

G. Draetta - F. Montagna

La responsabilità professionale dell'odontoiatra

IL CONSENSO, LA DOCUMENTAZIONE,
L'ONORARIO E L'ASSICURAZIONE

VOLUME 1

Collana Malpratica

Giuseppe Draetta - Fabrizio Montagna

**La responsabilità professionale
dell'odontoiatra**

IL CONSENSO, LA DOCUMENTAZIONE,
L'ONORARIO E L'ASSICURAZIONE

volume 1

copertina: Sigismondo Spina

Tutti i diritti sono riservati per tutti i Paesi.

*Nessuna parte del presente volume può essere riprodotta, tradotta o adattata
con alcun mezzo (compresi i microfilm, le copie fotostatiche e le memorizzazioni
elettroniche) senza il consenso scritto dell'Editore*

ISBN 978-88-95180-21-2

© 2008 Lingomed

Sommario

Presentazione	5
Introduzione	6
1 Il consenso informato	8
2 L'onorario professionale	23
3 La cartella clinica e la scheda odontoiatrica	29
4 La documentazione radiologica	38
5 La polizza di responsabilità professionale	46
6 Il segreto professionale	56
7 La tutela della privacy	63
8 Bibliografia	69



Collaboratori

Giovanni Cannavò

*Specialista in medicina legale e delle assicurazioni,
Presidente della Associazione medico-legale Melchiorre Gioia*

Marco Brady Bucci

Odontoiatra

Daniele Manfredini

Odontoiatra, UOS disordini craniomandibolari, Università di Padova

Luigi Mastroberoberto

*Specialista in medicina legale e delle assicurazioni
Professore a contratto scuola di specializzazione in medicina-legale,
Università di Bologna, Messina e Camerino*

Emilio Nuzzolese

*Odontoiatra, Professore a contratto clinica odontoiatrica Università di Spalato (Croazia),
vice presidente Società Italiana di Odontoiatria Legale e Assicurativa (SIOLA)*

Maria Sofia Rini

Odontoiatra

Mario Provvionato

*Specialista in medicina legale e delle assicurazioni,
libero docente in odontoiatria e protesi dentale*

Giuseppe Carserà

Specialista in medicina legale e delle assicurazioni

Alessandro De Introna

Specialista in medicina legale e delle assicurazioni

Massimo Ferrero

Specialista in odontostomatologia, dirigente servizio di odontoiatria, Ospedale di Aosta

Giorgio Borea

*Specialista in odontostomatologia e ortognatodonzia,
Professore ordinario in odontoiatria e protesi dentaria*

Si ringraziano per la collaborazione i membri del direttivo della Società Italiana di Odontoiatria Legale e Assicurativa per la revisione dei testi, e suggerimenti della casistica.

Presentazione

Abbiamo accolto con favore la proposta di scrivere un compendio di Odontoiatria Legale, che possa aiutare i dentisti rispondendo ai quesiti posti dalla prassi quotidiana.

L'opera che nasce dall'incontro tra le finalità etiche di un'azienda, da sempre attenta alle esigenze del mondo sanitario, e la logica posta alla base del progetto culturale dell'Associazione medico-legale Melchiorre Gioia e della Società Italiana di Odontoiatria Legale e Assicurativa (SIOLA).

L'obiettivo associativo consiste nella promozione del confronto tra esperienze concrete e dottrinali di sanitari e giurisperiti, ponendosi come riferimento culturalmente indipendente per il confronto interprofessionale.

In questo senso viene dedicato ampio spazio all'aggiornamento e al dibattito interdisciplinare, in materia di recenti evoluzioni scientifiche, cliniche e giurisprudenziali, con lo scopo di incontrare le necessità lavorative pratiche.

Oggi è indispensabile per il dentista approfondire i principi etici e sociali — costantemente elaborati dalla dottrina giuridica e medico-legale — che inevitabilmente influenzano la dinamica del rapporto odontoiatra-paziente, sino alla scelta delle opzioni cliniche e all'amministrazione dello studio.

L'aumento del contenzioso in odontoiatria dipende dalla ripetizione di pochi errori tecnici ricorrenti, facilmente identificabili e in parte prevenibili, la cui conoscenza rappresenta il passo preliminare alla prevenzione degli eventi avversi e alla gestione del rischio in una moderna visione della sanità.

Promuovere il dibattito e aprire orizzonti di riflessione sono il motore di questo progetto, per cui abbiamo cercato di raccogliere e rispondere ai quesiti posti dalla prassi clinica quotidiana.

Giovanni Cannavò - Fabrizio Montagna



Introduzione

”

*La somma dell'intelligenza sulla terra è una costante.
La popolazione è in aumento.*

Oggi non basta fare bene l'odontoiatra, ossia garantire corrette diagnosi e terapie adeguate, educare il paziente a una corretta prevenzione dentale, salvaguardare la funzione masticatoria il più a lungo possibile, promuovere la migliore estetica dentale.

Occorre anche ascoltare il paziente, fare counselling, occultare i nominativi sulle ricette, seguire le linee guida raccomandate e i protocolli diagnostico-terapeutici, consegnare l'informativa sulla privacy e richiedere il consenso, mantenere il segreto professionale ma consegnare il referto obbligatorio.

Ancora, è necessario informare il paziente di tutti i rischi connessi con una terapia e ricordarsi che molti dei sintomi sono subdoli o fuorvianti, e l'insidia di un evento avverso, anche grave, è sempre dietro l'angolo.

I tempi della professione al riparo da contestazioni per malpratica sono finiti da tempo e anche il professionista più diligente, perito e prudente, in diverse decadi di onorata carriera, inevitabilmente vede concretarsi il rischio di una disavventura giudiziaria.

Se si considera il numero di pazienti assistiti ogni giorno dall'odontoiatra, moltiplicato per le possibili eventualità patologiche e per i giorni di attività, tenendo in conto le numerose insidie, per esempio legate a malattie concomitanti del paziente, o all'imprevedibilità di talune manovre operatorie, ne emergono prospettive tali da bloccare l'attività.

Se nonostante questo l'odontoiatria continua ad esser praticata con diligenza e passione, dipende: sia dall'elevato livello di competenza medio, tale da consentire al professionista di fronteggiare i rischi correlati alla professione con la dovuta preparazione, che dalla saggia decisione di proteggersi con una buona assicurazione.

L'odontoiatra, a differenza di molti altri professionisti della medicina, non tende a ricorrere alla cosiddetta medicina difensiva, fondata sul principio di non ledere se stessi innanzitutto, rinunciando cioè a interventi o terapie astrattamente proficui per il paziente, ma con qual-

che margine di rischio professionale, e poi curare il paziente. La posizione abituale di libero professionista impone uno standard di prestazione professionale sempre elevato e completo, incompatibile con un atteggiamento rinunciatario o minimalista.

Va ricordato che nello studio odontoiatrico entrano cittadini sempre meno sprovveduti, talvolta sufficientemente preparati, se non addirittura sulla patologia medica, quanto meno sui diritti all'indennizzo. Questo quadro rende quindi altamente probabili casi di contenzioso che il professionista deve potere affrontare con serenità, senza il panico di compromettere seriamente la propria professione e i propri capitali.

Conoscere le regole generali di comportamento clinico legalmente corretto è quindi una necessità per qualsiasi professionista sanitario e basta il rispetto di poche regole – ispirate dalla conoscenza della legge e dal buon senso – per lavorare con serenità.

Giuseppe Draetta - Fabrizio Montagna

1 *Il consenso informato*

”

*Il segreto del successo è la sincerità.
Se impari a fingere è fatta.*

Si tratta di un argomento centrale di dibattito dottrinale in tema di professioni sanitarie, il cui impatto nella prassi della responsabilità odontoiatrica è sopravvalutato in relazione a diversi fattori:

- ▶ l'acquisizione preventiva e particolareggiata non esonera da responsabilità per successivi errori; tantomeno giustifica trattamenti dubbi o controindicati che devono essere rifiutati;
- ▶ il contenzioso, in cui l'esito dipenda da assenza di consenso, rappresenta un'isolata eccezione; soprattutto considerando che in genere le terapie sono erogate su pazienti coscienti, attraverso numerosi appuntamenti, utilizzando tecniche note al pubblico.

La presenza di un valido consenso si rivela dirimente esclusivamente nei casi di eventi avversi prevedibili a priori, ma non sicuramente prevenibili in concreto, da cui sia derivata una lesione permanente alla salute. L'esempio più classico e frequente nella prassi consiste nelle lesioni neurologiche del nervo alveolare inferiore, nel corso di estrazioni di denti del giudizio, i quali mostrino una contiguità radiologica con il canale alveolare, che è dimostrata come nell'80% dei casi sia anche anatomica.

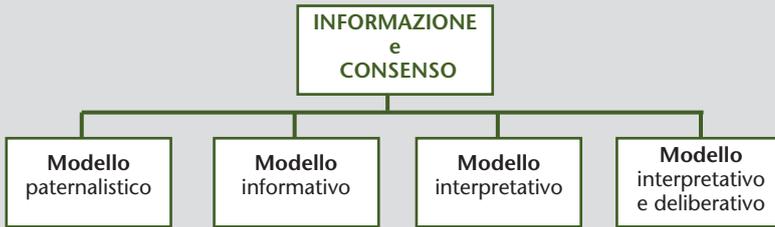
Il paziente, allegando il fatto che, preventivamente informato del rischio, avrebbe rifiutato la terapia, contesta a diritto prestazioni tecnicamente corrette.

Sostanzialmente il consenso è l'espressione del principio di autonomia nella tutela della salute, che il paziente deve avere nelle decisioni mediche e l'informazione ne rappresenta la base.

La dottrina concorda attualmente sul modello informativo-deliberativo del consenso, secondo cui il sanitario aiuta a decidere, individuando i valori del paziente implicati nelle opzioni terapeutiche, considerandoli aperti allo sviluppo e alla revisione attraverso la discussione.

Evoluzione dei modelli di informazione

Schema 1. Modelli di informazione



I requisiti di un valido consenso sono in dottrina:

- ▶ essere preceduto da adeguata informazione;
- ▶ essere preventivo, esplicito, specifico, libero e revocabile in qualunque momento con semplice gesto (ad nutum);
- ▶ provenire da un soggetto clinicamente e giuridicamente capace, che ha disponibilità del bene.

Consenso informato e fonti normative

Costituzione

Garanzia dei diritti inviolabili (art. 2 Cost.)

Libertà personale inviolabile (art. 13 Cost.)

Tutela della salute come fondamentale diritto (art. 32 Cost.)

Codice penale

Liceità di un atto pericoloso in presenza di consenso (art. 50 c.p.)

Violenza privata (art. 610 c.p.)

Stato di incapacità procurato mediante violenza (art. 613 c.p.)

Lesioni personali (artt. 582, 590 c.p.)

Codice civile

Autonomia del paziente limitata per atti lesivi dell'integrità fisica (art. 5 c.c.)

Provenire da soggetto clinicamente e giuridicamente capace (artt. 316, 414 c.c.)

Obbligo di accordo tra le parti per perfezionare il contratto (art. 1325 c.c.)

Vizi del consenso (artt. 1427-1440 c.c.)

Nullità e annullamento del contratto in assenza di valido consenso (artt. 1418, 1427 c.c.)

Codice deontologico (artt. 33-38 c.d.)

Acquisizione preventiva

Forma scritta per rischio dell'integrità fisica

Informazione su diagnosi, prognosi, prospettive e alternative terapeutiche

Adeguato alla comprensione del paziente

Numerosi sono, tuttavia, quesiti e incertezze ricorrenti nella prassi, che andremo ad analizzare.

Informazione adeguata

L'informazione è la verità di quanto può realmente accadere al paziente e il consenso l'autorizzazione a procedere alla terapia; da un'informazione incompleta deriva un'autorizzazione non valida e un atto arbitrario, fonte di illecito.

La ragionevolezza e l'adeguatezza deve comportare l'esclusione del flusso informativo di inutili considerazioni di dettaglio e mantenere un rapporto di diretta proporzionalità, sia tra informazione e rischio dell'intervento, che tra esigenze e capacità di comprensione del paziente, entro un criterio di diligenza professionale media.

Negli atti di routine, il sanitario può limitarsi a comunicare le informazioni strettamente necessarie, scendendo nei dettagli solo su specifica richiesta. Mentre è opportuno che l'informazione divenga più dettagliata in relazione agli interventi più rischiosi, in modo da mettere il paziente in condizioni di valutare il quadro complessivo della situazione e comprendere la natura della malattia, la sua evoluzione, le probabilità di guarigione, le modalità di trattamento, i risultati e rischi prevedibili (art. 33-38 c.d.).

Del resto un'informazione troppo dettagliata, che ambisce ad essere totalizzante, corre il rischio sia di omettere nell'elenco complicanze rare, fornendo al paziente spunto per rivendicazioni strumentali, che di rappresentare incomprensibili capitoli di appalto o catastrofici e dissuasivi elenchi di rischi irrealistici, non espressione di diligenza, quanto ispirati alla finzione legale di una medicina difensiva.

Per quanto riguarda il contenuto è difficile un'astratta predeterminazione quantitativa e qualitativa degli elementi di informazione, problema che deve essere risolto in concreto nei singoli casi in conformità ai principi di correttezza e di buona fede (art. 1175 c.c.), evitando la frettolosa elencazione e la sottovalutazione dei rischi, la burocratizzazione e il mancato dialogo con il paziente. Atteggiamento perseguibile nella pratica odontoiatrica, in cui il professionista ha la possibilità di vedere diverse volte il paziente e di instaurare un rapporto di collaborazione che gli consente di graduare l'informazione e di verificare alla seduta successiva il grado di comprensione dello stesso.

La Corte di Cassazione in numerose sentenze, incentrate sui temi dell'informazione e del consenso, ha affermato che il paziente ha il diritto a potersi determinare *“con l'ausilio del sanitario verso le scelte*

possibili attraverso una cosciente valutazione dei rischi relativi e corrispondenti vantaggi” (sentenza n. 364 del 1996/1997 della III sezione civile) e che il medico deve informare il paziente avendo riguardo *“alla natura e all’urgenza dell’intervento, alle condizioni psicofisiche e al grado di cultura del malato e ad ogni fattore suggerito dalle circostanze”*.

Esiste la necessità di rappresentare al paziente solo le conseguenze tipiche e concretamente prevedibili del trattamento e non quelle atipiche: *“Si intende dire che, se non immaginabili erano le conseguenze poi effettivamente realizzatesi, non doverosa era da parte del medico la preventiva prospettazione di quei remoti pericoli...”* (Pretura penale di Monza, sez. dist. di Desio, sentenza n. 725/93).

Forma libera del consenso

Il mezzo con cui si manifesta la volontà negoziale è definito forma e nell’ordinamento vige il principio di libertà di forma (art. 1350 c.c.).

La manifestazione tacita del consenso risulta implicita nel fatto stesso con cui si dà corso all’esecuzione del contratto, consistente in un comportamento che sarebbe incompatibile secondo il comune modo di pensare ed agire con una volontà diversa (c.d. *facta concludentia*). Per la maggior parte dei casi il consenso può essere considerato implicito nella richiesta stessa di prestazione o presunto per lo svolgimento di diversi appuntamenti, e viene ritenuto sufficiente nei casi di trattamento semplici e conosciuti dai pazienti.

La dichiarazione espressa è attuabile con qualunque mezzo che renda palese il pensiero, sia oralmente che per iscritto; l’opportunità del consenso scritto è proporzionale all’aumento della complessità e ai rischi dell’intervento. Ottenere una manifestazione di consenso in forma scritta è utile ai fini probatori di un eventuale giudizio, per documentare l’esatto adempimento del dovere di informazione e l’ulteriore momento di riflessione da parte del paziente.

Terapie dubbie o controindicate

Un delicato problema etico e giuridico, in cui si pone l’interrogativo su quale debba essere il comportamento corretto del sanitario, si riferisce alla richiesta da parte del paziente di cure di dubbia validità o controindicate in base alle conoscenze scientifiche consolidate, come può avvenire per la richiesta di interventi di implantologia o protesi gravate da una elevatissima probabilità di insuccesso o da estrazioni dentarie di

elementi sani, in assenza di alcuna finalità di tutela della salute. Una prima opinione minoritaria sostiene che il sanitario debba informare debitamente il paziente delle priorità d'intervento, ma che, persistendo la pressante richiesta e il rifiuto di altre soluzioni, dopo avere ottenuto un consenso informato preferibilmente scritto, possa procedere alla prestazione dubbia.

L'orientamento prevalente, invece, ritiene che il consenso dell'avente diritto non sia sufficiente ad autorizzare l'odontoiatra a fornire la prestazione richiesta, qualora l'intervento configuri un atto di disposizione del proprio corpo dal quale possa derivare una diminuzione permanente dell'integrità fisica; quindi che la prestazione vada doverosamente rifiutata, configurando l'ipotesi di lesione personale.

In queste e similari situazioni si ritiene che il principio dell'autonomia negoziale, inteso nell'accezione di determinare tipo, contenuto e modalità del contratto (art. 1322 c.c. e seguenti), risulti notevolmente ridimensionato dalla imposizione di numerosi e penetranti limiti imposti dalla legge alla potestà di curare:

- ▶ il dettato costituzionale, che sancisce il diritto all'autodeterminazione (art. 32 Cost.), non legittima il paziente a disporre della propria salute senza alcuna limitazione e permane l'obbligo di salvaguardare l'integrità fisica del paziente (art. 5 c.c.);
- ▶ la scriminante della stessa volontà del paziente (art. 50 c.p.), viene ritenuta inoperativa per escludere la colpa del sanitario, in quanto il diritto alla salute è un bene indisponibile;
- ▶ in materia contrattuale qualsiasi patto che escluda o limiti preventivamente la responsabilità del debitore per dolo o colpa grave è ritenuto nullo (art. 1229 c.c.).

Tali situazioni non devono, ovviamente, essere confuse con prestazioni lecite che rientrano nella normale variabilità della prassi medica professionale, come ad esempio trattamenti di basso profilo tecnico o, all'opposto, caratterizzati da uno sfavorevole rapporto costo economico o beneficio di durata nel tempo, per risolvere situazioni contingenti proprie del paziente.

Minori e incapaci

Affinché il consenso sia valido deve essere prestato da un soggetto in grado di comprendere la natura dell'intervento e i rischi connessi, e l'incapacità, legale o naturale è causa della nullità e dell'annullabilità del contratto (artt. 1418, 1425-1426 c.c.).

La capacità di intendere e volere è il presupposto della capacità di agire, requisito fondamentale perché la persona possa compiere negozi giuridici e, nel nostro ordinamento, si ritiene un soggetto capace quando è maggiorenne e non interdetto.

Per il minore, cioè sino al compimento del diciottesimo anno di età, il consenso va richiesto: ai genitori congiuntamente (art. 316 c.c.), al coniuge affidatario in caso di scioglimento del matrimonio (art. 155 c.c.) o al tutore in loro mancanza.

L'esercizio della potestà genitoriale è sempre inquadrata nell'ottica della tutela della salute del figlio (art. 5 c.c.), per cui non potranno essere richiesti interventi lesivi. In caso di disaccordo, su importanti scelte da intraprendere, è prevista la figura del giudice tutelare a cui fare riferimento per dirimere le controversie.

Una ulteriore considerazione va fatta in merito all'età del minorenne, in quanto con l'accrescimento corporeo vi è anche una maturazione psichica; oltre i 14 anni il giudice sente il minore in caso di contrasto sull'esercizio della patria potestà (art. 316 c.c.).

L'interdetto è dichiarato, con documento dell'Autorità Giudiziaria, incapace di provvedere ai propri interessi e il consenso deve essere ottenuto dal tutore a cui è affidato dal tribunale (art. 414 c.c.).

L'inabilitato, invece, è riconosciuto in grado di esprimere il proprio consenso, poiché affetto da uno stato di infermità mentale non grave (art. 415 c.c.). La situazione è sovrapponibile per il minore emancipato (coniugato, età superiore ai 16 anni) e riguarda atti di normale amministrazione.

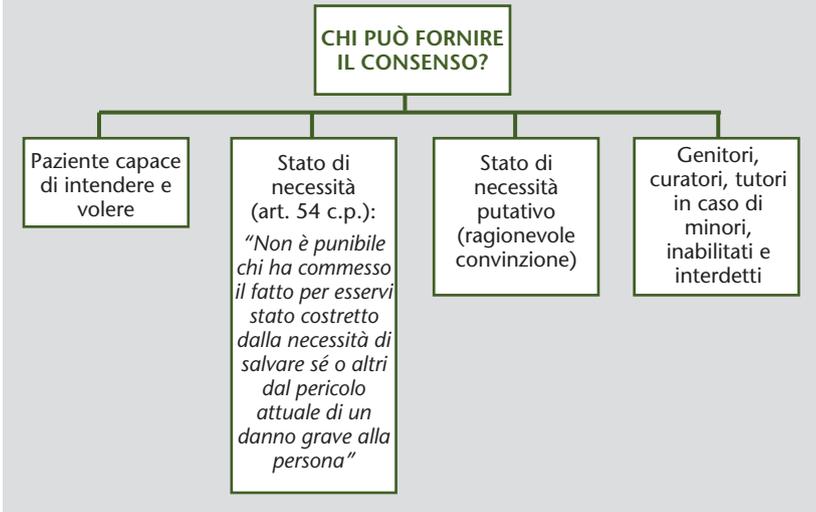
Altra situazione che si può presentare nella pratica clinica è quella di intervenire su soggetti anziani, che presentino deficit cognitivi più o meno importanti, nei quali sia in dubbio la reale capacità di comprendere; situazioni in cui spetta al sanitario verificare che il soggetto sia in grado di esprimere un valido consenso.

Ai soggetti capaci (e non ad altri, vedasi ad esempio i figli) sarà chiesto di esprimere un consenso agli atti a cui saranno sottoposti, fornendo una chiara e comprensibile spiegazione rapportata alle capacità di comprensione del soggetto, tenendo presente le limitazioni imposte agli atti di disposizione del proprio corpo (art. 5 c.c.), in modo da opporsi a richieste ritenute non coerenti.

Nei soggetti incapaci (o in caso di dubbio) è opportuno rinviare i trattamenti procrastinabili, attendendo la ripresa in caso di incapacità temporaneamente o la nomina di un tutore in caso di incapacità duratura. In caso di interventi indifferibili vige la doverosità d'intervento, stanti lo stato di necessità e la doverosità del soccorso (artt. 54, 593 c.p.).

Evoluzione dei modelli di informazione

Schema 2. Titolarità del consenso ed esimenti



Vizi di consenso

Uno dei principali motivi di contestazione in ambito sanitario è la mancanza di consenso conseguente a un'informazione deficitaria che induce il paziente a intraprendere terapie alle quali, se correttamente edotto sulle complicità, non si sarebbe sottoposto.

Il concetto trova riscontro nei vizi di consenso del contratto (artt. 1427-1440 c.c.), con cui si fa riferimento ai vizi della volontà (errore, dolo e violenza morale) intesi come elementi perturbatori che si inseriscono nel processo formativo della volontà fuorviandola. Sono considerati difetti genetici (originari) della causa del contratto e ne determinano l'inefficacia in forma di annullabilità. L'errore costituisce una falsa rappresentazione della realtà e può essere di due specie.

L'errore ostativo (ostacolo) si realizza quando si determina divergenza tra dichiarazione e volontà; ad esempio il paziente dice il nome di una terapia o indica un dente da curare ma ne intende un altro. L'errore vizio consiste in una falsa rappresentazione che incide sul processo formativo della volontà; ad esempio il paziente pensava di accettare di sottoporsi a un trattamento odontoiatrico diverso da quello che in realtà era, come ad esempio una protesi mobile invece di una fissa.

L'errore, per essere causa di annullabilità del negozio deve essere:

- ▶ essenziale, tale cioè da determinare la parte a concludere il negozio; nel nostro caso convincere il paziente a sottoporsi a quello specifico trattamento eseguito al quale in realtà non voleva sottoporsi;
- ▶ riconoscibile dall'altro contraente con la normale diligenza (art. 1431 c.c.), cioè identificabile da parte di un odontoiatra in una situazione analoga; viceversa operare in buona fede, non avendo riconosciuto l'errore del paziente, esclude l'illecito per il principio della conservazione e affidamento nella tutela del contratto.

Il dolo (artt. 1439, 1440) va inteso come dolo-vizio della volontà, diverso dal dolo elemento psicologico del reato, cioè come artificio o raggirio di un soggetto (deceptor) in grado di determinare un altro (deceptus) a porre in essere un negozio che altrimenti non avrebbe concluso. Da questo *dolus malus* va distinto il *dolus bonus*, che non ha alcuna rilevanza giuridica; in ambito commerciale è rapportabile, ad esempio, alla normale esaltazione della qualità di un prodotto a scopo pubblicitario e di vendita. Nel settore odontoiatrico possiamo pensare alla normale descrizione che l'odontoiatra può fare dei vantaggi inerenti la proposta terapeutica e della propria esperienza e capacità clinica per rassicurare il paziente.

La violenza morale (artt. 1434-1438) consiste nella minaccia di un male ingiusto (antigiuridico) e notevole (di una certa entità) per determinare un soggetto sensato a compiere un negozio. L'ipotesi non risulta applicabile all'odontoiatria, ma possono sussistere condizioni limite, per così dire psicologiche, che possono interferire con l'acquisizione di un consenso libero da alcun vincolo, fonte di rapporti conflittuali anche se non di illecito, come ad esempio la paura, l'ignoranza, la sofferenza, il nesso di inferiorità nei confronti del medico, il desiderio di compiacere i familiari.

Responsabilità civile

Il rapporto, instaurato tra odontoiatra e paziente con la richiesta di cure, consiste in un contratto, cioè un negozio giuridico che, per formarsi correttamente, richiede alcuni elementi essenziali quali consenso, causa, oggetto e forma (art. 1325 e s.s. c.c.); la cui assenza determina la nullità o l'annullabilità del contratto per difetto genetico originario. Il dovere di informazione del professionista viene ricondotto dalla dottrina civilistica al dovere generale di correttezza e buona fede (art. 1175 c.c.) e la violazione interpretata come fonte di responsabilità contrattuale (Cassazione Civile, II sez., sentenza n. 4394/1985 e conforme n. 1131/76).

La conseguenza giuridica di un negozio fondato su vizio di consenso è l'inefficacia del contratto e l'annullabilità; azione che è a domanda della parte interessata, sanabile mediante conferma espressa o tacita dell'atto viziato, con un termine di prescrizione di cinque anni (artt. 1418-1446 c.c.).

Con l'azione di annullamento le prestazioni effettuate costituiscono un indebito oggettivo (art. 2033 c.c.) e, in quanto prive di titolo, devono essere restituiti i corrispettivi percepiti.

Inoltre, secondo orientamento giurisprudenziale concorde, è ipotizzabile un obbligo risarcitorio connesso alla sola violazione del dovere di informazione, secondo cui il sanitario può essere chiamato a rispondere come conseguenza dell'atto arbitrario, anche per lesioni e danni non riconducibili a colpa (complicanze); mentre lo stesso rischio, in caso di corretta informazione, si trasferirebbe in capo al paziente stesso.

In ambito odontoiatrico si verificano, talvolta, situazioni di contestazione tra sanitario e paziente, inerenti l'esecuzione di cure diverse da quelle pattuite, spesso non disgiunte da un aumento dei costi, a fronte di una mancata informazione.

La contestazione della omessa o incompleta informazione, di per sé, non è sufficiente a rendere inefficace il contratto, posto che nel nostro ordinamento sussistono alcuni principi generali che tutelano il negozio giuridico: principio di conservazione (art. 1367 c.c.) e principio della tutela dell'affidamento (art. 1366 c.c.).

Nell'ipotesi di processo civile, il magistrato, per dirimere il contenzioso, deve eseguire l'interpretazione del contratto, che consiste nell'attività rivolta ad indagare e ricostruire il significato da attribuire alle dichiarazioni contrastanti delle parti.

Secondo il principio dell'affidamento, essenzialità e riconoscibilità dei vizi di consenso devono essere rilevanti al punto tale da fuorviare la volontà di una persona diligente e ragionevole.

La necessità di accertare la presenza e la rilevanza di tali vizi di consenso, per eccepire l'annullabilità del contratto, costituisce il criterio di base della tutela dell'affidamento che distribuisce equamente e oggettivamente il rischio contrattuale tra creditore e debitore.

In altri termini è opportuno tutelare non solo la parte caduta in errore esprimendo il consenso (paziente-creditore), bensì anche la controparte (sanitario-debitore) che, a causa dell'errore del primo, non può condurre a termine il contratto.

Sicché se il sanitario era in grado di conoscere l'errore, usando l'ordinaria diligenza, è logico e giusto agire per l'annullamento del contratto; se, invece, non poteva riconoscerlo è contrario a ogni principio di logica e di giustizia addossargli il rischio della perdita economica.

Responsabilità penale

I punti focali da tenere presente sono che la salute è un diritto inviolabile del cittadino, la cui tutela trova diretta applicazione nel codice civile, penale e deontologico, che ribadiscono valore del consenso all'atto sanitario quale causa di giustificazione della liceità dell'atto terapeutico lecito; quindi che il sanitario dispone della facoltà o potestà di cura e non del diritto di curare.

Per atto medico arbitrario si intende il trattamento sanitario eseguito senza consenso, fattispecie che integra, secondo l'opinione dominante in giurisprudenza e dottrina, le seguenti figure di reato:

- ▶ la violazione della libertà morale, cioè del diritto del cittadino di autodeterminazione della propria salute, scegliendo o rifiutando un determinato trattamento, configura il delitto di violenza privata (art. 610 c.p.);
- ▶ la lesione dell'integrità fisica integra il delitto contro la vita e l'incolumità individuale di lesioni personali volontarie (artt. 582, 583 c.p.).

L'ipotesi di colpa (art. 590 c.p.) è proposta nel caso il sanitario sia in grado di giustificare gli elementi in base ai quali, sia pure erroneamente, ha ritenuto esistesse il consenso del paziente. È utile sottolineare che l'arbitrarietà del trattamento rende in pratica inutile l'esame dell'errore o dell'esito delle cure; in quanto le conseguenze negative, collegate in via di causalità all'atto, saranno comunque poste a carico del sanitario. Il delitto di lesioni volontarie esclude, come causa giustificatrice, la scriminante del consenso dell'avente diritto (art. 50 cp) e, anche il consenso eventualmente prestato, non è valido se l'atto si risolve in una menomazione permanente dell'integrità fisica (Corte di Cassazione, II sez. Penale, sentenza n. 594/1988). Va inoltre ricordato che le conseguenze civili (risarcimento danni) che conseguono alla condanna penale per dolo, non sono manlevabili dalle polizze assicurative. Attualmente appaiono meno condivise le opinioni, accreditate in passato, che tendevano ad escludere la sussistenza di delitto di lesioni personali: qualora vi fosse stato un miglioramento delle complessive condizioni di salute del soggetto (principio di beneficiarietà); per l'assunto che, proprio per le sue finalità, l'attività medico chirurgica non può integrare il delitto di lesioni personali.

Onere della prova

In tema di prova del contenuto dell'informazione, parte della giurisprudenza afferma che incombe *“sul paziente l'onere di provare la*

non esauriente comunicazione preventiva dei rischi connessi all'intervento" e l'allegazione che, qualora tali rischi fossero stati prospettati, il medesimo non si sarebbe sottoposto a trattamento (Corte d'Appello di Milano, I sez. civ., sent n. 468/95; in senso conforme Corte d'Appello di Milano, I sez. civ. 30/4/91, confermata dalla Corte di Cassazione sent. n. 10014/94). Si tratta di una interpretazione analogica della norma del codice civile che ammette la presunzione di conoscenza in materia contrattuale e riconosce la difficoltà di provare l'accettazione dell'altra parte, da chi ha fatto la proposta (art. 1335 c.c.).

Ne consegue che la dimostrazione della prova della violazione dell'obbligo di informazione da parte del sanitario, incombe sul paziente sia in ambito civile e a maggior ragione in penale.

Comunque, secondo un più attuale orientamento maggioritario, la dimostrazione dell'avvenuta informazione e consenso vengono considerati equidivisi tra le parti. La mancata produzione di una documentazione scritta non influisce automaticamente sul profilo di responsabilità, ma solo sulla difficoltà di prova che avverrà necessariamente attraverso testimoni o per presunzioni semplici.

Del resto esiste il rischio che la dimostrazione di un'avvenuta e corretta informazione orale, in certi casi, venga a costituire una prova più sensibile a impostazioni soggettive (affermazioni del tipo non sapevo, non mi è stato detto chiaramente, non ho capito), che a realtà oggettive sostanziate da documenti o testimonianze precise.

Possono risultare dirimenti alcune prove la cui affidabilità aumenta in caso di congruenza verso un comune regime probatorio: testimonianze del personale di studio, annotazioni (anche generiche) sulla cartella clinica e diari clinici aggiornati. La conservazione in archivio di documenti (preventivi, certificati di conformità di protesi, corrispondenza), anche se non dirimente, risulta opportuna in considerazione dell'importanza attribuita al processo continuo di formazione e revocabilità del consenso informato, sia nella fase preliminare, che successiva l'esecuzione della prestazione, come nel caso di cessazione del rapporto di cura per volontà unilaterale del paziente.

Per il futuro si devono trarre le conclusioni dalla dottrina giuridica, dalla giurisprudenza e dall'opinione pubblica per approdare a un uso sistematico di un consenso scritto sufficientemente informato.

Domande frequenti

La violazione dell'obbligo di consenso è contestazione ricorrente in responsabilità professionale e lamentare la mancata informazione

scritta di dettaglio si dimostra comoda motivazione strumentale per attivare il contenzioso giudiziario da parte di pazienti insoddisfatti. Nel tempo tale situazione ha provocato una reazione di diffuso malessere tra gli odontoiatri, che, alla ricerca di un inesistente standard legale, hanno tentato di formulare ricette di comportamento, che rilevano lo scopo di creare un falso senso di sicurezza. Molto è stato scritto in letteratura sui requisiti fondamentali di un valido consenso, ma la prassi clinica pone domande a cui, per le molteplici varianti, non è possibile dare una risposta univoca e valida per tutti i casi, quanto fornire un orientamento verso le giuste scelte.

A chi va data l'informazione?

La capacità di intendere e volere è il presupposto della capacità di agire, quindi di compiere negozi giuridici; nel nostro ordinamento l'incapacità legale o naturale è causa di annullabilità del contratto.

Un soggetto è capace quando è maggiorenne e non interdetto; quindi il consenso va richiesto:

- ▶ per i minori ai genitori, al genitore affidatario in caso di scioglimento del matrimonio o al tutore in loro mancanza; al minore stesso se emancipato con matrimonio;
- ▶ per gli interdetti al tutore, in quanto attestati non in grado di provvedere ai loro interessi;
- ▶ per l'inabilitato al paziente stesso, se non affetto da infermità mentale grave, che ne alteri la capacità di esprimere il consenso.

Di fronte a persone anziane con deficit cognitivo non interdette, è opportuno rinviare i trattamenti attendendo la ripresa in caso di incapacità temporanea o la nomina di tutore in caso di incapacità duratura.

Come va data l'informazione?

Per il consenso vige il principio di libertà della forma (art. 1350 c.c.). È sufficiente l'orale in odontoiatria, mentre la scritta è necessaria in medicina solo nei casi previsti dalla legge (ad esempio trasfusioni e trapianti d'organo).

Il consenso tacito (presunto o implicito) rappresenta la regola e viene ritenuto sufficiente per trattamenti di routine; è considerato insito nella stessa richiesta di cure del paziente.

Il consenso esplicito è la dichiarazione espressa con qualunque mezzo (orale o scritto) e la sua opportunità è proporzionale all'aumento della complessità e dei rischi dell'intervento.

La forma scritta, mediante moduli firmati dal paziente, presenta i vantaggi dell'efficacia ai fini probatori in un eventuale giudizio, meno contestabile di semplici annotazioni riportate sulla scheda clinica.

Va del resto ricordato che l'attuale indirizzo prevalente in giurisprudenza pone l'onere della prova dell'avvenuta informazione in capo al professionista. La dimostrazione del consenso, in assenza di documenti, si basa sull'escussione di testimoni. Prove che esulano le competenze medico-legali, e che sono frequentemente ininfluenti sull'esito processuale; visto che, nella quasi totalità dei casi si sovrappongono chiari errori tecnici inescusabili.

Quanto occorre specificare in tema di rischio e di insuccesso?

Esiste la necessità di rappresentare al paziente solo le conseguenze tipiche e concretamente prevedibili del trattamento e non quelle atipiche e non immaginabili.

Un'informazione troppo dettagliata, che ambisce ad essere totalizzante, corre il rischio:

- ▶ di omettere nell'elenco complicanze che forniscono al paziente spunti per rivendicazioni strumentali;
- ▶ di tradursi in capitolati di appalto catastrofici e dissuasivi.

Non è possibile fornire indicazioni perentorie, da cui deriva l'inutilità della proliferazione di modulistiche complesse, preparate con chiari intenti di medicina difensiva.

Va genericamente mantenuto un atteggiamento di adeguatezza e ragionevolezza in un rapporto di diretta proporzionalità tra informazione, rischio dell'intervento, esigenze e capacità di comprensione del singolo paziente, in base al principio di correttezza e buona fede contrattuale (art. 1175 c.c.).

Quali sono le conseguenze della mancata informazione?

Un atto arbitrario, eseguito in assenza di consenso, integra le figure di reato e illecito a prescindere dall'esito positivo, dalla correttezza delle cure e dal profilo di colpa. In ambito penale l'assenza di informazione integra le seguenti figure di reato:

- ▶ violazione della libertà morale di autodeterminazione della propria salute (art. 610 c.p.);
- ▶ lesioni personali volontarie (artt. 582, 583 c.p.) o colpose (art. 590 c.p.);
- ▶ stato di incapacità procurato mediante violenza (art. 613 c.p.).

In ambito civile, per i vizi consenso (artt. 1427-1440 c.c.) è prevista l'azione di annullamento del contratto da parte del cittadino e quindi la ripetizione dell'indebito.

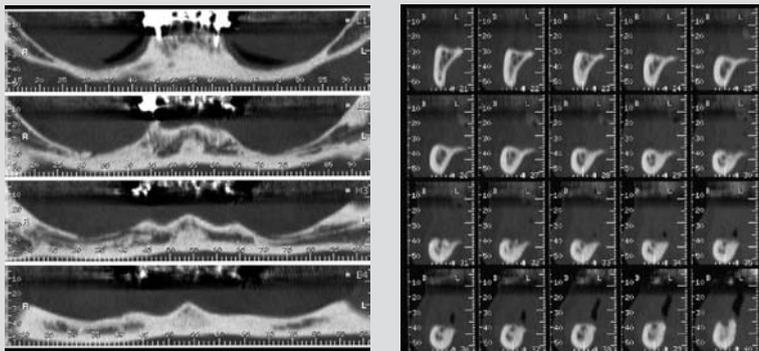
Va comunque precisato che allegare strumentalmente la contestazione di omessa o incompleta informazione, non è sufficiente a rendere inefficace il contratto, posto il principio generale, che nel nostro ordinamento tutela il negozio giuridico, come base del contratto sociale: principio di conservazione (art. 1367 c.c.) e della tutela dell'affidamento (art. 1366 c.c.). Il vizio di consenso per essere causa dell'annullabilità del negozio deve essere:

- ▶ essenziale, cioè tale che avrebbe determinato la parte (cittadino) a non concludere il negozio;
- ▶ riconoscibile dall'altro contraente (sanitario) con la normale diligenza (art. 1431 c.c.).

Caso 1 – Implantologia. Lesioni neurologiche —

Una paziente edentula con atrofia mandibolare veniva operata in anestesia generale in ospedale per trasposizione del nervo alveolare inferiore destro e sinistro; intervento a cui residuava ipoestesia bilaterale in zona labiale e mentoniera.

La paziente riferiva che la programmazione terapeutica riguardava un intervento di innesto d'osso, diverso dalla procedura accettata; contestualmente il consenso informato, allegato alla cartella clinica, non riportava tipo di intervento e complicanze neurologiche, citate in letteratura con percentuali significative (15%).



Tomografia computerizzata preoperatoria.

L'inserimento differito degli impianti presso uno studio privato peggiorava l'ipo-anestesia bilaterale e causava la comparsa di disestesia di tipo continuo all'emivolto sinistro, aggravata da occasionali crisi algiche acute.



Ortopantomografia al momento della visita medico-legale.

Il parere medico-legale individuava responsabilità solidale a carico dell'equipe ospedaliera per carenza di consenso informato; dell'odontoiatra privato per il non condivisibile posizionamento differito di impianti che aumenta il rischio di lesioni, quando, come nel caso in esame, non siano eseguiti ulteriori esami radiologici preoperatori.



Situazione endorale al momento della visita medico-legale.

2 *L'onorario professionale*

”

*Se lo spirito è forte ma la carne è debole,
perché vince sempre la carne?*

In un questionario somministrato agli albori della nostra esperienza, nel tentativo di quantificare l'incidenza della responsabilità professionale, ci colpì la risposta di un arguto intervistato sulle modalità di innesco del contenzioso: “Perché ho chiesto la parcella”.

È nozione comune che i due momenti spesso coincidano, talvolta turbando rapporti fiduciari sino a poco prima ideali, per non dire idilliaci. È risaputo che per molti professionisti la maggiore difficoltà è rappresentata dalla gestione extraclinica, che può arrivare a superare un terzo del tempo dedicato allo studio, e che questa attività, di gestione finanziaria e di recupero, rappresenta parte tanto consistente, quanto frustrante. Del resto è necessario, almeno in alcune fasi della vita, lavorare per denaro, finché l'età non ci affranchi; senza dimenticare che il guadagno segue la passione e non l'anticipa.

Affrontiamo, quindi, il problema in chiave problem solving o di FAQ (frequent asked questions) e rimandiamo al riquadro riportato nella pagina seguente, per l'inquadramento normativo, sicuramente completo, ma di minore suggestione e immediata comprensione.

Domande frequenti

*Entro quanto tempo va richiesta la parcella?
Si estingue il diritto nel tempo?*

Il diritto al compenso si estingue per prescrizione, se il professionista non esegue la richiesta entro tre anni dal momento della terapia, anche se vi è stata continuazione di rapporto per prestazioni diverse (artt. 2957, 2958 c.c.). Per tale motivo è importante interrompere il periodo di decorrenza, inviando al paziente moroso una lettera raccomandata (meglio A/R), che riazzera il computo del tempo.

Norme deontologiche e giuridiche in materia di onorario

Legge tariffaria (L. 244/1963)

- ▶ Istituzione di tariffa minima nazionale del Ministero della Salute
- ▶ Vietato l'esercizio a onorari inferiori alla tariffa minima o forfettari
- ▶ Onorari equi, commisurati all'importanza della prestazione e dignità professionale
- ▶ Aumento del 50% degli onorari minimi per specialisti, professori universitari, primari
- ▶ Per prestazioni multiple in unica seduta, tariffa intera per la più importante e ridotta del 50% per le rimanenti

Codice Civile

- ▶ Modalità di determinazione della misura del compenso in caso di lite (art. 2233 c.c.)
- ▶ Anticipazione di spese e acconti (art. 2234 c.c.)
- ▶ Pagamento del compenso per l'opera svolta in caso di recesso unilaterale dal contratto (art. 2237 c.c.)
- ▶ Prescrizione triennale del diritto al corrispettivo (art. 2956 c.c.)
- ▶ Rescissione per lesione (art. 1448 c.c.)
- ▶ Risoluzione del contratto per inadempimento (artt. 1453-1462 c.c.)
- ▶ Ripetizione dell'indebito per pagamenti non dovuti (artt. 2033-2040 c.c.)

Codice di procedura civile

- ▶ Azione di ingiunzione di pagamento (artt. 633, 636 c.p.c.)
- ▶ Opposizione e causa di merito per risarcimento danni (art. 645 c.p.c.)

Codice deontologico (art. 54 c.d.)

- ▶ Principio generale della libera intesa tra sanitario e cittadino
- ▶ Commisurazione a difficoltà, competenze e mezzi impegnati
- ▶ Comunicazione preventiva del cittadino
- ▶ Divieto di subordinare i compensi ai risultati
- ▶ Prestazioni gratuite in assenza di concorrenza sleale o accaparramento di clientela

A chi è indirizzata la richiesta in caso di minori e incapaci?

Il rapporto è regolato dal consenso dell'avente diritto, requisito fondamentale per la validità del contratto (artt. 1312, 1325 c.c.); risponde economicamente:

- ▶ il paziente capace di intendere e volere;
- ▶ i genitori per i minori; poiché per il nuovo diritto di famiglia è sufficiente il consenso di uno dei genitori, o da chi ne fa le veci;
- ▶ lo stesso minore che abbia contratto matrimonio, in quanto emancipato di diritto;

- ▶ il tutore per soggetti interdetti, in quanto non possono rendere valido consenso a causa della loro infermità;
- ▶ il curatore, che ha carattere prettamente patrimoniale, per l'inabilitato.

In una società variegata da famiglie di fatto, aumenta l'importanza di contratti a favore di terzi (artt. 1411-1413 c.c.). Si tratta di figure più spesso ricorrenti in contratti di assicurazione sulla vita, che individuano terzi beneficiari, ma che possono presentarsi anche per spese di terapia.

Per un interesse morale, la parte stipulante designa un terzo quale avente diritto alla prestazione di cura, assumendo l'onere del corrispettivo verso il sanitario (promittente).

Quali sono i mezzi e relativi rischi per riscuotere un credito da un paziente moroso?

Parliamo ovviamente di mezzi giuridici individuati dal codice di procedura civile. L'azione di ingiunzione di pagamento ingiunge al debitore di pagare la somma nel termine di 40 giorni; in mancanza di opposizione si procede ad esecuzione forzata mediante ufficiale giudiziario (artt. 633-647 c.p.c.).

L'applicazione ideale si scontra con alcuni problemi di ordine pratico che si traducono in aggravii di spese o effetti controproducenti:

- ▶ in caso di mancata notifica al paziente moroso entro 60 giorni dalla pronuncia del giudice, il decreto diviene inefficace e può essere riproposto (art. 644 c.p.c.);
- ▶ la fase di esecuzione può evidenziare l'insolvibilità del moroso;
- ▶ circa il 30% delle cause di merito per responsabilità professionale originano da opposizione a decreto ingiuntivo e domanda riconvenzionale di risarcimento danni (in pratica il paziente blocca la richiesta di pagamento del professionista contestando la prestazione in causa).

Poiché la domanda di ingiunzione deve essere corredata dal parere dell'Ordine, sarebbe opportuno che la Commissione Odontoiatri non si limitasse alla verifica della congruità del tariffario, ma assumesse un ruolo attivo di conciliazione tra le parti e di avvertimento del professionista dei rischi correlati alla procedura.

Alcune considerazioni, utili a individuare i casi a rischio, sono importanti prima di procedere:

- ▶ controllare residenza, lavoro e solvibilità del moroso;

- ▶ verificare la correttezza delle terapie, per non cadere nel paradosso di costringere un paziente insoddisfatto, che per spirito pratico non avrebbe promosso azione legale, a scegliere se pagare “danneggiato e beffato” o reagire.

Come viene determinata dal giudice l'entità del compenso in caso di contenzioso?

Nel caso si instauri un contenzioso sull'entità del compenso il magistrato procede alla determinazione mediante tre modalità, al fine di correggere errori materiali (art. 2233 c.c.):

- ▶ rettificando l'accordo tra le parti;
- ▶ facendo riferimento diretto a tariffe e usi;
- ▶ per intervento diretto sentito l'Ordine professionale.

Non infrequentemente il quesito di consulenze tecniche di ufficio ha per oggetto la verifica delle prestazioni eseguite e la valutazione dei tariffari. Valutare la congruità dell'onorario esige una certa elasticità, facendo riferimento: ai tariffari medi vigenti per epoca dei fatti e provincia; difficoltà della prestazione; titoli e specializzazioni del sanitario.

Esiste un tariffario massimo? Quali i rischi di onorari ingiustificatamente elevati?

Il precedente codice deontologico prevedeva l'introduzione di una tariffa massima tesa ad assicurare uniformità di comportamento; iniziativa che rimase disattesa ed è assente nell'attuale formulazione.

A fronte della richiesta di onorario indebitamente elevato, il paziente può proporre azione generale di rescissione del contratto per lesione (art. 1448 c.c.). I presupposti dell'azione sono:

- ▶ sproporzione fra le due prestazioni superiore alla metà (lesione ultra dimidium), ovvero l'onorario richiesto è del 50% superiore al valore medio della terapia;
- ▶ stato di bisogno, interpretato in senso lato;
- ▶ approfittamento dello stato di bisogno, ossia la consapevolezza di tale stato e la convinzione di trarne una immoderata utilità economica.

In caso di prestazioni fonte di responsabilità professionale, l'onorario va restituito?

Quando il dentista non assolve le proprie obbligazioni, il paziente può chiedere in giudizio lo scioglimento del rapporto contrattuale

(risoluzione per inadempimento, artt. 1453-1466 c.c.). Come conseguenza la legge dispone che la parte inadempiente deve restituire quel che abbia già ricevuto, per le prestazioni scorrettamente eseguite, secondo le norme relative alla ripetizione dell'indebito (artt. 2033-2040 c.c.), in quanto il pagamento è ritenuto non dovuto.

È opportuno ricordare che le polizze assicurative per responsabilità professionale manlevano il danno alla persona (responsabilità extracontrattuale) e che quindi la restituzione del corrispettivo pende in capo al professionista.

Caso 2 – Implantologia: errato posizionamento —

Il medesimo odontoiatra eseguiva un impianto immediato con carico differito e, a distanza di quattro mesi dalla protesizzazione, una rigenerazione ossea guidata.

Nel corso di un successivo intervento un consulente, presso lo studio del primo operatore, evidenziava la diescenza dell'osso vestibolare ed estraeva l'impianto.

Successivamente il consulente rilasciava una certificazione con documentazione fotografica che attestava l'errato posizionamento iniziale e l'ingiustificato tentativo di recupero.



Fotografie eseguite dal secondo curante, consulente dello studio.



Situazione dopo estrazione dell'impianto.

La paziente rifiutava la restituzione della parcella dal primo odontoiatra, stimando superiore l'entità di un danno risarcibile, alla proposta di transazione del professionista.

La visita medico-legale individuava responsabilità professionale certa e quantificava:

- ▶ a carico della compagnia di Assicurazione il danno nelle spese emergenti per rigenerazione ossea, una minima invalidità permanente e temporanea parziale;
- ▶ a carico del professionista la restituzione del corrispettivo percepito per l'incongrua prestazione.

3

La cartella clinica e la scheda odontoiatrica

”

*Nulla si crea e nulla si distrugge.
Un sacco di cose, però si perdono.*

Molteplici definizioni convergono nell'intendere la cartella clinica come il fascicolo riguardante il paziente che raccoglie i dati dell'anamnesi e dell'esame obiettivo e degli esami, la diagnosi e le terapie applicate.

Considerazioni cliniche a parte, la cartella clinica, oltre che essenziale documento sanitario per la pratica clinica, riveste un estremo interesse medico-legale, che richiede un inquadramento giuridico.

L'applicazione del termine "cartella clinica" per l'attività libero professionale odontoiatrica, crea però confusione, per il suo richiamare la documentazione ospedaliera che sottende profili giuridici diversi.

È preferibile utilizzare il termine di scheda odontoiatrica, in analogia alla definizione di scheda sanitaria utilizzata nell'accordo collettivo nazionale per i medici di medicina generale, per quanto in odontoiatria l'obbligo di documentazione non sia previsto nè in regime privatistico, che convenzionato. I quesiti posti con maggior frequenza riguardano l'obbligatorietà di compilazione, di conservazione, di consegna al paziente e di produzione in giudizio.

La cartella clinica ospedaliera

Le cartelle cliniche, di stabilimenti ospedalieri pubblici e di case di cura private convenzionate, sono soggette a precisi obblighi (D.P.R. 128 del 1969, D. M. della Sanità 5 agosto 1977 e 27 giugno 1986):

- ▶ compilazione, secondo requisiti formali (veridicità, contestualità, completezza, immodificabilità);
- ▶ conservazione per un periodo di tempo indefinito per le cartelle cliniche e per venti anni per le radiografie, mentre altre documentazioni diagnostiche sono per analogia considerate equiparate alle radiografie.

Va, peraltro, ricordato che tali obblighi riguardano i reparti di ricovero e non i servizi ambulatoriali degli stessi enti.

Il dibattito giuridico, per quanto attiene l'inquadramento di tali documenti, è aperto e sono state avanzate diverse interpretazioni.

La parte più cospicua della dottrina riconosce alla cartella clinica ospedaliera il possesso di tutti i requisiti propri dell'atto pubblico (artt. 2699, 2700 c.c.) di fede privilegiata sino a querela del falso.

Questa interpretazione implica un vincolo di verità su ciò che il pubblico ufficiale vi ha attestato e la punibilità per i reati di falsità in atti (artt. 476, 479, 481 c.p.), omissione, rifiuto (art. 328 c.p.) o rivelazione di segreti d'ufficio (art. 326 c.p.).

Un'altra parte della dottrina è orientata nel senso di riconoscere alla cartella clinica la natura di atto pubblico inidoneo a produrre piena certezza legale, non risultando dotato di tutti i requisiti richiesti dell'atto pubblico.

Una terza ipotesi configura la cartella clinica come un *tertium genus* intermedio tra la scrittura privata e l'atto pubblico, assimilabile a una certificazione amministrativa.

Queste ultime interpretazioni escludono che la cartella clinica faccia fede dei fatti riportati sino a prova contraria e non possa configurarsi come attestazione di verità, punibile per falsità in atti.

La scheda odontoiatrica

L'esigenza di introdurre e conservare la documentazione sanitaria di ciascun paziente, si è accresciuta con l'introduzione dei concetti di risk management e di qualità dell'assistenza.

Per quanto attiene l'evoluzione concettuale e contenutistica si possono distinguere due forme di cartella clinica, egualmente valide, utilizzate negli ambulatori odontoiatrici:

- ▶ il tipo semplificato, che è la tipologia sintetica, utilizzata dalla maggior parte degli odontoiatri;
- ▶ il tipo orientato per problemi, che rappresenta la risposta più esaustiva per gli operatori con precisi interessi sulla qualità dell'assistenza.

La cartella clinica semplificata, nella sua forma minima, è costituita da un disegno stilizzato delle arcate dentarie, in cui vengono riportate patologie e trattamenti, seguiti da uno spazio per le annotazioni in forma di diario clinico.

La cartella clinica orientata per problemi è ispirata a un principio di assistenza globale inteso nella sua accezione di comunicazione con il paziente, di prevenzione e di gestione assistenziale fondata su plurimi approcci specialistici; comprende diverse sottosezioni: la lista dei problemi soggettivi e oggettivi; le valutazioni in cartelle dedicate alle diverse branche (parodontologia, gnatologia, ortodonzia, etc); le diagnosi e i piani di trattamento iniziali; le rivalutazioni e le progressioni dei trattamenti definitivi.

La documentazione nella attività libero-professionale odontoiatrica rappresenta un argomento povero di precisi riferimenti legislativi, a parte: il codice deontologico; la legge sulla privacy; le disposizioni amministrative regionali che pongono le cartelle cliniche come requisito ai fini di autorizzazione e di accreditamento.

Come profilo giuridico la scheda odontoiatrica è un semplice promemoria (dossier) dell'attività diagnostica e terapeutica svolta, ad uso esclusivo dell'odontoiatra; è paragonabile a una scrittura privata (artt. 2702-2708) e come tale: non è soggetta a nessun requisito formale di compilazione; non vi è obbligo di conservazione; la presenza di errori, omissioni e alterazioni non configura ipotesi di punibilità.

Le radiografie eseguite dall'odontoiatra sono soggette a conservazione delle stesse per dieci anni e restituzione al paziente su richiesta, in base alle disposizioni leggi in tema di radioprotezione (D.L. n. 196/2003).

Per esami, eseguiti alio loco e affidati dal paziente al professionista, si configura l'obbligo di custodia e di restituzione del bene consegnato. Appare, però, difficile dimostrare danni derivanti dalla necessità di rieseguire nuove indagini, a parte le modeste spese.

Circolazione dei dati

Per quanto riguarda la circolazione, la scheda e gli esami radiografici possono essere consegnati al paziente stesso, alle persone fornite di delega e all'autorità giudiziaria; ma la mancata restituzione a fronte di una richiesta non sottende responsabilità, stante l'assenza dell'obbligo di archiviazione e conservazione.

La fattispecie prevista dall'art. 622 c.p. (violazione del segreto professionale) si verifica nel caso di consegna di documenti a persone diverse da quelle che hanno titolo.

In caso di rifiuto di consegna esiste la possibilità di un'azione di sequestro giudiziario cautelativo su richiesta della parte (artt. 670-687 c.p.c.).

I documenti nel giudizio

I documenti rappresentano importanti mezzi di difesa legale in tema di responsabilità professionale medica. In particolare in ambito civilistico, l'affermazione dei principi di presunzione di colpa, inversione dell'onere della prova e vincolatività dei risultati, pongono in capo al professionista l'obbligo di dimostrare di avere correttamente operato e di non aver potuto prevenire il danno (art. 1218 c.c.).

Inoltre la carenza di documenti rafforza nel giudice l'impressione di negligenza ai fini dell'addebito di un eventuale responsabilità.

Le cartelle cliniche sono frequentemente oggetto di richiesta nello svolgimento di procedimenti giudiziari per responsabilità professionale e quindi materia di dibattito sul valore e l'attendibilità di tale documento come prova giudiziaria.

Peraltro, il documento scritto generato contemporaneamente ai fatti contestati riveste un valore di attendibilità superiore rispetto alle ricostruzioni a posteriori orali o scritte.

La produzione in giudizio della scheda odontoiatrica può essere richiesta per diverse finalità:

- ▶ per ricostruire la cronologia dei fatti in caso di discordie versione tra le parti;
- ▶ per determinare lo stato anteriore e quindi la validità della diagnosi e del progetto terapeutico, nonché escludere o quantificare lesioni correlate da nesso di causalità con le prestazioni;
- ▶ per valutare la corretta esecuzione dell'iter terapeutico e distinguere le complicanze dagli errori; infine in caso di contestazione in materia di consenso alle cure e di corrispettivo.

Con atteggiamento pragmatico, però, si può considerare, caso per caso, l'opportunità di consegnare al paziente la scheda clinica e/o di presentare in giudizio la documentazione, stante il diritto della parte di non produrre capitoli di prova controproducenti per la propria posizione processuale.

Non si devono sottovalutare gli effetti della produzione in giudizio di una scheda odontoiatrica, in quanto diviene documento atto a far fede del vero sino a querela del falso (art. 2702 c.c.), integrando il reato di falsità in scrittura privata (art. 485 c.p.).

Infine va segnalata una questione spesso proposta in sede medico-legale, che attiene il problema della affidabilità delle riproduzioni fotografiche o informatiche, delle quali rimane confermato il loro valore qualora non ne venga disconosciuta la loro conformità ai fatti (art. 2712 c.c.).

Per quanto attiene il consenso informato, premesso che non esiste un obbligo giuridico che vincoli il consenso alla forma scritta, sussiste la legittima cautela dell'odontoiatra di predisporre una documentazione che possa facilitare il suo onere probatorio nel caso di eventuali contestazioni. L'annotazione a margine sulla cartella clinica rappresenta uno degli standard minimi accettabili di certezza per certificare la volontà del paziente.

In alcune sentenze è stata riconosciuta validità giuridica a cartelle cliniche di stabilimenti ospedalieri, anche se non sottoscritte dai pazienti, contenenti indicazioni sull'avvenuta informazione e consenso.

Scheda odontoiatrica

Profilo giuridico

Scrittura privata:

- ▶ *Promemoria ad uso del clinico*
- ▶ *Nessun obbligo di compilazione e conservazione**
- ▶ *Non punibilità per errori, omissioni, alterazioni*

Circolazione

Nessun obbligo di consegna all'avente diritto

Rischio di azione di sequestro giudiziario cautelativo

Consegna a non aventi diritto:

- ▶ *Rivelazione di segreto professionale*
- ▶ *Violazione della privacy*

Finalità cliniche e gestionali

Buona pratica clinica (sistema di qualità)

Risk management (monitoraggio e prevenzione di eventi avversi)

Contabilità

Azione di ingiunzione di pagamento

Difesa legale

Dimostrare il consenso

Ricostruire la cronologia di fatti discordanti

Determinare lo stato anteriore (lesioni preesistenti)

Verificare la correttezza della prestazione

Discriminare errori e complicanze

Validità come prova

Priorità di documenti originali

Affidabilità di archivi fotografici e informatici

Reato di falsità in scrittura privata

* Obbligo di custodia per radiografie eseguite esternamente e acquisite; di archiviazione per radiografie eseguite nello studio.

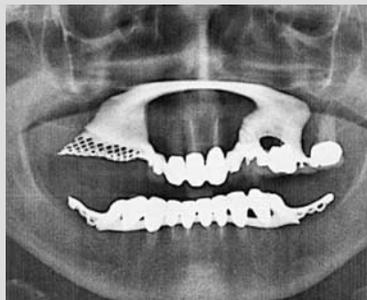
Caso 3 - Protesi: disturbo temporo-mandibolare —

A seguito di una riabilitazione con protesi inamo-amovibile con corone conometriche veniva riferito comparire disturbo temporo-mandibolare, che veniva trattato dall'odontoiatra con molaggi senza risoluzione della sintomatologia per circa due anni.

La patologia disfunzionale di tipo muscolare veniva risolta da un successivo professionista rimuovendo l'intera prestazione.

Al momento della visita medico-legale la protesi era stata rimossa, ma la documentazione (certificazioni di fisioterapista e odontoiatra intervenuti successivamente), in concomitanza con il reperto di risoluzione della patologia dopo rimozione, permetteva di esprimere giudizio medico-legale di responsabilità professionale.

La difesa del professionista si focalizzava sulla preesistenza della DTM e sulla predisposizione psicologica del periziando. L'ipotesi di preesistenza veniva rigettata in quanto patologie temporo-mandibolari non risultavano all'anamnesi e dalla cartella clinica prodotta dal sanitario. Il risultato positivo della terapia odontoiatrica successiva, rimuovendo la protesi, venne considerato la prova di una genesi occlusale delle patologia.



Documentazione inerente la protesi inamo-amovibile contestata.



Caso 4 – Implantologia: frattura di impianti

Al termine di una riabilitazione implantoprotetica, un paziente lamentava la comparsa di disturbi temporo-mandibolari, gengivite e retrazione gengivale, svitamenti ripetuti degli abutment protesici, sino alla decementazione delle protesi con frattura di alcuni impianti e pilastri naturali.

La cartella clinica riportava i ripetuti interventi del dentista, a cui il paziente continuò a rivolgersi nell'arco di due anni, che consistevano in molaggi selettivi, riavvitare gli impianti e ricementare le protesi senza risolvere i problemi. In particolare svitamenti delle viti di fissazione e decementazioni sono ritenuti tipici segnale di allarme, che dimostrano difetti delle strutture protesiche e la necessità di riesecuzione. Le certificazioni di successivi sanitari, i difetti delle parti ancora in situ (fratture, infiltrazioni marginali) e la breve durata della protesi, nei confronti della media attesa, confortava il nesso di causalità.



Situazione al termine del ciclo di cure contestato.



Situazione a breve distanza di tempo, documentata da successivi curanti.



Situazione al momento della visita medico-legale.

4 La documentazione radiologica

”

La precisione è il totale della compensazione degli errori.

L'odontoiatra è abilitato ad eseguire attività radiodiagnostiche complementari, e dal riconoscimento di una potestà derivano specifici doveri, secondo il dettato generale che compendia le situazioni soggettive con il diritto oggettivo della tutela della salute costituzionalmente sancito.

Quesiti ricorrenti in tema di radiologia, da parte degli odontoiatri, riguardano l'obbligo di archiviazione e di restituzione al paziente che ne faccia richiesta, da parte dei medici legali quali siano le linee guida nella prassi clinica *lege artis*.

In tema di documentazione le domande tendono oggi a incentrarsi prevalentemente su emergenti problemi medico-legali (archiviazione, circolazione, attendibilità, linee guida) e meno frequentemente sui più noti problemi clinici.

Dubbi comprensibili, se si considera che frequentemente la richiesta di restituzione di documenti rappresenta l'atto preliminare all'interruzione del rapporto fiduciario e all'inizio di un contenzioso.

Situazioni in cui la documentazione, oltre che essenziale documento sanitario per la pratica clinica, riveste un estremo interesse medico-legale.

Nell'attività libero-professionale esiste una differenza sostanziale negli obblighi di conservazione inerenti la cartella clinica e gli accertamenti radiologici, che pure fanno parte integrante della cartella clinica.

La cartella clinica in ambito privatistico è, ancora oggi, un argomento povero di precisi riferimenti legislativi, definita come semplice promemoria dell'attività diagnostica e terapeutica svolta, ad uso esclusivo del sanitario, non soggetta a obbligo di conservazione.

La leggi in materia di radioprotezione impongono, invece, la conservazione e la circolazione degli esami radiologici, per diminuire di inutili esposizioni della popolazione.

Questa apparente disparità di trattamento va interpretata come carenza legislativa (le norme furono emanate in periodi diversi e con

principi non sovrapponibili), destinata in futuro a uniformare la condotta degli operatori, riducendo gli spazi di valutazione soggettivi, introducendo l'obbligo di raccolta e conservazione di tutti i dati clinici, nell'interesse della tutela della salute del cittadino.

Abilitazione alla radiodiagnostica

L'odontoiatra è abilitato ad eseguire attività radiodiagnostiche complementari per lo svolgimento di specifici interventi propri della disciplina, al pari del medico chirurgo specialista (art. 2 decreto legislativo 187/2000). Per attività complementare si intende lo svolgimento di esami radiologici immediati, indifferibili e utili alla propria pratica clinica. Rimangono escluse le radiografie eseguite per conto di altri colleghi in quanto attività differita e stante la mancata autorizzazione di eseguire refertazione.

Archiviazione

Il termine obbligatorio di conservazione è venti anni per i reparti di cura e ricovero di istituti pubblici (ospedali, case di cura), mentre l'odontoiatra è tenuto all'archiviazione per dieci anni (ex art. 111 D.L. n. 230/95; D.M. 14.02.97, art. 4, comma 3) degli esami eseguiti presso il proprio studio, che devono essere rintracciabili e disponibili per il paziente in qualsiasi momento, non valendo la rivalsa del mancato pagamento. In alternativa è possibile, per l'odontoiatra consegnare le radiografie al paziente, documentando con ricevuta.

Per gli esami radiologici, eseguiti presso un gabinetto radiologico esterno e acquisiti, subentra l'obbligo di custodia di cosa altrui e risarcimento in caso di perdita o danneggiamento del bene.

Anche considerazioni di opportunità suggeriscono di conservare la documentazione radiologica, parte integrante della cartella clinica, che resta il cardine probatorio di ogni eventuale contenzioso, sia in punto di individuazione del profilo di colpa che di quantificazione del danno alla persona.

Il confronto delle radiografie di partenza con i successivi accertamenti, conferma la validità delle strategie intraprese e dimostra in modo oggettivo l'evoluzione del caso nel tempo consentendo sia l'individuazione delle cause dell'insuccesso (errore o complicità), che la quantificazione del danno imputabile esclusivamente all'operato dell'odontoiatra, distinto da eventuali lesioni preesistenti.

Ulteriori implicazioni derivano dal decreto legislativo 196/03 (privacy), che rende obbligatoria la protezione dei dati sensibili, da parte di terzi non autorizzati, archiviando i documenti e gli esami in zone non accessibili e proteggendo i dati informatizzati con userid e password riservate da cambiare periodicamente.

Ulteriori implicazioni inerenti la scheda odontoiatrica derivano dal D.L. n. 196/03 che ha introdotto, mediante l'adozione di idonee e preventive misure di sicurezza, da parte dell'odontoiatra titolare. In particolare è stato sancito l'obbligo di custodia e controllo dei dati, in modo da ridurne al minimo i rischi di distruzione o perdita, di accesso non autorizzato o di trattamento non consentito o non conforme alle finalità di raccolta. In particolare viene posto divieto di registrare o diffondere dati sensibili senza preventivo consenso da parte dell'interessato; viene resa necessaria la protezione dell'accesso, da parte di terzi non autorizzati, archiviando i documenti cartacei e gli esami in zone non accessibili e proteggendo i dati informatizzati con userid e password riservate da cambiare periodicamente.

Tutela della privacy

Procedure

- ▶ non raccogliere dati eccedenti le finalità
- ▶ non utilizzare dati non autorizzati
- ▶ non diffondere dati a terzi
- ▶ compilare e conservare la modulistica
- ▶ protezione dell'archivio cartaceo (non accessibilità, chiavi)
- ▶ protezione dell'archivio informatico (userid, password con cambio trimestrale, backup)

Sanzioni in ambito civile

Art. 161 - Assenza di informativa delle privacy (da 3000 a 30.000 euro)

Art. 163 - Omessa o incompleta notificazione al garante (da 10.000 a 60.000 euro)

Art. 164 - Omissione di fornire informazioni ed esibire documenti richiesti dal garante (da 4000 a 24.000 euro)

Sanzioni in ambito penale

Art. 167 - Trattamento illecito di dati personali (reclusione da 6 mesi a 3 anni e somma ex art. 169 per regolarizzazione entro 6 mesi)

Art. 168 - Falsità in dichiarazioni o notificazioni al garante (reclusione da 6 mesi a 3 anni)

Art. 169 - Omessa adozione di misure necessarie alla sicurezza dei dati (arresto fino a 2 anni e sanzione amministrativa da 10.000 a 50.000 euro)

Art. 170 - Inosservanza di provvedimenti del garante (arresto da 3 mesi a 2 anni)

Ogni paziente ha diritto di accedere ai propri dati personali: di conoscere la fonte, nonché la logica e la finalità del trattamento; di richiedere l'aggiornamento, la rettificazione, la cancellazione e la trasformazione. L'omessa adozione delle misure minime è punibile con ammende o reclusione proporzionate alla gravità dell'illecito e del reato. Inoltre il trattamento dei dati viene definito come attività pericolosa (art. 2050 c.c.) obbligando il responsabile al risarcimento se non prova di avere adottato tutte le misure idonee ad evitare il danno.

Restituzione e circolazione della documentazione —

Per quanto riguarda la restituzione delle radiografie si deve ricordare che sussiste l'obbligo non solo deontologico, ma anche giuridico (art. 2, comma 2c, D.L. n. 187/00) di mettere la documentazione clinica a disposizione del paziente, per evitare inutili esposizioni a radiazioni. Al paziente che ne faccia richiesta o a suoi legali rappresentanti, si devono quindi restituire sia gli accertamenti eseguiti in gabinetti radiologici esterni e acquisiti, che consegnare quelli svolti come attività diagnostica complementare presso il proprio studio.

È sempre, comunque, buona norma duplicare la documentazione (ad esempio con scanner) o almeno conservare una ricevuta della consegna. Del resto nel caso di contenzioso giudiziario, stante l'obbligo di archiviazione per dieci anni e l'inversione dell'onere della prova, la produzione di accertamenti diagnostici radiologici eseguiti presso lo studio resta a carico dell'odontoiatra.

Se sotto l'aspetto teorico le risposte sono univoche e imprescindibili, diversamente con il progredire del contenzioso possono subentrare ragionamenti di opportunità, per non produrre capitoli di prova controproducenti.

Si devono, comunque, tenere presente i rischi che possono derivare da tale atteggiamento omissivo rappresentati sia da un'azione di sequestro giudiziario cautelativo, su richiesta della parte offesa, che dall'applicazione delle sanzioni previste in tema di responsabilità in radioprotezione per la mancata consegna (art. 14, comma 3, D.Lgs. 187/00).

Linee guida e tecniche di imaging —

Nei vari campi della medicina la radiologia convenzionale ha subito un notevole ridimensionamento, mentre in odontoiatria rimane fondamentale come accertamento complementare alla pratica clinica.

Radiografie endorali, ortopantomografie e teleradiografie sono indagini di primo livello, ritenute generalmente necessarie e sufficienti per la pianificazione terapeutica. Le tomografie computerizzate rappresentano utili approfondimenti di secondo livello, in base a esigenze specifiche, consigliate in implantologia avanzata, esodonzia di denti mandibolari contigui al nervo alveolare, disturbi temporo-mandibolari. Altre tecniche di imaging esenti da radiazioni (ecografia, risonanza magnetica) attengono specifici quadri nosologici dei tessuti molli e delle articolazioni temporo-mandibolari.

In pratica, stante l'assenza di linee guida unanimi in letteratura, si devono bilanciare in base al singolo caso e alle capacità individuali, diversi ordini di considerazioni nella prescrizione di esami radiologici.

Da una parte la documentazione deve essere congrua rispetto alla complessità del trattamento intrapreso, non aparendo condivisibile eseguire senza accertamenti radiologici piani di terapia complessi.

Dall'altra gli orientamenti legislativi in tema di radioprotezione (D.Lgs. 187/00 e 230/95) introducono il principio di giustificazione e di ottimizzazione, rapportando i vantaggi diagnostici e terapeutici complessivi al danno alla persona che l'esposizione potrebbe causare.

Medicina difensivistica a parte, si deve anche tenere presente che la carenza di documentazione può generare nei valutatori (consulenti tecnici e magistrati), una impressione di comportamento omissivo riconducibile a negligenza e imprudenza. Dato l'orientamento giuridico di tutelare la parte contrattualmente più debole e danneggiata, la presunzione si traduce frequentemente in responsabilità professionale.

Infine va segnalata la questione che attiene il problema della affidabilità delle riproduzioni informatiche (ortopantomografie digitali e radiovisiografie), data la loro facile alterabilità; rimane confermato il loro valore come prova, qualora non ne venga disconosciuta la loro conformità ai fatti (art. 2712 c.c.).

Errori diagnostici

Errori diagnostici possono consistere sia in omissioni di diagnosi, che in errate interpretazioni, come entità patologiche, di reperti fisiologici o di artefatti insiti nelle metodiche (false negativi e positivi).

Nell'ipotesi di danno alla persona, possono derivare profili diversi di responsabilità esclusiva dell'odontoiatra o in solido con il radiologo.

L'odontoiatra è direttamente responsabile per accertamenti eseguiti presso il proprio studio. Per gli esami eseguiti presso un gabinetto esterno e refertati dallo specialista radiologo, non può essere ascritta

al medesimo una esclusiva responsabilità, stante la specifica competenza dell'odontoiatra e l'obbligo di una propria indipendente valutazione prima di intraprendere le terapie (principio di non affidamento e di controllo reciproco).

Radioprotezione

I decreti legislativi in tema di radioprotezione (D.L. n. 230/1995, n. 187/2000, n. 241/2000, n. 257/2001) introducono un apparato sanzionatorio non indifferente per violazione degli obblighi inerenti la radioprotezione, che consistono nell'arresto sino a quindici giorni o in multe variabili da 1 a 5, sino a 80 milioni di lire. Il principio di giustificazione rapporta il rischio dell'esposizione ai benefici, evitando indagini superflue e recuperando precedenti accertamenti.

Il principio di ottimizzazione compendia la qualità dell'immagine con il livello più basso ragionevolmente ottenibile di radiazioni.

Il principio di responsabilità precisa che la prescrizione medica deve essere motivata con un quesito clinico e la facoltà del radiologo di scegliere una procedura diversa in grado di fornire uguali informazioni e minore esposizione.

Sono inoltre previsti gli obblighi di: identificare il responsabile dell'impianto radiologico; nominare un esperto in fisica medica per i controlli di qualità; ottenere il consenso informato per esposizione di persone a scopo di ricerca; rispettare criteri di protezione in gravidanza e allattamento; formare il personale con corsi periodici quinquennali.

Per quanto riguarda la formazione bisogna specificare che, visto che gli unici abilitati ad eseguire fisicamente radiografie complementari sono gli odontoiatri, il rimanente personale di studio è sufficiente sia informato anche dal titolare dello studio sui rischi delle radiazioni e sulle misure radioprotezionistiche, mentre si fa obbligo a chiunque pratici indagini radiologiche, anche complementari, di partecipare a corsi formativi. La documentazione inerente la radioprotezione (sorveglianza ambientale e delle attrezzature) va conservata presso lo studio odontoiatrico per cinque anni. Per quanto non obbligatoria, è opportuna l'esecuzione della sorveglianza fisica, che unita all'obbligatorio controllo di qualità permette di monitorare le tecniche e le attrezzature radiologiche.

Infine è suggerito compilare un registro non obbligatorio in cui sono riportate le indagini radiologiche effettuate, in modo da poter permettere agli organismi competenti il controllo delle esposizioni e degli screening.

Archiviazione, circolazione, indicazioni per esami radiologici

Per esami eseguiti presso la struttura, obbligo di archiviazione per:

- ▶ 20 anni per reparti di ricovero di istituti pubblici
- ▶ 10 anni per gli odontoiatri (art. 111 D.Lgs. 230/95)
- ▶ In alternativa consegnabili al paziente (opportuna ricevuta)

Per esami eseguiti presso gabinetti radiologici esterni:

- ▶ Obbligo di custodia del bene affidato

Obbligo di restituzione al titolare del diritto:

- ▶ Deontologico
- ▶ Giuridico (art. 2, comma 2 D.Lgs. 187/00)
- ▶ Sanzioni penali per mancata consegna (art. 143 D.Lgs. 187/00)
- ▶ Ottenere ricevuta o duplicare la documentazione

Indicazioni:

- ▶ Principio di giustificazione e ottimizzazione in radioprotezione (D.Lgs. 187/00, 230/95)
- ▶ Documentazione proporzionale alla difficoltà del caso (assenza di linee guida)
- ▶ Validità di documenti digitali e informatici (art. 2712 c.c.)

È comunque obbligatorio, a richiesta delle autorità competenti (Regione e Aziende Sociosanitarie Locali) fornire i dati complessivi delle indagini effettuate, tenendo presente che il numero totale di endorali è sufficiente per determinare la dose complessiva emessa stanti i parametri fissi dei radiografici indorali.

Caso 5 - Protesi ed endodonzia: ipertrattamento e cure canalari incongrue

Paziente affetto da sindrome di Down, del quale non si conoscono le condizioni orali anteriori al piano di cura contestato, in cui furono devitalizzati e protesizzati tutti gli elementi dentari residui.

A un anno dal termine delle cure veniva evidenziata la seguente situazione:

- ▶ parodontite apicale a carico di dieci pilastri;
- ▶ fratture multiple del rivestimento ceramico delle protesi;
- ▶ gengivite, conseguente al ristagno di placca dovuta al debordo orizzontale delle chiusure marginali e alle saldature delle corone singole in travate.



Situazione endorale al momento della visita medico-legale.

Indipendentemente dalla morfologia radiografica (nel caso specifico incongrua in molti elementi), un percentuale di insuccesso del 50% in endodonzia, dove la percentuale attesa in denti vitali è prossima al 90%, rappresentava un potente *fumus culpae*, secondo il principio di vincolatività del risultato (*res ipsa loquitur*).

Il sospetto di ipertrattamento risultava di difficile dimostrazione, stante la preesistenza certa di bruxismo e di elevata cario-recettività.

La valutazione di tale aspetto veniva rimandata in attesa di acquisire la documentazione radiologica e la cartella clinica del sanitario.

La responsabilità veniva individuata a carico dei componenti dell'equipe in base a motivazioni diverse e, quindi, con obblighi risarcitori differenziati:

- ▶ l'endodontista per la scorretta esecuzione delle cure, conseguente perdita di alcuni elementi dentari, valutabili in percentuale di danno biologico e spese emergenti;
- ▶ il protesista per l'inutile protesizzazione di denti infetti, considerando la necessità di controllare con radiografie lo stato della dentatura prima di procedere; conseguiva la risoluzione del contratto e la restituzione del corrispettivo.

5

La polizza di responsabilità professionale

”

Una pacca sulla spalla è a pochi centimetri da un calcio nel sedere.

Poche letture sono altrettanto noiose e allarmanti quanto scorere una polizza. Verifica che dovrebbe essere eseguita periodicamente per adeguare o rinnovare le coperture assicurative, ma che finisce spesso con il disorientare l'utente privo di termini di riferimento giuridici e medico-legali. La polizza di responsabilità professionale (RCP) va inquadrata nell'ambito più ampio dell'assicurazione della responsabilità civile (art. 1917 c.c.).

Consiste in un contratto tra compagnia assicurativa e cliente, disciplinato per i caratteri generali dal codice civile, il cui oggetto è costituito dal rischio di un dato evento dannoso (sinistro), il cui verificarsi determina la corresponsione di benefici economici previsti.

A rigore di termini è importante distinguere la polizza dal contratto.

Nel contratto sono evidenziati i rischi che l'assicurazione si assume di tutelare, i benefici di cui godrà il beneficiario, la presenza di eventuali franchigie e l'entità del premio da versare.

Nella polizza sono invece descritte le condizioni su cui si fonda il contratto di assicurazione: definizioni dei parametri contrattuali, degli obblighi reciproci tra assicurazione e assicurato (ad es. termine per la denuncia di sinistro), delle attività tutelate, delle cause di esclusione di indennizzo, dei benefici erogati.

Ogni contratto prevede condizioni di base della polizza e condizioni particolari, applicate a richiesta dell'assicurato.

Oggetto ed efficacia del contratto

Il contratto obbliga l'assicuratore a tenere indenne il contraente dalle richieste di risarcimento di danni connessi all'attività professionale, cagionati dall'assicurato stesso (RCT) o da dipendenti e collaboratori per i quali debba rispondere (RCO).

Non costituiscono oggetto di assicurazione le attività professionali diverse da quelle previste in polizza e sono considerati rischi aggiuntivi, che possono essere ricompresi con patto speciale e conseguente aumento del premio, le seguenti garanzie: conduzione dei locali, implantologia, chirurgia estetica, circolazione stradale, danni a cose di terzi in custodia (incendio, furto). Va tenuto presente che generalmente sono previsti dei limiti territoriali e che nel novero di terzi non sono compresi coniugi e figli.

Di norma non è garantito il compenso delle prestazioni professionali che hanno dato luogo al sinistro; la ripetizione dell'indebitato (cioè rimborso al paziente dell'onorario percepito per prestazioni inefficaci o dannose) non è effettuato dalla compagnia, ma lasciato a carico dell'odontoiatra, sebbene considerazioni di opportunità nella gestione del sinistro e/o patti diversi possono spingere la compagnia a derogare da tale applicazione in casi specifici e isolati.

L'assicurazione non è efficace in caso di responsabilità penale, amministrativa e disciplinare, in quanto non si tratta di risarcimento del danno, ma di forme diverse di responsabilità personale. In questo senso non sono assicurabili anche attività illecite, svolte senza il possesso dei requisiti previsti dalla legge, sia che riguardino l'assicurato che i suoi collaboratori (eventualità frequente è l'abuso di professione).

Va infine ricordato che anche in caso di responsabilità civile, l'assicurazione non è tenuta a rispondere per sinistri cagionati da dolo o colpa grave (art. 1900 c.c.), salvo patti contrari per la colpa grave.

Un aspetto particolare è il diritto di surrogazione dell'assicuratore, che abbia risarcito il terzo, nei confronti del responsabile del danno (art. 1916 c.c.); per evitare recuperi o rivalse è opportuno prevedere clausole di deroga (patto di esclusione di responsabilità) per dipendenti e collaboratori, anche in caso di colpa grave.

Limiti di indennizzo

Lo scopo dell'assicurazione non è quello di lucrare su piccoli sinistri, ma di tutelare di fronte a grossi e irreparabili danni.

L'entità del premio si forma in relazione all'entità e alla tipologia del rischio, entità del massimale di garanzia, presenza dello scoperto e della franchigia.

Il massimale di garanzia fissa il limite massimo dell'esposizione economica che la compagnia assume attraverso il contratto di assicurazione (art. 1905 c.c.); può essere fissato per anno assicurativo e/o per sinistro.

È importante che sia adeguato al tipo di attività svolta e al danno che può derivarne; 1-3 milioni di euro rappresentano cifra adeguata, tenendo conto che l'aumento del massimale non è proporzionale al premio, proprio per la minore incidenza statistica di sinistri maggiori.

Deve essere, inoltre, previsto il reintegro automatico del capitale dopo ogni sinistro, per evitare che il verificarsi di più sinistri nello stesso anno assicurativo, superi il limite di indennizzo.

Lo scoperto e la franchigia hanno lo scopo di abbassare l'entità del premio, intervenendo sui piccoli danni, che statisticamente sono i più frequenti, in modo da assicurare massimali maggiori per i sinistri più importanti. In tal modo l'assicurato è coinvolto nella gestione del rischio e si presume che adoperi maggior cautela.

Lo scoperto sul costo di ciascun danno consiste nel fatto che l'assicurato accetta di accollarsi l'onere economico di una percentuale dell'eventuale danno. La franchigia rappresenta un tetto monetario (o una percentuale di invalidità nelle polizze infortuni) entro il quale il danno da liquidare resta totalmente a carico dell'assicurato. È opportuno che scoperto e franchigia prevedano un tetto massimo definito sino a un limite.

Aggravamento del rischio

L'assunzione del rischio presuppone la conoscenza, da parte della compagnia, dell'entità e della probabilità del sinistro, in modo da determinare l'opportunità di assicurare e l'entità del premio per il contraente.

Lo stesso codice civile, al quale si richiamano alcune condizioni generali di polizza, stabilisce il dovere da parte del contraente di informare l'assicurazione di circostanze che possano incidere sulla quantificazione del rischio, non solo al momento della stipula del contratto, ma anche successivamente.

In caso di dichiarazioni inesatte e reticenze con dolo e colpa grave, l'assicurazione può recedere dal contratto e, nel caso si sia verificato il sinistro, non è tenuta al pagamento della somma assicurata (art. 1892 c.c.). In assenza di dolo o colpa grave la somma dovuta è ridotta in proporzione della differenza tra il premio convenuto e quello che sarebbe stato applicato se si fosse conosciuto il vero stato delle cose (art. 1893 c.c.).

La riduzione del pagamento della somma assicurata è prevista anche nel caso in cui l'assicurato non ottemperi l'obbligo di dare immediato avviso all'assicuratore dell'aggravamento del rischio (art. 1898 c.c.).

Coesistenza di più assicurazioni

Nel caso in cui per un medesimo rischio siano contratte separatamente più assicurazioni, il contraente ha l'obbligo di dare avviso a ciascun assicuratore della coesistenza, sia al momento della stipula che della denuncia di sinistro; l'omissione dolosa determina la perdita del diritto all'indennità determinata dal contratto (art. 1910 c.c.).

La comunicazione ha lo scopo di permettere all'assicuratore di esercitare il diritto di regresso verso altre compagnie condebitrici solidali, per la ripartizione proporzionale in ragione delle indennità dovute (art. 1910 c.c.).

La disposizione ottempera il principio secondo cui le somme complessivamente corrisposte al beneficiario non debbano superare l'ammontare del danno, sostanziano un indebito arricchimento.

Il termine polizza di secondo rischio, presuppone l'intervento in eccedenza e ad integrazione per quanto non dovuto dal primo assicuratore.

È, comunque, preferibile affidarsi a un'unica compagnia, piuttosto che stipulare più polizze separate che comportino gestioni del sinistro separate, che possono risultare tra loro contrastanti, ponendosi le basi per una strategia defensionale disomogenea e poco efficace.

Parimenti è preferibile per gli odontoiatri, che collaborino come titolari o collaboratori presso studi associati o società professionali, assicurarsi con la stessa compagnia. Poiché polizze di lunga durata (decennali), che non possano essere integrate o disdette, senza una penale, obbligano ad assicurarsi presso diversi assicuratori, sono preferibili contratti di breve durata (annuali) all'inizio dell'attività, in modo da valutare le attività e adeguare il rischio.

Inizio e termine della garanzia

La garanzia vale per le richieste di risarcimento di terzi denunciate dall'assicurato durante il tempo di efficacia del contratto, che ha effetto dalle ore 24 del giorno della conclusione del contratto, sino alle ore 24 dell'ultimo giorno della durata stabilita, salvo il diritto di pattuire proroghe e modalità di recesso (art. 1899 c.c.). Per ridurre il rischio di trovarsi inconsapevolmente a operare senza copertura assicurativa, è opportuno che la durata del contratto sia ben chiara (annuale o decennale) e rinnovabile alla scadenza in caso di mancata disdetta.

Poiché la durata del contratto non involge interessi generali, tali da attribuire carattere di cogenza, nel tempo sono state utilizzate diverse

pattuizioni degli effetti contrattuali, per le quali efficacia del contratto, corresponsione del premio, epoca del fatto dannoso, denuncia del sinistro possono non essere sovrapponibili.

La garanzia loss occurrence è un sistema rivolto al passato, di riscontro infrequente; copre fatti dannosi accaduti nel periodo di operatività della polizza, indipendentemente dalla sottoscrizione della polizza al momento della denuncia.

Attualmente si preferisce la garanzia claims made: efficace per denunce (pattiziamente equiparate a sinistri) che riguardino le polizze sottoscritte nel periodo della denuncia, è un sistema rivolto al futuro che prevede un limite temporale per gli eventi pregressi.

La garanzia pregressa si riferisce all'operatività della polizza relativa a denunce per eventi avvenuti anteriormente rispetto alla decorrenza della copertura assicurativa. Quando si sostituisce un contratto assicurativo, si deve verificare che sia previsto un periodo di garanzia pregressa almeno di alcuni anni.

Per garanzia postuma si intende la possibilità, per l'assicurato o i suoi aventi causa, di essere garantiti da richieste di risarcimento danni inoltrate dopo la cessazione dell'attività, a fronte della corresponsione di un premio ridotto. Si consiglia generalmente di mantenere la garanzia postuma per un periodo di dieci anni dopo la cessazione dell'attività, periodo sovrapponibile ai termini di prescrizione ordinaria.

Avviso di sinistro

L'assicuratore non è costituito in mora *ipso facto* per il solo verificarsi del sinistro, ma lo è dal momento in cui l'assicurato avanza formale richiesta di indennizzo (art. 1904 c.c.).

Un fatto dannoso riconducibile a responsabilità, genera una richiesta di risarcimento da parte del paziente e la denuncia dell'assicurato determina l'apertura del sinistro presso la compagnia assicuratrice.

La denuncia deve essere fatta per iscritto (art. 1219 c.c.) e inviata tramite lettera raccomandata con ricevuta di ritorno, conservando la ricevuta dell'ufficio postale e l'avviso di ricevimento. Tale procedura rappresenta una presunzione di ricezione difficilmente opinabile con prove contrarie, superiore alle lettere raccomandate con ricevuta dell'ufficio postale.

Paradossalmente, ancora oggi, ci si imbatte in situazioni di omessa denuncia o di modalità estemporanee di avviso (ad esempio orali), che non determinano l'apertura del sinistro presso l'ufficio sinistri e conseguente attivazione della garanzia.

La denuncia scritta non richiede specifiche formalità; l'atteggiamento corretto consiste nell'informare la compagnia della situazione in modo oggettivo, rappresentando anche eventuali mancanze operative in modo da facilitare la gestione al meglio della lite; è sufficiente una breve relazione allegando in copia o segnalando la disponibilità di documentazione clinica.

Le polizze prevedono un termine per la denuncia del sinistro dal momento in cui l'assicurato viene a conoscenza del fatto (costituzione in mora), cioè dal momento in cui l'odontoiatra riceve una lettera del paziente o del legale con l'intimazione del risarcimento danni.

Il termine di decadenza convenzionale di tre giorni stabilito per legge (art. 1913 c.c.) è generalmente sostituito da un termine più lungo nelle polizze; dovrebbe essere almeno di 15/30 giorni.

L'inadempimento dell'obbligo di avviso determina la perdita al diritto all'indennità nel caso di inadempimento doloso, e la riduzione in ipotesi colposa (art. 1915 c.c.).

Affinché l'assicurato possa ritenersi dolosamente inadempiente con perdita del diritto all'indennità, è ritenuta sufficiente la consapevolezza dell'indicato obbligo e la cosciente volontà di non osservarlo (Cass. Civ., sez. III, 3 ottobre 1977, n. 4023).

Il ritardo colposo è sanzionato con la riduzione dell'indennizzo, in ragione del pregiudizio effettivamente subito dall'assicurazione; norma derogabile solo in favore dell'assicurato (art. 1932 c.c.), bilanciando così in favore dello stesso assicurato l'introduzione del termine di decadenza. Non vanno superati i termini di prescrizione per la manleva assicurativa, ricordando che i diritti derivanti dai contratti di assicurazione si estinguono entro un anno, conteggiando il termine dal momento della richiesta danni o dall'azione legale del terzo (art. 2952 c.c.).

Alcune polizze prevedono la possibilità di eseguire una denuncia cautelativa; che implica la facoltà dell'assicurato di segnalare all'assicurazione gli avvenimenti considerati suscettibili di sviluppare una richiesta di risarcimento, anche in assenza di una richiesta formale di risarcimento da parte del paziente.

Gestione della lite e assistenza legale ---

Il patto contrattuale prevede l'obbligo da parte dell'assicurato di cedere la gestione della lite all'assicurazione, sia in sede stragiudiziale che giudiziale, e di cooperare per la migliore difesa tecnica e legale.

L'atteggiamento corretto consiste nell'informare la compagnia della situazione in modo oggettivo e tempestivo, evitando esplicite ammis-

sioni di responsabilità nei confronti del paziente, come ad esempio dichiarazioni scritte con le quali si invita il paziente a richiedere il risarcimento sulla base dell'ammissione di errori professionali. Queste iniziative, in quanto violazione dei patti contrattuali, possono giustificare il rifiuto all'intervento in garanzia e quindi al risarcimento.

L'assicurazione si accolla le spese per resistere all'azione del danneggiato contro l'assicurato nei limiti del quarto della somma assicurata e nel caso sia dovuta al danneggiato una somma superiore al capitale assicurato, le spese giudiziali si ripartiscono tra assicuratore e assicurato (art. 1917 c.c.).

Legali e consulenti nominati dall'assicurazione operano limitatamente ai rischi previsti dalla polizza; nel caso in cui l'evento dannoso sia escluso o parzialmente coperto da garanzia (l'eventualità più frequente è costituita dalla restituzione del corrispettivo), viene a determinarsi una situazione di conflitto di interessi tra assicurazione e assicurato. In caso di divergenze sulla portata della garanzia è generalmente previsto un arbitrato irrituale tra assicurato e assicurazione.

In ambito processuale, oltre a chiamare in causa l'assicurazione, può emergere la necessità del professionista di rappresentare le proprie istanze attraverso legali e tecnici di propria fiducia; spese non riconosciute della compagnia in quanto non da essa designate.

Punti focali di polizza RC professionale

Clausole

- ▶ Attività dichiarate ed esclusioni (implantologia, estetica)
- ▶ Responsabilità diretta e indiretta (titolare, dipendenti, gestione dello studio)
- ▶ Massimale di garanzia elevato (1-2 milioni di euro)
- ▶ Scoperto (%) e franchigia (cifra) contenuti
- ▶ Durata della copertura (rischio postumo e pregresso)
- ▶ Tipologia (loss occurrence, claims made)
- ▶ Assistenza giudiziaria (penale e civile in ogni grado)
- ▶ Tutela legale (nominare legale e consulenti personali)

Mancata tutela assicurativa

- ▶ Assenza di copertura in toto o specifica
- ▶ Risarcimento eccedente il massimale
- ▶ Mancata denuncia (raccomandata A/R)
- ▶ Decorrenza dei termini e decadenza (denuncia tardiva)
- ▶ Conflitto di interessi tra assicurato e compagnia
- ▶ Mancato possesso dei requisiti di legge
- ▶ Esclusione per dolo e colpa grave

Per questo motivo sono preferibili polizze che prevedano estensioni per l'assistenza legale, che permettono all'assicurato di nominare un collegio difensivo che può trovarsi a lavorare in affiancamento e/o in antitesi ai legali e tecnici nominati dall'assicurazione.

Considerando gli elevati costi dei procedimenti giudiziari è opportuno che le polizze prevedano la gestione delle vertenze in campo stragiudiziale e in ogni grado di giudizio civile e penale.

Caso 6 – Gnatologia: molaggio selettivo

Una paziente con disturbo temporo-mandibolare veniva sottoposta a una procedura di molaggio selettivo che mutilava le cuspidi dei denti posteriori e diminuiva la dimensione verticale, lamentando peggioramento delle sintomatologia.



Ortopantomografia e modelli dello stato anteriore: risulta un morso aperto anteriore e l'integrità delle cuspidi.



Placca gnatologica e annullamento dell'open bite anteriore dopo molaggio posteriore.



Entità del molaggio posteriore.

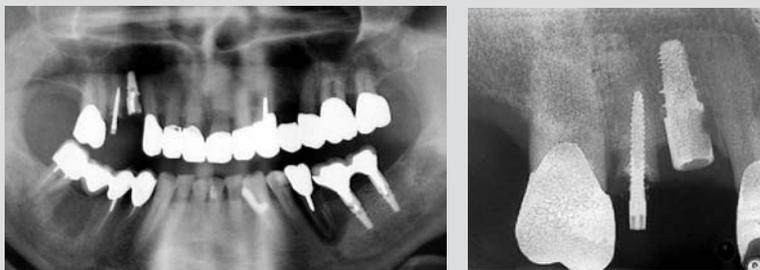
La valutazione medico-legale evidenziava responsabilità riconducibile all'incongruo molaggio e riconosceva le spese emergenti per la riabilitazione protesica, con successivi rifacimenti.

L'importo complessivo del danno era elevato e il professionista, privo di polizza per responsabilità professionale, si trovò a sopportare, oltre alle spese di giudizio e agli oneri di soccombenza, l'intero risarcimento.

Il fatto che risultasse sulla cartella clinica un precedente DTM contribuì a mantenere la valutazione del danno, conseguente al peggioramento, entro termini di microinvalidità.

Caso 7 – Implantologia: perforazione di impianto —

Un odontoiatra ottantenne eseguiva endodonzia, ricostruzione e corona a carico del dente 15 e una implantoprotesi unitaria (14) in zona emimascellare destra.



Situazione endorale al momento della visita medico-legale.

Seguivano ripetute decementazioni, la corona sul dente naturale veniva perduta e la fixture perforata dal professionista con fresa nel tentativo di pulire e ricementare l'abutment. La lite fu risolta in ambito stragiudiziale con transazione, in quanto la polizza del professionista escludeva la manleva per implantologia.

6 Il segreto professionale

”

Non c'è medicina senza fiducia, non c'è fiducia senza confidenza, non c'è confidenza senza segreto.

Sandro Spinsanti
direttore Istituto Giano per le Medical Humanities

Pochi principi sono consacrati nelle conoscenze dei medici e odontoiatri e anche del pubblico come il segreto professionale. Prima ancora delle norme sulla privacy, che hanno introdotto e regolamentato il segreto nella vita quotidiana di qualsivoglia cittadino, il mondo medico godeva asceticamente di questo confine segreto, custodito anche dalla terminologia criptica, spesso latina, che isolava i pazienti dal sapere clinico, e quindi anche dalle diagnosi e dalle prognosi.

L'odontoiatria è stata forse la prima, spinta dalla modernità imprenditoriale della relazione aperta fondata sul principio della *client satisfaction*, a emanciparsi dalla atavica prigionia della casta chiusa, criptica e intoccabile.

Di fatto, però, questa secolare consuetudine ha garantito rispetto per tutti coloro che ritenevano la malattia un fatto privato e un elemento di giudizio (spesso di pregiudizio) da parte di altri. Anzi, forse più in passato rispetto a oggi, pur con il gravame incombente della legge sulla privacy, il medico ha considerato il segreto professionale un valore invalicabile, e lo ha difeso con rigore e gelosia.

Il segreto nella professione medica e odontoiatrica nasce con Ippocrate e rimane nel giuramento che chiama alla fedeltà tutti i medici al momento della laurea. Il codice penale, il codice deontologico e i decreti legge hanno poi dato dignità formale a un principio secolare. Del resto, mille altre ragioni rendono oggi particolarmente importante il segreto professionale, e altrettanto grave la sua violazione: i dati sanitari sono diventati numerosissimi e particolareggiati, gli scambi di dati frequenti e facilitati, con possibilità di intercettazione anche casuale. Il tutto mentre la salute mantiene il suo valore socioculturale nei rapporti interpersonali e nel mondo del lavoro.

Che cosa dice la normativa

Il comportamento del medico e dell'odontoiatra per quanto riguarda la comunicazione e divulgazione di dati sanitari sensibili è regolato da tre distinte normative: il codice penale e di procedura penale, quello deontologico e infine la legge sulla privacy.

Il codice penale

L'articolo 622 del codice penale "Rivelazione di segreto professionale" (vedi riquadro) parla molto chiaramente del dovere di mantenere il segreto su dati di cui il medico sia venuto a conoscenza nell'esercizio della professione, individuando la pena per i trasgressori. Scopo della norma è la tutela della libertà e della sicurezza dei rapporti intimi professionali.

L'articolo del codice va peraltro letto con attenzione e interpretato in alcuni passaggi. La presenza di una *giusta causa* consente la divulgazione dei dati: comunicare una diagnosi a un altro collega o a uno specialista di per sé costituisce una giusta causa, giacché la comunicazione è finalizzata a un vantaggio per il paziente, ossia coinvolgere altri colleghi per individuare una migliore soluzione terapeutica al caso. La finalità della divulgazione deve essere quindi quella del vantaggio per il paziente e del ruolo esclusivamente professionale della comunicazione.

Giusta causa potrebbe essere considerata anche quella di comunicare al coniuge di un paziente che questi è affetto da una malattia sessualmente trasmissibile: il diritto alla vita del coniuge vale più del diritto del paziente alla segretezza.

Il segreto professionale secondo la legge: articolo 622 codice penale

Chiunque, avendo notizia, per ragioni del proprio stato o ufficio, o della propria professione o arte, di un segreto, lo rivela, senza giusta causa, ovvero lo impiega a proprio o altrui profitto, è punito, se dal fatto può derivare nocumento, con la reclusione fino a un anno o con la multa da 30 a 516 euro. La pena è aggravata se il fatto è commesso da amministratori, direttori generali, sindaci o liquidatori o se è commesso da chi svolge la revisione contabile della società. Il delitto è punibile a querela della persona offesa.

Come caso limite opposto, citiamo l'evenienza in cui un odontoiatra segnali a un collega, a soli fini di curiosità, la malattia venerea di un proprio paziente: qui la finalità scientifica è sicuramente esclusa, non esiste vantaggio per il paziente e i due professionisti stanno violando il codice penale (nonché quello deontologico e la legge sulla privacy).

Altro elemento costitutivo del reato previsto dall'articolo 622 c.p. è quello del *nocumento*. La divulgazione dei dati deve cioè potere procurare un danno patrimoniale o non patrimoniale ingiusto, ossia contrario al diritto. Prendiamo l'esempio dell'odontoiatra che comunica a una società assicuratrice, cui è legato contrattualmente, l'esistenza di una malattia di un suo paziente; in tale caso non c'è nocumento per il paziente che non aveva comunque diritto all'indennizzo e che a buon diritto potrebbe subire un procedimento penale. Quindi la condotta del professionista può essere deontologicamente scorretta per non avere avvertito il paziente del proprio rapporto con l'assicurazione, indirizzandolo ad altro medico, ma mancano gli estremi dell'illecito di cui all'articolo 622.

Non è ravvisabile un ingiusto nocumento neppure nella possibilità che sia divulgata la notizia della malattia. Il sanitario infatti non è tenuto al segreto professionale quando ne deriverebbe l'occultamento di un reato. Ci sono inoltre circostanze di carattere generale che escludono l'imputabilità per violazione del segreto professionale. Una è quella dello *stato di necessità* (art. 54 c.p.) che prevede le circostanze in cui si agisca costretti dalla necessità di proteggere il paziente da un rischio concreto di danno grave: è il caso del medico che fa diagnosi di ischemia coronarica acuta e chiede a un passante di portare rapidamente il paziente al pronto soccorso motivando l'urgenza con la comunicazione della diagnosi, anche soltanto presunta.

Un'altra circostanza scriminante è quella di salvaguardare il diritto contro un'offesa che possa danneggiare l'onore o l'immagine professionale propri o anche di altri (art. 52 c.p.). L'odontoiatra accusato (ingiustamente) in pubblico di essere un assassino da un paziente schizofrenico, può lecitamente difendersi giustificando le false ammissioni del paziente con la sua malattia, rivelandone quindi l'esistenza. Non vanno dimenticate infine le norme che impongono all'odontoiatra di informare altri su condizioni che riguardano la salute: i referti, i rapporti, le relazioni, le certificazioni, le perizie, le consulenze tecniche.

Quanto all'obbligo di referto (ovvero di informare per iscritto l'Autorità Giudiziaria quando – per ragioni professionali – vengano al corrente di un reato procedibile d'ufficio, art. 331 c.p.p.), solo in un caso l'odontoiatra ha la *facoltà* (non obbligo) di ometterlo senza incorrere in reato: quando potrebbe esporre l'assistito a procedimento penale.

Lecite violazioni del segreto professionale

Si può violare il segreto professionale:

- ▶ per esservi stato costretto dalla necessità di difendere un diritto proprio o altrui contro il pericolo attuale di un'offesa ingiusta, sempre che la difesa sia proporzionata al fatto. (art. 52 c.p.)
- ▶ per esservi stato costretto dalla necessità di salvare sé o altri dal pericolo attuale di un danno grave alla persona, pericolo da lui non volontariamente causato, né altrimenti evitabile, sempre che il fatto sia proporzionato al pericolo. (art. 54 c.p.).

Citiamo il caso scolastico dell'odontoiatra che che si trovi ad assistere un paziente con lesioni dentarie conseguenti a una sparatoria da lui provocata. Non sussiste l'obbligo per l'odontoiatra, in tale circostanza, di comunicare i particolari del fatto alla polizia o ai carabinieri, giacché il paziente è vittima di un reato di cui è egli stesso responsabile. Lo scopo di questo privilegio è quello di salvaguardare prioritariamente la salute in tutti i casi, anche in una persona colpevole di un reato. La salute viene prima di tutto, ed anche prima della punizione per un fatto illecito.

Al contrario, una sentenza della Cassazione (4/5/2001 n. 18052) ha sancito che non può esimersi dall'obbligo di referto il medico o l'odontoiatra chiamato a gestire una crisi d'astinenza di un paziente tossicodipendente sospettato di essere uno spacciatore. L'accertamento di tale condizione spetta infatti solo a indagini ulteriori, sollecitate dallo stesso referto.

Esclusi i casi oggetto di referto, medici e odontoiatri potranno validamente opporre il segreto anche se chiamati a testimoniare in procedimenti penali o cause civili (art. 200 c.p.p.)

Che cosa dice il codice deontologico

L'articolo 10 del Codice di deontologia medica (riquadro) spiega chiaramente i doveri del medico e dell'odontoiatra nel mantenere il segreto su tutto ciò che gli viene confidato o che può venire a conoscere in ragione della sua professione. Lo stesso articolo ricorda inoltre che il segreto va mantenuto anche dopo la morte dell'interessato. Il vincolo del segreto è molto forte: consente addirittura al medico e odontoiatra di non rendere testimonianza al giudice su dati conosciuti nell'attività professionale.

Questo vincolo al segreto è ancora più rigoroso rispetto a quanto preteso dal codice penale. La norma penale infatti supera l'obbligo del riserbo per fatti già notori o conosciuti, mentre il codice impone di non rilevare mai "tutto ciò che gli è stato confidato o di cui venga a conoscenza nell'esercizio della professione". Inoltre, dal punto di vista deontologico la violazione del segreto sussiste indipendentemente dal proprio profitto o dall'altrui danno.

Anche l'odontoiatra che si cancella dall'albo è tenuto *moralmente* a rispettare il segreto professionale: un'accezione solenne del ruolo di medico, in ossequio del vecchio principio *semel medicus semper medicus*. Più delicata potrebbe essere l'interpretazione dei casi in cui il medico o l'odontoiatra può lecitamente rivelare dati protetti dal segreto. Ecco i casi fondamentali.

Consenso. Se il paziente acconsente a comunicare i propri dati, il problema del segreto è facilmente risolto. Di solito questo si verifica per comunicare i dati a un parente o a una società assicuratrice. Nei casi apparentemente insidiosi, è bene ricordarsi di chiedere un consenso scritto, per evitare l'antipatico contenzioso basato su circostanze legalmente molto deboli come "mi aveva dato il consenso a voce", contro l'affermazione "non è vero" (il consenso deve essere esplicito).

Urgenza. Un'altra circostanza facilmente comprensibile: non sempre c'è il tempo di ottenere il consenso quando c'è l'urgenza di salvaguardare una vita.

Alcune riflessioni pratiche

La prima considerazione – molto banale e purtuttavia cruciale – riguarda il grande divario che esiste fra un concetto "storico", quello di mantenere il segreto in medicina, e la formalità intricata voluta da leggi e regolamenti.

Il segreto è un principio sacrale, che garantisce il corretto esercizio della professione e tutela allo stesso modo anche il paziente. Questi vuole necessariamente che il suo odontoiatra di *fiducia* mantenga la segretezza, non esprima giudizi al di fuori di quelli strettamente sanitari, non comunichi informazioni ad altri. Quale paziente si rivolgerebbe a un odontoiatra che non mantiene il segreto? Ogni professionista della salute conosce bene questo principio ippocrateo e lo rispetta. La realtà quotidiana e il panorama normativo, peraltro, richiedono che, oltre alla conoscenza delle norme, l'odontoiatra debba fare appello anche a un ragionevole buon senso, secondo il concetto che la legge è di solito (forse non sempre) da questa parte.

Il segreto professionale secondo il codice deontologico (articolo 10)

Il medico deve mantenere il segreto su tutto ciò che gli è confidato o di cui venga a conoscenza nell'esercizio della professione.

La morte del paziente non esime il medico dall'obbligo del segreto.

Il medico deve informare i suoi collaboratori dell'obbligo del segreto professionale. L'inosservanza del segreto medico costituisce mancanza grave quando possa derivarne profitto proprio o altrui ovvero nocimento della persona assistita o di altri.

La rivelazione è ammessa ove motivata da una giusta causa, rappresentata dall'adempimento di un obbligo previsto dalla legge (denuncia e referto all'Autorità Giudiziaria, denunce sanitarie, notifiche di malattie infettive, certificazioni obbligatorie) ovvero da quanto previsto dai successivi artt. 11 e 12.

Il medico non deve rendere al Giudice testimonianza su fatti e circostanze inerenti il segreto professionale.

La cancellazione dall'albo non esime moralmente il medico dagli obblighi del presente articolo.

Pensiamo al caso del paziente affetto da una malattia gravemente contagiosa. Innanzitutto l'odontoiatra deve esercitare una forte opera di persuasione, ossia indurre il paziente stesso a informare i familiari o le persone messe in pericolo dalla sua condizione. Un motto che ogni medico dovrebbe scolpire nella propria memoria è quello di "informare, informare, informare".

Un paziente Hiv-positivo – tanto per concretizzare l'esempio – deve essere informato anche dall'odontoiatra sulla sua malattia e su tutti i risvolti e rischi per sé e per gli altri. Solo dopo che il paziente, adeguatamente informato, avrà posto in pericolo concreto la salute di altri, allora l'odontoiatra avrà facoltà – anzi, deve – violare il segreto e comunicare il possibile rischio ad esempio al partner. Il diritto alla salute e alla vita, come abbiamo già visto, vale più del diritto al riserbo.

La comunicazione di una malattia tumorale

In alcuni casi l'odontostomatologo si può trovare nella condizione di dovere comunicare la diagnosi di tumore. In teoria, e per rispetto di leggi e codici, la diagnosi andrebbe dapprima comunicata al paziente e, se questo acconsente, anche ai familiari. Molte volte in realtà avviene esattamente il contrario, e il paziente ne rimane ignaro.

Non risulta sia ancora avvenuto in Italia (ma sicuramente altrove nel mondo) che il paziente, venuto in altro modo a conoscenza della diagnosi, abbia denunciato il sanitario per violazione del segreto. Ecco allora il buon senso, senza dimenticare le leggi: la scienza e coscienza dell'odontoiatra poggiano anche nella capacità saggia di valutare caso per caso se la comunicazione della diagnosi al paziente possa seriamente danneggiare la sua possibilità di cura e di guarigione, anche se remota, oppure se favorirne la consapevolezza e la partecipazione.

Nel primo caso nessun giudice potrebbe ragionevolmente (ci auguriamo) non intravedere la giusta causa che consente al professionista di violare il segreto, comunicando la diagnosi a un familiare.

7 *La tutela della privacy*

”

La riservatezza attiene al pregio della persona e pertanto anche al pregio del medico.

Pasquale Giuseppe Macri
docente di deontologia medica e legislazione sanitaria,
Università di Siena

La normativa sul trattamento dei dati personali, argomento indicato nel linguaggio corrente con “tutela della privacy”, è un tema che impone particolari attenzioni nel campo sanitario.

Il primo motivo è che le professioni medico-sanitarie trattano dati (quelli sullo stato di salute) che sono oggetto delle norme più severe del codice in tema di restrizione dell’accesso, protezione, prevenzione della diffusione non autorizzata.

Il secondo è che l’esercizio dell’attività odontoiatrica, che spesso esige la collaborazione di più figure professionali, si fonda sulla trasmissione di informazioni che riguardano il paziente; tali dati devono essere pertanto pienamente condivisibili quando serve: in questo senso la normativa ha anche il fine di garantire l’accessibilità delle informazioni a chi è autorizzato a conoscerle, a tutela della salute del cittadino.

Di fatto la normativa poco aggiunge, almeno nella pratica, alle regole deontologiche della riservatezza e a quelle che dovrebbero derivare dal buon senso comune. Richiede tuttavia che i comportamenti finalizzati alla protezione e al corretto trattamento dei dati siano codificati e verificabili, e comporta pertanto l’adempimento di una serie di obblighi burocratici.

Il contesto di lavoro ospedaliero, la burocrazia che tutela la privacy non pone particolari problemi al personale medico, che si attiene a procedure codificate e prestabilite dalla direzione dell’ente. In un contesto di libera professione come è abitualmente quella dell’odontoiatria, al contrario, il sanitario è chiamato anche a predisporre e codificare le procedure che garantiscono la privacy nello studio, adattando un modello generale a specifiche esigenze di lavoro.

Dati, soggetti, trattamento

Il trattamento dei dati personali è regolato dal decreto legislativo 196/2003 (Codice in materia di protezione dei dati personali), che ha sostituito la normativa precedentemente emanata sull'argomento. Le finalità generali, espresse nell'articolo 2, chiariscono che la legge deve garantire il diritto del cittadino alla riservatezza senza ostacolare peraltro la normale attività dell'odontoiatra.

Livelli di protezione

Il codice individua diverse tipologie di dati e diversi livelli di protezione. La definizione di **dati personali** si applica a qualsiasi tipo di informazione sulla persona fisica, giuridica o ente; con **dati identificativi** si intendono le informazioni che consentono l'identificazione diretta. È data definizione, infine, anche della categoria dei **dati giudiziari**, non rilevanti in questa trattazione.

Un grado di protezione più elevato è destinato ai **dati sensibili**: in particolare a quelli relativi allo stato di salute – gli unici di interesse per l'odontoiatra – è dedicata una serie di norme ulteriormente restrittive contenute nella parte II titolo V del codice. Sono considerati sensibili *“i dati personali idonei a rivelare l'origine razziale ed etnica, le convinzioni religiose, filosofiche o di altro genere, le opinioni politiche, l'adesione a partiti, sindacati, associazioni od organizzazioni a carattere religioso, filosofico, politico o sindacale, nonché i dati personali idonei a rivelare lo stato di salute e la vita sessuale”* (art.4, comma 1 lettera d).

Finalità del Codice in materia di protezione dei dati personali (D.Lgs. 30/6/2003 n. 196, Art. 2)

1. Il presente testo unico, di seguito denominato “codice”, garantisce che il trattamento dei dati personali si svolga nel rispetto dei diritti e delle libertà fondamentali, nonché della dignità dell'interessato, con particolare riferimento alla riservatezza, all'identità personale e al diritto alla protezione dei dati personali.
2. Il trattamento dei dati personali è disciplinato assicurando un elevato livello di tutela dei diritti e delle libertà di cui al comma 1 nel rispetto dei principi di semplificazione, armonizzazione ed efficacia delle modalità previste per il loro esercizio da parte degli interessati, nonché per l'adempimento degli obblighi da parte dei titolari del trattamento.

Competenze

Per ciò che riguarda i **soggetti** che trattano i dati, il codice distingue tre figure: titolare, responsabili, incaricati.

Il codice definisce **titolare** *“la persona fisica, la persona giuridica, la pubblica amministrazione e qualsiasi altro ente, associazione od organismo cui competono, anche unitamente ad altro titolare, le decisioni in ordine alle finalità, alle modalità del trattamento di dati personali e agli strumenti utilizzati, ivi compreso il profilo della sicurezza”* (articolo 4 del Codice, lettera f). Responsabili e incaricati, se previsti, devono essere **nominati per iscritto** dal titolare del trattamento.

Il personale di segreteria e quello infermieristico che operano in uno studio odontoiatrico, e che accedono almeno a una parte dei dati che riguardano i pazienti, devono pertanto formalmente ricevere l'incarico al trattamento da parte del titolare attraverso una **lettera di incarico**, che specifichi a quale tipo di dati possono accedere, e con quali modalità.

Principi generali sul trattamento dei dati sensibili

Il trattamento dei dati sensibili segue regole particolarmente restrittive. I principi generali sul trattamento di questi dati sono (articolo 22):

- ▶ limitazione dell'accesso ai dati sensibili;
- ▶ obbligo di conservare i dati sulla salute separatamente dagli altri dati (per esempio quelli anagrafici);
- ▶ divieto di diffusione dei dati sulla salute, intendendo con diffusione *“il dare conoscenza dei dati personali a soggetti indeterminati, in qualunque forma, anche mediante la loro messa a disposizione o consultazione”* (articolo 4 comma 1 lettera m).

L'archiviazione elettronica dei dati sensibili esige l'uso di password (o sistemi con analoga funzione), tecniche di cifratura, codici identificativi che non solo consentano l'accesso esclusivo agli autorizzati, ma permettano l'identificazione degli interessati solo in caso di necessità agli incaricati del trattamento.

Consenso e informativa

L'espressione del consenso dell'interessato al trattamento dei propri dati personali costituisce un elemento centrale della normativa.

Solo con l'espressione di un consenso valido (salvo alcune eccezioni) è permesso il trattamento dei dati personali. Il consenso non può essere implicito, ma deve risultare da una dichiarazione scritta o orale che l'interessato rilascia liberamente, dopo essere stato informato degli scopi per i quali i suoi dati saranno utilizzati.

Questa pretesa di rigore da parte del legislatore sembra cadere quando viene ammessa anche l'autorizzazione orale, ossia con una modalità apertamente indimostrabile. Il principio è che l'odontoiatra è un incaricato di pubblico servizio (in certi casi addirittura un pubblico ufficiale) e quindi quanto da lui affermato è contestabile a querela di falso. Ciò è possibile solo in circostanze ben evidenti, per esempio se il paziente dimostra di essere stato all'estero nel periodo in cui è avvenuta la divulgazione di informazioni riservate.

L'odontoiatra deve comunque annotare chiaramente sul documento su cui vengono raccolti i dati dell'assistito che "il consenso è stato acquisito". Ciò, come detto, è valido fino a dimostrazione di falso.

Le informazioni sugli scopi del trattamento (indicati come informativa) possono essere fornite oralmente o per iscritto, anche se il codice sulla privacy indica come preferibile la forma scritta. Solitamente l'informativa in ambito odontoiatrico indica le finalità del trattamento con formule che comprendono in modo generale le attività di diagnosi, prevenzione e cura. A queste finalità ordinarie non devono accompagnarsene altre, come per esempio la comunicazione di dati per studi, indagini statistiche o di mercato. Tale utilizzo va quindi precisato separatamente e richiede l'acquisizione di uno specifico consenso.

In sintesi gli elementi che devono essere obbligatoriamente inclusi nell'informativa sono:

- ▶ le finalità e le modalità del trattamento cui sono destinati i dati;
- ▶ la natura obbligatoria o facoltativa del conferimento dei dati;
- ▶ le conseguenze di un eventuale rifiuto di rispondere;

Prestazione del consenso (art. 81, comma 1)

Il consenso al trattamento dei dati idonei a rivelare lo stato di salute, nei casi in cui è necessario ai sensi del presente codice o di altra disposizione di legge, può essere manifestato con un'unica dichiarazione, anche oralmente. In tal caso il consenso è documentato, anziché con atto scritto dell'interessato, con annotazione dell'esercente la professione sanitaria o dell'organismo sanitario pubblico, riferita al trattamento di dati effettuato da uno o più soggetti e all'informativa all'interessato, nei modi indicati negli articoli 78, 79 e 80.

- ▶ i soggetti ai quali i dati personali possono essere comunicati o che possono venirne a conoscenza (infermiere/a, segretario/a, i medici associati, l'assistente o collega di studio, gli specialisti ai quali si rinvia il paziente, il farmacista, gli impiegati della Asl), e l'ambito di diffusione dei dati medesimi;
- ▶ i diritti di accesso ai dati personali per accertare la loro esistenza, disporne la loro modifica o cancellazione;
- ▶ gli estremi identificativi del titolare e di almeno uno dei responsabili.

La raccolta scritta del consenso è un metodo più pratico e sicuramente consigliabile, e di fatto è quello preferito da chi esercita le professioni sanitarie. Con un unico modulo cartaceo si fornisce l'informativa e, con la firma dell'interessato, se ne raccoglie il consenso. Il modulo scritto costituisce una traccia certa delle informazioni fornite e vale come documentazione nel caso di eventuali contestazioni. Nell'ambito ospedaliero o nella prestazione ambulatoriale in convenzione, l'acquisizione del consenso è solitamente contestuale alle pratiche di accettazione. Nello studio privato il consenso dovrebbe essere acquisito alla prima visita, con le modalità già espresse.

Rimane di fatto inapplicata, al momento, la possibilità (prevista dagli articoli 78-81 del decreto) che il consenso raccolto dal medico di famiglia possa estendersi anche ad altre figure che operano in ambito sanitario, compreso l'odontoiatra che visita il paziente su richiesta del medico di famiglia.

Casi di esclusione della raccolta preventiva del consenso

Il codice prevede espressamente che la raccolta del consenso al trattamento dei dati possa essere differita se l'odontoiatra ritiene opportuno un intervento immediato (eventi rari nella professione odontoiatrica): ciò vale in caso di pericolo di vita imminente del paziente, emergenza sanitaria e di igiene pubblica, impossibilità ad acquisire il consenso dall'interessato o dai familiari (articolo 82).

È evidente che la possibilità di posticipare la raccolta del consenso in questi casi **non significa che la raccolta divenga facoltativa**: questa deve infatti *“intervenire senza ritardo”* dopo la prestazione.

Prescrizioni di farmaci

Una conseguenza pratica immediata delle regole del codice è l'obbligo dell'anonimato sulle ricette per i farmaci.

In pratica

Lo studio

Il codice segnala anche alcune precauzioni di ordine ambientale indispensabili per tutelare la riservatezza dei pazienti. Tanta estenuante burocrazia, infatti, viene talvolta vanificata da banali violazioni del riserbo, ad esempio – un caso comune – quando la sala visite non è adeguatamente isolata dalla sala d'attesa, e il colloquio tra sanitario e paziente è udibile dall'esterno, oppure quando il colloquio avviene nell'atrio o in altra zona di inevitabile ascolto da parte di altri presenti.

L'articolo 83 ricorda per esempio che l'area di ricevimento o di segreteria va collocata a una certa distanza dai pazienti in attesa con l'uso di opportune barriere visive. Un adeguato isolamento della sala visita dagli spazi di attesa deve garantire che il colloquio non sia udibile da fuori. Oltre a ciò devono evidentemente essere rispettate regole di comportamento, da parte dell'odontoiatra e degli eventuali collaboratori, che evitino situazioni di promiscuità. Devono essere infine codificate per iscritto, per il personale non medico e non infermieristico, regole di condotta analoghe al segreto professionale.

L'archiviazione

Sul piano operativo pratico il codice (Parte I, titolo V) prevede che per la protezione dei dati siano adottate misure di sicurezza per ridurre i rischi di distruzione e perdita accidentale, accesso non autorizzato, trattamento diverso da quello previsto nell'informativa o non conforme alle finalità della raccolta dei dati. Il titolare che non adotti le misure minime può essere considerato responsabile penalmente (ammenda) per il solo fatto di non averle adottate.

È definito un livello minimo di protezione: il codice si sofferma soprattutto sulla gestione dei dati in archivi elettronici elencando una serie di misure minime che devono portare al raggiungimento di alcuni obiettivi. Le modalità per realizzarle – cioè l'elenco degli strumenti informatici utilizzabili a questo scopo – sono contenute nell'allegato B, il cosiddetto disciplinare tecnico, che dovrebbe essere periodicamente aggiornato.

8

Bibliografia

- Carnevali G, Greco M. Il rapporto di lavoro dei Medici-Chirurghi e degli Odontoiatri con le aziende del Servizio Sanitario Nazionale. C.G. Edizioni Medico Scientifiche, Torino, 2006.
- Cinotti R, (a cura di). La gestione del rischio nelle organizzazioni sanitarie. Il Pensiero Scientifico Editore, Roma, 2004.
- Cottorini P. Bioetica Metodo ed elementi di base per affrontare problemi clinici. Masson (Biblioteca Masson), Milano, 2000.
- De Ferrari F, Norelli GA, Tafani M. La valutazione del danno a persona quale conseguenza di lesioni traumatiche. Masson (Biblioteca Masson), Milano, 2000.
- De Leo D, Orrico M. Medicina legale e delle assicurazioni in odontoiatria e protesi dentaria. Libreria Cortina Editrice, Verona, 2005.
- De Leo D, Orrico M. Compendio di medicina giuridica. Libreria Cortina Editrice, Verona, 2007.
- De Leo D, Tessadri A. Odontologia forense. Liviana Editrice, Padova, 1989.
- Fresa R, Zangari F. La cura del paziente in Odontoiatria – Terapie e profili di responsabilità. Edizioni Medico Scientifiche, Torino, 2000.
- Fucci S. Informazione e consenso nel rapporto medico-paziente. Masson, Milano, 1996.
- Greco M, Pagni A, Panti A. (a cura di) Guida all'Esercizio Professionale per i medici-chirurghi e gli Odontoiatri. C.G. Edizioni Medico Scientifiche, Torino, 2006.

- Montagna F. Le patologie professionali del personale odontoiatrico e il contenzioso odontoiatra-paziente – Rischi, prevenzione, normative e responsabilità. Masson (La pratica odontoiatrica), Milano, 2001.
- Montagna, F. Testo atlante di odontoiatria medico-legale. Masson, Milano, 2005.
- Montagna F, De Leo D, Carli PO. La responsabilità nella professione odontoiatrica. Edizioni Promoass, Roma, 1998.
- Nardi R, Cipolla D'Abruzzo C. La responsabilità del medico in Medicina d'urgenza e pronto soccorso. Centro Scientifico Editore, Torino, 1996.
- Rossetti M. Il C.T.U. («l'occhiale del giudice»). Giuffrè Editore, Milano, 2006.
- Rossi N. Psicologia clinica per le professioni sanitarie. Il Mulino, Bologna, 2004.
- Wright R. Grandi risposte a domande difficili. Scienza e Tecnica Dentistica Edizioni Internazionali, Milano, 2000.

stampa: Ink-Print - Napoli