



Il giovane professionista al centro delle attenzioni dell'Ordine: ruoli, compiti e fiscalità



- **Certificazioni obbligatorie del medico del Ruolo Unico di Assistenza Primaria ad attività oraria (attuale MCA)**

Dott. Carlo Curatola

LE CERTIFICAZIONI

La consapevolezza del ruolo del medico del ruolo unico di AP ad attività oraria (MCA) e del sostituto del medico del ruolo unico di AP a ciclo di scelte (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 2016-18, ART 44: Attività assistenziale a prestazione oraria del medico del ruolo unico di assistenza primaria

1. Il medico del ruolo unico di assistenza primaria ad attività oraria fornisce prestazioni ambulatoriali e domiciliari al fine di contribuire alla continuità dell'assistenza per l'intero arco della giornata.

A CHI E' RIVOLTO:

2. L'attività a tutta la popolazione di riferimento, inclusa quella in età pediatrica, è organizzata dalla Azienda sanitaria, in coerenza con la programmazione regionale, tenuto conto del coordinamento dell'orario di apertura degli studi dei medici di scelta e dell'offerta assistenziale in relazione alle caratteristiche demografiche, alle peculiarità geografiche del territorio e all'offerta assistenziale. La scelta organizzativa deve supportare la presa in carico di assistiti affetti da gravi patologie o pazienti fragili ad alto rischio di ospedalizzazione o di accesso improprio al Pronto Soccorso, nonché straordinarie situazioni di maggior impegno assistenziale.

Guardia Medica 7 Giorni su 7!



Il giovane professionista al centro delle attenzioni dell'Ordine:
ruoli, compiti e fiscalità

PRESCRIZIONE FARMACI E PROPOSTE DI RICOVERO Art. 45 comma 7

Il medico del ruolo unico di assistenza primaria ad attività oraria, con ricetta del SSN, prescrive farmaci per terapia non differibile e formula proposte di ricovero.

Ricetta 1 di 1

SERVIZIO SANITARIO NAZIONALE RICETTA ELETTRONICA - PROMEMORIA PER L'ASSISTITO

REGIONE EMILIA ROMAGNA

14/DA 4007.000749

COGNOME E NOME INIZIALI DELL'ASSISTITO: PINCO PALLINO PNCPLN85P03H618Z

INDIRIZZO VIA TANCREDI, 12 CAP: CITTÀ FERRARA PROV. FE

ESESIONE: C02 SIGLA PROVINCIA: FE CODICE ASL: 080109 DISPOSIZIONI REGIONALI:

TIPOLOGIA PRESCRIZIONE(S,H): ALTRO: PRIORITÀ PRESCRIZIONE(U,B,D,P):

PRESCRIZIONE	QTA	NOTA
023086150 ZIMOX*12CPR 1G: AMOXICILLINA TRIDRATO	1	

Stampa

QUESTO DIAGNOSTICO:

N.CONFEZIONI/PRESTAZIONI: 1 TIPO RICETTA: Assisi SSN DATA: 20/05/2014 Medico prescrittore: PINCO PINCO FST5FN84D16H620E
CODICE AUTENTICAZIONE: 130G2013143901090C00C06245044
Rilasciato ai sensi dell'art.11, comma 16 del DL 31 mag 2010,n.78 e dell'art.1, comma 4 del DM 2 nov 2011v

108032 00705998090

SERVIZIO SANITARIO NAZIONALE

Comunicazione SSN - Az. USL 9 Modena
Medico di continuità assistenziale

Stampa

Il giovane professionista al centro delle attenzioni dell'Ordine: ruoli, compiti e fiscalità

ART. 44 – ATTIVITÀ ASSISTENZIALE A PRESTAZIONE ORARIA DEL MEDICO DEL RUOLO UNICO DI ASSISTENZA PRIMARIA

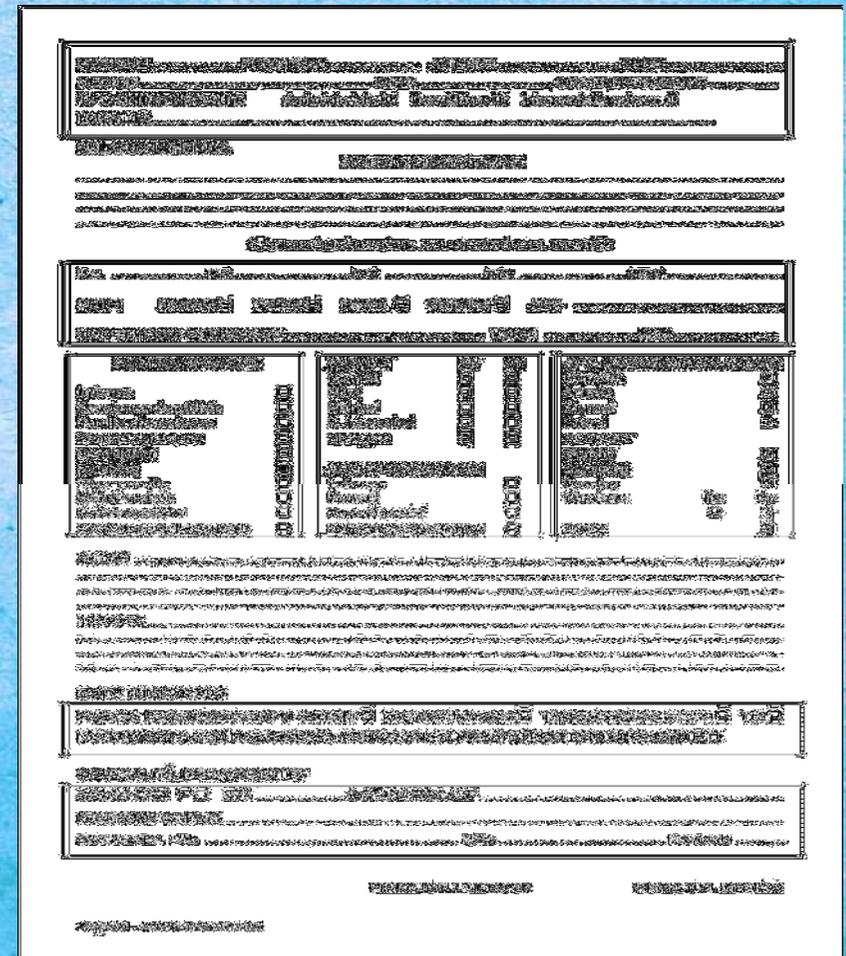
Comma 8) Le chiamate degli utenti ed i relativi interventi devono essere registrati e rimanere agli atti, secondo le modalità definite dall'Azienda.

Comma 18) L'Azienda provvede altresì alla disponibilità di:

...omissis...

b) adeguate apparecchiature per la registrazione delle chiamate presso le sedi operative;

...omissis...



COMPITI ED OBBLIGHI DEL MEDICO DEL
RUOLO UNICO DI AP AD ATTIVITA' ORARIA.
ART.43 Comma 7 - ACN 2016-2018

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

- a) l'erogazione di prestazioni assistenziali non differibili, in sede ambulatoriale o a domicilio, a tutta la popolazione, di ogni fascia di età, secondo i modelli organizzativi regionali, con particolare riferimento alla funzionalità del Numero Unico Europeo 116117, come previsto dall'articolo 44 del presente Accordo;
- b) l'annotazione nella scheda sanitaria individuale del paziente della propria valutazione, la prestazione eseguita, le prescrizioni di farmaci e/o accertamenti e le eventuali certificazioni rilasciate, al fine di assicurare la continuità dell'assistenza nei riguardi del medico titolare del rapporto di fiducia e dei medici della intera AFT;

Il giovane professionista al centro delle attenzioni dell'Ordine:
ruoli, compiti e fiscalità

**COMPITI ED OBBLIGHI DEL MEDICO DEL
RUOLO UNICO DI AP AD ATTIVITA' ORARIA.
ART.43 Comma 7 - ACN 2016-2018**

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

- f) il rilascio delle seguenti certificazioni obbligatorie:
 - I) assenza per malattia dei lavoratori dipendenti, fino ad un massimo di tre giorni;
 - II) assenza per malattia dei lavoratori turnisti;
 - III) riammissione al lavoro degli alimentaristi, laddove previste;
- g) la constatazione di decesso.

Il giovane professionista al centro delle attenzioni dell'Ordine: ruoli, compiti e fiscalità

ADEMPIMENTI CONSEGUENTI AL DECESSO

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

- **constatazione di decesso**
- **denuncia delle cause di morte (ISTAT)**, a cura di qualunque medico sia a conoscenza della storia clinica del paziente: 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. Questo certificato va a ricongiungersi al certificato di nascita chiudendo la vita civile del soggetto.



Il giovane professionista al centro delle attenzioni dell'Ordine: ruoli, compiti e fiscalità

Art. 10

(sostituiti commi 1 e 3 da [art. 12](#)
[L.R. 10 dicembre 2019, n. 29](#))

LEGGE REGIONALE 29 luglio 2004, n. 19 DISCIPLINA IN MATERIA FUNERARIA E DI POLIZIA MORTUARIA

Trasporto di salme, di cadaveri e di resti mortali

- **1.** *Qualora il decesso avvenga in abitazioni inadatte per l'osservazione o vi sia espressa richiesta dei familiari o dei conviventi, **la salma può essere trasportata per l'osservazione presso l'obitorio o il servizio mortuario delle strutture ospedaliere pubbliche o private accreditate o presso le apposite strutture adibite al commiato di cui all'articolo 14, siti anche in altro Comune della Regione Emilia-Romagna o in Regione confinante a condizione di reciprocità.***
- **2.** *Nei casi di cui al comma 1, il medico curante o il medico dipendente o convenzionato con il Servizio sanitario nazionale intervenuto in occasione del decesso certifica che il trasporto della salma può avvenire senza pregiudizio per la salute pubblica e che è escluso il sospetto che la morte sia dovuta a reato.*
- **3.** *La certificazione medica di cui al comma 2 è titolo valido per il trasporto della salma nell'ambito del territorio della Regione Emilia-Romagna o in Comuni delle Regioni confinanti con il territorio regionale a condizione di reciprocità.*

Il giovane professionista al centro delle attenzioni dell'Ordine: ruoli, compiti e fiscalità

CERTIFICATO DI TRASPORTO SALMA

È un certificato che viene rilasciato, di norma, su richiesta dei familiari e dei conviventi del defunto o qualora il decesso avvenga in abitazioni inadatte per l'osservazione, su giudizio del medico .

Questo certificato non rientra tra gli obblighi convenzionali del medico del ruolo unico di assistenza primaria a ciclo di scelta né del medico del ruolo unico di assistenza primaria ad attività oraria.

Se, e solo se sussistano le due situazioni disciplinate al comma 1), il medico certifica che il trasporto della salma può avvenire senza pregiudizio per la salute pubblica e che è escluso il sospetto che la morte sia dovuta a reato.

Non ha caratteristiche di URGENZA

Le certificazioni del medico del ruolo unico di assistenza primaria a ciclo di scelta

Assistenza per malattia dei lavoratori dipendenti;

Incapacità temporanea al lavoro;

Idoneità allo svolgimento delle attività sportive non agonistiche di cui al Decreto del Ministero della Salute 24 aprile 2013, art. 3, lettere a) e c), nell'ambito scolastico, a seguito di specifica richiesta dell'autorità scolastica competente, tenuto conto di quanto previsto dall'art. 42-bis del D.L. 21 giugno 2013, n. 69, convertito, con modificazioni, dalla L. 9 agosto 2013, n. 98 e dal D.M. 8 agosto 2014 del Ministero della Salute;

Riammissione alla scuola dell'obbligo, agli asili nido, alla scuola dell'infanzia e alle scuole secondarie superiori, laddove previste;

Riammissione al lavoro degli alimentaristi, laddove previsto;

Valutazione multimediali e connesse certificazioni relative alle prestazioni di assistenza domiciliare integrata, programmata e per l'inserimento nelle strutture residenziali, sulla base della programmazione e di quanto previsto nell'ambito degli Accordi regionali.

**Il giovane professionista al centro delle attenzioni dell'Ordine:
ruoli, compiti e fiscalità**

**Le certificazioni del medico del ruolo unico di
assistenza primaria ad attività oraria**

Assenza per malattia
dei lavoratori
dipendenti fino ad un
massimo di tre giorni;

Assenza per malattia
dei lavoratori turnisti;

Riammissione al
lavoro degli
alimentaristi, laddove
previsto;

La constatazione di
decesso

Il giovane professionista al centro delle attenzioni dell'Ordine: ruoli, compiti e fiscalità



IL PARERE DELL'OMCeO DI MODENA

Alla luce delle motivazioni sopra elencate in nostro Ordine ha espresso il parere di seguito riportato:

Il giovane professionista al centro delle attenzioni dell'Ordine: ruoli, compiti e fiscalità



Ordine Provinciale dei Medici Chirurghi
e degli Odontoiatri di Modena

p.le Boschetti, 8 - 41121 Modena - CP 380 Modena Centro
tel. 059 247711 - fax 059 247719
e-mail: ippocrate@ordinemedicimodena.it

LA CERTIFICAZIONE PER L'AUTORIZZAZIONE AL TRASPORTO SALMA

A seguito di numerose segnalazioni e richieste di chiarimento pervenuti al nostro Ordine in riferimento a quanto disciplinato dai comma 1 e 2, art. 10 della legge n°19 del 29 Luglio 2004 emanata dalla Regione Emilia Romagna in tema di "Trasporto di salme, di cadaveri e resti mortali", a questo Ente corre l'obbligo di portare alla luce alcuni aspetti meritevoli di approfondimenti ed emanazione di parere in merito al presunto obbligo certificativo da parte del medico che, operando a qualsiasi titolo sul territorio della regione Emilia Romagna, si trovi a dover far fronte a tale richiesta da parte dei familiari del defunto.

CONSIDERATO CHE

la Legge disciplina nel dettaglio le uniche due circostanze in cui la salma può essere trasportata per l'osservazione presso l'obitorio o il servizio mortuario delle strutture ospedaliere pubbliche o private accreditate o presso le apposite strutture adibite al commiato di cui all'art. 14

PRESO ATTO CHE

le due uniche situazioni prese in considerazione dal comma 1 dell'art.10 della suddetta legge sono: l'adeguatezza dell'abitazione e/o l'espressa richiesta dei familiari o dei conviventi purché sia escluso il sospetto che la morte sia dovuta a reato e che non sussista pregiudizio per la salute pubblica come previsto dal comma 2.

RITENUTO CHE

i professionisti più frequentemente coinvolti nella pratica certificativa in questione sono i medici di medicina generale, i medici di continuità assistenziale ed i pediatri di libera scelta convenzionati con il SSN

VERIFICATO CHE

per i suddetti professionisti tale certificazione, non prevista tra gli obblighi convenzionali, è comunque dovuta nei termini indicati dalla legge (abitazioni inadatte, richiesta dei familiari). Il Consiglio dell'Ordine dei Medici di Modena in merito alla richiesta di chiarimento si esprime sottolineando che la certificazione per l'autorizzazione al trasporto salma potrà essere rilasciata durante gli orari di ambulatorio dal medico di medicina generale/pediatra di libera scelta ovvero, dal medico di continuità assistenziale qualora ne venga fatta esplicita richiesta contestualmente alla constatazione di decesso.

E' opportuno sottolineare inoltre che il medico del Territorio, a fronte della richiesta, formulata correttamente dal familiare e non da terzi interessati, qualora ritenga di rilasciare la certificazione in merito, lo possa fare richiedendo l'onorario riferito alla certificazione in regime libero professionale.

**Il giovane professionista al centro delle attenzioni dell'Ordine:
ruoli, compiti e fiscalità**



**Il certificato di
trasporto salma
non rientra tra le
certificazioni
previse dalla
convenzione**

Il giovane professionista al centro delle attenzioni dell'Ordine: ruoli, compiti e fiscalità

CERTIFICAZIONE UNICA DI DECESSO



SERVIZIO SANITARIO REGIONALE
EMILIA-ROMAGNA
Azienda Unità Sanitaria Locale di Modena

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
della 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 della 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 della 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*

Il giovane professionista al centro delle attenzioni dell'Ordine: ruoli, compiti e fiscalità

SCHEDA DI MORTE ISTAT

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

ATTENZIONE SCHEDA UNIFICATA: INDICARE IL SESSO
ISTAT MODELLO DI - Ediz. 2015
COPIA PER L'ISTAT

PARTE A - A CURA DEL MEDICO MASCHIO <input type="checkbox"/> Età compiuta _____ FEMMINA <input type="checkbox"/> Cognome e nome della persona defunta _____		PARTE B - A CURA DELL'UFFICIALE DI STATO CIVILE (controllare ed eventualmente correggere cognome e nome) MASCHIO <input type="checkbox"/> _____ FEMMINA <input type="checkbox"/> CODICE FISCALE della defunta _____	
1. Luogo del decesso Indirizzo: _____ Comune: _____ Istituto di cura (pubblico - privato - accreditato): _____ Prov. _____ Struttura ospedaliera o socio-sanitaria: _____ Istituto di cura: _____ Altri (specificare): _____ Codice ASL: _____		2. Racconto diagnostico Cause iniziali (secondo art. 13, L. 30) _____ È stata richiesta? <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2	
3. Stato di gravità della deceduta negli ultimi 12 mesi di vita Nessuna gravità: <input type="checkbox"/> 1 Stato di gravità: <input type="checkbox"/> 2 Stato tra 40 e 90 giorni dell'ultimo della gravità: <input type="checkbox"/> 3 Stato tra 40 giorni e 1 anno dall'ultimo della gravità: <input type="checkbox"/> 4 Informazioni sociali: <input type="checkbox"/> 5		4. Data di morte Anno: _____ Mese: _____ Giorno: _____	
4. Parte I CAUSA DI MORTE: sequenza di condizioni morbose o traumi o avvenimenti che ha condotto a morte - In presenza di più sequenze scegliere la più rilevante Casa iniziale. Scegliere la SCL (patologia o condizione o lesione che ha dato origine alla sequenza). 1. _____ anni o mesi o giorni 2. _____ anni o mesi o giorni 3. _____ anni o mesi o giorni 4. _____ anni o mesi o giorni EVENTUALI CONDIZIONI o CONDIZIONI che esacerbano la sequenza che ha portato a morte.		5. Località di nascita Stessa Comune di morte: <input type="checkbox"/> 1 Altro Comune: _____ <input type="checkbox"/> 2 (specificare comune e provincia) (specie) (gen.) Stato Estero: _____ <input type="checkbox"/> 3 (specificare stato estero)	
4. Parte II Altri stati morbose rilevanti - indicare altre malattie o condizioni morbose o lesioni escluse dalla sequenza riportata nel quesito 4. Parte I, ma che hanno contribuito al decesso. _____ anni o mesi o giorni _____ anni o mesi o giorni		6. Professione 8. Condizione professionale o non professionale Occupato: <input type="checkbox"/> 1 Disoccupato: <input type="checkbox"/> 2 Ritirato dal lavoro: <input type="checkbox"/> 3 Casalingo: <input type="checkbox"/> 4 Studente: <input type="checkbox"/> 5 Inabile al lavoro: <input type="checkbox"/> 6 Altro (preghiere servizio di leva o servizio civile): <input type="checkbox"/> 7	
5. Circonstanza che ha dato origine al trauma/avvelenamento indicato in 4. Parte I (es. caduta da scale, incendio, ecc.) _____		9. Stato civile Celibataria: <input type="checkbox"/> 1 Convulsa: <input type="checkbox"/> 2 Vedova: <input type="checkbox"/> 3 Disciolta o già coniugata: <input type="checkbox"/> 4 Separata legalmente: <input type="checkbox"/> 5 Se coniugata e separata legalmente indicare: Area di nascita del coniuge superstite: _____ Area di residenza: _____ (specificare stato estero)	
6. Modalità del trauma/avvelenamento Accidentale (pubblico o privato): <input type="checkbox"/> 1 Suicidio: <input type="checkbox"/> 2 Omicidio: <input type="checkbox"/> 3		10. Residenza Stessa Comune di morte: <input type="checkbox"/> 1 Altro Comune: _____ <input type="checkbox"/> 2 (specificare comune e provincia) (specie) (gen.) Stato Estero: _____ <input type="checkbox"/> 3 (specificare stato estero)	
7. In caso di incidente da trasporto specificare anche: 7.1 Mezzo di trasporto della vittima al momento dell'incidente (se persona scesa "a piedi") 7.2 Ruolo della vittima Pedone: _____ <input type="checkbox"/> 1 Guidatore: _____ <input type="checkbox"/> 2 Passeggero: _____ <input type="checkbox"/> 3 Persona inetta nel veicolo o scesa scivolando dal veicolo: _____ <input type="checkbox"/> 4 7.3 Tipo di incidente (es. investimento, scorta, slittamento, ecc.) _____ 7.4 In caso di scorta indicare l'oggetto (es. auto, motocicletta, autobus, ecc.) In caso di investimento indicare il veicolo coinvolto (es. treno, autotreno, trattore ecc.) _____		11. Denza di attività economica Imprenditore/proprietario di attività professionale: <input type="checkbox"/> 1 Imprenditore/proprietario in proprio e collaboratore: <input type="checkbox"/> 2 Altro: _____ <input type="checkbox"/> 3 Per lavoratore autonomo dipendenti: Dirigente o direttore: <input type="checkbox"/> 4 Impiegato o intermedio: <input type="checkbox"/> 5 Operatore o assistente: <input type="checkbox"/> 6 Altro (apprendista, lav. a domicilio, ecc.): <input type="checkbox"/> 7	
Dichiaro che le cause della morte secondo scienza e coscienza, sono quelle da me soprarietate (nome e cognome o stampatello) Data _____ Firma _____		12. Cittadinanza Italiana: <input type="checkbox"/> 1 Per nascita: <input type="checkbox"/> 2 Acquisita: <input type="checkbox"/> 3 Straniera: <input type="checkbox"/> 4 (specificare stato estero) Non conosciuto: <input type="checkbox"/> 5	
MMG o PLS: _____ <input type="checkbox"/> 1 Necropsia: _____ <input type="checkbox"/> 2 Medico ospedaliero: _____ <input type="checkbox"/> 3 Medico legale: _____ <input type="checkbox"/> 4 Altro medico: _____ <input type="checkbox"/> 5		13. Città di nascita _____ (specificare comune e provincia) (specie) (gen.)	
Tenore e telefono del medico o della struttura (prelevare anche la copia per la ASL) Tel. _____ Tel. _____		Timbro _____ Firma e recapiti dell'Ufficiale dello Stato Civile _____ Tel. _____ E-mail _____	

(prelevare anche la copia per la ASL)

**Il giovane professionista al centro delle attenzioni dell'Ordine:
ruoli, compiti e fiscalità**



**Lesioni personali stradali gravi o
gravissime – obblighi per i
medici**

Obbligo di referto



FNOMCeO

Il Presidente

COMUNICAZIONE N. 93

AI PRESIDENTI DEGLI ORDINI
PROVINCIALI DEI MEDICI
CHIRURGI 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.

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 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.).

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

.....

.....

Il modello
proposto dalla
Federazione
Nazionale

DA CUI E' DERIVATA

- | | |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> malattia o incapacità ad attendere alle ordinarie occupazioni di durata superiore ai 40 giorni; | <input type="checkbox"/> malattia certamente o probabilmente insanabile; |
| <input type="checkbox"/> malattia che ha messo in pericolo la vita della persona offesa; | <input type="checkbox"/> perdita di un senso; |
| <input type="checkbox"/> indebolimento permanente di un senso o di un organo; | <input type="checkbox"/> perdita dell'uso di un organo; |
| | <input type="checkbox"/> perdita di un arto o una mutilazione che rende l'arto inservibile; |
| | <input type="checkbox"/> perdita della capacità di procreare; |
| | <input type="checkbox"/> permanente e grave difficoltà della favella; |
| | <input type="checkbox"/> deformazione o sfregio permanente del viso |

, ___ / ___ / ___

Il Medico _____
(firma e timbro)

Consegnato a: _____

Oppure: inviato via Fax al _____

inviato via e-mail a _____

Il modello proposto
dalla Federazione
Nazionale



Al Sig.
Procuratore della Repubblica
Tribunale di.....

**REFERTO E/O DENUNCIA DI REATO ALL'UTORITA' GIUDIZIARIA
(EX ART. 334 C.P.P)**

La/il sottoscritta/o d.ssa /dott. _____ avendo sottoposto a

visita medica in data ___/___/___ la/il Sig.ra/Sig. _____

nata/o a _____ il ___/___/___ C.F. _____

residente a _____ in via _____

identificato a mezzo:

- conoscenza diretta
- carta identità numero _____
- patente di guida numero _____
- passaporto numero _____

professione _____ segnala che la/il medesima/o, sulla base di quanto

riferito, è stata/o coinvolta/o in data ___/___/___ in un sinistro stradale con riferita responsabilità di

terzi.

DINAMICA DEL SINISTRO _____

Dalla documentazione medica esaminata e dall'esame obiettivo emerge che il paziente ha riportato le seguenti lesioni _____

Forze dell'ordine intervenute (se note al paziente) _____

Sulla base delle condizioni cliniche attuali esprimo una prognosi di giorni _____

DA CUI DERIVA

una malattia o incapacità ad attendere alle ordinarie occupazioni di durata superiore ai 40 giorni

_____, ___/___/___

Il medico _____

(timbro e firma)

Consegnato a: _____

Oppure:

Inviato via PEC all'indirizzo _____

Il modello
proposto da
OMCeO Modena

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 **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 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.



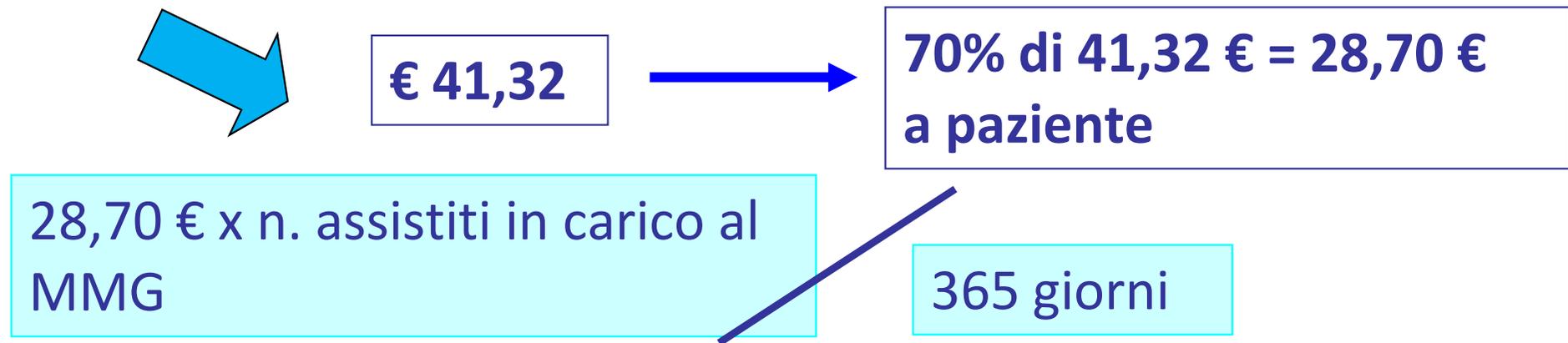
posta elettronica certificata

RECAPITI P.E.C. COMANDI ARMA	
STAZIONE CARABINIERI	INDIRIZZO PEC
BOMPORTO	tmo26128@pec.carabinieri.it
CAMPOGALLIANO	tmo25258@pec.carabinieri.it
CARPI	tmo27483@pec.carabinieri.it
CASTELFRANCO	tmo25142@pec.carabinieri.it
CASTELNUOVO RANGONE	tmo30584@pec.carabinieri.it
CASTELVETRO	tmo27463@pec.carabinieri.it
CAVEZZO	tmo28953@pec.carabinieri.it
CONCORDIA	tmo23581@pec.carabinieri.it
FANANO	tmo31512@pec.carabinieri.it
FINALE EMILIA	tmo31496@pec.carabinieri.it
FIORANO MODENESE	tmo20814@pec.carabinieri.it
FORMIGINE	tmo24919@pec.carabinieri.it
FRASSINORO	tmo24490@pec.carabinieri.it
GUIGLIA	tmo23499@pec.carabinieri.it
LAMA MOCOGNO	tmo31922@pec.carabinieri.it
MARANELLO	tmo24302@pec.carabinieri.it
MARANO SUL PANARO	tmo26748@pec.carabinieri.it
MEDOLLA	tmo22509@pec.carabinieri.it
MIRANDOLA	tmo28383@pec.carabinieri.it
MODENA PRINCIPALE	tmo28364@pec.carabinieri.it
MODENA SAN DAMASO	tmo25249@pec.carabinieri.it
MODENA VIALE TASSONI	tmo28455@pec.carabinieri.it
MONTEFIORINO	tmo27632@pec.carabinieri.it
MONTESE	tmo30747@pec.carabinieri.it
NONANTOLA	tmo25934@pec.carabinieri.it
NOVI DI MODENA	tmo21836@pec.carabinieri.it
PAVULLO NEL FRIGNANO	tmo25676@pec.carabinieri.it
PIEVEPELAGO	tmo26585@pec.carabinieri.it
PRIGNANO SULLA SECCHIA	tmo20357@pec.carabinieri.it
RAVARINO	tmo26022@pec.carabinieri.it
SAN FELICE SUL PANARO	tmo21388@pec.carabinieri.it
SAN MARTINO SPINO	tmo26810@pec.carabinieri.it
SAN PROSPERO	tmo25840@pec.carabinieri.it
SASSUOLO	tmo26610@pec.carabinieri.it
SAVIGNANO SUL PANARO	tmo29839@pec.carabinieri.it
SERRAMAZZONI	tmo28800@pec.carabinieri.it
SESTOLA	tmo23319@pec.carabinieri.it
SOLIERA	tmo30606@pec.carabinieri.it
SPILAMBERTO	tmo25021@pec.carabinieri.it
VIGNOLA	tmo29693@pec.carabinieri.it
ZOCCA	tmo29665@pec.carabinieri.it

**Il giovane professionista al centro delle attenzioni dell'Ordine:
ruoli, compiti e fiscalità**

Il compenso del sostituto MMG

Il compenso spettante al medico che effettua sostituzione per attività a ciclo di scelta è pari al 70% del compenso di cui all'articolo 47, comma 2, lettera A, punto I, ed è corrisposto:



- + 0% ⇒ nei mesi di aprile, maggio, ottobre e novembre
- + 20% ⇒ nei mesi di dicembre, gennaio, febbraio e marzo
- 20% ⇒ nei mesi di giugno, luglio, agosto e settembre

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

N.B. Essendo la sostituzione un accordo tra liberi professionisti, sei libero di proporre o accettare altre forme di calcolo del compenso della sostituzione.

Il giovane professionista al centro delle attenzioni dell'Ordine:
ruoli, compiti e fiscalità

Il compenso del sostituto PLS

www.fimp.pro

<https://simpef-nazionale.it/it/tool-pediatri-e-genitori>

fimp Federazione Italiana Medici *Pediatr*i



HOME CHI SIAMO AREA PEDIATRI AREA GENITORI AREA SCIENTIFICA EVENTI FAD E WEBINAR PROGETTI COMUNICATI STAMPA

CONTATTI

AREA PEDIATRI

AREA GENITORI

*Una grande Famiglia
che si occupa del Tuo bambino
e della Sua crescita*

SiMPeF
Sindacato Medici Pediatri di Famiglia

CALCOLO DEI COMPENSI GIORNALIERI DOVUTI AL SOSTITUTO - ACN 28 aprile 2022

Il Sostituto è specializzato in Pediatria?

S

Quanti Assistiti da 0 a 16 anni ha il Titolare?

1.000

Quanti Assistiti da 0 a 6 anni ha il Titolare?

500

(N.B.: 1/6/6 anni non compiuti, ossia assistiti di età inferiore a 1/6/6 anni)

Quanti giorni lavorativi è durata la sostituzione nel mese?

1

Compensi dovuti al Sostituto per 1 giorni lavorativi nei mesi di:

Aprile, Maggio, Ottobre e Novembre

Lordo € 145,56

R.A. 20% € 29,11

Netto € 116,45

Dicembre, Gennaio, Febbraio e Marzo

Lordo € 174,67

R.A. 20% € 34,93

Netto € 139,74

Giugno, Luglio, Agosto e Settembre

Lordo € 116,45

R.A. 20% € 23,29

Netto € 93,16



Il giovane professionista al centro delle attenzioni dell'Ordine:
ruoli, compiti e fiscalità

LA BORSA DEL MEDICO

- Strumenti tradizionali
- Strumenti tecnologici



STRUMENTI TRADIZIONALI

IL TIMBRO

Il timbro ha la funzione di identificare in maniera univoca il medico prescrittore. Non esiste una normativa in merito, ma sono sufficienti i seguenti elementi:

- Nome e Cognome
- Codice fiscale
- Qualifica
- (Numero di iscrizione Ordine)



STRUMENTI TRADIZIONALI

IL TIMBRO CON DATI FISCALI

Nella fattura vanno riportati i dati fiscali del medico che l'ha emessa. Se non si usano ricevute/fatture prestampate e già personalizzate, è conveniente avere un timbro che riporti:

- Nome e Cognome
- Residenza o domicilio fiscale
- Partita IVA
- Codice fiscale



STRUMENTI TRADIZIONALI

- **Strumenti**
- **Materiale**
- **Farmaci**



Sfigmomanometro
Stetoscopio
Abbassalingua
Termometro
Lampadina
Otoscopio
Pulsossimetro
Stick esame urine
Glucometro
Martelletto per riflessi



STRUMENTI TRADIZIONALI

- **Strumenti**
- **Materiale**
- **Farmaci**



Laccio emostatico	Bisturi usa e getta
Forbici	Pinze
Siringhe 2,5-10 ml	Aghi a farfalla
Salviette disinfettanti	(Agocannule
Guanti in lattice	Deflussori
Cerotto a nastro	Cannule orofaringee)
Garze sterili	

Il giovane professionista al centro delle attenzioni dell'Ordine:
ruoli, compiti e fiscalità

STRUMENTI TRADIZIONALI

- **Strumenti**
- **Materiale**
- **Farmaci**



(Adrenalina fiale)

Aspirina cp

Aloperidolo fiale

Bromuro di ioscina fiale

Clorfeniramina 10 mg fiale

Desametasone 4 o 8 mg
fiale

Diazepam 10 mg gtt e fiale

Diclofenac 75 mg fiale

Furosemide fiale

Glucosio fiale al 33%

Isosorbide 5 mg cp
sublinguali

Ketorolac 10 o 30 mg fiale

Metoclopramide 10 mg fiale

Captopril 25 mg cp
sublinguali

Paracetamolo

Salbutamolo spray



**Il giovane professionista al centro delle attenzioni dell'Ordine:
ruoli, compiti e fiscalità**

FARMACI

- Attenzione alla conservazione, alla scadenza ed alla temperatura.
- Controllare il contenuto della borsa ogni mese;
- Rimpiazzare i materiali ed i farmaci usati il giorno stesso;
- Tenere la borsa a portata di mano ma non nell'auto quando fa caldo



Il giovane professionista al centro delle attenzioni dell'Ordine:
ruoli, compiti e fiscalità

STRUMENTI TECNOLOGICI

- Tablet o smartphone
 - APP:
 - Prontuario farmaceutico
 - Interazioni tra farmaci
 - Calcolatori di dosaggi
 - Calcolatori di score
 - Sintomi-patologie-terapia
 - VIDEOCONSULTO
- POS Mobile
- LE CREDENZIALI



STRUMENTI TECNOLOGICI

- Medscape
- VisualDx
- UpToDate
- DynaMed
- “Antonicelli – La guardia Medica” in pdf



...senza perdere di vista i manuali ed i testi in cartaceo
(Harrison, Goodman & Gilman, Maglietta ecc..)

STRUMENTI TECNOLOGICI

LE CREDENZIALI

- Sistema Tessera sanitaria (SISTEMA T.S.)
- INAIL
- INPS
- SPID
- PEC



Il giovane professionista al centro delle attenzioni dell'Ordine: ruoli, compiti e fiscalità

PEC

Oggetto: decreto-legge 16 luglio 2020, n. 76 - Misure urgenti per la semplificazione e l'innovazione digitale – Art. 37 (Disposizioni per favorire l'utilizzo della posta elettronica certificata nei rapporti tra Amministrazione, imprese e professionisti).

Cari Presidenti,
si ritiene opportuno segnalare che sulla Gazzetta Ufficiale n.178 del 16-7-2020 - Suppl. Ordinario n. 24 – è stato pubblicato il decreto indicato in oggetto.

L'art. 37 (Disposizioni per favorire l'utilizzo della posta elettronica certificata nei rapporti tra Amministrazione, imprese e professionisti) prevede tra l'altro che il comma 7-bis dell'art. 16 del D.L. 29/11/2008, n. 185, è sostituito dal seguente: “7-bis. Il professionista che non comunica il proprio domicilio digitale all'albo o elenco di cui al comma 7 è obbligatoriamente soggetto a diffida ad adempiere, entro trenta giorni, da parte del Collegio o Ordine di appartenenza. In caso di mancata ottemperanza alla diffida, il Collegio o Ordine di appartenenza commina la sanzione della sospensione dal relativo albo o elenco fino alla comunicazione dello stesso domicilio. L'omessa pubblicazione dell'elenco riservato previsto dal comma 7, il rifiuto reiterato di comunicare alle pubbliche amministrazioni i dati previsti dal medesimo comma, ovvero la reiterata inadempienza dell'obbligo di comunicare all'indice di cui all'articolo 6-bis del decreto-legislativo 7 marzo 2005, n. 82 l'elenco dei domicilia digitali ed il loro aggiornamento a norma dell'articolo 6 del decreto del Ministro dello sviluppo economico 19 marzo





Grazie per l'attenzione
Carlo Curatola