



**LA CERTIFICAZIONE: costruire consapevolezza di ruolo insieme al giovane professionista che lavora sul territorio e in ospedale**



# Certificazioni obbligatorie del medico di CA

**Dott. Carlo Curatola**

**LA CERTIFICAZIONE: costruire consapevolezza di ruolo insieme al giovane professionista che lavora sul territorio e in ospedale**

## LE CERTIFICAZIONI

*La consapevolezza del ruolo del MCA e del sostituto del MMG è fondamentale ai fini della comprensione dei differenti comportamenti delle due figure, sia in tema di certificazioni che in tema di compiti da svolgere.*

# LE CERTIFICAZIONI

**LO SCOPO:** ACN 2005, ART 62: CRITERI GENERALI.

## LA CONTINUITA' ASSISTENZIALE

1. Al fine di garantire la continuità dell'assistenza per l'intero arco della giornata e per tutti i giorni della settimana, le aziende, sulla base della organizzazione distrettuale dei servizi e nel rispetto degli indirizzi della programmazione regionale, organizzano le attività sanitarie **per assicurare le realizzazione delle prestazioni assistenziali territoriali non differibili**, dalle ore 10 del giorno prefestivo alle ore 8 del giorno successivo al festivo e dalle ore 20 alle ore 8 di tutti i giorni feriali.

## A CHI E' RIVOLTO:

2. Il servizio di continuità assistenziale è **indirizzato a tutta la popolazione**, in ambito aziendale, **in ogni fascia di età**, sulla base di uno specifico livello assistenziale.

Guardia Medica 7 Giorni su 7!



**LA CERTIFICAZIONE: costruire consapevolezza di ruolo insieme al giovane professionista che lavora sul territorio e in ospedale**

## PRESTAZIONI: RICETTE E CERTIFICATI

9. Il medico utilizza solo a favore degli utenti, anche se privi di documento sanitario, un apposito ricettario, con la dicitura “Servizio continuità assistenziale”, fornitogli dalla Azienda per
- le proposte di ricovero,
  - le prescrizioni farmaceutiche per una terapia non differibile sulla base del ricettario di cui alla Legge 326/2003 e secondo le disposizioni vigenti in materia.

Attestato di malattia telematico		Copia cartacea per il datore di lavoro	
Protocollo (*)	Data rilascio		
(*) Rettifica del certificato protocollo			
<b>DATI DEL MEDICO</b>		Cod. Reg.	030 ASL 308
Cognome e nome			
<b>DATI PROGNOSI</b>			
Il lavoratore dichiara di essere ammalato dal			
Viene assegnata prognosi clinica a tutto il			
Trattasi di: <input type="checkbox"/> Inizio <input type="checkbox"/> Continuazione <input type="checkbox"/> Ricaduta			
<b>DATI DEL LAVORATORE</b>			
<b>ANAGRAFICI</b>			
Cognome	Nome	C.F.	
Nato/a il _____ a (Comune o Stato estero) _____ Provincia _____			
<b>RESIDENZA O DOMICILIO ABITUALE</b>			
In via/piazza _____			
Comune	CAP	Provincia	
<b>REPERIBILITA' DURANTE LA MALATTIA</b> (dati da indicare solo se diversi da quelli di residenza riportati sopra)			
Nominativo indicato presso l'abitazione (se diverso dal proprio)			
In via/piazza _____			
Comune	CAP	Provincia	
Rilasciato ai sensi del DPCM 26 marzo 2008 e del Dlgs n.150/2009			

## ART. 67 – COMPITI DEL MEDICO.

8. Per le prestazioni effettuate, il sanitario in servizio, al fine di assicurare la continuità assistenziale in capo al medico di libera scelta, è tenuto a compilare, in duplice copia, il modulario informativo (**Allegato M**), di cui una copia è destinata al medico di fiducia (o alla struttura sanitaria, in caso di ricovero), da consegnare all'assistito, e l'altra viene acquisita agli atti del servizio.

REGIONE .....		PROVINCIA .....		AZIENDA .....		SEDE .....	
MEDICO .....		DATA .....		ORA D'INTERVENTO .....			
TIPO DEI INTERVENTO		Ambulatoriale <input type="checkbox"/>		Domiciliare <input type="checkbox"/>		Intervento in esterno <input type="checkbox"/>	
LOCALITÀ .....							
<b>RELAZIONE MEDICA</b>				<b>MOTIVI E CIRCOSTANZE</b>			
.....							
.....							
.....							
<b>CONDIZIONI CLINICHE ALL'ARRIVO DEL MEDICO</b>							
P.A. ....		F.C. ....		F.R. ....		T.C. ....	
HGT .....							
CUTE		Normale <input type="checkbox"/>		Pallida <input type="checkbox"/>		Itterica <input type="checkbox"/>	
		Cianotica <input type="checkbox"/>		Altro .....			
Stato nutrizione ed idratazione .....				Diuresi .....		Alvo .....	
<b>SISTEMA NERVOSO</b>		<b>PUPILLE</b>		<b>Dx</b>		<b>Sx</b>	
Indenne <input type="checkbox"/>		Normali <input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	
Coscienza obnubilata <input type="checkbox"/>		Miosi <input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	
Perdita di coscienza <input type="checkbox"/>		Midriasi <input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	
Stato di agitazione <input type="checkbox"/>		R. fotomotori <input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	
Convulsioni <input type="checkbox"/>		Nistagmo <input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	
Romberg <input type="checkbox"/>		<b>APP. RESPIRATORIO</b>					
Rigor nuccalis <input type="checkbox"/>		Indenne <input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>			
Deficit motorio <input type="checkbox"/>		Rumori <input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>			
Deficit sensitivo <input type="checkbox"/>		Rumori secchi <input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>			
Deviazione dello sguardo <input type="checkbox"/>		Enfisema sottocutaneo <input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>			
		<b>APP. CARDIOCIRCOLATORIO</b>					
		Normale <input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	
		Aritmia <input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	
		Cianosi <input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	
		Edemi <input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	
		<b>ADDOME</b>					
		Murphy <input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	
		Blumberg <input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	
		Rovsing <input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	
		Giordano <input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	
		Dx <input type="checkbox"/>		Sx <input type="checkbox"/>			
		Ascite <input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	
<b>ALTRO</b> .....							
.....							
<b>TERAPIA</b> .....							
.....							
<b>ESITO INTERVENTO</b>							
Paziente: Rinvio/Mantenuto al domicilio <input type="checkbox"/> Disposto il ricovero <input type="checkbox"/> Trasporto: Mezzo proprio <input type="checkbox"/> 118 <input type="checkbox"/>							
<b>L'INTERVENTO NON PRESENTAVA CARATTERE DI PRESTAZIONE NON DIFFERIBILE <input type="checkbox"/></b>							
<b>GENERALITÀ DELL'ASSISTITO</b>							
SESSO M <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/>		ETÀ .....		CODICE FISCALE .....			
COGNOME E NOME .....							
RESIDENZA : Via .....				Città .....		Provincia .....	
<b>FIRMA DELL'UTENTE</b>				<b>FIRMA DEL MEDICO</b>			
Allegato M – ACN Medicina Generale							

## **ART. 67 – COMPITI DEL MEDICO.**

Sono inoltre **obblighi e compiti del MCA:**

- a) la redazione di certificazioni obbligatorie, quali:
- **certificazione di malattia per i lavoratori turnisti** (di norma un giorno, fino ad un massimo di tre giorni nel caso di turni prefestivi o festivi),
  - **certificazione per la riammissione al lavoro degli alimentaristi** laddove prevista;
- e) la **constatazione di decesso.**

## CONSTATAZIONE DI DECESSO

- Quali sono i compiti del medico di Continuità Assistenziale in caso di decesso del paziente?
- Al medico di Continuità Assistenziale, così come ad ogni altro medico intervenga a seguito della chiamata dei parenti, spetta la redazione della **constatazione di decesso**.

Non spetta al medico di CA la compilazione della denuncia di cause di morte (scheda ISTAT), spetta, invece, in Emilia Romagna la compilazione del modulo di **trasporto salma** (Legge Regionale 19/2004).

Si rammenta che, eccetto casi particolari, solo il medico con le sue competenze può affermare che una persona è effettivamente deceduta. **Pertanto, al medico di continuità assistenziale** o al medico addetto all'emergenza sanitaria territoriale, qualora venga esplicitamente richiesto un intervento a domicilio, sia pure per "constatare un decesso", **risulta opportuno che si ottemperi con solerzia a tale richiesta**, rilasciando poi la eventuale certificazione che, tra l'altro, comproverà l'assolvimento del compito, potendosi altrimenti dover successivamente fronteggiare procedimenti sia disciplinari che giudiziari.



Al Sindaco del Comune di \_\_\_\_\_

## CONSTATAZIONE DI DECESSO

Io sottoscritto/a \_\_\_\_\_  
*nome e cognome del Medico*

dichiaro che in data \_\_\_\_\_ alle ore \_\_\_\_\_ ho constatato il decesso

dell/la Sig./ra \_\_\_\_\_

nato/a a \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_

residente a \_\_\_\_\_

in via \_\_\_\_\_ n. \_\_\_\_\_

Il decesso è avvenuto a \_\_\_\_\_ in via \_\_\_\_\_ n. \_\_\_\_\_

Il decesso è avvenuto presso l'Ospedale di \_\_\_\_\_

Il soggetto è giunto cadavere presso l'Ospedale di \_\_\_\_\_

La salma:

È portatrice di pace-maker

NON È portatrice di pace-maker

In relazione al suddetto decesso:

HO presentato referto all'Autorità Giudiziaria

NON HO presentato referto all'Autorità Giudiziaria

HO richiesto il riscontro diagnostico

NON HO richiesto il riscontro diagnostico

Data \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
*timbro e firma del Medico*



# LA CERTIFICAZIONE: costruire consapevolezza di ruolo insieme al

Al Sindaco del Comune di \_\_\_\_\_

## CONSTATAZIONE DI DECESSO

Io sottoscritto/a \_\_\_\_\_  
*nome e cognome del Medico*

dichiaro che in data \_\_\_\_\_ alle ore \_\_\_\_\_ ho constatato il decesso

dell/la Sig./ra \_\_\_\_\_

nato/a a \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_

residente a \_\_\_\_\_

in via \_\_\_\_\_ n. \_\_\_\_\_

Il decesso è avvenuto a \_\_\_\_\_ in via \_\_\_\_\_ n. \_\_\_\_\_

Il decesso è avvenuto presso l'Ospedale di \_\_\_\_\_

Il soggetto è giunto cadavere presso l'Ospedale di \_\_\_\_\_

La salma:

È portatrice di pace-maker

NON È portatrice di pace-maker

In relazione al suddetto decesso:

HO presentato referto all'Autorità Giudiziaria

NON HO presentato referto all'Autorità Giudiziaria

HO richiesto il riscontro diagnostico

NON HO richiesto il riscontro diagnostico

Data \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_ *timbro e firma del Medico*

### Ai fini del trasporto della salma

Certifico che non si ravvisano ipotesi di reato e che il trasporto può svolgersi senza pregiudizio per la salute pubblica, ai sensi dell'art.10, co.2 della L.R. 19/2004, presso \_\_\_\_\_

Data \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_ *timbro e firma del Medico*

## CERTIFICATO MEDICO A USO CREMAZIONE

Ai sensi dell'art.79, co.4 del D.P.R. 285/1990 e s.m.i. certifico che NON si ravvisano ipotesi di reato in relazione al decesso dell/la Sig./ra \_\_\_\_\_

nato/a a \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_

residente a \_\_\_\_\_ deceduto/a il \_\_\_\_\_

La salma:

È portatrice di pace-maker e si è provveduto alla sua rimozione

È portatrice di pace-maker ma NON È RICHIESTA LA SUA RIMOZIONE (compatibilità del forno crematorio)

Data \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_ *timbro e firma del Medico necroscopo*

## CERTIFICATO DI VISITA NECROSCOPICA

Io sottoscritto/a \_\_\_\_\_ *nome e cognome del Medico necroscopo* dichiaro che

il giorno \_\_\_\_\_ alle ore \_\_\_\_\_ in via \_\_\_\_\_ n. \_\_\_\_\_

località/Comune/Ospedale di \_\_\_\_\_ ho accertato la morte dell/la Sig./ra \_\_\_\_\_

nato/a a \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_

residente a \_\_\_\_\_ deceduto/a il \_\_\_\_\_ alle ore \_\_\_\_\_

È stata effettuata registrazione elettrocardiografica protratta per almeno 20 minuti

È stato effettuato il riscontro diagnostico

È stato effettuato l'accertamento di morte ai sensi della L.578/1993 e s.m.i. (c.d. "morte cerebrale")

Si ritiene inoltre:

necessario il nulla osta dell'Autorità Giudiziaria;

necessario un periodo di osservazione superiore alle 24 ore, per il seguente motivo \_\_\_\_\_

altro \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_ *timbro e firma del Medico necroscopo*

**LA CERTIFICAZIONE: costruire consapevolezza di ruolo insieme al giovane professionista che lavora sul territorio e in ospedale**

## CERTIFICAZIONI DI MALATTIA INPS

### Riferimenti Normativi

*Circolare n. 1 dell'11 marzo 2010 del Dipartimento della Funzione Pubblica in merito alla trasmissione per via telematica dei certificati di malattia.*

Sono tenuti ad effettuare la trasmissione telematica dei certificati i seguenti soggetti:

- **i medici dipendenti del SSN;**
- **i medici in regime di convenzione con il SSN (MMG, MCA).**

*Tutte le pubbliche amministrazioni devono adottare le iniziative necessarie per ricevere le certificazioni e provvedere ai conseguenti adempimenti.*

## RILASCIO CREDENZIALI PER ACCEDERE AL SISTEMA TS

- Ai **medici convenzionati** ed ai **medici dipendenti** saranno le aziende a provvedere al rilascio delle credenziali.
- Per i **sostituti di MMG** e per i **libero professionisti** è l'Ordine l'ente preposto al rilascio delle credenziali.  
*Per il rilascio delle credenziali inviare una mail a [sportellogiovani@ordinemedicimodena.it](mailto:sportellogiovani@ordinemedicimodena.it) allegando la copia di un documento d'identità valido.*  
*I sostituti non possono, ovviamente, utilizzare le credenziali del Medico che sostituiscono.*

## LA CERTIFICAZIONE: costruire consapevolezza di ruolo insieme al giovane professionista che lavora sul territorio e in ospedale

### Circolare FNOMCeO 2011 su rilascio certificati INPS da libero professionista

E' ovvio che le certificazioni di malattia rilasciate dai liberi professionisti devono tener conto, in ragione di quanto previsto dall'art. 25 della legge 183/2010 (cd. collegato lavoro) che ha esteso anche ai dipendenti privati le norme per i pubblici dipendenti, dell'art. 55-septies del D.Lgs. 165/2001 introdotto dall'art. 69 del D.Lgs. 150/2000.

- < 10 giorni
- 1° certificato di malattia dell'anno

Per completezza, è opportuno rilevare che la certificazione di malattia di competenza del libero professionista rientra nel complesso della prestazione professionale resa, non potendo quindi costituire un onere ulteriore a carico del paziente.

# Soggetti che possono richiedere il rilascio certificazione cartacea

- Magistrati ordinari, amministrativi e contabili
- Avvocati e procuratori dello Stato
- Professori e ricercatori universitari
- Personale della carriera diplomatica
- Personale della carriera prefettizia
- Personale del Comitato interministeriale per il credito e il risparmio (CICR)
- Personale della Commissione nazionale per le società e la borsa (CONSOB)
- Personale dell'Autorità garante della concorrenza e del mercato
- Personale militare
- Forze di polizia di Stato
- Personale della carriera dirigenziale e direttiva penitenziaria
- Personale, anche a livello dirigenziale del Corpo nazionale dei Vigili del Fuoco (escluso personale di leva e volontario)

## LA CERTIFICAZIONE: costruire consapevolezza di ruolo insieme al giovane professionista che lavora sul territorio e in ospedale

Dr.  
Medico Chirurgo  
Tel.

---

li / /20

il Sig.  
nato a                      il / /  
residente in

SI CERTIFICA CHE

In base alla visita da me effettuata risulta affetto da:

Il Paziente riferisce di essere ammalato dal: stesso giorno inizio

Prognosi di gg:    s.c.

Si rilascia su richiesta dell'interessato per gli usi consentiti dalla legge.

In fede

LA CERTIFICAZIONE: costruire consapevolezza di ruolo insieme al giovane professionista che lavora sul territorio e in ospedale

# CERTIFICATO DI MALATTIA TELEMATICO



Portale Progetto Tessera Sanitaria

sistemats1.sanita.finanze.it/wps/portal/

Progetto Tessera Sanitaria

Home Link utili Contatti Accessibilità Mappa del sito

SISTEMA TS

Progetto Tessera Sanitaria

Area Riservata

Il Cittadino e la Tessera

- La Tessera Sanitaria
- La Tessera all'estero - TEAM
- La Tessera CNS
- Come si attiva la CNS
- FAQ
- Verifica lo stato della Tessera
- Chiedi il duplicato della Tessera
- Servizi Assistito SSN

Servizi online

- Guida ai servizi

Notizie in evidenza

Archivio news

Il Cittadino e la Tessera

Servizi Assistito SSN

Per utilizzare i servizi on line resi disponibili è necessario procedere all'identificazione al Portale attraverso l'utilizzo della TS-CNS in possesso del cittadino.

Maggiori informazioni

Accedi

Aggiornamenti software

RicetteSsnOnLine (01/10/2014)

Contatti

Numero Verde 800 030 070

**LA CERTIFICAZIONE: costruire consapevolezza di ruolo insieme al giovane professionista che lavora sul territorio e in ospedale**

# CERTIFICATO DI MALATTIA TELEMATICO

## Area Riservata

### Servizi Sistema TS

Area di accesso riservata alle funzionalità esposte dal Sistema TS per gli utenti già registrati e per gli intermediari finanziari con credenziali Entratel.



[Accesso con credenziali](#)



[Accesso con smart card](#)



[Accesso utenti Entratel](#)

## LA CERTIFICAZIONE: costruire consapevolezza di ruolo insieme al giovane professionista che lavora sul territorio e in ospedale

**AUTENTICAZIONE**  
Messaggi

Per accedere al sistema inserire le credenziali

Codice Identificativo

Parola chiave

**CONFERMA** **RIPULISCI**

**Informazioni**  
Per chiarimenti in merito alla login rivolgersi al numero verde

## LA CERTIFICAZIONE: costruire consapevolezza di ruolo insieme al giovane professionista che lavora sul territorio e in ospedale

← → ↻ 🏠 🔒 https://sistemats4.sanita.finanze.it/simossHome/servizi.jsp

**TS**

Ti trovi in : [Home](#) - Servizi On Line

- **Certificati Malattia**
- Ricetta Dematerializzata
- Prescrizione medica
- Esenzioni da reddito
- Assistenza Online
- Manuali
- Profilo Utente
- Esci

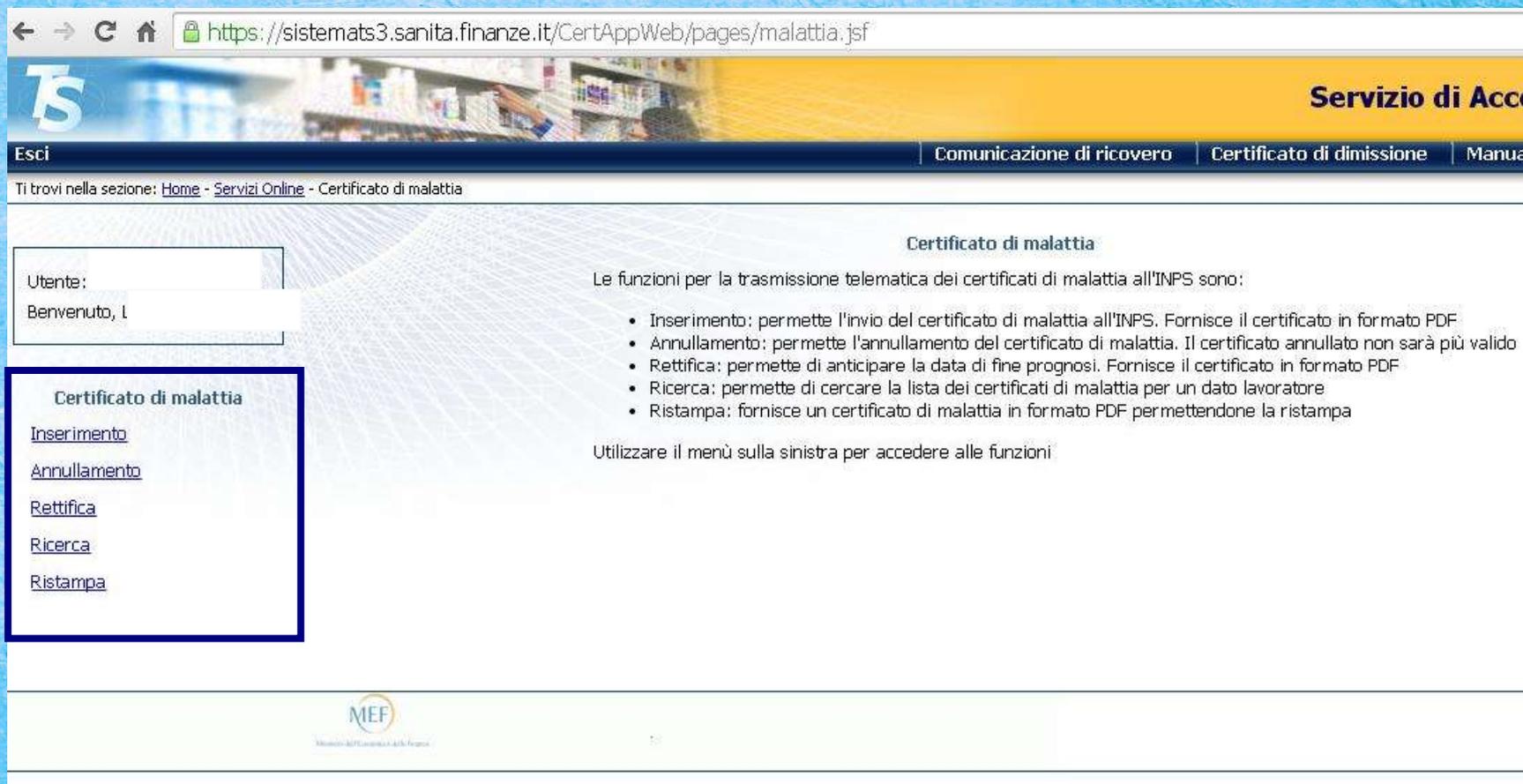
### SERVIZI ONLINE

**Codice Fiscale:** NGLLTZ84D62D711M  
**Nominativo:** ANGELI LETIZIA  
**Telefono Ufficio:** Non Presente  
**E-mail:** Non Presente  
**Tipologia:** Medico

**Ultimo accesso su SistemaTS:** 23/04/2015 18:07  
**Ultimo cambio password su SistemaTS:** 02/03/2015 08:41

**MEF**  
Ministero dell'Economia e delle Finanze

## LA CERTIFICAZIONE: costruire consapevolezza di ruolo insieme al giovane professionista che lavora sul territorio e in ospedale



The screenshot shows a web browser window with the URL <https://sistemats3.sanita.finanze.it/CertAppWeb/pages/malattia.jsf>. The page features a navigation bar with 'Esci', 'Comunicazione di ricovero', 'Certificato di dimissione', and 'Manual'. Below the navigation bar, a breadcrumb trail reads 'Ti trovi nella sezione: Home - Servizi Online - Certificato di malattia'. The main content area is titled 'Certificato di malattia' and includes a user greeting 'Utente: Benvenuto, I'. A list of functions for transmitting certificates to INPS is provided: 'Inserimento', 'Annullamento', 'Rettifica', 'Ricerca', and 'Ristampa'. A sidebar on the left contains a menu for 'Certificato di malattia' with links to 'Inserimento', 'Annullamento', 'Rettifica', 'Ricerca', and 'Ristampa'. The footer of the page displays the MEF logo and the text 'Ministero dell'Economia e delle Finanze'.

← → ↻ 🏠 <https://sistemats3.sanita.finanze.it/CertAppWeb/pages/malattia.jsf>

**TS** Servizio di Acco

Esci | Comunicazione di ricovero | Certificato di dimissione | Manual

Ti trovi nella sezione: [Home](#) - [Servizi Online](#) - Certificato di malattia

**Certificato di malattia**

Utente:  
Benvenuto, I

**Certificato di malattia**

[Inserimento](#)  
[Annullamento](#)  
[Rettifica](#)  
[Ricerca](#)  
[Ristampa](#)

Le funzioni per la trasmissione telematica dei certificati di malattia all'INPS sono:

- **Inserimento:** permette l'invio del certificato di malattia all'INPS. Fornisce il certificato in formato PDF
- **Annullamento:** permette l'annullamento del certificato di malattia. Il certificato annullato non sarà più valido
- **Rettifica:** permette di anticipare la data di fine prognosi. Fornisce il certificato in formato PDF
- **Ricerca:** permette di cercare la lista dei certificati di malattia per un dato lavoratore
- **Ristampa:** fornisce un certificato di malattia in formato PDF permettendone la ristampa

Utilizzare il menù sulla sinistra per accedere alle funzioni

MEF  
Ministero dell'Economia e delle Finanze

## LA CERTIFICAZIONE: costruire consapevolezza di ruolo insieme al giovane professionista che lavora sul territorio e in ospedale

**Certificato di malattia - Inserimento**

**Regione-ASL/AO**

**Regione-ASL/AO** --- Seleziona la coppia Regione-ASL/AO ---

**Lavoratore**

--- Seleziona la coppia Regione-ASL/AO ---  
080: Emilia Romagna - 104: MODENA  
**700: OdM - EMILIA ROMAGNA - 080**

**Codice fiscale**

**Conferma** **Ripulisci**

## LA CERTIFICAZIONE: costruire consapevolezza di ruolo insieme al giovane professionista che lavora sul territorio e in ospedale

Cognome

Nome

Residenza o domicilio abituale lavoratore

Via

Civico

Reperibilità

F

Reperibilità

Aggiungi reperibilità

Cognome (Non obbligatorio)

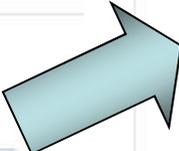
Via

Civico

CAP

Provincia --- Seleziona la provincia ---

Togli reperibilità



## LA CERTIFICAZIONE: costruire consapevolezza di ruolo insieme al

Ruolo medico

Data rilascio

Il lavoratore dichiara di essere  
ammalato dal (GG/MM/AAAA)

Viene assegnato a

**Dati certificato**

Ruolo medico

Data rilascio certificato

Note diagnosi

Giornata lavorata

Trauma

Agevolazione

## LA CERTIFICAZIONE: costruire consapevolezza di ruolo insieme al giovane professionista che lavora sul territorio e in ospedale

**Giornata lavorata** -- Seleziona (non obbligatorio) --

**Trauma** -- Seleziona (non obbligatorio) --  
SI  
NO

**Agevolazione** -- Seleziona (non obbligatorio) --

**Agevolazione** -- Seleziona (non obbligatorio) --

-- Seleziona (non obbligatorio) --  
Terapia salvavita  
Causa di servizio  
Invalidita' riconosciuta

Conferma

# FASCE ORARIE VISITE FISCALI

Dr.  
Medico Chirurgo  
Tel.

li / /20  
ore

SI CERTIFICA CHE

il Sig.  
nato a il //  
residente in

si trova nel mio ambulatorio per motivi inderogabili di salute.  
(orario di ambulatorio: )

//20 .

In fede

06,

la

sciuta.

**LA CERTIFICAZIONE: costruire consapevolezza di ruolo insieme al  
giovane professionista che lavora sul territorio e in ospedale**

# ANNULLAMENTO DEL CERTIFICATO

Certificato di malattia - Annullamento

Regione-ASL/AO

Regione-ASL/AO --- Seleziona la coppia Regione-ASL/AO ---

Lavoratore

Codice fiscale

Dati certificato

Protocollo

Conferma Ripulisci



**Entro 12 ore!**

## RETTIFICA DEL CERTIFICATO

Certificato di malattia - Rettifica

Regione-ASL/AO

Regione-ASL/AO --- Seleziona la coppia Regione-ASL/AO ---

Lavoratore

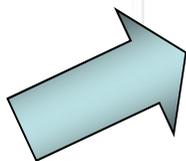
Codice fiscale

Dati certificato

Protocollo

Viene assegnata prognosi clinica a tutto il (GG/MM/AAAA)

Conferma Ripulisci



Per anticipare la prognosi

## LA CERTIFICAZIONE: costruire consapevolezza di ruolo insieme al giovane professionista che lavora sul territorio e in ospedale

# RICERCA DEL CERTIFICATO

**Certificato di malattia - Ricerca**

Regione-ASL/AO

Regione-ASL/AO --- Seleziona la coppia Regione-ASL/AO ---

Lavoratore

Codice fiscale

Dati certificato

Le date di inizio e fine ricerca fanno riferimento alla data di rilascio del certificato

Data inizio ricerca (GG/MM/AAAA) (Non obbligatorio)

Data fine ricerca (GG/MM/AAAA) (Non obbligatorio)

**LA CERTIFICAZIONE: costruire consapevolezza di ruolo insieme al  
giovane professionista che lavora sul territorio e in ospedale**

## RISTAMPA DEL CERTIFICATO

**Certificato di malattia - Ristampa**

**Regione-ASL/AO**

Regione-ASL/AO --- Seleziona la coppia Regione-ASL/AO --- ▾

**Lavoratore**

Codice fiscale

**Dati certificato**

Protocollo

## PERCORSO ANNULLAMENTO CERTIFICATO INPS

1. Telefonare ed avvisare dell'accaduto i **pazienti** (il paziente a cui è stata erroneamente assegnata la malattia ed il paziente che è rimasto scoperto dalla certificazione)
2. Redigere su carta intestata **richiesta di annullamento**
3. Redigere **nuova certificazione su carta bianca in duplice copia**
4. Inviare **fax** all'INPS di Modena Fax 059307708, con richiesta di annullamento e copia del **nuovo certificato per l'INPS (con diagnosi)** o inviare **mail** con conferma di lettura al seguente indirizzo [MedicoLegale.Modena@inps.it](mailto:MedicoLegale.Modena@inps.it)
5. Fornire copia della richiesta dell'annullamento al destinatario errato (se lavoratore) della certificazione
6. Fornire **copia cartacea senza diagnosi** al corretto destinatario **da portare al datore di lavoro.**

# RICHIESTA DI ANNULLAMENTO

Alla C.A. del **Centro Medico Legale INPS di Modena**  
(Dr.ssa Chiara Severini, MedicoLegale.Modena@inps.it)  
FAX 059/307708

**Oggetto: Richiesta annullamento certificato malattia ed  
accettazione nuova certificazione corretta in cartaceo**

Con la presente si richiede annullamento del certificato di inizio prognosi di malattia emesso in ambulatorio dal sottoscritto, Dott. Carlo Curatola, in data 14/01/2015 con Prot. N. 132055030 erroneamente attribuito al paziente PINCO PALLINO (CF PNCPLL88F56F257Y) anziché al paziente PINCO BOCCETTINO (CF PNCBCTT57F32H501H), causato da un errore di "copia ed incolla" del codice fiscale.

Dr. Carlo Curatola

Modena 26/01/2015

# NUOVO CERTIFICATO: COPIA PER L'INPS

Dott.

Modena 26/01/15

## COPIA PER L'INPS

Certifico di aver effettuato visita ambulatoriale in data 14/01/2015 al

Sig. (CF: ), residente in Via

,CAP , .

A seguito alla suddetta visita ambulatoriale si formulava diagnosi di  
e si assegnava prognosi dal 14/01/15 al  
17/01/15.

La suddetta certificazione si rilascia su carta libera come da accordi  
con il centro Medico-Legale dell'INPS

# NUOVO CERTIFICATO: COPIA PER DATORE DI LAVORO

Dott.

Modena 26/01/15

## **COPIA PER IL DATORE DI LAVORO**

Certifico di aver effettuato visita ambulatoriale in data 14/01/2015 al

Sig. (CF: ), residente in

,CAP , .

A seguito alla suddetta visita ambulatoriale si assegnava prognosi dal  
14/01/15 al 17/01/15.

La suddetta certificazione si rilascia su carta libera come da accordi  
con il centro Medico-Legale dell'INPS

NON  
I  
F  
I  
C  
A  
D  
I

Regione Emilia-Romagna – Azienda Sanitaria .....

**SEGNALAZIONE DI CASO DI MALATTIA INFETTIVA – SSCMI/2006**

**MALATTIA:** Sospetta  Accertata   
*Indicare la causa (o le cause):*

- Antrace  [RFax]
- Iltterorragia
- Botulismo  [RFax]
- Brucellosi
- Campilobatteriosi
- Colera  [RFax]
- Criptosporidiosi
- Difterite  [RFax]
- Echinococosi
- Encefalite trasmessa da zecche
- Encefaliti virali
- Epatite virale A
- Epatite virale B
- Epatite virale C
- Altre epatiti virali acute
- Febbri emorragiche virali  [RFax]
- Febbre gialla  [RFax]
- Febbre Q
- Febbre ricorrente epidemica  [RFax]
- Febbre tifoide
- Giardiasi
- Influenza con isolamento virale  [RFax]
- Lebbra
- Legionellosi  [RFax]
- Leishmaniosi cutanea
- Leishmaniosi viscerale
- Leptospirosi
- Listeriosi
- Malaria
- Malattia di Creutzfeldt-Jakob  [RFax]
- Malattia da E. coli patogeno
- Malattia di Lyme
- Malattia invasiva da Haemofili  [RFax]
- Malattia invasiva da meningococco  [RFax]
- Malattia invasiva da pneumococco  [RFax]
- Meningite batterica n.a.  [RFax]
- Morbillo
- Paratifo
- Parotite
- Pediculosi
- Pertosse
- Peste  [RFax]
- Poliomielite  [RFax]
- Psittacosi/Ornitosi
- Rabbia  [RFax]
- Rickettsiosi
- Rosolia
- Rosolia congenita
- Salmonellosi
- SARS  [RFax]
- Scabbia
- Scarlattina
- Shigellosi
- Sifilide
- Tetano  [RFax]
- Tifo menterico  [RFax]
- Tossinfezione alimentare
- Toxoplasmosi
- Trichinosi  [RFax]
- Tubercolosi extrapolvereare
- Tubercolosi polmonare
- Tularemia
- Yersinosi
- Vaiolo  [RFax]
- Varicella
- Altro (specificare)

**DATI RELATIVI AL PAZIENTE**

Cognome/Nome: \_\_\_\_\_

Data di nascita: \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_ Sesso:  F  M

Comune di nascita: \_\_\_\_\_

Domicilio: Via \_\_\_\_\_

Comune \_\_\_\_\_ Prov. I \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_

Residenza (se diversa da domicilio): Via \_\_\_\_\_

Comune \_\_\_\_\_ Prov. I \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_

Recapito telefonico: \_\_\_\_\_

Professione \_\_\_\_\_

Collettività frequentata: (se scuola materna, casa di riposo...) \_\_\_\_\_

Inizio sintomi: Data \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_ Comune \_\_\_\_\_

Viaggi/soggiorno all'estero  sì, spe. \_\_\_\_\_

Ricovero ospedaliero:  sì, spe. \_\_\_\_\_

Gravidanza  sì \_\_\_\_\_ Specificare età gestazionale settimana I \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_

Precedentemente vaccinato:  sì  no  non so

**Criteri di diagnosi:**

Clinica \_\_\_\_\_

Serologia \_\_\_\_\_

Esame diretto/histologia \_\_\_\_\_

Esame culturale \_\_\_\_\_

Altro \_\_\_\_\_

Acquisita nel corso dell'assistenza sanitaria?  sì  no  non so

Altri casi di malattia potenzialmente correlati?  sì  no  non so

Commenti: \_\_\_\_\_

**DATI RELATIVI AL MEDICO (accettabile anche un medico)**

Cognome e Nome: \_\_\_\_\_

N° telefonico: \_\_\_\_\_ Data: \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_

Firma del medico \_\_\_\_\_

**Come segnalare al Dipartimento di Sanità Pubblica (tramite la direzione sanitaria o di presidio, se medico ospedaliero)**

Segnalazione **immediata** per esigenze di profilassi (al massimo entro 12 ore), per telefono (n° \_\_\_\_\_) o per Fax (n° \_\_\_\_\_) (nei giorni festivi al numero di reperibilità: \_\_\_\_\_)

Segnalazione **per via ordinaria** (al soma non oltre le 48 ore), per posta (Via \_\_\_\_\_) Fax (n° \_\_\_\_\_) o e-mail ( \_\_\_\_\_)

**A CURA DEL DSP (segnalazione rapida a livello regionale)**

Legionellosi:  struttura turistica  struttura sanitaria  terme

Meningite batterica:  strutture a rischio  età < 24 anni  personale scuola

TBC:  collettività a rischio  polmonare (operatore)  pulm.(paziente)

Malattia correlata a pratiche assistenziali

**Come segnalare alla Regione**

Comunicazione **immediata** al n° telefonico: 051- 4132222

RFax Comunicazione **immediata** (12 ore max) per Fax: 051-6397065; sabato, domenica e festivi anche e-mail: [alert@regione.emilia-romagna.it](mailto:alert@regione.emilia-romagna.it)

Trasmissione tempestiva della scheda al massimo entro 24 ore per e-mail [Alert@regione.emilia-romagna.it](mailto:Alert@regione.emilia-romagna.it) (se requisiti per segnalazione rapida)

M  
A  
L  
A  
T  
T  
I  
A

I  
N  
F  
E  
T  
T  
I  
V  
A

## LA CERTIFICAZIONE: costruire consapevolezza di ruolo insieme al giovane professionista che lavora sul territorio e in ospedale

NOTIFICAZIONE

### DATI RELATIVI AL PAZIENTE

Cognome/Nome: .....

Data di nascita: \_\_/\_\_/\_\_\_\_ Sesso:  F  M

Comune di nascita: .....

Domicilio: Via .....

Comune ..... Prov. |\_\_|\_\_|

Residenza (se diversa da domicilio): Via .....

Comune ..... Prov. |\_\_|\_\_|

Recapito telefonico: .....

Professione .....

Collettività frequentata: (es: scuola materna, casa di riposo...)

Inizio sintomi: Data \_\_/\_\_/\_\_ Comune .....

Viaggi/soggiorno all'estero  sì, spec. ....

Ricovero ospedaliero:  sì, spec. ....

Gravidanza  sì Specificare, età gestazionale settimana |\_\_|\_\_|

Precedentemente vaccinato:  sì  no  non so

### Criteri di diagnosi:

Clinica .....

Sierologia .....

Esame diretto/istologico .....

Esame culturale .....

Altro .....

Acquisita nel corso dell'assistenza sanitaria?  sì  no  non so

Altri casi di malattia potenzialmente correlati?  sì  no  non so

Commenti: .....

MALATTIA

INFETTIVA

## LA CERTIFICAZIONE: costruire consapevolezza di ruolo insieme al giovane professionista che lavora sul territorio e in ospedale

### DATI RELATIVI AL MEDICO *(accettabile anche un timbro)*

Cognome e Nome: .....

N° telefonico: ..... Data: \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_

Firma del medico .....

### Come segnalare al Dipartimento di Sanità Pubblica *(tramite la direzione sanitaria o di presidio, se medico ospedaliero)*

Segnalazione **immediata** per esigenze di profilassi (al massimo entro 12 ore),  
per telefono (n° ..... ) o per Fax (n° ..... )  
(se giorni festivi al numero di reperibilità: ..... )

Segnalazione **per via ordinaria** (di norma non oltre le 48 ore), per posta  
(Via ..... ),  
Fax (n° ..... ) o e-mail ( ..... )

### A CURA DEL DSP *(segnalazione rapida a livello regionale)*

Legionellosi:  struttura turistica  struttura sanitaria  terme

Meningite batterica:  strutture a rischio  età <24 anni  personale scuole

TBC:  collettività a rischio  polmonare (operatore)  polm.(paziente)

Malattia correlata a pratiche assistenziali

### Come segnalare alla Regione

Comunicazione **immediata** al n° telefonico: 051- 4132222

Comunicazione **immediata** (12 ore max) per Fax: 051-6397065; sabato,  
domenica e festivi anche e-mail: [alert@regione.emilia-romagna.it](mailto:alert@regione.emilia-romagna.it)

Trasmissione tempestiva della scheda al massimo entro 24 ore per e-mail  
[alert@regione.emilia-romagna.it](mailto:alert@regione.emilia-romagna.it) (se requisiti per segnalazione rapida)

059-3963100

