



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



Certificazioni in corso di sostituzione di MMG e PLS

Dott.ssa Letizia Angeli

LE CERTIFICAZIONI

ART. 37 ACN 2005 – SOSTITUZIONI

4- Il medico sostituto assume direttamente e formalmente, all'atto dell'incarico di sostituzione da parte del medico sostituito, le responsabilità professionali inerenti tutte le attività previste dal presente Accordo.

ART. 24 CODICE DEONTOLOGICO – CERTIFICAZIONE

Il medico è tenuto a rilasciare al cittadino certificazioni relative al suo stato di salute che attestino dati clinici direttamente constatati e/o oggettivamente documentati. Egli è tenuto alla massima diligenza, alla più attenta e corretta registrazione dei dati e alla formulazione di giudizi obiettivi e scientificamente corretti.

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

CERTIFICATO DI ATTIVITA' SPORTIVA NON AGONISTICA

- In base alla **Legge 98 del 9 agosto 2013** , è abolita la redazione dei certificati per attività ludico motoria amatoriale e dei conseguenti accertamenti diagnostici richiesti dalla normativa abrogata.
- Rimane l'obbligo della certificazione per l'attività sportiva non agonistica che si intende solo riferita alle attività sportive parascolastiche e a quelle appartenenti a Federazioni nazionali sportive che fanno capo al Coni.

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

CERTIFICATO DI ATTIVITA' SPORTIVA NON AGONISTICA

Chi deve fare il certificato

- gli alunni che svolgono attività fisico-sportive parascolastiche, organizzate cioè dalle scuole al di fuori dall'orario di lezione
- coloro che fanno sport presso società affiliate alle Federazioni sportive nazionali e al Coni (ma che non siano considerati atleti agonisti)
- chi partecipa ai Giochi sportivi studenteschi nelle fasi precedenti a quella nazionale

Quali sono i medici certificatori

- il medico di medicina generale per i propri assistiti
- il pediatra di libera scelta per i propri assistiti
- il medico specialista in medicina dello sport ovvero i medici della Federazione medico-sportiva italiana del Comitato olimpico nazionale italiano

Decreto 8 agosto 2014, Linee Guida di indirizzo in materia di certificati medici per l'attività sportiva non agonistica

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

CERTIFICATO DI ATTIVITA' SPORTIVA NON AGONISTICA

Quali esami clinici sono necessari

- Per ottenere il rilascio del certificato è necessaria l'anamnesi e l'esame obiettivo con **misurazione della pressione** e di un **elettrocardiogramma a riposo effettuato almeno una volta nella vita.**
- Per chi ha **superato i 60 anni** di età associati ad **altri fattori di rischio** cardiovascolare, è necessario un **elettrocardiogramma basale** debitamente **refertato annualmente**
- Anche per coloro che, a prescindere dall'età, hanno **patologie croniche conclamate** che comportano un aumento del rischio cardiovascolare è necessario un **elettrocardiogramma basale** debitamente **refertato annualmente.**
- Il medico può prescrivere altri esami che ritiene necessari o il consulto di uno specialista

Gli esami eseguiti non sono a carico del SSN, ad eccezione dei minori di 18 anni e dei disabili di ogni età con esenzione I01.

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

CERTIFICATO DI ATTIVITA' SPORTIVA NON AGONISTICA

Il medico certificatore conserva copia dei referti di tutte le indagini diagnostiche eseguite.

Per i MMG ed i PLS, l'obbligo di conservazione dei documenti può essere assolto anche dalla registrazione dei referti nella scheda sanitaria informatizzata individuale.

Quando fare i controlli e quanto dura il certificato

- Il controllo deve essere annuale
- Il certificato ha validità annuale con decorrenza dalla data di rilascio

*Decreto 8 agosto 2014, Linee Guida di indirizzo in materia di certificati medici per
l'attività sportiva non agonistica*

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

CERTIFICATO DI IDONEITA' ALLA PRATICA DI ATTIVITA' SPORTIVA DI TIPO NON AGONISTICO

Sig/Sig.ra _____

Nato 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.

_____, _____

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

CERTIFICATO DI ATTIVITA' LUDICO MOTORIA

Dr.
Medico Chirurgo
Tel.

li / /20

il Sig.
nato a
residente in

il / /

SI CERTIFICA CHE

In base alla visita da me effettuata, non presento controindicazioni in atto,
ne' riferisce controindicazioni anamnestiche alla pratica ludico motoria.

Il presente certificato è valido per un periodo di mesi dodici a partire dalla data del rilascio
salvo la comparsa di eventi morbosi e/o traumatici che facciano venire a
mancare la suddetta idoneità.

In fede

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

CERTIFICATO DI GUARIGIONE E RIAMMISSIONE A SCUOLA

Dr.
Medico Chirurgo
Tel.

li / /20

il Sig.
nato a
residente in

il / /

SI CERTIFICA CHE

sulla base della visita medica è stato effettuato il necessario per riprendere a frequentare
la scuola non essendo affetto da malattia infettiva e/o diffusa dal giorno

/ /20 .

In fede

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

CERTIFICATO DI ESONERO DA EDUCAZIONE FISICA

Dr.
Medico Chirurgo
Tel.

li / /20

Alla gentile attenzione del Sig. Preside
Alla gentile attenzione dell'Insegnante di Educazione Fisica

Per
nato a il / /
residente in

che frequenta il Vostro Istituto richiedo l'esonero da ogni attività
sportiva, e quindi anche dalle lezioni scolastiche di Educazione
Fisica per _____ (____ giorni o tutto il periodo scolastico)
in quanto l'alunno o risulta affetto da:

In fede



CERTIFICATO

Gazzetta Ufficiale della Repubblica Italiana serie generale - n. 273

CERTIFICATO ANAMNESTICO PRELIMINARE PER IL SUCCESSIVO ACCERTAMENTO DELLE CONDIZIONI PSICOFISICHE PER IL RILASCIO 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 23.12.1978 - Istituzione del S.S.N.)

COGNOME - NOME: UNITA' SANITARIA LOCALE N.

nato a il REGIONE Emilia Romagna

PROFESSIONE: Codice fiscale:

A) MALATTIE DEL SISTEMA NERVOSO: (1)	SI/NO	PREGRESSA	IN ATTO
Centrale			
Periferico			
Postumi invalidanti			
Epilessia (2)			
Altre			

B) TURBE PSICHICHE: (1)	SI/NO	PREGRESSA	IN ATTO
Da malattie			
Da traumatismi			
Post-operatorie			
Da ritardo mentale grave			
Da psicosi			
Della personalit.			

C) SOSTANZE PSICOATTIVE: (1)	SI/NO	PREGRESSA	IN ATTO
Abuso di alcool			
Uso di stupefacenti (3)			
Uso di sostanze psicotrope (3)			
Dipendenza da alcool			
Dipendenza da stupefacenti			
Dipendenza da sostanze psicotrope (3)			

Il sottoscritto afferma di avere 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.

li, / /20

In fede, il dichiarante

In fede, il medico

sieme al
pedale



P
O
R
T
O
D
,
A
R
M
I

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

CERTIFICATO PER ASSICURAZIONI PRIVATE DI INFORTUNIO: CONTINUAZIONE

Dr.
Medico Chirurgo
Tel.

li / /20

il Sig.
nato a il / /
residente in

SI CERTIFICA CHE

In base alla visita da me effettuata non risulta ancora clinicamente
guarito in quanto presenta ancora:

conseguenza del riferito infortunio verificatosi il

Prognosi clinica di ulteriori giorni: 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 PER ASSICURAZIONI PRIVATE DI INFORTUNIO: GUARIGIONE/GUARIGIONE CON POSTUMI

Dr.
Medico Chirurgo
Tel.

li / /20

il Sig.
nato a il / /
residente in

SI CERTIFICA CHE

In base alla visita da me effettuata risulta clinicamente guarito
con/senza postumi invalidanti, da valutarsi in sede medico-legale,
dalle lesioni riportate nel riferito infortunio verificatosi il

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**

Obbligo di referto



FNOMCeO

Il Presidente

COMUNICAZIONE N. 93

AI PRESIDENTI DEGLI ORDINI
PROVINCIALI DEI MEDICI
CHIRURGHI E DEGLI
ODONTOIATRI

AI PRESIDENTI DELLE
COMMISSIONI PER GLI ISCRITTI
ALL'ALBO DEGLI ODONTOIATRI

Oggetto: art. 590-bis c.p. Lesioni personali stradali gravi o gravissime - obblighi per
i Medici.

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

Obbligo di referto

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, qualificandosi quindi come grave o gravissima. 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 e 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.).

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

.....
.....

DA CUI E' DERIVATA

- ☐ malattia o incapacità ad attendere alle ordinarie occupazioni di durata superiore ai 40 giorni;
- ☐ malattia che ha messo in pericolo la vita della persona offesa;
- ☐ indebolimento permanente di un senso o di un organo;
- ☐ malattia certamente o probabilmente insanabile;
- ☐ perdita di un senso;
- ☐ perdita dell'uso 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 e-mail a _____

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

Obbligo di referto

Il referto o la denuncia deve essere inoltrato a:

- Un ufficiale di Polizia Giudiziaria (Polizia di Stato, Carabinieri, Guardia di Finanza, Polizia Penitenziaria, Guardia Costiera) oppure
- Direttamente presso la Procura della Repubblica

Entro 48 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 o, in loro mancanza, all'ufficiale di polizia giudiziaria più vicino.

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 gravi o gravissime di cui all'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 al 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 base 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.

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 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.

CERTIFICATO

PER PATENTE

SI CERTIFICA, SULLA SCORTA DEI DATI ANAMNESTICI E CLINICI IN MIO POSSESSO, CHE IL/LA SIG./SIG.RA

CODICE FISCALE _____

DA ME IN CURA DA PIÙ/ **MENO** DI UN ANNO, **PRESENTA** PREGRESSE CONDIZIONI MORBOSE DI RILIEVO CLINICO RELATIVE A :

APPARATO CARDIO-CIRCOLATORIO (Se sì, specificare diagnosi)	NO
DIABETE MELLITO	SI
SISTEMA ENDOCRINO (Se sì, specificare diagnosi)	
SISTEMA NEUROLOGICO (Se sì, specificare diagnosi)	
PATOLOGIE PSICHICHE (Se sì, specificare diagnosi)	
EPILESSIA	
CONDIZIONI DI DIPENDENZA DA: ALCOL / SOSTANZE STUPEFACENTI E PSICOTROPE (Cancellare la voce che non interessa)	
APPARATO URO-GENITALE: insufficienza renale grave	
SANGUE ED ORGANI EMOPOIETICI: Sindromi emofiliche, linfomi o leucemie in trattamento (specificare)	
APPARATO OSTE-ARTICOLARE: gravi alterazioni anatomiche o funzionali	
ORGANI DI SENSO: gravi patologie visive evolutive	

Il paziente mi sottoscrive sotto la sua responsabilità che i dati di cui sopra, a me dichiarati, sono rispondenti a verità

Il/la paziente

Il padre o La madre Cognome e nome

firma

firma (per chi è minorenne)

DATA .. / .. /20.. _____ Timbro e firma del medico con n° regionale e specializzazione

ADEMPIMENTI CONSEGUENTI AL DECESSO

La sequenza degli adempimenti da osservarsi in caso di decesso è la seguente:

- **dichiarazione di morte o constatazione di decesso** o, in caso di decesso in ospedale o altra struttura residenziale, **avviso di morte**: si tratta del primo adempimento, a cura dei congiunti, conviventi, loro delegati o direttori della struttura, volto a comunicare all'ufficiale di stato civile l'avvenuto decesso;
- **denuncia delle cause di morte**, a cura del medico curante: anch'essa è indirizzata al Comune e deve essere rilasciata entro le 24 ore dal decesso;
- **accertamento della realtà della morte**: a cura del medico necroscopo, deve essere redatto non prima di 15 ore dal decesso e comunque non dopo le trenta ore.



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

ATTENZIONE SCHEDA UNIFICATA: INDICARE IL SESSO

Per una corretta compilazione leggere le ISTRUZIONI SUL RETRO della scheda

SCRIVERE IN STAMPATELLO

ISTAT
ISTITUTO NAZIONALE DI STATISTICA

SCHEDA DI MORTE OLTRE IL 1° ANNO DI VITA

ATTENZIONE SCHEDA UNIFICATA: INDICARE IL SESSO

ISTAT MODELLO D4 - Ediz. 2015

COPIA PER L'ISTAT

PARTE A - A CURA DEL MEDICO

MASCHIO ☐ **FEMMINA** ☐

1. Luogo del decesso

Altre (specificare) _____

2. Riconoscimento diagnostico

3. Stato di gravidanza della deceduta negli ultimi 12 mesi di vita

4. Parte I CAUSA DI MORTE: sequenza di condizioni morbose o traumatiche o avvelenamenti che ha condotto a morte - In presenza di più sequenze scegliere la più rilevante

4. Parte II Altri stati morbose rilevanti - Indicare altre malattie o condizioni morbose o lesioni escludere dalla sequenza riportata nel quesito 4. Parte I, ma che hanno contribuito al decesso.

5. Circostanza che ha dato origine al traumatismo/avvelenamento indicato in 4. Parte I (es. caduta da quota, picchi, impiccamento, fucilate, ecc.)

6. Modalità del traumatismo/avvelenamento

7. In caso di incidente da trasporto specificare anche:

7.1 Mezzo di trasporto della vittima al momento dell'incidente (es. pedale scivolo "a pedale")

7.2 Ruolo della vittima

7.3 Tipo di incidente (es. investimento, scontro, atterramento, ecc.)

7.4 In caso di scontro indicare l'oggetto (es. albero, micidolite, autobus, ecc.)

8. Data dell'incidente, infortunio, suicidio, omicidio

9. Luogo dell'incidente, infortunio, suicidio, omicidio

10. Data di nascita

11. Professione

12. Posizione nella professione

13. Ramo di attività economica

14. Cittadinanza

15. Grado di istruzione

16. Dichiaro che le cause della morte secondo scienza e coscienza, sono quelle da me sopraindicate (nome e cognome in stampatello)

17. Timbro e telefono del medico o della struttura (portare anche la copia per la ASL)

18. Firma e recapiti dell'Ufficiale dello Stato Civile

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

CERTIFICATO PER IL RICONOSCIMENTO DELL'INVALIDITA' CIVILE

L'INPS rilascia le credenziali per redigere le certificazioni mediche per il riconoscimento dell'invalidità civile, dell'invalidità previdenziale (SS3), delle cure balneo termali



Mod. C (certificato medico)

Certificato medico

NUMERO CERTIFICATO: 123456

COGNOME: PINO NOME: PALLINO

SESSO: M CODICE FISCALE: PNCPL84H19C154Y

NATO IL GIORNO: 16/04/1984 A: RC/IGD PROV: FO

CODICE TESSERA SANITARIA: 387

ASL DI APPARTENENZA: 15010

Anamnesi:
ANAMNESI

Obiettività:
OGGIETTIVITA'

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

CERTIFICATO PER IL RICONOSCIMENTO DELL'INVALIDITA' CIVILE



INPS L'Istituto Dati, ricerche e bilanci Avvisi, bandi e fatturazione INPS Comunica Prestazioni e servizi Amministrazione trasparente | Lingua: **ITA** Assistenza Contatti

 **Tutti i servizi**  **Trova la prestazione**  **Entra in MyINPS** **Cerca**

In evidenza



Notizia 02/03/2018
Concorso per funzionari: pubblicato diario della seconda prova scritta

Notizia 08/03/2018
Pubblicato il bando di concorso Estate INPSieme Senior 2018

Notizia 05/03/2018
Casellario dell'assistenza: nuove categorie di prestazioni

Notizia 02/03/2018
Esonero contributivo per nuove assunzioni di giovani

Utenti	Temi
 Famiglia	
 Pensionati	
 Disoccupati, inoccupati e lavoratori sospesi	
 Persone con disabilità e invalidità	
 Lavoratori	
 Lavoratori migranti	
 Aziende, enti e datori di lavoro	
 Enti erogatori di prestazioni previdenziali, consolati e altre autorità locali	

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



L'Istituto Dati, ricerche e bilanci Avvisi, bandi e fatturazione INPS Comunica Prestazioni e servizi Amministrazione trasparente

Lingua: **ITA** Assistenza Contatti

Q riconoscimento invalid

Cerca



Servizi Gestione Dipendenti
Pubblici per
amministrazioni,...



Servizio

Invalità civile - Invio
domanda di riconoscimento
dei...



Servizio

Certificato medico per il
riconoscimento
dell'invalidità...



Circolari 30/10/1997

Circolare numero 213 del
30-10-1997

Tutti i risultati



Notizia 05/03/2018

Casellario dell'assistenza: nuove
categorie di prestazioni



lavoratori sospesi

Persone con disabilità e
invalidità

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



Autenticazione

PIN

SPID

CNS

Codice Fiscale

PIN



Accedi

Per l'accesso ai servizi online è necessario il possesso di un codice PIN rilasciato dall'INPS oppure di una identità SPID o di una Carta Nazionale dei Servizi (CNS).

[Istruzioni per l'accesso](#)

[Hai smarrito il tuo PIN?](#)

[Richiedi e gestisci il tuo PIN](#)

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

PER IL RICONOSCIMENTO DELL'INVALIDITÀ CIVILE

Ultim

Medici Abilitati
Invio Certificati Invalidità civile
Gestione Certificati Invalidità civile

[Esci](#)

www.inps.it		Compila ed invia Certificato	Questa funzione permette la compilazione e l'invio dei certificati online per l'invalidità.
		Visualizza Certificati	Questa funzione permette la visualizzazione dei certificati inviati.
		Modifica Medico	Questa funzione permette di aggiornare/modificare i dati del Medico.
		Caricamento Dati Certificato Medico	Questa funzione permette di caricare i dati del certificato Medico da file XML.
		Area Download	Funzione per il prelevamento dei documenti e degli applicativi necessari al servizio di compilazione off-line del certificato medico. Ultimo aggiornamento: 05/02/2016 NEW!

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

Servizi Online

PER IL RICONOSCIMENTO DELL'INVALIDITÀ CIVILE

Medici Abilitati
Invio Certificati Invalidità civile

Compilazione Certificato Invalidità civile

[Guida](#)

Cognome e Nome Medico: ANGELI LETIZIA	Provincia: MO N° Iscrizione all'Ordine: 6380
Cognome Richiedente:	
Nome Richiedente:	
Codice Fiscale:	

Certificato Introduttivo

Certificato Introduttivo Oncologico

Certificato Integrativo

Indietro

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

[Guida](#)

Cognome e Nome Medico: ANGELI LETIZIA

Provincia: MO N° Iscrizione all'Ordine: 6380

Cognome Richiedente:	:		
Nome Richiedente:			
Codice Fiscale:			
Sesso:	☐ M ☒ F		
Codice Tessera Sanitaria:	4.-----		
ASL di appartenenza(*):	Modena		A.S.L. MODENA
Data di nascita:	:		
Provincia di nascita:			
Comune di nascita:	I		
Anamnesi:			Salva
Obiettività:			Salva

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

Diagnosi(*):			Salva
Codice ICD9-CM 	- Seleziona Ramo Patologia - - Seleziona Sezione Patologia - - Seleziona Patologia -		
Codice ICD9-CM 	- Seleziona Ramo Patologia - - Seleziona Sezione Patologia - - Seleziona Patologia -		
Codice ICD9-CM 	- Seleziona Ramo Patologia - - Seleziona Sezione Patologia - - Seleziona Patologia -		
Codice ICD9-CM 	- Seleziona Ramo Patologia - - Seleziona Sezione Patologia - - Seleziona Patologia -		
Codice ICD9-CM 	- Seleziona Ramo Patologia - - Seleziona Sezione Patologia - - Seleziona Patologia -		
Ulteriore specificazione patologia:			Salva
Terapia:			Salva

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

Il presente certificato è rilasciato ai fini della domanda di (*):	☐ Invalidità civile ☐ Cecità ☐ Sordità ☐ Sordocecità (Legge 24 giugno 2010, n. 107) ☐ Handicap ☐ Disabilità
	Impossibilitata a deambulare senza l'aiuto permanente di un accompagnatore: ☐ SI ☐ NO ☐ Non mi esprimo Non in grado di compiere gli atti quotidiani della vita senza assistenza continua: ☐ SI ☐ NO ☐ Non mi esprimo
Si certifica persona	Patologia Psichiatrica - Seleziona Ramo Patologia - - Seleziona Sezione Patologia - - Seleziona Patologia - Specializzazione del Medico che fa parte della commissione: Nessuna specializzazione ATTENZIONE! Se il richiedente è residente nella regione Emilia Romagna è obbligatorio indicare la specializzazione Luogo(*): Data: 14-03-2016
Segnalo	N.B. I campi contrassegnati da (*) sono obbligatori Invia Certificato Indietro

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

Invio Certificato Invalidità civile

Gestione Certificati Invalidità civile

Certificato inserito con successo con numero univoco 2017AA79852

Stampa Attestato

Stampa Certificato

Indietro

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

CERTIFICATO INTEGRATIVO

Comunica la sopraggiunta intrasportabilità del paziente rispetto al momento della redazione del primo certificato e/o delle voci relative all'indennità di accompagnamento in presenza di una domanda di invalidità.

ASL di appartenenza(*):	- Seleziona Provincia ASL - - Seleziona ASL -	
Data di nascita:		
Provincia di nascita:		
Comune di nascita:		
Diagnosi(*):	Salva	
Si certifica che la persona è:	☐ SI ☐ NO ☐ SI ☐ NO Impossibilitata a deambulare senza l'aiuto permanente di un accompagnatore: Non in grado di compiere gli atti quotidiani della vita senza assistenza continua: Annulla	
Richiesta visita domiciliare:	☐ 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(*):		
Data:	14-03-2016	

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

Invia Certificato

Indietro

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

CERTIFICATO PREVIDENZIALE SS3

► Certificati medici introduttivi ai fini delle domande per prestazioni antitubercolari (ACT)	► Scheda Informativa
► Certificato di accertamento del decesso	► Scheda Informativa
► Certificato medico introduttivo per istanza di invalidità previdenziale (SS3)	► Scheda Informativa
► Certificato medico per il riconoscimento delle cure balneo termali	► Scheda Informativa
► Certificato medico per il riconoscimento dell'invalidità civile	► Scheda Informativa
► Modulistica	► Scheda Informativa
► Newsletter messaggistica Inps	► Scheda Informativa
► Portale dei servizi per il CTU	► Scheda Informativa

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

CERTIFICATO PREVIDENZIALE SS3

**Medici Abilitati
Invio Certificati SS3**

Compilazione Certificato

[Guida](#)

Cognome e Nome Medico: ANGELI LETIZIA		Provincia: MO N° Iscrizione all'Ordine: 6380	
Cognome Richiedente:		Nome Richiedente:	
Codice Fiscale:		Cerca	
Codice Tessera Sanitaria:			
Telefono:		Cellulare:	
Email:			
Tipo Documento:	- Seleziona Tipo Documento -		
Numero Documento:			
Rilasciato Da:		Data Rilascio:	

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

CERTIFICATO PREVIDENZIALE SS3

Anamnesi lavorativa pregressa e occupazione attuale :		Salva
Anamnesi remota e prossima (in particolare evidenza ricoveri ospedalieri):		Salva
Obiettività:		Salva
Terapia:		Salva
Diagnosi:		Salva

Luogo:**Data:**

21-01-2017

LEGGE 30 dicembre 2018, n. 145 Bilancio di previsione dello Stato per l'anno finanziario 2019 e bilancio pluriennale per il triennio 2019-2021. (18G00172) (GU Serie Generale n.302 del 31-12-2018 - Suppl. Ordinario n. 62) note: Entrata in vigore del provvedimento: 01/01/2019,

“526. Per l'attività di compilazione e trasmissione per via Telematica, da parte dei medici e delle strutture sanitarie competenti del Servizio sanitario nazionale, dei certificati medici di infortunio e malattia professionale di cui all'articolo 53 del Testo unico di cui al decreto del Presidente della Repubblica 30 Giugno 1965, n. 1124, l'INAIL, a decorrere dal 1° gennaio 2019, trasferisce annualmente al Fondo sanitario nazionale l'importo di Euro 25.000.000, mediante versamento all'entrata del bilancio dello Stato e successiva riassegnazione alla spesa, da ripartire tra le Regioni e le province autonome in sede di predisposizione della Proposta di riparto della quota indistinta delle risorse relative al Fabbisogno standard nazionale. Per gli anni successivi al 2019, tale Importo è maggiorato del tasso di inflazione programmato dal Governo.

527. Quota parte dei trasferimenti dell'INAIL, di cui al comma 526, determinata con intesa in sede di Conferenza permanente per i Rapporti tra lo Stato, le regioni e le province autonome di Trento e di Bolzano, in deroga a quanto disposto dal comma 2 dell'articolo 23 del decreto legislativo 25 maggio 2017, n. 75, implementa, per il Personale dipendente del Servizio sanitario regionale, direttamente i Fondi di ciascuna azienda o ente per la contrattazione decentrata Integrativa.

528. Quota parte dei trasferimenti dell'INAIL, di cui al comma 526, determinata con intesa in sede di Conferenza permanente per i Rapporti tra lo Stato, le regioni e le province autonome di Trento e di Bolzano, ha destinazione vincolata al fondo destinato per i Rinnovi contrattuali della medicina convenzionata incrementando la Quota capitaria riconosciuta per assistito al medico di medicina Generale.

529. L'importo di cui al comma 526 può essere rivisto ogni due anni sulla base dell'incremento della percentuale del rapporto tra il numero dei certificati compilati e trasmessi telematicamente all'INAIL e gli infortuni e le malattie professionali denunciati nel Biennio di riferimento rispetto a quello precedente. Il trasferimento a carico dell'INAIL per effetto degli aggiornamenti periodici legati all'incremento percentuale del rapporto tra il numero dei certificati compilati e trasmessi telematicamente all'INAIL e gli infortuni e le Malattie professionali denunciati non può comunque superare l'importo di cui al comma 526 maggiorato del 20 per cento al netto della rivalutazione per il tasso programmato d'inflazione.

530. Nessun compenso può essere richiesto agli assistiti per il rilascio dei certificati medici di infortunio e Malattia Professionale.



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



CERTIFICATO INAIL:

INFORTUNIO: RICHIESTA DI VISITA MEDICA E CERTIFICAZIONE

N. FASCICOLO

APPORRE ETICHETTA
NUMERO PROTOCOLLO

CASO: IND ☐ AGR ☐

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

QUADRO
A

Cognome										Nome										Sesso M/F							
Nato a (Comune)										GG		MM		AA													
Residente a (Comune)										Prov.		il		/		/											
Indirizzo (via, piazza, ecc.)										Prov.		CAP															
COD. ISTAT										COD. USL										GG		MM		AA		in (Comune)	
l'evento è avvenuto il										/		/															
Descrizione delle cause e circostanze dell'infortunio																											

RISERVATO
AL DATORE
DI LAVORO

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

Posizione assicurativa e cod. controllo

Ragione sociale

Indirizzo

CAP

COMUNE

Prov.

Data e firma del datore di lavoro - non apporre timbri

Data e firma dell'infortunato

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

CERTIFICATO INAIL:

QUADRO B

CERTIFICATO MEDICO

PRIMO ☐ CONTINUATIVO ☐ DEFINITIVO ☐

Infortunato (cognome e nome) _____ Codice Fiscale _____

ha dichiarato di aver abbandonato il lavoro il GG / MM / AA _____ alle ore _____

POSTUMI DI ALTRE LESIONI O MALATTIE PREGRESSE RIFERITI O CONSTATATI _____

ESAME OBIETTIVO E DIAGNOSI _____

RISERVATO AL MEDICO

REFERTI DI EVENTUALI ACCERTAMENTI PRATICATI _____

PROGNOSi inabilità temp. assoluta al lavoro (artt. 68 e 213 T.U. 1124/65)

per giorni _____ riprende lavoro il GG / MM / AA _____

pericolo di vita NO ☐ SI ☐ si presume invalidità permanente NO ☐ SI ☐

OSSERVAZIONI DEL MEDICO _____

PRESCRIZIONI TERAPEUTICHE

ricovero ospedaliero NO ☐ SI ☐ se SI, presso _____

esami specialistici _____

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

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

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

CERTIFICATO INAIL: continuazione/chiusura

QUADRO C	Si tratta di ricaduta?		eventuali osservazioni	TIMBRO DI ARRIVO
	NO ☐	SI ☐		
RISERVATO INAIL	VISTO DAL MEDICO NO ☐ SI ☐		DATA	FIRMA

modena@postacert.inail.it

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

CERTIFICATO DI ESONERO CINTURE DI SICUREZZA

I certificati attestanti l'esonero all'uso delle cinture di sicurezza per controindicazioni derivate da malattia possono essere rilasciati solo da medici dipendenti o incaricati del SSN ai sensi della Legge 4 agosto 1989 e non dai medici di medicina generale.

- stato di gravidanza
- statura inferiore a cm 150

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

CERTIFICATI MEDICI: TARIFFE E MODALITA' DI EROGAZIONE

CERTIFICATI GRATUITI

- Di prognosi di malattia
- Rilascio del Libretto Sportivo Regionale all'avente diritto
- Di riammissione al lavoro degli alimentaristi

CERTIFICATI A PAGAMENTO: 35 Euro

- Certificati INAIL
- Per invio in colonie o luoghi di soggiorno
- Per idoneità ginnico motoria o per attività sportiva non agonistica
- Per esonero dalle lezioni di educazione fisica, per dieta particolare alla mensa

CERTIFICATI A PAGAMENTO: 40 Euro

- Per il rilascio di patenti di guida
- Per cure termali (via telematica)

CERTIFICATI A PAGAMENTO SOGGETTI AD IVA

1. Euro 40 + IVA al 23% = 48,8 Euro

- Per richiesta invalidità civile/invalidità previdenziale SS3
- Per malattia in aggiunta alla normale certificazione di prognosi di malattia
- Per inabilità temporanea tale da giustificare la mancata presenza in tribunale
- Per tutte le altre certificazioni non menzionate nei punti precedenti

2. Euro 50 + IVA al 22% = 61 Euro

- Per assicurazioni private in caso di infortuni
- Per porto d'armi



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

In caso di sostituzione

L'ordine rilascia

- Permesso ZTL (per la durata della sostituzione)
- Emblema auto medico in visita domiciliare urgente (per la durata della sostituzione)

E' necessario presentare dichiarazione del titolare della
convenzione riportante inizio e fine della sostituzione.

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

Il compenso del sostituto MMG

ACN 2009 ART. 37 – SOSTITUZIONI

13. Le Aziende per i primi 30 giorni di sostituzione continuativa corrispondono i compensi al medico sostituito che provvede secondo quanto previsto al comma 14; dal 31° giorno corrispondono i compensi direttamente al medico che effettua la sostituzione, purché abbia i requisiti per l'iscrizione nella graduatoria regionale e secondo il trattamento economico previsto dal successivo comma 14.
14. I rapporti economici tra medico sostituito e medico sostituto sono disciplinati dalla norme di cui all'allegato sub lettera C, nel rispetto della normativa fiscale.



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

Allegato C

REGOLAZIONE DEI RAPPORTI ECONOMICI TRA MEDICO TITOLARE E SOSTITUTO DI ASSISTENZA PRIMARIA NEI CASI DI SOSTITUZIONE VOLONTARIA

1. Fermi restando gli obblighi a carico delle Aziende stabiliti dall'art. 37, i rapporti economici tra medico sostituto e quello già sostituito, chiunque tra i due percepisca i compensi della Azienda, sono regolati tenendo conto dell'uso delle strutture e degli strumenti professionali di proprietà del medico sostituito, della indisponibilità delle condizioni di carriera del medico sostituito e della maggiore o minore morbidità legata alla stagione. Non è consentito al sostituto acquisire scelte del medico sostituito durante la sostituzione.
2. L'onorario spettante al medico sostituto è calcolato, sulla base di quanto previsto dal precedente comma 1, nella misura del 70% del compenso di cui alla lettera A, comma 1 dell'articolo 59 del presente Accordo. Al medico sostituito viene corrisposta la restante parte dei compensi mensili dovuti.
3. Individuata convenzionalmente nel 20% la variazione relativa alla maggiore o minore morbidità, i compensi dovuti al sostituto, di cui al comma 2, sono corrisposti per intero se relativi a sostituzioni effettuate nei mesi di aprile, maggio, ottobre e novembre; se relativi ai mesi di dicembre, gennaio, febbraio e marzo essi sono maggiorati del 20% con oneri a carico del titolare e ridotti del 20% se relativi ai mesi di giugno, luglio, agosto e settembre.

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

Il compenso del sostituto MMG

2. L'onorario spettante al medico sostituto è calcolato, sulla base di quanto previsto dal precedente comma 1, nella misura del 70% del compenso di cui alla lettera A, comma 1 dell'articolo 59 del presente Accordo. Al medico sostituto viene corrisposta la restante

40,05 €

70% di 40,05 € = 28,035 € a paziente

$28,035 \text{ €} \times \text{N}^\circ \text{ assistiti in carico al MMG}$

365 giorni

+ 0% $\Rightarrow$ nei mesi di aprile, maggio, ottobre e novembre

+ 20% $\Rightarrow$ nei mesi di dicembre, gennaio, febbraio e marzo

- 20% $\Rightarrow$ nei mesi di giugno, luglio, agosto e settembre

Al compenso dovuto alla quota capitaria va sommato il compenso di ADI/ADP e PIPP

Il compenso del sostituto PLS

A screenshot of a web browser displaying the FIMP website. The address bar shows 'http://www.fimp.pro/'. On the left, a dark blue vertical navigation menu contains four items with circular arrow icons: 'Privacy: Obblighi Normativi', 'FIMP Regionali', 'Accordi ACN', and 'Webmail'. The main content area has the heading 'AREE TEMATICHE' in bold. Below this, there are two square tiles. The first tile features a globe made of various national flags and is labeled 'Rapporti Internazionali' in red text. The second tile features a blue and white syringe and is labeled 'Vaccini' in red text.

[illegible]



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





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





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

