



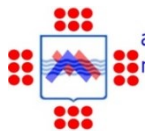
**STRUTTURA INTERAZIENDALE COMPLESSA
REGIONALE DI MEDICINA LEGALE
Direttore Prof. Aldo DI FAZIO**



LEZIONE

**LA DOCUMENTAZIONE DELL'ATTIVITA' SANITARIA:
CARTELLA CLINICA, CERTIFICATI, DOSSIER.
LE FIGURE GIURIDICHE**

**PROF. ALDO DI FAZIO
DOCENTE A CONTRATTO
DIRETTORE SIC REGIONALE DI MEDICINA LEGALE**





Argomenti

- 1. LA CARTELLA CLINICA*
- 2. LA CERTIFICAZIONE MEDICA*
- 3. LE FIGURE GIURIDICHE*
- 4. REATI CONNESSI (FALSO, OMISSIONE)*

Riferimenti del Codice Deontologico

FEDERAZIONE NAZIONALE DEGLI ORDINI DEI MEDICI CHIRURGHI E DEGLI ODONTOIATRI



CODICE DI DEONTOLOGIA MEDICA

(2014)

Art. 54	modificato in data 16 dicembre 2016
Art. 56	modificato in data 19 maggio 2016
Art. 76	modificato in data 15 dicembre 2017
Art. 17	inseriti indirizzi applicativi allegati all'art. 17 e correlati in data 6 febbraio 2020



CODICE DI DEONTOLOGIA MEDICA

Art. 24

Certificazione

Il medico è tenuto a rilasciare alla persona assistita certificazioni relative allo stato di salute che attestino in modo puntuale e diligente i dati anamnestici raccolti e/o i rilievi clinici direttamente constatati od oggettivamente documentati.

Art. 25

Documentazione sanitaria

Il medico deve, nell'interesse esclusivo della persona assistita, mettere la documentazione clinica in suo possesso a disposizione della stessa o del suo rappresentante legale o di medici e istituzioni da essa indicati per iscritto.

Il medico, nei casi di arruolamento in protocolli di ricerca, registra i modi e i tempi dell'informazione e del consenso informato anche relativamente al trattamento dei dati sensibili.



CODICE DI DEONTOLOGIA MEDICA

Art. 26

Cartella clinica

Il medico redige la cartella clinica, quale documento essenziale dell'evento ricovero, con completezza, chiarezza e diligenza e ne tutela la riservatezza; le eventuali correzioni vanno motivate e sottoscritte.

Il medico riporta nella cartella clinica i dati anamnestici e quelli obiettivi relativi alla condizione clinica e alle attività diagnostico-terapeutiche a tal fine praticate; registra il decorso clinico assistenziale nel suo contestuale manifestarsi o nell'eventuale pianificazione anticipata delle cure nel caso di paziente con malattia progressiva, garantendo la tracciabilità della sua redazione.

Il medico registra nella cartella clinica i modi e i tempi dell'informazione e i termini del consenso o dissenso della persona assistita o del suo rappresentante legale anche relativamente al trattamento dei dati sensibili, in particolare in casi di arruolamento in protocolli di ricerca.

La Documentazione Sanitaria nella Legge Gelli

La Legge 24/2017, nota come Legge Gelli-Bianco, ha introdotto disposizioni fondamentali in materia di sicurezza delle cure e responsabilità professionale degli esercenti le professioni sanitarie, con particolare attenzione alla documentazione clinica come strumento di tutela e trasparenza.

Art. 1

Sicurezza delle cure in sanita'

2. La sicurezza delle cure si realizza anche mediante l'attuazione di tutte le attività finalizzate alla prevenzione e alla gestione del rischio connesso all'erogazione di prestazioni sanitarie e all'uso appropriato delle risorse strutturali, tecnologiche e organizzative.
3. Alle attività di prevenzione del rischio messe in atto nelle strutture sanitarie e sociosanitarie, pubbliche e private, concorrono tutto il personale, compresi i liberi professionisti che operano in regime di convenzione con il Servizio Sanitario Nazionale.

Art. 4

Trasparenza dei dati

2. La direzione sanitaria della struttura pubblica o privata, entro sette giorni dalla presentazione della richiesta da parte degli interessati aventi diritto, in conformità alla disciplina sull'accesso ai documenti amministrativi e a quanto previsto dal codice in materia di protezione dei dati personali, di cui al decreto legislativo 30 giugno 2003, n. 196, fornisce la documentazione sanitaria disponibile relativa al paziente, preferibilmente in formato elettronico; le eventuali integrazioni sono fornite, in ogni caso, entro il termine massimo di trenta giorni dalla presentazione della suddetta richiesta. Entro novanta giorni dalla data di entrata in vigore della presente legge, le strutture sanitarie pubbliche e private adeguano i regolamenti interni adottati in attuazione della legge 7 agosto 1990, n. 241, alle disposizioni del presente comma.



I.- La cartella clinica

Definizione

- ✓ È un atto avente *carattere DI ATTO PUBBLICO A «FEDE PRIVILEGIATA»*,
- ✓ È finalizzata a dimostrare la *natura della patologia che ha condizionato il ricovero* della persona assistita
- ✓ Serve ad individuare l'*iter logico-diagnostico e conseguentemente terapeutico* allestito.

Definizione

Secondo la *Corte di Cassazione* trattasi di un:

"... documento che consacra per ciascun soggetto esaminato, le visite effettuate, le diagnosi eseguite, il decorso clinico del male, le terapie adottate, ed i risultati conseguiti".

Definizione

La *corrente giurisprudenza* inquadra la cartella clinica, fra gli atti pubblici, affermando che:

"È un documento ... nel quale si esprime e si manifesta la volontà dell'Ente e che ha indubbia rilevanza giuridica, perché non ha solo finalità pratiche e statistiche di ordine interno ...ma consacra una determinata realtà (visite, natura e gravità della malattia, terapia) che può essere fonte di diritti ed obblighi per lo Stato e per lo stesso paziente ed ha indubbia funzione probatoria di quella realtà".

Definizione

Secondo l'*art. 2699 C.C.*, costituisce un atto pubblico "... il documento redatto con le richieste di formalità da un notaio o da altro pubblico ufficiale autorizzato ad attribuirgli pubblica fede nel luogo dove l'atto è formato".

Caratteristiche salienti

- la sua compilazione è un *obbligo giuridico* per il pubblico ufficiale;
- rappresenta un atto a "fedesprivilegiata", ovvero *da presumersi rispondente a verità fino a querela di falso*,
- la sua omissione configura *specifiche ipotesi di reato*, penalmente perseguibili, ed i cui estremi risultano già perfezionati, anche in assenza di un danno che derivi alla persona assistita, dalla stessa omissione di compilazione.

Le ultime sentenze

- Le sentenze della Corte di Cassazione del **2024-2025** (in particolare la n. 17647/2025 e la n. 11224/2024) confermano che la cartella clinica è un atto pubblico la cui incompletezza o falsità non può mai danneggiare il paziente. Spetta alla struttura sanitaria provare il corretto operato; in caso di documentazione lacunosa, si presume la responsabilità del medico o dell'ospedale

- La sentenza n. 17647/2025 ci ricorda con chiarezza che la cartella clinica non è un adempimento burocratico, né un documento “interno” alla struttura sanitaria. È un atto giuridico a rilevanza pubblica, destinato ad assumere valore probatorio anche ben oltre la fase di degenza, nei procedimenti giudiziari che ne derivano.
- Troppo spesso, nella pratica, ci si imbatte in documentazione clinica lacunosa, semplificata o redatta in modo difensivo, che sembra più finalizzata a proteggere l’operato dei sanitari che a ricostruire fedelmente i fatti accaduti.
- Eppure, la verità clinica — anche quando è complessa, drammatica o imperfetta — deve essere documentata integralmente, senza omissioni, silenzi o rinvii. La cartella clinica è lo strumento attraverso cui il paziente continua a “parlare” quando non può più farlo, ed è sulla base di essa che si costruiscono accertamenti tecnici, giudizi e responsabilità.
- È quindi compito, prima ancora che degli avvocati, di tutti gli operatori del diritto e della sanità, promuovere una cultura della documentazione clinica rigorosa, tempestiva e trasparente, nella consapevolezza che scrivere correttamente è già un atto di cura e un atto di giustizia.
- Come ci ricorda la Corte, la verità nella cartella clinica non è negoziabile, e l’accuratezza nella sua redazione è una condizione imprescindibile per garantire la tutela effettiva dei diritti, dei pazienti come dei medici.

Le ipotesi di reato

1. Falsità materiale commessa da pubblico ufficiale in atti pubblici (art. 476 c.p.):

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

Le ipotesi di reato

2.Falsità ideologica commessa da pubblico ufficiale in atti pubblici (art. 479 c.p.):

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

Le ipotesi di reato

3.Omissione o rifiuto di atti d'ufficio (art. 328 c.p.):

"Il pubblico ufficiale o l'incaricato di un pubblico servizio, che indebitamente rifiuta, omette o ritarda un atto dell'ufficio o del servizio è punito ...".

Il ruolo

La cartella clinica è un *elemento essenziale di prova*, allorché si debba valutare il comportamento medico, proprio a motivo della sua natura, di cui la veridicità è carattere privilegiato, secondo riferimenti propri della giurisprudenza.

Il ruolo

Vi si deve fare riferimento come ad una essenziale *fonte autonoma di prova per qualsivoglia accertamento o controllo* sull'esattezza dei giudizi diagnostici formulati e sulla esecuzione delle necessarie relative terapie, al fine di determinare l'adempimento corretto dei doveri della pubblica amministrazione in riferimento ai diritti dei ricoverati e dei terzi.

Requisiti della Cartella Clinica



Requisiti Formali

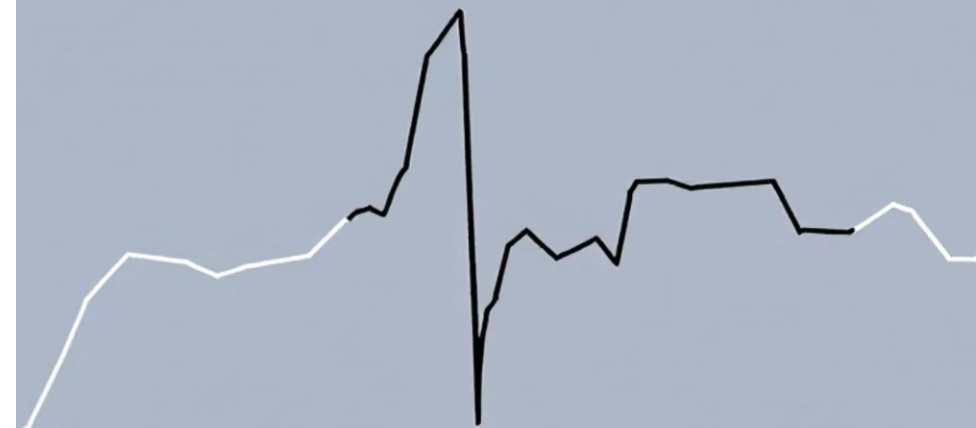
Riguardano la struttura, la forma e l'organizzazione del documento sanitario, garantendo leggibilità e correttezza nella compilazione secondo le normative vigenti.



Requisiti Sostanziali

Attengono al contenuto informativo della documentazione, assicurando veridicità, completezza e accuratezza delle informazioni cliniche registrate.

Entrambe le categorie di requisiti sono essenziali per garantire la validità legale e l'utilità clinica della documentazione sanitaria, costituendo uno strumento di tutela sia per il paziente che per il professionista.



I requisiti

I requisiti essenziali ed ineludibili della cartella clinica sono quelli propriamente previsti per la compilazione di qualsivoglia certificazione sanitaria, trattandosi di "*un atto che dichiara conformi a verità fatti di natura tecnica di cui il certificato è destinato a provare l'esistenza*";

I requisiti

Ancora la *Corte di Cassazione* sancisce che ogni atto, esperito sul paziente, sia esso diagnostico o terapeutico debba esser trascritto nella cartella clinica contestualmente alla sua esecuzione

I requisiti

*"La cartella clinica adempie alla funzione di **diario del decorso della malattia e di altri fatti clinici rilevanti** per cui **gli eventi devono essere annotati contestualmente al loro verificarsi**. Pertanto la cartella clinica acquista il carattere di definitività in relazione ad ogni singola annotazione ed esce della disponibilità del suo autore nel momento stesso in cui la singola annotazione viene registrata con la conseguenza ulteriore che all'infuori di correzioni di errori materiali, **le modifiche e le aggiunte integrano un falso punibile, anche se il soggetto abbia agito per ristabilire la verità, perché violano le garanzie di certezza accordate agli atti pubblici**";*

I requisiti

Ne discendono, così, altri due caratteri propri della cartella clinica e cioè quelli:

- della *immodificabilità* e
- della *irretrattabilità*.

REQUISITI

FORMALI

Modulistica specifica Aziendale

SOSTANZIALI

Veridicità

Completezza

Chiarezza

Requisiti Formali

I requisiti formali della cartella clinica assicurano che la documentazione sanitaria sia redatta secondo standard precisi, garantendo leggibilità, correttezza procedurale e conformità alle normative. Questi elementi sono fondamentali per la validità giuridica del documento.

01

Intellegibilità della grafia

La scrittura deve essere chiara e comprensibile, evitando abbreviazioni non standard

02

Descrizione dell'epicrisi

Sintesi conclusiva completa del percorso diagnostico-terapeutico del paziente

03

Precisazione fonte anamnesi

Indicazione chiara della provenienza delle informazioni anamnestiche raccolte

04

Modalità di acquisizione del consenso

Documentazione dettagliata delle procedure di consenso informato del paziente

05

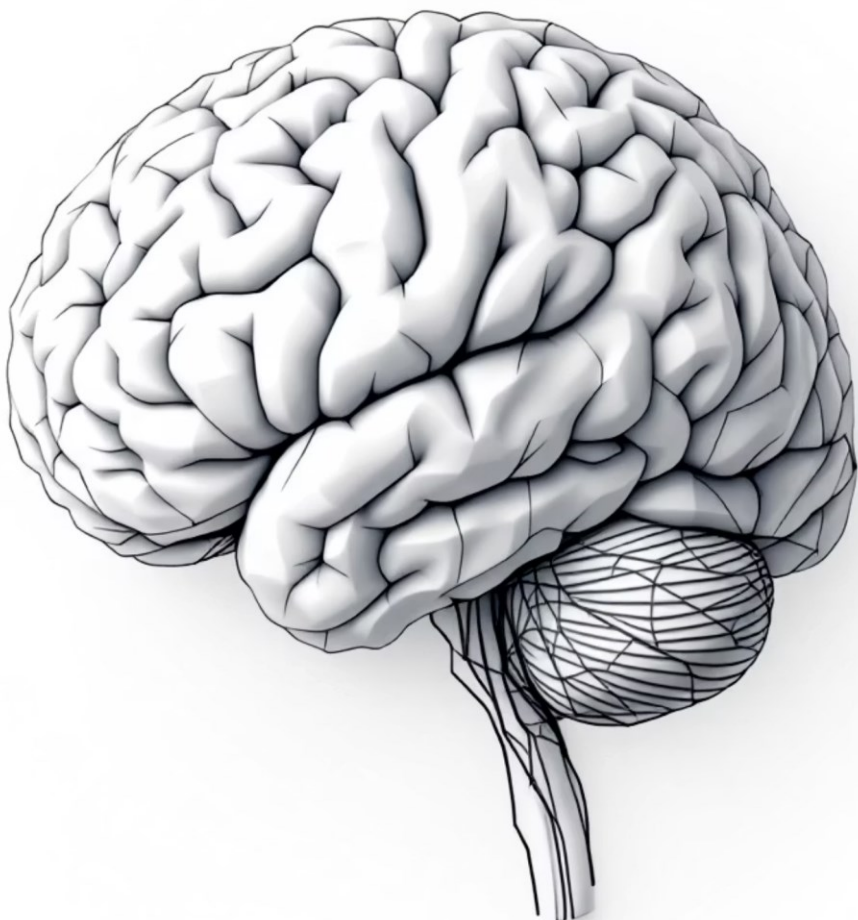
Disposizione cronologica dei rilievi

Organizzazione temporale sequenziale di tutte le annotazioni e osservazioni cliniche

06

Correzione adeguata errori materiali

Procedura corretta per emendare errori mantenendo tracciabilità delle modifiche



Requisiti Sostanziali

I requisiti sostanziali definiscono le caratteristiche essenziali del contenuto della documentazione sanitaria, garantendo che le informazioni registrate siano affidabili, complete e utili sia dal punto di vista clinico che medico-legale.

Veridicità

Conformità assoluta tra quanto documentato e la realtà clinica osservata

Chiarezza

Esposizione limpida e comprensibile delle informazioni mediche registrate

Completezza e Rappresentatività

Inclusione di tutti gli elementi clinici significativi e rilevanti per la cura

Contestualità e Tempestività

Registrazione immediata degli eventi clinici nel momento del loro verificarsi

REQUISITI SOSTANZIALI

VERIDICITA'

**Attestare fatti per i quali vi sia
corrispondenza VERITIERA (possibile, reale
e correlata) fra il dato osservato e quanto
richiesto o asserito**

**Non è richiesta verità = certezza assoluta,
ma la veridicità = concreta e reale possibilità**

REQUISITI SOSTANZIALI

VERIDICITA'

**Conformità tra quanto constatato
obiettivamente dal medico con quanto da lui
dichiarato per iscritto**

- Es. rottura tendine d'achille in bracciante agricola durante attività lavorativa → infortunio occorso durante falciatura con mezzo meccanico OK?
- Es. colpo di frusta → miopia (pretestazione)

REQUISITI SOSTANZIALI

COMPLETEZZA

La completezza della cartella clinica è un requisito fondamentale, sancito dalla Corte di Cassazione, che impone la registrazione veritiera, precisa, cronologica e ordinata di tutto il percorso diagnostico-terapeutico del paziente. Essa è un atto pubblico a rilevanza giuridica che deve descrivere in modo autosufficiente gli eventi, senza rinvii ad altri documenti.

- **Requisiti di Completezza:** La cartella deve includere generalità, anamnesi, diario clinico, esami, terapie e il consenso informato. La documentazione deve essere tempestiva, chiara e priva di omissioni.
- **Significato Giuridico:** Una cartella lacunosa o errata configura una violazione della diligenza professionale e può integrare il reato di falso materiale, oltre a facilitare la prova del nesso causale a favore del paziente in caso di contenzioso.
- **Contenuto Essenziale:** Deve contenere in particolare il diario del ricovero, la descrizione dell'intervento (se previsto) e i referti dei medici, che devono essere tutti inclusi.
- **Modifiche:** Eventuali integrazioni o correzioni postume devono essere debitamente motivate e sottoscritte, altrimenti sono ritenute illecite.

REQUISITI SOSTANZIALI

CHIAREZZA

Riguarda la grafia, la terminologia usata ed il significato della certificazione che nella loro esattezza devono essere comprensibili sia per l'interprete tecnico sia per il paziente.

Integrità formale (non abrasioni e/o correzioni successive)

REQUISITI SOSTANZIALI

CHIAREZZA

- **Requisito di Leggibilità:** La cartella deve essere redatta in modo chiaro e leggibile. Con l'adozione diffusa della **Cartella Clinica Elettronica (CCE)**, il problema della grafia manuale è quasi superato, ma rimane l'obbligo di utilizzare una terminologia medica appropriata e non ambigua [Codice di Deontologia Medica].
- **Tracciabilità e Integrità:** Ogni annotazione deve essere datata, firmata e riconducibile all'operatore che l'ha effettuata. Non sono ammesse cancellature che rendano illeggibile il testo precedente; eventuali correzioni devono essere visibili come "rettifiche" senza eliminare il dato originario.
- **Completezza Documentale:** La chiarezza dipende anche dall'ordine cronologico e dalla completezza delle informazioni (anamnesi, esame obiettivo, diario clinico, consensi informati e referti). Una cartella frammentaria è considerata una "cartella incompleta", il che può costituire una responsabilità per la struttura sanitaria.
- **Valore di Atto Pubblico:** La cartella clinica è un **atto pubblico di fede privilegiata**. La mancanza di chiarezza o la presenza di lacune possono essere interpretate dal giudice come una prova di negligenza professionale in caso di contenzioso medico-legale.
- **Accesso del Paziente:** La chiarezza è necessaria per garantire il diritto del paziente alla trasparenza. Secondo la **Legge Gelli-Bianco**, le strutture devono fornire copia della documentazione sanitaria entro 7 giorni (o massimo 30 in casi complessi)

La titolarità dei dati

Emerge con chiarezza, dal disposto del NCDM, come il legittimo titolare della documentazione sanitaria e quindi di qualsivoglia informazione in essa contenuta è la *persona assistita* od i suoi *legali rappresentanti*;

La riservatezza dei dati

Uniformemente si colloca il disposto del CD con la recente normativa, in cui si definisce come "*dato personale*", *"qualunque informazione relativa a persona fisica, persona giuridica, ente o associazione, identificati o identificabili, anche indirettamente, mediante riferimento a qualsiasi altra informazione, ivi compreso un numero di identificazione personale"* (art. 1 lettera d)

La riservatezza dei dati

La cartella clinica è tra gli oggetti tutelati, a mente della riservatezza personale, prevedendosi espressamente che: *"il trattamento di dati personali da parte di privati o di enti pubblici economici è ammesso solo con il consenso espresso dall'interessato. Il consenso può riguardare l'intero trattamento ovvero una o più operazioni dello stesso. Il consenso è validamente prestato solo se è espresso liberamente, in forma specifica e documentata per iscritto, e se sono state rese all'interessato le informazioni ..."* (art. 11).

Le dimissioni

Ed accanto alla necessità di trascrivere in cartella ogni atto sanitario, con la dovuta chiarezza (e con la indispensabile intelligibilità), a alla necessità di non apportare sulla stessa alcuna modificazione (aggiunte, cancellature, abrasioni etc.), sussiste la necessità di allegare sempre, in cartella, copia del foglio di dimissione rilasciata al paziente.

I caratteri peculiari

Oltre alle caratteristiche generali, proprie a qualsiasi cartella clinica, ciascuna di esse si differenzia dalle altre per alcune **peculiarità** legate al motivo del ricovero, alla causa che lo ha determinato, e quindi al carattere d'urgenza o di elezione che hanno dettato il ricovero medesimo, ed agli specifici trattamenti sanitari, **tipici dell'ambito di pertinenza di ciascun reparto ospedaliero.**

I caratteri peculiari

Ciò tuttavia deve avvenire nel rispetto di una *unica, comune impostazione di carattere generale relativamente alla propria struttura ospedaliera di appartenenza*, al fine di evitare, in sede di analisi anche amministrativa, l'affannosa ricerca di comuni voci documentali, posizionate in modo differente tra le varie cartelle cliniche interne, o peggio la mancata o inesaustiva contemplazione di talune pur essenziali voci.

I caratteri peculiari

L'impostazione del settore di cartella specifica di ciascun reparto di degenza deve tuttavia avvenire nel rispetto di una fondamentale regola, quella di *documentare tutte le eventualità che specificamente si intendono affrontare relative al ricovero di un paziente in quel dato reparto;*

I caratteri peculiari

Ciò nel comune obiettivo che dal *verbale* risultante nella cartella medesima, discenda il **susseguirsi della interpretazione clinico-diagnostica e dei fatti tecnici**, dalla cui sequenza derivi il valore medesimo della loro correttezza.

La Scheda di Dimissione Ospedaliera (SDO)

E' un documento sanitario obbligatorio, parte integrante della cartella clinica, che sintetizza le informazioni anagrafiche e cliniche di un paziente dimesso da una struttura pubblica o privata. Istituita nel 1991, la SDO raccoglie dati essenziali (diagnosi ICD-9-CM, interventi, reparti) per il **finanziamento** (DRG) e **l'analisi epidemiologica**.

Caratteristiche Principali della SDO:

- **Finalità:** Serve per il monitoraggio, la valutazione e la pianificazione della programmazione sanitaria, **oltre che come base per il pagamento delle prestazioni ospedaliere**.
- **Contenuto:** Include **dati anagrafici** (età, sesso, residenza), **clinici** (diagnosi principale e secondarie, interventi/procedure) e **informazioni sulla degenza** (struttura, durata).
- **Codifica:** Utilizza la codifica internazionale **ICD-9-CM** per le diagnosi e le procedure.
- **Trasmissione:** Il flusso informativo va dall'istituto di cura alla Regione e da questa al Ministero della Salute.

La SDO deve essere compilata per tutti i pazienti dimessi, costituendo una fonte di dati fondamentale per la gestione e la ricerca in ambito sanitario.

Non va confusa con la lettera di dimissione rilasciata al paziente, sebbene ne condivida i dati fondamentali.

ICDM-9-CM

L'ICD-9-CM (International Classification of Diseases) è un sistema di codici numerici e alfanumerici standardizzato a livello internazionale per classificare malattie, traumi, interventi chirurgici e procedure diagnostiche/terapeutiche, usato in Italia per la **Scheda Dimissione Ospedaliera (SDO)** e nel Fascicolo Sanitario Elettronico per la gestione, fatturazione e analisi statistica dei dati sanitari. Sebbene stia venendo sostituito dall'ICD-10, rimane fondamentale per l'analisi storica e i processi amministrativi sanitari.

Significato dell'acronimo:

- **ICD**: International Classification of Diseases (Classificazione Internazionale delle Malattie).
- **9**: Nona revisione.
- **CM**: Clinical Modification (Modifica Clinica), che aggiunge codici per procedure e dettagli clinici rispetto alla versione base.

ICDM-9-CM

Si tratta di un sistema di classificazione internazionale che utilizza codici numerici per identificare e categorizzare **malattie, traumatismi, interventi chirurgici e procedure diagnostiche**

Ecco i punti chiave per comprenderne il significato:

- Scopo:** Viene utilizzato principalmente per fini statistici, epidemiologici e, soprattutto in ambito amministrativo, per la compilazione delle schede di dimissione ospedaliera (SDO) e il calcolo dei rimborsi sanitari.
- Clinical Modification (CM):** Indica una versione "modificata" rispetto allo standard dell'OMS, sviluppata originariamente negli Stati Uniti per fornire dettagli clinici più precisi per l'uso ospedaliero.
- Struttura:** È composto da codici numerici o alfanumerici (da 3 a 5 cifre) che permettono di risalire con precisione a una specifica patologia o procedura.
- In Italia:** Sebbene a livello internazionale sia stata introdotta la versione ICD-10 (e successivamente ICD-11), il sistema sanitario italiano utilizza ancora l'ICD-9-CM (nella versione 2007) per la codifica delle diagnosi e delle prestazioni ospedaliere.

DRG (Diagnosis Related Group), in italiano Raggruppamenti Omogenei di Diagnosi (ROD)

I **DRG** in italiano Raggruppamenti Omogenei di Diagnosi (ROD), sono un sistema di classificazione dei pazienti dimessi dagli ospedali in gruppi definiti da caratteristiche cliniche simili e da un consumo omogeneo di risorse. Introdotto per remunerare le prestazioni sanitarie basandosi sul tipo e la complessità dei casi (modello "isorisorse"), consente il controllo della spesa sanitaria.

Ecco i punti fondamentali sui DRG:

- Funzione:** Sostituiscono il finanziamento "a corpo" con un sistema a tariffa per episodio di ricovero, basato sul volume e la complessità dell'assistenza (es. trapianti, interventi chirurgici).
- Struttura:** Si basano sulla diagnosi principale, interventi chirurgici, età e complicanze. La classificazione si articola in 25 categorie diagnostiche principali (MDC).
- Calcolo:** Il rimborso ospedaliero si ottiene moltiplicando una tariffa base per il peso relativo del DRG assegnato, indicativo dell'intensità di risorse necessarie.
- Origine:** Nati negli anni '80 all'Università di Yale, sono utilizzati dal 1995 nel Sistema Sanitario Nazionale (SSN) italiano per la gestione delle Schede di dimissione ospedaliera SDO.
- Obiettivi:** Migliorare l'efficienza ospedaliera, uniformare la remunerazione e gestire la complessità clinica, sebbene a volte incentivi interventi specifici o cambi la gestione dei posti letto.

II.- Le certificazioni



... diamo i numeri!!!

IN ITALIA

23.000.000 certificati annui

2.000.000 per infortuni/malattie professionali

800.000 per invalidità

1.000.000 per patenti guida

15.000.000 per malattia

Non trova riscontro in nessun altro paese CEE

INDICARE ESATTAMENTE DATA DEL RILASCIO

MAI RILASCIARE CERTIFICATI PREDATATI O POSTDATATI

GIURISPRUDENZA

**Certificato
postdatato:
15 giorni di carcere**

Condannato dal pretore di Carpi un medico che era stato denunciato dall'I.N.P.S.; assolto il paziente

Un medico di Carpi, il dottore Ettore Baetta è stato condannato dal pretore a quindici giorni di reclusione e settecentocinquanta lire di multa «per aver rilasciato un certificato medico postdatato ad un operaio».

Il 2 dicembre 1982 Claudio Paterlini si reca dal suo medico dottor Baetta per ottenere un certificato medico che gli consenta di prorogare un periodo di malattia che scade due giorni dopo: il sanitario carpigiano glielo rilascia in data 4 dicembre.

ti del medico che a sua difesa dichiara «di essere inesperto, perchè laureato da poco». Ma dal rapporto dell'INPS si passa ad una denuncia penale ed il medico è accusato «di aver attestato falsamente, nell'esercizio della professione sanitaria, di avere visitato il Paterlini due giorni dopo.

L'operaio è imputato di «aver fatto uso di un certificato di diagnosi con data falsa».

In pretura il dottor Baetta è stato riconosciuto colpevole del reato e condannato, men-

ti Paterlini dimostrando di non aver agito

Aspetti essenziali

- Oggetto del certificato sono fatti di natura medica
- Deve trattarsi di fatti reali
- Tali fatti debbono essere stati riscontrati direttamente dal medico che ne attesta l'esistenza

Generalità del medico

Luogo e Data,.....

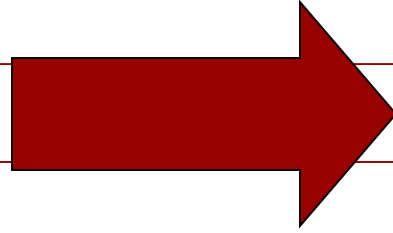
- **Identità dell'assistito**
- **anamnesi**
- **sintomatologia riferita dal paziente**
- **esame obiettivo (cuore del certificato)**
- **diagnosi**
- **prognosi**
- **terapia**

Giudizio del Sanitario

Timbro

Firma leggibile

DATO OBIETTIVO



(è il cuore del certificato)

NON SI AMMETTONO ERRORI

- il dato obiettivo deve riportare esattamente il quadro rilevato sul paziente**
- tutto è possibile sbagliare, tranne il rilievo del dato obiettivo che deve essere fedele, esatto a quanto rilevato, (né esagerato, né sminuito, né inventato)**
- chiaramente DATO OBIETTIVO SANITARIO**

DATI RIFERITI

E' necessario come detto prima che il Sanitario esprima nel certificato la sua conoscenza personale e diretta dei fatti, in maniera rigorosa. Non è possibile compilare un certificato giuridicamente ineccepibile sulla base, sic et simpliciter, di quanto viene riferito dall'assistito o comunque da terze persone. Qualora si verifichi il caso in cui l'assistito richieda che venga semplicemente riportato quanto da lui dichiarato su problematiche non direttamente verificate dal medico (ad esempio manifestazioni cliniche manifestatesi nei giorni precedenti a quello a cui viene richiesta e rilasciata la certificazione), il medico deve adottare una formulazione dalla quale emerga chiaramente che trattasi di certificato puramente "anamnestico", sul quale ci si limita a riportare quanto riferito dal paziente senza aver personalmente verificato tali elementi.

Il medico dovrebbe, in teoria, diagnosticare solo quanto da lui personalmente riscontrato. **E' però possibile e plausibile che alcuni stati morbosi di breve durata ma di elevata intensità inabilitante provochino disturbi che non siano visibili o che siano scomparsi all'atto della visita medica:** per es. una crisi di emicrania, una nevralgia del trigemino, una crisi di vertigine acuta, un'enterite con diarrea profusa ma transitoria. **"Il medico anche in questi casi deve rilasciare al paziente il certificato** perché anche di fronte alla più subiettiva delle infermità egli non può escludere che quell'infermità sussista e non può contrastare o eludere l'interesse del paziente ad ottenere il certificato. In tal caso il medico **deve certificare che il paziente "accusa" ad esempio cefalee o colica renale che sono formula idonea a lasciare al paziente la paternità e responsabilità di quanto egli dice al medico** in merito ad infermità non obiettivabili"(Boll. O. M. di Roma e Prov., n.3, 1983).

Il medico potrà anche esprimere un **giudizio (diagnosi e prognosi) basandosi sull' "attendibilità" della sintomatologia riportata dal paziente, sempre chiarendo che trattasi di patologia riferita.**

Tuttavia in caso di assenza di ogni obiettività, non è opportuno indicare ulteriori giorni di prognosi, salvo che non si effettuino opportuni accertamenti al fine di chiarire il quadro clinico.



DIAGNOSI

**DI CONCRETA POSSIBILITA', DI
ATTENDIBILITA'**



**È possibile anche sbagliare la diagnosi purchè quella
formulata sia plausibile con il corredo sintomatologico
rilevato**

vertigine

labirintite

**Neurinoma
VIII**

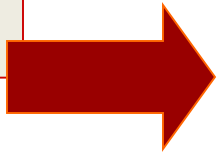
Comunque diagnosi mediche

Prognosi = attendibile!!!



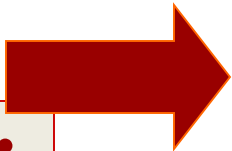
“xy presenta cefalea pertanto vi e’ necessità di 60 giorni di riposo”

Scrittura



leggibile

Correzioni



**con firma a
margine**

CLASSIFICAZIONE

CLASSIFICAZIONE

FACOLTATIVI

Quelli richiesti dal paziente, destinati ad uso strettamente privato, che potranno essere esibiti ad Enti pubblici e/o a privati

OBBLIGATORI

PER IL PAZIENTE



PER IL MEDICO

OBBLIGATORI

- **Per il paziente:** quelli che deve presentare per esercitare un diritto o tutelare un proprio interesse (*sana e robusta costituzione fisica, pratica di attività sportiva, invalidità, inabilità temporanea da malattia, stato di gravidanza, ecc.*)
- **Per il medico :** quelli che debbono essere inoltrati dal medico di sua iniziativa, indipendentemente dalla richiesta del paziente, per disposizione di legge (*constatato decesso, infortunio sul lavoro, riammissione alla frequenza scolastica, ecc.*)

OBBLIGATORI (esempi)

Certificato di assistenza al parto (CEAP)

Certificato di gravidanza

Certificato di constatazione di morte e scheda ISTAT

Certificato di vaccinazione

Certificato di infortunio in agricoltura

Certificato di esenzione dalla vaccinazione

Certificato di cessata contagiosità e riammissione in collettività

Certificato per cremazione - imbalsamazione

FACOLTATIVI

**sono facoltativi solo perché redatti a richiesta dell'interessato,
in pratica sono obbligatori per il medico**

il medico **non può esimersi dal rilasciare un certificato che attesti fatti da lui direttamente obiettivati sul richiedente nell'esercizio della sua professione, qualunque sia l'uso per il quale il certificato è richiesto**

- a) perché solo il medico può rilasciare i certificati**
- b) perché lo Stato ha affidato solo ai medici il monopolio della tutela della salute pubblica dei cittadini**
- c) perché si lederebbe un diritto del cittadino che mediante il CERTIFICATO (attestazione sanitaria) può rivendicare un proprio diritto (assenza dal lavoro per malattia, rientro a scuola dopo m.i., pensioni inabilità)**