

# 2006

## IL CALENDARIO DEL MEDICO DI FAMIGLIA

Informazioni, Utilità e Amenità a cura di Daniele Zamperini (Roma)  
Disegni di Enzo Brizio (Fossano, CU) per gentile concessione dell' Autore



Per informazioni, impropri e querele (o per iscriversi alle liste telematiche)  
dzamperini@fastwebnet.it—333.5961678

### INDICE DELLE UTILITA'

**Gennaio:** Schema referto giudiziario  
**Febbraio:** Modulo per TSO  
**Marzo:** Modulo per ASO  
**Aprile:** Tabella Cure Termali  
**Maggio:** Scheda ospedalizzazione  
**Giugno:** Constatazione di morte  
**Luglio:** Modulo per IVG  
**Agosto:** Modulo Privacy  
**Settembre:** Privacy per addetti  
**Ottobre:** Cosa faccio se...  
**Novembre:** Adempimenti INAIL  
**Dicembre:** Denuncia-referto Infortunio lavorativo  
[www.scienzaeprofessione.it](http://www.scienzaeprofessione.it)

### INDIRIZZI UTILI

[www.scienzaeprofessione.it](http://www.scienzaeprofessione.it) (informazioni e utilità)  
[www.pillole.org](http://www.pillole.org) (aggiornamento professionale)  
[www.promedgalileo.org](http://www.promedgalileo.org) (la Società Scientifica e le sue attività)  
<http://piazzetta.sfera.net> (goliardia medica)  
**Medicina del Territorio** Mailing list di informazioni utili per medici del territorio  
[http://it.groups.yahoo.com/group/medicina\\_del\\_territorio](http://it.groups.yahoo.com/group/medicina_del_territorio)  
**Lexmedica:** Mailing-list di medicina legale, per Specialisti, Giuristi o semplici interessati  
<http://it.groups.yahoo.com/group/Lexmedica/>  
**Scienza e Professione:** mensile di aggiornamento scientifico e professionale (già "Pillole")  
<http://it.groups.yahoo.com/group/Pillole/>



UTILITA'  
 Schema di Referto all'  
 Autorita' Giudiziaria  
*In caso di lesioni dolose  
 con prognosi superiore ai  
 20 giorni o altre circo-  
 stanze aggravanti.*



**REFERTO MEDICO LEGALE PER L' AUTORITA' GIUDIZIARIA**

Certifico di aver visitato (Cognome e nome, Anno di nascita, Residenza)  
 e di averlo riscontrato affetto da (Diagnosi...).

Le lesioni da me riscontrate sono guaribili in giorni (Prognosi)

(Descrizione dell' evento e delle circostanze che hanno indotto a presentare il referto:

data, luogo, ora e accaduto .....

.....

.....

Altre informazioni utili .....

.....

.....

.....

Data e ora .....

Il sanitario .....

.....

**gennaio 2006**

lun	mar	mer	gio	ven	sab	dom
						<b>1</b>
<b>2</b>	<b>3</b>	<b>4</b>	<b>5</b>	<b>6</b> Epifania	<b>7</b>	<b>8</b>
<b>9</b>	<b>10</b>	<b>11</b>	<b>12</b>	<b>13</b>	<b>14</b>	<b>15</b>
<b>16</b>	<b>17</b>	<b>18</b>	<b>19</b>	<b>20</b>	<b>21</b>	<b>22</b>
<b>23</b>	<b>24</b>	<b>25</b>	<b>26</b>	<b>27</b>	<b>28</b>	<b>29</b>
<b>30</b>	<b>31</b>					

## A Cura di Daniele Zamperini – Roma



UTILITA'

### Modulo per richiesta di Trattamento Sanitario Obbligatorio (TSO)



#### (Intestazione del Medico)

..... li .....

Il sottoscritto Dottor  
dopo aver sottoposto a visita il Sig.

con ambulatorio in  
nato a

il

via

telefono  
residente in

#### DICHIARA

1) di averlo trovato affetto da

per cui sono da ritenere necessari e urgenti gli appropriati trattamenti terapeutici in condizione di degenza ospedaliera.

2) di avere accertato che:

a) gli interventi terapeutici necessari non sono stati accettati dall'infermo;

b) non vi sono le condizioni e le circostanze che consentono di adottare tempestive e idonee misure sanitarie extra ospedaliere;

pertanto, ai sensi dell'art. 1, ultimo comma, della Legge 13 Maggio 1978, n. 180,

#### PROPONE

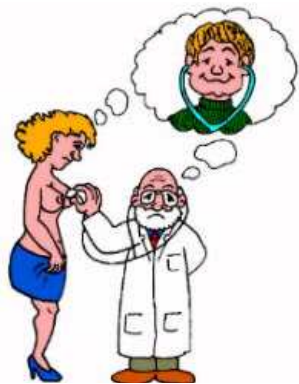
che il Sig. venga sottoposto a Trattamento Sanitario Obbligatorio in condizioni di degenza ospedaliera.

Dr.

# febbraio 2006

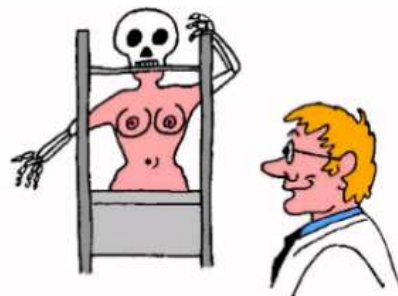
lun	mar	mer	gio	ven	sab	dom
		<b>1</b>	<b>2</b>	<b>3</b>	<b>4</b>	<b>5</b>
<b>6</b>	<b>7</b>	<b>8</b>	<b>9</b>	<b>10</b>	<b>11</b>	<b>12</b>
<b>13</b>	<b>14</b>	<b>15</b>	<b>16</b>	<b>17</b>	<b>18</b>	<b>19</b>
<b>20</b>	<b>21</b>	<b>22</b>	<b>23</b>	<b>24</b>	<b>25</b>	<b>26</b>
<b>27</b>	<b>28</b>					

## A Cura di Daniele Zamperini – Roma



### UTILITA'

#### Modulo per richiesta di Accertamento Sanitario Obbligatorio (ASO)



*Qualora un paziente venga informato che un suo paziente sia in alterate condizioni psichiche ma questi non voglia farsi volontariamente visitare, il medico, non avendo elementi per ricorrere al T.S.O. puo' chiedere al Centro di Salute Mentale di effettuare un ASO (Accertamento Sanitario Obbligatorio).*

*(Intestazione del Medico)*

Certifico che in data ..... ho visitato oppure: ho tentato di visitare senza però riuscirci per i seguenti motivi (Si e' chiuso in casa, ha rifiutato di ricevermi ecc.) ....

il signor .....

In base ai dati in mio possesso ho ragione di ritenere che il paziente soffra per un disturbo psichico.

Visto che non intende accettare una visita psichiatrica propongo pertanto accertamento sanitario obbligatorio da attuarsi il prima possibile da parte di medico psichiatra della struttura pubblica.

...../.....

luogo e data

Firma

### marzo 2006

lun	mar	mer	gio	ven	sab	dom
		<b>1</b>	<b>2</b>	<b>3</b>	<b>4</b>	<b>5</b>
<b>6</b>	<b>7</b>	<b>8</b>	<b>9</b>	<b>10</b>	<b>11</b>	<b>12</b>
<b>13</b>	<b>14</b>	<b>15</b>	<b>16</b>	<b>17</b>	<b>18</b>	<b>19</b>
<b>20</b>	<b>21</b>	<b>22</b>	<b>23</b>	<b>24</b>	<b>25</b>	<b>26</b>
<b>27</b>	<b>28</b>	<b>29</b>	<b>30</b>	<b>31</b>		

## A Cura di Daniele Zamperini – Roma



UTILITA'

TABELLA PER LA PRE-  
SCRIZIONE DI CURE  
TERMALI



Il Servizio Sanitario Nazionale prevede un ciclo di cure termali all'anno. Ecco l'elenco delle malattie riconosciute (DMS 15/12/94):

- malattie reumatiche: osteoartrosi, reumatismi extra articolati;
- malattie delle vie respiratorie: sindromi rinosinuzitiche, bronchiali croniche, bronchiti croniche semplici o accompagnate a componente ostruttiva con esclusione dell'asma e dell'enfisema avanzato;
- malattie dermatologiche: psoriasi esclusa la forma pustolosa eritrodermica, eczema, dermatite atopica, dermatite seborroica ricorrente;
- malattie ginecologiche: sclerosi dolorosa del connettivo pelvico di natura cicatriziale e involutiva, leucorrea persistente da vaginiti croniche aspecifiche e distrofiche;
- malattie dell'apparato otorinolaringoiatrico: rinopatia vasomotoria, faringolaringiti croniche, sinusiti croniche, stenosi tubariche, otiti catarrali croniche, otiti croniche purulente non colesteatomatose;
- malattie dell'apparato urinario: calcolosi delle vie urinarie;
- malattie vascolari: postumi di flebopatie di tipo cronico;
- malattie dell'apparato gastroenterico: dispepsia di origine gastroenterica e biliare, sindrome dell'intestino irritabile nella varietà con stipsi.

### aprile 2006

lun	mar	mer	gio	ven	sab	dom
					<b>1</b>	<b>2</b>
<b>3</b>	<b>4</b>	<b>5</b>	<b>6</b>	<b>7</b>	<b>8</b>	<b>9</b>
<b>10</b>	<b>11</b>	<b>12</b>	<b>13</b>	<b>14</b>	<b>15</b>	<b>16</b> Pasqua
<b>17</b> Lun. dell'Angelo	<b>18</b>	<b>19</b>	<b>20</b>	<b>21</b>	<b>22</b>	<b>23</b>
<b>24</b>	<b>25</b> Liberazione	<b>26</b>	<b>27</b>	<b>28</b>	<b>29</b>	<b>30</b>

# A Cura di Daniele Zamperini – Roma

## REFERTO MEDICO PER AUTORITA' GIUDIZIARIA

In caso di lesioni dolose con prognosi sup. a 20 gg., altri reati perseguibili d' ufficio; infortuni sul lavoro gravi: v. pag. INAIL).

Cognome e nome.....  
Nato ..... Residenza .....  
L' evento: data, luogo, ora e circostanze dell' evento .....  
Diagnosi .....Prognosi .....  
Altre informazioni .....  
Data e ora .....  
Il sanitario .....

## SCHEDA PER RICHIESTA DI OSPEDALIZZAZIONE

(DPR 22/7/1996 n. 484: obbligatoria!!!!)

..... li, .....

Caro collega,

Invio in ospedale .I. paziente sig.

Motivo del ricovero .....

Accertamenti eventualmente effettuati e terapia pratica in atto .....

Dati estratti dalla scheda sanitaria .....

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

Dott. ....

Recapito telefonico: .....

## maggio 2006

lun	mar	mer	gio	ven	sab	dom
<b>I Festa del Lavoro</b>	<b>2</b>	<b>3</b>	<b>4</b>	<b>5</b>	<b>6</b>	<b>7</b>
<b>8</b>	<b>9</b>	<b>10</b>	<b>11</b>	<b>12</b>	<b>13</b>	<b>14</b>
<b>15</b>	<b>16</b>	<b>17</b>	<b>18</b>	<b>19</b>	<b>20</b>	<b>21</b>
<b>22</b>	<b>23</b>	<b>24</b>	<b>25</b>	<b>26</b>	<b>27</b>	<b>28</b>
<b>29</b>	<b>30</b>	<b>31</b>				

# A Cura di Daniele Zamperini – Roma

## UTILITA' : CONSTATAZIONE DI MORTE

### PROBLEMI FREQUENTI

- Il medico che si trovi nella circostanza, deve constatare il decesso e certificarlo per iscritto.
- Non e' indispensabile che sia stato presente in quel momento, purché, come medico curante, abbia cognizione certa della patologia che ha portato al decesso.
- Il certificato di constatazione e il successivo modulo ISTAT sono gratuiti, a meno che il medico non abbia operato in regime libero-professionale per cui puo' chiedere il compenso per l' accesso e per la prestazione sanitaria, ma non per il certificato.
- In caso di decesso per cui non si conoscano le cause la salma va messa a disposizione del necroscopo; se c'e' dubbio di evento delittuoso va messa a disposizione dell' Autorita' Giudiziaria.



.....Il, .....

Il sottoscritto Dott. .... certifica di aver constatato l'avvenuto decesso di .....

Ev. docum. (carta d'identità – patente ecc.) ..... nato il ..... a .....

residente a ..... via ..... n° .....

avvenuta alle ore ..... del giorno .....

Luogo dell' evento: .....

(preferibile anche, ma non obbligatorio, nel cert. di constatazione, obbligatorio nel modulo ISTAT):

Trattasi di morte per cause naturali dovuta a:

- 1).....
- 2).....
- 3).....

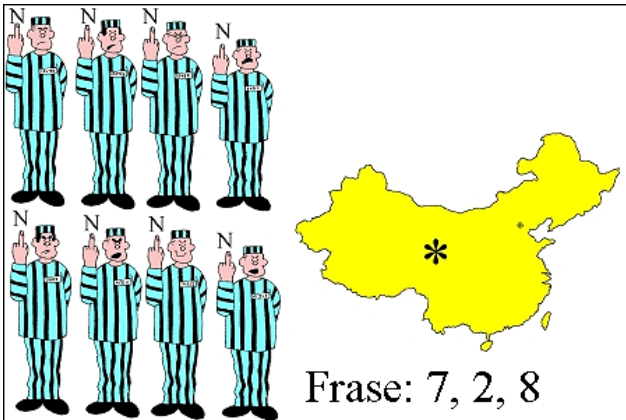
..... li .....

Firma del medico

giugno 2006						
lun	mar	mer	gio	ven	sab	dom
			<b>1</b>	<b>2</b> F. della Repubblica	<b>3</b>	<b>4</b>
<b>5</b>	<b>6</b>	<b>7</b>	<b>8</b>	<b>9</b>	<b>10</b>	<b>11</b>
<b>12</b>	<b>13</b>	<b>14</b>	<b>15</b>	<b>16</b>	<b>17</b>	<b>18</b>
<b>19</b>	<b>20</b>	<b>21</b>	<b>22</b>	<b>23</b>	<b>24</b>	<b>25</b>
<b>26</b>	<b>27</b>	<b>28</b>	<b>29</b> ss. Pietro e Paolo	<b>30</b>		

# Il Rebus Medico

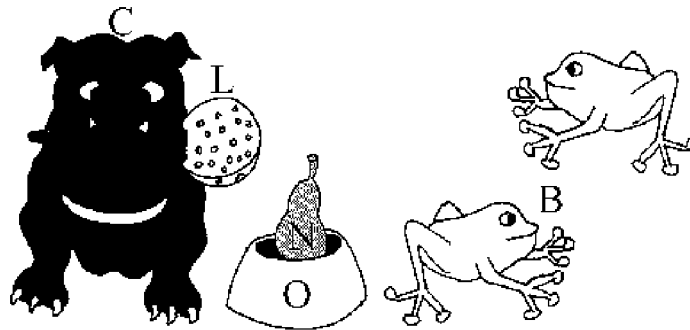
Tanto per riposare la mente, possiamo cimentarci con qualche giochino. Le soluzioni sono scritte al contrario, per ulteriore allenamento mentale.



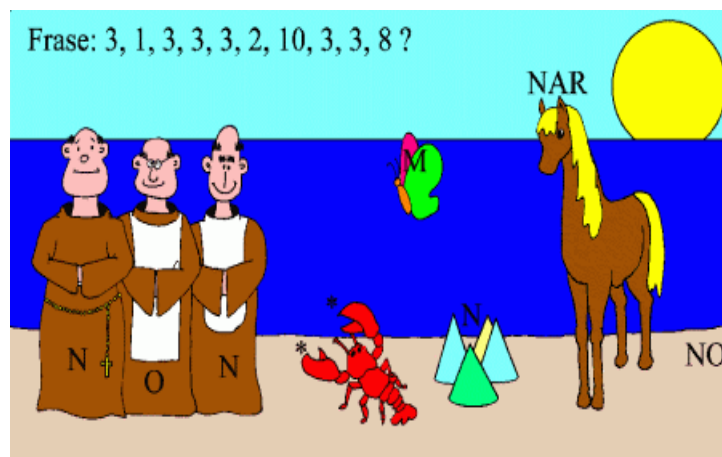
ANICIDEM NI EROTTOD



ACILARTIM ALOVLAV



ELIBAREPONI NOLOC LED ORCNAC



?ONAVIRRA NON IUQ EINOCNILAM EL EHC IAS NON O IAS



## A Cura di Daniele Zamperini – Roma



### I NUOVI FARMACI

#### UTILITA': MODULO PER IVG

Si dichiara che la signora.....  
nata a..... il... residente a..... in Via.....  
è in stato di gravidanza.

La gestante dichiara che la sua ultima mestruazione risale al ...

Ella manifesta l'intenzione di ricorrere all' interruzione della gravidanza presso le idonee strutture sanitarie autorizzate, a norma della Legge 194/78.

Il presente certificato viene rilasciato alla paziente, debitamente informata, la quale potrà utilizzarlo trascorsi sette giorni dalla data del rilascio.

In fede

Firma del medico

(Firma della donna)

## luglio 2006

lun	mar	mer	gio	ven	sab	dom
					<b>1</b>	<b>2</b>
<b>3</b>	<b>4</b>	<b>5</b>	<b>6</b>	<b>7</b>	<b>8</b>	<b>9</b>
<b>10</b>	<b>11</b>	<b>12</b>	<b>13</b>	<b>14</b>	<b>15</b>	<b>16</b>
<b>17</b>	<b>18</b>	<b>19</b>	<b>20</b>	<b>21</b>	<b>22</b>	<b>23</b>
<b>24</b>	<b>25</b>	<b>26</b>	<b>27</b>	<b>28</b>	<b>29</b>	<b>30</b>
<b>31</b>						

## A Cura di Daniele Zamperini – Roma



### PRIVACY: INFORMATIVA E CONSENSO AI SENSI DEL D. Legisl. 30/06/03 n. 196

Gentile paziente, la recente legge richiede che Lei esprima il suo consenso al trattamento, da parte del suo medico, dei dati che riguardano la sua salute e gli altri suoi dati personali. Il suo Medico dovrà prendere visione, per poter effettuare la diagnosi delle sue malattie e per procedere alle necessarie cure, di analisi, referti specialistici, e altre informazioni fornite da Lei o da altri medici che la seguono. Potrà essere necessario, inoltre, che il suo medico renda accessibili dati che la riguardano alle Autorità Sanitarie o ad altri medici che effettueranno consulenze specialistiche, al medico sostituto o ad altre persone da Lei indicate. Questi dati saranno conservati in un archivio, protetti da sottrazione o alterazione mediante appositi sistemi di gestione e di archiviazione. Il Suo medico, il personale dipendente e gli altri eventuali sanitari tratteranno i Suoi dati solo nei limiti strettamente necessari allo svolgimento del Loro compiti, e ne proteggeranno la riservatezza, nel rispetto delle norme vigenti. E' perciò indispensabile un suo esplicito consenso, da fornire una sola volta e ritirabile in qualsiasi momento qualora decidesse di interrompere il rapporto di fiducia. Riportiamo qui sotto una sintesi delle norme attuali, che saranno integrate oralmente dal Medico, al quale può inoltre chiedere qualsiasi chiarimento.

**DIRITTI DELL'INTERESSATO** Art. 7: 1. L'interessato ha diritto di ottenere la conferma dell'esistenza o meno di dati personali che lo riguardano... 2. L'interessato ha diritto di ottenere l'indicazione: a) dell'origine dei dati personali; b) delle finalità e modalità del trattamento; c) della logica applicata in caso di trattamento effettuato con l'ausilio di strumenti elettronici; d) degli estremi identificativi del titolare, dei responsabili e del rappresentante designato ai sensi dell'articolo 5, comma 2; e) dei soggetti o delle categorie di soggetti ai quali i dati personali possono essere comunicati o che possono venirne a conoscenza in qualità di rappresentante designato nel territorio dello Stato, di responsabili o incaricati. 3. L'interessato ha diritto di ottenere: a) l'aggiornamento, la rettificazione ovvero, quando vi ha interesse, l'integrazione dei dati; b) la cancellazione, la trasformazione in forma anonima o il blocco dei dati...4. L'interessato ha diritto di opporsi, in tutto o in parte... per motivi legittimi al trattamento dei dati personali che lo riguardano...

**CONSENSO AL TRATTAMENTO DEI DATI PERSONALI**  
Io sottoscritto..... nato a.....il.....  
residente a.....documento (o cod. reg.) n° .....  
assistito dal Dott. da me scelto come Medico di Fiducia, e dallo stesso informato sui diritti e sui limiti di cui al D. Legisl. 30 Giugno 2003 n. 196, concernente "La tutela delle persone e di altri soggetti rispetto al trattamento dei dati personali", letto anche quanto riportato sopra

### ESPRIMO IL MIO CONSENSO E AUTORIZZO

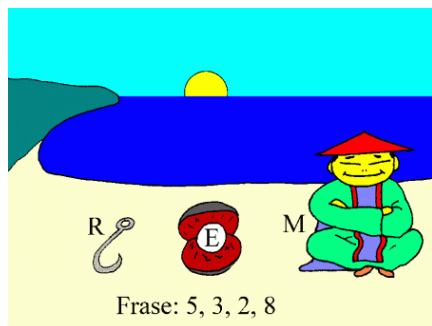
al trattamento dei miei dati personali e sensibili, esclusivamente ai fini di prevenzione, diagnosi, cura, e prestazioni connesse, il suddetto Dottor , direttamente o tramite personale operante sotto la sua responsabilità.

Autorizzo inoltre al trattamento di tali dati, esclusivamente per i fini suddetti, gli specialisti di cui egli vorrà avvalersi; sono altresì autorizzati, esclusivamente su mia richiesta e per i medesimi fini, il medico sostituto e i sanitari che svolgono (in base alle norme attuali) attività in associazione con il mio Medico di Fiducia. **Data FIRMA DEL PAZIENTE** (o esercente patria potestà)

# agosto 2006

lun	mar	mer	gio	ven	sab	dom
	<b>1</b>	<b>2</b>	<b>3</b>	<b>4</b>	<b>5</b>	<b>6</b>
<b>7</b>	<b>8</b>	<b>9</b>	<b>10</b>	<b>11</b>	<b>12</b>	<b>13</b>
<b>14</b>	<b>15</b> Immacolata	<b>16</b>	<b>17</b>	<b>18</b>	<b>19</b>	<b>20</b>
<b>21</b>	<b>22</b>	<b>23</b>	<b>24</b>	<b>25</b>	<b>26</b>	<b>27</b>
<b>28</b>	<b>29</b>	<b>30</b>	<b>31</b>			

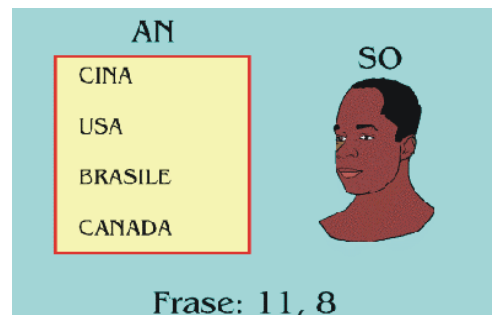
## A Cura di Daniele Zamperini – Roma



### I REBUS MEDICI Le soluzioni sono scritte al contrario

ANICIDEM  
AL REP  
EROMA

OSOROMIT  
ATSISETSENA



### UTILITA' PRIVACY: DICHIARAZIONE DI AVVENUTA FORMAZIONE PER SOSTITUTI E ASSOCIATI

Il sottoscritto (Dott. /sig) .....

Sostituto/associato/incaricato del Titolare del trattamento dati Dott. ... .., considerando il disposto del D.Lgs. 196/2003 (in quanto incaricato del trattamento dati in assenza del Titolare), con la presente dà atto di aver ricevuto dal Titolare medesimo idonea formazione finalizzata al corretto trattamento dei dati personali dei pazienti, ed in particolare di essere edotto:

A) dei rischi che incombono sui dati; B) delle misure disponibili per prevenire eventuali eventi dannosi; C) dei profili della disciplina sulla protezione dei dati personali; D) delle responsabilità che ne derivano; E) delle modalità per aggiornarsi sulle misure minime adottate dal titolare.

Ho anche ricevuto copia del Documento Programmatico sulla Sicurezza elaborato dal Titolare ai sensi del D.Lgs. 196/2003, art. 34, comma 1 lett.g, ed ho ricevuto dal Titolare istruzioni per il puntuale rispetto di quanto ivi contenuto.

In fede

## settembre 2006

lun	mar	mer	gio	ven	sab	dom
				<b>1</b>	<b>2</b>	<b>3</b>
<b>4</b>	<b>5</b>	<b>6</b>	<b>7</b>	<b>8</b>	<b>9</b>	<b>10</b>
<b>11</b>	<b>12</b>	<b>13</b>	<b>14</b>	<b>15</b>	<b>16</b>	<b>17</b>
<b>18</b>	<b>19</b>	<b>20</b>	<b>21</b>	<b>22</b>	<b>23</b>	<b>24</b>
<b>25</b>	<b>26</b>	<b>27</b>	<b>28</b>	<b>29</b>	<b>30</b>	

## A Cura di Daniele Zamperini – Roma

**D.: Cosa faccio se un mio paziente, iscritto a me come medico di famiglia, decede in un giorno festivo e i parenti chiedono, il giorno successivo, che io compili il modulo ISTAT senza essere stato presente all'evento?**

**R.:** Posso tranquillamente compilare il modulo ISTAT anche se non ho presenziato al decesso, purché sia convinto in scienza e coscienza che questo sia avvenuto per cause naturali.

*La Legge e le disposizioni ministeriali hanno ribadito in più occasioni che non è necessario assistere personalmente al decesso per poterlo certificare, purché il medico sia a conoscenza della malattia che ha portato al decesso stesso.*

**D. In caso di accertamento di decesso di un mio paziente posso chiedere il pagamento del certificato di constatazione di morte e scheda ISTAT in quanto non compresi tra quelli rilasciati gratuitamente dal SSN?**

**R.:** No.

*La Legge pone a carico del medico la "denuncia" dei decessi dei propri pazienti e delle cause che ne hanno comportato tale decesso, da presentare alle autorità sanitarie. Tale prestazione viene a essere quindi una "denuncia obbligatoria" di un evento interessante la salute pubblica. Le leggi e i decreti sui LEA (e sui certificati gratuiti ed obbligatori) non si riferiscono a questo tipo di prestazioni ma a certificazioni rilasciate a richieste per uso dell'assistito. Inoltre, dovendo il medico inoltrare la denuncia all'Autorità Sanitaria, questa viene ad essere il cliente-committente del certificato e non il deceduto o i suoi familiari né tanto meno l'Agenzia Funebre. Il fatto che per prassi il certificato venga inoltrato da altre figure non è rilevante, in quanto questi vengono ad essere semplici intermediari, come dei "postini". La Circolare 4/E/05 dell'Agenzia delle Entrate, avente per argomento l'applicazione dell'IVA sui certificati di tipomedico-legale, ha poi confermato la gratuità del certificato di morte.*

**D.: Cosa faccio se un mio paziente decede in un giorno festivo e i parenti mi chiamano per la constatazione del decesso? Posso in questo caso richiedere un onorario per la prestazione?**

**R.:** Riteniamo di sì.

*Questo perché l'onorario, in questo caso, non va richiesto per la stesura del certificato (che è gratuito in quanto costituisce una denuncia obbligatoria rivolta all'autorità sanitaria) bensì per il pagamento di una prestazione (accesso domiciliare e visita medica) in una circostanza in cui il medico di famiglia opera in condizione libero-professionale.*

**D.: Cosa faccio se, chiamato, trovo il paziente già morto? Posso fare il certificato? Come inserire l'orario di morte se non ho assistito? Posso far riferimento a quanto riferito dai famigliari?**

**R.:** Il certificato di constatazione del decesso deve sempre indicare, a norma di legge, il luogo, la data e l'ora in forma non equivoca e precisa. Il medico può redigere il certificato anche se non era presente al momento del decesso. Deve anche inserire l'ora della morte che verrà ricostruita in base alle sue conoscenze e metodiche professionali. Vanno eliminate tutte le formule dubitative o i riferimenti a quanto riferito da terzi, in quanto la legge non consente tali elementi.

## ottobre 2006

lun	mar	mer	gio	ven	sab	dom
						<b>1</b>
<b>2</b>	<b>3</b>	<b>4</b>	<b>5</b>	<b>6</b>	<b>7</b>	<b>8</b>
<b>9</b>	<b>10</b>	<b>11</b>	<b>12</b>	<b>13</b>	<b>14</b>	<b>15</b>
<b>16</b>	<b>17</b>	<b>18</b>	<b>19</b>	<b>20</b>	<b>21</b>	<b>22</b>
<b>23</b>	<b>24</b>	<b>25</b>	<b>26</b>	<b>27</b>	<b>28</b>	<b>29</b>
<b>30</b>	<b>31</b>					

## A Cura di Daniele Zamperini – Roma

### UTILITA'

#### Ricordare gli adempimenti obbligatori verso l' INAIL

Talvolta, in caso di infortunio lavorativo, il medico e' tenuto ad una serie di adempimenti che vanno ben oltre alla stesura del semplice certificato.

In particolare, esistono obblighi legali connessi alla durata della prognosi e alla gravita' delle lesioni. In caso di **malattia professionale** il medico deve infatti inoltrare, oltre alla denuncia all' INAIL, anche la **DENUNCIA direttamente alla ASL** (al Servizio Prevenz. Infortuni e Sicurezza Luoghi di Lavoro SPISLL).

Tale obbligo scatta anche quando, in caso di infortunio, **il primo certificato abbia prognosi superiore a 30 giorni o, cumulando i successivi certificati, si superino i 40 giorni di prognosi**.

Esiste anche, in certi casi, l' obbligo di referto (v. al mese di Maggio).

Nel caso specifico degli **infortuni sul lavoro l' obbligo di referto scatta allorché**:

- Esista possibilita' che le lesioni portino una malattia di durata superiore a 40 giorni .
- Che sopraggiunga un indebolimento permanente di un senso o di un organo.
- Nel caso che, pur essendoci prognosi uguale o inferiore a 40 giorni, si possano ipotizzare dei postumi consistenti in indebolimento permanente anche minimo di un organo o di un senso ovvero un' incapacita' ulteriore di attendere le ordinarie occupazioni in modo da superare i 40 giorni.

Al mese di Dicembre e' riportato uno schema che comprende in unica pratica sia denuncia che referto.

E' importante quindi fare molta attenzione a non superare, per leggerezza, i limiti prognostici stabiliti dalla legge, se non nei casi in cui cio' sia effettivamente incontrovertibile. Nei casi dubbi, potrebbe essere utile demandare il giudizio prognostico agli ambulatori INAIL.

## novembre 2006

lun	mar	mer	gio	ven	sab	dom
		<b>1</b> Tutti i Santi	<b>2</b>	<b>3</b>	<b>4</b>	<b>5</b>
<b>6</b>	<b>7</b>	<b>8</b>	<b>9</b>	<b>10</b>	<b>11</b>	<b>12</b>
<b>13</b>	<b>14</b>	<b>15</b>	<b>16</b>	<b>17</b>	<b>18</b>	<b>19</b>
<b>20</b>	<b>21</b>	<b>22</b>	<b>23</b>	<b>24</b>	<b>25</b>	<b>26</b>
<b>27</b>	<b>28</b>	<b>29</b>	<b>30</b>			



## A Cura di Daniele Zamperini – Roma

### UTILITA' FACSIMILE DI DENUNCIA-REFERTO DI INFORTUNIO SUL LAVORO



All'Ufficio di Polizia Giudiziaria dell'U.O. Prevenzione Infortuni Igiene e Sicurezza Luoghi di Lavoro

ASL .... Via..... Citta':

Si notifica a codesto Ufficio DENUNCIA-REFERTO di (1).....

L'infortunio ha coinvolto il sig. ....

nato il .... a .... e residente in .... Via.....

il quale, nel corso della sua attivita' lavorativa di ..... presso la Ditta .....

avente sede in Via .... il giorno ..... alle ore ..... si procurava accidentalmente delle lesioni (2) .....

per cui veniva accompagnato al P.S di.....

ove veniva posta diagnosi di (3) .....

.....con prognosi di gg. ....

A seguito di complicazioni, costituite essenzialmente da.....

il sottoscritto ha redatto ulteriori certificati INAIL, l'ultimo dei quali, riportante diagnosi di.....

.....e prognosi di ..... giorni, ha comportato il superamento dei 40 giorni complessivi di prognosi.

Si trasmette, quindi, per i provvedimenti di competenza.

(Data e firma)

(1) *malattia lavorativa, oppure infortunio sul lavoro che ha superato, con certificazioni successive, il termine di 40 gg. di prognosi ecc.*

(2) *specificare le modalita'*

(3) *diagnosi particolareggiata*

## dicembre 2006

lun	mar	mer	gio	ven	sab	dom
				<b>1</b>	<b>2</b>	<b>3</b>
<b>4</b>	<b>5</b>	<b>6</b>	<b>7</b>	<b>8</b> Immacolata	<b>9</b>	<b>10</b>
<b>11</b>	<b>12</b>	<b>13</b>	<b>14</b>	<b>15</b>	<b>16</b>	<b>17</b>
<b>18</b>	<b>19</b>	<b>20</b>	<b>21</b>	<b>22</b>	<b>23</b>	<b>24</b>
<b>25</b> Natale	<b>26</b> S. Stefano	<b>27</b>	<b>28</b>	<b>29</b>	<b>30</b>	<b>31</b>