



# Certificazione nei casi di malattie professionali: requisiti e criticità medico legali

Ordine Medici di Venezia

17 febbraio 2026

*Dr. Antonio Polino*  
*D.M.II sede Venezia terraferma*

# MALATTIA PROFESSIONALE

FORMA MORBOSA, PATOLOGIA, CHE TROVA LA SUA ORIGINE (CAUSA, CONCAUSA) NELLA ESPOSIZIONE PROTRATTA A CAUSE PATOGENE INTRINSECHE AL LAVORO (MODALITA' DI LAVORO, AMBIENTE DI LAVORO)

LA CAUSA LAVORATIVA LA DISTINGUE DALLE ALTRE PATOLOGIE COMUNI

## Art. 3 T.U. 1124/65

*"L'assicurazione è altresì obbligatoria per le malattie professionali indicate nella tabella allegato n° 4, le quali siano contratte nell'esercizio ed a causa delle lavorazioni specificate nella tabella stessa e in quanto tali lavorazioni rientrino tra quelle previste nell'art. 1"*

# Il certificato medico di M.P.

Ha finalità assicurativo - previdenziali

Può essere **PRIMO, CONTINUATIVO o DEFINITIVO.**

Il **primo certificato medico di MP** è un atto necessario che consente all'INAIL di avviare l'istruttoria per l'erogazione delle prestazioni nei confronti dell'assicurato.

È previsto dagli articoli 52 - 53 del D.P.R. 1124/65 e deve essere rilasciato al lavoratore, che lo trasmetterà entro 15 giorni al proprio Datore di Lavoro.

Tripla copia: per il DL, Assicurato e INAIL

# Le malattie professionali la certificazione medica *il modulo 5ss bis*

**CERTIFICAZIONE MEDICA DI MALATTIA PROFESSIONALE**

PRIMO     CONTINUATIVO     DEFINITIVO     RIAMMISSIONE IN TEMPORANEA

**ASSICURATO**

Cognome \_\_\_\_\_ Nome \_\_\_\_\_ Sesso  M  F

Nato a (Comune) \_\_\_\_\_ Prov. \_\_\_\_\_ GG / MM / AAAA Nazionalità \_\_\_\_\_

Domiciliato a (Comune) \_\_\_\_\_ Prov. \_\_\_\_\_ Cap \_\_\_\_\_ Telefono \_\_\_\_\_

Indirizzo (via, piazza, ecc.) \_\_\_\_\_ N. civico \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_

Codice Istat Comune domicilio \_\_\_\_\_ Cod. Asl domicilio \_\_\_\_\_ Cod. Asl residenza (NOTA 1 vd pag. 9) \_\_\_\_\_ Codice fiscale \_\_\_\_\_ Attualmente in attività lavorativa  SI  NO

**MALATTIA E ATTIVITÀ AD ESSA CORRELATA da compilare sulla base delle dichiarazioni dell'assicurato indicate nella specifica sezione**

Malattia \_\_\_\_\_

Agente/Lavorazione/Esposizione correlabile presumibilmente alla malattia \_\_\_\_\_

La malattia è presente nell'elenco di cui al decreto ministeriale 11.12.2009 e s.m.l.?  SI  NO se SI in quale lista?  Lista I  Lista II  Lista III Codice identificativo d.m. 11.12.2009 e s.m.l. \_\_\_\_\_

Data prima diagnosi GG / MM / AAAA Eventuale data abbandono lavoro (NOTA 2 vd pag. 9) GG / MM / AAAA

Data morte conseguente alla eventuale malattia professionale GG / MM / AAAA

La malattia produce inabilità temporanea al lavoro?  SI  NO dal GG / MM / AAAA fino a tutto il GG / MM / AAAA

Se la durata dell'assenza dal lavoro è superiore ai 60 gg continuativi è prevista, da parte del medico competente, ai sensi art. 41 c. 2 lett. e-ter d.lgs. 81/2008 e s.m.l., una visita al fine di verificare l'idoneità alla mansione specifica.

**DATORE DI LAVORO PER IL QUALE L'ASSICURATO SVOLGE/SVOLGeva L'ATTIVITÀ CHE HA PRESUMIBILMENTE CAUSATO LA MALATTIA**

Datore di lavoro \_\_\_\_\_

Comune (abituale luogo di lavoro) \_\_\_\_\_ Prov. \_\_\_\_\_ Cap \_\_\_\_\_

Settore lavorativo  Agricoltura, silvicoltura, e pesca  Industria  Artigianato  Servizi  Pubblica Amministrazione

Sub-settore (NOTA 3 vd pag. 9) \_\_\_\_\_

Attività lavorativa/mansione ecc. correlabile alla malattia \_\_\_\_\_ dal GG / MM / AAAA fino a tutto il GG / MM / AAAA

Dipendente  Autonomo  Altro  (specificare) \_\_\_\_\_

Attività svolta per conto del datore di lavoro presso altra azienda?  SI  NO Se SI quale azienda? \_\_\_\_\_

Comune \_\_\_\_\_ Prov. \_\_\_\_\_ Cap \_\_\_\_\_

**MEDICO CERTIFICATORE**

Cognome \_\_\_\_\_ Nome \_\_\_\_\_

Codice fiscale del medico \_\_\_\_\_ In qualità di: (NOTA 4 vd pag. 9) \_\_\_\_\_

Codice Inail del medico o del presidio sanitario \_\_\_\_\_ Presidio sanitario \_\_\_\_\_

Comune \_\_\_\_\_ Prov. \_\_\_\_\_ Cap \_\_\_\_\_ Telefono fisso o cellulare \_\_\_\_\_

Il presente certificato tiene luogo della copia per l'Inail della denuncia ex art. 139 del d.p.r. 1124/1965, di cui all'art. 10 del d.lgs. 38/2000 ai fini dell'alimentazione del Registro nazionale delle malattie causate dal lavoro ovvero ad esso correlate (NOTA 5 vd pag. 9)

Luogo e data di rilascio \_\_\_\_\_ Timbro e firma del medico \_\_\_\_\_

Copia A - per l'Inail - Modulo aggiornato al 10/10/2014

## Dati identificativi dell'assicurato

## DIAGNOSI

Dati relativi alla malattia e all'attività ad essa correlata (anamnesi lavorativa attuale e pregressa, situazione lavorativa/lavorazione o sostanza che avrebbe determinato la malattia, data della prima diagnosi, primo giorno della eventuale astensione lavorativa)

## Medico certificatore

ASSICURATO

Cognome  Nome

Anamnesi patologica remota

Postumi di altre lesioni o malattie pregresse congenite o acquisite dichiarati o constatati (con particolare riferimento alla patologia in esame)  SI  NO

Se SI quali?

Invalido civile  Invalido Inps  Altro (specificare)

Anamnesi patologica prossima

Esame obiettivo con particolare riferimento alla malattia in esame

Accertamenti specialistici

Terapia

Si presume invalidità permanente  SI  NO  Prognosi riservata

Ricovero ospedaliero presso

Caso mortale  Disposta autopsia

Osservazioni del medico

Luogo e data di rilascio  Timbro e firma del medico

**Anamnesi patologica remota e prossima  
Esame obiettivo  
Diagnosi  
Prescrizioni, cure adottate, esami specialistici effettuati.  
Indicazioni prognostiche ed eventuali ricoveri**

## RISERVATO ALL'ASSICURATO

Cognome \_\_\_\_\_ Nome \_\_\_\_\_

Datore di lavoro attuale/ultimo dal GG / MM / AAAA al GG / MM / AAAA

Cognome e nome o ragione sociale azienda e nome nave (in caso di lavoratore marittimo) \_\_\_\_\_

Indirizzo datore di lavoro (via, piazza, ecc.) \_\_\_\_\_ N. civico \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_

Comune \_\_\_\_\_ Prov. \_\_\_\_\_ Cap \_\_\_\_\_

Indirizzo del luogo di lavoro abituale (via, piazza, ecc.) \_\_\_\_\_ N. civico \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_

Comune \_\_\_\_\_ Prov. \_\_\_\_\_ Cap \_\_\_\_\_

Assicurato:  Dipendente  Autonomo  Altro (specificare) \_\_\_\_\_

Settore lavorativo  Agricoltura, silvicoltura, e pesca  Industria  Artigianato  Servizi  Pubblica Amministrazione

Sub-settore (NOTA 3 vd pag. 9) Artigianato, Servizi, Pubblica Amministrazione \_\_\_\_\_

Descrizione attività lavorativa attuale/ultima (mansione) \_\_\_\_\_ dal GG / MM / AAAA al GG / MM / AAAA

Rischio: agente/lavorazione/esposizione \_\_\_\_\_

Datori di lavoro precedenti con descrizione sintetica delle attività lavorative/mansioni svolte (in caso di lavoratore marittimo la sezione può essere sostituita dall'estratto matricolare)

N.	Da (MM/AAAA)	A (MM/AAAA)	Datore di lavoro	Comune	Settore lavorativo e sub-settore (NOTA 3)	Rischio/esposizione/agente/lavorazione	Attività lavorativa svolta/mansione
1							
2							
3							
4							
5							
6							

Il sottoscritto conferma i suddetti dati, che fornisce ai fini dell'accesso alle prestazioni connesse al riconoscimento di malattia professionale

Luogo e data di rilascio \_\_\_\_\_

Firma dell'assicurato \_\_\_\_\_

Tutela dei dati - Il richiedente dichiara di essere stato informato sulle modalità e finalità del trattamento dei dati ai sensi dell'art. 13 del d.lgs. 196/2003. Ulteriori info: <https://www.inail.it/cs/internet/gstibuto/amministrazione-trasparente/altre-contenuti-dati-utilizzatori/privacy.html>

**Dati identificativi del datore di lavoro  
Anamnesi lavorativa  
Datori di lavoro precedenti**

**La compilazione di questa pagina è a cura dell'assicurato, che una volta compilata deve fornirla al medico al fine della compilazione delle pagine 1 e 2**

**Firma dell'assicurato a conferma dei dati forniti ai fini dell'accesso alle prestazioni connesse al riconoscimento di malattia professionale**

# Obblighi del Medico in caso di Malattia Professionale

Tipo di adempimento	Presupposto giuridico
Primo certificato medico di malattia professionale	<ul style="list-style-type: none"><li>• Art 52-53 DPR 1124/1965</li></ul>
Denuncia/segnalazione di malattia professionale	<ul style="list-style-type: none"><li>• Art. 139 DPR 1124/1965</li><li>• Tabella delle MP di cui al DM 15/11/23 pubblicato in GU 13/1/24</li><li>• Art. 10 D.lgs. 38/2000</li><li>• Sentenza C.C. n. 179/88</li><li>• D.M. 11.12.09</li></ul>
Referto	<ul style="list-style-type: none"><li>• Art. 365 del Codice Penale</li></ul>

*Denuncia Segnalazione (ex art. 139 T.U.)*

*R.N.M.P.*

*Commissione scientifica art. 10*

## **DENUNCIA / SEGNALAZIONE**

### **Art. 139 T.U. 1124/65**

E' obbligatoria per ogni medico, che ne riconosca l'esistenza, la denuncia delle MP, che saranno indicate in un elenco da approvarsi con decreto del Ministro per il Lavoro e la Previdenza Sociale di concerto con quello per la Sanità, sentito il Consiglio Superiore di Sanità.

La denuncia deve essere fatta all'Ispettorato del lavoro competente per territorio, il quale ne trasmette copia all'Ufficio del medico provinciale.

I contravventori alle disposizioni dei commi precedenti sono puniti con l'ammenda da lire mille a lire quattromila ..."

# **DENUNCIA / SEGNALAZIONE**

## **Art. 139 T.U. 1124/65**

E' prevista dall'art. 139 del D.P.R. 1124/65, così come modificato dal articolo 10 del D.Lgs. n. 38 del 2000.

Va trasmessa a:

1. **Direzione Provinciale del Lavoro** competente per il territorio dove è situata l'azienda
2. **ASL** competente per il territorio (*finalità preventive e di vigilanza*)
3. **INAIL** competente in base al domicilio dell'assicurato (*R.N.M.P.*)

## *Quali malattie devono essere oggetto della D/S*

Il DM 10 giugno 2014 ha approvato l'aggiornamento dell'Elenco delle malattie per le quali è obbligatoria la D/S.

Il decreto recepisce le proposte della Commissione Scientifica ex art. 10 D.Lgs 38/2000 e riguarda l'aggiornamento di alcune voci dell'elenco delle malattie approvato con DM dell' 14/01/2008.

Il suddetto elenco è articolato su 3 liste di malattie:

# LE LISTE

Lista I - malattie la cui origine lavorativa è di elevata probabilità

Lista II - malattie la cui origine lavorativa è di limitata probabilità

Lista III - malattie la cui origine lavorativa è possibile

# LE LISTE

*All'interno di ciascuna lista le malattie sono ripartite in 7 gruppi:*

- 1. Malattie da agenti chimici*
- 2. Malattie da agenti fisici*
- 3. Malattie da agenti biologici*
- 4. Malattie dell'apparato respiratorio*
- 5. Malattie della pelle*
- 6. Tumori professionali*
- 7. Malattie psichiche e psicosomatiche (presenti solo nella lista II).*

# LE LISTE

*Le tabelle sono formate da 3 colonne:*

- Nella prima colonna, sono riportati gli agenti causali (e relativi codici).*
- Nella seconda, sono riportate le malattie.*
- Nella terza, il codice identificativo, composto dal numero lista (I, II, III); numero gruppo malattia (da 1 a 7); numero progressivo dell'agente; codice della malattia (ICD-10).*

ERNIA DISCALE LOMBARE	MOVIMENTAZIONE MANUALE DI CARICHI ESEGUITA CON CONTINUITÀ DURANTE IL TURNO LAVORATIVO	I.2.03.	M51.2
<b>ERNIA DISCALE LOMBARE^</b>	<b>VIBRAZIONI TRASMESSE AL CORPO INTERO PER LE ATTIVITÀ DI GUIDA DI AUTOMEZZI PESANTI E CONDUZIONE DI MEZZI MECCANICI^</b>	<b>I.2.12.^</b>	<b>M51.2^</b>
FEBBRE DA FUMI METALLICI	ZINCO leghe e composti	I.1.17.	T56.5
FEBBRE EMORRAGICA	ALTRI VIRUS DELLA FEBBRE EMORRAGICA	I.3.24.	A98
FEBBRE EMORRAGICA	ARENAVIRUS	I.3.23.	A96
FEBBRE Q	RICKETTSIE	I.3.07.	A78
FIBROSI POLMONARE	CARBURI METALLICI SINTERIZZATI (METALLI DURI)	I.4.14.	J68.4
FIBROSI POLMONARE	CLORURO DI VINILE	I.1.34.	J68.4
FIBROSI POLMONARE	VANADIO leghe e composti	I.1.16.	J63
GASTRODUODENITE	PIOMBO leghe e composti	I.1.10.	K29.9
GASTROENTERITE	TALLIO leghe e composti	I.1.14.	K52.1
GENGIVOSTOMATITE	MERCURIO amalgame	I.1.07.	K05.1
GIARDIASI (LAMBLIASI)	GIARDIA (LAMBLIA)	I.3.30.	A07.1
GOZZO (ditiocarbammati)	ACIDI ORGANICI ALIFATICI, AROMATICI, TIO-ACIDI E LORO DERIVATI (acido carbammico, acido tiocarbammico, carbammati, tiocarbammati, acido formico, acido acetico, acido tricloroacetico, acido tioglicolico, altri)	I.1.55.	E04.9
GRANULOMATOSI POLMONARE (BERILLIOSI)	BERILLIO leghe e composti	I.1.03.	J63.2
GRANULOMATOSI POLMONARE (solfato di rame)	RAME leghe e composti	I.1.11.	J70
GRANULOMI CUTANEI	BERILLIO leghe e composti	I.1.03.	L92.3
IDATIDOSI	ECHINOCOCCUS GRANULOSUS	I.3.28.	B67
INFERTILITÀ TEMPORANEA O PERMANENTE MASCHILE	RADIAZIONI IONIZZANTI	I.2.07.	N46
INFERTILITÀ MASCHILE TEMPORANEA	RADIOFREQUENZE, MICROONDE	I.2.11.	N46

## **COME:**

*Per quanto riguarda le D/S dei medici Inail, esiste un modulo rilasciato direttamente da CarCli che ne permette la compilazione e la trasmissione automatica al RNMP.*

*Per quanto riguarda le D/S dei medici esterni, l'Inail ha predisposto un apposito modulo (Mod. 92 bis SS), per la cui compilazione sono richieste unicamente le notizie essenziali e funzionali alle finalità del RNMP (lettera DC-Prestazioni del 9 marzo 2006)*

# Modello

All'Ispettorato territoriale del lavoro \_\_\_\_\_

Alla Asl \_\_\_\_\_

Al Registro nazionale delle malattie causate dal lavoro o ad esso correlate c/o sede Inail \_\_\_\_\_

## Denuncia/segnalazione di malattia ai sensi dell'art. 139 d.p.r. 1124/1965 e art. 10 del d.lgs. 38/2000

Decreto del Ministro del Lavoro e delle politiche sociali del 10/06/2014 (G.U. n. 212 del 12/09/2014) e s.m.i.

### Medico dichiarante

Cognome _____	Nome _____
Codice fiscale _____	Telefono _____
In qualità di <sup>1</sup> _____	
Nel comune di _____	Prov. _____ Cap _____
Presso la struttura _____	Asl _____

### Informazioni relative all'assistito e al lavoro attuale/ultimo

Cognome _____	Nome _____	Sesso	M <input type="radio"/>	F <input type="radio"/>
Codice fiscale _____	Data di nascita (GG/MM/AAAA) _____			
Comune di nascita _____	Prov. _____	Nazionalità _____		
Comune di residenza _____	Prov. _____	Cap _____		
Comune di domicilio _____	Prov. _____	Cap _____		
Asl domicilio _____	Asl residenza _____	Attualmente lavoratore	SI <input type="radio"/>	NO <input type="radio"/>
Datore di lavoro attuale/ultimo (Ragione sociale) _____				
Comune _____				Prov. _____
Settore lavorativo <sup>1</sup> _____		Subsettore <sup>1</sup> _____		
Attività lavorativa/mansione _____		dal (GG/MM/AAAA) _____		al (GG/MM/AAAA) _____
Agente/lavorazione/esposizione _____				

<sup>1</sup> Vedi allegato "Legende".

# Modello

## Informazioni sulla malattia (elenco d.m. 10/06/2014) e sull'attività lavorativa ad essa correlabile

Malattia			
Agente/Lavorazione/Esposizione			
<input type="radio"/> Lista I <input type="radio"/> Lista II <input type="radio"/> Lista III	Codice (v. d.m. 10/06/2014)		
Data prima diagnosi (GG/MM/AAAA)		Eventuale data abbandono lavoro (GG/MM/AAAA)	
Eventuale data morte conseguente alla malattia professionale (GG/MM/AAAA)			
Datore di lavoro per il quale l'assicurato svolge/solveva l'attività che ha presumibilmente causato la malattia			
Ragione sociale			
Comune (abituale luogo di lavoro)		Prov.	Cap
Settore lavorativo <sup>1</sup>		Subsettore <sup>1</sup>	
Attività lavorativa/mansione		dal (GG/MM/AAAA)	al (GG/MM/AAAA)
L'attività è/era svolta per conto del datore di lavoro presso altra azienda? <input type="radio"/> Sì <input type="radio"/> No <input type="radio"/> Se Sì quale azienda?			
	Comune	Prov.	Cap
<input type="radio"/> Dipendente <input type="radio"/> Autonomo <input type="radio"/> Altro (specificare)			

## Informazioni integrative

(da compilare nel caso in cui non sia stata indicata l'attività lavorativa correlata alla malattia professionale)

### Scheda di anamnesi lavorativa<sup>2</sup>

Periodo di svolgimento della mansione Dal (MM/AAAA)	Al (MM/AAAA)	Datore di lavoro (Ragione sociale)	Comune	Settore lavorativo e subsettore <sup>1</sup>	Rischio/esposizione/ agente/lavorazione	Mansione/Attività lavorativa

### Note/altre informazioni


Luogo \_\_\_\_\_ data (GG/MM/AAAA) \_\_\_\_\_

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

<sup>2</sup> Non riportare nell'anamnesi lavorativa le informazioni relative all'attività lavorativa attuale/ultima e a quella presumibilmente correlata alla malattia, se già indicate nelle precedenti sezioni.

# **DENUNCIA/SEGNALAZIONE**

**ex art. 139 T.U.**

## **SANZIONI**

**(art. 26, c. 46 Dlgs 758/94)**

**MEDICI**



**Arresto fino a 3 mesi**  
**(multa da 258 a 1.032 €)**

**MEDICO**  
**COMPETENTE**



**Arresto da 2 a 4 mesi**  
**(multa da 516 a 2.582 €)**

**REGISTRO NAZIONALE DELLE  
MALATTIE CAUSATE DAL LAVORO  
OVVERO AD ESSO CORRELATE**  
*(art. 10, comma 5, D.Lgs. 38/2000)*

## CHE COS'È IL REGISTRO

*Il registro nazionale (R.N.M.P.) è previsto dall'art. 10, comma 5, del D.Lgs. 38/2000.*

*"Ai fini del presente articolo, è istituito presso la banca dati INAIL, il registro nazionale delle malattie causate dal lavoro ovvero ad esso correlate ..."*

*È un osservatorio nazionale dove confluiscono informazioni sulle malattie per le quali è obbligatoria la denuncia ai sensi dell'art. 139 T.U. e successive modificazioni e integrazioni.*

# *CHI PUÒ CONSULTARE IL R.N.M.P.*

*(art. 10, comma 5 Dlgs 38/2000, lettera D.C. Prestazioni del 9 marzo 2006)*

*Al RNMP possono accedere oltre all'Inail ed alla Commissione Scientifica ex art. 10 D.Lgs. 38/2000, anche le strutture del S.S.N., le D.T.L. e gli altri soggetti pubblici cui, per legge o per regolamento, sono attribuiti compiti in materia di protezione della salute e di sicurezza sui luoghi di lavoro.*

## *Le D/S alimentano il RNMP allo scopo di:*

- Analizzare, a fini prevenzionali, di vigilanza, scientifico-epidemiologici ed assicurativi, l'andamento delle patologie di certa, probabile o possibile origine lavorativa di cui all'elenco*
- Aggiornare tempestivamente l'elenco e le tabelle delle MP (artt. 3 e 211 T.U.)*
- Evidenziare le MP che non vengono denunciate all'Inail e che determinano il fenomeno delle malattie perdute e sconosciute, al fine di valutare le eventuali iniziative a tutela dei lavoratori.*

## *CHI È TENUTO AD ALIMENTARE IL R.N.M.P. (Art. 139, comma 1, T.U.)*

*Ogni medico, compreso il medico dell'Inail, quando riconosce l'esistenza di una delle malattie indicate nell'elenco, è obbligato ad effettuare la denuncia/segnalazione, anche se il lavoratore che ne è affetto non è soggetto a tutela Inail ed anche senza la sua espressa volontà.*

## Art. 10 comma 1 D.Lgs 38/2000

Con decreto del Ministro del lavoro e della previdenza sociale, da emanarsi entro 60 giorni dalla data di entrata in vigore del presente decreto legislativo, è costituita una **commissione scientifica per l'elaborazione e la revisione periodica dell'elenco delle malattie di cui all'art. 139 e delle tabelle di cui agli art. 3 e 211 del T.U.**, composta da non più di 15 componenti in rappresentanza del Ministero del Lavoro e della previdenza sociale, del Ministero della Sanità, del Ministero del Tesoro, del bilancio e della programmazione economica, dell'Istituto Superiore della Sanità, del Consiglio Nazionale delle Ricerche (CNR), dell'Istituto Superiore per la prevenzione e la sicurezza del lavoro (ISPESL), dell'Istituto Italiano di Medicina Sociale, dell'INPS, dell'INAIL, dell'Istituto di previdenza per il settore marittimo (IPSEMA), nonché delle (ASL) su designazione dalla Conferenza permanente per i rapporti tra lo Stato, le Regioni e le province autonome di Trento e Bolzano ...

## **Referto medico (art. 365 C.P.)**

*«Chiunque, avendo nell'esercizio di una professione sanitaria prestato la propria assistenza od opera in casi che possono presentare i caratteri di un delitto per il quale si debba procedere d'ufficio, omette o ritarda di riferirne all'Autorità indicata nell'art. 361, è punito con la multa fino a 516 euro.*

*Questa disposizione non si applica quando il referto esporrebbe la persona assistita a procedimento penale»*

# LA REDAZIONE DEL REFERTO

## CONTENUTI

- *Identificazione della persona lesa*
- *Circostanze del fatto e modalità di accadimento*
- *Diagnosi nosologica*
- *Qualifica del refertante*
- *Data e luogo di redazione*

## MODALITA'

- *Invio entro 48, se pericolo di vita immediatamente*
- *I destinatari dei referti (in caso di MP sono stati individuati nei Servizi di Prevenzione e Sicurezza delle ASL che assolvono le funzioni di Polizia Giudiziaria).*

**Non esiste un modulo di legge**

# LESIONE PERSONALE PERSEGUIBILE D'UFFICIO

## GRAVE

- *Malattia superiore a 40 gg.*
- *Incapacità di attendere alle ordinarie occupazioni superiore a 40 gg.*
- *Pericolo di vita*
- *Indebolimento permanente di un senso*
- *Indebolimento permanente di un organo*

## GRAVISSIMA

- *Malattia certamente o probabilmente insanabile*
- *Perdita di un senso*
- *Perdita dell'uso di un organo*
- *Perdita di un arto o mutilazione*
- *Perdita della capacità di procreare*
- *Permanente grave difficoltà della favella*
- *Deformazione/ sfregio*

# **CONCETTO PENALE DI "ORGANO"**

**ORGANO:** *L'insieme delle parti anatomiche che concorrono ad espletare una determinata funzione (ad esempio: "organo" della circolazione, organo della prensione)*

**INDEBOLIMENTO:** *Riduzione della funzione di un dato organo o senso. Non è indicato di che grado ma deve essere apprezzabile.*

**ORGANO GIA' INDEBOLITO:** *L'esistenza di preesistente indebolimento non annulla l'ipotesi di un indebolimento penalmente rilevante*

# *M.P. in penale: esempi*

- *Inabilità temporanea di due mesi per intervento per ernia discale lombare: malattia e incapacità di attendere alle ordinarie occupazioni superiore a 40 gg.*
- *Neoplasia maligna: malattia certamente o probabilmente insanabile.*
- *Ipoacusia da rumore: indebolimento del senso dell'udito*



[a.polino@inail.it](mailto:a.polino@inail.it)

[veneziaterraferma-cml@inail.it](mailto:veneziaterraferma-cml@inail.it)