi utili, la vicenda si concluderà di certo con una “**domanda respinta**” perché la legge 20 febbraio 2006, n. 95, articolo 1, comma 2, esplicitamente recita “... *si considera sordo il minorato sensoriale dell'udito **affetto da sordità³ congenita o acquisita durante l'età evolutiva** che gli abbia compromesso il normale apprendimento del linguaggio parlato, ...*”.

Cosicché, ricordando che nessuna prestazione previdenziale è accedibile in assenza di esplicita domanda della stessa, ciò che viene richiesto ad un certo titolo non può essere valutato ad altro titolo neppure in subordine; in definitiva, l'ipoacusico non può essere valutato come invalido civile se non l'ha richiesto: ecco dunque che, per ottenere una corretta valutazione, si rende necessario ripresentare una nuova domanda, concretizzandosi una non opportuna perdita di tempo.

Invalidità pensionabile – Mod. SS3

(se non visualizzi correttamente le figure, [clicca qui](#) – è richiesta una connessione a Internet)

³ La definizione “sordomuto” è stata cancellata ai fini legislativi e legali dalla medesima legge 95/2006 ed oggi la persona si definisce unicamente “sorda” e lo è se ha una grave riduzione delle capacità uditive che è insorta alla nascita o comunque in **età evolutiva che si considera conclusa al compimento del 12° anno di età**.



Certificato medico (SS3) - 1/2

NOME*	<input type="text"/>	COGNOME*	<input type="text"/>
CODICE FISCALE*	<input type="text"/>	NATO/A IL* ^{GG/MM/AAAA}	<input type="text"/>
TELEFONO*	<input type="text"/>	CELLULARE	<input type="text"/>
INDIRIZZO E-MAIL	<input type="text"/>		
DOC. DI RICONOSCIMENTO*	<input type="text"/>	NUMERO*	<input type="text"/>
RILASCIATO DA*	<input type="text"/>	IN DATA*	<input type="text"/>

- Anamnesi lavorativa pregressa e occupazione attuale *

- anamnesi remota e prossima (in particolare evidenza ricoveri ospedalieri) *

* Questi campi devono essere compilati obbligatoriamente



Certificato medico (SS3) - 2/2

NOME* COGNOME*

CODICE FISCALE*

• Obiettività *

• Terapia *

• Diagnosi *

Luogo * _____ data * _____

• MEDICO CERTIFICATORE

NOME* COGNOME*

CODICE FISCALE

ISCRIZIONE ALL'ORDINE PROVINCIALE DEI MEDICI N° *

* Questi campi devono essere compilati obbligatoriamente

Prevenzione dell'invalidità pensionabile - Cure Termali

(se non visualizzi correttamente la figura, [clicca qui](#) - è richiesta una connessione a Internet)



Mod. CT/1
COD. SR39



Domanda di cure termali - 3/3 Certificato medico

Per cure termali Inps, da allegare in busta chiusa

COGNOME NOME

SESSO M F CODICE FISCALE

NATO/A IL GG/MM/AAAA A PROV.

● Anamnesi circostanziata

Patologie per le quali si richiedono le cure termali (osteoarticolari o broncopolmonari):

Accertamenti diagnostici:

Terapia in atto:

GG. di assenza nell'anno per la malattia _____

Patologia _____

● Esame obiettivo

Stato generale:

Altezza cm: _____ Peso kg: _____

Apparato interessato alle cure: respiratorio osteoarticolare

Apparato cardio circolatorio: p. a. f. c.

Altri organi e apparati: _____

Diagnosi:

Terapia consigliata: balneo fango fango balneo inalatoria

Data _____

Firma del medico _____

Prestazioni antitubercolari – Assegno di Cura o Sostentamento

DATI PAZIENTE			
Dati Anagrafici			
Codice Fiscale:	[REDACTED]		
Cognome:	[REDACTED]	Nome:	[REDACTED]
Data di nascita:	15/05/1973	Stato di nascita:	ITALIA
Provincia di nascita:	BA	Comune di nascita:	GRUMO APPULA
Dati Residenza			
Provincia:	BA	Comune:	TORITTO
Cap:	70020	Indirizzo:	[REDACTED]
Codice Asl:	BA114		
Recapiti			
Telefono:	1111	Cellulare:	
E-mail:			
Documento di Riconoscimento			
Tipo:	Carta d'identità	Numero:	[REDACTED]
Rilasciato da:	Comune	Data di rilascio:	01/01/2012

CERTIFICATO DI PRESTAZIONE ANTITUBERCOLARE			
DATI PRESTAZIONE			
Tipo Prestazione:	Prestazione ambulatoriale	Data inizio:	01/01/2012
ANAMNESI			
fsdfsdf			
ESAME OBIETTIVO			
Sede Anatomico:	polmonare		
ddsdf			
DOCUMENTAZIONE SANITARIA/ESAMI STRUMENTALI E LABORATORISTICI			
Escreato Diretto:	positivo		
Altro materiale Diretto:	negativo		
sdfdsd			
TERAPIA			
dsdfsdfsdf			
DIAGNOSI			
ICD9- CM Versione 2007:	01.02.011.41 Fibrosi tubercolare del polmone,esame batteriologico o istologico non effettuato		
Classificazione epidemiologica del Ministero della Salute:	Tubercolosi clinicamente attiva		
Eventuali Note di Diagnosi:	[REDACTED]		
Classificazione OMS rispetto al trattamento Antitubercolare:	Nuovo caso di Tbc		
GIUDIZIO DI DIMISSIONE MOTIVATA			
Classificazione OMS rispetto all'esito della cura:	Dimesso temporaneamente	in data:	01/02/2012

DATI MEDICO CERTIFICATORE			
Ruolo	Medico SSN	Codice Fiscale:	[REDACTED]
Cognome:	[REDACTED]	Nome:	[REDACTED]
Iscrizione Odm provinciale di:	SA	Numero:	[REDACTED]
Codice Regionale del medico:	123	Provincia della ASL:	RM
Codice ASL:	RM101	Medico Ambulatoriale ASL:	No
Azienda Ospedaliera o assimilata*:	120904 - OSPEDALE PEDIATRICO BAMBINO GESU'		
Luogo:	SANT'ANTIOCO	Data:	26/09/2013

*Struttura di ricovero pubblica o privata accreditata secondo lo standard del Ministero della Salute

← INDETRO

AVANTI →

Certificato Introduttivo

[Guida](#)

Cognome e Nome Medico: ██████████ Provincia: AG N° Iscrizione all'Ordine: ██████████

Cognome Richiedente:	██████████
Nome Richiedente:	ALESSANDRA
Codice Fiscale:	██████████
Sesso:	<input type="radio"/> M <input checked="" type="radio"/> F
Codice Tessera Sanitaria:	██████████
ASL di appartenenza(*):	- Seleziona Provincia ASL - ▾ - Seleziona ASL - ▾
Data di nascita:	26-08-1968
Provincia di nascita:	FI
Comune di nascita:	FIRENZE
Anamnesi:	<input type="text"/> <input type="button" value="Salva"/>
Obiettività:	<input type="text"/> <input type="button" value="Salva"/>
Diagnosi(*):	<input type="text"/> <input type="button" value="Salva"/>
<input type="text"/> Codice ICD9-CM	- Seleziona Ramo Patologia - - Seleziona Sezione Patologia - - Seleziona Patologia -
<input type="text"/> Codice ICD9-CM	- Seleziona Ramo Patologia - - Seleziona Sezione Patologia - - Seleziona Patologia -
<input type="text"/> Codice ICD9-CM	- Seleziona Ramo Patologia - - Seleziona Sezione Patologia - - Seleziona Patologia -
<input type="text"/> Codice ICD9-CM	- Seleziona Ramo Patologia - - Seleziona Sezione Patologia - - Seleziona Patologia -
Ulteriore specificazione patologia:	<input type="text"/> <input type="button" value="Salva"/>
Terapia:	<input type="text"/> <input type="button" value="Salva"/>
Il presente certificato è rilasciato ai fini della domanda di (*):	<input type="checkbox"/> Invalidità civile <input type="checkbox"/> Cecità <input type="checkbox"/> Sordità <input type="checkbox"/> Sordocecità (Legge 24 giugno 2010, n. 107) <input type="checkbox"/> Handicap <input type="checkbox"/> Disabilità
Si certifica che la persona è:	Impossibilitata a deambulare senza l'aiuto permanente di un accompagnatore: <input type="radio"/> SI <input type="radio"/> NO <input type="radio"/> Non mi esprimo Non in grado di compiere gli atti quotidiani della vita senza assistenza continua: <input type="radio"/> SI <input type="radio"/> NO <input type="radio"/> Non mi esprimo <input type="checkbox"/> Affetta da malattia neoplastica in atto <input type="checkbox"/> Affetta da patologia in situazione di gravità ai sensi del D.M. 2 Agosto 2007 <input type="checkbox"/> Sussistono in atto controindicazioni mediche che rendono rischioso o pericoloso per se o per gli altri lo spostamento del soggetto dal suo domicilio Affetta da patologia di competenza ANFFAS Consulta elenco patologie di competenza ANFFAS <input type="radio"/> SI <input type="radio"/> NO
Segnalo che:	<input type="checkbox"/> Per gli effetti di cui all'art. 41 Legge n. 183/2010, una o più infermità, per le quali si chiede il riconoscimento dello stato invalidante, potrebbero dipendere da fatto illecito di terzi:
<input type="text"/> Patologia Psichiatrica	- Seleziona Ramo Patologia - - Seleziona Sezione Patologia - - Seleziona Patologia -
Specializzazione del Medico che fa parte della commissione:	<input type="text"/> Nessuna specializzazione ▾ ATTENZIONE! Se il richiedente è residente nella regione Emilia Romagna è obbligatorio indicare la specializzazione
Luogo(*):	██████████
Data:	10-05-2017

N.B. I campi contrassegnati da (*) sono obbligatori

Certificato integrativo

Certificato Integrativo

[Guida](#)

Cognome e Nome Medico: [REDACTED] Provincia: AG N° Iscrizione all'Ordine: [REDACTED]

Cognome Richiedente:	[REDACTED]
Nome Richiedente:	[REDACTED]
Codice Fiscale:	[REDACTED]
Sesso:	<input type="radio"/> M <input checked="" type="radio"/> F
Codice Tessera Sanitaria:	<input type="text"/>
ASL di appartenenza(*):	- Seleziona Provincia ASL - - Seleziona ASL -
Data di nascita:	26-08-1968
Provincia di nascita:	FI
Comune di nascita:	FIRENZE
Diagnosi(*):	<input type="text"/> <input type="button" value="Salva"/>
Si certifica che la persona è:	<input type="radio"/> SI Impossibilitata a deambulare senza l'aiuto permanente di un accompagnatore: <input type="radio"/> NO <input type="radio"/> SI Non in grado di compiere gli atti quotidiani della vita senza assistenza continua: <input type="button" value="Annulla"/> <input type="radio"/> NO
Richiesta visita domiciliare:	<input type="checkbox"/> Certifico che sussistono in atto controindicazioni mediche che rendono rischioso o pericoloso per sé o per gli altri lo spostamento del soggetto dal suo domicilio.
Luogo(*):	<input type="text"/>
Data:	10-05-2017

N.B. I campi contrassegnati da (*) sono obbligatori

Il certificato per il rilascio del contrassegno invalidi

Il rilascio e il rinnovo del contrassegno per la circolazione e la sosta dei veicoli al servizio delle persone invalide sono previsti e normati dal Codice della Strada e dal relativo regolamento di esecuzione riportati nel box.

Decreto Legislativo 30 aprile 1992, n. 285, "Nuovo codice della strada" (Pubblicato nella G.U. 18 maggio 1992, n. 114, S.O.)

Articolo 188. Circolazione e sosta dei veicoli al servizio di persone invalide

Comma 1. Per la circolazione e la sosta dei veicoli al servizio delle persone invalide gli enti proprietari della strada sono tenuti ad allestire e mantenere apposite strutture, nonché la segnaletica necessaria, per consentire ed agevolare la mobilità di esse, secondo quanto stabilito nel regolamento.

Comma 2. I soggetti legittimati ad usufruire delle strutture di cui al comma 1 sono autorizzati dal sindaco del comune di residenza nei casi e con limiti determinati dal regolamento e con le formalità nel medesimo indicate.

Decreto del Presidente della Repubblica 16 dicembre 1992, n. 495 "Regolamento di esecuzione e di attuazione del nuovo codice della strada" (Pubblicato nella G.U. 28 dicembre 1992, n. 303, S.O.)

Articolo 381

Comma 2. Per la circolazione e la sosta dei veicoli a servizio delle persone invalide con capacità di deambulazione impedita, o sensibilmente ridotta, il comune rilascia apposita autorizzazione in deroga, previo specifico accertamento sanitario. L'autorizzazione è resa nota mediante l'apposito contrassegno invalidi denominato: "contrassegno di parcheggio per disabili" conforme al modello previsto dalla raccomandazione n. 98/376/CE del Consiglio dell'Unione europea del 4 giugno 1998 di cui alla figura V.4. Il contrassegno è strettamente personale, non è vincolato ad uno specifico veicolo ed ha valore su tutto il territorio nazionale. In caso di utilizzazione, lo stesso deve essere esposto, in originale, nella parte anteriore del veicolo, in modo che sia chiaramente visibile per i controlli.

Comma 3. Per il rilascio della autorizzazione di cui al comma 2, l'interessato deve presentare domanda al sindaco del comune di residenza, nella quale, oltre a dichiarare sotto la propria responsabilità i dati personali e gli elementi oggettivi che giustificano la richiesta, deve presentare la certificazione medica rilasciata dall'ufficio medico-legale dell'Azienda Sanitaria Locale di appartenenza, dalla quale risulta che nella visita medica è stato espressamente accertato che la persona per la quale viene chiesta l'autorizzazione ha effettiva capacità di deambulazione impedita o sensibilmente ridotta. L'autorizzazione ha validità 5 anni. Il rinnovo avviene con la presentazione del certificato del medico curante che confermi il persistere delle condizioni sanitarie che hanno dato luogo al rilascio.

Riassumendo:

- 1) La certificazione per il primo rilascio del contrassegno è di competenza del Servizio Medico Legale della Azienda Sanitaria Locale di appartenenza del richiedente;
- 2) La certificazione che, ogni cinque anni, deve essere presentata per il rinnovo del contrassegno spetta al medico curante dell'invalido che deve accertare che persistono le condizioni che hanno dato luogo al rilascio e che il medesimo ha capacità di deambulazione sensibilmente ridotta.

Di seguito riportiamo un fac-simile di tale certificato.

CERTIFICAZIONE PER IL RINNOVO DEL CONTRASSEGNO PER LA CIRCOLAZIONE E LA SOSTA DEI VEICOLI AL SERVIZIO DELLE PERSONE INVALIDE

Ai sensi dell'art. 188 del Codice della Strada e dell'art. 381 del D.P.R. 16/12/1992 (Regolamento di esecuzione), ai fini del rinnovo della autorizzazione al transito e sosta e in esito alla visita effettuata in data odierna, verificato che persistono le condizioni sanitarie che hanno dato luogo al rilascio;

SI CERTIFICA

che il/la sig./sig.ra _____, nato/a il _____

a _____ residente in _____

via _____

è tuttora in possesso dei requisiti previsti per la concessione del contrassegno di cui alle norme sopra richiamate.

Data, _____

Timbro e firma del medico

La certificazione di gravidanza

Le prime norme in favore del lavoro femminile che prendessero in considerazione la salute fisica della donna e ne attutissero lo svantaggio lavorativo rispetto agli uomini, risalgono, in Italia, ai primi del Novecento.

Non di rado la donna era costretta a scegliere fra la propria autonomia economica derivata dal proprio lavoro e la vita familiare sacrificando i propri interessi a quelli della maternità, sentiti più nobili.

Gli iniziali provvedimenti di legge – importanti, ma parziali – trovano superamento nell'art. 37 della Costituzione che, sancendo “*La donna lavoratrice ha gli stessi diritti e, a parità di lavoro, le stesse retribuzioni che spettano al lavoratore. Le condizioni di lavoro devono consentire l'adempimento della sua essenziale funzione familiare e assicurare alla madre e al bambino una speciale adeguata protezione*”, si pone a presupposto di tutti gli interventi normativi successivi sistematizzati nel Decreto Legislativo 26 marzo 2001, n. 151 – *Testo unico delle disposizioni legislative in materia di tutela e sostegno della maternità e della paternità, a norma dell'articolo 15 della Legge 8 marzo 2000, n. 53*.

Oggi, ad oltre un secolo da quelle prime timide tutele, lo Stato riconosce il valore sociale della maternità e della paternità prevedendo particolari tutele assistenziali e previdenziali in favore della parentalità e tutela della vita umana dal suo inizio.

Sono di seguito richiamate le principali norme di riferimento che disciplinano la materia **concernente le lavoratrici madri** con particolare riguardo a “*congedi, riposi, permessi e tutela delle lavoratrici e dei lavoratori connessi alla maternità e paternità di figli naturali, adottivi e in affidamento, nonché il sostegno economico alla maternità e alla paternità*”.

Normativa di riferimento

1. **D.P.R. 25 novembre 1976 n. 1026** – Regolamento di esecuzione della Legge 30 dicembre 1971, n. 1204 (abrogata e sostituita dal testo unico)
2. **Decreto Legislativo 26 marzo 2001, n. 151** – “Testo Unico delle disposizioni legislative in materia di tutela e sostegno della maternità e della paternità, norma dell'art. 15 della Legge 8 marzo 2000, n. 53”
3. **Decreto Legislativo 18 luglio 2011, n. 119** – “Attuazione dell'articolo 23 della legge 4 novembre 2010, n. 183, recante delega al Governo per il riordino della normativa in materia di congedi, aspettative e permessi.

Questa attenzione che lo Stato riserva a madri, padri, nascituri e nati, affinché l'inserimento nella vita e/o nel nucleo familiare – primo centro esperienziale di tessuto sociale – sia il più possibile tutelato sul piano della salute fisica e affettiva, risponde al progetto propositivo ed evolutivo che una qualsiasi società deve porsi per proiettarsi nel futuro.

Ne discende che le importanti e solidaristiche salvaguardie previste, non possono che poggiarsi sulla accertata realtà del presupposto: la sussistenza del rischio coperto dal *favor legis*.

Ed ecco perché le previste certificazioni sono affidate alla responsabilità in scienza e coscienza della professionalità medica.

Interdizione dal lavoro delle lavoratrici in stato di gravidanza (Art. 17 T.U. – Art. 18 DPR 1026/1976 – L. 35/2012)

In difesa della salute della donna e del prodotto del concepimento, può essere disposta l'interdizione dal lavoro delle lavoratrici in stato di gravidanza, per periodi continuativi o frazionati, fino al periodo di astensione a titolo di congedo di maternità, per i seguenti motivi:

A) nel caso di gravi complicanze della gravidanza o di preesistenti forme morbose che si presume possano essere aggravate dallo stato di gravidanza; in questo caso, l'astensione – a decorrere dal 1° aprile 2012 – **è disposta dalla ASL** secondo le risultanze di un apposito accertamento medico. Il provvedimento dovrà essere emanato entro sette giorni dal ricevimento dell'istanza della lavoratrice ed **ha valore ex tunc** dal momento dell'astensione;

B) quando le condizioni di lavoro o ambientali siano ritenute pregiudizievoli alla salute della donna e del bambino;

C) quando la lavoratrice non possa essere spostata ad altre mansioni, secondo quanto previsto dagli articoli 7 e 12.

In questi altri due casi, il provvedimento di interdizione è disposto, d'ufficio o su istanza della lavoratrice, dalla Direzione territoriale del lavoro ed ha valore *ex nunc* dal momento del provvedimento stesso.

FLESSIBILITÀ

(Art. 20 T.U. – Circ. Min. Lav.Prev.Soc. n. 43/2000 – Circ. INPS 152/2000 e 8/2003 - Msg. INPS 15195/2006)

Le lavoratrici hanno facoltà di astenersi dal lavoro:

- dal mese precedente la data presunta del parto (*anziché dai due mesi precedenti*)
- e nei 4 mesi successivi al parto (*anziché nei 3 mesi successivi*)

a condizione che **il medico specialista del SSN o con esso convenzionato** e **il medico competente** ai fini della prevenzione e tutela della salute nei luoghi di lavoro, ove previsto, attestino che l'opzione non arrechi pregiudizio alla salute della gestante e del nascituro. Le certificazioni mediche devono essere acquisite dalla lavoratrice nel corso del VII mese di gravidanza (Circ. Min. 43/2000).

Nell'ipotesi dell'assenza dell'obbligo di sorveglianza sanitaria sul lavoro, il predetto medico specialista, sulla base delle informazioni fornite dalla lavoratrice sull'attività svolta, esprime altresì una valutazione circa la compatibilità delle mansioni e delle relative modalità di svolgimento ai fini della tutela della salute della gestante e del nascituro.

Solitamente, la donna che abbia fruito di un'astensione anticipata, anche se per un periodo limitato, non può avvalersi successivamente del beneficio della flessibilità, perché al di là del desiderio/volontà della donna di poter continuare a lavorare per tutto l'ottavo mese, sussiste l'interesse del nascituro a non ritrarre un danno da questa esposizione al lavoro, stante la pregressa sussistenza di motivazioni clinico-ambientali alla base dell'interdizione.

Infatti, la circolare ministeriale prevede che la concessione della flessibilità sia subordinata a:

- a) **assenza di condizioni patologiche** che configurino situazioni di rischio per la salute della lavoratrice e/o del nascituro al momento della richiesta;
- b) **assenza di un provvedimento di interdizione anticipata** dal lavoro o il venir meno delle cause che abbiano in precedenza portato ad un provvedimento di interdizione anticipata nelle prime fasi di gravidanza;
- c) **assenza di pregiudizio alla salute della lavoratrice e del nascituro** derivante dalle mansioni svolte, dall'ambiente di lavoro e/o dall'articolazione dell'orario di lavoro previsto; non è comunque consentito, ai fini dell'opzione, lo spostamento della lavoratrice ad altre mansioni o la modifica delle condizioni e dell'orario di lavoro;
- d) **assenza di controindicazioni** allo stato di gestazione riguardo alle modalità per il raggiungimento del posto di lavoro.

Congedo di maternità ovvero Astensione obbligatoria dal lavoro della lavoratrice e interruzione della gravidanza

(ART. 6 ultimo comma L. 138/1943 – Artt. 19, 21, 22 co. 2 e 76 T.U. – Art. 4, 12 e 14 D.P.R. 1026/1976 – Art. 2 D. Lgs. 119/2011 – Circc. INPS 149/1983, 63/1991, 82/2017)

A modifica di quanto previsto dalla legge 9 agosto 2013, n. 98 di conversione del decreto-legge 21 giugno 2013, n. 69, l'art. 61 p.to 8 del D. Lgs. 26 agosto 2016, n. 179, recita:

1. Prima dell'inizio del periodo di divieto di lavoro di cui all'articolo 16, lettera a), le lavoratrici devono consegnare al datore di lavoro e all'istituto erogatore dell'indennità di maternità **il certificato medico indicante la data presunta del parto**. La data indicata nel certificato fa stato, nonostante qualsiasi errore di previsione.

1-bis. Il certificato medico di gravidanza indicante la data presunta del parto deve essere inviato all'Istituto nazionale della previdenza sociale (INPS) **esclusivamente per via telematica direttamente dal medico del Servizio sanitario nazionale o con esso convenzionato, secondo le modalità e utilizzando i servizi resi disponibili dall'INPS.**

2. La lavoratrice è tenuta a presentare, entro trenta giorni, il certificato di nascita del figlio, ovvero la dichiarazione sostitutiva, ai sensi dell'articolo 46 del decreto del Presidente della Repubblica 28 dicembre 2000, n. 445.

2-bis. La trasmissione all'INPS del certificato di parto o del certificato **di interruzione di gravidanza deve essere effettuata esclusivamente per via telematica dalla competente struttura sanitaria pubblica o privata convenzionata con il Servizio sanitario nazionale**, secondo le modalità e utilizzando i servizi resi disponibili dall'INPS.

Con la circolare 4 maggio 2017, n. 82, si sono fornite istruzioni ai medici certificatori per la trasmissione telematica dei predetti certificati, alle donne e ai datori di lavoro per la consultazione, rispettivamente dei certificati e degli attestati di gravidanza e di interruzione della gravidanza.

Modalità di trasmissione e consultazione dei certificati

I certificati di gravidanza e, se del caso, di interruzione della gravidanza sono trasmessi telematicamente esclusivamente da un medico del Servizio Sanitario Nazionale o con esso convenzionato, tenuto a farlo, collegandosi all'apposito servizio presente sul sito dell'Istituto nella sezione riservata ai "Medici certificatori".

E' previsto un periodo transitorio di tre mesi (a partire dal maggio 2017), dalla data di pubblicazione della circolare, durante il quale è riconosciuta la possibilità per il medico di procedere al rilascio cartaceo dei certificati di gravidanza e di interruzione della gravidanza.

La trasmissione del certificato telematico comporta che la donna non sia più tenuta a presentare all'Istituto il certificato di gravidanza o di interruzione della gravidanza in formato cartaceo.

Il medico certificatore deve rilasciare alla donna il numero univoco di certificato assegnato dal sistema, potendo eventualmente fornire alla stessa anche una copia cartacea:

- a) del certificato medico di gravidanza o di interruzione della gravidanza;
- b) delle rispettive attestazioni, prive della settimana di gestazione.

I certificati telematici ricevuti dall'INPS sono messi a disposizione della donna sul sito Internet dell'Istituto, previa identificazione con PIN o CNS.

I datori di lavoro, previa autenticazione con PIN o CNS, ed esclusivamente previo inserimento del codice fiscale della lavoratrice e del numero di protocollo del certificato fornito dalla stessa, potranno accedere in consultazione agli attestati attraverso un'apposita applicazione esposta sul sito dell'Istituto.

I certificati di gravidanza e di interruzione della gravidanza trasmessi telematicamente potranno essere trattati direttamente dall'Istituto ai fini dell'accertamento del diritto a prestazioni economiche erogate dall'Istituto stesso.

La trasmissione telematica dei predetti certificati medici prevede obbligatoriamente l'inserimento, da parte del medico stesso, delle generalità della lavoratrice, della settimana di gestazione alla data della visita, della data presunta del parto, nonché la data di interruzione della gravidanza nel caso si stia compilando quella tipologia di certificato.

Credenziali per accedere al sistema

L'accesso al sistema di trasmissione e consultazione e stampa dei certificati di cui trattasi, per le diverse finalità, **non è mediato da SOGEI e dal MEF per cui non sono valide le credenziali utilizzate per la certificazione di malattia.**

Sicché, l'accesso ai Servizi On Line resi disponibili da INPS presuppone:

- a. il possesso di PIN o CNS da parte dei medici dipendenti o convenzionati con il SSN. I medici già in possesso del profilo "medici certificatori" risulteranno automaticamente abilitati, anche per l'invio dei certificati di gravidanza e di interruzione della stessa;
- b. il possesso di PIN, CNS o SPID da parte della donna per la consultazione e stampa dei certificati e degli attestati;
- c. il possesso di PIN o CNS da parte dei datori di lavoro privati o loro incaricati (solo consultazione e stampa degli attestati). Coloro che sono già abilitati alla consultazione degli attestati di malattia saranno automaticamente abilitati anche alla consultazione degli attestati di gravidanza e di interruzione.

Le aziende in possesso di PIN sono tenute a chiedere tempestivamente la revoca dell'autorizzazione, al verificarsi della cessazione dell'attività, della sospensione o del trasferimento in altra struttura dell'intestatario del PIN. L'INPS provvederà ad annullare, con effetto immediato, l'abilitazione.

Riguardo alla **DETERMINAZIONE DELLA DATA PRESUNTA DEL PARTO**, è bene ricordare che, ai fini della tutela previdenziale in esame, è la legge vigente a stabilire come si determina:

Decreto del Presidente della Repubblica 25 novembre 1976, n. 1026 – *Regolamento di esecuzione della L. 30/12/1971 n. 1204, sulla tutela delle lavoratrici madri*

Omissis... **Art. 4.** Per la determinazione dell'inizio del periodo di gravidanza ai fini previsti dall'art. 2, secondo comma, della legge, **si presume che il concepimento sia avvenuto 300 giorni prima della data del parto**, indicata nel certificato medico di cui al successivo art. 14. ... *Omissis...*

In caso di **DECESSO DEL PRODOTTO DEL CONCEPIMENTO**, la norma prevede che:

Decreto Legislativo 18 luglio 2011, n. 119 – Art. 2

Modifica all'articolo 16 del decreto legislativo 26 marzo 2001, n. 151, in materia di flessibilità del congedo di maternità

1. All'articolo 16 del testo unico delle disposizioni legislative in materia di tutela e sostegno della maternità e della paternità, di cui al **decreto legislativo 26 marzo 2001, n. 151**, dopo il comma 1 è aggiunto il seguente:

"1-bis. Nel caso di interruzione spontanea o terapeutica della gravidanza successiva al 180° giorno dall'inizio della gestazione, nonché in caso di decesso del bambino alla nascita o durante il congedo di maternità, le lavoratrici hanno facoltà di riprendere in qualunque momento l'attività lavorativa, con un preavviso di dieci giorni al datore di lavoro, a condizione che il medico specialista del Servizio sanitario nazionale o con esso convenzionato e il medico competente ai fini della prevenzione e tutela della

salute nei luoghi di lavoro attestino che tale opzione non arrechi pregiudizio alla loro salute”.

Premio alla nascita o all'adozione di minore

(Art. 1 comma 353 Legge 232/2016 – circ. INPS 78/2017)

Alle tutele previdenziali della parentalità, del tutto recentemente, si è aggiunta la disposizione di cui all'articolo 1 comma 353 della legge 11 dicembre 2016 n. 232, che dispone che: *“A decorrere dal 1° gennaio 2017 è riconosciuto un premio alla nascita o all'adozione di minore dell'importo di 800 euro. Il premio, che non concorre alla formazione del reddito complessivo di cui all'articolo 8 del testo unico delle imposte sui redditi, di cui al decreto del Presidente della Repubblica 22 dicembre 1986, n. 917, è corrisposto dall'INPS in unica soluzione, su domanda della futura madre, al compimento del settimo mese di gravidanza o all'atto dell'adozione”.*

Anche in questo caso, va presentato un certificato di gravidanza o *“esclusivamente per le future madri non lavoratrici, in alternativa al certificato di gravidanza di cui al punto 1, è possibile indicare il numero identificativo a 15 cifre di una prescrizione medica emessa da un medico del SSN o con esso convenzionato, con indicazione del codice esenzione compreso tra M31 e M42 incluso. La veridicità di tale autocertificazione sarà verificata dall'INPS presso le competenti amministrazioni”.*

Annullamento dei certificati

In caso di errata trasmissione di un certificato, il medico potrà procedere al suo annullamento attraverso la stessa applicazione utilizzata per la trasmissione.

L'operazione di annullamento è consentita esclusivamente entro la mezzanotte del giorno seguente alla data di trasmissione.

In tale intervallo di tempo il certificato telematico è pertanto da considerarsi in stato *“non consolidato”* e non potrà dare origine ad effetti di carattere amministrativo.

Decorso il predetto termine, la cancellazione logica dei certificati acquisiti dall'Istituto sarà possibile esclusivamente previa presentazione, alla sede territoriale INPS di competenza, di una richiesta di annullamento da presentarsi necessariamente in forma scritta, adeguatamente motivata e sottoscritta dal medico certificatore. Potrà essere presentata dal medico stesso o da persona di sua fiducia munita di delega espressa, ovvero dalla donna alla quale è stato rilasciato il certificato.

L'ANNULLAMENTO È AMMESSO ED ACCETTATO DALL'ISTITUTO SOLO QUANDO GLI ERRORI DEL CERTIFICATO SI RIFERISCANO ALLE GENERALITÀ DELLA GESTANTE O AL SUO CODICE FISCALE. Non è possibile invece accettare richieste di annullamento di certificati che il medesimo o altro medico intenda poi nuovamente emettere con una diversa data presunta di parto (art. 21 co.1 del D. Lgs. 26 marzo 2001, n. 151).

Assistenza agli utenti

L'Inps fornisce assistenza ai datori di lavoro e alle donne tramite gli operatori del Contact Center Integrato INPS-INAIL, raggiungibile attraverso il numero verde gratuito da rete fissa 803164 o il numero a pagamento 06164164 da rete mobile.

Gli operatori del Contact Center forniscono telefonicamente supporto nella navigazione e uso delle procedure di consultazione dei certificati e/o attestati, inviati telematicamente dal medico certificatore, nonché le informazioni e le risposte ai quesiti di interesse generale sulla materia.

(se non visualizzi correttamente la figura, [clicca qui](#) – è richiesta una connessione a Internet)

ATTENZIONE! CONFERMANDO QUESTA VIDEATA CON L'INVIO, I DATI DIVENTANO IMMODIFICABILI. CONTROLLARNE ORA L'ESATTEZZA.

DATI LAVORATRICE

Dati Anagrafici

Codice Fiscale:	[REDACTED]		
Cognome:	[REDACTED]	Nome:	[REDACTED]
Data di nascita:	22/09/1947	Stato di nascita:	ITALIA
Provincia di nascita:	SP	Comune di nascita:	CASTELNUOVO MAGRA
Dati Residenza o domicilio abituale			
Provincia:	SP	Comune:	CASTELNUOVO MAGRA
Cap:	19033	Frazione:	
Indirizzo:	[REDACTED]		
Visto ed accertato lo stato di gravidanza.			

DATI CERTIFICATO DI GRAVIDANZA

Settimana di gestazione:	38	Data presunta del parto:	12/12/2016
Data visita:	24/11/2016		

DATI MEDICO

Ruolo	Medico SSN	Codice Fiscale:	[REDACTED]
Cognome:	[REDACTED]	Nome:	[REDACTED]
Iscrizione Odm provinciale di:	RM	Codice Regionale del medico:	345
Provincia della ASL:	RM	Codice ASL:	RM101
Medico di Struttura di specialità:	SI	Azienda Ospedaliera o assimilata:*	120904 01 - OSPEDALE PEDIATRICO BAMBINO GESU', PIAZZA S.ONOFRIO 4

RECAPITI

Telefono:	0606060606	Cellulare:	0606060606
E-mail:	prove.tecniche@inps.it		

(*)Struttura di ricovero pubblica o privata accreditata secondo lo standard del Ministero della Salute.

[INDETRO](#)

[INVA](#)

Il certificato (documento) per interrompere volontariamente la gravidanza (IVG)

Questo certificato è menzionato negli articoli 5 e 7 della Legge 194/78 “Norme per la tutela sociale della maternità e sull’interruzione volontaria della gravidanza”.

È fondamentale non confondere tale atto con il “documento”, anch’esso previsto nello stesso art. 5, che però possiede fondamenti giuridici ed efficacia ben diversi.

La norma dispone infatti che entro i primi novanta giorni la donna che intenda interrompere la gravidanza possa rivolgersi al consultorio, alla struttura socio sanitaria o al medico di sua fiducia. In questi casi il medico è tenuto a svolgere alcune attività importanti, la prima delle quali è l’accertamento dello stato di gravidanza anche dal punto di vista cronologico.

A tale proposito la norma non specifica come si debba calcolare l’epoca di gravidanza, ma poiché il legislatore fissa un termine cronologico perentorio (novanta giorni) dal quale discendono rilevanti conseguenze sul piano operativo, è fondamentale stabilire se tale termine decorra dal primo giorno dell’ultima mestruazione (età gestazionale), oppure dal concepimento (età concezionale).

L’argomento è poco trattato e manca, soprattutto, un regolamento applicativo chiarificatore; tra gli ostetrici prevale la consuetudine di far riferimento all’età gestazionale, ma si tratta di un criterio clinico transitato anche nella tutela previdenziale.

Tuttavia, la trasposizione di questo criterio in altro ambito a valenza maggiormente giuridica comporta alcune conseguenze: il calcolo cronologico gestazionale, infatti, “anticipa” di ben due settimane il calcolo dei novanta giorni per cui potrebbe avvenire, ad esempio, che ad una donna sia rifiutata l’interruzione per aver superato i novanta giorni secondo il calcolo dell’età gestazionale, interruzione che invece sarebbe stata possibile secondo il calcolo dell’età “concezionale”.

A favore del calcolo dell’età “concezionale” esistono peraltro significativi riferimenti (tra gli altri, quello fornito dall’OMS nel 1985); essi consentono di affermare che il calcolo dei novanta giorni ai fini dell’IVG non può che partire dall’inizio della gravidanza effettiva, che sicuramente non può coincidere con l’inizio della mestruazione.

Sempre nei primi novanta giorni, al medico competono altri rilevanti obblighi di tipo informativo e di sostegno alla donna; se al termine del colloquio essa conferma il suo intendimento, il sanitario le rilascerà il documento, con il quale si potrà effettuare l’interruzione dopo una pausa di riflessione di sette giorni.

Il documento non è quindi un certificato, bensì una “presa d’atto” della volontà della donna; per tale motivo si è discusso se la sua compilazione abbia la conseguenza di far decadere l’obiezione di coscienza.

La questione è ancora dibattuta, anche se prevale l’orientamento a ritenere che la presa di contatto e di informazione tra il medico e la donna sia un importante momento relazionale che non fa decadere l’obiezione. Infatti, gli atti “specificamente diretti” ad interrompere la gravidanza coincidono solo con la concreta preparazione (certificato) e con la successiva realizzazione (chirurgica o farmacologica) dell’intervento e, inoltre, parrebbe anche consono alle norme deontologiche che il medico consultato, a prescindere dalla sua qualifica di obiettore, potesse comunque svolgere un colloquio preliminare per informare ed aiutare una persona in difficoltà.

Il certificato vero e proprio, necessario per l’interruzione di gravidanza, viene invece redatto nei casi di urgenza oppure, dopo i primi novanta giorni, quando sussista un grave pericolo per la salute fisica o psichica della donna, pericolo che può essere causato anche da processi patologici relativi ad anomalie o malformazioni del feto.

Il certificato, da indirizzare al direttore sanitario dell’ospedale in cui si praticherà l’intervento, è redatto da un medico del servizio ostetrico ginecologico della stessa struttura.

Da rilevare che, quando sussista la possibilità di vita autonoma del feto (condizione non definita cronologicamente dalla legge, ma che può essere identificata in “circa” sei mesi), il medico certificatore dovrà attestare l’esistenza di un “pericolo di vita” per la donna, unica condizione che consente di interrompere una gravidanza avanzata e di mettere così a repentaglio la vita del feto sulla base di un principio di “bilanciamento di diritti”.

Il certificato assicurativo privato

È uno dei certificati più spesso richiesti dal paziente al medico, generalmente il medico di medicina generale, per attestare la natura della infermità (malattia od infortunio) ed il periodo di inabilità temporanea, descrivendo con particolare attenzione la evoluzione della malattia, specialmente quando si tratta di un trauma, di cui si deve infine certificare la stabilizzazione, con o senza postumi.

Il certificato ha finalità risarcitoria o indennitaria ed ha notevole rilevanza perché correlato a conseguenze economiche sia per il paziente sia per la società assicuratrice. Anche per tale motivo il medico certificatore dovrà tenere ben presente la possibilità che le parti in causa non trovino accordo e si apra un contenzioso giudiziario che potrebbe coinvolgere lo stesso medico.

Nel certificato si devono distinguere i dati anamnestici da quelli obiettivi ed i dati clinici da fatti che esulano dalla competenza e dalla diretta esperienza del medico.

Si riportino dunque le affermazioni del paziente per il valore anamnestico che possono avere, lasciandone però la responsabilità allo stesso paziente, perché in caso contrario potrebbe configurarsi un falso ideologico. Solo se il paziente, correttamente informato, nega il consenso alla riproduzione della obiettività o alla diagnosi, ci si dovrà limitare ad attestazioni generiche, precisando però che a tale dizione si è dovuti ricorrere per rispettare la volontà di riservatezza del paziente. Se, in conseguenza di questo, il medico-legale non potrà meglio esprimersi sulla temporanea, nulla il paziente potrà protestare col medico certificatore.

La prognosi deve essere adeguata alla natura ed alla gravità della malattia o dell'infortunio e non deve essere prolungata oltre la stabilizzazione dei postumi. Questo non è deontologicamente corretto, non risulterebbe utile per il paziente ed esporrebbe al concreto rischio di subire una azione giudiziaria. È invece opportuno documentare la evoluzione clinica con una precisa descrizione dei sintomi e dei segni clinici, fino alla stabilizzazione dei postumi o alla guarigione con *restitutio ad integrum*.

Importante in ambito medico legale la corretta indicazione della stabilizzazione dei postumi, con cui si intende il momento oltre il quale si ritiene che la evoluzione clinica non sia più suscettibile di miglioramento e che quindi sia verosimilmente possibile valutare gli esiti permanenti della malattia o dell'infortunio per procedere al risarcimento del danno.

Val la pena rammentare che nel caso di incidente stradale in cui si possa ravvisare la responsabilità di terzi, se il periodo per la guarigione del danno riportato si prolunga oltre il 40° giorno o se si avanza l'ipotesi di un danno permanente, è necessario procedere con il referto all'autorità giudiziaria come indicato nell'apposito [capitolo](#).

Il risarcimento risulta strettamente collegato alla corretta redazione del certificato, e quindi comporta la responsabilità civilistica del certificante, che potrebbe essere chiamato a rispondere di un inadeguato risarcimento ove fosse riconosciuta nella incompleta o imprecisa certificazione la causa della sottostima del danno da parte del medico legale e della conseguente insufficiente liquidazione assicurativa.

Nel caso in cui per uno stesso evento l'assistito abbia diritto alla indennità economica da parte dell'INPS, dell'INAIL, di altro ente di previdenza o del datore di lavoro ed al risarcimento da parte di una compagnia di assicurazione privata, le due certificazioni devono essere concordanti.

Rappresenta una eccezione il caso in cui l'assistito sia in condizioni di riprendere la attività lavorativa pur non essendo completamente guarito (ad esempio se svolge un lavoro sedentario e la patologia interessa un arto inferiore); in tale caso nel certificato assicurativo va precisato che si tratta di inabilità parziale.

Tutti i certificati per assicurazioni private sono assoggettati all'IVA del 22%.

Certificato anamnestico per il porto d'armi

L'accertamento dell'idoneità psico-fisica per il rilascio del porto d'armi è accertata da appositi uffici medico legali delle ASL, o alle strutture sanitarie militari e della Polizia di Stato, sulla base di indicazioni contenute nei decreti legge del Ministero della Salute (D.M. 14 settembre 1994 e D.M. 28 aprile 1998).

Per riassumere, la certificazione può essere rilasciata da:

- Strutture sanitarie militari
- Strutture sanitarie della Polizia di Stato
- gli uffici medico legali o dai distretti sanitari delle aziende sanitarie locali.

I decreti contengono indicazioni sui requisiti minimi dal punto di vista dell'apparato visivo, uditivo, locomotore, del sistema nervoso che "possano interferire con lo stato di vigilanza o che abbiano ripercussioni invalidanti di carattere motorio, statico dinamico", assenza di crisi comiziali ed assenza di turbe psichiche, assenza di dipendenza da sostanze stupefacenti e/o psicotrope, dipendenza da alcol, ed anche "assunzione anche occasionale di sostanze stupefacenti e l'abuso di alcol e psicofarmaci".

Il medico incaricato dell'accertamento potrà richiedere, ove ritenuto necessario, ulteriori specifici esami o visite specialistiche, da effettuarsi presso strutture sanitarie pubbliche.

Il soggetto che accede alla visita per l'accertamento dei requisiti psico-fisici deve presentare un "certificato anamnestico" di data non anteriore di più di tre mesi, che deve essere redatto dal medico di medicina generale che lo ha in carico. Il medico che provvede alla certificazione psico-fisica può a sua volta richiedere al paziente una autodichiarazione dei precedenti eventi morbosi.

Per tale certificazione esiste apposita modulistica che va idoneamente compilata (ne riportiamo un [esempio](#) al termine della parte dedicata a questo tipo di certificazione).

Avverso il giudizio monocratico del medico che ha effettuato l'accertamento dell'idoneità psico-fisica, il richiedente può fare ricorso. L'art. 4 del D.M. Sanità 28.4.1998 prevede infatti che *"avverso il giudizio negativo, l'interessato può, nel termine di trenta giorni, proporre ricorso ad un collegio medico costituito presso l'unità sanitaria locale competente, composto da almeno tre medici, di cui uno specialista in medicina legale e delle assicurazioni ed integrato di volta in volta da uno specialista nella patologia inerente al caso specifico. I medici devono essere pubblici dipendenti. L'esito del ricorso sarà comunicato entro cinque giorni all'interessato ed alla competente struttura di pubblica sicurezza"*.

(se non visualizzi correttamente le figure, [clicca qui](#) - è richiesta una connessione a Internet)

Certificato anamnestico preliminare per il successivo accertamento delle condizioni psico-fisiche per il rilascio dell'autorizzazione al porto di fucile per uso di caccia ed esercizio dello sport del tiro al volo o al porto d'armi per uso difesa personale

(da redigere da parte del medico di fiducia di cui all'art. 25 della Legge 23 dicembre 1978, n. 833 - Istituzione del Servizio sanitario nazionale)

Si certificano i seguenti dati anamnestici relativi a:

Cognome..... Nome..... Codice Fiscale

Data e luogo di nascita..... Professione.....

Malattie del sistema nervoso:

	NO	PREGRESSA	IN ATTO
Centrale			
Periferico			
Postumi invalidanti			
Epilessia			
Altre			

Turbe psichiche:

	NO	PREGRESSA	IN ATTO
Da malattie			
Da traumatismi			
Postoperatorie			
Da ritardo mentale grave			
Da psicosi			
Della personalità			

Sostanze psicoattive:

	NO	PREGRESSA	IN ATTO
Abuso di alcol			
Uso di stupefacenti			
Uso di sostanze psicotrope			
Dipendenza da alcol			
Dipendenza da stupefacenti			
Dipendenza da sostanze psicotrope			

Il sottoscritto afferma di aver fornito al proprio medico dichiarazione veritiera in merito ai dati anamnestici di cui sopra, conscio delle sanzioni a cui va incontro in caso di infedele dichiarazione.

Luogo e data del rilascio

Il dichiarante

Il medico

Dichiarazione dei precedenti morbosi - da firmare alla presenza del medico

Il/la Sig./Sig.ra

Cognome..... Nome.....

Nato/a a..... il..... (Comune) (Prov)

Documento di identificazione:

..... numero

rilasciato da..... il.....

DICHIARA, IN RELAZIONE AGLI STATI PATOLOGICI SOTTO INDICATI, CHE: (barrare con una X SI o NO)

Soffre, o ha mai sofferto, di **MALATTIE DELL'APPARATO CARDIOCIRCOLATORIO** (pressione alta anche se normalizzata da farmaci, pregresso infarto, angina, intervento cardiocirurgico, intervento di by-pass, aneurisma, aritmie, impianto di pacemaker o di defibrillatore (ICD), sostituzione di valvola cardiaca, ecc)? Se SI, SPECIFICARE QUALI e DA QUANDO: SI NO

Soffre, o ha mai sofferto, di **SINDROME DELLE APNEE NOTTURNE?** SI NO

Se SI, utilizza un dispositivo CPAP?.....

Da quando e per quante ore a notte:.....

Soffre, o ha mai sofferto, di altre **MALATTIE DELL'APPARATO RESPIRATORIO** (insufficienza respiratoria cronica, enfisema polmonare, fibrosi polmonare, ecc)? Se SI, quali e da quando: SI NO

È stata prescritta ossigeno-terapia?.....

Da quando e per quante ore al giorno:

Soffre di **DIABETE MELLITO?** Se SI, SPECIFICARE di quale tipo: SI NO

Insulinodipendente NON Insulinodipendente (diabete trattato con dieta o ipoglicemizzanti orali)

Soffre, o ha mai sofferto, di **MALATTIE ENDOCRINE** (ad es: della tiroide, dei surreni, dell'ipofisi)? SI NO

Se SI, SPECIFICARE QUALI e DA QUANDO:

Soffre, o ha mai sofferto, di **MALATTIE NEUROLOGICHE** (ad es: morbo di Parkinson, emiparesi, ischemia cerebrale transitoria, ictus, sclerosi multipla, miastenia grave, neuropatia degli arti, decadimento cognitivo, stato di coma ecc)? SI NO

Se SI, SPECIFICARE QUALI e DA QUANDO:

Soffre di EPILESSIA ? Ha mai manifestato CRISI EPILETTICHE (o convulsioni)?	SI	NO
Se SI, SPECIFICARE la data dell'ultima crisi..... e indicare la terapia eseguita		
È in corso SOSPENSIONE o REVISIONE della patente per GUIDA IN STATO DI EBBREZZA ALCOLICA o per GUIDA SOTTO L'EFFETTO DI SOSTANZE STUPEFACENTI ?	SI	NO
- Quando è stato fermato l'ultima volta?.....		
Ha, o ha mai fatto uso in passato, anche occasionalmente, di SOSTANZE STUPEFACENTI ? (<i>cannabis, ecstasy, eroina, cocaina, anfetamine, LSD, ketamina od altre</i>)?	SI	NO
- Quali sostanze ?		
È, o è mai stato, in cura presso un SERT (Servizio per le Tossicodipendenze) o una Comunità Terapeutica ? Se SI, fino a quando?	SI	NO
Ha, o ha mai avuto in passato, problemi correlati all' ABUSO o alla DIPENDENZA da bevande ALCOLICHE ?	SI	NO
Se SI, SPECIFICARE QUANDO:		
È, o è mai stato, in cura presso un NOA (es. Nucleo operativo alcolologico , Servizio di alcolologia)?	SI	NO
Se SI, fino a quando ?		
Soffre, o ha mai sofferto, di MALATTIE PSICHICHE ? (<i>ad es: ansia, depressione, psicosi, disturbi di personalità, allucinazioni, ecc</i>)? Se SI, specificare QUALI e DA QUANDO:	SI	NO
.....		
È, o è mai stato, in cura presso specialisti in psichiatria ? È, o è mai stato, in cura presso servizi psichiatrici pubblici o privati?..... Se SI, specificare fino a quando:		
.....		
È, o è stato, in cura con FARMACI PSICOATTIVI (<i>ad es: tranquillanti, antidepressivi, barbiturici, sonniferi od altri</i>)?	SI	NO
Se SI, SPECIFICARE QUALI, in che periodo ed a quali dosaggi:		
.....		
Soffre, o ha mai sofferto, di MALATTIE DEL SANGUE O DEL FEGATO (<i>ad es: anemia, leucemia, policitemia, piastrinopenia, oppure epatite, cirrosi epatica, ecc</i>)? Se SI, SPECIFICARE QUALI e DA QUANDO:	SI	NO
Soffre, o ha mai sofferto, di MALATTIE DELL'APPARATO URO-GENITALE (<i>ad es: insufficienza renale cronica</i>)?	SI	NO
Se SI, SPECIFICARE QUALE e DA QUANDO.....		
Sussistono MALATTIE DELL'APPARATO OSTEOARTICOLARE, DEFICIT DELLA EFFICIENZA DEGLI ARTI, ANOMALIE SOMATICHE ?	SI	NO
Se SI, SPECIFICARE QUALI e DA QUANDO:		
È stato coinvolto in INCIDENTI STRADALI , di qualsiasi tipo, anche dovuti a responsabilità di altri?	SI	NO
Se SI, SPECIFICARE QUANDO:.....		
È stato riconosciuto INVALIDO CIVILE (oppure DI GUERRA, DI LAVORO, DI SERVIZIO)?	SI	NO
Se SI, quando: e con percentuale pari a:		
Soffre, o ha mai sofferto, di ALTERAZIONI DELL'APPARATO VISIVO (<i>ad es: cheratocono, maculopatie, glaucoma</i>)?	SI	NO
Se SI, SPECIFICARE QUALI:		
Utilizza OCCHIALI DA VISTA o LENTI A CONTATTO ?.....		
È affetto da ALTERAZIONI DELL'APPARATO Uditivo (<i>ad es: ipoacusia, sordità ecc</i>)?	SI	NO
Se SI, SPECIFICARE QUALI e DA QUANDO:.....		
Utilizza PROTESI ACUSTICHE ?.....		
HA MAI SUBITO UN TRAPIANTO D'ORGANO (<i>ad es: trapianto di rene, di fegato, ecc</i>)?	SI	NO
.....		
HA IN CORSO TERAPIE FARMACOLOGICHE di qualsiasi tipo?	SI	NO
Se SI, SPECIFICARE QUALI FARMACI ed a quali dosaggi:		
HA OTTENUTO ESENZIONE TIKET ? (se sì per quale patologia?)	SI	NO

CONSAPEVOLE DELLE RESPONSABILITÀ E DELLE CONSEGUENZE CIVILI E PENALI, PREVISTE IN CASO DI DICHIARAZIONI MENDACI E/O FORMAZIONE OD USO DI ATTI FALSI, ANCHE AI SENSI E PER GLI EFFETTI DELL'ART. 76 DEL D.P.R. 445/2000 E S.M.I, NONCHÉ IN CASO DI ESIBIZIONE DI ATTI CONTENENTI DATI NON PIÙ CORRISPONDENTI A VERITÀ:

1. Dichiaro di aver preso visione dell'informativa esposta e, a richiesta disponibile in copia, di quanto previsto dal D.L.vo 196 del 30.06.03 (CODICE IN MATERIA DI PROTEZIONE DEI DATI PERSONALI). Sono stato informato che ai sensi dell'ARTICOLO 13 del D.L.vo summenzionato nonché dell'AUTORIZZAZIONE DEL GARANTE N. 2/2011 AL TRATTAMENTO DEI DATI IDONEI A RIVELARE LO STATO DI SALUTE E LA VITA SESSUALE (24.6.11, pubblicato in G.U. n. 162 del 14.7.11), i dati personali e sensibili che mi riguardano e da me forniti, o acquisiti attraverso certificazioni mediche nel corso del presente accertamento medico-legale, saranno trattati nel rispetto del *Codice sulla Privacy* e degli obblighi di riservatezza a cui è tenuta l'ASL. Dichiaro altresì di essere stato informato del fatto che i dati relativi alla mia persona saranno registrati e conservati in banche dati sia informatiche sia cartacee e verranno:

- Trattati in modo lecito, secondo le norme vigenti, esclusivamente dagli operatori incaricati
- Raccolti e registrati per fini determinati, espliciti e legittimi
- Utilizzati esclusivamente per lo scopo per cui sono stati forniti
- Esatti e, se necessario, aggiornati
- Pertinenti, completi e non eccedenti rispetto alle finalità per le quali sono raccolti e successivamente trattati

- Conservati per il tempo necessario allo scopo e, successivamente, secondo i tempi previsti dalla legge per ogni tipo di dato o documento.

Per le finalità medico-legali dell'accertamento, i miei dati saranno trasmessi agli Uffici dell'Autorità di pubblica sicurezza territorialmente competente, a loro volta vincolati dall'obbligo del segreto d'ufficio, per gli adempimenti previsti dalla Legge. Qualora sussistano i presupposti di legge previsti dall'art 128 "Revisione patente di guida" comma 1 quinquies Cds, come introdotto dal D.Lgs n.59/2011, i miei dati potranno inoltre essere comunicati al Dipartimento per i Trasporti Terrestri, per i provvedimenti di competenza.

I miei diritti in materia di dati personali sono quelli elencati dall'art. 7 del d.lgs. 196/2003, che prevede per l'interessato il diritto di ottenere l'indicazione:

- della provenienza dei suoi dati personali
- delle finalità e modalità del trattamento
- della logica applicata in caso di trattamento effettuato con l'ausilio di strumenti elettronici
- degli estremi identificativi del titolare e dei responsabili del trattamento dei dati
- dei soggetti o delle categorie di soggetti ai quali i dati personali possono essere comunicati o che possono venirne a conoscenza in qualità di responsabili o incaricati.

HO QUINDI DIRITTO DI OTTENERE:

- l'aggiornamento, la rettifica o, quando vi sia interesse, l'integrazione dei dati;
- la cancellazione, la trasformazione e forma anonima o il blocco dei dati trattati in violazione di legge, compresi quelli di cui non è necessaria la conservazione in relazione agli scopi per i quali i dati sono stati raccolti e successivamente trattati;
- l'attestazione che le operazioni di aggiornamento, rettifica, cancellazione o blocco dei dati sono state portate a conoscenza anche di coloro ai quali i dati sono stati comunicati, salvo il caso in cui tale adempimento si riveli impossibile o comporti un impiego di mezzi sproporzionato all'obiettivo.

Per l'esercizio dei diritti previsti dall'articolo 7 del D.lgs. 196.2003, posso rivolgermi direttamente agli sportelli rivolti al pubblico o avanzare richiesta presso l'U.R.P. (ufficio relazioni con il pubblico) dell'ASL....

Sono a conoscenza del fatto che TITOLARE del trattamento dei dati è... e che l'elenco aggiornato dei RESPONSABILI dei trattamenti di competenza della ASL è disponibile sul sito istituzionale www....., o può essere richiesto in visione o in copia all'U.R.P. (ufficio relazioni con il pubblico) dell'ASL.

L'ASL metterà a disposizione del Fascicolo Sanitario Elettronico (FSE) del Sistema Informativo Socio Sanitario (SISS), previo mio consenso al trattamento FSE, i dati sanitari relativi alle prestazioni sanitarie erogate.

Tutto ciò premesso, ESPRIMO PERTANTO IL MIO CONSENSO AL TRATTAMENTO DEI DATI CHE MI RIGUARDANO in quanto necessari ai fini di cui sopra ed AUTORIZZO pertanto:

- il personale del Servizio di Medicina Legale della ASL, se lo riterrà necessario, ad esaminare ed estrarre copia della documentazione sanitaria che mi riguarda, conservata presso strutture pubbliche;
- l'inserimento dei dati personali, riguardanti le mie condizioni di salute così come emerse ed obiettivate nel corso della presente visita, in una cartella clinica medico-legale che sarà esaminata da personale autorizzato, vincolato dall'obbligo del segreto d'ufficio, ad ogni richiesta di benefici di qualsiasi natura presentata a strutture del Servizio Sanitario Nazionale.

Infine nel caso siano diagnosticate patologie incompatibili con la detenzione d'armi eventualmente possedute, con la presente AUTORIZZO la comunicazione ai competenti uffici di Polizia.

DATA FIRMA DEL DICHIARANTE

FIRMA DEL MEDICO CHE RICEVE LA DICHIARAZIONE

La certificazione preliminare al rilascio della patente di guida di autoveicoli

Per il conseguimento della patente di guida già in passato il D.Lgs. 285/1992 aveva previsto un apposito certificato anamnestico relativo ai precedenti morbosi per vari organi e apparati, da rilasciarsi da parte del medico di fiducia del candidato.

L'obbligo di presentare tale certificazione era stato in seguito eliminato da una successiva disposizione (D. lgs. 575/1994).

La legge 29 luglio 2010, n. 120, ha poi apportato alcune modifiche al Codice della Strada, tra cui in particolare l'introduzione del **comma 2-ter** e la modifica al **comma 3** dell'articolo 119, che detta disposizioni in tema di accertamento dei requisiti fisici e psichici per il conseguimento della patente di guida e di revisione della patente di guida.

Di seguito si riportano i relativi testi:

Comma 2-ter. *Ai fini dell'accertamento dei requisiti psichici e fisici per il primo rilascio della patente di guida di qualunque categoria, ovvero di certificato di abilitazione professionale di tipo KA o KB, l'interessato deve esibire apposita certificazione da cui risulti il non abuso di sostanze alcoliche e il non uso di sostanze stupefacenti o psicotrope, rilasciata sulla base di accertamenti clinico-tossicologici le cui modalità sono individuate con decreto del Ministero della salute, di concerto con il Ministero delle infrastrutture e dei trasporti, sentito il Dipartimento per le politiche antidroga della Presidenza del Consiglio dei ministri. Con il medesimo provvedimento sono altresì individuate le strutture competenti ad effettuare gli accertamenti prodromici alla predetta certificazione ed al rilascio della stessa. La predetta certificazione deve essere esibita dai soggetti di cui all'articolo 186-bis, comma 1, lettere b), c) e d), e dai titolari del certificato CFP o patentino filoviario, in occasione della revisione o della conferma di validità delle patenti possedute, nonché da coloro che siano titolari di certificato professionale di tipo KA o KB, quando il rinnovo di tale certificato non coincida con quello della patente. Le relative spese sono a carico del richiedente.*

Comma 3. *L'accertamento di cui ai commi 2 e 2-ter deve risultare da certificazione di data non anteriore a tre mesi dalla presentazione della domanda per sostenere l'esame di guida. La certificazione deve tenere conto dei **precedenti morbosi del richiedente dichiarati da un certificato medico rilasciato dal medico di fiducia.***

Il Ministero della Salute nel fornire chiarimenti in merito a tale certificazione (Nota prot. n. 46247/05/11/2010 – Quesiti applicativi comma 2-ter e comma 3 Art. 119 Codice della Strada) precisa: “Vendendo alle integrazioni introdotte al comma 3 dell'art. 119 del Codice, appare utile preliminarmente chiarire che con le stesse non si è inteso riproporre tal quale il ‘certificato anamnestico’, a suo tempo previsto nel Dlgs 285/92 e successivamente eliminato nel Dlgs 575/94, ma si è voluto perseguire una migliore e più certa conoscenza sull'esistenza di precedenti morbosi in grado di interferire con la sicurezza alla guida, utilizzando le conoscenze dirette in possesso del medico di fiducia dell'interessato, che devono essere acquisite quale ulteriore elemento di valutazione per il rilascio della certificazione dell'idoneità alla guida.

Appare utile chiarire che al medico di fiducia non viene richiesta una attestazione riguardante tutti i pregressi precedenti morbosi del candidato all'esame di guida, ma, da un punto di vista logico, la sola attestazione riguardante quei precedenti morbosi che nell'attualità possono rappresentare un concreto rischio per la guida e pertanto costituire una necessaria informazione per una migliore e più completa valutazione del possesso dei requisiti di idoneità alla guida.

È superfluo sottolineare che i precedenti morbosi, oggetto di certificazione, devono essere stati accertati dal medico di fiducia sulla base di conoscenze clinico-anamnestiche direttamente acquisite a seguito dello svolgimento di attività di medico curante, anche per aspetti specialistici, svolta nei confronti dell'interessato in continuità di un rapporto di assistenza (che apparirebbe congruo riportare almeno ad un arco temporale non inferiore all'anno), tale da consentire di poter conoscere i precedenti morbosi dell'interessato o anche, in assenza di elementi clinico-anamnestiche di diretto riscontro, di poterne attestare la negatività nell'arco temporale di assistenza prestata in qualità di curante.

Dal momento che l'attestazione in parola ha l'importante funzione di costituire un utile elemento orientativo per il medico monocratico o, nei casi previsti, anche per la CML, che sono tenuti a valutare l'idoneità del soggetto alla guida tenendo nel dovuto conto quanto dichiarato nella attestazione certificata del medico di fiducia, si ribadisce l'utilità della stessa sia nel caso di attestazione dell'esistenza di precedenti morbosi pericolosi per la guida, sia anche nel caso di esclusione degli stessi, sulla base di una negatività clinico-anamnestiche direttamente conosciuta (non potendo ovviamente essere certificate circostanze che ove semplicemente richieste potrebbero essere state negate o taciute dal proprio paziente).

Fatte salve situazioni in cui il ruolo di medico curante è rivestito da figure specialistiche o è riconducibile a situazioni di rapporto fiduciario personali, stante la funzione di curante di riferimento affidata nell'ambito del

servizio sanitario al medico di medicina generale, che la esercita nei confronti di tutti i cittadini che ne effettuano la scelta, si ritiene che, se non in via esclusiva, in via principale la figura del medico di fiducia preposto al rilascio della certificazione inerente i precedenti morbosità che possono costituire un rischio per la guida, sia da identificare funzionalmente nel medico di medicina generale, quale medico di assistenza primaria.

In merito alla obbligatorietà di acquisizione da parte del medico monocratico o, nei casi previsti, da parte della CML, del certificato del medico di fiducia attestante i precedenti morbosità nel caso di primo rilascio di patente di guida, introdotta dal secondo periodo del comma 3 dell'art. 119 del Codice, si precisa che tale obbligo è entrato in vigore a far data dal 13 agosto 2010, data di entrata in vigore della legge n. 120/2010, non essendo sul punto previsto alcun decreto attuativo.

In conclusione:

1. il certificato preliminare è richiesto in occasione del primo rilascio della patente di guida o per il passaggio di categoria;
2. deve essere redatto in data non antecedente a tre mesi rispetto alla presentazione della domanda di esame;
3. la circolare ministeriale specifica le categorie tenute a presentare la certificazione ma, dal punto di vista pratico, il medico rilascia il certificato a richiesta del paziente, senza necessità di distinguere tra le diverse categorie. Per le categorie di patente di tipo professionale individuate sono previste apposite separate disposizioni;
4. in via principale, anche se non esclusiva, il sanitario preposto al rilascio è il medico di medicina generale quale medico di assistenza primaria (ed il pediatra di libera scelta per i minori che intendono conseguire il patentino per il ciclomotore);
5. al medico certificante non viene richiesta una attestazione riguardante tutti i pregressi precedenti morbosità del candidato, ma la sola attestazione riguardante quei precedenti morbosità che nell'attualità possono rappresentare un concreto rischio per la guida. tale attestazione è necessaria anche quando negativa, cioè quando al medico non risultino precedenti morbosità critici;
6. si tratta di una prestazione libero-professionale e le relative spese sono a carico del richiedente.

Le disposizioni legislative suggeriscono un [fac-simile](#) di certificato che, opportunamente integrato riportiamo di seguito.

Certificazione preliminare di cui alla Legge n. 120 del 29/07/2010 (Art. 119, c. 3)

SI CERTIFICA, IN BASE ALLE DICHIARAZIONI RESE DAL PAZIENTE E SULLA SCORTA DEI DATI ANAMNESTICI E CLINICI IN MIO POSSESSO,
CHE IL/LA SIG./SIG.RA _____
CODICE FISCALE _____
DA ME IN CURA DA PIÙ/DA MENO (*cancellare la voce che NON interessa*) DI UN ANNO,
PRESENTA/NON PRESENTA (*cancellare la voce che NON interessa*) PREGRESSE CONDIZIONI MORBOSE CHE POSSONO COSTITUIRE UN RISCHIO ATTUALE PER LA GUIDA, IN RIFERIMENTO A:

APPARATO CARDIO-CIRCOLATORIO (Se sì, specificare diagnosi)	SI	NO
DIABETE MELLITO	SI	NO
SISTEMA ENDOCRINO (Se sì, specificare diagnosi)	SI	NO
SISTEMA NEUROLOGICO (Se sì, specificare diagnosi)	SI	NO
PATOLOGIE PSICHICHE (Se sì, specificare diagnosi)	SI	NO
EPILESSIA	SI	NO
CONDIZIONI DI DIPENDENZA DA: ALCOL/SOSTANZE STUPEFACENTI E PSICOTROPE (<i>cancellare la voce che non interessa</i>)	SI	NO
APPARATO URO-GENITALE: insufficienza renale grave	SI	NO
SANGUE ED ORGANI EMOPOIETICI: sindromi emofiliche, linfomi o leucemie in trattamento (specificare)	SI	NO
APPARATO OSTEO-ARTICOLARE: gravi alterazioni anatomiche o funzionali	SI	NO
ORGANI DI SENSO: gravi patologie visive evolutive	SI	NO

Il sottoscritto afferma di aver fornito al proprio medico dichiarazione veritiera in merito ai dati anamnestici di cui sopra, conscio delle sanzioni a cui va incontro, in caso di infedele dichiarazione

In fede il dichiarante (interessato o genitore in caso di minore) _____

DATA _____

TIMBRO DEL MEDICO
(con indicazione eventuale specializzazione posseduta e numero regionale se medico di assistenza primaria)

FIRMA DEL MEDICO

Certificati di idoneità alla attività fisica sportiva

Attività ludico motoria

Il 20 agosto 2013 è stata pubblicata in Gazzetta Ufficiale la Legge 9 agosto 2013, n. 98, che sopprime l'obbligo di certificazione per la attività ludico-motoria e amatoriale e l'obbligo di esecuzione di ECG annuale per la attività sportiva non agonistica e lascia al medico certificatore la responsabilità di prescrivere, dopo anamnesi e visita, eventuali accertamenti strumentali.

Da allora chi svolge in forma autonoma e al di fuori di contesti organizzati attività amatoriale occasionale effettuata a scopo prevalentemente ricreativo e chi pratica attività con ridotto impegno cardiovascolare come bocce, biliardo, golf, pesca sportiva di superficie, caccia sportiva, sport di tiro, ginnastica per anziani, gruppi di cammino e chi pratica attività ricreative come ballo o giochi da tavolo non è tenuto all'obbligo di certificazione della propria idoneità.

A tutte queste persone è comunque raccomandato un controllo medico prima dell'inizio della attività.

Certificato di idoneità alla pratica di attività sportiva non agonistica

Chi svolge attività sportiva non agonistica, gli studenti che svolgono attività sportive organizzate dalle scuole nell'ambito delle attività parascolastiche, i partecipanti ai giochi sportivi studenteschi nelle fasi precedenti a quella nazionale e le persone che svolgono attività organizzate dal CONI o da società affiliate alle Federazioni o agli Enti di promozione sportiva che non siano considerati atleti agonisti ai sensi del D.M. 18 febbraio 1982 deve sottoporsi ad un controllo medico annuale effettuato dal proprio medico di medicina generale o pediatra di libera scelta, da un medico specialista in medicina sportiva o da un medico della Federazione Medici Sportiva Italiana (FMSI). La visita dovrà essere completata dagli accertamenti clinici ritenuti necessari dal medico e/o previsti dalle apposite Linee Guida approvate con Decreto del 08.08.2014: un ECG pregresso per gli sportivi senza fattori di rischio, un ECG annuale dopo i 60 anni in presenza di fattori di rischio o anche prima dei 60 anni in presenza di fattori di rischio o di patologie croniche. Il medico certificatore ha la responsabilità di richiedere eventuali ulteriori accertamenti a scopo preventivo ed in caso di sospetto diagnostico o in presenza di patologie croniche e/o conclamate è raccomandato al medico certificatore di avvalersi della consulenza del medico specialista in medicina dello sport o, secondo il giudizio clinico, dello specialista di branca.

È previsto per la certificazione l'utilizzo di uno specifico modulo (vedi figura).

(se non visualizzi correttamente la figura, [clicca qui](#) - è richiesta una connessione a Internet)

20-7-2013

GAZZETTA UFFICIALE DELLA REPUBBLICA ITALIANA

Serie generale - n. 169

ALLEGATO C

Certificato di idoneità alla pratica di attività sportiva di tipo non agonistico

D.M.data

Sig.ra / Sig.

Nata/o a il

residente a

Il soggetto, sulla base della visita medica da me effettuata, dei valori di pressione arteriosa rilevati, nonché del referto del tracciato ECG eseguito in data, non presenta controindicazioni in atto alla pratica di attività sportiva non agonistica.

Il presente certificato ha validità annuale dalla data del rilascio.

Luogo, data, timbro e firma del medico certificatore

Certificato di idoneità alla pratica di attività sportiva di elevato impegno cardiovascolare

Chi partecipa ad attività ad elevato impegno cardiovascolare come manifestazioni podistiche oltre i 20 km o le gran fondo di ciclismo, nuoto o sci deve sottoporsi alla visita medica, alla misurazione della pressione arteriosa, alla esecuzione di un elettrocardiogramma basale, uno step test o un test ergometrico con monitoraggio della attività cardiaca e altri accertamenti che il medico certificatore (medico di medicina generale, pediatra di libera scelta o medico specialista in medicina dello sport) riterrà necessari per il singolo caso.

È previsto per la certificazione uno specifico modulo (vedi figura)

(se non visualizzi correttamente la figura, [clicca qui](#) - è richiesta una connessione a Internet)

Certificato di idoneità alla pratica di attività sportiva di particolare ed elevato impegno cardiovascolare, ex art. 4 D.M.....

Sig.ra / Sig.....

Nata/o ail

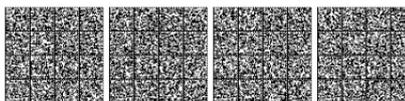
residente a.....

Il soggetto, sulla base della visita medica da me effettuata, dei valori di pressione arteriosa rilevati, nonché del referto degli esami strumentali eseguiti....., non presenta controindicazioni in atto alla pratica di attività sportiva di cui all'articolo 4 del D.M.....

Il presente certificato ha validità annuale dalla data del rilascio.

Luogo, data, timbro e firma del medico certificatore

— 9 —



Certificato di idoneità alla pratica di attività sportiva agonistica

In base all'art. 1 del DM 18 febbraio 1982, la qualificazione agonistica è demandata alle Federazioni sportive nazionali e/o agli Enti sportivi riconosciuti dal CONI, mentre, con l'art. 2, l'espletamento dei controlli sanitari relativi all'idoneità viene affidato ai **medici specialisti in medicina dello sport che operano all'interno di strutture pubbliche o private autorizzate dalla Regione di appartenenza.**

“L'accertamento di idoneità, relativamente all'età e al sesso, per l'accesso alle singole attività sportive viene determinato [...] sulla base della valutazione della maturità e della capacità morfologica e psichica individuale, tenuto conto delle norme stabilite dalle Federazioni sportive nazionali e, per quanto riguarda i giochi della gioventù a livello nazionale, dal Ministero della Pubblica Istruzione”.

Il medico esaminatore dovrà, quindi, tener conto dell'età minima stabilita da ciascuna singola Federazione ai fini dell'accesso alla pratica agonistica. Quanto al sesso, talune Federazioni (per esempio la Federazione Italiana Nuoto) prevedono una differente età di acquisto della qualificazione agonistica per i maschi e, rispettivamente, per le femmine. Il DM 18 febbraio 1982 prevede esplicitamente (art. 3), per i soggetti interessati al controllo per l'idoneità specifica allo sport agonistico l'obbligo di sottoporsi ad accertamenti sanitari elencati in un apposito protocollo clinico-diagnostico allegato al DM stesso.

Per tale motivo il medico certificatore ha **l'obbligo di attenersi al protocollo medesimo, la cui procedura costituisce un complesso di condizioni necessarie e sufficienti per il proferimento del giudizio conclusivo d'idoneità.**

Il protocollo è costituito da due allegati (allegato 1 e allegato 2), nei quali sono rispettivamente elencati i controlli sanitari e la periodicità in relazione ai vari sport e riprodotti i modelli di scheda valutativa (tabelle A e B, allegate al protocollo), che devono essere compilati dal medico esaminatore.

Nella **tabella A** sono inclusi gli sport a (presunto) minore impegno cardiocircolatorio e respiratorio: automobilismo, bob, bocce, curling e birilli sul ghiaccio, golf, karting, motociclismo, motonautica, slittino, tamburello, tennis da tavolo, tiro con l'arco, tiro a segno, tiro a volo, tuffi.

Nella **tabella B** sono elencati altri sport, sulla (presumibile) base di un (presunto) maggiore impegno cardiocircolatorio e respiratorio, come si deduce dal fatto che, oltre alla visita medica, all'esame completo delle urine e all'elettrocardiogramma a riposo già previsti per gli altri sport inclusi nella tabella A, per essi è richiesta anche l'effettuazione dell'elettrocardiogramma dopo sforzo e della spirometria. Tali sport sono: atletica leggera, baseball, biathlon, calcio, canoa, canottaggio, ciclismo, ginnastica, hockey e pattinaggio a rotelle, hockey, karatè, judo, ippica, lotta, nuoto, pallacanestro, pallanuoto, pallamano, pallavolo, pentathlon moderno, pugilato, rugby, scherma, sci alpino – discesa libera, slalom speciale e gigante, sci combinata, salto speciale, sci di fondo, sci nautico, softball, sollevamento pesi, sport del ghiaccio, sport equestri, sport subacquei, tennis, vela. A fianco di ciascuno sport sono indicati la periodicità in anni delle visite di idoneità e gli esami specialistici integrativi.

Le “Note esplicative” in calce all'allegato forniscono ulteriori indicazioni:

a) La visita medica deve comprendere:

- l'anamnesi
- la determinazione del peso corporeo (in kg) e della statura (in cm)
- l'esame obiettivo con particolare riguardo agli organi e apparati specificamente impegnati nello sport praticato
- l'esame generico dell'acuità visiva mediante ottotipo luminoso
- l'esame del senso cromatico (solo per gli sport motoristici)
- il rilievo indicativo della percezione della voce sussurrata a 4 m di distanza, quando non è previsto l'esame specialistico ORL.

b) La valutazione clinica del grado di tolleranza allo sforzo fisico deve essere effettuata nel corso dell'esame ECG mediante IRI (Indice Rapido d'Idoneità).

c) L'esame spirografico deve comprendere il rilievo dei seguenti parametri:

- capacità vitale (CV)
- volume espiratorio massimo al secondo (VEMS)
- indice di Tiffeneau (VEMS/CV)
- massima ventilazione volontaria (MVV).

d) Ogni pugile che abbia subito un KO per colpi al capo o che abbia comunque subito una sconfitta prima del limite (KOT, abbandono, getto dell'asciugamano) deve sospendere l'attività pugilistica, anche di allenamento, per un periodo minimo di 30 giorni. Il periodo di riposo inizierà automaticamente dal giorno del combattimento. Dopo il periodo di riposo il pugile non può riprendere in alcun modo l'attività agonistica se non dopo essersi sottoposto a visita di controllo. Obbligatoriamente tra la data della visita medica di controllo e quella del combattimento deve intercorrere un periodo di 15 giorni, necessario per l'idoneo allenamento. Ogni pugile che subisce due KO consecutivi deve osservare, a decorrere dall'ultimo, un periodo di riposo di tre mesi, dopo il quale deve sottoporsi a visita di controllo

e) Ogni atleta che subisce un trauma cranico deve sospendere l'attività sportiva praticata e sottoporsi a visita di controllo prima di riprenderla. Il medico visitatore ha la facoltà, per quanto disposto dall'art. 3 del DM, di richiedere ulteriori esami specialistici e strumentali “su motivato sospetto clinico”.

Lo stesso articolo (3° co.) prevede che ogni sport non contemplato nelle tabelle A e B sia assimilato, ai fini degli accertamenti sanitari da compiersi, a quello che, tra i previsti, presenta maggiore affinità con il prescelto dall'interessato.

Il cittadino già in possesso di certificato per un'attività agonistica può utilizzare lo stesso certificato anche per svolgere attività non agonistiche.

Inoltre, nel caso in cui l'atleta pratici più sport, dovrà sottoporsi a una sola visita medica di idoneità con periodicità annuale, che sarà comprensiva di tutte le indagini contemplate per i singoli sport (artt. 3, 4 e 5).

In occasione degli accertamenti sanitari per il riconoscimento dell'idoneità specifica allo sport, il medico visitatore deve procedere alla compilazione di una scheda di valutazione medico-sportiva conforme ai modelli A e B di cui all'allegato 2 del DM (art. 4), dove, dopo i dati anagrafici, l'anamnesi, l'esame obiettivo e gli esami specialistici effettuati, va aggiunto il giudizio conclusivo, recante la dizione seguente: "L'atleta all'atto della visita non presenta controindicazioni cliniche pregresse o in atto alla pratica dello sport... per il periodo...", con precisazione della data e apposizione di timbro e firma del medico visitatore.

Il certificato per l'attività sportiva nei piccoli di età inferiore ai 6 anni

Il Decreto ministeriale 28 febbraio 2018 ha, recentemente, stabilito che i bambini di età compresa tra 0 e 6 anni non saranno più sottoposti ad obbligo di certificazione medica per **l'esercizio dell'attività sportiva in età prescolare, salvo nei casi in cui il pediatra esprima un diverso giudizio.**

Il Decreto fa propria la richiesta delle società scientifiche dei pediatri di semplificare l'iter di chi desidera promuovere l'attività motoria dei figli, vincolandola, nei casi che richiedono accertamenti, al giudizio clinico del medico curante.

Sarà in questi casi dunque il giudizio del pediatra a stabilire se il bimbo va o meno sottoposto ad accertamenti finalizzati a stabilirne l'idoneità alla pratica sportiva.

I genitori potranno sentire o meno il medico di fiducia, potranno far accedere il figlio, anche in assenza di certificazione, alle pratiche sportive e nei casi di dubbio, o in presenza di disturbi del bambino, sentire il medico curante che potrà avviare gli accertamenti opportuni.

La non obbligatorietà della certificazione non esclude che la stessa possa essere comunque richiesta da società sportive e/o palestre.

Certificati di buona salute

Si tratta di certificazioni richieste per l'**ammissione di bambini a colonie estive, campeggi, studenti in collegi o pensionati**. L'interesse sotteso, in questi casi, dall'esibizione della certificazione è quello di escludere la presenza di malattie infettive o situazioni psichiche che possano aggravarsi con la vita in comunità.

Il requisito della assenza di malattie infettive si basa in questi casi sull'anamnesi e l'esame obiettivo che il medico deve sempre compiere prima di rilasciare la certificazione. Per questo è conveniente precisare che l'accertamento dello stato di salute si è basato (solo) su tali atti medici.

In qualche caso viene richiesta l'esecuzione di indagini (in genere ematochimiche) che escludano la presenza di malattie infettive (come per esempio l'accertamento dello stato di sieropositività per l'HCV, HBV o l'HIV etc). In tali casi il paziente va informato del fatto che la certificazione richiesta comporta tali accertamenti e la certificazione potrà essere rilasciata solo dopo che lo stesso avrà dato il proprio consenso alla loro esecuzione.

Rientrano tra questi certificati anche quelli richiesti per ottenere la **cessione del quinto dello stipendio**. In tal caso l'interesse è quello di dimostrare uno stato di salute che sia a garanzia della possibilità di continuare l'attività lavorativa e poter quindi estinguere il debito per il quale viene richiesta la cessione del quinto dello stipendio.

I certificati per l'ammissione di bambini a colonie estive, campeggi, studenti in collegi o pensionati, può essere rilasciato da qualunque medico (sia esso il medico di medicina generale o il libero professionista) e non rientra nei compiti previsti dalla Convenzione. Come tale può essere addebitato economicamente al richiedente.

La certificazione attestante le condizioni di salute per la cessione del quinto dello stipendio è rilasciata, in genere, da medici del settore di medicina legale delle istituzioni deputate ad erogare il prestito (Legge 19 ottobre 1950 n. 1224 e Legge 4 gennaio 1968 n. 15).

Certificati di tipo analogo sono in genere richiesti dai comuni per l'**ammissione di anziani a soggiorni climatici**. In tali casi l'interesse è quello di evidenziare eventuali stati di salute precaria che controindichino il trasporto ed il soggiorno climatico; in qualche caso insieme al certificato vengono richieste informazioni sulla situazione clinica e terapeutica. Si tratta di informazioni che possono essere utili al medico che fosse eventualmente chiamato a curare l'anziano durante la permanenza nella sede di vacanza.

Da ricordare che il certificato deve essere richiesto dal paziente e ad esso va consegnato.

Le richieste che dovessero pervenire da altri soggetti (se non in possesso di specifica delega scritta da parte del paziente) vanno respinte.

Anche tale tipo di certificazione non rientra tra i compiti convenzionali del MMG e quindi può essere imputata all'onere economico del richiedente.

Certificati per la scuola

Il certificato per la riammissione alla scuola

Riferimenti normativi: R.D. 9.10.1921 n. 1981 (regolamento per la difesa contro le malattie infettive nelle scuole) e D.P.R. 22.12.1967 n. 1518 e DPR 1518/1967, art 42, ulteriormente chiarito, dopo la riforma costituzionale del 2001, negli accordi tra i pediatri di famiglia e le singole regioni:

“L'alunno che sia rimasto assente per più di 5 giorni può essere riammesso soltanto previa visita di controllo del medico scolastico o in assenza di questi dietro presentazione di una dichiarazione del medico curante circa la natura della malattia e l'idoneità alla frequenza”.

L'interesse è in questo caso quello di escludere a carico dell'alunno che rientra nella scuola la presenza di malattie infettive che possano costituire un pericolo per la comunità in cui viene riammesso. Il medico è quindi tenuto a segnalare l'assenza di contagiosità.

Il requisito della guarigione e dell'assenza di contagiosità, anche in questi casi, si basa sull'anamnesi e l'esame obiettivo che il medico deve sempre compiere prima di rilasciare la certificazione. Per questo è conveniente precisare che l'accertamento dello stato di salute si è basato su tali elementi.

Tale certificazione per il medico di medicina generale ed il pediatra di libera scelta rientra tra gli obblighi convenzionali (D.P.R. 22.7.1996, n. 484, art. 31, comma d: gratuità per scuola dell'obbligo, asili nido, scuola materna e scuole medie secondarie superiori) e quindi per queste categorie è da rilasciarsi gratuitamente.

Il certificato di riammissione è necessario solo dopo un'assenza per malattia di oltre cinque giorni (il rientro a scuola entro il 5° giorno non richiede certificato).

Il certificato in questione è stato abolito in alcune regioni, per cui tale certificazione non è universalmente richiesta.

Certificato per l'esenzione dall'attività fisica (lezioni di educazione fisica)

L'educazione fisica è una materia scolastica e per frequentarne le lezioni non è richiesta la presentazione di un certificato; certificato che invece occorre presentare quando l'attività fisica viene espletata al di fuori dei normali orari di insegnamento. In questi casi si tratta di “attività parascolastica” e per poter praticare tale attività fisica al di fuori dei normali orari di insegnamento, viene richiesta la certificazione di idoneità fisica alla pratica di attività sportiva (vedi in merito la parte dedicata a questa certificazione).

Nel caso in cui uno studente non sia in grado di svolgere l'attività fisica e debba quindi essere esentato dalle lezioni deve presentare idonea certificazione.

L'esenzione può essere temporanea oppure estesa a tutto l'anno di insegnamento.

Riferimenti normativi: Legge 88 del 7.2.1958 art. 3 “Provvedimenti per l'educazione fisica”: la legge prevede che “possono essere concessi esoneri temporanei o permanenti dalle lezioni di educazione fisica per motivi di salute, da comprovarsi mediante visita medica”.

Per periodi limitati di tempo è sufficiente il certificato del medico di famiglia o di un altro medico.

Nei casi in cui l'esenzione sia da estendersi a tutto l'anno di insegnamento il richiedente dovrà presentare un certificato redatto da un medico dipendente di una struttura pubblica (in genere il medico di distretto o altro dipendente a ciò delegato dalle ASL).

Certificato scolastico per diete speciali

Nell'ambito delle certificazioni per uso scolastico o mense aziendali, riveste notevole importanza anche la certificazione relativa alla gestione dei servizi di ristorazione scolastica, certificazione che deve essere rilasciata dal medico sulla base di criteri rigorosamente scientifici, nell'interesse dello studente che deve far uso di diete speciali per patologie come celiachia, diabete, favismo, fenilchetonuria, allergie/intolleranze alimentari o altre malattie metaboliche rare, mentre per problemi di disgusto verso taluni alimenti (molto spesso sostenuti da profili educativi errati dei familiari) o per il rifiuto a categorie di cibi dovuto a motivi etici (vegetariani, vegani, etc) e religiosi, cercando di salvaguardare lo studente da riflessi psicologici negativi rispetto a compagni che fanno uso di diete normali, l'attestazione deve essere sottoscritta esclusivamente dai genitori o dall' esercente la patria potestà.

Se per le patologie più importanti come il diabete, la celiachia, la fenilchetonuria e il favismo i criteri diagnostici sono ben codificati, capitolo a parte è quello delle allergie/intolleranze alimentari che troppo spesso, per motivi legati a una cattiva informazione, sono diagnosticate in base a test non scientificamente provati.

Infatti l'allergia alimentare interessa il 4,5% della popolazione adulta e fino al 10% circa della popolazione pediatrica, anche se la percezione globale viene stimata intorno al 25% circa.

Nell'ambito delle reazioni agli alimenti occorre però distinguere fra allergia alimentare vera, le reazioni tossiche e le intolleranze alimentari non su base immunologica.

Nell'ambito delle vere allergie alimentari si possono riscontrare quadri clinici spesso molto gravi (bisogna ricordare che l'allergia alimentare è la prima causa di anafilassi nel bambino) e quindi risulta evidente l'importanza di una corretta diagnosi attraverso un iter ben definito da protocolli diagnostici validati.

Il fine di tutto questo è di non esporre i bambini a inutili restrizioni dietetiche o a errati regimi alimentari con ovvie ripercussioni sullo sviluppo psico-fisico del bambino, ma soprattutto per individuare e proteggere quei soggetti con accertata allergia grave ad alimenti ubiquitari che potrebbero causare, se accidentalmente ingeriti, reazioni anafilattiche anche estremamente gravi.

Per questo motivo è importante che nell'ambito della certificazione scolastica vengano seguiti dai curanti dei criteri ben precisi, sulla base di iter diagnostici corretti, e che il certificato non venga rilasciato sulla base di abitudini e convinzioni dettate da fonti non attendibili o da mode del momento.

Per tali motivi una certificazione corretta (in genere modulistica preparata dalla ASL di competenza) riveste un ruolo importante non solo per la salute del bambino ma anche per l'organizzazione interna della mensa scolastica e quindi deve possedere determinate caratteristiche:

- deve essere compilata e sottoscritta dal medico curante dello studente nel caso ci si trovi di fronte alle patologie sopra ricordate
- deve essere compilata e sottoscritta dai genitori dello studente solo nei casi di rifiuto di un determinato alimento non per motivi sanitari (disgusto, etici e religiosi).

A titolo semplificativo si riportano delle schede utilizzate dalla ASL di Como (chiesta autorizzazione alla pubblicazione).

(se non visualizzi correttamente le figure, [clicca qui](#) – è richiesta una connessione a Internet)

Spett.le Ente Responsabile
della ristorazione scolastica della scuola _____ di _____

I sottoscritti genitori del/la bambino/a ----- nato/a il-----

Consapevoli dell'importanza di una alimentazione variata che preveda l'assunzione di tutti i principi nutritivi e di tutte le categorie di alimenti contemplati nel menù scolastico approvato dalla ASL;

consapevoli che il rifiuto di un alimento da parte del bambino, quando non riconosca una causa sanitaria, può essere superato nell'ambito dei processi di educazione e formazione scolastica;

consapevoli che l'esclusione di un alimento dalla dieta scolastica, quando non sostenuto da cause sanitarie, può essere richiesto direttamente dai genitori all'Ente Responsabile

segnalano che il proprio bambino, in famiglia, rifiuta il seguente alimento:

e chiedono pertanto che

vi sia attenzione a tale segnalazione nell'ambito della somministrazione dei pasti a scuola.

Si rimane consapevole che tale alimento verrà comunque proposto senza alcuna forzatura da parte degli educatori e si chiede che, dopo un congruo numero di occasioni di incontro con l'alimento indicato, permanendo il rifiuto, l'alimento sia definitivamente sostituito secondo la vigente tabella ASL delle sostituzioni.

I genitori _____

Luogo e data _____



Timbro del medico

Il sottoscritto DR.-----

Sentiti i genitori del bambino-----nato il-----che propongono
 l'esclusione la reiterazione dell'esclusione
dal menù scolastico di alcuni alimenti per ragioni sanitarie,

considerata la visita, l'anamnesi, la situazione clinica nonché :

- Test allergologici pregressi validati cutireazione
- La recente (tre mesi) positività a Test allergologici validati PRIST e RAST
- Recenti esami ematochimici e/o istologici
- L'Autorizzazione ASL del precedente anno scolastico (solo in caso di reiterazione)
- Altro (specificare) _____

Escludendo un caso di disgusto o motivi etico-religiosi per i quali l'ASL ha predisposto una diversa procedura;

Ritiene necessario:

1

L'ESCLUSIONE/ (REITERAZIONE dell'esclusione dato il persistere della patologia) dalla DIETA SCOLASTICA, per POSITIVITA' ai TEST ovvero per altra motivazione sanitaria (specificare _____)
per la durata del corrente ANNO SCOLASTICO, dei seguenti ALIMENTI:

- _____
- _____
- _____
- _____
- _____

Oppure 2

DIETA DI ESCLUSIONE dei seguenti ALIMENTI:

- _____
- _____
- _____
- _____
- _____

VALIDA PER L' ANNO SCOLASTICO _____ OVVERO PER MESI _____

IL PRESENTE CERTIFICATO VIENE REDATTO PER LE FINALITA' PREVISTE DAL VIGENTE PROTOCOLLO ASL PER LE DIETE SPECIALI E CONSEGNATO AI GENITORI PER L'INOLTRO ALL'ENTE RESPONSABILE.

IN FEDE-----DATA E LUOGO _____

MOD B ASL/2008

Timbro del medico

Il sottoscritto DR.-----

Sentiti i genitori del bambino-----nato il-----che propongono
 l'esclusione la reiterazione dell'esclusione
dal menù scolastico di alcuni alimenti per ragioni sanitarie,

considerata la visita, l'anamnesi, la situazione clinica nonché :

- Recenti esami ematochimici e/o istologici
- L'Autorizzazione ASL del precedente anno scolastico (solo in caso di reiterazione)
- Altro (specificare) _____

essendo in presenza di:

- Morbo celiaco
- Diabete
- Favismo
- Fenilchetonuria
- Altre malattie metaboliche rare (specificare _____)
- Altro (specificare _____)

Ritiene necessario:

L'ESCLUSIONE/ (REITERAZIONE dell'esclusione dato il persistere della patologia)
dalla DIETA SCOLASTICA,
per la durata del corrente ANNO SCOLASTICO, dei seguenti ALIMENTI:

- _____
- _____
- _____
- _____
- _____

IL PRESENTE CERTIFICATO VIENE REDATTO PER LE FINALITA' PREVISTE DAL
VIGENTE PROTOCOLLO ASL PER LE DIETE SPECIALI E CONSEGNATO AI
GENITORI PER L'INOLTRO ALL'ENTE RESPONSABILE.

IN FEDE-----DATA E LUOGO _____

MOD C ASL/2008

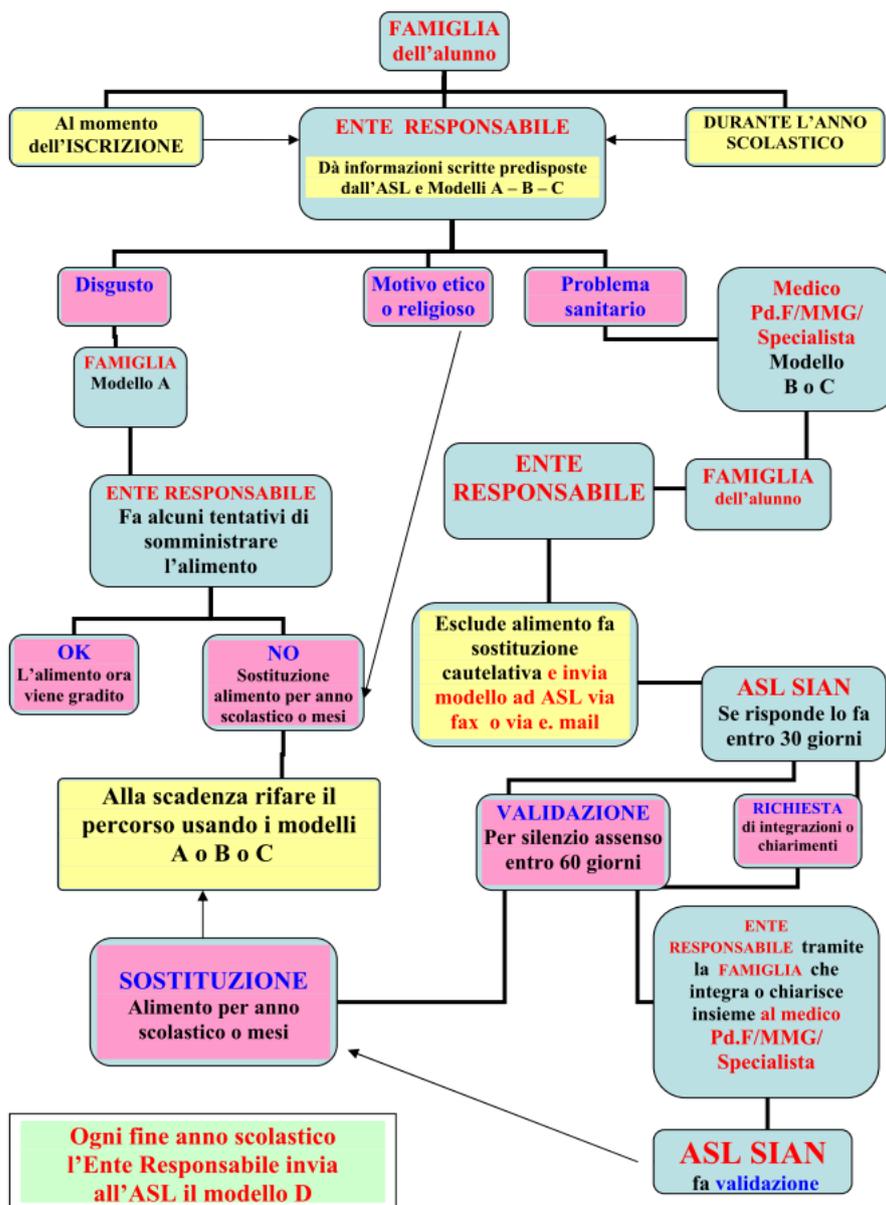
ENTE RESPONSABILE: _____

**RENDICONTAZIONE ANNUALE DIETE SPECIALI PER MOTIVI ETICO/RELIGIOSI E
DISGUSTI**

Ordine di scuola	N. di iscritti alla mensa	Motivi di sostituzione	N. di alunni	Alimenti da sostituire (specificare)	N.
INFANZIA		RELIGIOSO		_____	_____
		VEGETARIANO		_____	_____
		ALTRO (specificare)		_____	_____
		DISGUSTO		_____	_____
PRIMARIA		RELIGIOSO		_____	_____
		VEGETARIANO		_____	_____
		ALTRO (specificare)		_____	_____
		DISGUSTO		_____	_____
SECONDARIA		RELIGIOSO		_____	_____
		VEGETARIANO		_____	_____
		ALTRO (specificare)		_____	_____
		DISGUSTO		_____	_____

MOD D ASL/2008

FLUSSO DIETE SPECIALI



Il certificato per l'assistenza al voto

Sono da considerarsi elettori fisicamente impediti i ciechi, gli amputati delle mani, gli affetti da paralisi o da altro impedimento di analoga gravità ovvero gli elettori portatori di handicap sempreché gli stessi siano impossibilitati ad esercitare autonomamente il diritto di voto.

Detti elettori possono esprimere il voto con l'assistenza di un elettore della propria famiglia o, in mancanza, con l'assistenza di un altro elettore che sia stato volontariamente scelto come accompagnatore, purché sia iscritto nelle liste elettorali del Comune. L'impedimento, quando non sia evidente, potrà essere dimostrato mediante esibizione di apposito certificato rilasciato, immediatamente, gratuitamente e in esenzione da qualsiasi diritto o applicazione di marche, dal funzionario medico designato dai competenti organi dell'Azienda per i servizi sanitari. Detto certificato medico deve attestare che l'infermità fisica impedisce all'elettore di esprimere il voto senza l'aiuto di altro elettore. Sono altresì ammessi al voto assistito gli elettori che esibiscono il libretto nominativo rilasciato dal Ministero dell'Interno – Direzione Generale dei Servizi Civili, quando, all'interno del libretto stesso, è indicata la categoria "ciechi civili" ed è riportato uno dei seguenti codici: 10, 11, 15, 18, 19, 05, 06, 07. Per quanto concerne l'esatta interpretazione della generica espressione "o da altro impedimento di analoga gravità", nel caso in cui non venga prodotta, da parte dell'elettore, l'apposita certificazione medica, il Consiglio di Stato, in numerose decisioni, ha affermato che spetta al presidente del seggio valutare, di volta in volta, l'effettività dell'impedimento, ad esclusione delle tre ipotesi tipiche (cecità, amputazione delle mani, paralisi), che di per sé consentono l'ammissione al voto assistito. L'impedimento o handicap, in ogni caso, deve essere riconducibile alla capacità visiva dell'elettore oppure al movimento degli arti superiori, dal momento che **l'ammissione al voto assistito non è consentita per le infermità** che non influiscono su tali capacità, ma **che riguardano la sfera psichica dell'elettore**. Nessun elettore può esercitare la funzione di accompagnatore per più di un invalido; sulla tessera elettorale dell'accompagnatore, all'interno dello spazio destinato alla certificazione dell'esercizio del voto, è fatta apposita annotazione da parte del presidente del seggio nel quale l'elettore ha assolto la funzione di accompagnatore.

Devono intendersi "elettori portatori di handicap" anche le persone con handicap di natura psichica, allorché la rispettiva condizione comporti pure una menomazione fisica che incida sulla capacità di esercitare materialmente il diritto di voto.

Con la recente modifica di legge è caduto il vincolo che imponeva di scegliere tra parenti o cittadini risiedenti nello stesso comune il proprio accompagnatore ampliandone la facoltà di scelta: il cittadino disabile potrà scegliere liberamente da chi farsi accompagnare in cabina elettorale al momento del voto; potranno farsi accompagnare anche da persone residenti in altri comuni d'Italia.

La citata legge n. 17/2003 prevede, altresì, che l'annotazione del diritto di voto assistito possa essere inserita – su richiesta dell'interessato e corredata da apposita documentazione – a cura del Comune di iscrizione elettorale mediante apposizione di un corrispondente simbolo o codice sulla propria tessera elettorale nel rispetto delle disposizioni vigenti in materia di riservatezza personale e in particolare della legge n. 675/1996 (norme sulla tutela della privacy). Questa facoltà consentirà agli interessati di essere ammessi al voto evitando di presentare il certificato medico ad ogni tornata elettorale, qualora, invece, la tessera elettorale non presenti il suddetto simbolo o codice, oppure quando l'impedimento non sia evidente, esso potrà essere dimostrato con un certificato medico – rilasciato dalle Aziende Sanitarie Locali, che attesti che l'infermità fisica impedisce all'elettore di esprimere il voto senza l'aiuto di altro elettore.

La proposta di accertamento sanitario obbligatorio (ASO) e trattamento sanitario obbligatorio (TSO)

La legge stabilisce che si possono attuare l'ASO ed il TSO solo se la persona necessita di cure (secondo i sanitari che l'hanno visitata) e le rifiuta.

L'**Accertamento Sanitario Obbligatorio** va richiesto quando la persona appare pericolosa per sé o per gli altri, manifesta propositi di suicidio, minaccia o compie lesioni a cose e persone, rifiuta di comunicare con conseguente isolamento, rifiuta la terapia, rifiuta acqua e cibo. Oppure quando una persona disturbata psichicamente, un tossicodipendente in crisi di astinenza, un alcolodipendente assume dei comportamenti imprevedibili o violenti.

In queste situazioni spesso i familiari conviventi o i vicini di casa, qualora la persona sia in terapia presso uno psichiatra, chiedono aiuto allo psichiatra del servizio, oppure nel caso la persona non lo fosse, chiedono aiuto al medico di famiglia o chiamano direttamente l'ambulanza e/o i vigili o i carabinieri.

La legge stabilisce un'esatta procedura che deve essere seguita al fine di mettere in atto l'ASO, che deve essere disposto con provvedimento del Sindaco del Comune di residenza o del Comune dove la persona si trova momentaneamente, nella sua qualità di autorità sanitaria.

Il medico formula una proposta scritta motivata al Sindaco del Comune nel cui territorio si trova il paziente, facendola pervenire alla Polizia Municipale o ai Servizi Sociali.

Nella proposta devono essere specificati

- i dati del paziente
- i dati del medico proponente insieme al recapito telefonico per eventuali comunicazioni urgenti
- la situazione clinica e il motivo dell'urgenza che spingono il medico a chiedere il provvedimento
- il rifiuto esplicito e/o l'inavvicinabilità del paziente
- la specificazione del luogo e del tempo in cui si intende effettuare l'ASO (ambulatorio, domicilio del paziente, pronto soccorso, comunità protetta, etc). È bene scegliere un luogo idoneo per l'accertamento nel rispetto della sicurezza, ma anche della dignità del paziente. L'ASO non può essere effettuato in regime di degenza ospedaliera.

È opportuno che il medico proponente contatti uno psichiatra del Dipartimento di Salute Mentale (DSM) per illustrare la situazione e definire in maniera concordata le modalità migliori per gestire la situazione. Negli orari di chiusura del DSM può invece rivolgersi al pronto soccorso dell'Ospedale, che gli potrà fornire il recapito dello psichiatra reperibile con cui potersi consultare.

La proposta va redatta in triplice copia: una accompagna il paziente nell'iter successivo, una rimane al Sindaco, una viene inviata al Giudice Tutelare. Ogni copia deve riportare la firma autografa e il timbro o comunque il nominativo leggibile del medico.

La Polizia Municipale cura e garantisce che la proposta giunga al Sindaco per l'emissione dell'Ordinanza, che deve avvenire entro 48 ore e conserva la sua validità fino alla esecuzione e comunque non oltre 7 giorni.

A seguito dell'ASO si possono verificare le seguenti situazioni:

- a) non è necessario alcun trattamento (ipotesi improbabile laddove si siano create le condizioni per un ASO). Il medico scrive al Sindaco informandolo della non necessità del trattamento.
- b) è necessario intervenire con un trattamento ed il paziente acconsente: se è stato proposto l'accertamento in modo obbligatorio il medico scrive al Sindaco dichiarando effettuato l'ASO e si procede con il trattamento
- c) esistono condizioni per un TSO ospedaliero o extraospedaliero. In tal caso il medico attiva le specifiche procedure.

Il medico che accerta la necessità di interventi terapeutici urgenti che vengono rifiutati dall'infermo e che esistono condizioni per eseguire tali interventi al di fuori del ricovero in ospedale, formula una proposta scritta motivata di **Trattamento Sanitario Obbligatorio** (TSO) al Sindaco del Comune nel cui territorio si trova il paziente, facendola pervenire alla Polizia Municipale o ai Servizi Sociali.

Nella proposta devono essere specificati:

- i dati del paziente
- i dati del medico proponente insieme al recapito telefonico per eventuali comunicazioni urgenti
- la situazione clinica e il motivo dell'urgenza che spingono il medico a chiedere il TSO
- il rifiuto esplicito del paziente
- la specificazione del luogo e del tempo in cui si intende effettuare il TSO (ambulatorio, domicilio del paziente, pronto soccorso, etc). È bene scegliere un luogo idoneo per il TSO nel rispetto della sicurezza, ma anche della dignità del paziente
- indicazioni su quale trattamento venga proposto e sulle modalità di esecuzione.

È opportuno che il proponente, qualora non fosse uno psichiatra dell'Unità Operativa di Psichiatria, interpellare lo psichiatra del DSM, per illustrare la situazione e definire in maniera concordata le modalità migliori per

affrontare la situazione. Negli orari di chiusura del DSM il proponente può rivolgersi al pronto soccorso dell'Azienda Ospedaliera, che gli potrà fornire il recapito dello psichiatra reperibile con cui potersi consultare.

La proposta va redatta in triplice copia: una accompagna il paziente nell'iter successivo, una rimane al Sindaco, una viene inviata al Giudice Tutelare. Ogni copia deve riportare la firma autografa e il timbro o comunque il nominativo leggibile del medico.

La Polizia Municipale cura e garantisce che la proposta giunga al Sindaco per l'emissione dell'ordinanza.

Il provvedimento di TSO dura al massimo 7 giorni, ed è rinnovabile a seguito di proposta del responsabile del DSM.

La certificazione di morte

È utile ricordare che in occasione di un decesso, vanno espletati alcuni atti successivi:

1. **Constatazione (o diagnosi) di morte:** tale certificato attesta la cessazione delle funzioni vitali ed è redatto dal medico che per primo si trova nel luogo del decesso. Generalmente si espleta mediante la osservazione dei tipici segni clinici: assenza del respiro, del polso, del battito cardiaco e dei riflessi, la fissità delle pupille alla luce. Deve contenere, oltre alle generalità del defunto, data, ora e luogo del decesso; non è codificato da norme specifiche e può essere redatto sul ricettario personale del medico certificatore. Il certificato non rientra negli obblighi previsti dagli ACN e dalla Legge, ma nella attività libero professionale del medico.

2. **Accertamento della realtà della morte (certificato necroscopico):** va stilato dal medico necroscopo, dopo avere verificato i parametri fondamentali cardio-circolatorio, nervoso e respiratorio, con modalità codificate. Al fine di evitare casi di morte apparente la legge dispone che l'accertamento e la certificazione siano effettuate dopo la 15° ora dal decesso e la sepoltura dopo la 24°, salvo casi particolari. La certificazione della realtà della morte costituisce atto pubblico, in quanto redatta da pubblico ufficiale. Il certificato deve essere rilasciato da medici necroscopi, che possono essere dipendenti del SSR o medici convenzionati nominati dal Direttore Generale dell'AUSL; in entrambi i casi la prestazione è rilasciata gratuitamente.

3. **Denuncia delle cause di morte su scheda ISTAT:** va redatta dal medico curante, oppure, in caso di sua indisponibilità, dal medico necroscopo dipendente della AUSL, entro 24 ore dalla constatazione del decesso. Tale certificazione, obbligatoria ai sensi della legge, deve essere redatta a titolo gratuito.

- In caso di decesso di un proprio assistito “*il medico deve denunciare... la malattia che a suo giudizio ne sarebbe stata la causa*” (art. 1 DPR 10.9.90 n. 285 – Regolamento Polizia Mortuaria).
- L'assistenza medica è da intendersi come conoscenza da parte del medico della patologia e del suo decorso. Pertanto anche un medico diverso dal medico di famiglia (MMG) può rivestire la qualifica di curante.
- Per quanto sopra, si intende come non necessaria la materiale presenza del medico nel momento del decesso (circ. 24.6.93 n. 24 Min. Sanità, G.U. n. 158 del 3.7.93).
- La scheda ISTAT deve contenere, oltre ai dati anagrafici e l'ora non approssimativa della morte, i requisiti conoscitivi sostanziali relativi alle cause di morte (divise in iniziale, intermedia e finale). Nel caso in cui si ritenga che il decesso sia stato determinato da una sola malattia, questa va indicata nell'apposito spazio in Parte 1 dedicato alla causa iniziale. Nel caso invece che si ritenga che il decesso sia stato determinato da più patologie, queste vanno indicate secondo un concatenamento eziopatogenetico e temporale corretto. Se si ritiene che altre patologie abbiano avuto un ruolo importante, ma secondario rispetto alle precedenti, nel provocare il decesso, esse vanno inserite nell'apposito spazio in Parte 2 dedicato agli altri stati morbosi rilevanti.
- Se la morte è avvenuta durante o dopo un intervento medico o chirurgico o in seguito alla somministrazione di farmaci è necessario descrivere la patologia per la quale è stato necessario ricorrere ad essi.
- Se si ritiene che la morte sia stata provocata da traumatismo/avvelenamento, la lesione e le eventuali conseguenze vanno descritte nella Parte 1 secondo il concatenamento eziologico e cronologico già descritto. Le modalità e le circostanze che hanno provocato l'incidente vanno invece riportate negli spazi ai punti 5-6-7-8-9, senza omettere la modalità del traumatismo: accidentale, suicidio, omicidio.
- Se sono noti i tempi di insorgenza delle patologie o delle lesioni descritte, bisogna compilare anche gli spazi relativi al “tempo intercorso fra insorgenza della causa indicata e la morte”.
- Date le finalità di queste schede (non solo statistico-epidemiologiche ma anche in rapporto alle connesse e più immediate esigenze conoscitive dell'Autorità Sanitaria e Giudiziaria) i dati devono essere il più possibile esaurienti. Il medico necroscopo può eccepire (e chiedere chiarimenti) al curante su aspetti eventualmente non chiari.
- In caso di incertezza sulle cause di morte non potrà essere rilasciato il nulla osta alla sepoltura ma dovrà essere effettuato il riscontro diagnostico o l'autopsia giudiziaria.

Memento per il medico certificatore

- La legge impone che il medico curante (generalmente il medico di famiglia) compili la scheda ISTAT entro 24 ore dal decesso; questo può essere inconciliabile con l'ACN che consente al medico di famiglia (MMG) di sospendere le attività assistenziali nei giorni prefestivi e festivi. Il curante in tale situazione non ha alcun obbligo giuridico di presenza o di disponibilità in quanto la scheda ISTAT non è un atto medico previsto e dovuto sulla scorta degli ACN, ma un documento con finalità statistiche/epidemiologiche
- In caso di decesso in tale intervallo critico la compilazione della scheda ISTAT può essere demandata ad altri sanitari, ma solo se hanno esaustiva e sicura conoscenza della patologia che ha causato la morte, e del decorso della stessa. Vale a dire che un eventuale sostituto (come il medico necroscopo) può compilare la scheda ISTAT solo se, attraverso cartelle cliniche o esaustive relazioni sanitarie, ritiene totalmente soddisfatti tali requisiti conoscitivi
- Unica alternativa, in tali casi, è la compilazione della scheda da parte del medico necroscopo secondo le regole dettate per i casi di "decesso senza assistenza medica" (art. 1/4 Reg. Pol. Mort.). La compilazione viene ad essere quindi subordinata ad accertamenti (tipicamente il riscontro diagnostico) con i comprensibili problemi a carico dei congiunti del morto. Se il medico viene chiamato a constatare il decesso di un suo paziente morto improvvisamente senza assistenza medica, oltre che constatare il decesso, dovrà richiedere riscontro diagnostico al Direttore Sanitario Aziendale dell'AUSL; in questo caso il medico legale dell'Azienda, previa indagine necroscopica, ricoprirà la funzione di curante e necroscopo e stilerà la denuncia di causa di morte. Da quanto detto sopra deriva la necessità (anche se non l'obbligo giuridico) che il medico curante, per motivi deontologici e per evitare inutili sofferenze ai familiari del deceduto, intervenga ove possibile per la compilazione del certificato ISTAT, anche nelle occasioni in cui non sarebbe obbligato a farlo
- Per poter procedere al **trasporto della salma** presso altra struttura (obitori, case del commiato), su richiesta scritta dei familiari, è necessario un apposito certificato da cui deve risultare che la causa della morte non è dovuta a reato e che il trasporto può svolgersi senza pregiudizio per la salute pubblica (art. 10, comma 2, L.R. 19/2004). Tale certificato può essere redatto dal medico curante o in caso di sua assenza dal medico di continuità assistenziale o emergenza territoriale, tenendo conto delle diverse disposizioni organizzative
- Per poter procedere alla cremazione del cadavere, è necessaria apposita certificazione redatta dal medico curante o dal medico necroscopo in cui siano riportata la causa iniziale, la causa intermedia e la causa terminale della morte ed escluda che la stessa sia dovuta a reato.

(se non visualizzi correttamente la figura, [clicca qui](#) - è richiesta una connessione a Internet)

Certificato medico per le adozioni nazionali/internazionali

Al medico curante, nello specifico al medico di medicina generale, può essere richiesto un certificato per l'adozione internazionale di un piccolo.

Tale certificazione viene rilasciata ai sensi del DPCM 28/11/2003 e viene redatta su base anamnestica che escludano una serie di patologie:

- cardiopatie
- patologie autoimmunitarie od oncologiche
- patologie infettive (AIDS, sifilide)
- patologie psichiatriche
- patologie genetiche, neurologiche (epilessia).

L'esclusione in base ai dati clinici anamnestici può altresì avvalersi di esami strumentali e/o di laboratorio.

Gli esami richiesti sono esenti dalla partecipazione alla spesa.

Riportiamo di seguito il fac-simile.

(se non visualizzi correttamente le figure, [clicca qui](#) - è richiesta una connessione a Internet)

Certificato del medico curante per l' idoneità sanitaria all'adozione

Il/la sottoscritto/a Dr. _____
Iscritto all'Ordine dei Medici di _____
Medico Curante del/la sig./ra _____ dal _____

DICHIARA
(specificare tutte le patologie attualmente presenti)
Che il sig./ra _____

- è affetto da **patologie dell'apparato cardiocircolatorio** (Si) (No)
se Sì, indicare quali

assume terapia _____ (Si) (No)
se Sì, indicare quale e in che dosaggio

di essere stato ricoverato in ospedale _____ (Si) (No)
se Sì, indicare quando e per quanto tempo

Per tale patologia è in cura presso _____

- è affetto da **patologie dell'apparato respiratorio** (Si) (No)
se Sì, indicare quali

tubercolosi _____ (Si) (No)

assume terapia _____ (Si) (No)
se Sì, indicare quale e in che dosaggio

di essere stato ricoverato in ospedale _____ (Si) (No)
se Sì, indicare quando e per quanto tempo

Per tale patologia è in cura presso _____

- è affetto da **diabete** _____ (Si) (No)

se Sì, specificare se insulinodipendente (Si) (No)
compenso glicometabolico _____

complicanze _____
di essere stato ricoverato in ospedale (Si) (No)
se Sì, indicare quando e per quanto tempo

Per tale patologia è in cura presso _____

- è affetto da altre **patologie endocrine** _____ (Si) (No)

se Sì, indicare quali _____

assume terapia (Si) (No) _____

se Sì, indicare quale e in che dosaggio _____

di essere stato ricoverato in ospedale (Si) (No) _____

se Sì, indicare quando e per quanto tempo _____

Per tale patologia è in cura presso _____

- è affetto da **patologie psichiche** _____ (Si) (No)

se Sì, indicare quali _____

assume terapia (Si) (No) _____

se Sì, indicare quale e in che dosaggio _____

di essere stato ricoverato in ospedale (Si) (No) _____

se Sì, indicare quando e per quanto tempo _____

fa/ha fatto **uso di sostanze psicoattive** _____ (Si) (No)

abuso di alcol (Si) (No) _____

uso di stupefacenti (Si) (No) _____

uso di sostanze psicotrope (Si) (No) _____

se Sì, specificare quali e con che modalità di assunzione _____

di essere stato **ricoverato in ospedale** (Si) (No)
se Sì, indicare quando e per quanto tempo

Per tale patologia è in cura presso

- è affetto da **patologie del sistema nervoso** (Si) (No)
se Sì, indicare quali _____
assume terapia (Si) (No) _____
se Sì, indicare quale e in che dosaggio _____
di essere stato ricoverato in ospedale (Si) (No) _____
se Sì, indicare quando e per quanto tempo _____

- soffre di **epilessia o ha manifestato crisi epilettiche** (Si) (No)
se Sì, specificare con che frequenza e quando si è manifestata l'ultima _____
assume terapia (Si) (No) _____
se Sì, indicare quale e in che dosaggio _____
di essere stato ricoverato in ospedale (Si) (No) _____
se Sì, indicare quando e per quanto tempo _____
Per tale patologia è in cura presso _____

- è affetto da **malattie ematologiche** (Si) (No)
se Sì, indicare quali _____

assume terapia (Si) (No) _____
se Sì, indicare quale e in che dosaggio _____
di essere stato ricoverato in ospedale (Si) (No) _____
se Sì, indicare quando _____
Per tale patologia è in cura presso _____

- è affetto da **malattie autoimmuni** (Si) (No)

se Sì, indicare quali _____
assume terapia (Si) (No) _____
se Sì, indicare quale e in che dosaggio _____
di essere stato ricoverato in ospedale (Si) (No) _____
se Sì, indicare quando e per quanto tempo _____

Per tale patologia è in cura presso

- è affetto da **malattie infettive** (Si) (No)

se Sì, indicare quali _____
assume terapia (Si) (No) _____
se Sì, indicare quale e in che dosaggio _____
di essere stato ricoverato in ospedale (Si) (No) _____
se Sì, indicare quando e per quanto tempo _____

Per tale patologia è in cura presso

- è affetto da **malattie gastrointestinali** (Si) (No)

se Sì, indicare quali _____
assume terapia (Si) (No) _____
se Sì, indicare quale e in che dosaggio _____
di essere stato ricoverato in ospedale (Si) (No) _____
se Sì, indicare quando e per quanto tempo _____

Per tale patologia è in cura presso

E affetto da **malattie osteoarticolari** (Si) (No)

se Sì, indicare quali _____
assume terapia (Si) (No) _____
se Sì, indicare quale e in che dosaggio _____
di essere stato ricoverato in ospedale (Si) (No) _____
se Sì, indicare quando e per quanto tempo _____

Per tale patologia è in cura presso

- è affetto da **patologie dell'apparato uro-genitale** (Si) (No)

se Sì, indicare quali _____

assume terapia (Si) (No)

se Sì, indicare quale e in che dosaggio _____

di essere stato ricoverato in ospedale (Si) (No)

se Sì, indicare quando e per quanto tempo _____

Per tale patologia è in cura presso _____

- è affetto da **patologie dell'apparato riproduttivo** (Si) (No)

se Sì, indicare quali _____

assume terapia (Si) (No)

se Sì, indicare quale e in che dosaggio _____

di essere stato ricoverato in ospedale (Si) (No)

se Sì, indicare quando e per quanto tempo _____

Per tale patologia è in cura presso _____

- è affetto da **patologie di tipo oncologico** (Si) (No)

assume terapia (Si) (No)

se Sì, indicare quale e in che dosaggio _____

di essere stato ricoverato in ospedale (Si) (No)

se Sì, indicare quando e per quanto tempo _____

Per tale patologia è in cura presso _____

Osservazioni clinico-anamnestiche

Tutto ciò premesso

sulla base dei dati anamnestici, clinici e strumentali in mio possesso il/la sig./ra _____

è esente da patologie fisiche e psichiche croniche o potenzialmente evolutive di tipo invalidante (SI) (NO)

Data _____

Firma _____

Certificazioni ed IVA

Sono esentate dall'IVA le prestazioni mediche dirette alla diagnosi, alla cura e alla guarigione di malattie e di problemi di salute – cfr. cause 307/01 e 212/01.

Rientrano, altresì, nell'ambito di esenzione IVA le prestazioni effettuate ai fini profilattici essendo dirette alla riduzione del costo delle spese sanitarie e rendere pertanto le cure mediche accessibili ai singoli.

In riferimento alle certificazioni più frequenti in ambito medico sono pertanto esenti dall'imposta IVA in quanto **finalizzati alla tutela della salute**:

TIPO DI PRESTAZIONE MEDICA	ESENZIONE DA IVA
Certificati per esonero dalla educazione fisica	SI
Certificazione di idoneità per attività sportiva	SI
Certificazione per invio di minori in colonie o in comunità	SI
Certificazione di avvenuta vaccinazione	SI
Certificazione per assegno di invalidità o pensione di invalidità ordinaria	NO
Certificazione di idoneità a svolgere generica attività lavorativa	NO
Certificazioni peritali per infortunio redatte su modello specifico	NO
Certificazioni per riconoscimento di invalidità civile	NO
Controlli medici regolari, istituiti da taluni datori di lavoro o da talune compagnie assicurative, compresi i prelievi del sangue o di altri campioni corporali per verificare la presenza di virus, infezioni o altre malattie	SI
Il rilascio di certificati di idoneità fisica ad esempio a viaggiare	SI
Il rilascio di certificati di idoneità fisica diretti a dimostrare nei confronti di terzi che lo stato di salute di una persona impone limiti a talune attività o esige che siano effettuate in condizioni particolari	SI
Gli esami medici, i prelievi di sangue o di altri campioni corporali effettuati per permettere: - Al datore di lavoro di adottare decisioni relative all'assunzione o alle funzioni che un lavoratore deve esercitare; oppure - Ad una compagnia di assicurazione di fissare il premio da esigere da un assicurato	NO
Le prestazioni mediche dirette a stabilire con analisi biologiche le affinità genetiche di individui	NO

Al di fuori delle ipotesi sopra elencate, per usufruire dell'esenzione da IVA è necessario che sulla certificazione rilasciata dal medico sia riportata la finalità principale "di tutela della salute". E' bene quindi che la ricevuta riporti la dizione: **"esente IVA ai sensi dell'art. 10, comma 1, n. 18 del D.P.R. 633/1972 e successive modificazioni"**.

In difetto di tale dichiarazione, le certificazioni dovranno essere assoggettate ad IVA atteso che le esenzioni di cui all'art. 10, n. 18) del d.P.R. 26 ottobre 1972, n. 633, rappresentando una deroga al principio generale dell'assoggettamento ad IVA delle prestazioni rese a titolo oneroso da un soggetto passivo, devono essere interpretate restrittivamente.

Ciò premesso, ed avuto riguardo ai quesiti presentati, si precisa che:

- a) le certificazioni INAIL per infortunio sul posto di lavoro o per continuazione di malattia da infortunio professionale sono esentate dall'IVA trattandosi di prestazioni mediche aventi una finalità terapeutica o di prevenzione;
- b) le certificazioni per l'ammissione in case di riposo, invece, non essendo riconducibili in alcuna delle fattispecie sopra elencate, fruiscono dell'esenzione a condizione che sulla medesima certificazione sia riportata la dicitura "di tutela della salute".

I certificati previsti dal regime di Convenzione del medico di famiglia

I certificati per i quali è previsto il rilascio gratuito in quanto rientranti nei compiti previsti dall'ACN per la Medicina Generale (ai sensi dell'art. 45 dell'Accordo Collettivo Nazionale vigente) sono:

- le certificazioni obbligatorie per legge ai fini della riammissione alla scuola dell'obbligo, agli asili nido, alla scuola materna e alle scuole secondarie superiori
- la certificazione di idoneità allo svolgimento di attività sportive non agonistiche di cui al decreto Ministro Sanità del 28 febbraio 1983, art. 1 lettere a) e c), nell'ambito scolastico, a seguito di specifica richiesta dell'autorità scolastica competente
- la certificazione per l'incapacità temporanea al lavoro (malattia)
- la certificazione per la riammissione al lavoro dei lavoratori del settore alimentare laddove previste⁴
- le valutazioni multidimensionali e connesse certificazioni relative alle prestazioni di assistenza domiciliare integrata, programmata e per l'inserimento nelle residenze protette, sulla base della programmazione e di quanto previsto, se previsto, dagli accordi regionali.

⁴ **La certificazione per la riammissione al lavoro dei lavoratori del settore alimentare** Il Decreto Legge N. 69/2013 convertito in Legge 9 agosto 2013, n. 98, ha soppresso il certificato di idoneità sanitaria per i lavoratori del settore alimentare sostituendolo con l'obbligo di formazione da parte del datore di lavoro. Non ha soppresso tuttavia l'obbligo del lavoratore di tale settore, che si assenta per malattia, di presentare una certificazione che attesti la sua idoneità a riprendere il lavoro. Il fine della certificazione è in questi casi quello di non riammettere al lavoro lavoratori affetti da patologie che possano essere di pregiudizio al loro impiego nelle lavorazioni e preparazioni di alimenti. Alcune Regioni, con proprio atto legislativo, hanno soppresso anche questo obbligo certificativo.