

**FABRIZIO MONTAGNA
DOMENICO DE LEO
PIETRO OSCAR CARLI**

LA RESPONSABILITÀ NELLA PROFESSIONE ODONTOIATRICA



**ASSOCIAZIONE
NAZIONALE
DENTISTI
ITALIANI**

Edizioni Promoass

FRONTE STOMATOLOGICO

ANDI

Associazione Nazionale Dentisti Italiani

via Savoia, 78 - 00198 Roma
Tel. 06.8540535-8549546

Direttore Responsabile:
Luigi Mario Daleffe

Comitato Direttivo
Consiglio Presidenza Andì

Comitato di Redazione:
**Marco Aguiari, Pietro Oscar Carli,
Massimo Castelli, Luigi Cremasco,
Luigi Mario Daleffe, Roberto Grassi,
Giampiero Malagnino, Renato Naldini,
Renato Scotti di Uccio**

Editore **Promoass
Management Associativo srl**
Via Quintino Sella, 49 - 00187 Roma
Presidente: **Pietro Oscar Carli**

Autorizzazione n. 12062
del Tribunale di Roma del 21/03/1968



**Fabrizio Montagna
Domenico De Leo
Pietro Oscar Carli**

LE RESPONSABILITÀ NELLA PROFESSIONE ODONTOIATRICA

a cura di

Fabrizio Montagna

presentazione di

L.M. Daleffe

ANDI

ASSOCIAZIONE NAZIONALE DENTISTI ITALIANI

PROMOASS

EDIZIONI

Alter rixatur saepe de lana caprina
Si discute spesso di cose futili

ORAZIO, Epistole, I, 18, 15

Oculum pro oculo, dentem pro dente,
manum pro manu, pedem pro pede...

Occhio per occhio, dente per dente,
mano per mano, piede per piede...

ESODO 21, 23 - 5

(La "legge del taglione", contestata da Gesù
nel Vangelo di Matteo 5, 38 ss.)

A mia moglie Augusta,
e ai miei quattro figli
Livia, Giulio, Zeno e Carlo

Un sentito ringraziamento va rivolto da parte mia e di tutta l'Associazione alla Boehringer Mannheim Italia.

Ancora una volta la sensibilità dimostrata da Boehringer Mannheim Italia nel percepire l'importanza delle nostre iniziative ha permesso la realizzazione di quest'opera, utile strumento per la nostra professione.

Luigi Daleffe

LE RESPONSABILITÀ NELLA PROFESSIONE ODONTOIATRICA

AUTORI

Fabrizio Montagna

Laurea in Medicina e Chirurgia
Diploma di specializzazione in Odontostomatologia
Diploma universitario di Ortodonzia (DUO -Nantes)
Professore a contratto presso la Clinica Odontoiatrica
dell'Università degli Studi di Padova
Libero professionista

Domenico De Leo

Laurea in Medicina e Chirurgia
Diploma di specializzazione in Medicina Legale e delle Assicurazioni
Aiuto ospedaliero presso l'Istituto di Medicina Legale e delle Assicurazioni
dell'Università degli Studi di Verona

Pietro Oscar Carli

Laurea in Medicina e Chirurgia
Diploma di Specializzazione in Odontostomatologia
Ricercatore confermato titolare dell'insegnamento di
Odontoiatria Conservatrice presso la Clinica Odontoiatrica
dell'Università degli Studi di Padova

COLLABORATORI

Si ringraziano per la collaborazione in alcuni specifici capitoli:

Carlo Carlini

Medico chirurgo, Odontoiatra

Luigi Mario Daleffe

Presidente Nazionale ANDI

Armando Fedeli

Presidente della Sezione Tecnica per le Assicurazioni
Infurtuni e R.C. Generali dell'A.N.I.A.

Antonio Guido Longo

Commercialista, Consulente del Lavoro

Antonio Nicolin

Medico chirurgo, specialista in odontoiatria

Mario Reggio

Esperto qualificato in radioprotezione

Alessandro Rigoli

Avvocato, libero professionista

Sandro Sperandio

Magistrato

Ringraziamenti

Gli Autori ringraziano gli esperti che hanno fornito suggerimenti e consigli utili alla stesura di quest'opera e in particolare:

<i>Dott. F. Abate</i>	Presidente del Tribunale di Verona
<i>Prof. A. Beltrame</i>	Direttore della Clinica Odontoiatrica, Università degli Studi di Padova
<i>Dott. D. Betti</i>	Ricercatore presso l'Istituto di Medicina Legale e delle Assicurazioni, Università degli Studi di Padova
<i>Prof. P. Cortivo</i>	Professore ordinario presso l'Istituto di Medicina Legale e delle Assicurazioni, Università degli Studi di Padova

Un ringraziamento al prof. Antonio Nicolin per la revisione delle bozze del libro

Con il patrocinio del Consiglio di Presidenza della Associazione Nazionale Dentisti Italiani

1998 - Edizioni Promoass Management Associativo s.r.l.
Management Associativo s.r.l. - Roma, Italia

I diritti di traduzione, di memorizzazione elettronica, di riproduzione e di adattamento totale o parziale con qualsiasi mezzo (compreso i microfilm e le copie fotostatiche) sono riservati.

L'Editore potrà concedere a pagamento l'autorizzazione a riprodurre una porzione non superiore a un decimo del presente volume.

Le richieste di riproduzione vanno inoltrate alla EDIZIONI PROMOASS MANAGEMENT ASSOCIATIVO s.r.l., via Savoia n. 78 - 00198 ROMA

La legislazione è in continua evoluzione e mutamento; la ricerca e l'esperienza clinica ampliano costantemente le nostre conoscenze in odontoiatria soprattutto in relazione alle modalità terapeutiche; ne consegue la necessità di un continuo aggiornamento dei parametri di valutazione medico legale.

Qualora il testo faccia riferimento a leggi, modalità terapeutiche, criteri di valutazione, gli Autori e il Curatore hanno cercato di garantire che tali riferimenti siano conformi allo stato delle conoscenze al momento della pubblicazione del libro.

Tuttavia, si consiglia al lettore di verificare attentamente se le indicazioni riportate nel testo abbiano mantenuto la loro validità al momento di una futura consultazione del libro.

Dello stesso editore:

FRONTE STOMATOLOGICO,

Rivista periodica dell'Associazione Nazionale Dentisti italiani

PREVENZIONE DELLE INFEZIONI IN ODONTOIATRIA: EPATITI E AIDS,

Montagna F., Verona 1997

IL TRATTAMENTO ODONTOIATRICO DEL PAZIENTE CON PATOLOGIA
CARDIOVASCOLARE, Montagna F., 1998

PRESENTAZIONE

Il contenzioso giuridico in odontoiatria si è dilatato negli ultimi anni divenendo numericamente sempre più frequente in conseguenza di due fenomeni: il progresso scientifico e la maggior difficoltà della professione; la comprensione del diritto alla salute e quindi la maggior aspettativa di risultato delle terapie da parte della società. Di pari passo è aumentato il rigore con cui la magistratura giudica il sanitario in tema di responsabilità professionale.

La finalità e l'utilità di quest'opera consiste nel sostanziale intento di rispondere a molteplici finalità.

La prima nel fornire al dentista le basi medicolegali per improntare la propria vita professionale e per valutare gli incidenti di percorso inevitabilmente legati ad essa.

La seconda nel compendiare le nozioni di base, validate dalla attuale letteratura scientifica, in modo da riordinare i problemi ed i dubbi che si ripresentano nella prassi forense in tema di valutazione della responsabilità civile nella professione odontoiatrica; si intende in questo modo perseguire il fine di ottenere una uniformità e coerenza di giudizio sul territorio nazionale.

Frequentemente infatti abbiamo avuto la sensazione che dentisti professionalmente e scientificamente preparati siano in difficoltà a mantenere un livello di competenza adeguato al decoro professionale quando si trovino a fronte di inediti e sconosciuti problemi di medicina legale.

Del resto le valutazioni dei medici legali ci sono parse, in alcune occasioni, lontane dalla pratica clinica ed incomprensibili o fragili nelle motivazioni; è importante quindi aggiornare la metodologia di giudizio medico legale che costituisce la base logica delle decisioni dei magistrati.

L'opera è quindi uno strumento di traduzione per facilitare la comunicazione tra medici legali, odontoiatri, compagnie di assicurazione, legali e magistrati.

La nostra speranza è che, pur rimanendo superate in futuro le nozioni tecniche per la rapida evoluzione scientifica, rimangano validi pensiero e idee che hanno motivato questo nostro sforzo al fine di rendere un servizio alla professione, ai colleghi e ai pazienti.

Questa opera non rappresenta uno sforzo isolato, bensì un passo svolto dalla nostra Associazione in una precisa direzione che tende costantemente a sostenere e migliorare la professionalità del nostro lavoro: ancor prima di queste linee guida per la valutazione medico legale, sono già stati formulati i criteri di verifica e revisione della qualità (VRQ) delle prestazioni odontoiatriche che, continuamente aggiornate nel futuro, rappresenteranno il naturale riferimento per il giudizio; in un prossimo futuro contiamo di istituire un osservatorio dell'ANDI che registri il contenzioso in odontoiatria, in modo da costituire le premesse e un valido punto di riferimento per individuare e indirizzare gli orientamenti giurisprudenziali e di riforma legislativa che condizionano il nostro lavoro.

01.03.1998

Luigi Mario Daleffe
*Presidente Associazione
Nazionale Dentisti Italiani*

PREFAZIONE

Perchè una nuova opera di Medicina Legale in Odontoiatria quando sulla materia già si sono misurate con pregevolissime opere le più importanti scuole medico-legali italiane?

Non certo voglia di apparire o convinzione di potere proporre chissà quali innovative tesi.

Altre motivazioni sono alla base della nostra scelta: l'aver constatato con quale entusiasmo (ed il termine non è esagerato) gli studenti del corso di laurea in odontoiatria hanno seguito l'insegnamento di Medicina Legale, ed in particolare il gruppo di lezioni riguardanti il capitolo della responsabilità professionale e l'aver osservato nella pratica peritale una certa resistenza ad affrontare questo settore da parte dei medici legali, anche quelli professionalmente più preparati.

Una resistenza che non è dato vedere quando siano affrontate questioni di colpa medico-chirurgica relativamente ad altre branche specialistiche, forse perchè è radicata la percezione di una disciplina (l'odontoiatria) estremamente tecnica e, di fatto, ormai estranea alla comune matrice medico-biologica, come in una certa misura è stato confermato dalla necessità di una Laurea autonoma in linea con le altre legislazioni europee.

Ciò non di meno il metodo medico-legale per l'accertamento della colpa professionale e del danno ad essa causalmente riconducibile, pur adattato a fattispecie sicuramente originali, è l'unica chiave di lettura proponibile se si vuole offrire all'utilizzatore della valutazione medico-legale, uno strumento realmente efficace.

Certo, per il medico legale è necessario uno sforzo di acquisizione di specifiche conoscenze che avrà successo solo se egli sarà convinto che senza rilievi tecnici un apprezzamento medico-legale sarà monco e facilmente confutabile; per il dentista, abituato a valutare successi ed insuccessi clinici in chiave strettamente statistica, si impone un ripercorso del rapporto medico-paziente, dei possibili riflessi positivi e negativi con prefigurazione a priori, a coglierne e a discuterne le fasi che hanno portato alla incrinatura del rapporto fiduciario.

Ad onor del vero pochi clinici mostrano questa attenzione al risultato, quando vengono interpellati in sede giudiziale; sono pareri più o meno possibilistici sulla colpa e sul danno, di nessuna utilità quando non pericolosi strumenti di giudizio in mano al Magistrato.

La nostra esperienza è che in questa materia si impone, più che altrove, la collegialità del giudizio; il felice incontro con colleghi particolarmente attenti a questa tematica è stato ulteriore stimolo ad affrontare l'impegno, invero gravoso, di contribuire a far chiarezza su una materia sulla quale si scontrano interessi di parte non sempre facilmente conciliabili anche per l'apporto, non sempre coerente, della dottrina e della giurisprudenza.

Di certo lo scopo non è quello di fornire uno strumento operativo che serva ai dentisti, in veste peritale, per correttamente impostare i loro interventi medico-legali e ai medici legali per integrare con informazioni specialistiche elaborati più o meno convincenti: se così fosse il nostro impegno sarebbe stato inutile ed anzi censurabile. Il desiderio di contribuire ad una produttiva comunicazione tra tutti i protagonisti dei casi di responsabilità, ci ha portato a rendere forse banale, se non addirittura impreciso, lo sviluppo di argomenti ora di taglio giuridico ora di taglio clinico odontoiatrico.

Ce ne scusiamo e chiediamo solo comprensione per l'aver travalicato qualche limite, a causa dell'entusiasmo con il quale i nostri studenti ci hanno contagiato.

01.03.1998

Gli Autori

F. Montagna, D. De Leo, P.O. Carli

INDICE

Elenco autori	pag.	7
Presentazione	pag.	8
Prefazione	pag.	9

PARTE A: IL CONTENZIOSO IN ODONTOIATRIA

1. Il contenzioso medico legale in odontoiatria: i perchè di una epidemia	pag.	25
D. De Leo, F. Montagna		
1. L'entità del contenzioso	pag.	25
2. La possibile proiezione futura del contenzioso	pag.	26
3. Il perchè di una maggiore responsabilizzazione del dentista	pag.	28
4. I fattori di incremento del contenzioso giudiziale	pag.	32
5. Conclusioni	pag.	36
2. La mal pratica professionale odontoiatrica: casistica di riferimento		
F. Montagna, D. De Leo		
1. Le sentenze.....	pag.	40
2. Le consulenze e gli accertamenti tecnici preventivi	pag.	61
3. Le transazioni.....	pag.	71

PARTE B: LA RESPONSABILITÀ PROFESSIONALE

1. Premessa	pag.	77
F. Montagna		
2. La professione intellettuale nell'ordinamento giuridico	pag.	81
D. De Leo, F. Montagna		
1. Le condizioni necessarie all'esercizio professionale	pag.	81
2. Il contratto di cura	pag.	82
3. I profili di rapporto lavorativo	pag.	86

3. La responsabilità deontologica	pag. 91
D. De Leo, F. Montagna	
1. Il procedimento disciplinare dell'Ordine	pag. 92
2. Del rapporto tra procedimento penale e disciplinare dell'Ordine	pag. 92
3. Del rapporto tra procedimenti disciplinari (dell'Ordine e dell'Ente Pubblico dal cui dipende il dentista).....	pag. 94
4. La pubblicità sanitaria	pag. 95
4. La responsabilità penale	pag. 99
D. De Leo, F. Montagna, S. Sperandio	
1. L'evento di danno odontoiatrico e la procedibilità dell'azione penale.....	pag. 100
2. I termini temporali per la querela	pag. 103
3. I reati e gli illeciti connessi alla professione sanitaria	pag. 104
4. I reati e gli illeciti comuni.....	pag. 113
5. La responsabilità civile	pag. 119
A. Rigoli, F. Montagna	
1. La nozione di responsabilità contrattuale, extracontrattuale, oggettiva ..	pag. 119
2. Considerazioni in generale sulla responsabilità civile	pag. 122
3. Considerazioni sulla responsabilità extracontrattuale	pag. 127
4. Considerazioni sulla responsabilità contrattuale.....	pag. 131
5. Conclusioni	pag. 135
6. La responsabilità nel rapporto di lavoro con altri dentisti	pag. 137
F. Montagna, L. M. Daleffe, S. Sperandio	
1. I tipi di rapporto professionale	pag. 138
2. Gli orientamenti giurisprudenziali	pag. 141
7. La responsabilità del libero professionista per il personale dipendente	pag. 143
A.G. Longo, F. Montagna	
1. L'assistente dentale.....	pag. 143
2. L'igienista dentale.....	pag. 144
3. Gli aspetti della normativa sul lavoro dipendente	pag. 145
8. La responsabilità nella conduzione dello studio	pag. 149
F. Montagna, C. Carlini, M. Reggio	
1. Lo smaltimento dei rifiuti.....	pag. 149
2. La radiologia	pag. 150
3. Gli impianti termici	pag. 155
4. Gli impianti elettrici.....	pag. 156
5. L'infortunio del paziente.....	pag. 159
6. La sicurezza dei lavoratori e degli ambienti di lavoro	pag. 160

9. La responsabilità civile del pubblico dipendente	pag. 165
D. De Leo, F. Montagna	
1. La responsabilità civile verso terzi	pag. 166
2. La responsabilità disciplinare	pag. 168
10. La responsabilità per mancata acquisizione del consenso alle cure	pag. 171
D. De Leo, F. Montagna	
1. L'acquisizione del consenso	pag. 171
2. La documentazione del consenso	pag. 173
3. La riacquisizione del consenso in particolari situazioni.....	pag. 173
4. Le conseguenze della mancata acquisizione.....	pag. 174
5. Considerazioni.....	pag. 175
11. La responsabilità nelle fonti informative: certificato, ricetta, cartella clinica	pag. 179
D. De Leo, F. Montagna, L. M. Daleffe,	
1. La nozione di documento	pag. 179
2. Il certificato medico.....	pag. 180
3. La ricetta	pag. 184
4. La cartella clinica	pag. 186
12. La responsabilità del dentista e dell'odontotecnico nell'insuccesso protesico	pag. 191
F. Montagna, L. M. Daleffe	
1. L'odontotecnico nell'ordinamento giuridico.....	pag. 191
2. L'obbligazione di mezzi e di risultati.....	pag. 193
3. Il profilo di responsabilità	pag. 195
4. Considerazioni.....	pag. 199
13. La responsabilità e i rapporti con il fisco	pag. 203
A. G. Longo, F. Montagna	
1. I.V.A.....	pag. 205
2. I.R.P.E.F.	pag. 209
3. I.R.A.P.....	pag. 212
4. La contabilità	pag. 214
5. Le ritenute	pag. 217
6. Le dichiarazioni e i versamenti.....	pag. 217
7. Le sanzioni.....	pag. 219
8. Conclusioni	pag. 225

PARTE C: IL RAPPORTO ASSICURATIVO

1. La responsabilità civile del medico e la sua assicurazione	pag. 231
A. Fedeli, F. Montagna	
1. Premessa	pag. 231
2. La morfologia del rischio	pag. 234
3. La tariffazione del rischio della responsabilità civile medica	pag. 239
4. Quale futuro per l'assicurazione della responsabilità civile medica?	pag. 241
2. Nozioni generali sulle polizze di responsabilità civile	pag. 245
F. Montagna, L. M. Daleffe,	
1. Il contratto assicurativo in generale	pag. 245
2. La polizza per responsabilità professionale	pag. 247
3. Considerazioni	pag. 251
3. La polizza di responsabilità civile professionale odontoiatrica ...	pag. 253
D. De Leo, F. Montagna	
1. La stipula della polizza e la struttura del contratto	pag. 254
2. Le parti del contratto	pag. 255

PARTE D: LA CONSULENZA MEDICO-LEGALE

1. La colpa professionale	pag. 267
F. Montagna, D. De Leo	
1. Le motivazioni della colpa	pag. 267
2. Il grado della colpa e la difficoltà della prestazione	pag. 269
3. L'evoluzione degli orientamenti giurisprudenziali: l'aumento di responsabilità del sanitario	pag. 270
4. Gli orientamenti giurisprudenziali attuali	pag. 274
5. Considerazioni	pag. 276
2. Il nesso di causalità	pag. 279
D. De Leo, F. Montagna	
1. Le determinanti del danno	pag. 279
2. Il criterio di riferimento eziologico	pag. 280
3. Il tipo di rapporto causale e le sue implicazioni	pag. 280
4. Il nesso di causalità probabile o possibile	pag. 282
5. Considerazioni	pag. 284

3. Le peculiarità dell'accertamento clinico in sede medico-legale ...pag.	287
D. De Leo, F. Montagna	
1. La visita del paziente.....pag.	287
2. Il comportamento del consulente tecnico di parte.....pag.	288
3. Il collegio tecnico a difesa.....pag.	288
4. Il principio del contraddittorio.....pag.	289
4. La Consulenza Tecnica d'Ufficiopag.	293
F. Montagna, D. De Leo	
1. La nomina.....pag.	293
2. Il quesito.....pag.	294
3. Lo svolgimento delle operazioni peritali e l'elaborato.....pag.	296
4. L'esito della consulenza.....pag.	300
5. Il risarcimento per spese di cura.....pag.	302
6. Il compenso.....pag.	305
5. La responsabilità del consulente tecnicopag.	309
D. De Leo, F. Montagna	
1. Il consulente tecnico d'ufficio.....pag.	309
2. Il consulente tecnico di parte.....pag.	311
3. La responsabilità disciplinare.....pag.	312
4. In tema di prestazioni professionali a favore di colleghi e richiesta di onorario.....pag.	313

PARTE E: IL DANNO DA FATTO ILLECITO E IL RISARCIMENTO

1. Gli orientamenti attuali in tema di valutazione medico legale del dannopag.	317
D. De Leo, F. Montagna	
1. Il danno biologico.....pag.	318
2. La capacità lavorativa specifica.....pag.	319
3. Gli attuali orientamenti medico-legali.....pag.	320
4. L'emendabilità del danno con terapia.....pag.	321
5. In tema di risarcimento delle spese di cura.....pag.	323
2. La valutazione del danno biologicopag.	327
F. Montagna, D. De Leo	
1. Le tabelle di valutazione.....pag.	327
2. La parte sistematica.....pag.	330

3. Il risarcimento con protesi	pag. 343
P.O. Carli, F. Montagna	
1. La durata delle protesi ed i fattori di previsione	pag. 343
2. Le linee guida per il risarcimento	pag. 346
3. Considerazioni.....	pag. 349
4. La quantificazione del risarcimento	pag. 351
F. Montagna, S. Sperandio	
1. La risoluzione del contratto.....	pag. 353
2. Il danno biologico	pag. 353
3. L'invalidità lavorativa specifica	pag. 366
4. Le spese sanitarie	pag. 368
5. Il danno non patrimoniale	pag. 371
6. Altri costi e spese	pag. 372

PARTE F: LA RESPONSABILITÀ PROFESSIONALE NEI SPECIFICI SETTORI DELL'ATTIVITÀ ODONTOSTOMATOLOGICA

1. Gli infortuni e le malattie professionali	pag. 381
F. Montagna	
1. Il rischio professionale e la prevenzione delle patologie professionali....	pag. 382
2. Cenni di legislazione	pag. 384
3. La responsabilità e i limiti della tutela assicurativa INAIL	pag. 387
4. La sorveglianza sanitaria e il consenso informato per l'esecuzione di accertamenti sanitari sul personale	pag. 389
5. Considerazioni.....	pag. 391
2. I dispositivi medici	pag. 393
F. Montagna	
1. Cenni di legislazione	pag. 393
2. I dispositivi odontoiatrici.....	pag. 397
3. Considerazioni.....	pag. 400
3. I farmaci	pag. 403
F. Montagna, L. M. Daleffe	
1. Cenni di legislazione	pag. 403
2. Gli effetti indesiderati	pag. 407
3. Le controindicazioni e le interazioni farmacologiche	pag. 410
4. L'anestesia locale.....	pag. 413
5. Le motivazioni della responsabilità	pag. 418
6. Considerazioni.....	pag. 421

4. La trasmissione dell'infezione	pag. 423
F. Montagna	
1. L'infezione crociata.....	pag. 426
2. Cenni di legislazione	pag. 430
3. Il nesso di causalità tra infortunio e infezione occupazionale	pag. 434
4. Considerazioni.....	pag. 437
5. Le emergenze mediche	pag. 441
P. O. Carli, F. Montagna	
1. La prevenzione.....	pag. 442
2. Lo strumentario e la condotta	pag. 456
3. Le motivazioni della responsabilità	pag. 459
4. Considerazioni.....	pag. 460
6. Il protocollo e il piano terapeutico	pag. 465
P. O. Carli, F. Montagna	
1. Le fasi del piano di terapia	pag. 466
2. Le motivazioni della responsabilità	pag. 467
3. Considerazioni.....	pag. 469
7. La chirurgia orale	pag. 473
P. O. Carli, F. Montagna	
1. La pianificazione dell'intervento	pag. 473
2. La preparazione, l'esecuzione dell'intervento, il controllo postoperatorio.....	pag. 475
3. Le complicanze	pag. 476
4. Considerazioni.....	pag. 478
8. Il restauro conservativo	pag. 481
P.O. Carli, F. Montagna	
1. L'eziologia e la patogenesi della carie	pag. 481
2. I tipi di restauro conservativo e la durata.....	pag. 483
3. Le motivazioni della responsabilità	pag. 488
4. Considerazioni.....	pag. 492
9. L'endodonzia	pag. 493
P.O. Carli, F. Montagna, D. De Leo	
1. La tecnica e i criteri di valutazione	pag. 493
2. Le motivazioni della responsabilità	pag. 495
3. Il risarcimento	pag. 500
4. Considerazioni.....	pag. 501

10. La parodontologia	pag. 505
F. Montagna, A. Nicolin	
1. L'eziopatogenesi, l'epidemiologia e la classificazione della patologia parodontale.....	pag. 505
2. La diagnosi e il piano di terapia	pag. 506
3. Le motivazioni della responsabilità	pag. 509
4. Considerazioni.....	pag. 512
11. L'ortognatodonzia	pag. 515
F. Montagna, D. De Leo	
1. La terminologia	pag. 515
2. Il piano di terapia	pag. 518
3. Le motivazioni della responsabilità	pag. 520
4. Considerazioni.....	pag. 527
12. L'implantologia	pag. 531
F. Montagna, D. De Leo	
1. L'evoluzione tecnica.....	pag. 531
2. I protocolli operativi.....	pag. 532
3. I criteri di valutazione	pag. 534
4. Le motivazioni della responsabilità	pag. 535
5. Il risarcimento	pag. 540
6. Considerazioni.....	pag. 540
13. La protesi fissa	pag. 543
P. O. Carli, F. Montagna	
1. Le indicazioni e i fattori di progettazione	pag. 543
2. Le fasi di esecuzione	pag. 547
3. Le motivazioni della responsabilità	pag. 548
4. Considerazioni.....	pag. 558
14. La protesi mobile	pag. 561
P. O. Carli, F. Montagna	
1. Le indicazioni e i fattori di progettazione	pag. 561
2. La manutenzione e il rifacimento	pag. 564
3. Le motivazioni della responsabilità	pag. 564
4. Considerazioni.....	pag. 565
15. Le mioartropatie di origine odontogena	pag. 569
F. Montagna	
1. L'epidemiologia, l'eziopatogenesi e i quadri clinici	pag. 569
2. Le mioartropatie odontogene	pag. 572
3. I principi della terapia oclusale	pag. 574
4. Le motivazioni della responsabilità	pag. 578
5. Considerazioni.....	pag. 583

16. Il danno iatrogeno neurologico	pag. 587
F. Montagna	
1. La lesione	pag. 587
2. La valutazione e il trattamento	pag. 588
3. Le motivazioni della responsabilità	pag. 589
4. Considerazioni.....	pag. 592

PARTE G: I CONSIGLI PER IL LIBERO PROFESSIONISTA

1. La prevenzione del contenzioso	pag. 597
F. Montagna, A. Rigoli	
1. L'evitare di criticare l'operato di altri colleghi	pag. 597
2. L'instaurare e mantenere un corretto rapporto tra medico e paziente....	pag. 598
3. Il delegare interventi che esulano dalla propria competenza.....	pag. 599
4. Il valutare l'opportunità di una azione legale per il recupero del credito ...	
2. Il comportamento nelle fasi del contenzioso	pag. 603
A. Rigoli, F. Montagna, S. Sperandio	
1. Il comportamento a seguito di una richiesta di risarcimento.....	pag. 604
2. Il comportamento nel corso del procedimento civile	pag. 608

PARTE H: TRAUMATOLOGIA

1. La metodologia di approccio medico-legale	pag. 615
P.O. Carli, F. Montagna	
1. La certificazione del trauma.....	pag. 616
2. I traumi dentali	pag. 619
P.O. Carli, F. Montagna	
1. L'epidemiologia e la meccanica del trauma	pag. 619
2. I traumi dei denti permanenti.....	pag. 619
3. I traumi sulla dentatura decidua.....	pag. 621
4. Le indicazioni e la durata della riabilitazione.....	pag. 623
5. Considerazioni.....	pag. 625
3. I traumi maxillo facciali	pag. 629
F. Montagna	

1. Le lesioni dei tessuti molli.....	pag. 629
2. Le lesioni dello scheletro maxillo-facciale	pag. 630
3. Le lesioni delle articolazioni temporo-mandibolari.....	pag. 633
4. La valutazione del danno.....	pag. 635
5. Considerazioni.....	pag. 638

PARTE I: APPENDICE LEGISLATIVA

F. Montagna

1. Codice Penale	pag. 643
2. Codice di Procedura Penale.....	pag. 657
3. Codice Civile	pag. 659
4. Codice di Procedura Civile.....	pag. 673
5. Costituzione della Repubblica Italiana	pag. 681
6. Codice deontologico	pag. 683
7. Glossario giuridico e medico legale.....	pag. 697

Postfazione	pag. 709
--------------------------	-----------------

INDICE ANALITICO DELLE FONTI LEGISLATIVE	pag. 711
---	-----------------

INDICE ANALITICO.....	pag. 715
------------------------------	-----------------

PARTE A

IL CONTENZIOSO IN ODONTOIATRIA

1. IL CONTENZIOSO MEDICO LEGALE IN ODONTOIATRIA: I PERCHÉ DI UNA "EPIDEMIA"

D. De Leo, F. Montagna

Da alcuni ultimi anni si va osservando un aumento dei casi di contenzioso in tema di responsabilità medica ed in questo ambito vi è una significativa presenza di casi riguardanti l'odontoiatria.

Sarà interessante rilevare come nel periodo 1985-1996 sulla Rivista Italiana di Medicina Legale, organo ufficiale della Società Italiana di Medicina Legale e delle Assicurazioni, sono stati pubblicati 96 contributi dottrinari in materia di responsabilità professionale medica e ben 104 sentenze delle Corti di merito e della Suprema Corte, queste ultime di gran lunga prevalenti, sulla specifica materia.

Del resto tale tendenza registrata nel nostro paese è in linea con quanto avviene in altre nazioni: ad esempio, secondo dati stimati negli Stati Uniti, l'incidenza per anno di procedimenti legali per responsabilità professionale a carico di odontoiatri ammonta al 7-8% degli operatori, escludendo da tale indicatore le transazioni extragiudiziali.

Ciò non sorprende se consideriamo che la Associazione assicurativa americana per medici, che raccoglie circa il 60% dei medici e dei chirurghi che lavorano privatamente, dal 1985 al 1992 ha concesso il risarcimento in poco meno del 30% delle circa 90.000 richieste presentate.

Ed ancora, le spese sostenute dai medici americani per polizze di responsabilità professionale sono lievitare da 60 milioni di dollari nel 1960 a 7 miliardi di dollari nel 1984.

Attualmente in Italia non esiste alcun ente od organismo che raccolga i dati riguardanti la responsabilità professionale medica e, in particolare, odontoiatrica in modo da costituire una fonte statistica attendibile per quantificare l'entità del problema medico-legale; per tale quantificazione ricorreremo a dati stimati in una entità territoriale ben definita i quali, per quanto incompleti, possono risultare un suggestivo indicatore del fenomeno.

1. L'ENTITÀ DEL CONTENZIOSO

A tal fine abbiamo utilizzato un campione ridotto nella provincia di Verona e Trento desunto dalla casistica dell'Istituto di Medicina Legale di Verona e da quella personale nel biennio 1995-96; nelle tabelle successive sono stati applicati due indicatori di frequenza, secondo un criterio circoscritto ai soli nuovi casi di contenzioso a carico di dentisti che si sono generati durante il periodo di tempo di un anno: la frequenza assoluta, cioè il numero di casi medico-legali giunti alla nostra osservazione, ed il tasso di incidenza (tab. 1-2-3-4).

Tabella 1
**INCIDENZA DEI CASI DI RESPONSABILITÀ PROFESSIONALE
 IN AMBITO SANITARIO (VR '95)**

Qualifica	N. operatori	Frequenza assoluta	Incidenza %
MEDICI CHIRURGHI	3581 (esclusi i dentisti)	41	1
DENTISTI	841 (631 odontoiatri; 211 medici con doppia annotazione)	21	2.5

Tabella 2
INCIDENZA DI CONTENZIOSO IN ANNI E CITTÀ DIVERSE

Città (n. dentisti)	Anno	N. Casi	% Incidenza
VERONA (842)	1995	21	2.5
	1996	20	2.5
TRENTO (300)	1995	19	6
	1996	18	6

Tabella 3
PREVALENZA DEI CASI DI RESPONSABILITÀ PROFESSIONALE ACCERTATA

Tipo di Consulenza	N.	Resp. accertata	%
CTU	34	30	88
ATP	20	18	90
CTP	48	45	94
TOTALE	102	93	91

CTU: Consulenza Tecnica d'Ufficio
 ATP: Accertamento Tecnico Preventivo
 CTP: Consulenza Tecnica di Parte

2. LA POSSIBILE PROIEZIONE FUTURA DEL CONTENZIOSO

I dati riportati non possono essere considerati esaustivi data la parzialità della casistica, in parte di personale osservazione in parte assunta per la collaborazione di colleghi che svolgono anche solo incidentalmente attività di consulenza medico-legale, di studi legali impegnati elettivamente in casi di responsabilità professionale medica (perchè fiduciari di compagnie assicuratrici che curano il rischio professionale medico) e di ispettorati sinistri di Società Assicuratrici.

Comunque, il fatto che risultino omogenei in due località limitrofe appare una in-

Tabella 4
MOTIVI DI CONTESTAZIONE

Motivazione	N. casi	%
Protesi	69*	60
Implantoprotesi	20**	17.5
Conservativa- Endodonzia	6	5
Ortodonzia	4	3.5
Chirurgia	3	2.5
Traumatologia	12	10.5
TOTALE	114	100

* 6 sindromi algico-disfunzionali

** 6 lesioni del trigemino

Tabella 5
FREQUENZA STIMATA DEL CONTENZIOSO IN ODONTOIATRIA ED ESITO

Incidenza annuale	Prevalenza stimata	Responsabilità accertata
3%	6% - 15%	90%

coraggiante conferma sulla loro significatività per proiettare le conclusioni su ambiti territoriali più vasti.

La stessa casistica evidenzia inoltre che proprio nel campo odontoiatrico (e soprattutto in implantologia e protesi), le definizioni stragiudiziali risultano alquanto infrequenti, e che con relativa facilità si accede alla Magistratura ordinaria per la definizione del contenzioso, anche con richieste di risarcimento danni per importi che mediamente sono minori rispetto alle altre branche mediche generali e specialistiche.

Ci è parso interessante stimare la frequenza del contenzioso medico-legale per responsabilità professionale odontoiatrica; abbiamo utilizzato a tal fine come indicatore statistico il tasso di prevalenza stimata che consiste nell'ipotizzare il numero di dentisti con pendenze medico-legali che potrebbero essere individuati eseguendo una indagine trasversale in un certo istante.

$$\text{Tasso di prevalenza stimato} = \frac{\text{N. casi ipotizzabili in un dato istante}}{\text{N. di dentisti operanti nella zona}} \times 100$$

Considerando, infatti, la durata di una causa civile che, con il vecchio rito varia tra i 3-6 anni e con il nuovo rito non dovrebbe superare i 2-3 anni, almeno secondo gli auspici del Legislatore, possiamo ipotizzare un aumento considerevole del numero di dentisti interessati dal problema (tab. 5).

Ricordiamo, comunque, che il dato stimato è arbitrario ed intende rappresentare il numero di possibili contenziosi giudiziali e stragiudiziali ma non equivale al numero di dentisti interessati poichè, questo è un altro dato di esperienza diretta, più casi riguardano lo stesso professionista sul quale incombe dunque un rischio di maggiore sinistrosità.

3. IL PERCHÈ DI UNA MAGGIORE RESPONSABILIZZAZIONE DEL DENTISTA

La responsabilità professionale medica è materia di estrema delicatezza, come può esserlo ogni apprezzamento sulla qualità delle prestazioni di un professionista ciò nondimeno è caratterizzata da una costante evoluzione interpretativa determinata da molteplici fattori: la consapevolezza sociale del diritto alla salute; i successi dell'evoluzione scientifica, che condizionano le aspettative dei pazienti nei confronti degli operatori sanitari, così come gli orientamenti giurisprudenziali e dottrinali reciprocamente influenzanti.

In questo cerchio che si chiude non è possibile fissare dei punti fermi in quanto non esiste una giurisprudenza univoca consolidata; comunque si impongono alcune riflessioni sugli atteggiamenti che oggi magistrati, pazienti, assicuratori e dentisti hanno nei confronti di tale materia e che inevitabilmente vengono a condizionare l'evoluzione dell'apprezzamento medico-legale.

Dobbiamo considerare in via preliminare che al medico è delegato, *ex lege*, l'onere di tutelare al meglio la salute del cittadino in ossequio ad un principio costituzionalmente sancito (art. 32 Cost.) e solo per questa finalità è consentito al dentista di intervenire sul paziente anche con manovre cruenti.

Gli obblighi cui è tenuto il sanitario sono in continua evoluzione poiché nel tempo mutano i parametri in grado di influire sul giudizio di corretta qualità delle cure e molteplici fattori determinano una più rigida definizione dei termini di responsabilità professionale, esponendo gli operatori ad un aumento del contenzioso.

Il progresso tecnico-scientifico dell'odontoiatria è sempre più in grado di assicurare terapie complesse con ampio margine di affidabilità e minor margine di giustificazione all'insuccesso terapeutico. L'aumentata coscienza da parte del singolo paziente e della società del diritto fondamentale della tutela alla salute aumenta le aspettative di successo terapeutico.

Gli orientamenti della magistratura e della dottrina medico-legale mutano in risposta al grado di attenzione della società alla tutela di determinati valori.

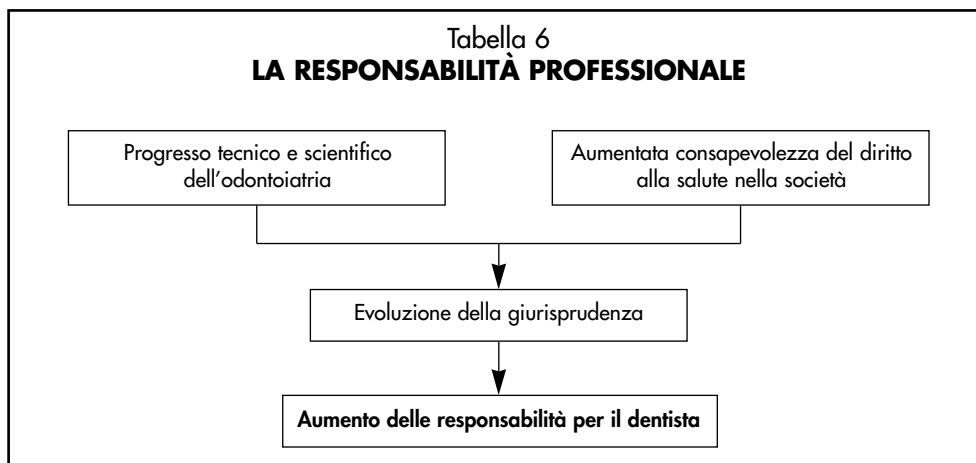
È quindi giustificata la sensazione secondo la quale gli obblighi di comportamento professionale ed i parametri ai quali è oggi tenuto il dentista sono sicuramente superiori rispetto al passato e ancora maggiori lo saranno in futuro (tab.6).

3.1 Il ruolo delle scienze odontoiatriche

Il progresso tecnico-scientifico ha comportato una maggior prevedibilità del risultato con possibile ragionevole predeterminazione sia del rischio operatorio che del globale successo terapeutico riducendo le cause di giustificazione per insuccesso conseguenti ad errori (diminuzione dell'*error scientiae* e aumento della prevedibilità del risultato).

Ne consegue che una alta quota o percentuale di probabilità di successo astrattamente e preliminarmente prevedibile impone una condotta massimamente competente, prudente, diligente e quindi assolutamente rispettosa delle regole dell'arte.

L'odontoiatria appartiene all'area chirurgica dove con maggiore facilità, rispetto ad altre branche mediche, è dimostrabile un rapporto causale tra danno ed operato del professionista, e ciò perché la prestazione avviene nella maggior parte dei casi su tessuti duri dentari o con manufatti protesici ed un eventuale errore, permanendo inalterato per lunghi periodi di tempo, è agevolmente evidenziabile in sede di giudizio a posteriori.



Gli interventi odontoiatrici si configurano nella maggior parte dei casi come non indispensabili e procrastinabili, cioè come interventi di elezione; talvolta come estetici, di lusso ed a valenza prettamente commerciale.

Tale situazione, nella quale si è generalmente ipotizzato un obbligo di risultato, va a configurare di riflesso un aumento di responsabilità del dentista, potendo questa essere provata dalla semplice documentazione non già di complicità peggiorative dello stato di salute del paziente bensì della "insufficienza" del risultato raggiunto.

Da considerare ancora la assoluta eccezionalità del richiamo allo stato di necessità (ex art.54 c.p.) a giustificazione della prestazione odontoiatrica in difetto del consenso del paziente (ad es. perchè incosciente) e del danno in ipotesi determinato.

Si è andata così delineando nella pratica professionale una sorta di gerarchia rispetto alla tipologia delle singole prestazioni odontoiatriche, a causa della quale il professionista si trova maggiormente esposto in termini di "scusabilità" del danno cagionato. (tabella 7).

3.2 Le attese della utenza

Un complesso di fattori trasforma nel comune sentire la richiesta di cure odontoiatriche in una aspettativa di garanzia di risultato; la maggior consapevolezza del diritto alla tutela della propria salute determina una maggior richiesta di cure odontoiatriche da parte della popolazione che, consapevole del progresso scientifico e tecnico

Tabella 7
TIPO DI INTERVENTO E SCUSABILITÀ DELL'ERRORE

Tipo di intervento	Tipo di rapporto contrattuale	Errore giustificabile	Colpa professionale
Non indispensabile Estetico Con risultato prevedibile	Obbligazione di risultato	Minimo	Presunta
Effettivamente terapeutico	Obbligazione di mezzi	Da valutare caso per caso	Da provare

nutre elevate aspettative di successo terapeutico e guarigione.

La richiesta di risultato è accentuata inoltre dall'impegno economico necessario da parte dei pazienti, visto che il regime privatistico comprende ancora oggi la più parte delle prestazioni odontoiatriche.

È indubbio l'effetto di questi fattori nell'incidere sugli orientamenti della Magistratura e prima ancora nelle conclusioni dei consulenti tecnici, per la mediazione dei mass media, in particolare di una stampa pseudo-tecnica alla quale con eccessiva superficialità si sono sino ad oggi affidati i medici come cassa di risonanza dei loro successi.

3.3 Il ruolo della magistratura

È consolidata esigenza della collettività che ogni tipo di attività importante e rilevante, come nel caso di specie quella sanitaria, sia assoggettata a valutazione di responsabilità da parte della Magistratura, quando sia prospettabile una colpa professionale.

In assenza di una giurisprudenza unitaria possono determinarsi eccessi interpretativi: più considerazioni giocano nel giudizio di responsabilità professionale e motivano l'elevato contenzioso con esito sfavorevole per il dentista, quale emerge anche dai nostri precedenti rilevamenti.

Nel nostro ordinamento giuridico condizione indispensabile alla risarcibilità del danno conseguente a responsabilità professionale è costituita dalla presenza di un danno legato da nesso di causalità ad una azione illecita.

A causa della variabilità delle risposte biologiche non si potrebbe ovviamente affermare il principio della "responsabilità oggettiva" intesa come presenza automatica di danno risarcibile per mancato successo terapeutico; tuttavia, tale variabilità è ben lungi da costituire ricorrente causa di giustificazione dell'insuccesso.

Per spiegare a fondo l'attuale orientamento giurisprudenziale tale affermazione deve essere temperata alla luce di alcuni principi, in nome dei quali il dentista può talvolta essere giudicato responsabile non solo in presenza di nesso di causalità certo ma anche probabile:

Il contenzioso in odontoiatria è inquadrabile nella maggior parte dei casi come illecito civile per violazione dell'accordo che il libero professionista ha assunto con il paziente; l'eventualità penale, invece, rappresenta l'eccezione in contrapposizione a quanto avviene per altre specialità mediche, vuoi per la rarità dell'evento letale in danno del paziente (sola condizione che rende perseguibile d'Ufficio l'operato del professionista), vuoi per il prevalente interesse del paziente al conseguimento di un beneficio economico inteso come restituzione dell'onorario eventualmente già corrisposto da integrarsi per il risarcimento delle ricorrenti voci di danno alla persona (danno temporaneo alla salute, inabilità temporanea, invalidità permanente).

In verità si va osservando del tutto recentemente un sorprendente incremento dei processi penali a carico degli odontoiatri per l'ipotizzato delitto di lesioni personali colpose (art. 590 c.p.): si spera con questo che la minaccia di una sanzione penale possa agevolare la soluzione civilistica, talché il ritiro della querela presentata alla Autorità Giudiziaria, possibile in ogni momento, è subordinato alla tacitazione della parte civile.

Questa classica impostazione della responsabilità professionale non appare in verità più attuale in virtù di incalzanti orientamenti delle Corti del merito e della Cassazione che proprio sulla inefficacia della terapia vanno costruendo un modulo interpre-

tativo assai simile alla tesi della responsabilità oggettiva (o della responsabilità senza colpa).

Questo trasferisce lo studio del caso sul comportamento del professionista nella vicenda, il che vuol dire dimostrare il suo avere bene operato: la posizione del professionista diventa così estremamente fragile perchè sarà solo e soltanto su uno dei due momenti valutativi di apprezzamento medico-legale (il cosiddetto elemento psicologico) che si giocherà il suo operato.

Ma la sua posizione potrebbe essere ancora più delicata ove si facesse strada nel Giudicante la convinzione che il solo verificarsi del danno, relativamente alla fattispecie in esame, abbia in sé la prova della responsabilità.

È questa nella sostanza una piena adesione al principio della "res ipsa loquitur" (un brocardo caro alla giurisprudenza americana), principio sicuramente estraneo alla nostra cultura giuridica ed agli ordinari strumenti processuali che tuttavia vive per la forza di presunzioni che derivano dagli stessi dati della Letteratura Medica, generalmente molto positivi.

In verità anche un Giudice italiano non ha avuto remore nel richiamarsi esplicitamente al predetto principio: "Ciò che attribui efficienza causale alle rilevate e confessate omissioni di cautele e di doveri di prudenza e diligenza, fu la gravità eccezionale della frattura, che rilevava un inconsueto meccanismo di produzione e orientò il giudizio del consulente tecnico verso una conclusione negativa per i ricorrenti: *res ipsa loquitur*." (Cassazione n. 3616/72, in Foro Italiano 1977, I, 450).

Cosicché del tutto condivisibile appare l'osservazione di chi ha sottolineato la progressiva convergenza dei criteri di valutazione su modelli comportamentali sostanzialmente ovunque proponibili per il loro significato, la loro valenza e la loro coerenza con la realtà.

Un altro aspetto sul quale merita soffermarsi riguarda, naturalmente, la dimostrazione del rapporto causale fra operato (carente) del professionista e danno lamentato e documentato dal paziente; mentre nell'ipotesi di complicità di atto medico il rapporto causale è generalmente di facile assunzione e si ricadrà dunque nella analisi della sola qualità della prestazione, le complicità riconducibili a comportamenti omissivi andrebbero discusse alla luce della ordinaria evoluzione ("la storia naturale") della fattispecie clinica di cui si discute.

Su questo versante l'orientamento giurisprudenziale penale, ed ancor più quello civile, hanno assunto posizioni estremamente rigorose: la maggiore attenzione che l'azione penale da sempre garantirebbe all'imputato in termini di acquisizione degli elementi di prova, ha vacillato di fronte ad affermazione di responsabilità penale motivata dalla presunzione che il paziente sia stato privato di modeste per non dire poche e comunque apprezzabili probabilità di guarigione ove il comportamento professionale fosse stato diligente, prudente e perito.

È la cosiddetta *giurisprudenza del 30%* che ha preso avvio dalla quantificazione percentualistica delle chances di sopravvivenza (si trattava di un caso mortale) negate al paziente per colpa dei sanitari: la intuitiva osservazione che in ogni caso le probabilità di un esito sfavorevole sarebbero state prevalenti rispetto a quelle di una evoluzione positiva non è valso a persuadere i Giudici della Suprema Corte che hanno messo al centro del loro decidere la necessità di tutela del bene massimo di ogni cittadino, cioè la vita (Cass. Pen. n. 371/92).

Ben si comprende come un orientamento di tal fatta sul rapporto causale sia stato anticipato, ormai da anni, dalla giurisprudenza civile, naturalmente più sensibile a porre la tutela del bene-salute nelle sue più complesse sfaccettature quivi ricomprendendo anche il diritto al “ristoro pecuniario”.

Si ammette in buona sostanza che al paziente, come parte contrattualmente più debole solo perchè non incidente sull'apprezzamento tecnico della materia, siano assicurati i più ampi margini a tutela.

Anche su questo versante dunque la posizione dell'odontoiatra è molto delicata e l'unico motivo di conforto può derivargli dal fatto che nel procedimento penale l'accertamento è più garantista e rigoroso per il sanitario: il reato è punito in quanto pericoloso per la società e la colpa è personale; il sanitario risponde in caso di imperizia limitatamente alla colpa grave; in caso di imprudenza o negligenza per colpa ordinaria (Sentenza n. 1758 del 6/2/82 della Sez. IV Penale della Corte di Cassazione) si applica il beneficio del dubbio a favore dell'imputato.

Nel procedimento civile, invece, i criteri di giudizio tendono a tutelare maggiormente gli interessi del singolo cittadino danneggiato: il dentista deve dimostrare la corretta esecuzione dell'incarico o l'impossibilità ad eseguirlo (inversione dell'onere della prova); è tenuto al risarcimento indipendentemente dal grado della colpa essendo difficilmente invocabili situazioni di particolare difficoltà.

4. I FATTORI DI INCREMENTO DEL CONTENZIOSO GIUDIZIALE

Contestazioni ed incomprensioni tra dentista e paziente non sono infrequenti e possono sorgere per svariati motivi, strettamente professionali e non. Ovviamente non tutte le situazioni che si verificano nella pratica quotidiana sono destinate ad evolvere in contenzioso legale che, a ben vedere, sarebbe evitabile nella maggior parte dei casi con una corretta condotta sul piano deontologico e ancor più con la “buona educazione”, come non infrequentemente emerge parlando con i pazienti che si ritengono “vittime” di malpratica professionale).

Le contestazioni per motivi personali possono dunque essere risolte dal dentista applicando buon senso e disponibilità, ottemperando al Codice di Deontologia Medica; nei casi insanabili, interrompendo il rapporto professionale e attuando le dovute cautele per non danneggiare il paziente, nel rispetto di quanto previsto dalla norma deontologica che recita: “Qualora abbia avuto prova di sfiducia da parte del paziente o da parte dei legali rappresentanti di minore o di incapace, il medico può rinunciare all'ulteriore trattamento, purché ne dia tempestivo avviso; deve comunque prestare la sua opera sino alla sostituzione con altro collega al quale fornirà le informazioni utili alla prosecuzione delle cure”. (Codice Deontologico in vigore dal 25 giugno 1995 all'art. 25-Sfiducia del paziente).

Il danno conseguente ad errore professionale può essere risolto, a condizione che le parti interessate non intendano difendere posizioni preconcepite o interessi speculativi, in via transattiva con accordi privati tra dentista e paziente, auspicabilmente con l'intervento della Società Assicuratrice con la quale il professionista avesse in precedenza stipulato polizza di responsabilità civile professionale.

Se così fosse il contenzioso giuridico non avrebbe motivo di esistere; per spiegar-

ne, invece, il costante aumento dobbiamo analizzare il ruolo di alcuni fattori catalizzatori che si identificano spesso nel ruolo disatteso delle parti cointeressate (dentista, legali, assicuratori, pazienti, ordine professionale) e che finiscono con il rappresentare il carburante che alimenta il contenzioso stragiudiziale e giudiziale tra paziente e dentista.

4.1 La preparazione del dentista in tema di deontologia e medicina legale

In Italia operano attualmente 40.000 dentisti con un rapporto medio tra operatori e popolazione di circa 1: 1300 (70 dentisti ogni 100.000 abitanti) disomogeneamente ripartiti sul territorio nazionale.

Tale dato non è confortante per il futuro della libera professione quando venga rapportato a più fattori: il fenomeno sempre preoccupante dell'abusivismo, il calo della domanda di prestazioni odontoiatriche causato dalla recessione economica e dal miglior livello di salute orale dei pazienti conseguenti alle campagne di prevenzione e cura precedenti, la libera circolazione di professionisti entro i paesi della CEE che permette il trasferimento di odontoiatri provenienti da altre nazioni con rapporto numerico più sfavorevole.

In pratica si va concretizzando una situazione in cui, a fronte di un costante aumento dei costi di gestione, si registrano una riduzione dell'utenza e delle sue possibilità economiche e un aumento degli operatori. Tale costante, cui è particolarmente sottoposta tutta la categoria odontoiatrica, ha alterato il concetto di servizio nei confronti del paziente, sostituendolo con quello di acquisizione di "nuova utenza".

Il regime di libera concorrenza, in assenza di una solida preparazione deontologica, può creare situazioni in cui i dentisti stessi incoraggiano il contenzioso civile contro altri colleghi.

Altro fattore importante deriva dalla mancanza di una specifica preparazione in medicina legale della maggior parte dei dentisti la quale comporta atteggiamenti sbagliati di fronte al contenzioso: viene persa la propria obiettività di giudizio e la capacità di valutare la situazione, con il risultato di generare un atteggiamento intransigente che rifiuta la transazione e spinge il contenzioso su posizioni non difendibili.

Vero è che nel corso di Laurea di Medicina è previsto l'insegnamento di Medicina Legale e Deontologia: sarebbe tuttavia opportuno che, in risposta alle specifiche esigenze odierne, la complessa materia della responsabilità professionale venisse organicamente trattata, quanto meno per fornire ai futuri professionisti concreti elementi di riferimento.

Tale argomento, almeno questa è la nostra sensazione, viene trattato marginalmente perché ritenuto, e non del tutto a torto dal momento che doverosamente i docenti afferiscono alla disciplina Medico-legale, di specifica competenza medico-legale: in realtà la dimensione del problema che abbiamo visto toccare in proiezione buona parte degli operatori impone loro una conoscenza concreta dei possibili sviluppi sul piano giudiziale del loro operare.

Non pretende di formare dei dentisti in grado di svolgere con efficacia consulenze medico-legali, né di fornire gli strumenti per impostare una professionalità che miri prima ancora che alla salute del paziente alla "protezione" del professionista, in un'ottica di medicina difensiva da paventare in pari misura: il fine sarà quello di far prendere atto del possibile inquadramento normativo dei singoli atti medici e della pecu-

liarità interpretativa delle prestazioni odontoiatriche per le quali, sarà il caso di ricordarlo, andranno via via riconosciute ora finalità prettamente terapeutiche, finalità elettivamente estetiche, ora ambedue.

Questo potrà essere conseguito solo grazie ad una attività seminariale che prenda in esame la casistica, la interpretazione da parte dei vari consulenti intervenuti, le linee defensionali del terapeuta e, da ultimo, la interpretazione giudiziale, attraverso un intervento collaborativo e del docente medico-legale e del docente clinico nella branca interessata.

Questa collaborazione appare non eludibile proprio in virtù della assoluta originalità che caratterizza la prestazione odontoiatrica rispetto ad altri atti medici, non solo per il riferimento non infrequente a manufatti protesici che suggeriscono riflessioni strettamente tecniche, ma per la alternatività delle soluzioni terapeutiche alle quali non è del tutto estraneo lo stesso paziente.

Lo studio del nesso di causa stesso va a stemperarsi in una cascata di argomentazioni che appaiono difficilmente, per non dire impropriamente risolvibili con una criteriologia medico-legale di taglio tradizionale.

Purtroppo una formazione di questo tipo risulta totalmente carente nei dentisti di vecchia formazione didattica, che siano essi medici abilitati all'esercizio della odontoiatria siano specialisti, totalmente impreparati ad affrontare la marea montante delle istanze risarcitorie.

Agli Ordini Professionali e alle Associazioni di categoria l'impegno di fare opera di sensibilizzazione con corsi di aggiornamento seminari didattici che possano colmare le lacune del passato.

4.2 La protezione assicurativa

La situazione che viene a determinarsi in ambito odontoiatrico è, per certi versi, in contrasto con quella di altri campi della medicina per esempio l'anestesia o la chirurgia; in odontoiatria il numero dei danni contestati è elevato ma relativamente poco importante per entità economica.

Si viene a creare una situazione nuova verso cui non tutte le compagnie di assicurazione sono preparate con il risultato che sinistri simili sono trattati con discrezionalità secondo criteri non uniformi in nome del proprio diritto a gestire la lite.

La copertura della responsabilità professionale del dentista richiederà per il futuro la formulazione di polizze di responsabilità civile differenziate che portino ad una personalizzazione della garanzia prestata:

- L'odontoiatria, in ragione dell'elevato numero di prestazioni quotidiane, può presentare un elevato numero di contenzioso civile con un basso costo
- La sinistrosità tra diversi professionisti può variare in relazione al numero ed al tipo di prestazioni erogate e all'onorario richiesto per gli interventi
- Nei casi di contenzioso va evitato il ritardo nell'attivazione della garanzia per diminuire le spese e difendere il buon nome del professionista
- Devono essere proposte specifiche estensioni per campi particolarmente onerosi, quali, ad esempio, la protesi in analogia a quanto già fatto per l'implantologia.

Ricordiamo inoltre che l'esistenza di una polizza di assicurazione non è, di per sé, garanzia di soddisfacimento delle pretese del danneggiato:

- Non sono infrequenti le contestazioni dell'assicuratore sull'esistenza di un rischio

in garanzia e sulla entità del risarcimento (an et quantum debeatur) con il sorgere di un'ulteriore difficoltà nella risoluzione transattiva del caso; ne deriva un successivo contenzioso giudiziario foriero di oneri economici sull'assicurato

- Vizi di forma o di sostanza, come l'insufficiente copertura del rischio e l'eventuale modestia del capitale assicurato, sono in grado di rendere la polizza parzialmente o del tutto inefficace
- In presenza di un massimale non adeguato, la pretesa risarcitoria, rafforzata da una sentenza di condanna, può risultare superiore al capitale in garanzia e richiedere al professionista, se soccombente, l'integrazione del risarcimento ricorrendo a proprio patrimonio.

La mancata rilevazione ed elaborazione di dati sull'entità del fenomeno non aiuta una corretta gestione del ramo della responsabilità professionale medica ed odontoiatrica in particolare: ciò si spiega con lo scarso interesse per il ramo mostrato dalle Società Assicuratrici, in passato perché a fronte di una bassa sinistrosità la redditività era considerata modesta, oggi perché l'assunzione del rischio, che abbiamo visto molto oneroso, viene considerato un pedaggio da pagare per potere penetrare con una immagine positiva su un mercato che, per altri rami, può essere ritenuto appetibile.

Il problema non può più essere affrontato in termini così semplicistici; si rende dunque necessaria una obiettiva taratura del rischio in esame e la elaborazione, ad integrazione, di possibili formule integrative di protezione assicurativa indirizzate non tanto al professionista quanto piuttosto all'utente, secondo una soluzione che è già stata sperimentata in altri paesi.

Ci riferiamo a forme di assicurazione privata e/o sociale con le quali sostituire il concetto di rischio a quello di responsabilità fatta salva per il paziente la possibilità di adire la Magistratura nei casi di responsabilità grossolana, nel tentativo comunque di conciliare il più tempestivamente possibile gli aspetti risarcitori.

4.3 L'ordine professionale

Gli interventi degli Ordini Provinciali dei Medici Chirurghi e Odontoiatri e dell'Associazione Nazionale Dentisti Italiani devono rappresentare il sistema più importante di autoregolamentazione della categoria e devono operare per ridurre il contenzioso prevedendo diversi piani di intervento:

- 1) Attivare una Commissione di Conciliazione presso gli ordini provinciali per comporre i casi di contestazione, facilitando la risoluzione stragiudiziale o transattiva secondo parametri equi ed uniformi; in casi di particolare difficoltà è proponibile una forma di arbitrato irrituale.
- 2) Esercitare un controllo sulla applicazione delle norme deontologiche da parte degli iscritti
- 3) Incoraggiare l'istituzione di specifici insegnamenti nel corso degli studi universitari, preliminari all'abilitazione all'esercizio della professione e successivi aggiornamenti periodici per gli operatori in tema di odontoiatria forense o medicina legale: ma questo è già stato sottolineato in precedenza.

4.4 Gli accertamenti medico-legali

Riteniamo di poter affermare che i costi e le probabilità di risoluzione rapida del contenzioso sono inversamente proporzionali al numero di legali e loro consulenti impiegati.

Alcuni casi giunti alla nostra osservazione non si sono risolti in via extragiudiziale a causa di pretese eccessive da parte del danneggiato alimentate da consulenti e legali non obiettivi a fronte di proposte eque del dentista. Tale atteggiamento va evitato e in questo caso l'opera di un legale e di un suo consulente preparato e coscienzioso è di inestimabile utilità, non tanto per negare la presenza di un danno evidente, quanto per ridurre il contenzioso e limitarne le conseguenze negative.

Il richiamo alla correttezza deontologica dei consulenti impegnati in valutazioni medico-legali è un problema relevantissimo ai fini di una completa e motivata lettura del caso: correttezza deontologica che impone dei precisi limiti alla assunzione "per tesi" delle istanze del singolo mandante, professionista o paziente che sia.

Vero è che l'esperienza dimostra che il più delle volte esistono buone ragioni a favore degli uni e degli altri: si tratterà in ogni caso di sfrondare il caso dagli aspetti non strettamente medici (inquinanti il reale obiettivo dell'accertamento della colpa e del rapporto causale) che frequentemente sono la vera causa delle contestazioni per ricostruire la vicenda clinica rispetto ai tempi fondamentali della diagnosi, della scelta terapeutica e delle complicanze ad essa correlate.

5. CONCLUSIONI

Per prevenire il fenomeno sono stati elaborati interventi profilattici che sono espliciti, in estrema sintesi, nella tabella 8. I suggerimenti che abbiamo proposto, relativamente ai vari momenti che possono incidere sulla progressione del fenomeno, sono almeno in parte, e per realtà locali già sensibilizzate, di immediata attuazione. La nostra esperienza personale, frutto di una collaborazione stretta e rispettosa delle specifiche competenze di ognuno ha portato a una analisi medico-legale dei casi giunti alla nostra osservazione del tutto soddisfacente: deve essere chiaro, peraltro, che non compete al o ai tecnici pervenire, in materia di responsabilità medica, a conclusioni che abbiano i crismi della "sentenza".

Tabella 8	
LA PREVENZIONE DEL CONTENZIOSO IN ODONTOIATRIA	
DENTISTA	Presa di coscienza dell'aumento di responsabilità Correttezza deontologica con colleghi e pazienti Conoscenza dei fondamenti di medicina legale e delle assicurazioni
ORDINE PROFESSIONALE	Corsi di formazione Commissione di Conciliazione Diffusione ed elaborazione di linee guida
ASSICURAZIONE	Nuove polizze specifiche Conduzione delle trattative secondo criteri univoci ed uniformi
CONSULENTI MEDICO LEGALI	Competenza Chiarezza Obiettività

Il parere medico-legale avrà tanto maggiore incisività quanto più si sarà sforzato di definire al meglio e per quanto possibile l'affezione del paziente, le opzioni terapeutiche, la qualità della esecuzione, le precauzioni del curante, le cause di giustificazione dell'insuccesso, le effettive sequele di danno causalmente riconducibili alla prestazione: deve essere bandita dalla valutazione medico-legale ogni suggestione di sostituirsi a chi (Giudice, Avvocato, Liquidatore) dovrà calare in una cornice normativa e giurisprudenziale di riferimento i dati tecnici assunti.

In ogni caso appare non più differibile la istituzione di organismi tecnici a valenza medico-legale afferenti tanto all'ANIA (Associazione Nazionale delle Imprese Assicuratrici) quanto alla Federazione Nazionale degli Ordini dei Medici e degli Odontoiatri ed alle Associazione di Categoria (estremamente sensibile alla attualità della materia si è mostrata l'ANDI) che sulla base della casistica esaminata su scala nazionale possano in futuro intervenire organicamente nella effettiva prevenzione della "epidemia" in atto.

Bibliografia

1. BILANCETTI M.: *La responsabilità civile e penale del medico*. CEDAM, Padova, 1995.
2. CALCAGNI C., ORBAN F.: *Osservazioni medico-legali sull'attività professionale odontoiatrica*. Zacchia, 1983: 56, 149,
3. CHIODI V.: *Nuove esperienze della società nei confronti della professione medica*. Fed. Med. 2/1967: 5.
4. FINESCHI V.: *Res ipsa loquitur: un principio in divenire nella definizione della responsabilità*. Riv. It. Med. Leg., 11, 1989: 419.
5. FIORI A.: *Il criterio di probabilità nella valutazione medico legale del nesso causale*. Riv. It. Med. Leg.13, 1991:29.
6. GAMBARO A.V.: *Nuovi spunti in tema di responsabilità sanitaria nella prospettiva comparatistica* in: *La Responsabilità in Materia Sanitaria*. Giuffrè, Milano, 1984.
7. INTRONA F.: *Metodologia medico-legale nella valutazione della responsabilità per colpa*. Riv. It. Med. Leg., 18, 1996: 1295
8. INTRONA F.: *L'epidemiologia del contenzioso per responsabilità medica*. Relazione al Congresso Nazionale su: *La responsabilità professionale del medico*. Castiglione della Pescaia, 11-13 luglio 1995.
9. MARTINI P.: *La nuova professione sanitaria odontoiatrica, fisionomia medico-legale*. Fed. Medica, 39 1986: 618
10. MARTINI P.: *Medicina Legale in Odontoiatria*. USES Ed. Scientifiche, Firenze, 1988.
11. MELICA M.: *La responsabilità professionale dell'Odontoiatra quale libero professionista*. Dental Cadmos, 65, 1986:101.
12. NORELLI G.A., MAZZEO E., MENCARELLI A.: *La responsabilità professionale dell'odontoiatra nella giurisprudenza e nella dottrina: il consenso, il contratto, la causalità*. Centro stampa dell'Università degli Studi di Perugia, 1991.
13. PARODI C., NIZZA V.: *La responsabilità penale del personale medico e paramedico*. UTET, Torino, 1996.
14. ROMANO C., BUCCELLI C.: *Problemi di responsabilità professionale nell'esercizio della professione odontoiatrica*. Min. Med. Leg., 107, 1987:217.
15. VASSALLI G.: *Atti del Convegno su: La riforma del Codice Penale e del Codice di Procedura Penale*. Ist. Int. di Studi Giudiziari, Bulzoni Ed., Roma, 1965.
16. ZENO-ZENCOVICH V.: *La sorte del paziente: la responsabilità del medico per l'errore diagnostico*. CEDAM, Padova 1994.

2. LA MAL PRATICA PROFESSIONALE ODONTOIATRICA: CASISTICA DI RIFERIMENTO

F. Montagna, D. De Leo

La decisione di proporre da subito una serie di casi di asserita responsabilità professionale giunti all'analisi medico-legale, potrebbe essere letta in termini provocatori: l'intento è invece quello di portare il lettore sul terreno della esperienza pratica, invitandolo a riesaminare la casistica dopo aver acquisito quella base di nozioni medico-legali, generali e specialistiche, alla quale tende la presente opera. Una lettura così articolata tenderà a rendere più convinto, o forse più critico, il lettore rispetto alle decisioni presentate.

Per facilitare la comprensione delle problematiche medico-legali specificatamente connesse all'esercizio della professione odontoiatrica, è stata operata una scelta di casi giunti alla nostra osservazione o pubblicati che abbiamo ritenuto significativi per fornire materiale di approfondimento e discussione.

Il materiale è stato diviso per branca di specializzazione odontostomatologica per agevolare la rapida consultazione: ogni caso clinico è stato descritto nei suoi tratti essenziali, riassumendone il tipo di accertamento medico legale eseguito e, dove disponibile, la sentenza; sono stati aggiunti anche alcuni commenti.

Mettiamo inoltre in guardia il lettore dall'extrapolare dal contesto generalizzazioni che potrebbero risultare errate senza un chiaro riferimento a quella situazione specifica e l'iter processuale nel suo complesso.

Ricordiamo che la diversa indagine medico-legale eseguita sul caso connota in termini, almeno presuntivi, di diversa affidabilità le valutazioni proposte sul singolo caso; più elevata consistenza probatoria hanno, o meglio dovrebbero avere, l'accertamento tecnico preventivo e la consulenza tecnica d'ufficio nei confronti della consulenza tecnica di parte; ci siamo comunque proposti di escludere i casi che si prestavano a interpretazioni soggettive.

La consulenza tecnica di parte (CTP)

Il consulente della parte esamina il caso nei limiti di una valutazione che non può in ogni caso ignorare i dati acquisiti dalla disciplina, tuttavia cerca di sottolineare quegli aspetti che possono supportare le istanze (defensionali o accusatorie) del proprio cliente. È evidente che esistono casi nei quali la interpretazione medico legale non può che essere unica e casi nei quali, invece, esistono margini più o meno consistenti di difforme lettura: non infrequentemente questo deriva dalla disponibilità solo parziale di documentazione (radiologica, certificativa, di modelli).

Accertamento tecnico preventivo (ATP)

L'accertamento tecnico preventivo è disposto dal presidente del tribunale ed è richiesta solo e soltanto la descrizione dello stato della dentatura del paziente in quel

preciso momento storico, ciò al fine di evitare che successivi trattamenti terapeutici o la stessa evoluzione biologica naturale possano alterare l'esito di prestazioni professionali delle quali si afferma l'inadeguatezza.

In questa fase processuale viene esclusa qualsiasi analisi sotto il profilo della responsabilità professionale, limitandosi a una descrizione quasi come a una fotografia istantanea.

La consulenza tecnica d'ufficio (CTU)

Detta analisi è propria, invece, del classico accertamento peritale in corso di causa. La consulenza tecnica d'ufficio rappresenta un parere motivato, talvolta espresso da un collegio di medici legali, e assume normalmente un relevantissimo valore processuale perchè ad essa si ispira il giudice nelle sue motivazioni in sentenza: ciò non toglie che il giudice possa disattendere le conclusioni del CTU, da lui stesso nominato, con motivazioni che riguardano la conduzione della consulenza, in riferimento a dati circostanziali in conflitto con i dati testimoniali assunti nel corso della istruzione della causa o altro (al giudice va riconosciuto il ruolo di *peritus peritorum*).

1. LE SENTENZE

La sentenza del Tribunale rappresenta una decisione, ora singola ora collegiale, condizionata dalla adesione o meno del singolo magistrato a un orientamento dottrinario e ad alcuni precedenti giurisprudenziali piuttosto che ad altri.

In alcuni casi sono riportate sentenze del tribunale discordanti nei diversi gradi di giudizio (Tribunale, Corte d'Appello e Corte di Cassazione) e le motivazioni, che le supportano, testimoniano come i magistrati possano apprezzare in maniera non univoca i fatti in esame: si può solo ricordare che il giudicato della Corte di Cassazione costituisce precedente di più significativo riferimento.

Caso 1 - ENDODONZIA

Il fatto

Un paziente ingerì uno strumento endodontico durante la devitalizzazione di un canino inferiore; il paziente era seduto, l'aspiratore in funzione ed il momento scatenante, che fece sfuggire lo strumento dalle mani del dentista, fu un colpo di tosse.

Il dentista inviò subito il paziente in ospedale; i chirurghi seguirono la propulsione dello strumento nel canale digerente con radiografie successive per circa un mese consigliando accorgimenti dietetici e rimandarono l'intervento in attesa dell'espulsione spontanea. Non verificandosi tale situazione fu necessario successivamente un intervento di duodenotomia di minima per la rimozione dello strumento.

Il decorso postoperatorio si complicò con un quadro di occlusione intestinale diagnosticata come paresi intestinale localizzata in assenza di ileo meccanico.

Nonostante l'opportuna terapia medica insorse un quadro dismetabolico con progressivo impegno renale che costrinse ad un reintervento (anastomosi duodeno digiunale e digiuno digiunale); il quadro irreversibile portò a morte il paziente.

L'esame autoptico evidenziò coalescenza delle anse intestinali per aderenze fibro-

se recenti in assenza di difetti di canalizzazione o peritonite e quindi una corretta tecnica chirurgica.

La sentenza

Il dentista fu prosciolto poiché il comportamento fu giudicato dal Tribunale non difforme dai normali canoni che regolano l'attività specialistica e fu accolta l'interpretazione che il fatto rispondesse ad accidentalità fortuita per il movimento brusco del paziente. Del tutto corretto fu ritenuto anche il comportamento successivo dell'odontoiatra che inviò subito il paziente in ospedale.

Furono rinviati a giudizio i chirurghi che dopo aver individuato radiograficamente lo strumento non avevano ravvisato l'opportunità di rimuoverlo con gastroscopia in intervento semplice e privo di rischi, che, se eseguito nei primi giorni dopo l'incidente, sarebbe stato coronato da successo.

Caso 2 - ENDODONZIA

Il fatto

Nel corso della terapia canalare di un dente del giudizio inferiore una paziente inghiottì uno strumento endodontico sfuggito dalle mani del dentista; si determinò la necessità di un intervento chirurgico per estrarre lo strumento dallo stomaco.

La sentenza

La paziente sparse querela per lesioni gravissime ma il procedimento penale si chiuse con una declaratoria di improcedibilità per difetto di querela avendo la perizia accertato che dall'intervento chirurgico era derivata una malattia di trenta giorni senza postumi.

In sede civile, invece, il dentista fu condannato in primo grado al risarcimento dei danni: fu proposto appello adducendo vari motivi di annullamento della sentenza della Corte di merito:

- La paziente aveva fatto sfuggire lo strumento con un brusco movimento dettato dal proprio carattere irrequieto
- Dopo la caduta dello strumento in orofaringe, la paziente non era rimasta immobile, per quanto tempestivamente avvertita e aveva in questo modo ostacolato il recupero dello strumento da parte del dentista
- Non esistevano le condizioni per assicurare lo strumento con catenella, né la possibilità di applicare la diga.

La Corte d'Appello ritenne sussistere comunque colpa del dentista per l'inghiottimento del tiranervi sotto un duplice profilo: difetto di prudenza per non avere praticato l'anestesia, difetto di perizia per non aver saputo tenere ben fermo lo strumento tra le mani.

Era inoltre negata l'ipotesi del concorso di colpa della paziente nella verifica della complicità poiché il dentista avrebbe dovuto prevedere il fatto ed essere pronto a ritirare lo strumento sapendo di operare su un paziente irrequieto, in un punto sensibile perché non anestetizzato.

La Corte di Cassazione, con confermava il giudizio della Corte d'appello riconoscendo la responsabilità dell'odontoiatra per mancanza di normale prudenza (assenza

di anestesia), difetto di perizia (non aver tenuto ben stretto lo strumento).

“Se è vero, infatti, che per la sussistenza del nesso di causalità materiale non è sufficiente che tra l’antecedente (comportamento colposo) e il dato consequenziale (evento dannoso), vi sia un rapporto di sequenza, essendo altresì necessario che tale rapporto integri gli estremi di una sequenza costante, secondo un calcolo di regolarità statistica, per cui l’evento appaia come una conseguenza normale dell’antecedente, non può tuttavia negarsi che nella specie, avuto riguardo alle circostanze di fatto insindacabilmente accertate dalla sentenza impugnata (cioè, la conoscenza da parte del dentista, del carattere irrequieto del paziente; la mancata anestesia nella cavità orale; la necessità di dover operare, nel profondo della detta cavità e su di un punto sensibile del dente, con tiranervi non assicurato alla catenella), l’evento dannoso non poteva essere considerato quale conseguenza normale e ciò proprio, con riferimento al caso in cui il paziente, come era prevedibile data la nota irrequietezza del suo carattere, avesse improvvisamente reagito a qualche sensazione provocata, dal tiranervi, nel dente in cura.”

Caso 3 - ENDODONZIA

Il fatto

Una ragazza, a seguito di cemento canalare spinto nel canale mandibolare durante una terapia endodontica di un molare inferiore, lamentò la perdita di sensibilità di una parte del viso; in sede civile, a ristoro di una importante difficoltà nell’articolazione della parola fu richiesta una invalidità permanente pari all’11%.

La sentenza

Il Tribunale accolse la domanda della paziente ritenendo la sussistenza di colpa grave per imperizia dell’odontoiatra.

Nella motivazione il Tribunale fece presente che le lesioni subite dalla paziente e la conseguente invalidità erano riconducibili al comportamento del professionista che *“in un intervento tanto delicato avrebbe dovuto impiegare non solo una particolare cautela preventiva ma predisporre immediati e frequenti controlli successivi atti a riscontrare l’assenza di materiale di riempimento nel canale mandibolare che sicuramente il sanitario non si è preoccupato di fare, nemmeno a seguito delle rimostranze della paziente”*.

Caso 4 - PROTESI

Il fatto

Una paziente dopo aver terminato un piano di riabilitazione protesica, convenne in giudizio il dentista lamentando di aver ricevuto una scorretta prestazione che causava impossibilità a masticare, risultato estetico spiacevole, ripetuta scementazione del manufatto.

La sentenza

Il Tribunale riteneva l’imperizia professionale del dentista, rimarcando che si trattava di prestazione di routine che non comportava la soluzione di problemi di parti-

colare difficoltà in cui il dentista rispondeva, quindi anche per colpa comune.

La motivazione riportava quanto di seguito sulla esecuzione tecnica ed il valore estetico della protesi:

“Il Collegio deve condividere i giudizi espressi dal consulente tecnico. La consulenza ha evidenziato le ragioni che convincono pienamente il Collegio del colposo ed inadeguato agire professionale dell’odontoiatra; da un lato, infatti, vengono individuati i vizi dell’intervento chirurgico con possibilità futura di invalidazione dei monconi; dall’altro viene evidenziata l’inadeguatezza della ricostruzione protesica sia in ordine alla sua durata nel tempo sia con riferimento agli attuali inconvenienti di imperfetta tenuta e conseguente imperfetta masticazione di frantumazione della parte protesica superiore e comunque di risultato antiestetico nel rapporto labbra-denti. Se tutto ciò si pone in relazione con il giudizio del consulente tecnico di ufficio secondo cui l’intervento dentistico “de quo” non presentava alcuna difficoltà di esecuzione, è evidente che occorre addebitare all’odontoiatra un comportamento professionale del tutto incongruo”

Caso 5 - PROTESI

Il fatto

Una paziente convenne in giudizio un odontoiatra al quale si era rivolto per cure affermando di aver ricevuto una scorretta prestazione e lamentando che: le impronte erano state prese dall’odontotecnico; la protesi era inefficiente impedendo una corretta masticazione; la cattiva alimentazione conseguente aveva provocato un progressivo deperimento fisico.

Per risolvere la situazione l’odontoiatra aveva proposto il rifacimento delle protesi aumentando il preventivo da 8 a 10 milioni di lire; la paziente, invece, aveva preferito rivolgersi ad altro professionista chiedendo la risoluzione del contratto e la restituzione dei 5 milioni di acconto già versati.

La sentenza

Il Tribunale accoglieva le istanze della paziente stabilendo che:

“... dalle prove addotte dall’attrice risulta che le protesi applicate dall’odontoiatra non rispondevano né dal punto di vista funzionale né da quello estetico alle esigenze per le quali il lavoro era stato fatto... vi era stata poi una non corretta preparazione dei pilastri di ancoraggio delle protesi che aveva compromesso dal punto di vista anatomico la validità di alcuni pilastri con incidenza negativa anche sulle sistemazioni successive... La responsabilità dell’odontoiatra emerge, poi, dal fatto che il medesimo in sede di interrogatorio formale ha riconosciuto di aver studiato gli aspetti tecnici della cura medico-dentistica e di aver talvolta controllato direttamente il paziente. Dell’acclarato grave inadempimento (che ha comportato la necessità di rifare la protesi) deriva la fondatezza della domanda di risoluzione del contratto e ripetizione dell’acconto percepito.”

Caso 6 - PROTESI

Il fatto

Una paziente convenne in giudizio un dentista che aveva eseguito una protesi scheletrata con ganci su dentatura affetta da parodontopatia cronica; lamentava l'inefficienza della protesi conseguente alla rottura di un gancio e perdita di un dente, disturbi gastroenterici e cattiva masticazione.

La sentenza

Il Tribunale sancì l'assoluzione dell'odontoiatra per insussistenza della responsabilità professionale nonostante l'inefficienza della protesi ritenendo correttamente adempiuta l'obbligazione di mezzi dedotta dal contratto. Il magistrato accolse l'interpretazione secondo cui in presenza di parodontopatia la protesi aveva funzioni di bloccaggio e permetteva di sopperire alla transitorietà della dentatura mantenendo elementi dentari sospetti; successive estrazioni ponevano problemi di facile risoluzione attraverso riparazioni.

"... non è imputabile di negligenza e quindi non contrae responsabilità civile l'odontoiatra che nella progettazione, esecuzione e applicazione di una protesi dentaria parziale appoggiata da un lato su un dente riconosciuto tarato procede con gli accorgimenti suggeriti dalla tecnica appropriati al caso de quo e prevede le soluzioni da adottare nell'ipotesi che il dente tarato debba essere successivamente estirpato".

Caso 7 - PROTESI

Il fatto

Un dentista aveva eseguito ad una paziente una riabilitazione orale con protesi inamovibile mascellare e mandibolare in oro resina; la protesi si era rotta più volte nell'anno successivo a livello delle saldature e aveva dovuto essere rieseguita due volte dallo stesso dentista senza risultato utile. Il dentista si era servito per i successivi rifacimenti di due diversi laboratori odontotecnici. Successivamente, a seguito della perdita di tutta la dentatura pilastro di protesi, la paziente fu costretta a rieseguire una riabilitazione completa con due protesi totali su arcate edentule; per tale motivo la stessa convenne in causa il dentista per ottenere la restituzione della parcella inutilmente pagata e il riconoscimento del danno biologico dovuto alla perdita dei denti; il sanitario chiamò in causa un laboratorio odontotecnico lamentando una incongrua esecuzione del manufatto protesico.

La sentenza

Con atto di citazione il 24.08.87 l'attrice aveva convenuto, davanti al tribunale di Trento, il dentista per conseguire la condanna del pagamento di lire 30.000.000 oltre agli accessori. Si era costituito in giudizio il dentista per contestare il fondamento della pretesa attorea, invocando l'operatività dell'art. 2236 del cc. e richiedendo in via preliminare l'autorizzazione alla chiamata in causa del laboratorio odontotecnico e della ditta produttrice dei metalli. Si costituiva in giudizio solo il laboratorio odontotecnico, chiedendo il rigetto di ogni pretesa del convenuto. Il Tribunale di Trento, a segui-

to di una prima CTU, con Sentenza n. 349/93 accoglieva la domanda attorea, proscioglieva il laboratorio e condannava il medico:

- Alla restituzione della parcella nella somma di lire 1.500.000 (sulla base della documentazione fiscale presentata dall'attrice)
- alla rivalutazione monetaria di interessi legali sulla somma rivalutata dal momento del pagamento alla data della sentenza (1985-1993)
- rifusione delle spese di causa, sia in favore della parte attrice che della parte chiamata in causa

La parte attrice proponeva appello in cui *“si doleva della assoluta incongruità della liquidazione operata dal Giudice di I° grado; evidenziava che agli atti esisteva la prova documentale dell'avvenuto pagamento al dentista della somma di lire 18.800.000... Sosteneva, inoltre, che l'inadeguata opera aveva determinato un danno biologico...”*

La seconda CTU svolta in appello verificò con analisi dei metalli e osservazione al microscopio la corretta tecnica: le saldature erano correttamente eseguite (non presentavano porosità ed erano di spessore adeguato); il materiale utilizzato era lo stesso richiesto dal dentista e dichiarato in fattura; non erano presenti alterazioni metallurgiche da trattamento termico inadeguato della struttura metallica.

Il consulente tecnico d'ufficio concluse che la frattura delle protesi era conseguente a responsabilità del sanitario per errata progettazione protesica ed errata preparazione (limatura) dei monconi dentali; escluse invece un danno biologico permanente, poichè le continue scementazioni avrebbero causato la perdita di elementi dentari peraltro già compromessi e di difficile recupero.

La Corte di Appello di Trento, Sezione promiscua, con Sentenza n. 204/96 così provvedeva:

- *“In parziale riforma della Sentenza impugnata, condanna (il dentista) a corrispondere a (attrice) la somma di lire 18.800.000 maggiorata degli interessi... nonché la somma di lire 5.000.000 per danno biologico temporaneo...”*
- *Conferma nel resto la Sentenza n. 349/93...*
- *Condanna l'appellato a rifondere all'attrice e al laboratorio odontotecnico le spese del presente grado... ”*

“... Nel merito si osserva che devono condividersi le conclusioni cui è pervenuto il Tribunale, sulla base dell'indagine del secondo CTU, secondo cui nella fattispecie concreta la responsabilità professionale del dentista deve essere valutata in relazione alla colpa lieve, non ricorrendo l'ipotesi di un intervento di particolare complessità: si è infatti trattato della progettazione ed installazione di protesi, per le quali non erano necessarie particolari conoscenze tecniche, essendo operazioni di routine per un medico specializzato in tale settore.

D'altra parte va considerato che il ripetersi delle rotture delle protesi, realizzate da due diversi odontotecnici (il laboratorio chiamato in causa ha infatti curato la costruzione solo delle protesi installate dopo il febbraio 1987) ed il verificarsi degli altri inconvenienti, descritti negli scritti difensivi della paziente e non contestati dal sanitario (allentamento sia della prima che della seconda protesi superiore), mal si conciliano con la tesi sostenuta dall'appellato, secondo cui vi sarebbe una responsabilità esclusiva dell'odontotecnico chiamato in causa.

Per contro, si ritiene che dette circostanze dimostrino in modo inequivocabile

che la paziente è stata vittima di un errore di valutazione del dentista, che ha ritenuto possibile, nonostante le condizioni proibitive descritte in modo più accurato dal secondo CTU, ma evidenziate anche dal primo consulente di ufficio, procedere all'installazione di una protesi fissa, ancorandola a denti già ampiamente compromessi e tali da non garantire un adeguato supporto alle nuove strutture dentarie.

Va inoltre considerato che nessuna prova è stata offerta o acquisita, circa l'operato dell'odontotecnico, che consenta di censurarlo per errori esecutivi non ricollegabili al progetto fornito dall'odontoiatra: l'ipotesi, prospettata in modo del tutto generica dal primo CTU, da un lato non risulta confortata da elementi oggettivi (non ci sono state lamentele del dentista all'epoca della fornitura delle protesi né sono stati richiesti correttivi in conseguenza delle precedenti rotture), dall'altro è stata espressamente smentita dal secondo consulente, il quale ha correttamente argomentato in ordine alle diverse competenze professionali del dentista e dell'odontotecnico, traendone le inevitabili conclusioni circa le rispettive aree di responsabilità..... Resta da esaminare la richiesta risarcitoria avanzata dalla paziente in termini di danno biologico temporaneo subito nell'arco di tempo in cui la stessa è stata oggetto delle prestazioni del convenuto-appellato: il Tribunale ha respinto tale domanda, basandosi esclusivamente sulla valutazione operata dal CTU circa l'assenza di un danno biologico permanente, attesa che l'installazione di una protesi mobile era l'unica soluzione tecnicamente possibile fin dall'inizio, tenuto conto della notevole compromissione di base della situazione dentaria della paziente....

... In tale contesto, non può disconoscersi il diritto dell'appellante di conseguire il ristoro del danno biologico temporaneo, inteso come indebita riduzione della funzione masticatoria per l'eccessivo protrarsi delle cure, con tutte le conseguenze anche in termini di relazioni sociali e di estetica. La liquidazione di tale danno, che ha interessato un periodo di circa due anni, non può che avvenire in base a criteri equitativi, stante l'impossibilità di quantificare l'esatta durata dell'invalidità temporanea: questa Corte, tenuto conto che i fatti risalgono agli anni 1985/87, reputa somma adeguata in valuta attuale quella di L. 5.000.000, sulla quale decorreranno gli interessi legali dalla data della sentenza al saldo....”

Caso 8 - PROTESI

Il fatto

Un dentista eseguì una riabilitazione protesica su un paziente con grave parodontopatia, secondo il seguente progetto:

- una protesi fissa in lega resina al mascellare composta da otto corone su pilastri dentali naturali (da canino a canino), due elementi di sostituzione (premolari sinistri) e un appoggio occlusale sul primo molare sinistro;
- una protesi inamovibile mandibolare composta da quattro corone (canini e incisivi laterali) barra di congiunzione in zona incisiva e protesi scheletrata rimovibile ancorata con attacchi rigidi di precisione.

Al termine del lavoro il paziente insoddisfatto si rifiutò di saldare l'onorario; il dentista eseguì richiesta di ingiunzione di pagamento ed il paziente si oppose chiedendo in via riconvenzionale il risarcimento del danno per inidoneità delle protesi e per inadempimento del professionista.

La sentenza

Il Pretore di Modena con Sentenza depositata il 16-9-93 accertò l'inidoneità dell'opera e la colpa del professionista e accolse la domanda di risarcimento del danno del paziente (ex art. 2226 c.c. *Difformità e vizi dell'opera*; 1668 c.c. *Contenuto della garanzia per difetti dell'opera*; 2236 c.c. *Responsabilità del prestatore d'opera*).

"..... Ritiene pertanto il giudicante, concludendo sul punto relativo al mascellare superiore, che:

- 1) L'opera del dentista fu del tutto inidonea a soddisfare l'interesse del paziente a causa di gravi difetti strutturali*
- 2) Al dentista vada imputata una colpa professionale, ravvisabile nella errata progettazione della protesi superiore e nell'aver proceduto ad una prematura protesizzazione definitiva...Ritiene pertanto il giudicante, concludendo sul punto relativo al mascellare inferiore, che: l'opera del dentista fu del tutto inidonea a soddisfare l'interesse del paziente a causa dell'eccessiva mobilità della protesi inferiore e del manufatto mobile ad essa collegato, mobilità che impediva di fatto la masticazione;*
- 3) Al dentista vada imputata una colpa professionale ravvisabile:*
 - a) nella errata valutazione della possibilità di tenuta della protesi, nonostante l'elevato grado di mobilità dei denti inferiori*
 - b) Nella prematura protesizzazione definitiva*
 - c) Nell'aver omesso di annotare nella cartella clinica i dati inerenti lo stato parodontale..impedendo di fatto la verifica della graduale guarigione del parodonto...*
 - d) L'odontoiatra incaricato della predisposizione ed applicazione di una protesi contrae un'obbligazione di risultato, con la conseguenza che il rischio del lavoro non grava sul paziente...impedendo di fatto la verifica della graduale guarigione del parodonto...*

L'odontoiatra incaricato della predisposizione ed applicazione di una protesi viola gravemente i doveri inerenti alla propria attività professionale - ed è pertanto tenuto a risarcire il danno biologico e patrimoniale causato al paziente - nel caso di errata progettazione delle protesi, di prematura protesizzazione definitiva e omessa annotazione sulla cartella clinica dei dati relativi allo stato parodontale del paziente."

Caso 9 - PROTESI**Il fatto**

Due diverse pazienti furono curate dallo stesso dentista con l'esecuzione di cure conservative e riabilitazioni protesiche complesse; successivamente lamentarono la comparsa di infezioni dentarie e gengivali, difficoltà di masticazione e combaciamento delle arcate in occlusione. Rivoltesi ad altro professionista dovettero rieseguire le cure e per tale motivo convennero in giudizio il dentista per risarcimento danni.

La sentenza

La CTU evidenziò che le cure endodontiche *"... pur non apparendo certamente esemplari...possono rientrare nei limiti di una scadente ma frequente operatività e non possono essere poste con certezza in rapporto causale con le successive in-*

fezioni dentarie quali sono dimostrate radiograficamente e quali si sono verificate clinicamente.” Le ricostruzioni protesiche presentavano errori imputabili a imperizia sotto l’aspetto gnatologico e parodontale e “grossolana imprecisione, nei riguardi dei monconi, da parte dei bordi di chiusura delle corone artificiali”.

Il Tribunale sentenziò che: “... anche alla luce del criterio di minor rigore indicato dal citato art. 2236, sussiste responsabilità per colpa professionale del convenuto sotto il profilo dell’imperizia e dell’imprudenza, poiché il medico...non avrebbe dovuto intraprendere un lavoro così impegnativo e rischioso, sapendo, o dovendo sapere, di non disporre di adeguata preparazione scientifica e capacità tecnica..... secondo il CTU per entrambe le attrici sono necessari cospicui interventi di ripristino con rimozione dei ponti applicati dal convenuto ed applicazione di nuove protesi previa esecuzione dei trattamenti endodontico, parodontale, gnatologico. Ciò comporta, come prima conseguenza, l’obbligo del convenuto di restituzione di quanto percepito a titolo di compenso della propria opera, essendo evidente che le prestazioni eseguite non danno titolo in alcun modo a trattenere dette somme.

Quanto al costo degli interventi di ripristino, osserva il Collegio che di tali somme le attrici possono pretendere il ristoro soltanto nella misura corrispondente alla necessità di eliminare le conseguenze delle errate prestazioni..., essendo evidente che le stesse non hanno titolo a ripetere la parte relativa alle cure (lavoro e materiali) delle quali le pazienti avevano comunque bisogno, e ciò per insussistenza di nesso di causalità tra la condotta colposa del... e tali cure.”

Caso 10 - PROTESI

Il fatto

Un dentista chiese ingiunzione di pagamento per un paziente moroso; con decreto il presidente del tribunale ingiunse al paziente di pagare la parcella con gli interessi e le spese legali; con citazione il paziente propose opposizione per conseguire la revoca del decreto e la condanna del dentista al risarcimento dei danni conseguenti a inadempimento contrattuale per inadeguata prestazione.

Il paziente espose che il dentista aveva applicato delle protesi dentarie mobili senza aver estratto preventivamente alcuni residui radicolari, determinando così ricorrenti fatti infiammatori. Il paziente aveva inoltre eseguito dei lavori di riassetto di un manto stradale in una proprietà del professionista senza essere stato pagato.

Il dentista si costituì in giudizio chiedendo il rigetto dell’opposizione e della domanda riconvenzionale, con la conferma del decreto, da dichiararsi provvisoriamente esecutivo e l’accertamento dei vizi del manto stradale riferito difettoso; nel merito rispondeva che non vi era correlazione tra le infiammazioni, la protesi e la permanenza delle radici poiché il paziente aveva già perso molti denti prima di rivolgersi a lui per le cure.

La sentenza

Il Tribunale respinse l’opposizione e assolse il medico da ogni pretesa; condannò l’opponente nelle spese.

Contro la sentenza il paziente proponeva appello ed il medico resisteva chieden-

do conferma della sentenza.

La Corte di Appello accoglieva l'istanza del ricorrente riducendo il corrispettivo dovuto per la prestazione professionale con la seguente motivazione: *"...Sebbene la prestazione d'opera professionale in genere, e quella medica in particolare, si risolva in una prestazione di mezzi, e non di risultato, in situazioni involgenti l'impiego di specifiche nozioni tecniche il professionista deve porre in essere i mezzi concettuali e operativi i quali, in vista dell'opera da realizzare, appaiono idonei ad assicurare il risultato, che il committente si ripromette dall'esatto adempimento dell'incarico (Cass., Sez.II, 21 Giugno 1983, n. 4245). Orbene, ai fini della valutazione della colpa professionale nel caso di prestazioni mediche di natura specialistica, effettuate da chi sia in possesso di un diploma di specializzazione...non può prescindere dal considerare le cognizioni generali e fondamentali proprie del medico specialista, non essendo sufficiente il riferimento alle nozioni minime di cultura e di esperienza, quali si pretendono da un medico generico.....(Cass, Sez, IV, 9 Marzo 1983)..."*

È principio consolidato che quando il caso concreto sia comune e ordinario, basta la colpa lieve. È necessaria la colpa grave quando il problema tecnico richiede, per essere risolto, un impegno professionale superiore a quello del professionista medio."

Poiché nella specie sussistono i fatti infiammatori denunciati...e gli episodi sono riconducibili alla presenza di apici radicolari che, secondo la buona tecnica, avrebbero dovuto estrarsi prima di applicare la protesi, segue essere il medico dentista responsabile dei danni subiti dal paziente...in quanto i vizi riscontrati dal consulente nella esecuzione delle protesi giustificano la proporzionale riduzione del prezzo. La somma indicata nella parcella e contemplata nel decreto ingiuntivo, pertanto deve equitativamente essere ridotta di un terzo, come del resto viene demandato."

Caso 11 - PROTESI

Il fatto

Una paziente si rivolse ad un Centro Dentistico per l'esecuzione di una riabilitazione protesica fissa ad ambedue le arcate che fu eseguita da un collaboratore dello studio. A distanza di 2 anni dalla fine delle cure si ruppe la saldatura di un ponte inferiore e la paziente convenne in giudizio i responsabili dello studio professionale associato, il dentista collaboratore e l'odontotecnico lamentando che la protesi era stata scorrettamente eseguita sia tecnicamente che dal punto di vista funzionale, presentando errori di occlusione che non le avevano mai consentito una corretta masticazione.

La sentenza

Il Tribunale condannava al risarcimento del danno, liquidato in lire 68.200.000 (ri-facimento di tutta la riabilitazione) il dentista collaboratore e l'odontotecnico; respingevano invece i giudici la domanda dell'attrice nei confronti del Centro Dentistico e dei suoi legali rappresentanti.

Il dentista e l'odontotecnico proponevano appello lamentando l'errato assunto del Tribunale, riassunto nei seguenti punti:

- L'odontotecnico non aveva intrattenuto alcun rapporto con la paziente ma aveva eseguito la protesi secondo le istruzioni ricevute dal medico
- Doveva considerarsi intervenuta la prescrizione dell'azione contrattuale per la mancata tempestiva denuncia dei vizi dell'opera, per essere trascorso un anno dalla consegna del lavoro (art. 2226 c.c.)
- Andava ammesso concorso di colpa (ex art. 1227 c.c.) a carico della paziente che per un periodo di 5 anni, nel corso del processo prima della CTU, non si era sottoposta a controlli e terapie che avrebbero evitato il peggioramento della situazione clinica
- Il quantum doveva essere limitato alla restituzione degli importi pagati per le cure prestate all'arcata inferiore, mentre un rinnovo completo di ambedue le protesi era inconcepibile dato lo stato anteriore orale patologico della paziente.

A sua volta la paziente propose azione riconvenzionale lamentando l'insufficiente risarcimento ottenuto in primo grado e chiamando in causa il centro dentistico per responsabilità solidale.

La Corte di Appello confermava integralmente la sentenza di I° grado impugnata, rigettando l'appello e dichiarando compensate le spese tra le parti. *“L'appello incidentale... dichiarato inammissibile nel confronti del Centro Dentistico... con conseguente passaggio in giudicato della Sentenza... per decorso dei termini ai sensi dell'art. 326 cpc.*

Il quantum fu confermato essendosi limitata l'attrice a *“contestare la inadeguatezza della percentuale di invalidità e la misura dei danni... senza svolgere alcuna critica all'iter logico motivazionale... La Corte deve dunque soffermare l'esame a questo punto solamente sull'appello principale del dentista e dell'odontotecnico: innanzitutto sulla negata responsabilità di quest'ultimo definitosi mero esecutore delle protesi sotto le istruzioni e direttive del medico senza aver mai di persona intrattenuto alcun rapporto professionale con il paziente (I° motivo). Il rilievo è pertanto inconsistente perchè il trattamento protesico è una complessa operazione che presuppone lo studio e la predisposizione degli elementi di supporto da innestare ed adattare poi alla bocca della paziente a cura dell'odontoiatra che non può quindi fare a meno della prestazione dell'odontotecnico che guida a quel risultato concorrendo congiuntamente l'opera di entrambi a realizzare la prestazione medico-dentistica diretta all'esito migliorativo voluto dal cliente con la conseguenza di rispondere entrambi dell'inesatta esecuzione di tale obbligazione. Il dentista non può estraniarsi dal rapporto professionale di cui è causa, avendo anch'egli contribuito all'insuccesso del trattamento riabilitativo proposto all'attrice ed effettuato dall'odontotecnico con un manufatto manchevole ed intrinsecamente debole...*

Quanto argomentato serve altresì a superare l'ulteriore eccezione di prescrizione e/o decadenza dell'azione contrattuale per decorso del termine di proponibilità, ovvero di difetto di prova della tempestività di denuncia dei vizi e difetti dell'opera (II° motivo). Invero l'art. 2226 c.c. è applicabile al contratto di opera che sfoci e si esaurisca nella realizzazione di un "opus" in senso materiale (Cass. 21.7.1972 n. 2495 e Cass. 22.12.1994 n. 11067): non invece al contratto che abbia per oggetto una prestazione intellettuale quale quello di cui si discute frutto di un attività composita di riassetto della dentatura ove la realizzazione di parti

meccaniche rientra nel trattamento curativo generale sul quale si è formato il consenso delle parti.

Il III° e IV° motivo sono dedicati a confutare - in forza di rilievi critici tratti da perizia di parte prodotta solo in questo grado - il ragionamento del Tribunale che ha fatto proprie le motivate conclusioni del CTU sulla inosservanza da parte degli appellanti delle regole correnti in tema di odontoiatria sostitutiva (in sostanza la mancata analisi dei rapporti tra arcata inferiore ed arcata superiore della paziente che ha condotto ad una esagerata pronunzia della c.d. "curva di Spee" con sovraccarico sulla protesi inferiore causativo della rottura del ponte). Trattasi di censure inconsistenti che non possono condurre a ribaltamenti di responsabilità nel campo extracontrattuale, perchè gli appellanti non hanno indicato quali sarebbero stati nel caso i problemi di speciale difficoltà da risolvere al fine di escludere la loro colpa per danni ammesso che si possa definire lieve (art. 2236 c.c.)...

Il V° motivo si rivolge più propriamente alla contestazione dell'eccessiva liquidazione del "quantum" che non avrebbe tenuto conto che l'apparato masticatorio dell'attrice era già compromesso prima che essa si sottoponesse al trattamento curativo-riabilitativo del Centro e continuava a subire un crescente degrado per l'utilizzo da parte sua di protesi inefficienti non prontamente sostituite: ipotesi entrambe collocate nel paradigma normativo dell'art. 1227.c.c

Nessun concorso colposo della danneggiata è peraltro prospettabile nella specie perchè dall'anamnesi personale riportata nella relazione della CTU non risulta che l'attrice soffriva di disturbi particolari nella dinamica masticatoria quali quelli sorti dopo che ebbe a sottostare alle terapie dentarie conservative e sostitutive del Centro..."

Caso 12 - IMPLANTOLOGIA

Il fatto

Un paziente convenne in Tribunale un dentista per un intervento di implantoprotesi lamentando una scorretta prestazione per il fallimento di una protesi fissa appoggiata su dentatura naturale ed una lama endossea mandibolare sinistra che si era mobilizzata.

L'odontoiatra sosteneva che l'interruzione della terapia, determinata unilateralmente dal paziente, era stata la causa dell'insuccesso non avendo permesso di terminare correttamente la prestazione: avendo impedito la cementazione definitiva, il movimento della protesi avrebbe portato un eccessivo caricamento durante la masticazione e la mobilizzazione dell'impianto.

L'odontoiatra inoltre richiamava la particolare complessità e difficoltà del caso implantoprotesico.

La sentenza

La CTU accertò che il posizionamento della lama sinistra era tecnicamente errato poiché aveva leso il nervo mandibolare e che la devitalizzazione di tre elementi dentali, pilastri di protesi, aveva portato a false strade ed era quindi incongrua.

Il Tribunale, in primo grado, ammetteva la risoluzione del contratto e obbligava il professionista al risarcimento dei danni cagionati.

Il professionista appellava la decisione e la Corte d'Appello confermava la sentenza del Tribunale con le seguenti motivazioni (art. 2230 c.c. *Prestazione d'opera intellettuale*; art. 2226 c.c. *Difficoltà e vizi dell'opera*; art. 1668 c.c. *Contenuto della garanzia per difetti dell'opera*; art. 2236 c.c. *Responsabilità del prestatore l'opera*):

- 1) Privo di reale significato, espressione di mero stile e contraddittorio, l'appellarsi alla particolare difficoltà in quanto: il sistema era sufficientemente suffragato dalla scienza e sperimentato dalla pratica medica e quindi la difficoltà del caso non poteva essere accettata come insita nel campo d'azione implantologico, ma deve essere dimostrata dal professionista nel caso specifico; inoltre, trattandosi di dentista specializzato, la prestazione professionale doveva essere giudicata con maggior rigore.
- 2) Giustificata l'interruzione di cure da parte del paziente a causa della difettosa, erronea esecuzione delle prestazioni professionali de quibus.
- 3) Comprovata dalla CTU la scorretta esecuzione dell'intervento implantoprotesico in assenza di motivi di particolare difficoltà.

“Nei contratti di prestazioni professionali (nella specie medico-dentistiche) se pur le parti sono libere di pattuire una prestazione di risultato, in difetto di tale prova l'obbligazione del professionista consiste nel prestare la propria opera per raggiungere un determinato risultato e non nel conseguire tale risultato. L'onere della prova che tale prestazione implicava la soluzione di problemi tecnici di particolare complessità incombe sul professionista che lo eccepisce... omissis... L'odontoiatra afferma che le prestazioni professionali de quibus implicavano la soluzione di problemi tecnici di particolare complessità e difficoltà ed invocava il disposto dell'art. 2236 c.c. “Responsabilità del prestatore d'opera”:

La Corte non può esimersi dall'osservare come incombesse a costui - che invocava la sussistenza nella specie dell'ipotesi di cui all'art. 2236 c.c. “Responsabilità del prestatore l'opera”:

- 1) *quale esimente dalla responsabilità per danni (se non nel caso di dolo o colpa grave) - l'onere di provare i fatti posti a fondamento di tale loro eccezione e quindi la sussistenza nella specie della esimente stessa (art. 2697, 2 comma c.c. Onere della prova.....”.*

Caso 13 - IMPLANTOLOGIA

Il fatto

Un dentista nel posizionare un impianto a lama nell'emiarcata inferiore sinistra causò una lesione neurologica; a seguito delle lamentele del paziente rimosse immediatamente l'impianto ma, ciò nonostante, residuò una sintomatologia parestesica permanente all'emilabbro sinistro.

Il dentista lavorava presso un Centro con un rapporto che prevedeva le seguenti modalità: il paziente prendeva contatto con il Centro; il Centro fissava l'appuntamento, salvo specifiche richieste avanzate dal paziente, scegliendo il medico; il Centro emetteva fattura a carico del paziente comprensiva dell'attività del medico; il medico veniva pagato dal Centro in base a tariffe concordate in via preventiva per ciascun anno, previa fattura personale del professionista alla società di gestione che operava la relativa ritenuta d'acconto.

La sentenza

In primo grado il Tribunale aveva ritenuto sussistere la responsabilità ed aveva condannato il Centro al risarcimento dei danni patiti dal paziente nella misura di lire 6 milioni per danno biologico, lire 2 milioni di danno morale, restituzione dell'acconto ricevuto e spese legali di soccombenza.

Fu rigettata la domanda di manleva nei confronti della Compagnia di Assicurazione, essendo prescritto il relativo diritto poiché non era stato denunciato il sinistro entro un anno dal ricevimento della richiesta danni costituita dalla lettera del paziente (art. 2959 c.c. *Ammissioni di colui che oppone la prescrizione*).

Il Centro propose appello eccependo la propria estraneità giuridica al fatto avendo fornito solo i mezzi al dentista e chiedendo la manleva da parte della Compagnia di Assicurazione; il dentista operatore non fu convenuto nel giudizio di secondo grado.

La Corte di Appello di Milano con sentenza 12.07.96 ha confermato la sentenza di primo grado per responsabilità del Centro sia dal punto di vista contrattuale (art. 1218 *Responsabilità del debitore*; 1228 c.c. *Responsabilità per fatto degli ausiliari*) che extracontrattuale (art. 2049 c.c. *Responsabilità dei padroni e dei committenti*): condannando il Centro al risarcimento del danno; dichiarando prescritto il diritto del Centro nei confronti dell'Assicurazione; escludendo la presenza del danno patrimoniale per invalidità lavorativa specifica richiesto dal paziente in mancanza della prova dell'effettiva riduzione dei propri guadagni di lavoratore dipendente e della diminuzione della capacità reddituale residua in futuro.

La Corte giunse alle conclusioni osservando il *modus operandi* all'interno della struttura, riconoscendo, nel caso di specie, l'esistenza di un rapporto organico tra il dentista operatore ed il Centro sovrapponibile ad un rapporto di dipendenza; osservò che, nella suddetta situazione di continuità di rapporto fra il professionista ed il Centro e di organizzazione in termini di parasubordinazione, doveva ritenersi esistente un obbligo di sorveglianza e di vigilanza a carico del Centro che aveva scelto il medico operatore ed ha organizzato la struttura ed il suo lavoro all'interno.

Caso 14 - IMPLANTOLOGIA**Il fatto**

Una paziente si sottopose ad un piano di terapia implantoprotesica multitempo con lame e viti; durante la fase di protesizzazione fu evidenziata la presenza di una lama endossea perfettamente osteointegrata ma in posizione inutilizzabile in quanto fuori occlusione rispetto alla dentatura superiore (a livello della linea obliqua esterna della mandibola); il dentista fissò un appuntamento per rimuovere l'impianto ma la paziente interruppe le cure proponendo una causa ordinaria per risarcimento danni.

La parte attrice propose una transazione extragiudiziale chiedendo su un totale di 16 milioni di lire pagati la restituzione della cifra di 12 milioni di lire inerente le prestazioni scorrettamente eseguite;

la proposta fu rifiutata dal dentista che proponeva soluzioni protesiche di compromesso e la restituzione di una cifra molto inferiore.

La sentenza

La CTU evidenziò l'errore di posizionamento della lama e la mancata osteointe-

grazione di una vite; propose il risarcimento costituito dalla restituzione dell'onorario pagato limitatamente alle cure scorrettamente eseguite, spese per nuovi interventi di rimozione degli impianti, danno biologico temporaneo per interventi patiti (posizionamento e rimozione degli impianti), nessun danno biologico permanente.

La Sentenza del Tribunale riconosceva la responsabilità del dentista convenuto in causa che, in quanto sprovvisto di copertura assicurativa, veniva condannato al pagamento dei danni subiti dall'attrice per una cifra complessiva tripla rispetto alle proposte di transazione extragiudiziale avanzate in fase pre-processuale: *“Il Tribunale di Rovereto, definitivamente pronunciato, ogni contraria istanza, eccezione e deduzione disattesa, accerta e dichiara che il dott....è incorso, nella prestazione di cure mediche odontoiatriche a...(paziente) in colpa professionale e per l'effetto condanna lo stesso al pagamento dell'importo di lire 22.650.000= oltre ad interessi al tasso del 7% dalla data della messa in mora, 25 luglio 1993 fino al 31.12.1996 e al tasso legale da tale data al saldo; condanna il convenuto alla rifusione delle spese di giudizio, liquidate in complessive L. 10.100.000= di cui L. 3.500.000= per diritti, L. 4.000.000 per onorari e L. 2.600.000= per spese, oltre a 10% spese generali ed accessori di legge”*.

L'errore di valutazione era imputabile al CTP che illuse il dentista della difendibilità della posizione negando l'errore evidente; ignorando le possibilità di transazione anche nel momento in cui la differenza tra richiesta ed offerta non era elevata. Ricordiamo che in questi casi l'offerta deve lasciare in aggiunta a quanto quantificato per il danno tecnico, anche un margine per coprire le spese legali sostenute dal danneggiato.

Caso 15 - IMPLANTOLOGIA

Il fatto

Con atto di citazione notificato il 20.03.91 una paziente conveniva in giudizio, avanti al Tribunale un dentista, esponendo che: 1) si era sottoposta, negli anni 1986-87 a cure odontoiatriche presso lo studio dello stesso e, in particolare, nel maggio 1987 le era stato impiantato un perno a vite in corrispondenza del secondo premolare inferiore sinistro; 2) dopo circa un mese, iniziò a sentire “formicolio” al labbro inferiore sinistro con un sensazione di “labbro duro”.

Producendo in giudizio una consulenza medico-legale che sosteneva l'esistenza di un nesso di causalità fra l'impianto e i disturbi l'attrice chiedeva la condanna del convenuto e la rifusione dei danni; ex adverso il dentista negava che l'intervento da lui effettuato potesse aver causato i danni lamentati dall'attrice che procedeva nella chiamata in causa della propria società assicurativa.

La sentenza

La Sentenza di I° grado rigettava la domanda della parte attrice condannandola a rimborsare al convenuto e al chiamato le spese di causa con la seguente giustificazione: *“La domanda è infondata. L'attrice non ha infatti provato, come era suo onere, che i disturbi dai quali è affetta dipendano (nesso di causalità) dall'intervento posto in essere dal convenuto... Il CTU ha individuato e illustrato cinque possibili cause dopo aver escluso... la lesione chirurgica diretta... Conseguentemente il CTU conclude che l'intervento chirurgico è stato correttamente eseguito e un nesso di causalità*

diretto fra la chirurgia implantare e la sintomatologia della paziente è solo ipotizzabile... Per contro, l'elaborato (CTP) non è sufficiente ad inficiare le risultanze della consulenza... in quanto ben lungi dall'esaminare peritamente le possibili cause si limita ad affermare di ravvisare un evidente nesso di causalità, basandosi semplicemente su un criterio cronologico a plausibile distanza dall'intervento.

Conseguentemente deve escludersi l'esistenza di un nesso di causalità... L'attrice non prova come era suo onere il fatto che potrebbe essere il presupposto della negligenza del medico (come ravvisato dallo stesso CTU) e cioè il ritardo della rimozione della protesi... si limita ad affermare di essersi più volta recata dal convenuto ma non prova tale circostanza. Conseguentemente, l'eventuale imperizia del medico sotto tale profilo non può essere valutata dal Collegio. La domanda deve pertanto essere rigettata....Rigetta la domanda proposta da...(paziente); condanna l'attrice a rimborsare al convenuto ed alla chiamata le spese di causa che determina, quanto al primo, in L. 4.044.610 di cui L. 2.100.000 per onorari di avvocato, L. 1.687.500 per diritti di procuratore e L. 257.110 per spese oltre 10% ex art.15 T.F. e accessori come per legge quanto alla chiamata in L. 3.605.600 di cui L. 2.100.000 per onorari di avvocato, L. 1.310.000 per diritti di procuratore e L. 195.600 per spese, oltre 10% ex art. 15 T.F. e accessori come per legge. Così deciso”.

Caso 16 - ORTODONZIA

Il fatto

Durante la terapia ortodontica di un bambino per il trattamento di una malocclusione di seconda classe dentale e scheletrica fu applicata un arco extraorale con trazione elastica per distalizzare l'arcata superiore.

Dopo poche settimane il paziente invece di procedere, invece di procedere alla rimozione dell'apparecchio ortodontico, secondo le modalità a lui indicate, cercò di togliere l'apparecchio senza liberarlo della trazione elastica.

L'apparecchio sfuggì alla presa e si infisse in nel globo oculare destro; a seguito di un'endoftalmite rapidamente ingravescente il paziente perdeva completamente la visione nell'occhio traumatizzato.

Il padre conveniva in giudizio il medico e le ditte produttrici e distributrici delle varie componenti assemblate nel dispositivo ortodontico.

La sentenza

Il consulente tecnico d'ufficio portò a conoscenza del Magistrato da un lato il comportamento abnorme del paziente nella rimozione che aveva concorso a causare la lesione, dall'altro la presenza in commercio di sistemi di sicurezza con sganciamento automatico oltre una certa pressione.

Il Tribunale ritenne infondata e rigettò la domanda attorea.

La domanda nei confronti della ditta distributrice fu rigettata in quanto la responsabilità del fornitore è alternativa a quella del produttore (art.4 DPR n.224/88).

La causa contro la ditta produttrice fu dichiarata estinta, poiché l'apparecchio era stato assemblato con più parti dal medico e solo l'arco era di produzione industriale; detta circostanza escludeva la riconducibilità alla disciplina del DPR 224/88.

La responsabilità del sanitario fu esclusa con la seguente motivazione:

“... irrilevante opporre il fatto che l’analisi cefalometrica non sia stata disposta... Non risulta infatti alcuna relazione causale tra la mancata effettuazione di tale analisi e l’evento lesivo, nè si lamenta da parte dell’attore un inadeguato trattamento terapeutico... Le lesioni subite dal minore sono state causate da un uso anomalo dell’apparecchio ed in particolare da una manovra di rimozione non conforme a quella pacificamente illustrata dal dentista... Occorre quindi indagare..il professionista...avesse dovuto adottare sistemi di sicurezza per evitare la manovra scorretta (sistemi già esistenti all’epoca)... la CTU... riferisce che nel 1982 l’Associazione Americana di Ortodonzia pubblicò un rapporto finalizzato alla quantificazione del rischio connesso ad uso incongruo di apparecchi dello stesso tipo in esame; sulla base delle risposte di 4798 medici ortodontisti furono segnalate 216 lesioni al volto)... non consentono tuttavia di determinare la percentuale di lesioni cagionate da azioni anomale... Solo in presenza di una percentuale apprezzabile sarebbe possibile rinvenire una condotta colposa nella omissione del medico, poiché in tal caso le manovre dei pazienti non potrebbero più definirsi anomale ma prevedibili... l’obbligo di informazione delle possibili conseguenze pregiudizievoli di interventi medici deve riguardare le eventuali conseguenze dirette dell’intervento e non eventi dannosi ad attività imprevedibili”

Caso 17 - CHIRURGIA

Il fatto

Un paziente ottantenne si sottopose all’estrazione di tre radici dentarie presso il reparto di odontoiatria di un Ente pubblico.

Inizialmente il dentista esprimeva l’opportunità di frazionare l’intervento, arrendendosi poi alle insistenze del paziente; al termine dell’intervento venivano posti sei punti di sutura.

Dopo l’intervento il paziente veniva colpito da ictus causato da trombosi cerebrale con emiplegia sinistra e decedeva; i familiari promuovevano una azione giudiziaria contro il dentista e l’Istituto di cura.

La sentenza

Nel 1977 il tribunale rigettava la domanda prosciogliendo il dentista e l’Istituto; la Corte d’Appello nel 1984 riformava la sentenza di primo grado condannando al risarcimento sia il dentista che il Comune, subentrato nella gestione della struttura all’Istituto, che era stato soppresso ex lege a seguito della riforma sanitaria.

La Corte osservava come nel comportamento del dentista fossero ravvisabili alcune negligenze e imprudenze integranti sia una colpa contrattuale (ex art.1176 c.c. *Diligenza nell’adempimento*; art. 2236 c.c. *Responsabilità del prestatore d’opera*) che extracontrattuale (art. 2043 c.c. *Risarcimento per fatto illecito*):

- Non erano stati eseguiti esami strumentali prima dell’intervento (radiografie, esami di laboratorio) o redatta una cartella clinica “..Il chirurgo operatore, prima di effettuare l’intervento, avrebbe dovuto esigere l’esatto e puntuale adempimento di tutta l’attività preparatoria, pena la sospensione dell’intervento stesso...”
- “L’atto operatorio era avvenuto su un paziente che all’epoca aveva 81 anni ed era affetto da arteriosclerosi diffusa; era avvenuto nel reparto chirurgico di un

Istituto odontoiatrico altamente qualificato; non presentava alcun carattere di urgenza o indilazionabilità...”

- *“... rimasta incerta la natura dell’anestetico adoperato, questo doveva essere stato utilizzato in elevato dosaggio, data la complessità e la durata dell’intervento, desumibile dall’avvenuta applicazione di sei punti di sutura...”*
- *Il comportamento del dentista “aveva raggiunto l’apice dell’imprudenza quando il chirurgo ad operazione iniziata, pur avvedendosi della sua reale difficoltà (come del resto egli aveva previsto), non l’aveva interrotta alla prima estrazione, ma aveva proseguito fino alla sua totale conclusione”.*
- *Il comportamento colposo del dentista si era inserito in diretto rapporto causale con l’evento dannoso sofferto dal paziente “avendo provocato uno psicostress prolungato, che poteva e doveva essere evitato, nonché un’azione tossica ad opera dell’anestetico usato in dosaggio troppo elevato rispetto all’età ed alle condizioni di salute del paziente”.*

La III Sezione Civile della Corte Suprema di Cassazione rigettò i ricorsi confermando la sentenza della Corte d’Appello.

La sentenza ha precisato che la responsabilità dell’Ente gestore e del medico aveva natura contrattuale di tipo professionale ed era quindi disciplinata in via analogica dall’art.2236 cc. (tale articolo prevede l’esonero della colpa solo nei casi di particolare difficoltà che non erano ravvisabili nel caso specifico); invece, non poteva trovare applicazione, nei confronti del medico, la normativa riguardante gli impiegati civili dello Stato che definisce il danno ingiusto quello derivato da dolo o colpa grave (artt. 22, 23 TU 10 Gennaio 1957 n.3).

Caso 18 - ANESTESIA

Il fatto

Al termine di una seduta odontoiatrica per terapie conservative (otturazioni) nella quale fu eseguita una anestesia tronculare la paziente lamentò la persistenza di insensibilità del labbro e del mento con crisi dolorose all’emiviso omologo senza remissione a distanza di tempo. La paziente citava in giudizio la dentista chiedendone la condanna al risarcimento dei danni; la dentista si costituiva in giudizio opponendosi a quanto ex adverso richiesto e in particolare negando la presenza di nesso di causalità fra intervento praticato e disturbi lamentati.

La CTU

Il collegio peritale costituito da un neurologo e un dentista concluse che: si trattava di lesione del nervo alveolare inferiore causato dall’ago dell’anestesia; la persistenza di una importante disestesia dolorosa era un fatto eccezionale poiché più frequente la presenza di ipo-anestesia; la lesione era fortuita, accidentale, non evitabile avvenuta durante una manovra corretta e necessaria; quindi assenza di colpa del dentista e non risarcibilità del danno per il paziente.

La sentenza

La sentenza n. 315/97 del Tribunale rigettò la domanda di risarcimento danni dell’attrice con la seguente motivazione: *“La domanda è infondata... Sotto il profilo giuri-*

dico la fattispecie non rientra nella previsione di cui all'art. 2236 c.c. come prospettante problemi tecnici di particolare difficoltà con conseguente presupposizione di preparazione e dispendio di attività superiore alla media... bensì nella più generale disciplina dell'art. 1176, 2° comma c.c.... trattandosi poi di obbligazione contrattuale può farsi applicazione come richiesto della presunzione di colpa prevista dall'art. 1218 c.c. Conseguentemente... la paziente... deve dimostrare solo tale peggioramento mentre spetta al professionista fornire la prova contraria e cioè che la prestazione è stata eseguita idoneamente e il peggioramento sia stato causato da un evento imprevisto e imprevedibile... È pacifico in atti che... sia stata eseguita dalla dottoressa anestesia locale... abbia subito una lesione del nervo alveolare inferiore... sul punto l'elaborato peritale non lascia alcun spazio ai dubbi attestando l'esistenza del rapporto di causalità materiale... Nel medesimo elaborato... si precisa che la possibilità di tale lesione è ben documentata e può essere causata dall'infissione diretta dell'ago nel nervo o da un ematoma da lesione dell'arteria o vena alveolare inferiore in corrispondenza del forame alveolare.

Affermano altresì i consulenti che tale lesione è rara ma non sempre evitabile giungendo alle conclusioni che pur esistendo un rapporto di causalità materiale tra lesione e operato del medico, la menomazione rappresenta una rara complicazione non sempre evitabile con assoluta certezza anche quando l'iniezione si stata effettuata correttamente dal punto di vista tecnico... Escludono altresì che... la condotta successiva della dottoressa non sia stata corretta, in quanto in questi casi l'attesa rappresenta la terapia di prima scelta, sottolineando come l'esito permanente per la paziente sia eccezionale. Alla luce di tali univoche, precise e puntuali conclusioni della consulenza (correttamente e logicamente motivata e non contrastata da diverse conclusioni tecniche di parte) non può che escludersi ogni responsabilità professionale della convenuta... la complicazione deve ritenersi rientrante nel fortuito in quanto, come ampiamente spiegato dalla consulenza, imprevedibile (rara) e inevitabile, potendosi verificare anche se la manovra di infissione dell'ago viene eseguita correttamente... La domanda deve pertanto essere rigettata avendo la convenuta superato la presunzione di colpa prevista dall'art. 1218 c.c., dimostrando l'esistenza del fortuito... il tribunale... rigetta la domanda e compensa integralmente le spese di causa”.

Caso 19 - OMISSIONE DI DIAGNOSI ED ERRATA TERAPIA

Il fatto

Una paziente si rivolse al proprio dentista accusando dolori all'orecchio e alla mascella destra e il dentista predispose alcuni appuntamenti a distanza di una settimana; tre giorni dopo la paziente si ripresentò dal dentista accusando forti dolori all'emi-mandibola destra e quest'ultimo eseguì la medicazione di alcune carie all'emiarcata sinistra confermando il successivo appuntamento; successivamente non ebbe più occasione di visitare la paziente. A distanza di una settimana comparve gonfiore alla gola e difficoltà di deglutizione diagnosticata come orecchioni da tre diversi medici e trattata con terapia antibiotica orale. A distanza di due giorni la paziente fu ricoverata in un reparto otiatrico dove permase per quattro giorni, prima di essere trasferita al reparto di rianimazione dove si verificò l'exitus per grave insufficienza respiratoria

(ARDS Adult Respiratory Distress Syndrome o polmone da shock) per setticemia. Durante le ultime ore di ricovero nella clinica otoiatica una consulenza odontoiatrica da parte del primario di stomatologia aveva evidenziato la presenza di una angina di Ludwig (cellulite rapidamente diffusiva che rappresenta una emergenza terapeutica per la possibile ostruzione, con minaccia di vita, delle vie aeree) conseguente a disodontiasi del dente del giudizio mandibolare destro.

La sentenza

Il Tribunale Penale dichiarò i seguenti medici responsabili del reato a loro in rubrica iscritto: il dentista per omissione di diagnosi quantificando la pena in 1 anno e 6 mesi di reclusione; il primario e gli aiuti del reparto di otoiatria per inadeguata terapia e omissione di diagnosi. Concesse a tutti le attenuanti generiche, i benefici della sospensione condizionale e della non menzione della condanna. Condannò gli imputati a risarcire, in solido tra loro, i danni subiti dalle parti civili costituite con una provvisoria in attesa di una liquidazione definitiva da determinarsi in un separato giudizio civile. Furono invece assolti gli anestesisti e un medico frequentatore della clinica otoiatica per non aver commesso il fatto. Così motivò il Collegio Penale: “- **PREMESSA IN DIRITTO** -...*la colpa grave di cui all'art. 2236 c.c. poteva valere nei soli limiti di una condotta gravosa dovuta a imperizia, in quanto l'opera medica implicava sempre la soluzione di problemi medici di speciale difficoltà. Per le altre due forme di colpa (negligenza, imprudenza) viceversa, ogni giudizio doveva essere improntato a criteri di normale severità...*

... la soluzione di problemi tecnici di speciale difficoltà pertanto non influirà sul grado della colpa ma sulla configurazione completa della condotta del medico... ritenere sostanzialmente irrilevante l'applicabilità o meno dell'art.2236 del c.c. al problema in esame...

Le modalità di svolgimento del caso concreto in esame impongono una scelta di campo anche in tema di responsabilità medica di équipe... ritiene il collegio dover aderire, perchè più pertinente al carattere personale della responsabilità penale, a quest'ultima opinione (adempimento da parte di ciascuno dei componenti dell'équipe, dei doveri di diligenza e disciplina, propri dei compiti a lui istituzionalmente affidati)...

...- LA RESPONSABILITÀ DEI SINGOLI IMPUTATI - Il dentista - La paziente si rivolse al dentista lamentando un dolore che per il sito, le caratteristiche e l'età della paziente avrebbe richiesto approfondimenti diagnostico-radiologici... il dentista non ha approfondito la sua ricerca diagnostica servendosi di tali apparecchiature...

... Tale comportamento è sicuramente riconducibile ad imperizia e negligenza, profili di colpa questi valutabili secondo quanto ritenuto nelle premesse. Imperizia, poiché il dentista, pur essendo un medico specialista, non ha saputo interpretare quel persistente dolore come un probabile sintomo di un'affezione comunissima in una paziente di quella età, la disodontiasi del terzo molare inferiore appunto. Negligenza, poiché, agendo con superficialità, il dentista ha svalutato i sintomi dolorosi, lamentati dalla paziente in occasione di ben due successive sedute, curando, durante la seduta del 27 aprile, delle carie di modesta entità che nulla avevano a che vedere con quel dolore. Egli ha inoltre omesso di ricorrere ad

un elementare presidio diagnostico quale la radiografia della bocca, attraverso la quale avrebbe potuto individuare la disodontiasi. L'imperizia e la negligenza, di cui si è detto, sono correlate sotto il profilo causale al successivo sviluppo della triste vicenda di cui la paziente è stata vittima. Il processo infiammatorio innescato dalla disodontiasi, se tempestivamente diagnosticato e curato con un banale antibiotico per via orale, sarebbe scomparso. Di fatto la colpevole indifferenza del dentista alla sintomatologia dolorosa lamentata dalla paziente, ha comportato, nel giro di pochi giorni, un peggioramento molto rilevante: alla data del 4 maggio il processo infiammatorio è degenerato in angina di Ludwig e sepsi, conseguenze dirette di un normalissimo processo infiammatorio da disodontiasi di III molare non curato....”

... - DELLE PENE - Il dentista - Già si è visto che il dentista operò delle scelte riconducibili al duplice profilo di colpa per imperizia e negligenza. Non può inoltre sottrarsi in questa sede che dimostrando un atteggiamento professionale particolarmente riprovevole egli non si curò di lasciare alcuna traccia documentale relativa ai due interventi effettuati sulla paziente il 27 e 30 aprile. Pertanto, le sue affermazioni difensive non poggiano sulla documentazione clinica, che, doverosamente, avrebbe dovuto redigere. Ciò è sintomatico di un modo di agire disordinato, o grossolano, o, peggio, finalizzato a non lasciare tracce fiscalmente rivelatrici della sua attività professionale. Questo comportamento confligge con le più elementari regole di deontologia professionale oltre che di diligenza....”

La sentenza della Corte d'Appello confermò la sentenza del Tribunale e condannò gli appellanti al pagamento in solido delle ulteriori spese processuali e del rimborso delle spese di parte civile.

“.... il tribunale (I° grado) riteneva altresì che la disodontiasi fosse diagnosticabile in occasione della seconda visita da parte del dentista...”

... 2) quanto al rapporto di causalità tra la condotta omissiva del sanitario e l'evento letale, vale il principio probabilistico secondo cui nella ricerca del nesso di causalità tra la condotta dell'imputato e l'evento in materia di responsabilità per colpa professionale sanitaria, al criterio della certezza di può sostituire quello della probabilità dei tali effetti e della idoneità delle condotte a produrli: tale principio, del tutto uniformemente applicato dal giudice di legittimità, ha trovato recentemente anche una importante specificazione quantitativa con la sentenza della IV sez. 12.7.91 Silvestri, che ha limitato tale probabilità al trenta per cento. Nel caso di specie la probabilità attinge positivamente detto limite, e comunque sicuramente si rafforza se solo si pensa alla giovane età della paziente... Premesso che il caso del dentista merita in effetti una trattazione separata... tutte le risultanze acquisite convergono a far ritenere che quantomeno il dolore alla parte destra della mandibola e del collo esisteva già quando la paziente fu visitata dal dentista... il quadro che si presentava poteva anche non essere completo, nel senso dell'assenza di gonfiore e anche di quel trisma che invece furono subito rilevati in ospedale: ma incombeva, appunto, al dentista l'obbligo diagnostico soprattutto in presenza di una sintomatologia dolorosa che non poteva non essere adeguatamente considerata sia per la rappresentata consistenza che per la fascia di età a cui apparteneva la paziente... acquisito l'esito dell'accertamento radiografico, il dentista avrebbe

be responsabilmente assolto il proprio dovere professionale, dopo di che bene avrebbe potuto rimettere ad una struttura ospedaliera l'eventuale estrazione..."

La Corte Suprema di Cassazione, Sezione IV° Penale, i ricorsi e condannò i ricorrenti in solido al pagamento delle spese processuali e refusione delle spese sostenute dalla parte civile.

"L'accusa per colpa, variamente articolata in riferimento alla parte assunta da ciascun imputato nella vicenda, può riassumersi nell'errore diagnostico e nella mancata adozione di presidi terapeutici... È stata infatti messa in luce la imperizia del sanitario, nel senso che il predetto non seppe interpretare quel persistente dolore come un probabile sintomo di una affezione comunissima in una paziente di quella età... hanno infatti evidenziato che l'esatto inquadramento della affezione avrebbe impresso, alla dinamica dei fatti, una direzione assolutamente diversa; i sanitari ospedalieri al primo impatto, non sarebbero stati fuorviati in costanza di un preciso e illuminante referto. Il successivo errore diagnostico non potendo ritenersi decisivo ad interrompere il rapporto di causalità, costituendo di esso uno sviluppo tutt'altro che atipico ed eccezionale"

2. LE CONSULENZE E GLI ACCERTAMENTI TECNICI PREVENTIVI

In questa sezione riportiamo alcuni casi significativi tratti dalla nostra casistica, dei quali non disponiamo dell'esito per svariate situazioni: poiché il procedimento giudiziario è ancora in svolgimento; il procedimento si è estinto con una transazione stragiudiziale; si è semplicemente persa notizia.

Nella scelta dei casi e nell'esposizione abbiamo particolarmente insistito sulle motivazioni di attribuzione della responsabilità e la metodologia utilizzata per la quantificazione del danno.

Caso 1 - PROTESI

Il fatto

Una paziente si rivolse per un dolore facciale ad un dentista che eseguì una terapia specifica per nevralgia del trigemino e successivamente eseguì una protesi fissa a ponte mascellare destra.

La paziente, lamentando la persistenza del dolore per cui aveva iniziato le cure, rifiutò di farsi cementare definitivamente la protesi, interruppe le cure e non saldò una parte della parcella; non intendeva comunque iniziare un contenzioso in quanto legata da rapporto di amicizia con il professionista.

Il dentista eseguì azione di ingiunzione di pagamento per recuperare il credito; la paziente rispose con atto di citazione in opposizione e domanda riconvenzionale di risarcimento danni (unica via legale per evitare di essere costretta a pagare il corrispettivo di una prestazione che riteneva inadeguata).

Le dichiarazioni del medico desunte dai verbali d'udienza erano contraddittorie: *"l'infezione dentaria aveva causato una nevralgia del trigemino che curai con farmaci"*; peraltro le radiografie evidenziavano che era presente una parodontopatia api-

cale cronica a carico di un pilastro protesico scorrettamente devitalizzato.

Unica documentazione disponibile consisteva in una ortopantomografia precedente gli interventi in giudizio e il medico non presentava ulteriore documentazione.

La CTU

Secondo il Consulente Tecnico di Ufficio il medico aveva eseguito una inversione del piano di terapia: aveva preparato la protesi senza diagnosticare e trattare preventivamente il dolore attribuibile alla infezione dentale; tale negligente condotta rappresentava una responsabilità professionale e conseguente obbligo di risarcimento del danno ingiusto derivatone secondo il seguente schema:

- A carico del professionista fu ipotizzata la restituzione della parcella inutilmente corrisposta dalla paziente per una incongrua prestazione (risoluzione del contratto per inadempimento)
- A carico della Compagnia di Assicurazione risultava il risarcimento del biologico temporaneo nella misura di 30 giorni (infezioni dentali, convalescenza, tempo necessario a nuove terapie) nella misura del 30% di inabilità a svolgere le proprie ordinarie occupazioni.

Caso 2 - PROTESI

Il fatto

Un dentista eseguì ad una paziente una riabilitazione protesica costituita da una protesi fissa circolare in ceramica superiore ed una inamovibile inferiore; la protesi superiore presentò, a distanza di circa due anni dalla consegna, diffuse fratture del rivestimento estetico a distanza di due anni dalla esecuzione.

Il professionista riesegui in un primo tempo la sola riceramizzazione della struttura metallica e successivamente la protesi completa ex novo, con il proposito di risolvere i problemi tecnici evidenziati; tuttavia la paziente si dichiarò insoddisfatta ed iniziò un contenzioso lamentando la comparsa di nuove fratture della ceramica e difficoltà di masticazione.

Il procedimento civile fu inevitabile poichè risultarono frustrati i tentativi di transazione proposti dal dentista a fronte di esorbitanti richieste della parte attrice: la restituzione della parcella o, in subordine, la riesecuzione della protesi da parte di un collaboratore dello studio.

La CTU

La CTU si svolse a distanza di otto anni dai fatti in giudizio: la protesi mascellare, a cui erano stati imputati la maggior parte dei difetti, era stata parzialmente rimossa all'epoca della CTU; la protesi mandibolare ed alcune corone residue nell'arcata superiore mostravano una usura proporzionale all'età in assenza di difetti evidenti.

Il collegio di consulenti tecnici d'ufficio individuò la responsabilità del professionista per negligenza e imperizia, sulla base delle numerose certificazioni di altri dentisti prodotte dalla paziente che avevano evidenziato difetti di costruzione del manufatto protesico: ripetute scementazioni; basculamento della protesi superiore per deformazione della struttura metallica; presenza di scorretto contatto oclusale sui settori latero posteriori; fragilità del rivestimento estetico.

Il risarcimento fu quantificato:

- Nelle spese necessarie alla riesecuzione completa della riabilitazione orale, sia la protesi superiore che la inferiore, con la motivazione di assicurare una corretta occlusione;
- Veniva esclusa la presenza di danno biologico permanente.

L'esito della CTU, pur limitando le pretese dell'attrice, era penalizzante per il professionista in quanto:

- I tariffari applicati per determinare il risarcimento non rappresentavano la media professionale;
- La riesecuzione della protesi inferiore, che non presentava problemi ad eccetto dell'usura determinata dal tempo, appariva ingiustificata.

Visto l'esito della CTU la Compagnia di Assicurazione non surrogava il dentista poiché il contratto assicurativo non prevedeva il risarcimento del danno patrimoniale relativo alla parcella inutilmente pagata dalla paziente per la protesi scorretta, bensì il risarcimento del danno biologico conseguente alle cure; in pratica il pagamento della protesi era escluso e rimaneva a carico del professionista e la Compagnia di Assicurazione usciva indenne dal procedimento.

Il dentista proponeva un tentativo di conciliazione per l'ammontare della cifra identificata dai CTU (40.000.000 di lire); la parte attrice rifiutava richiedendo una cifra esorbitante per coprire il risarcimento danni e le spese di causa; la causa civile è ancora attualmente in corso dal 1986.

Caso 3 - PROTESI

Il fatto

Una paziente si rivolse ad un dentista per sostituire una protesi fissa circolare mascellare eseguita una decina d'anni prima e non più funzionale a causa della normale usura e della comparsa di nuove patologie dentarie; la parcella corrisposta al professionista al termine della prestazione ammontava a circa 23 milioni di lire.

A seguito dell'esecuzione della nuova riabilitazione la paziente lamentò la comparsa di cefalea e rumore di schiocco alle articolazioni temporo-mandibolari; quattro diversi dentisti successivamente consultati concordarono su una diagnosi di sindrome algico-disfunzionale che rendeva necessaria la riesecuzione della riabilitazione protesica; il costo della nuova riabilitazione completa con implantoprotesi ad ambedue le arcate corrispondeva a 67 milioni di lire.

La CTP

La consulenza individuò la presenza di responsabilità professionale per imperizia del professionista che aveva alterato lo schema oclusale della paziente con la nuova riabilitazione protesica e propose il seguente risarcimento:

- Danno biologico temporaneo, per l'alterazione psicofisica durante il periodo della malattia e delle necessarie cure, nella misura del 20% per un periodo di 18 mesi.
- Danno biologico permanente del 3% per presenza di patologia residua delle articolazioni temporo-mandibolari (rumore, saltuario dolore, assenza di limitazione funzionale).
- Spese sanitarie dimostrate per farmaci, esami strumentali e visite per un valore di 2.700.000.

- Restituzione del corrispettivo inutilmente pagato al professionista responsabile (maggiorato degli interessi legali e la rivalutazione ISTAT) o in alternativa il pagamento di una nuova protesizzazione secondo il tariffario medio professionale vigente nella provincia (individuato in circa 35.000.000 di lire).

In questo caso il pagamento andava riconosciuto una sola volta nella vita poiché la paziente era portatrice di protesi in precedenza ed avrebbe comunque necessitato di nuove protesi e rifacimenti futuri indipendentemente dai fatti contestati. Non si ritenne di riconoscere in toto il pagamento della parcella pagata dalla paziente al secondo professionista in quanto: era inerente un programma di riabilitazione più vasto del precedente; era stato calcolato in base a un tariffario superiore alla media professionale della zona.

Caso 4 - PROTESI

Il fatto

Il dentista eseguì una riabilitazione estesa, costituita da una protesi fissa circolare superiore in ceramica, su una paziente con malocclusione di seconda classe prima divisione correggendone la protrusione incisiva.

Al termine della terapia la paziente lamentò insoddisfazione estetica e difficoltà di adattamento ed il dentista modificò più volte la protesi nel tentativo di accontentare la paziente.

A seguito di numerose modifiche la protesi divenne esteticamente incongrua e la paziente interruppe il rapporto unilateralmente iniziando un procedimento per risarcimento danni.

Peraltro la paziente si ripresentò in corso di Consulenza Tecnica d'Ufficio ritrattata con una nuova protesi esteticamente incongrua per dimensione, colore, forma dei denti ma della quale si dichiarava soddisfatta.

La CTU

Essendo stata rimossa la protesi contestata la consulenza si svolse su prove documentali (modelli, radiografie, fotografie) in assenza di riscontro certo; il dentista disponeva di documentazione fotografica della prima ceramizzazione che si presentava esteticamente pregevole.

Il CTU ritenne esistere la colpa del dentista per imperizia per i seguenti motivi:

- Aver alterato la protesi con modifiche estetiche rendendola incongrua
- Aver causato la probabile comparsa di una sindrome algica-disfunzionale dovuta alla modellazione dei denti diversa da quella anatomica propria della paziente (nuova guida incisiva modellata più ripida). La sindrome al momento della CTU si era comunque risolta e non residuavano postumi.

A dimostrazione della tesi medico legale deponeva anche il fatto che la riabilitazione successiva (che riproduceva una situazione di protrusione dentale incisiva mascellare, simile alla dentatura iniziale della paziente) per quanto inestetica, era stata meglio accettata dalla paziente.

Il risarcimento proposto consisteva nella restituzione del corrispettivo percepito da parte del dentista per la cura scorrettamente eseguita; la Compagnia di Assicurazione usciva indenne dal procedimento data l'assenza di altre forme di danno. Il caso dimostra come la disponibilità del dentista, nel seguire le indicazioni della paziente, si risol-

se quindi a suo danno in quanto il modificare la protesi appena eseguita fu letto dal Consulente Tecnico d'Ufficio come ammissione di colpa da parte del professionista; inoltre, le modifiche avevano rovinato la protesi in modo sostanziale configurando una inadempienza contrattuale del dentista la cui esecuzione iniziale della protesi era probabilmente corretta e l'insuccesso legato a pregiudizi personali della paziente.

Caso 5 - PROTESI

Il fatto

Una paziente dopo essersi sottoposta lungo un arco di 5 anni a ripetuti cicli di terapie odontoiatriche presso un odontotecnico lamentava una situazione orale compromessa per la scementazione di protesi fisse e perdita di quattro elementi dentari. Non era disponibile né la documentazione sullo stato orale anteriore né quella fiscale.

Le versioni erano contrastanti: la paziente attribuiva tutte le terapie e quindi il conseguente danno allo stesso operatore; l'operatore dichiarava lesioni preesistenti irrimediabili e riportava a giustificazione l'interruzione delle cure da parte della paziente che aveva impedito l'ultimazione delle cure (cementazione definitiva).

La CTU

L'odontotecnico, nel frattempo laureato in odontoiatria, disponeva di un collegio difensivo costituito da un medico legale ed un odontostomatologo e tale fatto ebbe sicuramente effetto positivo: la responsabilità professionale fu accertata per imperizia ma limitata ad alcune prestazioni.

L'attribuzione di responsabilità rispose ad un criterio di probabilità data l'assenza di documentazione; l'ipotesi fu formulata in base a: sovrapponibilità delle tecniche e dei materiali utilizzati riconducibili ad un unico operatore; parziali ammissioni dell'operatore.

Il risarcimento prevedeva il costo inerente la riesecuzione delle sole cure che presentavano caratteristiche di esecuzione tecnica e materiali simili o evidenti errori; alcune terapie incongrue furono dichiarate non attribuibili allo stesso operatore.

Furono indicati quali probabili fattori concorrenti alla determinazione del danno le lesioni preesistenti (tali ritenute poiché multiple e diffuse a tutta la bocca) e l'interruzione unilaterale delle cure da parte della paziente la quale per sottrarsi al pagamento della parcella non aveva completato il piano di cura. Le conclusioni prevedevano il pagamento della cure una tantum senza rifacimenti, in quanto probabilmente necessarie prima dell'intervento. La polizza assicurativa intestata ad una società dentistica fu dichiarata inoperante in quanto non è possibile un contratto di assicurazione su attività illecite.

Caso 6 - IMPLANTOLOGIA

Il fatto

Un paziente si sottopose a riabilitazione implantoprotesica con protesi circolare fissa al mascellare che presentò mobilità e infezioni a distanza di un anno e mezzo.

La situazione endorale mostrava la necessità di rimuovere la dentatura residua, impianti e protesi per carie infiltranti dei monconi dentari, mobilità e riassorbimento osseo perimplantare.

La CTU

Era da ritenersi dimostrata la responsabilità professionale del dentista per difformità operativa rispetto alla tecnica comunemente utilizzata: insufficiente numero, posizione e dimensione scorrette degli impianti; troppo breve intervallo tra esecuzione degli impianti e protesizzazione, insufficiente per la osteointegrazione. Il risarcimento prevedeva: il rimborso della parcella inutilmente pagata; un danno biologico permanente per la perdita di tre elementi dentari; un danno biologico temporaneo parziale per il tempo perso per le cure, e per la convalescenza dagli interventi inutilmente patiti.

Veniva escluso il risarcimento a titolo di danno emergente per nuove cure considerando lo stato preesistente di edentulia.

Caso 7 - IMPLANTOLOGIA

Il fatto

Un paziente si rivolse ad un dentista per eseguire una riabilitazione implantoprotesica che consisteva nella rimozione di un impianto a lama mandibolare sinistro e la sua sostituzione con impianti cilindrici a tecnica sommersa. Durante il periodo previsto per l'osteointegrazione, a distanza di uno -due mesi dall'intervento, il paziente avvertì un intenso dolore all'emimandibola sinistra e si recò dal dentista che rimosse un sequestro osseo e prescrisse terapia antibiotica con ampicillina per via orale.

A distanza di un mese si verificò spontaneamente una frattura patologica dell'emimandibola sinistra nella sede del pregresso intervento implantologico.

Il paziente fu sottoposto a due successivi interventi in anestesia generale di riduzione e contenzione con osteosintesi della frattura, a seguito dei quali si verificò una guarigione in difetto con pseudoartrosi che determinava i seguenti postumi:

- Asimmetria facciale con deviazione della punta del mento (pizzicamento del nervo della rima di frattura)
- Anestesia per lesione della branca mandibolare del nervo trigemino con anestesia della cute del labbro e mento
- Comparsa di sindrome algico disfunzionale delle articolazioni temporo-mandibolari con dolore e limitazione funzionale dei movimenti mandibolari

Il paziente convenne in giudizio il dentista che al momento della consulenza tecnica d'ufficio era contumace.

La CTU

Il profilo di responsabilità del professionista risultava incontestabile per:

- Aver posizionato due impianti molto vicini (circa 2 mm) in una zona mandibolare precedentemente indebolita da un pregresso fallimento implantare ed atrofica.
- Aver misconosciuto la diagnosi di perimplantite e/o osteomielite ritardando la necessaria rimozione degli impianti e pulizia chirurgica
- Aver prescritto una terapia antibiotica inadeguata tale da mascherare i sintomi senza risolvere l'infezione (indicata una terapia parenterale ad ampio spettro).

Lo schema di risarcimento era costituito dalle seguenti valutazioni:

- Danno biologico permanente 35% (danno estetico per l'alterazione del profilo); danno masticatorio per la sindrome algico-disfunzionale 15%; danno neurologico 5%.
- Danno biologico temporaneo 8 mesi al 100% e 4 mesi al 30%

- Ripetizione delle spese sanitarie sostenute
- Restituzione della parcella corrisposta al professionista

Caso 8 - IMPLANTOLOGIA

Il fatto

Ad un paziente furono eseguiti un piano di terapia parodontale e una riabilitazione implantoprotesica su quattro quadranti; a otto mesi di distanza fu necessario rimuovere un ponte mandibolare destro e fu diagnosticata parodontopatia con necessità di rimozione di tutte le protesi rimanenti.

I primi impianti furono eseguiti da un medico consulente, i rimanenti e le protesi dal titolare dello studio al quale si era rivolto il paziente.

Preso atto dell'insuccesso, il paziente propose al dentista la restituzione della cifra pagata o, in alternativa, l'esecuzione di nuove protesi; al rifiuto seguì causa ordinaria.

La CTU

Data la ridotta durata del manufatto, il ruolo concausale di più errori sovrapposti dei due operatori che si erano alternati nelle cure (tecnica chirurgica, valutazione di osteointegrazione, protesizzazione) era molto probabile e comunque di difficile attribuzione considerando che il dentista adduceva come causa di giustificazione la presenza di scarsa igiene orale del paziente e la preesistenza di una grave forma di parodontopatia.

La CTU individuò una responsabilità a carico del dentista per imprudenza, poiché il periodo complessivo di durata del ciclo di terapia era stato troppo breve, cioè limitato al solo periodo necessario alla osteointegrazione degli impianti e alla esecuzione delle protesi; comunque non sufficiente per controllare e valutare la guarigione del piano di terapia parodontale eseguito preventivamente da implantoprotesi; un periodo di osservazione clinica più prolungato avrebbe permesso di valutare la stabilità della patologia parodontale e le possibilità di insuccesso in seguito verificatosi.

L'obbligo di risarcimento ricadeva sul dentista titolare dello studio, in quanto parte contrattuale con il paziente (responsabilità del sostituto) e per il fatto che lo stesso avesse terminato la riabilitazione protesica; date le condizioni preesistenti (grave parodontopatia cronica) il danno era limitato alla rifusione delle spese da parte del dentista e al danno biologico temporaneo causato dall'inutile prolungarsi delle cure.

Caso 9 - IMPLANTOLOGIA

Il fatto

La paziente, affetta da grave forma di parodontopatia, nel periodo compreso tra il 1984 ed il 1994 eseguì presso lo stesso dentista successive riabilitazioni protesiche ed implantari in sede diverse (tre all'arcata superiore e due all'inferiore).

Nel 1994 alla paziente fu diagnosticata la presenza di sinusite purulenta causata dalla presenza di impianti nel seni mascellari bilateralmente: fu richiesto un accertamento tecnico preventivo come procedura d'urgenza prima di sottoporre la paziente a intervento di revisione mascellare, etmoidectomia anteriore, bonifica dentaria all'arcata superiore.

L'ATP

L'esame clinico dimostrava la presenza di una implantologia multitypo che doveva essere rimossa per la presenza di profonde tasche perimplantari che avevano causato una sinusite (mascellare ed etmoidale) ed un vasto riassorbimento osseo alveolare; era invece correttamente eseguita la riabilitazione inferiore.

Nel caso in esame il collegio peritale espresse informalmente alcune considerazioni che fissavano la responsabilità del professionista e individuavano i limiti del risarcimento per facilitare la transazione extragiudiziale:

- Il piano di terapia era scorretto poiché: il medico si era fatto condizionare dalle richieste della paziente; erano state utilizzate tecniche implantari obsolete e rischiose, ignorando l'esistenza di altre tecniche disponibili, aggiornate, scientificamente comprovate che riducevano il rischio di insuccesso.
- La patologia dell'etmoide e dei seni paranasali era stata causata dagli impianti affondati scorrettamente nel seno mascellare per estensione del processo infettivo; la rimozione precoce dell'implantoprotesi avrebbe evitato la comparsa di complicazioni e ridotto il danno sistemico.
- La perdita dei denti all'arcata superiore non era da addebitarsi al dentista date le condizioni preesistenti (parodontopatia).
- Il risarcimento ricomprendeva i costi sostenuti per gli interventi protesici, implantari eseguiti dopo il 1990 e la terapie otorinolaringoiatriche conseguenti all'intervento scorretto; dovevano invece essere riconosciute come valide le prestazioni anteriori a tale periodo.

Le pretese di risarcimento dei legali sono spesso immotivatamente elevate e la valutazione tecnica ha lo scopo di ricondurre entro limiti equi l'entità del danno. La condotta del collegio difensivo fu qualificante; dopo un tentativo di negazione del danno, accertò per una quantificazione che lo riducesse a termini corretti ed accettabili per una transazione.

Caso 10 - ORTODONZIA

Il fatto

Un piccolo paziente fu messo in terapia ortodontica con arco di Delaire per una malocclusione di terza classe. A distanza di alcune settimane dall'inizio della terapia, una notte si ruppe la saldatura di congiunzione sulle bande; l'arco intraorale fu dislocato fuori dalla bocca dalla trazione elastica applicata sulla maschera facciale e ferì un bulbo oculare; a seguito di un'endofalmitide fu persa la vista monolateralmente.

La CTP

Poiché il manufatto era privo delle caratteristiche di solidità necessarie a scongiurare l'evento verificatosi (legature tra arco esterno ed interno, robuste saldature), risultava accertata a parere del Consulente di Parte la responsabilità del dentista per negligenza (omessa verifica della qualità del manufatto allestito dall'odontotecnico) e imprudenza (modifica del progetto dell'apparecchio come descritto in letteratura scientifica).

Il risarcimento proposto era a carico della Compagnia di Assicurazione: danno biologico temporaneo 6 mesi al 100% e tre mesi al 50%; danno biologico permanente 35%; spese sanitarie sostenute per cure; protesi oculare con futuri rifacimenti nell'arco della vita.

Caso 11 - ORTODONZIA

Il fatto

Una paziente di 16 anni presentava un canino deciduo in arcata per l'inclusione di un canino definitivo ectopico. Una dentista eseguì una terapia ortodontica per estrudere il dente che risultò successivamente anchilosato e quindi irrecuperabile. A distanza di 3 anni e otto mesi il dente non era ancora erotto: era stata alterata la posizione dei denti contigui in arcata a causa dell'applicazione delle forze ortodontiche; era stato estratto in ospedale da altro sanitario, su richiesta comunque della dentista, il premolare contiguo per facilitare il recupero del canino.

Successivamente si resero necessari i seguenti interventi svolti in un arco di cinque anni per terminare la terapia: una nuova terapia ortodontica per riallineare i denti; estrazione del canino anchilosato; impianto di osso autologo per correggere l'atrofia alveolare; due impianti alloplastici in zona canina e premolare per sostituire i due denti estratti. La paziente convenne in causa la dentista per risarcimento danni.

La CTU

Fu individuata responsabilità a carico della dentista per imperizia e imprudenza a causa dei seguenti motivi:

- Scelta di un piano di terapia rischioso che prevedeva il recupero di un dente in posizione sfavorevole (orizzontale e più alta dell'apice degli incisivi)
- Ritardo nella diagnosi di anchilosi e conseguente impossibilità di estrusione in arcata del dente
- Errore tecnico per l'utilizzazione di forze eccessive e prolungate che aveva causato un disallineamento dei denti della stessa arcata peggiorando la situazione iniziale. Il risarcimento fu quantificato secondo il seguente schema:
- Il danno biologico temporaneo fu quantificato in 36 mesi al 30% per il disagio provocato dall'inutile allungamento della terapia ortodontica; non fu riconosciuto un periodo più lungo considerando che il tempo di terapia utilizzato dagli operatori successivi era eccessivamente lungo per loro colpa e/o eccessiva prudenza, non imputabile quindi alla dentista convenuta in causa
- Risarcire al 50% l'ingiustificata estrazione del primo premolare (metà costo dell'impianto, dell'intervento di innesto osseo e gengivale, del danno biologico residuo equivalente allo 0,5% di danno biologico permanente) in quanto, eseguita in Ospedale, ricadeva in parte sotto la responsabilità del medico ospedaliero (che non risultava chiamato in giudizio) ed in parte della dentista convenuta che aveva consigliato l'estrazione.
- Non risarcire il danno biologico permanente o il costo dell'impianto eseguito sul canino superiore in quanto il dente era comunque anchilosato, irrecuperabile prima delle cure e quindi danno preesistente, indipendentemente dalla condotta colposa del sanitario convenuto.
- Rifondere le spese inutilmente sostenute inerenti una sola terapia ortodontica delle due effettuate, in quanto esisteva una malocclusione preesistente che avrebbe comunque richiesto un'apparecchiatura ortodontica (anchilosi del canino e occlusione di seconda classe).

Caso 12 - CHIRURGIA

Il fatto

Una paziente, di 65 anni, si sottopose a un intervento di riabilitazione protesica estesa; in uno dei primi appuntamenti il dentista eseguì nella stessa seduta più interventi nell'arco di quattro ore: due impianti; alcune estrazioni; alcune cure canalari; la preparazione di otto pilastri di protesi; l'adattamento di una protesi provvisoria fissa in resina.

La paziente tornata a domicilio, a distanza di tre ore presentò una emorragia intraorale, perse conoscenza, cadde e riportò frattura cranica a seguito di caduta (infrazione dell'osso occipitale).

La CTU

Il consulente individuò la presenza di responsabilità del sanitario per comportamento imprudente: per aver sottoposto una paziente anziana a terapia estremamente invasiva e prolungata; averla dimessa senza assicurare la necessaria sorveglianza postoperatoria costituita da precise indicazioni o tutela di altra persona in modo da prevenire le complicanze in seguito verificatesi.

Inoltre la prestazione professionale era scorretta per la presenza di terapie canalari incongrue e scorretto posizionamento implantare.

La quantificazione del risarcimento prevedeva:

- Restituzione della cifra percepita dal professionista a titolo di acconto
- Danno biologico temporaneo 40 giorni al 100% per l'immobilità causata dalla frattura; 30 giorni al 50% per terapie mediche e convalescenza.
- Danno biologico permanente del 3% per cefalea residua
- Risarcimento delle spese sanitarie sostenute

Il risarcimento era a totale carico del professionista che non aveva denunciato il sinistro alla Compagnia di Assicurazione entro il termine previsto (1 anno dalla costituzione in mora).

Caso 13 - CHIRURGIA

Il fatto

Un dentista devitalizzò e protesizzò con corona singola un molare mascellare; persistendo la patologia il paziente richiese al medesimo dentista di estrarre il dente e ottenuta risposta negativa si rivolse ad un secondo professionista che eseguì l'estrazione. All'intervento residuò una fistola bucco sinusale che fu trattata con intervento in anestesia generale di revisione del seno mascellare (sec. Caldwell-Luc).

Il paziente citò per danni il primo dentista avvalendosi come consulente di parte del secondo: fu soccombente in I° grado.

La CTU

Durante la visita fu evidenziata la persistenza della fistola oro sinusale e la necessità di un nuovo intervento di revisione mascellare.

Il consulente concluse che non sussisteva responsabilità professionale a carico del primo operatore poiché la documentazione radiografica disponibile presentata dal sanitario evidenziava una terapia corretta.

Responsabile invece era da considerare il secondo dentista, peraltro consulente di parte del paziente, che aveva estratto il dente causando la fistola oro-sinusale e quindi la sinusite mascellare senza eseguire i necessari controlli clinici e radiografici; comportamento altamente negligente in quanto aver eseguito una tempestiva diagnosi e la necessaria terapia chirurgica d'urgenza avrebbe evitato la patologia successiva dei seni mascellari.

Caso 14 -TRAUMATOLOGIA

Il fatto

A seguito di un incidente stradale un soggetto di 30 anni riportò un trauma maxillo-facciale che comportò: frattura bicondilare; frattura alveolare mascellare con perdita di due denti; frattura della spina nasale; ferite lacero contuse del labbro e del mento.

La terapia consisteva nelle seguenti fasi: un intervento in anestesia generale per riduzione e osteosintesi delle fratture condilari; innesto di osso autologo in sede dei denti avulsi dove residuava un'atrofia alveolare; trattamento ortodontico dei denti dislocati dal trauma; due impianti osteointegrati e corone protesiche per sostituire i denti avulsi. Il piano terapeutico emendava solo parzialmente il danno biologico e residuavano i seguenti postumi: danno estetico costituito da cicatrici al volto non evidenti e da una modesta deviazione della piramide nasale; danno respiratorio per deviazione del setto nasale con substenosi di una narice; danno masticatorio per rumore di schiocco e dolore in sede delle articolazioni temporo-mandibolari in assenza di limitazione funzionale dei movimenti mandibolari.

La CTP

La quantificazione del danno prevedeva il seguente schema:

- Danno biologico temporaneo 60 gg. al 100% (interventi chirurgici e guarigione della frattura), 40 gg. al 50% (riabilitazione funzionale dalle articolazioni temporo-mandibolari e terapie odontoiatriche protesiche), 365 gg. al 15% (per ortodonzia).
- Danno biologico permanente per i postumi residui 12% (3% per substenosi nasale, 4% per diminuita funzione masticatoria per danno articolare; 4% per danno estetico; 1% per danno residuo da perdita dentaria)
- Danno patrimoniale per spese sanitarie immediate 19 milioni di lire (spese per farmaci, esami e ticket; ortodonzia, implantoprotesi, innesto di osso autologo).
- Spese per rifacimenti futuri di implantoprotesi (2 impianti e due corone x 3 volte nella vita pari a 19 milioni di lire)
- Nessuna invalidità lavorativa specifica in quanto il soggetto era lavoratore dipendente, aveva continuato a percepire il salario durante la malattia e non era dimostrabile una diminuzione del reddito in futuro.

3. LE TRANSAZIONI

La transazione (artt. 1965-1976 cc.), attraverso cui le parti si accordano mediante reciproche concessioni, ovvero parziali rinunce alle proprie pretese, rappresenta il metodo meno costoso e più rapido per risolvere liti già cominciate o prevenire liti che

possono sorgere; rappresenta certamente il metodo più utilizzato nella pratica e per questo motivo la loro incidenza percentuale sfugge ad ogni controllo. La transazione può essere proposta direttamente dal professionista al paziente: restituendo il corrispettivo inutilmente pagato per una scorretta prestazione, situazione che equivale alla risoluzione del contratto per recessione; proponendo la riesecuzione di un lavoro scorretto da parte dello stesso professionista che equivale alla risoluzione del contratto per novazione e/o al risarcimento in forma specifica.

In molti casi è eseguita dal liquidatore della Compagnia di Assicurazione a seguito della denuncia di sinistro da parte del sanitario assicurato; talvolta in forma congiunta con l'intervento del professionista e della Compagnia.

Poiché la transazione si svolge attraverso trattativa privata con soluzioni individualizzate nelle singole fattispecie, abbiamo deciso di riportare esclusivamente alcuni casi emblematici tratti dalla nostra casistica che testimoniano le difficoltà che possono sorgere nel perseguire tale intento.

Il ruolo del consulente tecnico è determinante in quanto deve fornire indicazioni utili alle parti per la quantificazione e/o risoluzione del caso e può proporre o suggerire una conciliazione.

Da notare comunque che il buon fine di una conciliazione o di una transazione dipende dal comportamento di tutti i componenti (legali, consulenti tecnici di parte, liquidatori assicurativi, danneggiato, danneggiante) e non è soluzione sempre semplice in quanto richiede di combinare molteplici fattori, come l'oggettiva ed obiettiva valutazione del caso e sviluppi futuri e l'equità nelle proposte e richieste che spesso sono esorbitanti e devono essere ridimensionate.

Caso 1 - PROTESI

Il fatto

Un dentista eseguì una riabilitazione con protesi inamovibile superiore e inferiore. A distanza di un anno comparvero alcuni problemi a carico della protesi inferiore (parodontite apicale cronica a carico di un elemento, carie di un pilastro, instabilità e rottura della protesi, retrazione gengivale); la riesecuzione della protesi da parte dello stesso professionista risolse solo parzialmente i problemi e per tale motivo sorse un contenzioso in cui la paziente contestò in toto la prestazione.

La transazione

L'accertamento tecnico preventivo disposto dal Presidente del tribunale evidenziò la necessità di risarcire la sola protesi inferiore per la presenza di difetti di costruzione. In via transattiva il professionista propose una cifra per risarcire la controparte, prevedendo un ragionevole margine per le spese legali e di consulenza sopravvenute; l'assicurazione inoltre offriva una integrazione economica a ristoro del danno biologico, del disagio e delle spese legali dell'attore.

La transazione andò a buon fine non senza difficoltà poiché il legale della paziente presentò una parcella pari alla metà del danno risarcibile, peraltro già incassata per anticipo, che ovviamente non poteva essere coperta dall'importo offerto.

Il caso nella sua semplicità offre la possibilità di un ragionamento per contrappasso.

Il consulente tecnico del tribunale e i consulenti della parte, nel corso della loro at-

tività, dovrebbero fornire indicazioni utili ai mandanti per la quantificazione e/o la risoluzione del caso proponendo o quantomeno suggerendo i termini della conciliazione. Da notare comunque che il buon fine di una conciliazione o di una transazione dipende dal comportamento di tutti i componenti (legali, consulenti tecnici di parte, liquidatori assicurativi, danneggiato, danneggiante) e questo non è la prassi in quanto richiede il convergere di più fattori quali la obiettiva valutazione tecnica del caso, la soppressione di ogni intento speculativo, la rinuncia alle animosità che connota all'inizio il conflitto medico paziente. L'aumento delle spese legali con il prosieguo della causa è uno dei fattori che può ostacolare la transazione in corso di giudizio.

Sottolineiamo come in questi casi non aumenti l'importo globale risarcibile al paziente che rimane sempre ancorato alla entità del danno, ma lievitino solo i costi accessori (parcelle dei consulenti tecnici e dei legali, spese di costituzione in giudizio).

Caso 2 - PROTESI

Il fatto

Un odontotecnico, che lavorava con il concorso di un medico chirurgo, eseguì ad una paziente una protesi fissa circolare in oro resina per il costo di 12 milioni di lire.

Ad un anno di distanza la paziente si rivolse all'odontotecnico con una richiesta di risarcimento danni di circa il doppio utilizzando per forzare la transazione extragiudiziale alcuni elementi di pressione: segnalazione del dentista all'Ordine dei Medici per sanzioni disciplinari; querela e procedimento penale per abuso di professione a carico del medico e dell'odontotecnico; atto di citazione in causa civile ordinaria per risarcimento danni; segnalazione all'intendenza di finanza per illecito fiscale.

La transazione

La consulenza di parte effettuata per il medico e l'odontotecnico accertò la presenza di una prestazione odontoiatrica corretta, con una qualità compatibile per la media degli operatori ed assenza di danno biologico risarcibile: in conclusione la paziente era in malafede.

Pur non essendo dovuto alcun risarcimento l'odontotecnico eseguì una transazione pagando la cifra richiesta su consiglio del proprio legale per evitare problemi di maggiore portata di natura penale e fiscale; in pratica il resistere avrebbe portato a risolvere favorevolmente la causa civile causando esborsi maggiori su altri fronti.

Caso 3 - PROTESI

Il fatto

Ad alcuni mesi di distanza lo stesso medico legale fu incaricato di eseguire una consulenza tecnica d'ufficio nel caso di un paziente che rifiutava di pagare l'onorario ad un medico dentista contestando la valida esecuzione della prestazione protesica; il dentista aveva eseguito azione di ingiunzione di pagamento per il recupero del credito; il paziente si era opposto in causa ordinaria proponendo domanda riconvenzionale di risarcimento danni lamentando di aver ottenuto una prestazione protesica inadeguata.

La transazione

La consulenza evidenziava che la prestazione era parzialmente scorretta in quanto uno dei tre ponti fissi presentava una insufficiente ritenzione a causa di una eccessiva conicità della limatura dei pilastri dentali; per tale motivo si scementava ripetutamente e doveva essere rieseguito; non erano comunque derivati da tale situazione danni biologici.

La situazione economica poteva essere giudicata compensata in quanto il valore economico della parte di prestazione inadeguata del sanitario equivaleva al corrispettivo non pagato dal paziente; le parti si accordarono per una transazione senza procedere a sentenza ed il procedimento civile si estinse per inattività delle parti.

Nel corso delle indagini medico-legali alcuni fatti si ricollegavano straordinariamente al caso precedente: il paziente era stato consigliato, sul comportamento a cui attenersi, dalla stessa donna del caso 2 alla quale era legato da rapporti di amicizia; il dentista a cui era stata contestata la prestazione ammise di aver visitato e consigliato la medesima donna nell'atteggiamento da tenere nel caso precedente. In pratica il medico era, alla fine, rimasto vittima di un paziente che lui stesso aveva indirettamente e involontariamente istruito secondo un distorto criterio di lotta contro l'abuso di professione.

Caso 4 - ORTODONZIA

Il fatto

La paziente si sottopose con successo a terapia ortodontica per disinclusione dei canini superiori: l'intervento chirurgico per eseguire l'opercolo fu eseguito in ospedale, la terapia ortodontica in studio privato.

Al termine della terapia, rimuovendo gli attacchi adesivi, l'ortodontista fratturò minuscola porzione delle cuspidi di ambedue i canini (circa 1-2 mm quadrati di smalto) e, a seguito di tale incidente, la paziente richiese un risarcimento danni.

La transazione

L'assicurazione si fece carico di risarcire il danno biologico contrariamente al parere del proprio consulente che individuava il danno come fortuito, non evitabile, quindi non risarcibile: la manovra di rimozione fu corretta e la frattura era da attribuire all'indebolimento dello smalto causato dalle ripetute mordenzature con acido necessarie per riposizionare più volte gli attacchi nel corso della terapia. Tale soluzione era derivata dal fatto che la conduzione delle trattative è lasciata all'assicurazione secondo la propria discrezionalità spesso con criteri non uniformi.

Interessante lo sviluppo giuridico nell'ipotesi che l'azione fosse stata eseguita da un assistente:

- I fatto avrebbe costituito ipotesi di illecito penale per assistente e dentista (art. 348 c.p. *Abuso di professione*)
- Il danno non sarebbe stato coperto da garanzia assicurativa e l'assicurazione non avrebbe manlevato il dentista (art. 1917 c.c. *Assicurazione della responsabilità civile*)
- Il dentista avrebbe risposto civilmente in prima persona per il danno, in quanto titolare dello studio (art. 2049 c.c. *Responsabilità per gli ausiliari*)

PARTE B

LA RESPONSABILITÀ PROFESSIONALE

1. PREMESSA

F. Montagna

Responsabilità significa essere chiamato a rispondere del proprio operato quando da questo derivi la lesione o la messa in pericolo di un diritto altrui tutelato dalla legge.

Il dentista, al pari di ogni altro sanitario, è particolarmente esposto al rischio di porsi in situazioni di contrasto con la legge per due motivi: l'oggetto della sua opera è costituito dalla salute e dalla integrità psicofisica dell'individuo che ogni ordinamento giuridico tutela in sommo grado; la natura stessa della sua attività consiste nel determinare modificazioni dell'organismo del paziente anche con mezzi cruenti.

Per tale motivo è indispensabile che il dentista sia in possesso delle nozioni medico-legali necessarie alla prefigurazione delle regole di condotta e degli obblighi connessi al corretto servizio professionale nei confronti del singolo e della società.

Il sanitario, data la delicatezza del proprio campo d'azione, è vincolato al rispetto di precetti e norme con valenze diverse il cui mancato rispetto può configurare molteplici forme di responsabilità qualora siano disattesi i precetti nei singoli ambiti: i rapporti del sanitario con i pazienti, i colleghi e la società richiedono l'osservanza di norme di carattere etico, deontologico e giuridico; le forme di responsabilità professionale per il dentista sorgono per difetti di comportamento in molteplici ambiti ed è in relazione al tipo di profilo lavorativo del singolo sanitario libero professionista o dipendente pubblico o privato.

L'ordinamento normativo e giuridico che regola i rapporti sociali è qualcosa di unitario e come tale applicabile nel suo complesso e non settorialmente; nelle legislazioni moderne i concetti tendono sempre più a confluire in un contesto unitario e di conseguenza numerose norme giuridiche hanno contenuto etico e deontologico. Ciò significa che una stessa azione illecita, oltre ad avere conseguenze giuridiche in sede penale e civile, può avviare procedimenti e sanzioni in diversi ambiti di tipo disciplinare, ordinistico e amministrativo; in conclusione esiste un effetto crociato tra le varie forme di responsabilità, diverso in relazione al profilo professionale (tabella 1 e 2).

Tabella 1 PROFILO PROFESSIONALE E FORME DI RESPONSABILITÀ	
Libero professionista	Dipendente
Penale Civile (contrattuale e extracontrattuale) Disciplinare ordinistica	Penale Civile extracontrattuale* Amministrativa Disciplinare dell'Ente Disciplinare ordinistica
* La responsabilità contrattuale rimane a carico dell'Ente gestore	

Le norme etiche

Sono immutabili precetti morali, principi universali di ispirazione più elevata ed umanitaria che rispondono all'imperativo della solidarietà umana, al profondo rispetto della vita e della persona ed al sollievo della sofferenza. La violazione dell'imperativo etico non può comportare per sua stessa natura soluzioni di sorta ma solleva la disapprovazione da parte della comunità sociale.

Le norme deontologiche

Si riferiscono all'etica professionale in senso stretto come norme interne di auto-regolazione della categoria stabilite dal Codice di Deontologia Medica; non riconoscono valore giuridico ma possono motivare sanzioni disciplinari erogate dal consiglio provinciale dell'Ordine Professionale di iscrizione del sanitario.

Responsabilità	Fonte normativa	Sanzioni
Penale	Codice Penale TULS Altre leggi	Ammenda e contravvenzione Arresto e detenzione Pene accessorie (interdizione dai pubblici uffici, interdizione cautelare dalla professione, sanzioni disciplinari)
Civile	Codice Civile Altre leggi	Risarcimento del danno
Amministrativa per dipendenti pubblici	R.D. 1214/34 DPR 3/57	Risarcimento del danno (rivalsa dell'Ente) Multa
Disciplinare (impiegati dello Stato)	DPR 3/57	Censura Riduzione dello stipendio Sospensione della qualifica Destituzione
Disciplinare (convenzionati SSN)	DPR 3/6/90	Richiamo Diffida Sospensione del rapporto Revoca
Disciplinare ordinistica	Codice di deontologia medica Legge 233/46 Legge 409/85 Legge 175/92	Censura Diffida Sospensione Radiazione
Disciplinare per dipendenti di studi professionali	C.N.L. Studi Professionali	Biasimo verbale Biasimo per iscritto Multa Sospensione Licenziamento senza preavviso

Le norme disciplinari degli Enti

Si riferiscono alla responsabilità del sanitario dipendente di enti pubblici e privati; sono le fonti di diritto contenute nelle leggi, regolamenti, statuti e disposizioni concernenti: l'Accordo Nazionale per la convenzione con il SSN, il rapporto di impiego in Enti Pubblici, Accordi collettivi nazionali di lavoro in ambito privato. In questo ambito sono comprese: la responsabilità amministrativa, causata da un sanitario dipendente, impiegato dello Stato, all'andamento dell'attività amministrativa di un ente pubblico; la responsabilità disciplinare consegue alla violazione dei doveri imposti dal contratto di lavoro da parte del sanitario dipendente pubblico o privato.

Le attribuzioni prevedono sanzioni disciplinari per trasgressioni, inosservanza e violazione dei doveri di comportamento professionale nell'ambito lavorativo non potendosi escludere che infrazioni più gravi diano luogo a un reato o a un illecito civile con possibilità di sanzionamento a diverso titolo.

Le norme giuridiche

Sono contenute nell'ordinamento giuridico dello stato e consistono nella Costituzione, nelle leggi ordinarie dello stato e degli enti locali, nei decreti legge e legislativi, nei codici civile e penale, nelle ordinanze e nei regolamenti. Le fonti normative sanciscono obblighi e divieti che importano, in caso di inadempienza sanzioni penali, civili e amministrative. La responsabilità civile presuppone una diminuzione patrimoniale del soggetto danneggiato da riparare con il risarcimento del danno; si distinguono una forma contrattuale ed una extracontrattuale; la responsabilità penale, di natura personale, deriva dal compimento da parte del soggetto attivo di un azione prevista come reato dal codice penale. Nel testo è stata applicata l'analisi delle singole forme di responsabilità per ambiti e problemi in modo da facilitare la consultazione utile nella pratica di lavoro quotidiana; preliminarmente abbiamo tracciato il profilo giuridico della professione odontoiatrica e dei compiti e diritti ad essa connessi.

Bibliografia

1. BENCIO LINI P.: *Fondamentali obblighi giuridici del medico. Valutazione comparata secondo le diverse figure giuridiche rivestite*. Fed. Med. XXXVIII, 1985: 816
2. MELICA M.: *La responsabilità professionale dell'odontoiatra quale libero professionista*, Dental Cadmos, 65, 1986: 101

2. LA PROFESSIONE INTELLETTUALE NELL'ORDINAMENTO GIURIDICO

D. De Leo, F. Montagna

L'attività odontoiatrica da un lato rientra nella normativa generale delle disposizioni di legge inerenti l'attività professionale e le attività medico-chirurgiche, dall'altro si distingue per aspetti particolari di specifica pertinenza tecnica cosicché si può a buon diritto parlare, per analogia con la medicina legale, di una odontoiatria legale che si occupa dei problemi giuridici inerenti la disciplina.

All'interno di tale materia possiamo ulteriormente dividere una odontoiatria forense ed una giuridica

L'odontoiatria forense ha uno scopo eminentemente pratico ed applicativo: fornire al giudice gli elementi necessari alla soluzione dei problemi medico-biologici che si presentano nella pratica giudiziaria.

L'odontoiatria giuridica, invece, svolge una elaborazione dottrinale di problemi scientifici e biologici in modo da suggerire al legislatore elementi atti a interpretare le norme giuridiche, migliorare o proporre nuove leggi.

La premessa fondamentale ad una più analitica trattazione della responsabilità civile nella professione odontoiatrica consiste nel riconoscimento della natura contrattuale del rapporto tra sanitario e paziente ed i vincoli giuridici che ne disciplinano gli obblighi.

1. LE CONDIZIONI NECESSARIE ALL'ESERCIZIO PROFESSIONALE

La professione sanitaria è definita dal Codice Civile con l'espressione di professione intellettuale per il cui esercizio è necessaria l'iscrizione in appositi Albi la cui tenuta e potere disciplinare sugli iscritti

- Il laureato in medicina e chirurgia con diploma di specializzazione in Odontostomatologia o Odontoiatria che può iscriversi all'Albo dei Medici Chirurghi con specifica annotazione (art. 5 Legge 409/85), all'Albo degli Odontoiatri o ad ambedue gli Albi Professionali;
- Il laureato in Medicina e Chirurgia iscritto al corso di laurea anteriormente al 28 Gennaio 1980 (art. 4, 5, 20 Legge 409/85) che può iscriversi ad uno od ambedue gli Albi professionali (sentenza della corte costituzionale n. 100 del 22 Febbraio 1989).
- Il medico generico iscritto al corso di laurea posteriormente al 28 gennaio 1980 e fino al 1985 che entro il 31.12.1991 abbia esercitato il diritto di opzione per l'iscrizione all'Albo degli Odontoiatri (L. 31 ottobre 1988, n. 471)

Nella nostra trattazione utilizzeremo genericamente il termine onnicomprensivo di dentista considerando che non sussistono limitazioni all'esercizio professionale in ambito odontoiatrico tra le diverse figure abilitate.

In verità con la istituzione del corso di laurea in odontoiatria e la relativa abilitazione professionale, vi è stato chi autorevolmente si è espresso circa una graduazione dei profili di colpa tra le varie figure professionali abilitate: l'accertamento tecnico della responsabilità professionale dovendo essere modulato rispetto alla figura intervenuta (medico, odontoiatra, specialista in stomatologia). A distanza oramai di 17 anni riteniamo che la questione sia superata, poiché l'abilitazione all'esercizio professionale odontoiatrico ha ormai interessato soggetti nei quali deve essere presunta questa unica attività, nella sostanza specialistica. Si tratterà solo di definire i limiti "anatomici" del campo di intervento e non già l'attesa di un miglior risultato.

LEGGE 24-7-1985 N. 409

- Art 2. (Ambito di cura della professione odontoiatrica): *“Formano oggetto della professione di odontoiatra le attività inerenti alla diagnosi ed alla terapia delle malattie ed anomalie congenite ed acquisite dei denti, della bocca, delle mascelle, e dei relativi tessuti, nonché alla prevenzione ed alla riabilitazione odontoiatriche”.*

2. IL CONTRATTO DI CURA

Con la richiesta di cure si instaura tra sanitario e paziente un rapporto giuridico definito contratto da cui derivano delle obbligazioni in cui si identificano due soggetti (creditore - paziente; debitore - sanitario), un oggetto (la cura o la protesi) e una prestazione intesa come comportamento.

Il rapporto che il sanitario contrae con il paziente, o con il suo tutore legale in caso di minore, è fiduciario e di natura contrattuale; il professionista si obbliga a prestare la propria opera di diagnosi e cura senza vincolo di subordinazione con il paziente (art. 2222-2238 c.c. *Contratti d'opera intellettuale*). La precisazione appare significativa se consideriamo come non infrequentemente nel tratteggiare la propria linea di difesa il dentista si richiami alla “volontà del paziente” quasi che questa abbia efficacia vincolante; tale assunto non trova giustificazione ad eccezione delle situazioni nelle quali indifferentemente per lo stesso specifico problema clinico si offrano alternative terapeutiche tutte validate dalla disciplina.

L'oggetto della prestazione è generalmente finalizzato dalla definizione di una diagnosi o dalla esecuzione di una terapia e non già dal sicuro conseguimento della guarigione del paziente (obbligazione di mezzi e non di risultati): il professionista deve adempire l'obbligazione con prudenza, diligenza, perizia, osservanza delle leggi e dei regolamenti (art. 1176 c.c. *Diligenza nell'adempimento*; art. 1710 c.c. *Diligenza del mandatario*).

L'obbligazione insorta con il contratto d'opera ha forza di legge (art. 1321 c.c. *Nozione di contratto*) e può estinguersi in vari modi:

- L'adempimento cioè l'esecuzione esatta della prestazione
- L'inadempimento ovvero la mancata o non esatta esecuzione della prestazione, da cui sorge a carico del debitore (sanitario) l'obbligo del risarcimento del danno al creditore (paziente)
- Modi diversi tra cui ricordiamo la novazione (sostituzione di una obbligazione nuo-

va a quella originaria), l'impossibilità sopravvenuta per causa non imputabile al debitore, recesso unilaterale dal contratto per giusta causa (art. 1373 c.c. *Recesso unilaterale dal contratto*), ipotesi quest'ultima in cui si opera una compensazione tra parcella e prestazione.

Il contratto ha forza di legge tra le parti e può essere sciolto per mutuo consenso o per giusta causa (art. 1321 c.c. *Nozione di contratto*; art. 1373 c.c. *Recesso unilaterale dal contratto*).

Giusta causa per recedere dal contratto per il professionista possono essere considerate: aperte manifestazioni di sfiducia, ripetuto mancato rispetto degli appuntamenti, mancato pagamento degli onorari da parte del paziente, sopravvenuta impossibilità all'esecuzione dell'opera per fattori intrinseci al professionista (ad es. malattia) o anche estrinseci (ad es. mutate condizioni orali del paziente).

In questi casi, comunque, per evitare pregiudizio al cliente (paziente) è opportuno ed è buona norma deontologica accertarsi che non derivi danno dalla sospensione del rapporto segnalando la necessità di proseguimento della terapia presso altro curante nei casi di rischio derivante da cure intraprese e non terminate; consigliabile, inoltre, rilasciare documentazione e relazione clinica sulle cure prestate (art. 25 c.d.).

2.1 Il Compenso

Con il contratto di cura il paziente assume nei confronti del dentista l'obbligo di corrispondere un compenso adeguato all'entità dell'opera ed al decoro professionale, la cui determinazione è lasciata alla libera contrattazione privata tra le parti (art. 2225 c.c. *Corrispettivo*; art. 2233 c.c. *Compenso*).

Il pagamento della parcella è subordinato alla iscrizione nell'apposito Albo professionale (art. 2231 c.c. *Mancaza d'iscrizione*).

Non è stato identificato un parametro comune sul territorio nazionale e nemmeno un tariffario massimo; per tale motivo gli onorari per cure odontoiatriche possono mostrare notevoli variazioni da professionista a professionista e tra zone diverse.

Per i medici la tariffa è stata istituita dalla Legge 21 Febbraio 1963, n. 244; è prevista una tariffa unica nazionale per i medici generici e specialisti rivedibile facoltativamente ogni due anni e obbligatoriamente ogni cinque; al momento attuale l'ultimo aggiornamento è il D.P.R. 17 febbraio 1992, pubblicato sulla G.U. 2 giugno 1992.

Il tariffario non si applica alle prestazioni eseguite per conto dello stato (medici impiegati in strutture pubbliche o convenzionati) ma riporta i valori minimi compatibili con il decoro e la dignità applicabili alla libera professione; le Autorità Sanitarie Regionali possono modificare le tariffe con diminuzioni o aumenti non superiori al 30% (art. 7 Legge n. 244).

Il concetto di tariffario minimo comporta alcune considerazioni: un sanitario che richieda valori inferiori è passibile di sanzioni disciplinari da parte degli Ordini professionali per offesa alla dignità e al decoro della categoria; per tale motivo la prestazione può essere offerta gratuitamente, ma mai al di sotto del minimo previsto che tenga in considerazione l'impegno delle singole prestazioni (art. 58 Onorari professionali capo XI Nuovo codice di deontologia medica).

Uno dei presupposti per un corretto rapporto con pazienti e colleghi è il rispetto dei tariffari minimi, evitando così all'Ordine lo spiacevole compito di dover intervenire disciplinarmente nei confronti di colleghi che applichino tariffe inferiori. Il sanitario

può chiedere onorari maggiori di quelli previsti dal Tariffario.

In casi di contenzioso l'ammontare del compenso è stabilito con libero accordo tra le parti demandando al giudice i casi di disaccordo previo parere dell'Ordine Professionale (art. 2233 c.c. *Compenso*; 2225 c.c. *Corrispettivo*)

Nei casi di controversia sull'entità della parcella professionale, secondo l'orientamento giurisprudenziale maggioritario, si applica per la determinazione del compenso, una gerarchia di carattere preferenziale tra i vari criteri (art. 2233 c.c. *Compenso*; Suprema Corte di Cassazione sentenza 14 dicembre 1983, n.7374; art. 57 capo XI Nuovo codice di deontologia medica):

- 1) Il compenso convenuto dalle parti con accordo diretto (pattuizione o negoziazione privata) fra professionista e cliente rappresenta il riferimento privilegiato
- 2) Nei casi in cui manchi documentazione di un accordo preventivo e vi sia disaccordo tra le parti, il magistrato determina in via equitative la parcella, in base a tariffari di comune utilizzo per prestazioni analoghe, sentito il parere di congruità dell'Ordine Professionale.

Da quanto detto ne consegue che poiché la legge attribuisce priorità al libero accordo tra le parti, riteniamo non sia atto puramente formale la stesura di un dettagliato preventivo scritto e firmato dal professionista quanto e dal paziente. Questo atto serve a documentare i termini dell'informazione fornita dal dentista, l'accordo con il paziente e facilita, nel caso sorgano contrasti fra le parti, la liquidazione della parcella convenuta.

Per quanto attiene il compenso vogliamo ricordare alcuni importanti punti:

- È sancito il diritto del sanitario ad esigere un acconto sul compenso come anticipo sulle spese (art. 2234 c.c. *Spese e acconti*).
- Il paziente (cliente) può recedere dal contratto pagando il compenso per l'opera svolta e le spese sostenute; il dentista (prestatore d'opera) può recedere per giusta causa in modo da evitare pregiudizio al paziente, chiedendo il rimborso delle spese ed un compenso determinato con riguardo al risultato utile ottenuto per il paziente (art. 2227 c.c. *Recesso unilaterale dal contratto*; art. 2237 c.c. *Recesso*).
- Il diritto per il dentista di richiedere il compenso decade a distanza di tre anni (art. 2956 c.c. *Prescrizione di tre anni*).

2.2 Il recupero del credito

Per quanto riguarda il recupero crediti su parcelle insolute ricordiamo il corretto sistema di comportamento nel rispetto delle norme ordinistiche.

Nel caso di morosità del paziente il professionista procede normalmente con lettere di sollecito, successivamente, in caso di rifiuto al pagamento, è possibile promuovere una causa ordinaria o in alternativa una ingiunzione di pagamento.

Per la professione medica l'espletamento delle pratiche di ingiunzione di pagamento è normalmente rapido rispettando la procedura specifica; va comunque ricordato che tali azioni possono ottenere un esito esattamente opposto all'attesa del professionista, nel caso il paziente promuova una causa ordinaria per risarcimento danni contestando la prestazione ricevuta.

- 1) Per l'ingiunzione di pagamento in caso di paziente moroso, l'onorario va sottoposto per l'approvazione all'Ordine Professionale in caso di contenzioso, questa fase essendo indispensabile per l'ammissione dell'ingiunzione di pagamento da

parte del Giudice competente (art. 633 c.p.c. *Condizioni di ammissibilità*; art. 636 c.p.c. *Parcella delle spese e prestazioni*; art. 637 c.p.c. *Giudice competente*). Si deve inoltrare richiesta su carta legale (carta bollata da lire 20.000) all'Ordine di appartenenza per ottenere il parere sulla congruità delle parcelle alla tariffa professionale. Si deve allegare una distinta in carta semplice che contenga intestazione, destinatario, distinta delle prestazioni (data e descrizione) importo totale, acconti percepiti e rimanenza del debito. La parcella è vidimata dall'Ordine e l'interessato deve versare per diritti di segreteria una tassa di liquidazione pari al 5% dell'ammontare della parcella. Si ricorda che il parere espresso dal Consiglio dell'Ordine è limitato al campo amministrativo (congruità delle spese); è sufficiente nel procedimento monitorio (ottenere l'ingiunzione di pagamento) e non costituisce prova sufficiente in sede di cognizione quando cioè venga contestata in parte o in tutto la prestazione d'opera.

- 2) Affidare l'incarico a un legale per il recupero del credito; questi procede inizialmente con una lettera raccomandata (A/R); successivamente presenta la parcella, convalidata dall'Ordine, al giudice chiedendo l'emissione di decreto ingiuntivo di pagamento.
- 3) Il giudice ingiunge termine alla parte morosa di pagare la somma entro 40 giorni; l'esecuzione del decreto ingiuntivo non è comunque automatica dovendosi evitare la situazione in cui i pazienti si trovino in situazione di inferiorità di fronte ad un privilegio dei professionisti.
- 4) La parte debitrice può presentare un atto di citazione in opposizione all'ufficio giudiziario per evitare che il decreto divenga esecutivo in via definitiva (art. 645 c.p.c. *Opposizione*); il Giudice può comunque decretare una esecuzione provvisoria o rigettare un ricorso ingiustificato (art. 636 c.p.c. *Parcella delle spese e prestazioni*).
- 5) L'opposizione, nel caso venga accettata, blocca il decreto di pagamento ed instaura un giudizio di cognizione (causa ordinaria) nel quale il professionista ha l'onere di provare la reale esecuzione e l'entità della prestazione al fine di determinare il compenso a lui spettante. Frequentemente in questi casi il paziente inizia una causa per risarcimento danni lamentando una prestazione inadeguata. Per questo motivo è opportuno, prima di procedere alle fasi legali, verificare accuratamente tutta la documentazione a propria disposizione, cercando di contattare il paziente.

2.3 L'inadempimento contrattuale

In caso di inadempimento delle prestazioni oggetto del contratto, il committente (paziente- creditore) nei confronti del prestatore d'opera (dentista- debitore) può chiedere: l'adempimento entro un termine (art. 1453 c.c. *Risolubilità del contratto per inadempimento*; art. 1454 c.c. *Diffida ad adempiere*); la recessione dal contratto salvo il diritto al risarcimento danni (art. 2224 c.c. *Esecuzione dell'opera*).

L'assunzione di responsabilità diretta, tipica del lavoro autonomo in ambito sanitario, è mitigata poiché il risultato della prestazione è condizionato da fattori biologici indipendenti dalla volontà dell'operatore; per tale motivo è previsto che la responsabilità sia limitata al dolo o colpa grave nei casi di particolare difficoltà (art. 2236 c.c. *Responsabilità del prestatore d'opera*); comunque, secondo l'attuale orientamento giurisprudenziale maggioritario, tale principio non trova applicazione nella maggior parte dei casi di contenzioso odontoiatrico.

Il debitore (sanitario) è tenuto al risarcimento del danno causato dalla propria attività se non prova che l'inadempimento contrattuale sia derivato da causa a lui non imputabile (art. 1218 c.c. *Responsabilità del debitore*) e comunque nel caso il danno derivi da fatto illecito (art. 2043 c.c. *Risarcimento per fatto illecito*).

Per i necessari chiarimenti si rimanda al capitolo sulla responsabilità civile contrattuale ed extracontrattuale.

2.4 La prescrizione

Per il danneggiato esiste un termine temporale entro il quale esercitare il diritto di richiedere un risarcimento danni (libro VI del Codice Civile: Della tutela dei diritti al titolo - V Della prescrizione e della decadenza, art. 2946 c.c. e successivi).

Per il paziente che ritenga di essere stato danneggiato dal trattamento odontoiatrico la prescrizione non può essere che ordinaria (dieci anni) per responsabilità contrattuale, cioè per le prestazioni odontoiatriche che rappresentano l'oggetto del contratto (art. 2946 c.c. *Prescrizione ordinaria*).

Non appare ragionevolmente invocabile la prescrizione breve di cinque anni (art. 2947 c.c. *Prescrizione del diritto al risarcimento del danno*) se non per eventi dannosi estranei alla specifica prestazione terapeutica (responsabilità extracontrattuale) che pur possono ricorrere durante la permanenza del paziente all'interno dello studio professionale (infortunio, furto, danneggiamento di effetti personali).

A tale proposito va osservato che la prescrizione va calcolata dal giorno in cui il fatto si è verificato come azione terapeutica (art. 2935 c.c. *Ricorrenza della prescrizione*); tale assunto non è comunque pacifico potendo essere data in sede giudicante una diversa interpretazione, in analogia con quanto ormai pacificamente elaborato in materia penalistica sulla decorrenza dei termini di querela. Secondo tale interpretazione il computo dovrà partire non già dalla data della prestazione bensì dalla chiara percezione dal parte del paziente dell'evento dannoso, con una rappresentazione in termini di conoscenza della possibile responsabilità del professionista; ciò di fatto dilata enormemente i termini temporali entro i quali il dentista potrebbe essere chiamato a rispondere del proprio operato. Tale criterio è particolarmente applicabile in presenza di lesioni che riconoscano un latenza dal momento dell'azione lesiva, come si verifica ad esempio nel caso di formazione di cisti radicolari.

In ogni caso comunque il legislatore ha assicurato l'esercizio del diritto al danneggiato, attraverso numerosi articoli che permettono di procrastinare il termine della prescrizione: il periodo è interrotto dalla notificazione dell'atto giudiziario (art. 2943 c.c. *Interruzione da parte del titolare*). Non è possibile diminuire con contratto la durata del periodo (art. 2965 c.c. *Decadenze stabilite contrattualmente*) e non può essere rilevata d'ufficio dal giudice (art. 2969 c.c. *Rilievo d'ufficio*).

3. I PROFILI DI RAPPORTO LAVORATIVO

Il lavoro è un rapporto di tipo contrattuale in cui possiamo distinguere forme diverse che si diversificano per i requisiti che le caratterizzano, per l'oggetto della prestazione e per le responsabilità derivanti dal contratto posto in essere.

La responsabilità varia in relazione al profilo lavorativo definito come lavoro auto-

nomo o dipendente; l'attuale legislazione vieta al medico la possibilità di lavoro d'impresa costituendo società.

3.1 Il lavoro autonomo

Per autonomia si intende la condizione nella quale il lavoratore dispone completamente della propria attività; il profilo giuridico della libera professione è regolamentato dal Codice Civile nel Libro V (Del Lavoro), Titolo III capo I e II (Del lavoro autonomo e Delle professioni intellettuali).

Da tale situazione derivano gli obblighi giuridici del lavoratore autonomo:

- a) Realizzare una prestazione al committente fornendo un preciso risultato secondo le condizioni previste dal contratto (art. 2222 c.c. *Contratti d'opera*; art. 2224 c.c. *Esecuzione dell'opera*)
- b) Dotarsi dei mezzi indispensabili all'esecuzione del lavoro
- c) Pattuire e mettere a disposizione del committente un preciso risultato (art. 2222 c.c. *Contratti d'opera*)
- d) Fissare liberamente il compenso (corrispettivo), in regime di libera concorrenza e con discrezionalità, entro l'ambito di tariffari minimi e massimi (art. 2225 c.c. *Corrispettivo*); il diritto al corrispettivo è dovuto in relazione al risultato utile raggiunto nel caso di recesso dal contratto o impossibilità all'esecuzione dell'opera (art. 2228 c.c. *Impossibilità sopravvenuta nell'esecuzione dell'opera*) o difetti (art. 1668 c.c. *Contenuto della garanzia per difetti dell'opera*)
- e) Sorvegliare e dirigere il personale subordinato (art. 2086 c.c. *Direzione e gerarchia dell'impresa*; art. 2094 c.c. *Prestatore di lavoro subordinato*)
- f) Assumersi la responsabilità civile dell'attività (rischio d'impresa) per danni causati personalmente (art. 1218 c.c. *Responsabilità del debitore*) oppure da personale subordinato nell'esecuzione delle mansioni affidate (art. 2049 c.c. *Responsabilità dei padroni e dei committenti*; 1228 c.c. *Responsabilità per fatto degli ausiliari*).

In ambito odontoiatrico possiamo distinguere entro tale tipo di rapporto più figure professionali:

- La maggior parte dei dentisti lavora come libero professionista, cioè come lavoratore autonomo esercente una professione intellettuale
- Il convenzionato esterno con SSN è un rapporto di lavoro attualmente infrequente e come tale numericamente non elevato; la figura è rappresentata da liberi professionisti che utilizzano le proprie strutture e personale per erogare le prestazioni riconosciute dalla Convenzione con il Sistema Sanitario Nazionale secondo un tariffario prestabilito omogeneo sul territorio nazionale.
- Il collaboratore e sostituto è definibile un libero professionista che opera nello studio di altri ed il profilo giuridico di dipendenza o autonomia va accertato nei singoli casi in base al modus operandi: in quanto figura di specialista consulente occasionale, anche nel caso agiscano sotto le direttive del titolare dello studio, non devono essere considerati subordinati e mantengono quindi le caratteristiche di lavoratori autonomi; in quanto prestatore d'opera con rapporto coordinato e continuativo può essere paragonato a un dipendente.

Gli ausiliari sono rappresentati da diverse figure: l'odontotecnico è un lavoratore autonomo esercente una attività artigianale ausiliaria alla professione odontoiatrica; l'i-

gienista dentale ha la possibilità di esercitare il lavoro in maniera autonoma o dipendente, per quanto nella maggior parte dei casi operi in regime di dipendenza.

3.2 Il lavoro subordinato

Per subordinazione si intende la situazione in cui il prestatore d'opera lavora alle dipendenze del datore di lavoro; il codice civile disciplina l'attività del lavoratore nel libro V Del Lavoro Titolo II Del Lavoro nell'Impresa.

Le caratteristiche e gli obblighi che si configurano in base a tale tipo di rapporto sono le seguenti:

- rispettare disposizioni, iniziative, limitazioni e organizzazione del lavoro (art. 2094 c.c. *Prestatore di lavoro subordinato*);
- percepire un compenso fisso (retribuzione) determinato in riferimento ad una paga oraria stabilita dal Contratto Collettivo Nazionale di Lavoro (art. 2099 c.c. *Retribuzione*);
- obbligo di agire con diligenza (art.1176 c.c. *Diligenza nell'adempimento*; art. 2104 c.c. *Diligenza del prestatore di lavoro*)
- obbligo di fedeltà (art. 2105 c.c. *Obblighi di fedeltà*);
- possibilità di essere sottoposto a sanzioni disciplinari (art.2106 c.c. *Sanzioni disciplinari*).

Ne consegue che, fatta salva l'esistenza parallela di una responsabilità extra contrattuale in capo al dentista dipendente, la controparte contrattuale civilmente responsabile verso il paziente (committente) è il datore di lavoro o l'ente che corrisponde la retribuzione; infatti essi si assumono l'onere del risarcimento per inadempimento contrattuale (mancato risultato utile) nei confronti di terzi (pazienti) per danni colposi causati dal lavoratore subordinato nell'esplicazione delle sue mansioni. Non è ipotizzabile la pretesa di risarcimento danni gravante sul dipendente, fatto salvo il diritto di regresso in caso di colpa grave o dolo (T.U. 10.01.57 n.3).

In tale ambito possiamo annoverare diverse figure professionali in ambito odontoiatrico:

- Dipendenti del SSN (USL e aziende ospedaliere);
- Assunti da Enti pubblici o privati;
- Collaboratori di studi privati;
- Convenzionati interni che operano in regime di convenzione con il SSN entro le strutture pubbliche con contratti orari; questi ultimi rappresentano figure ibride per quanto riguarda la responsabilità contrattuale ed extracontrattuale.
- Tra il personale ausiliario consideriamo le infermiere professionali, assistenti dentali e igieniste dentali assunte da Enti pubblici e privati, studi professionali.

3.3 Il lavoro d'impresa

La prestazione professionale in generale, e quindi quella medica in particolare, riguarda settori di intervento socialmente importanti che richiedono una specifica preparazione e richiedono una tutela privilegiata dei beni in discussione (salute); per tale motivo la giurisprudenza tutela alcuni orientamenti: le prestazioni devono essere eseguite personalmente (art. 2232 c.c. *Esecuzione dell'opera*) e si basano su un rapporto fiduciario tra professionista e cliente.

Conforme a tali orientamenti era il divieto, penalmente sancito (L. n. 1815,

23.11.39), di costituzione di impresa (società) tra professionisti in cui l'attività corrisponda alle prestazioni professionali: per tali prestazioni rimaneva confermato l'obbligo dell'esecuzione personale da parte del professionista (Cassazione sentenza 8 ottobre 1975, n. 3193; Pretore di Siracusa sentenza n. 0368/89; Consiglio di Stato 30 ottobre 1986).

Ne conseguiva che erano ammesse solo le società di persone, in forma semplice o collettiva, definibili come imprese di servizi che avevano lo scopo di mettere a disposizione degli associati strutture immobiliari, apparecchiature, personale (società di consulenza, elaborazione dati, ecc.).

A conferma di tale orientamento giuridico riportiamo di seguito alcuni riferimenti normativi e giurisprudenziali:

- Corte d'Appello di Bari, 18 febbraio 1982: *“(Società di persone)... solo queste hanno caratteristiche compatibili con i requisiti prescritti dalla legge speciale, nonché con il principio di personalità della prestazione intellettuale sancito dal Codice Civile e ripetuto negli ordinamenti delle singole professioni; principio che non tanto va correlato al carattere fiduciario del rapporto con il cliente, quanto riferito al concetto di produzione non capitalistico ch'è proprio del servizio professionale”*
- Art. 49 Testo Unico Imposte sui Redditi: *“Sono redditi da lavoro autonomo quelli che derivano dall'esercizio di arti e professioni. Per esercizio di arti e professioni s'intende l'esercizio per professione abituale, ancorchè non esclusiva, di attività di lavoro autonomo, diverse da quelle considerate come redditi d'impresa, compreso l'esercizio in forma associata.”*
- Art. 5 D.P.R. 633/72 (IVA): *“Per esercizio di arti e professioni si intende l'esercizio per professione, ancorchè non esclusiva, di qualsiasi attività di lavoro autonomo da parte di persone fisiche ovvero da parte di società semplici o di associazioni senza personalità giuridica costituite fra persone fisiche per l'esercizio in forma associata delle attività stesse”*

La legge Bersani (L. n. 266 del 07.08.97) ha fatto cadere il divieto di esercitare la libera professione in forma societaria (art. 2 L. 1815/39); divieto che aveva da sempre suscitato perplessità e polemiche, posizioni contrastanti in dottrina e giurisprudenza.

La legislazione recente è ancora in evoluzione al momento della pubblicazione di questo manuale; sarà il regolamento ministeriale, attualmente in fase di attuazione, a dettare le caratteristiche, le modalità e i parametri delle nuove società professionali.

Bibliografia

1. ANDI, *Abusivismo e prestanomismo in odontoiatria*, Roma, 1996
2. AUTELIANO G.: *La figura del Direttore sanitario: obblighi, poteri, responsabilità alla luce del D.Lgs. 30.12.1992, n. 502, L'Ospeale 7-8, 1994: 135*
3. ATTI DEL CONVEGNO NAZIONALE *“I problemi medico legali in odontostomatologia”* L'Aquila 1-3 Aprile 1993
4. CALGANO F.: *Contratto e responsabilità contrattuale nell'attività sanitaria*, Riv. trim. dir. proc. civ. 1984: 721
5. GALGANO F.: *La responsabilità contrattuale: i contrasti giurisprudenziali*, Contratto e impresa, 1989: 32

6. GALGANO F.: *Diritto civile e commerciale*, Padova, 1990
7. GALGANO F.: *Professioni intellettuali, impresa, società*, Contratto e impresa 1991: 1
8. CARLINI C.: *Vademecum del dentista ANDI*, Sede provinciale di Verona, 1997
9. FERRARI G.: *Sulla definizione degli ambiti di operatività delle professioni di biologo, chimico e medico*, Giur. It., 1990, I., 1, 1343
10. FORNARI A., BUZZI F.: *Profili di responsabilità del medico dipendente delle strutture pubbliche*. In: Adamo M. et al. Ed., *Manuale di Medicina Legale e delle Assicurazioni*, Monduzzi Ed., Bologna, 1989: 91-105
11. GERIN C., ANTONIOTTI F., MERLI S.: *Medicina legale e delle assicurazioni*. SEU, Roma, 1991
12. LEGA C.: *Le libere professioni intellettuali*, Ed. Giuffrè, Milano, 1974
13. MARRA A.: *Il medico ospedaliero nella giurisprudenza e nella legislazione*. Mediamix Ed., Milano, 1991
14. MASTROIANNI A.: *La responsabilità professionale del medico Ospedaliero nel SSN*, New Magazine Ed., TN, 1994
15. PENNELLI A., ROMANELLI F.: *Della responsabilità del dirigente*. Ragiusan, 1993: 105, 260
16. TOFFOLETTI C.: *Subordinazione e autonomia nella prestazione intellettuale*, Giust. civ. 1962, I, 2249
17. UMANI RONCHI G.: *Medicina legale in odontostomatologia*. Ed. EDI Lombardo, Roma 1993

3. LA RESPONSABILITÀ DEONTOLOGICA

D. De Leo, F. Montagna

La responsabilità deontologica è definita anche responsabilità ordinistica e deriva dalla violazione del decoro e della dignità professionale tutelato dall'Ordine dei Medici Chirurghi e Odontoiatri per infrazione delle norme previste dal Codice di Deontologia Medica (c.d.); è punita con sanzioni disciplinari specifiche.

L'elaborazione del Codice di Deontologia è affidato ad una apposita Commissione della FNOMCeO che lavora su suggerimento degli Ordini provinciali e sottopone le variazioni al Consiglio Nazionale degli Ordini ed al Ministero della Sanità.

L'attuale Codice di Deontologia Medica è preceduto da un giuramento e la materia è divisa in 92 articoli ripartiti in titoli che riguardano: oggetto e campo di applicazione, compiti e doveri generali del medico, rapporti con il paziente, rapporti con i colleghi, rapporti con i terzi, rapporti con il Sistema Sanitario Nazionale, rapporti con enti pubblici e privati.

Il compito di fare osservare le norme deontologiche spetta ai Consigli direttivi degli Ordini Provinciali di appartenenza.

La responsabilità deontologica o ordinistica è un aspetto della responsabilità disciplinare della quale il sanitario è tenuto alla conoscenza poiché l'ignoranza delle norme del Codice Deontologico non esime dalla responsabilità disciplinare (art.1 c.d.).

Lo stato controlla e regola l'esercizio delle attività professionali, mediante norme giuridiche di carattere generale, lasciando alla competenza degli Ordini la regolamentazione interna dell'attività degli iscritti agli Albi e l'autogoverno della categoria.

La Federazione Nazionale degli Ordini dei Medici Chirurghi ed Odontoiatri (FNOM-CEO) (art.12 Legge sugli Ordini 233/46 e art. 14 Legge 4 agosto 1965, n.1103) è un Ente pubblico con sede a Roma; organi sono il Presidente, il Comitato centrale, il Collegio dei revisori dei conti, il Consiglio Nazionale. I compiti sono vigilare sul piano nazionale sul decoro e indipendenza dei singoli professionisti, promuovere e coordinare le attività dei singoli Ordini Provinciali dei medici Chirurghi e Odontoiatri, dare il proprio concorso alle autorità centrali nello studio di progetti che interessano gli ordini, designare rappresentanti presso enti e organizzazioni, dare direttive sulle interpretazioni di leggi e regolamenti, potere disciplinare sui direttivi degli ordini.

L'ordine Provinciale ha come compito istituzionale quello della vigilanza sui medici e sugli odontoiatri iscritti sia al momento dell'accesso alla professione per verificarne i requisiti di legge, sia nelle fasi successive per tutelare il decoro della categoria.

I Consigli Direttivi degli Ordini Provinciali applicano la normativa ordinistica; in seno ai Consigli direttivi degli Ordini Provinciali le materie disciplinare e conciliativo-tariffarie sono demandate a due diverse Commissioni per medici-chirurghi e odontoiatri (art.6 Legge 409 del 1985; art.12 DLCPV 13 Settembre 1946 n. 233).

Gli Ordini professionali non hanno la rappresentanza degli iscritti dal punto di vista sindacale e negoziale e pertanto tra i loro compiti non è compreso la tutela degli interessi economici e di categoria che va demandata alle associazioni sindacali, come nel caso dei dentisti, all'Associazione Nazionale Dentisti Italiani (ANDI).

Ne consegue che il professionista che non osserva le direttive impartite dall'ordine professionale in materia di rivendicazioni salariali e di scioperi non concreta una condotta lesiva nei confronti della dignità professionale e non può essere fatto oggetto di censura.

1. IL PROCEDIMENTO DISCIPLINARE DELL'ORDINE

Il Consiglio dell'Ordine Provinciale, attraverso la Commissione Disciplinare agisce normalmente a seguito di segnalazione di fatti pregiudicativi della dignità e del decoro professionale che siano stati rappresentati da cittadini/pazienti o iscritti all'ordine.

La segnalazione di questi fatti può avvenire, ma ciò è meno frequente, su segnalazione della magistratura sia nella fase di indagini preliminari che a seguito di sentenza penale di condanna.

Va premesso che i comportamenti professionali produttivi di danno per i quali sia prospettabile una ipotesi di responsabilità colposa (penale o civile) sono estranei all'obbligo di segnalazione con l'eccezione riguardante reati particolari dei quali si dirà successivamente. Le situazioni in cui siano in discussione semplicemente profili di colpa professionale tra dentista e paziente, sia in sede civile che penale, non rappresentano materia di responsabilità disciplinare, con l'eccezione dei casi in cui siano ravvisabili nell'errore professionale comportamenti accessori in violazione delle norme deontologiche.

Possono essere comminati quattro tipi di sanzione:

- Avvertimento (diffida a non ricadere nel medesimo comportamento)
- Censura (dichiarazione di biasimo)
- Sospensione dall'esercizio professionale (da 1 a 6 mesi)
- Radiazione dall'Albo

Le sanzioni di sospensione e radiazione per la loro gravità sono specificamente regolamentate ed in particolare la radiazione è applicata per condotta che abbia compromesso gravemente la reputazione dell'iscritto e la dignità della classe sanitaria (art. 41 del DPR 5 Aprile 1950, n.231); le sanzioni minori sono proporzionate all'entità della infrazione disciplinare e aumentate nel caso di recidiva.

L'azione disciplinare si prescrive nel termine di cinque anni.

2. DEL RAPPORTO TRA PROCEDIMENTO PENALE E DISCIPLINARE DELL'ORDINE

Va osservato che secondo l'abrogato codice di procedura penale, l'azione penale aveva assoluta preminenza nei confronti di quella disciplinare di modo che quest'ultima andava sospesa sino ad esaurimento definitivo della prima; questo dettato è risultato estraneo al nuovo C.P.P. e, in conseguenza di ciò, si deve assumere la possibilità che procedimento penale e disciplinare procedano parallelamente per il medesimo fatto.

In ogni caso rimane confermato che: nell'ipotesi che il procedimento penale si concluda con la condanna, il professionista è sottoposto a giudizio disciplinare per lo

stesso atto imputatogli mentre, nel caso la sentenza penale sia stata totalmente assolutoria egli non potrà essere sottoposto a procedimento disciplinare.

Prescindendo dalle ipotesi nelle quali il procedimento di radiazione e di sospensione dall'albo sia automaticamente collegato alla sentenza o a provvedimenti di ordine pubblico, nei quali il consiglio dell'ordine non ha altro che funzioni di ratifica, si possono verificare le seguenti ipotesi:

- a) Un procedimento penale pendente non osta alla definizione del procedimento disciplinare per i medesimi fatti
- b) Il procedimento disciplinare viene avviato alla conclusione del procedimento penale che abbia accertato la relativa responsabilità
- c) I fatti quali siano risultati provati dal giudice non possono essere ignorati dal giudice disciplinare qualora abbiano concorso in termini rilevanti alla decisione penale
- d) Si tratta in ogni caso di due azioni per le quali vale il principio della autonomia; cioè se vincolo vi è secondo il punto precedente per l'assunzione delle circostanze, libertà assoluta va riconosciuta al giudice disciplinare nell'interpretazione dei fatti in relazione alla specifica violazione delle norme deontologiche.

Quanto sin qui detto sta a significare che azioni e omissioni del professionista, sulle quali lo Stato non ritenga di dover intervenire in termini sanzionatori, conservano comunque un assoluto rilievo sotto il profilo disciplinare, la valutazione sotto questo aspetto avendo connotati molto più ampi rispetto a quanto sia penalmente rilevante.

La legge indica tassativamente i casi in cui la radiazione e la sospensione conseguono di diritto e devono essere dichiarate e sono obbligatorie da parte del Consiglio dell'Ordine. L'applicazione della sanzione disciplinare da parte dell'Ordine su segnalazione del Procuratore della Repubblica o del prefetto è quindi obbligatoria; viene a duplicare un procedimento giudiziario del tribunale penale; in caso di inerzia può intervenire il Prefetto (artt. 38, 48 DPR 05.04.1950, n. 220; Sentenza del TAR Toscana n.1990del 28 settembre 1984).

L'art. 42 del DPR 5 aprile 1950, n. 231 (regolamento di esecuzione) dispone che *"la condanna per delitto non colposo per il quale la legge commina la pena della reclusione non inferiore nel minimo a due anni e nel massimo a cinque importa di diritto la radiazione dall'albo"*; importano la radiazione le seguenti situazioni:

- Condanna per un delitto non colposo non inferiore nel minimo a due anni (art.42 DPR 231/50)
- Interdizione dai pubblici uffici o dalla professione perpetua o superiore a tre anni
- Ricovero in manicomio giudiziario per non meno di 5 anni (art.222 c.p. *Ricovero in manicomio giudiziario*)
- Misura di sicurezza detentiva in colonia agricola o casa di lavoro (art. 215 c.p. *Specie*)

L'art.43 del DPR 231/50 indica i casi di sospensione, ravvisabili nell'ipotesi in cui ci sia:

- Emissione di mandato di cattura
- Applicazione provvisoria di pena accessoria o misura di sicurezza (art. 140 c.p. *Applicazione provvisoria di pene accessorie*; art. 206 c.p. *Applicazione provvisoria della misure di sicurezza*)
- Interdizione dai pubblici uffici per durata non superiore ai tre anni

- Applicazione di misure di sicurezza detentiva in casa di cura e custodia (art. 215 c.p. *Specie*)
- Applicazione di misure di sicurezza non detentive come libertà vigilata, divieto di frequentare pubblici spacci di bevande alcoliche, espulsione dallo stato di straniero (art. 215 c.p. *Specie*).

Da ultimo ricordiamo che il sanitario imputato di un grave reato può essere sospeso dall'esercizio della professione nel corso delle indagini preliminari su istanza del pubblico ministero con ordinanza del giudice per le indagini preliminari.

Tale provvedimento, definito misura cautelare interdittiva, è applicabile solo nei casi di particolare gravità e regolamentata dagli art. 287 e seguenti del c.p.p. (*Regole per l'esame*):

- Inderogabili necessità istruttorie per inquinamento delle prove
- Concreto pericolo di fuga
- Pericolo di altri reati della stessa specie

Contro l'ordinanza è possibile appello al Tribunale della libertà che deciderà entro 20 giorni avverso la sentenza di quest'ultimo alla Cassazione.

3. DEL RAPPORTO TRA PROCEDIMENTI DISCIPLINARI (DELL'ORDINE E DELL'ENTE PUBBLICO DA CUI DIPENDE IL DENTISTA)

Non vi è accordo in dottrina sul fatto che l'attività lavorativa svolta alle dipendenze della Pubblica Amministrazione sia soggetta anche alla disciplina ordinistica: è incerto cioè se il professionista per violazioni professionali debba rispondere solo alla amministrazione di appartenenza o anche all'Ordine. Da taluni Autori è stata affermata una ipotesi di incompetenza tra gli atti amministrativi e gli interventi disciplinari dell'Ordine per comportamenti estranei alla pratica libero-professionale.

In realtà il DPR 761/79 sullo stato giuridico del personale sanitario delle USL afferma, senza possibilità di diversa interpretazione, l'obbligo per il sanitario dipendente dell'iscrizione al relativo Ordine professionale; questo fatto apre naturalmente la possibilità di estensione in sede ordinistica dell'addebito mosso dalla Amministrazione di dipendenza.

Il Nespor propone incisive osservazioni sullo stretto collegamento tra condotte repressibili che vadano a danneggiare l'Ente di dipendenza (in senso materiale) e l'intera categoria professionale (sotto il profilo etico): *“Il potere disciplinare è posto a tutela di interessi che sono differenti a seconda del tipo di rapporto cui il potere stesso si riferisce. Il medico, in qualità di dipendente pubblico, si inserisce in un rapporto organico in forza del quale provvede al perseguimento dei fini dell'amministrazione.*

Interesse primario dell'Ordine dei Medici è la tutela della salute sulla base del rispetto del codice deontologico. Queste aree di interessi non restano impermeabili fra loro ma si sovrappongono con l'inserimento del medico all'interno della struttura pubblica. In questo senso l'obbligo di iscrizione del personale sanitario, dipendente delle U.S.L., ai rispettivi Ordini professionali può riguardare la possibilità di intervento dell'Ordine a tutela della libertà professionale, così come previsto dall'art. 83 del Codice di deontologia medica secondo cui il medico che pre-

sta la propria opera a rapporto di impiego nell'ambito di strutture sanitarie pubbliche o private, stante l'obbligo di cui all'art. 1, comma 1, del presente codice, qualora si verifichi contrasto tra le norme deontologiche e quelle proprie dell'ente pubblico o privato, per cui presta la propria attività professionale, deve chiedere l'intervento dell'Ordine, onde siano salvaguardati i diritti propri degli assistiti.

Questa capacità di intervento dell'Ordine opera di fatto in ambito disciplinar; l'art.61 del DPR n. 761/1979 prevede infatti nei procedimenti disciplinari a carico di dipendenti per i quali è richiesta l'iscrizione agli albi professionali, che la Commissione di disciplina sia integrata, sia pure con voto consultivo, da membro designato dal competente Ordine o Collegio professionale”

Possiamo concludere quindi che un sanitario pubblico dipendente, che sia stato sottoposto a procedimento disciplinare dalla Commissione di disciplina dell'Ente presso cui svolge la propria attività; potrebbe essere una seconda volta sottoposto a procedimento disciplinare dall'Ordine nel caso la mancanza abbia compromesso il prestigio ed il decoro della categoria.

Le ragioni della duplicazione del giudizio sono state spiegate dalla Corte di Cassazione a Sezioni Unite Civili nella sentenza n. 8339 del 23.07.1983 (riportata in Foro Amm. 1994, 770) che riguardava peraltro un diverso Ordine professionale: *“Il professionista iscritto all'Albo, che sia nel contempo dipendente della pubblica amministrazione, è tenuto all'osservanza sia dei doveri nei confronti dell'Ente Pubblico da cui dipende, sia nei confronti dell'Ordine professionale a cui è iscritto, doveri che coesistono pur muovendosi su piani diversi. E più specificatamente, i doveri nei confronti della Pubblica Amministrazione possono variare a seconda delle leggi e dei regolamenti che disciplinano il rapporto nel caso concreto”.*

Nella sostanza è sovrapponibile la situazione del dentista che operi in regime di convenzione con la USL; in tale situazione il controllo effettuato dalla commissione di disciplina in sede regionale si sovrappone alla potestà disciplinare.

Il Presidente della Commissione di Disciplina dell'USL, per infrazione degli obblighi e doveri di comportamento professionale previsti dall'Accordo Nazionale (DPR n.316 del 28 settembre 1990), ha l'obbligo di comunicare l'adozione del provvedimento all'Ordine dei Medici ed all'assessore regionale.

A seguito di tale segnalazione, l'Ordine ha la facoltà di iniziare un procedimento disciplinare e comminare la sanzione adeguata qualora ritenga il comportamento del medico convenzionato lesivo del decoro della categoria.

Le sanzioni praticabili dalla commissione regionale di disciplina sono il richiamo, il richiamo con diffida, la sospensione del rapporto non oltre i due anni la cessazione del rapporto.

4. LA PUBBLICITÀ SANITARIA

Il divieto di pubblicità non autorizzata è un obbligo posto dalle leggi sanitarie che richiedono una necessaria autorizzazione dell'Ordine dei Medici e del Sindaco per la pubblicità di ambulatori e la licenza ministeriale per la pubblicità di mezzi preventivi e terapeutici (art. 201 T.U.LL.SS.; Legge 1 maggio 1941 n.422; D.P.R. 10 giugno 1955 n.854; artt.59, 60, 61 C.D.)

La legge n. 175 del 5 febbraio 1992 ha regolato la materia inerente la pubblicità in materia sanitaria consentendola soltanto mediante targhe apposte sull'edificio nonché inserzioni sugli elenchi telefonici (art. 1) previa autorizzazione del sindaco e dell'Ordine professionale (art. 2).

Sono ammesse solo le seguenti indicazioni e tali restrizioni vanno intese obbligatoriamente applicate anche alle intestazioni sui fogli del ricettario personale del sanitario (art. 1):

- a) nome, cognome, indirizzo, n. telefonico, recapito del professionista e orario di apertura al pubblico
- b) Titoli di studio accademici, di specializzazione e di carriera senza abbreviazioni o dizioni che possono indurre in equivoco.

A tal fine l'Ordine dei Medici è delegato a verificare il rispetto delle disposizioni normative; ha la facoltà di promuovere ispezioni presso gli studi professionali degli iscritti (art. 8); può comminare sanzioni disciplinari in caso di mancato rispetto della norma.

Gli esercenti le professioni sanitarie che effettuino pubblicità nelle forme consentite senza autorizzazione del sindaco sono sospesi dall'esercizio della professione da 2 a 6 mesi. Se la pubblicità non autorizzata contiene autorizzazioni false, la sospensione è da 6 mesi a 1 anno (art. 3, 5).

La stessa legge 175/92 ha proibito il commercio e la fornitura di qualsiasi titolo di apparecchi e strumenti diversi da quelli indicati dall'elenco delle attrezzature tecniche e strumentali di cui possono essere dotati gli esercenti le arti ausiliarie e catalogate nel D.M. della Sanità 3 Maggio 1994, *Determinazione delle attrezzature tecniche e strumentali degli esercenti le arti ausiliarie sanitarie* (allegato A). La violazione, in aggiunta alle sanzioni applicabili ove il fatto costituisca più grave reato, è punita con una ammenda pari al valore dei beni forniti, elevabile fino al doppio in caso di recidiva.

Riportiamo di seguito le specifiche indicate dal decreto n. 657 del 16.9.1992, che ha recepito l'art. 2, terzo comma, della legge 175/92, applicabili allo studio medico di un singolo sanitario o associato; ricordiamo infatti che le strutture complesse (case di cura, ambulatori polispecialistici) rispondono a specifiche indicazioni che richiedono l'autorizzazione regionale.

Targhe

Per quanto riguarda le caratteristiche estetiche valgono le seguenti specifiche: le dimensioni non devono essere superiori a 3000 cm quadrati; i caratteri non superiori a cm. 8; in calce alla targa deve essere riportato numero e data di autorizzazione del sindaco; non può essere riprodotto alcun grafico (ad eccezione del caduceo); non essere luminosa né illuminata.

Per quanto attiene il contenuto devono essere soddisfatte le seguenti indicazioni: nome del medico; come titoli professionali possono essere riportati i titoli universitari, di specializzazione, di carriera, accademici; nelle targhe di studi professionali singoli o associati non possono essere riportate le specifiche attività e prestazioni svolte.

Le targhe risultano soggette all'imposta di pubblicità con l'eccezione rappresentata da quelle di piccolissime dimensioni (risoluzione del Ministero delle Finanze n. 34/E/IV/7/7138 del 27 febbraio 1996).

Inserzioni

Si intendono con tale termine le inserzioni negli elenchi telefonici con scopo di informazione; devono occupare uno spazio non superiore a 50 cm quadrati; riportare il testo autorizzato, con l'esclusione di qualsiasi grafico; riportare il numero e la data dell'autorizzazione del comune o della regione; avere caratteri e colore tipografico conforme a quelli normalmente usati.

Bibliografia

1. CANUTO G., TOVO S.: *Medicina legale e delle assicurazioni*. Ed. Piccin, Padova, 1985
2. FINESCHI V.: *Il Codice di deontologia medica*, II° edizione, Giuffrè Ed., Milano, 1996
3. FINESCHI V., MARZIA A., MAZZEO E., DELL'ERBA A., MANNA P.: *Il nuovo codice di deontologia medica*, Milano, 1992
4. INTRONA F., COLABRIGLIA A., TANTALO M.: *Il codice di deontologia medica*, 1995. Giuffrè Ed., Milano, 1996
5. MALCONTENTI R., LALLA F.: *Esercizio del potere disciplinare del Consiglio dell'Ordine Professionale alla luce del nuovo Codice di Procedura Penale*. FED. MED, 14, 1993: 39
6. MIGLIARESE F.: *Il potere disciplinare degli Ordini dei Medici Chirurghi: contenuti o limiti*. Riv. It. Med. Leg. 7, 1985: 749
7. NESPOR S.: *La responsabilità disciplinare in Medicina e Diritto*. Giuffrè Ed., Milano, 1995

4. LA RESPONSABILITÀ PENALE

D. De Leo, F. Montagna, S. Sperandio

Uno degli aspetti che maggiormente preoccupa il medico dentista è quello che le eventuali conseguenze di danno al paziente possano dare luogo, preliminarmente o parallelamente alla richiesta di risarcimenti danni in sede civile, ad un processo penale.

A tale riguardo ricordiamo che il nostro ordinamento giuridico ha carattere unitario: una disposizione dettata dal codice penale è operante anche nei rapporti civilistici e viceversa una norma del codice civile può trovare applicazione per interpretare la legge penale (come ad esempio già specificato per l'art. 2236 c.c.); è possibile il trasferimento di un procedimento civile in sede penale nel caso l'azione rientri nelle fattispecie penalmente previste (art. 75 c.p.p. *Rapporti tra azione civile e azione penale*); la sentenza penale definitiva ha efficacia anche nel giudizio civile e amministrativo per il risarcimento del danno (art. 654 c.p.p. *Efficacia della sentenze penale di condanna o di assoluzione in altri giudizi civili o amministrativi*).

L'incriminazione di dentisti per fatti e/o reati costituisce eventualità possibile ma infrequente nella casistica giudiziaria; tale situazione può configurarsi principalmente per l'ipotesi di lesioni personali (eccezionalmente morte) che sono previste negli articoli del Capo Primo, Titolo Dodicesimo del Secondo libro "Delitti contro la persona" del Codice Penale.

In ambito penale ricordiamo che la regola generale è la seguente:

- Il reato è punito indipendentemente dagli effetti in quanto lesivo dell'interesse pubblico
- Ciascuno risponde personalmente del proprio comportamento doloso o colposo con assunzione di responsabilità diretta (art. 27 Cost.)
- Il risarcimento dei danni civili non interrompe il procedimento penale (art. 50 c.p.p. *Azione penale*).

La configurazione di un'azione illecita come reato presuppone la sussistenza, accanto a elementi materiali (condotta, evento lesivo, nesso di causalità), degli elementi psicologici (art. 43 c.p. *Elemento psicologico del reato*) che sono:

- Il dolo o intenzionalità in cui il risultato dell'azione è voluto e previsto;
- La preterintenzionalità (oltre l'intenzione) in cui il risultato è più grave di quello voluto dall'agente;
- Colposa o contro l'intenzione, non voluto e si realizza per negligenza, imprudenza, imperizia, inosservanza di leggi, regolamenti, ordini e discipline.

Ricordiamo, inoltre, che nell'esercizio professionale è ordinariamente ravvisabile l'elemento colposo: e per tale motivo oggi l'unico reato relativo a comportamenti personali lesivi dell'integrità psico-fisica del paziente perseguibile d'ufficio è il delitto di omicidio, dal momento che il delitto per lesioni personali colpose è procedibile a querela della persona offesa indipendentemente dalle circostanze aggravanti in esso riconoscibili a far data dalla riforma dell'articolo 590 c.p. con la Legge 689/81.

1. L'EVENTO DI DANNO ODONTOIATRICO E LA PROCEDIBILITÀ DELL'AZIONE PENALE

Nel codice penale le lesioni sono classificate in base a molteplici fattori che prescindono dall'elemento psicologico del reato, ma dai quali dipendono la maggior e la minor gravità e quindi la graduazione della pena (art. 582 c.p. *Lesione personale*; art. 583 c.p. *Circostanze aggravanti*; 590 c.p. *Lesioni personali colpose*):

- Durata del periodo di malattia ed incapacità di attendere alle ordinarie occupazioni
- Sussistenza di circostanze aggravanti (tabella 1).

Il concetto medico-legale di malattia non è sovrapponibile a quello clinico, tale dovendosi intendere non tanto la semplice lesione dell'integrità individuale quanto una condizione anomala dell'organismo a carattere evolutivo accompagnata o meno da alterazioni anatomiche più o meno evidenziabili e associata a disturbi funzionali (locali o generali) legati sia all'azione dell'agente lesivo che all'azione di riparazione e difesa messa in atto dall'organismo; tale definizione permette anche di differenziare il concetto di malattia da quello di postumo, che dalla malattia rappresenta un esito stabilizzato.

Applicando questa classificazione alle possibili lesioni odontostomatologiche possiamo sviluppare alcune osservazioni.

- Le ferite dei tessuti molli in odontoiatria possono essere considerate, nella maggior parte dei casi, lesioni lievissime poiché guaribili in un lasso di tempo breve necessario alla cicatrizzazione della mucosa (7-15 giorni).
- Le lesioni dentarie minori (infrazione e frattura dello smalto e della dentina) sono ugualmente da considerarsi lievissime
- Le avulsioni dentarie richiedono invece una particolare attenzione interpretativa poiché la valutazione clinica e quella medico-legale sono divergenti: in sede di va-

Tabella 1
LESIONI PERSONALI E CIRCOSTANZE AGGRAVANTI

Lesioni	Durata della malattia e circostanze aggravanti
LIEVISSIME	Malattia di durata non superiore a 20 giorni
LIEVI	Malattia di durata da 21 a 40 giorni
GRAVI	Malattia di durata superiore a 40 giorni Se dal fatto deriva: - malattia che metta in pericolo la vita - residuo indebolimento permanente di un senso o di un organo
GRAVISSIME	Malattia certamente o potenzialmente insanabile Se dal fatto deriva: - perdita di un senso - perdita di un arto o mutilazione che lo rende inservibile - perdita dell'uso di un organo - perdita della capacità di procreare - permanente o grave difficoltà alla favella - deformazione o sfregio permanente del viso

lutazione clinica esse rivestono uno scarso rilievo vista la possibilità di protesizzazione efficiente con le attuali tecniche; mentre in ambito penalistico costituiscono esiti stabilizzati (postumi) che non possono dar luogo a restitutio ad integrum; poiché la protesizzabilità è irrilevante agli effetti penali sono ritenute causa di indebolimento permanente dell'apparato masticatorio, cioè lesioni personali gravi.

In questo senso, nonostante alcune prese di posizione in senso opposto, è orientata la giurisprudenza prevalente

CORTE DI CASSAZIONE, Sez. I - 25 gennaio 1986 (ud. 26 ottobre 1985) - Pres. Molinari - Rel. Papadia - P.M. Delli Paoli (concl.conf.) - Sponsilio.

La perdita di uno o più denti costituisce indebolimento della masticazione allorchè la menomazione anatomica, intesa come diminuzione numerica degli elementi che compongono la chiostra dentaria, si traduce in una apprezzabile menomazione della funzione masticatoria, a nulla rilevando il grado di debilitazione e la possibilità di restauro mediante protesi. (Nella specie, relativa a ritenuto indebolimento, si era accertato che la parte lesa aveva una dentatura perfetta e che la lesione volontaria aveva comportato l'asportazione di un incisivo)

CORTE DI CASSAZIONE, Sez. II - 11 aprile 1984 (ud. 17 novembre 1983) - Pres. Calcagni - Rel. De Simone - P.M. Ranieri (concl.conf) - Fiorello.

La perdita di un solo incisivo non riduce la potenzialità funzionale dell'organo masticatorio, tranne che, per le precedenti condizioni di questo, rilevabili mediante un confronto tra lo stato preesistente alla lesione e quello residuo dopo di essa, il predetto incisivo non concorra più alla sua efficiente funzione.

CORTE DI CASSAZIONE, Sez. V - 24 gennaio 1983 (ud. 27 ottobre 1982) - Pres. Iorio - Rel. Quaglione - P.M. Basile (concl.conf.) - Liberati.

Il ricorso ad una protesi mobile necessitato dalle conseguenze del fatto lesivo su una protesi fissa (nella specie, era stato asportato un dente che faceva da supporto alla dentiera) ben può assumere i connotati dell'indebolimento funzionale di un organo, ai sensi dell'art. 583, comma 1°, n. 2 c.p., quante volte la protesi mobile rappresenti un espediente sussidiario fino a quel momento escluso, per garantire una attività funzionale necessaria o soltanto utile alla vita dell'organismo umano.

CASS. PEN. 7 novembre 1972, Albanesi, Giust. pen. 1973, II, 606; Resp.civ. prev. 1973, 496:

“La perdita di uno o più denti costituisce indebolimento della masticazione allorchè la menomazione anatomica, intesa come diminuzione numerica degli elementi che compongono la chiostra dentaria, si traduce in un'apprezzabile menomazione della funzione masticatoria, a nulla rilevando il grado della debilitazione e la possibilità di restauro mediate protesi (che non è mai ripristino della funzione naturale) o la circostanza che la perdita abbia inciso su un organo già in precedenza indebolito”.

CASS. PEN., Sez. VI, 10 gennaio 1978, Minatauro, Cass. pen. Mass. ann. 1979, 833; Riv. it. Med. Legale, 1979, 592:

“Non può escludersi l’aggravante dell’indebolimento permanente dell’organo della masticazione ove, malgrado la preesistente debolezza della dentatura, dal fatto criminoso sia derivata una ulteriore debilitazione dell’organo potrebbe riacquistare completamente efficienza attraverso l’applicazione di una protesi poiché la permanenza dell’indebolimento deve essere riferita, non alla possibilità di un uso di mezzo artificiale, sibbene alla normale funzione dell’organo”.

È interessante notare come alcune peculiarità del caso contribuiscano o meno al riconoscimento della circostanza aggravante:

- a) Nessun rilievo merita la possibilità in un futuro più o meno prossimo di emendare la menomazione funzionale con protesi
- b) L’aggravamento sussiste nell’ipotesi di danneggiamento anche di un singolo elemento dentario in soggetto già protesizzato quando la perdita di funzione di quel dente giustifichi il passaggio ad altra soluzione protesica meno valida
- c) Ininfluyente è anche il fatto che il singolo dente perduto fosse affetto da preesistenze patologiche; ciò con evidente richiamo all’art. 41 del c.p. *Concorso di causa*

Per i pochi casi in cui viene intentata una azione penale nei confronti del dentista per lesione personale colposa, ricordiamo che la remissione della querela interrompe il procedimento giudiziario e che tale eventualità si verifica frequentemente a seguito di intervenuto risarcimento economico del danno (modifiche del art. 590 c.p. apportate dalla legge 689/91).

Poiché ordinariamente il paziente ha un interesse primario al risarcimento economico, di scarsa utilità a tal fine risulta il procedimento penale; in caso di patteggiamento (possibile sin dall’inizio del processo penale), ad esempio, il giudice non decide sulla domanda di risarcimento danni avanzata con la costituzione di parte civile e il paziente si trova costretto ad iniziare una causa civile ordinaria (art. 444 c.p.p. *Applicazione della pena su richiesta delle parti*). Va ulteriormente puntualizzato che la sentenza di patteggiamento non costituisce affermazione di responsabilità e non ha dunque alcuna concreta utilizzabilità in favore della tesi accusatoria in un successivo procedimento civile.

Abbiamo già segnalato, inoltre, che nel giudizio penale la valutazione per colpa (quando sia in discussione l’imperizia del sanitario) è più rigorosa, in una certa misura più attenta alle ragioni dell’imputato e dunque l’eventuale assoluzione definitiva concluderebbe il procedimento senza alcun risultato utile per il danneggiato che si vedrebbe pregiudicata addirittura la possibilità di procedere civilmente, se costituitosi in precedenza parte civile.

Nondimeno la minaccia di un querela o di una segnalazione tributaria deve essere tenuta presente in quanto può concretizzarsi o essere utilizzata dal danneggiato come elemento di pressione.

2. I TERMINI TEMPORALI PER LA QUERELA

Appare rilevante dunque definire i termini temporali all'interno dei quali il professionista può essere perseguito, in relazione alla norma di riferimento che è rappresentata dall' art. 124 del c.p.: *“Salvo che la legge disponga altrimenti il diritto di querela non può essere esercitato percorsi tre mesi dal giorno della notizia del fatto che costituisce reato”*.

Il legislatore ha inteso fissare una sorta di controllo sulla tempestività della notizia di reato affinché il responsabile, nel nostro caso il professionista, non si trovasse per un tempo indeterminato soggetto all'incombente possibilità di subire l'azione penale.

Laddove l'ipotesi di responsabilità sia qualificabile *ictu oculi* (si pensi all'estrazione di un dente sano in luogo di quello malato o a complicità enormemente sproporzionate rispetto alla natura della prestazione sanitaria) deve intendersi il termine di giorni novanta a decorrere, tassativamente, dall'atto medico.

Nella prassi peraltro la questione pare molto più discutibile, potendosi manifestare in due differenti circostanze: *“in primo luogo, quando la stessa percezione fisica dell'ipotetico errore sopravviene significativamente a distanza di tempo rispetto all'intervento del sanitario, in secondo luogo quando l'immediata percezione di tale aspetto non si accomuna ad una fondata coscienza e conoscenza della dipendenza causale della malattia e lesione da un comportamento colposo (del medico)”*.

La Cassazione ha affrontato ripetutamente la questione rilevando come per notizia del fatto costituente reato debba intendersi la conoscenza certa del fatto delittuoso in tutti i suoi requisiti costitutivi, in modo che la persona offesa abbia avuto nozione di ogni elemento necessario per proporre fondatamente l'istanza di punizione.

Sono stati pertanto banditi, o meglio non assimilati, a siffatta conoscenza certa gli stati soggettivi di sospetto o semplicemente di dubbio in ordine all'esistenza dell'ipotetico reato. Ancor più incisivamente è stato affermato che *“il termine incomincia a decorrere dal momento in cui il titolare del relativo diritto si sia reso conto di tutte le connotazioni soggettive ed oggettive necessarie per l'integrazione del reato”* (Cassazione Sez. V 07 novembre (Brufani Giustizia Penale 1984 II 648).

Il diritto di querela viene così esteso nella sua effettiva portata temporale all'evidente fine di consentire al soggetto titolare del diritto di querela di esercitare la propria facoltà dopo aver raggiunto una globale ed esauriente informazione.

Quanto sin qui detto ci porterà a considerare sostanzialmente improponibile un atto di querela prodotto successivamente ad una presa di contatto fra cliente e professionista, il primo individuando elementi di censura a carico dell'operato del secondo dai quali far discendere una richiesta di danno, una volta trascorso nel silenzio il termine di 90 giorni.

Particolare interesse può essere attribuito anche agli stessi accertamenti di natura medico-legale, posto che questi potrebbero essere strumentalmente utilizzati per dare sopravvivenza a querele tardive. Sul punto la Giurisprudenza rimane, comunque, univocamente assediata dal momento che, se detto accertamento di natura esclusivamente medico-legale risulta essere il primo momento di una esplicita definizione di profili di ipotetica colpa professionale, il termine decorrerà, di necessità, dalla stesura o meglio dalla consegna al soggetto interessato (e cioè il paziente) del documento di natura medico-legale.

3. I REATI E GLI ILLECITI CONNESSI ALLA PROFESSIONE SANITARIA

A seconda l'attività svolta, il professionista può rivestire qualifiche giuridiche diverse che comportano particolari obblighi agli effetti della legge penale; l'inosservanza comporta non solo la esistenza o assenza del reato ma anche una diversa valutazione e graduazione di responsabilità per lo stesso fatto in relazione alla funzione svolta.

La figura di Pubblico Ufficiale è definita dall'art. 357 c.p. (*Nozione del pubblico ufficiale*).

La pubblica funzione si identifica nell'esercizio di un'attività legislativa, giudiziaria o amministrativa, svolta sotto la giurisdizione dello stato, che riveste carattere di necessità ai fini della sussistenza e gli scopi essenziali dell'Ente.

Il sanitario si trova a rivestire tale qualifica quando si trovi investito di poteri di supremazia come consulente tecnico o perito del tribunale; nel ruolo di dipendente del S.S.N. con funzioni dirigenziali od organizzative.

Secondo alcuni orientamenti giuridici la qualifica di pubblico ufficiale riguarderebbe in realtà qualsiasi sanitario con rapporto organico (di dipendenza o convenzione) con il SSN o altri Istituti di Assistenza e Previdenza (Cas. Pen Sez Unite, 7 Giugno 1988; Cass. Pen Sez II, 17 Giugno 1988).

Il profilo di Incaricato di Pubblico Servizio è sostanziato dall'art. 358 c.p. (*Nozione della persona incaricata di pubblico servizio*).

Per pubblico servizio si intende qualsiasi attività dipendente dallo stato diretta a realizzare fini socialmente utili che non comportano l'esercizio di poteri autoritativi, né la manifestazione della volontà della Pubblica Amministrazione. Si trovano in tale tutti i sanitari ospedalieri e convenzionati con il SSN.

L'esercente un servizio di pubblica necessità è descritto dall'art. 359 c.p. (*Persone esercenti un servizio di pubblica necessità*).

Per pubblica necessità si intende un'attività svolta con fini sociali da privati; il sanitario riveste tale ruolo quando esercita in modo autonomo come dipendente di enti privati o libero professionista; tale seconda eventualità rappresenta la situazione più frequente.

Possiamo dividere le possibili violazioni del sanitario in due categorie e analizzeremo di seguito alcune figure di reato comune riconducibili al secondo aspetto:

- a) Reati e illeciti specifici che richiedono come requisito essenziale che il soggetto attivo sia persona esercente una professione sanitaria
- b) Reati e illeciti comuni che possono essere commessi da chiunque: situazioni in cui la qualità di sanitario non ha alcuna specifica rilevanza giuridica.

3.1/1 Segreto professionale

L'obbligo del segreto professionale deriva dall'esigenza di tutela della vita privata del singolo cittadino ed è imposto dal Codice di Deontologia Medica (artt. 9, 10 c.d.) e dalla normativa penale (art. 326 c.p. *Rivelazione ed utilizzazione di segreti d'ufficio*; art. 622 c.p. *Rivelazione di segreto professionale*).

Il reato previsto dall'art. 326 c.p. riguarda pubblici ufficiali o incaricati di pubblico servizio (art. 357-358 c.p.), l'azione è punita con la reclusione e procedibile d'ufficio.

Il reato previsto dall'art. 622 c.p. interessa chiunque venga a conoscenza di infor-

mazioni per il proprio stato o lavoro; la sua sussistenza sostanzia un reato meno grave rispetto al precedente: è necessario che la persona offesa sia stata danneggiata dalla rivelazione; il reato è punibile a querela della persona offesa; prevede la reclusione o la multa.

In tali reati possono concorrere oltre il sanitario anche terze persone che abbiano ricevuto e successivamente diffusa la notizia (Cass. Sez. Unite Sent. 28 Novembre 1981 in Giust. Penale 1982, III, 135); nel caso dell'attività dentistica, oltre al sanitario, possiamo intendere anche gli altri componenti il personale ausiliario (assistenti e igieniste dentali, odontotecnici).

La rivelazione per giusta causa esclude la sussistenza del reato e tale situazione si realizza nelle seguenti condizioni:

- specifico ordine del legislatore come ad esempio la denuncia di malattie infettive;
- disposizioni dell'autorità giudiziaria (art. 51 c.p. *Esercizio di un diritto o adempimento di un dovere*); o amministrativa come la denuncia di reati, obbligo del referto, richieste di informazioni;
- motivi socialmente rilevanti come ad esempio per difendersi da false accuse mosse dal paziente al sanitario o documento giustificativo per la presentazione della parcella all'Ordine dei Medici;
- il caso in cui l'ammalato riveli a terzi la sua malattia o esoneri il sanitario dal tenere il segreto (art. 50 c.p. *Consenso dell'avente diritto*).
- motivazioni contemplate dal Codice Penale come esimenti la responsabilità (art. 45 c.p. *Caso fortuito o forza maggiore*; art. 46 c.p. *Costringimento fisico*; art. 48 c.p. *Errore determinato dall'altrui inganno*; art. 54 c.p. *Stato di necessità*; art. 52 c.p. *Legittima difesa*).

Riportiamo di seguito alcune considerazioni su particolari aspetti e gli orientamenti giurisprudenziali prevalenti.

a) Divulgazione attraverso mezzi di informazione

La divulgazione di notizie attraverso stampa o mezzi di informazione su persone di particolare rilievo può evocare il dubbio di sfruttamento pubblicitario di un successo terapeutico a vantaggio del sanitario, evenienza stigmatizzata deontologicamente (artt. 10, 55 c.d.); contestualmente è ipotizzabile il reato di abuso di immagine.

Esemplare a tale riguardo la sentenza n. 1 del 22-28 Gennaio 1981 della Corte Costituzionale in tema di rapporti con la stampa: “..rispetto alle esigenze di giustizia, la tutela del segreto professionale si colloca su un piano superiore rispetto al diritto dell'informazione”.

b) Facoltà di astenersi dalla deposizione testimoniale

I sanitari hanno facoltà di astenersi dal deporre su fatti conosciuti per lavoro che devono rimanere segreti con l'eccezione dei casi in cui sussiste l'obbligo di denuncia o di referto (art. 200 c.p.p. *Segreto professionale*; art. 201 c.p.p. *Segreto d'ufficio*) o dovere di esibizione di atti d'ufficio (art. 256 c.p.p. *Dovere di esibizione e segreti*).

Per contro eseguire un referto ingiustificato, dal quale derivi danno alla persona offesa, può esporre il sanitario a querela per violazione del segreto d'ufficio o professionale.

c) Mancanza degli estremi di reato per motivi socialmente rilevanti

Riportiamo di seguito una interessante sentenza (Corte di Cassazione Sez. 5 Sent. n. 1723 del 13.2.1962) che dichiarava la mancanza di estremi di reato di cui all'art. 622 c.p. *Rivelazione di segreto professionale*.

Un sanitario eseguiva una visita medico-legale per conto della Compagnia di Assicurazione su un paziente di cui era anche medico di fiducia; in base alle informazioni, dedotte dal proprio ruolo di medico curante, comunicava alla società assicuratrice la non dipendenza causale da un infortunio indennizzabile per cui il paziente aveva chiesto indennità assicurativa. Il paziente proponeva procedimento nei confronti del sanitario per risarcimento danni.

La corte riteneva moralmente scorretta la condotta del sanitario, per non aver avvertito il paziente di farsi visitare da altro professionista ma dichiarava assente il reato in quanto il mancato indennizzo lamentato dal paziente era conseguente ad attività illecita: *"...l'obbligo del segreto professionale non comporta l'obbligo di occultare un reato e non fa venire meno il diritto di ogni cittadino di impedire l'esecuzione del reato"*.

3.1/2 Tutela delle persone e altri soggetti rispetto al trattamento di dati personali

La Legge n. 675/1996 pubblicata sulla Gazzetta Ufficiale n. 5 del 08.01.1997 disciplina il trattamento dei dati personali in modo da garantire che il loro trattamento avvenga nel rispetto dei diritti, delle libertà fondamentali della dignità delle persone con particolare riferimento alla riservatezza.

La previsione del legislatore è applicabile in ogni ambito dove si maneggino i dati cosiddetti sensibili; è comunque rilevante l'importanza che tale legge riveste in ambito sanitario.

Il dentista può trattare con il semplice consenso scritto dell'interessato i dati idonei a rilevare lo stato di salute, limitatamente a dati e operazioni indispensabili per il perseguimento di finalità legate alla salute dell'interessato stesso (art. 10); sarà necessario, invece, richiedere singolarmente l'autorizzazione al Garante qualora il sanitario intenda raccogliere dati non indispensabili (vita sessuale, religione, convinzioni politiche) o fare un uso dei dati diverso da quello sanitario (art.7).

Una volta raccolti i dati, esiste un particolare dovere di diligenza nella custodia e nel controllo di dati personali (art.15) *"In modo da ridurre al minimo, mediante l'adozione di idonee misure di sicurezza, i rischi di distruzione o perdita anche accidentale dei dati stessi, di accesso non autorizzato al trattamento o di trattamento non consentito, non conforme alle finalità della raccolta"*

Le sanzioni prevedono la reclusione sino a un anno per l'omessa ammissione dolosa o colposa delle predette norme regolamentari di sicurezza (art. 15); se dal reato doloso deriva anche un documento la pena è della reclusione da 2 mesi a 2 anni. Altre sanzioni sono previste per l'omissione o infedeltà della prescritta notificazione (art.34), per il trattamento illecito dei dati personali (art.35) e per l'inosservanza dei provvedimenti adottati dal Garante (art.37).

Tralasciando l'esame di modalità della raccolta del consenso scritto del paziente e le altre problematiche operative ci soffermiamo su alcune nuove forme di responsabilità introdotte da questa legge a carico del dentista titolare dello studio; la Legge con-

tiene infatti la previsione di sanzioni civili, penali e amministrative in caso di violazione delle normative.

L'art. 18 stabilisce che chiunque cagiona danno ad altri per effetto del trattamento di dati personali è tenuto al risarcimento, ai sensi dell'art. 2050 c.c. (*Responsabilità per l'esercizio di attività pericolose*) e quindi il risarcimento dei danni è sempre dovuto, salvo che non si provi "di aver adottato tutte le misure idonee ad evitare il danno".

La presunzione di responsabilità può essere vinta solo attraverso una prova rigorosa, positiva offerta dal danneggiante di aver adottato ogni cura atta a impedire l'evento dannoso.

La responsabilità nel caso di studio professionale ricade sul dentista a cui compete ogni decisione inerente la raccolta o l'utilizzo della gestione dei dati (titolare e respon-

Tabella 2
**MODULO DI CONSENSO
AL TRATTAMENTO DEI DATI PERSONALI (FNOMCeO)**

Data

lo sottoscritto nato a il

residente a

doc. di identità n. assistito dal dott

e dallo stesso informato sui diritti e sui limiti di cui alla legge n. 675/96 concernente "La tutela delle persone e di altri soggetti rispetto al trattamento dei dati personali" esprimo il mio consenso ed autorizzo al trattamento dei miei dati personali, esclusivamente ai fini di diagnosi e cura,

il dott....., medico di fiducia, e, in sua assenza, i sostituti.

Firma

Uguualmente, la medesima Federazione ha predisposto un avviso da affiggere nelle sale d'aspetto e da porre in debita evidenza.

COMUNICAZIONE AGLI ASSISTITI

In data 8 maggio 1997 è entrata in vigore la legge 31 dicembre 1996 n. 675: "Tutela delle persone e di altri soggetti rispetto al trattamento dei dati personali".

La normativa prevede alcune incombenze per il medico curante che, per la sua attività professionale, ha necessità di raccogliere, registrare in archivio cartaceo o informatico e utilizzare i dati personali degli assistiti per sole finalità di diagnosi e cura. In particolare, ai sensi degli articoli 9 - 10 - 11 - 12 - 13 e 14 della legge citata, si rende necessario, per il medico, acquisire il consenso scritto del paziente che lo autorizza a raccogliere, registrare ed utilizzare i dati personali esclusivamente per la diagnosi e la cura. Il consenso concesso dal paziente al medico di fiducia si estende, per evidenti motivi di continuità terapeutica, anche ai sostituti in caso di assenza del medico di fiducia stesso.

Firma del medico.....

sabile del trattamento dei dati); in caso di studio associato i rapporti possono essere regolati con un ordine di servizio o regolamento interno che specifichi la gestione individuale separata a carico di ciascun professionista o la contitolarità da parte di tutti o alcuni professionisti, della responsabilità (risposta del Garante al quesito FNOMCeO).

La recentissima legge n. 675 del 1996 che fissa i termini per la tutela e la riservatezza dei dati cosiddetti sensibili, fa scattare dal mese di dicembre dell'anno 1997 l'obbligo del consenso scritto anche per la prescrizione medica.

In sostanza, medici e farmacisti dovranno richiedere ai propri pazienti il consenso scritto e l'autorizzazione del garante per la Privacy relativo al trattamento di dati sensibili, prima di firmare o di accettare la ricetta medica.

Poiché la prescrizione medica è idonea a consentire la rilevazione dello stato di salute della persona in questione, si rientra in quel regime di tutela della riservatezza dei dati personali cosiddetti sensibili.

Al di là dell'aspetto eminentemente burocratico, è evidente che, se anche solo l'indicazione del farmaco consente di desumere la patologia sofferta dall'interessato, e quindi lo stato di salute, è necessario il consenso da parte di questi.

A tale proposito, la soluzione praticamente percorribile potrebbe essere quella di integrare i moduli per le prescrizioni con la dichiarazione di consenso prestampata in calce, anche al fine di evitare dannose perdite di tempo nel caso in cui ci si trovi in situazione di particolare gravità ed urgenza.

La Federazione nazionale dei consigli dell'ordine dei medici e degli odontoiatri ha già predisposto un modulo di consenso che può essere utile riportare (tab. 2).

3.1/3 Esercizio abusivo di professione

In campo medico non è consentito il ricorso a sostituti che non siano in possesso dei requisiti di legge per l'esercizio della professione e neppure è consentito avvalersi di ausiliari per attività esorbitanti l'ambito loro concesso dalle leggi (art. 348 c.p. *Abusivo esercizio di una professione*).

Il reato si configura per personale non abilitato alla professione che esegua un intervento diretto in bocca al paziente ed a tal riguardo sono da precisare ulteriori punti: per la punibilità è sufficiente un unico atto e la ripetizione costituisce un aggravante (art. 81 c.p. *Concorso formale. Reato continuato*); il reato è rubricato come delitto contro la pubblica amministrazione, l'azione è punita in quanto tale e non costituiscono attenuante i risultati raggiunti, la capacità del soggetto, il consenso del paziente.

Cass. Pen. 28 maggio 1953: *“Per la consumazione del reato contemplato dall'art. 348 del c.p. non occorre né l'abilità, né la pluralità degli atti propri del dentista laureato, bastando ad integrarlo anche un solo atto; non è necessario che venga danno al paziente, essendo reato di pericolo e non di danno, e la cui obiettività giuridica è la tutela della salute pubblica indipendentemente da quelle dell'interesse dei professionisti e di colui che è ricorso all'opera del laureato; esso non è pertanto discriminato dal consenso dell'offeso per la prevalenza dell'interesse pubblico su quello privato.”*

Cass. Pen. Sez. 3, 9 marzo 1966: *“Perché il carattere di abusività dell'esercizio della professione è determinato obiettivamente dalla mancanza del titolo e dell'abilitazione nella persona che assume la parte del medico, rispetto alla data norma debbono considerarsi irrilevanti tanto la perizia, capacità e abilità del sog-*

getto (che possono essere, per avventura, anche pari o superiori a quelle della media dei professionisti abilitati), quanto l'esattezza dei giudizi tecnici espressi e l'esito positivo delle cure praticate".

L'esercizio abusivo della professione (348 c.p.) è una attività illecita per la quale possono essere contestualmente addebitate all'agente altre diverse ipotesi di reato secondo la fattispecie (*Lesione personale* art. 582 c.p.; *Circostanze aggravanti* art. 583 c.p.; *Lesioni personali colpose* art. 590 c.p.; *Associazione per delinquere* art. 416 c.p.; *Truffa* art. 640 c.p.; *Usurpazione di titoli o di onori* art. 498 c.p.; *Sostituzione di persona* art. 494 c.p.)

La contemporanea presenza del medico, definita comunemente prestanomismo, rappresenta: un concorso in reato, punito dal Codice Penale con la reclusione o con la multa; un illecito deontologico soggetto a sanzioni disciplinari dell'Ordine dei Medici (censura, sospensione, radiazione dall'Albo). Cass. Pen. Sez. 10 Aprile 1973: "...risponde, a titolo di concorso, del delitto di esercizio abusivo di professione, il professionista abilitato il quale consenta o agevoli lo svolgimento dell'attività professionale da parte di persona non autorizzata".

Il reato comporta in ambito civile le limitazioni previste in assenza dei requisiti giuridici richiesti per l'esercizio dell'attività professionale, cioè laurea, abilitazione e iscrizione all'Ordine (art.100 TULS R.D. 27-7-1934, n. 1265):

- l'esecuzione di una prestazione non dà diritto al pagamento della retribuzione (art. 2231 c.c. *Mancanza di iscrizione*);
- Non è possibile garanzia assicurativa di risarcimento danni per azioni illegittime;
- Non è possibile fatturare al paziente la prestazione configurandosi un illecito per evasione fiscale:

Vediamo di seguito quali siano i fondamenti e le fasi del procedimento penale nei casi di abusivismo. La notizia di reato può essere portata a conoscenza dell'Autorità Giudiziaria da un privato (esposto) o da un incaricato di funzione pubblica (referto); è un atto facoltativo che diviene obbligatorio in alcuni casi, come ad esempio il reato perseguibile d'ufficio (art. 364 c.p. *Omessa denuncia di reato da parte del cittadino*; art.365 c.p. *Referto*). L'esposto alla Procura dovrà avere caratteristiche precise, riportando dati oggettivi, essere confortato da notizie recenti, eventuali testimonianze e utilizzare una formula dubitativa che metta al riparo da successive querele.

La notizia determina l'avvio obbligatorio di un procedimento da parte del Pubblico Ministero che tende a verificare, attraverso indagini preliminari, l'esistenza del reato e l'eventuale responsabile; l'indagato riceve un avviso di garanzia. Al termine delle indagini preliminari il procedimento può essere archiviato o viene esercitata l'azione penale che consiste nell'addebitare al soggetto il fatto che costituisce il reato e chiedere che lo stesso venga giudicato.

Secondo l'attuale orientamento giurisprudenziale è riconosciuta all'Ordine dei Medici e all'ANDI il diritto di costituirsi parte civile nel procedimento penale per esercizio abusivo di professione.

3.1/4 Referto alla autorità giudiziaria

Il referto è l'atto scritto fatto pervenire all'Autorità Giudiziaria da qualunque sanitario, abbia prestato la propria assistenza a fatti che possono presentare i caratteri di delitto perseguibile d'ufficio.

Il referto deve essere trasmesso entro 48 ore al Pubblico Ministero (Procura della Repubblica) o al più vicino Ufficiale di polizia Giudiziaria; deve indicare dati identificativi della persona a cui è stata prestata assistenza, notizie sul fatto e lesioni riportate (art. 334 c.p.p. *Referto*).

La situazione in cui la persona offesa fosse esposta a procedimento penale esime dall'obbligo poiché sarebbe ostacolato l'accesso alle cure e quindi impedita la salvaguardia della funzione primaria di assistenza del medico ed il diritto alla salute del paziente (art.365 c.p. *Omissione di referto*).

Nella tabella 4 sono riportati solo i reati perseguibili d'ufficio di possibile riscontro nella pratica professionale odontoiatrica.

Tabella 3
REFERTO

DA CHI VA PRESENTATO	Tutti gli esercenti una professione sanitaria che hanno prestato assistenza
QUANDO	Entro 48 ore
A CHI	Procuratore della Repubblica nella località sede di Tribunale o Pretura <i>In subordine o come tramite:</i> Ufficiali di Polizia giudiziaria (Carabinieri, Guardia di Finanza, Corpo degli Agenti di Custodia, Corpo di Pubblica Sicurezza) Sindaco (ove nel comune non siano presenti Ufficiali di Polizia Giudiziaria)
CONTENUTI	Generalità della persona che ha richiesto l'assistenza Luogo, tempo e circostanze dell'intervento sanitario Dati identificativi dell'offeso (generalità e luogo dove si trova) Notizie sul delitto (circostanze, cause, mezzi, effetti cagionati)
OBBLIGATORietà	<i>Reati procedibili d'ufficio (art. 50 c.p.p):</i> omicidio colposo, doloso, preterintenzionale (artt. 575,584,586,589 c.p.); maltrattamenti in famiglia (artt. 571, 572 c.p.); lesioni volontarie dolose con guarigione oltre i 20 giorni (art. 582 c.p.; art. 91 della Legge 24 Novembre 1981, n. 689); lesioni colpose derivanti da malattia professionale o infortunio sul lavoro; rissa (art.588c.p.); omissione di soccorso (art. 328 c.p.).
ASSENZA DI OBBLIGATORietà	Lesioni dolose lievissime (582 c.p.)** Lesioni colpose senza aggravanti (art. 590 c.p.)*** Violenza carnale (art.519 c.p.) * Atti di libidine violenti (art. 521 c.p.)* Rischio di procedimento penale per l'offeso (art 365 c.p.) Situazione di pericolo per il sanitario e altri (art.384 c.p.).

* Salvo i casi associati ad altro delitto perseguibile d'ufficio

** Con prognosi inferiore ai 20 giorni e senza aggravanti previste dagli artt. 583, 585 c.p.

*** In quanto procedibili a querela della parte offesa (L.n. 689 /1981)

Tabella 4
**ALCUNI REATI PER I QUALI
 È OBBLIGATORIO O MENO IL REFERTO**

Delitti per i quali vi è obbligo di referto:	Delitti per i quali non vi è obbligo di referto:
Delitti contro la famiglia art. 571, 572 c.p.	a) Si espone l'assistito a procedimento penale - Rissa, art. 588 c.p. b) Si procede a querela della persona offesa
Omicidio (vari tipi) art. 575, 576, 577, 579, 584 c.p.	Violenza carnale* art. 519 c.p.
Lesioni personali gravi e gravissime art. 582, 583 c.p.	Atti di libidine violenti* art. 521 c.p.
Rissa art. 588 c.p.	Corruzione di minori* art. 530 c.p.
Lesioni personali colpose art. 92, 590 c.p. e L. n. 689/1981	Percosse ** art. 581 c.p.
Abbandono di minore o incapace art. 591 c.p.	Lesioni personali lievissime senza aggravanti *** artt. 582, 583, 585 c.p.
Omissione di soccorso art. 593 c.p.	Lesioni personali colpose senza aggravanti art. 590 c.p.
Omissione di atti d'ufficio art. 328 c.p.	

* Salvo i casi in cui siano non correlabili al delitto di lesioni personali, ovvero commessi dal genitore o dal tutore, da un pubblico ufficiale o da un incaricato di pubblico servizio o se associati ad altro delitto per il quale si deve procedere d'ufficio, ad esempio, atti osceni.
 ** Salvo i casi in cui siano connesse con altro delitto perseguibile d'ufficio.
 *** Purchè non ricorrano aggravanti speciali del delitto di omicidio o comuni, quando non determinate da sostanze corrosive o commesse per violenza carnale o atti di libidine violenti.

a) Inadempimento

L'inadempimento dell'obbligo può avvenire per mancata o ritardata presentazione (oltre i termini legali), incompletezza, reticenza, falsità; tali situazioni comportano diverse ipotesi di reato:

- L'omissione di referto (art. 365 c.p.) da parte di qualsiasi sanitario è un reato contravvenzionale punito con la multa
- Il reato di Favoreggiamento personale (art. 378 c.p.) è ipotizzabile nel caso l'omissione sia stata finalizzata ad aiutare qualcuno o ostacolare l'indagine dell'Autorità Giudiziaria
- Errore di fatto (art. 47 c.p.) può essere ipotizzato nel caso il sanitario dimostri di avere escluso l'obbligo in buona fede.

b) Orientamento della Magistratura sul referto

L'orientamento della magistratura sul referto è chiarito dalle seguenti sentenze che sull'argomento non sono peraltro numerose:

- a) Nel caso la prestazione sia effettuata da più sanitari “... *tutti i medici intervenuti sono tenuti ugualmente all'adempimento e dell'obbligo del referto medico*” (Cassazione 20.12.1968).
- b) Per quanto riguarda l'obbligo “... *sussiste l'obbligo del referto in ogni caso di intervento professionale indipendentemente dal fatto che tale prestazione avvenga occasionalmente e senza retribuzione alcuna*” (Pretore di Castellaneta sentenza 2 Maggio 1982)
- c) Criteri a cui fare riferimento per stabilire quando ci si trovi in presenza ad un reato procedibile d'ufficio “... *è necessario che il sanitario ravvisi la possibilità concreta della sussistenza di un delitto perseguibile d'ufficio (non quindi un reato contravvenzionale) delitto che non deve essere necessariamente compreso tra quelli aventi ad oggetto l'incolumità fisica della persona, ma anche un diverso oggetto giuridico*” (Cassazione 20.12.1968)
- d) Individuazione del momento in cui sorge l'obbligo del referto “... *tale obbligo del referto sorge per il solo fatto di aver prestato assistenza in casi che possono in concreto presentare i caratteri di delitto perseguibile d'ufficio secondo la valutazione del sanitario medesimo. L'esclusione a posteriori di detta perseguibilità in base all'accertamento definitivo delle conseguenze fisiche o psichiche derivate al soggetto passivo non ha riflessi penalistici sulla responsabilità del sanitario emittente perché il reato di cui all'art.365 è reato di pericolo*” (Cass. Sez. 3, Sent. n.1836/69)
- e) Valore probatorio del referto “*Il referto sanitario è fonte di prova giacché essendo redatto nell'adempimento di un preciso dovere giuridico penalmente sanzionato da persona esercente un servizio di pubblica necessità ed essendo destinato a dare a dare all'autorità giudiziaria notizia di un fatto che possa presentare i caratteri di reato, presenta in generale i caratteri di attendibilità quanto alle circostanze riferite. L'efficacia probatoria in astratto del referto trova conferma nella norma che ne permette la lettura in dibattimento*” (Cass. Sez. 1/65)
- f) Reato di favoreggiamento personale “*condotta attiva antagonista alle investigazioni di Polizia Giudiziaria aventi l'idoneità a far sorgere pericolo che esse siano eluse o falliscano le ricerche dell'indiziati*” (Cass. 24.01.82; Cass. Pen., Sez. VI, 28 Maggio 1985).

3.1/5 La denuncia alla Autorità Giudiziaria (rapporto)

Il rapporto è un documento obbligatorio con cui il sanitario con funzione pubblica informa l'Autorità Giudiziaria su reati perseguibili d'ufficio appreso nell'esercizio delle sue funzioni.

Si tratta di un obbligo giuridico il cui inadempimento espone il sanitario a sanzioni ispirate da maggior severità dell'omissione di referto contemplata per il libero professionista: ciò in relazione alla qualifica di medico pubblico dell'autore.

L'Omessa denuncia da parte di pubblico ufficiale (art. 361 c.p.) o di incaricato di pubblico servizio (art. 362 c.p.) costituisce reato contravvenzionale punito con am-

menda; non è prevista l'esenzione dalla compilazione della denuncia nel caso l'assistito sia esposto a procedimento penale diversamente da quanto riportato per il referto dell'assistito: tale situazione crea obblighi diversi per il medico pubblico nei confronti del libero professionista con soluzioni non del tutto agevoli.

Il reato di Falsità in atti (art. 476 c.p. *Falsità materiale commessa dal pubblico ufficiale in atti pubblici*; art. 477 c.p. *Falsità materiale commessa dal pubblico ufficiale in certificati o autorizzazioni amministrative*; art. 478 c.p. *Falsità materiale commessa dal pubblico ufficiale in copie autentiche di atti pubblici o privati e in attestati del contenuto di atti*; art. 479 c.p. *Falsità ideologica commessa dal pubblico ufficiale in atti pubblici*; art. 480 c.p. *Falsità ideologica commessa dal pubblico ufficiale in certificati o in autorizzazioni amministrative*) è punito come delitto con la reclusione.

4. I REATI E GLI ILLECITI COMUNI

4.1 L'omissione di soccorso e rifiuto di atti d'ufficio

Il dovere di agire in condizioni di urgenza è un obbligo di tipo etico e deontologico (art. 7 c.d.) e giuridico il cui mancato adempimento si configura come reato di tipo omissivo ascrivibile a negligenza.

La norma giuridica non è specificatamente rivolta al medico ma è riferita al dovere per qualsiasi persona di prestare soccorso; va quindi considerato come soggetto attivo di omissione di soccorso (art. 593 c.p.) il libero professionista o, in generale, l'esercente un servizio di pubblica necessità.

Un identico comportamento configura un delitto contro la pubblica amministrazione di rilevanza più grave (art. 328 c.p. *Rifiuto di atti d'ufficio*), nei casi in cui il medico abbia la funzione di pubblico ufficiale o di incaricato di pubblico servizio.

4.2 La truffa

Il raggio avviene mediante la simulazione di circostanze non vere, artificialmente create per indurre altri in errore; le conseguenze sono il danno patrimoniale e l'ingiusto profitto (art. 640 c.p. *Truffa*).

Il reato di truffa non deve essere confuso con altri reati non applicabili alla specifica funzione propria del dentista: insolvenza fraudolenta (art. 641 c.p. *Insolvenza fraudolenta*) in cui la frode viene conseguita dissimulando una circostanza vera che rende inattuabile l'adempimento dell'obbligazione assunta dall'agente; frode in commercio (art. 515 c.p. *Frode nell'esercizio del commercio*) che non può realizzarsi a carico del dentista in quanto non esercente una attività commerciale.

Il reato di truffa nei confronti del paziente è ipotizzabile in situazioni in cui il dentista volontariamente induca in errore il paziente per trarne profitto economico: esecuzione di trattamenti non necessari o ingiustificati, richiesta di onorari per cure non eseguite o materiali diversi, più costosi di quelli effettivamente utilizzati.

Peraltro tale situazione nella pratica forense si rivela infrequente o immotivatamente nominata in sede civile accanto a richieste di risarcimento danni.

Ipotesi di truffa era stata proposta per casi di doppi incarichi di dipendente della Pubblica Amministrazione. Secondo l'attuale normativa, peraltro di prossimo muta-

mento, i sanitari dipendenti da Enti pubblici possono esercitare la libera professione con modalità differenti a seconda l'attività sia a tempo pieno o definito: la possibilità è prevista esclusivamente entro l'ospedale (intra moenia) per il personale a tempo pieno; l'esercizio extraospedaliero è concesso invece al personale a tempo definito.

Il tempo definito può essere chiesto dal sanitario dipendente al Comitato di gestione dell'Ente che ha discrezionalità di respingere la domanda in relazione a motivate esigenze di servizio (art. 47 legge n.833/78; art. 35 DPR 20-12-1979 Stato giuridico dei dipendenti delle USL; art. 54 legge 18 Aprile 1975, n.148).

Nel caso di doppi incarichi da parte di medici pubblici dipendenti a tempo pieno che esercitino la libera professione è ipotizzabile il reato di truffa: raggiro per non aver dichiarato all'Ente l'attività; ingiusto profitto per gli emolumenti ricavati dalla libera professione conseguendo vantaggi in carriera rispetto ad altri colleghi a tempo definito; danno patrimoniale all'USL per sottrazione di impegno ed energie.

Citiamo una sentenza in merito al problema: esclude l'imputabilità per truffa a carico di un medico ospedaliero a tempo pieno che esercitava la professione odontoiatrica al di fuori degli orari di servizio.

Tribunale di Milano, Sentenza n. 2168 Sez.2, 30 giugno 1987: *“Il silenzio serbato dall'imputato nei confronti dell'Amministrazione dell'ospedale integra il concetto di artificio rilevante ai sensi dell'art. 640 2° comma CP perchè l'amministrazione ha continuato a corrispondere la retribuzione propria del tempopienista in considerazione da una parte dell'impegno preso dall'imputato all'atto dell'opzione per il tempo pieno e dall'altra dal fatto del silenzio serbato sull'attività svolta. Non vi è dubbio che tale silenzio non si è concretato nel semplice approfittamento di una situazione di ignoranza in cui già versava la controparte (amministrazione ospedaliera) ma ha avuto efficienza casuale sulla corresponsione periodica delle retribuzioni proprie del medico a tempo pieno. Soggiungeva il Tribunale che nel concetto di danno “non poteva affatto rientrare la violazione dell'obbligo della totale disponibilità verso la sanità pubblica; e ciò perchè con il rispetto delle 40 ore settimanali di servizio non vi era stata una sottrazione di impegno e di dedizione e di energie lavorative alla struttura pubblica... e che ad ogni modo sarebbe facilmente dimostrabile l'esistenza di un minor livello qualitativo dell'attività svolta in conseguenza dell'esercizio della professione nelle ore libere dal lavoro ospedaliero. Tutto ciò, non poteva certo integrare il danno patrimoniale di cui all'art. 640 c.p. anche in considerazione del fatto che tale ipotizzato minor livello qualitativo potrebbe essere conseguenza di qualsiasi ulteriore attività professionale e non svolta dall'imputato nel corso della giornata”.*

Il sanitario convenzionato che richieda il pagamento da parte di assistiti di prestazioni convenzionate, cioè la corresponsione di onorari per prestazioni o importi per materiali previsti dal Sistema Sanitario Nazionale potrebbe incorrere in situazioni penalmente rilevanti (concussione, truffa, abuso d'ufficio, etc.); nel caso gli assistiti siano stati indotti in errore facendo apparire come non comprese prestazioni effettivamente comprese nel rapporto di convenzione è legittimamente imputabile il reato di truffa aggravata.

Citiamo in proposito il caso specifico di un dentista che era stato condannato in primo grado a 5 mesi di reclusione per truffa aggravata per essersi fatto pagare importi relativi a materiali protesici di qualità superiore a quelli forniti dal SSN.

In appello il dentista fu assolto in quanto il fatto non costituiva reato (Corte d'Ap-

pello di Roma Sez. 1, Sentenza 29 ottobre, n. 4015) essendo stato effettivamente fornito un materiale di maggior pregio che forniva più sicure garanzie cliniche rispetto a quello fornito in convenzione:

“Può ritenersi lecito, perlomeno sotto il profilo penale se non sotto quello deontologico o più in generale morale, il comportamento del professionista il quale di volta in volta, addivenga ad un accordo con il paziente in base al quale stabilisca un compenso in ragione della fornitura di materiale che presenta particolari caratteristiche di affidabilità. Non può assumere, quindi, rilievo giuridico l’indagine circa la congruità del prezzo in relazione al materiale fornito, dal momento che una tale valutazione era rimessa alla volontà delle parti liberamente determinatasi”.

4.3 La responsabilità penale per i delitti contro la pubblica amministrazione

La legge n. 86 del 26 Aprile 1990 ha mutato l’interpretazione di alcune figure delittuose per pubblici ufficiali e incaricati di pubblico servizio (art. 357 c.p. *Nozione del pubblico ufficiale*; 358 c.p. *Nozione della persona incaricata di pubblico servizio*):

- ha abolito i reati di *Interesse privato in atti d’ufficio*, *Malversazione a danno di privati*
- ha individuato nuove figure di reato come il *Peculato d’uso*
- ha allargato altre figure di reato esistenti (*Abuso innominato di atti di ufficio*, *Istigazione alla corruzione*, *Rivelazione ed utilizzazione di segreti d’ufficio*).

L’abrogazione del reato di *Interesse privato in atti d’ufficio* era stato ravvisato in passato nel caso di: Medici ospedalieri che dirottavano i propri pazienti dall’Ente Pubblico verso studi professionali; interessamento del medico ospedaliero per denaro o altra utilità, per sveltire l’ingresso del paziente in ospedale.

Dopo l’abrogazione dell’articolo a seconda della gravità tale fatto potrà essere inquadrato come *Abuso d’atti d’ufficio* (art. 323 c.p. *Abuso d’ufficio*) o costituire solo illecito disciplinare soggetto a un procedimento amministrativo per l’applicazione di sanzioni disciplinari.

Nel passato nel caso di astensione selvaggia da lavoro in corso di scioperi non autoregolamentati erano stati contestati i reati di abbandono di servizio (art. 330 c.p. *Abbandono collettivo di pubblici uffici, impieghi, servizi o lavori*; art. 333 c.p. *Abbandono individuale di un pubblico ufficio, servizio o lavoro*) ed in caso di mancata presentazione a seguito di precettazione il reato di inosservanza di un provvedimento dell’Autorità emanato per ragioni di sicurezza (art.650 c.p. *Inosservanza dei provvedimenti dell’Autorità*).

La legge n. 146 del 12 giugno 1990 ha regolamentato il diritto allo sciopero per i pubblici servizi essenziali (sanità, istruzione, trasporto, comunicazione, libertà, previdenza e assistenza) introducendo i seguenti criteri:

- obbligo di autoregolamentazione sindacale con un preavviso di non inferiore a giorni dieci e indicazione della durata delle singole astensioni
- abolizione della configurabilità di reato (abrogazione art. 330 c.p. *Abbandono collettivo di pubblici uffici, impieghi, servizi o lavori*; art. 333 c.p. *Abbandono individuale di un pubblico ufficio, servizio o lavoro*)
- in caso di inosservanza dell’ordinanza di precettazione, applicazione della sola sanzione economica per ogni giorno di mancata ottemperanza.

Tabella 5
I REATI DEL DENTISTA

TITOLO	REATO (art. c.p.)	ESEMPIO
DELITTI CONTRO LA PERSONA	Lesione personale colposa (590)	Danno alla persona causato da terapie omesse, ritardate, errate
	Omicidio colposo (589)	Morte del paziente per errate, ritardate od omesse terapie
	Omissione di soccorso (593)	Omissione di assistenza eseguita da qualsiasi cittadino
	Rivelazione di segreto professionale (622) Violenza privata (610)	Danneggiare il paziente rivelando dati senza giusta causa Intervento sanitario senza consenso o contro la volontà del paziente
DELITTI CONTRO IL PATRIMONIO	Truffa (640)	Ingannare il paziente per ottenere il pagamento di prestazioni non dovute da parte di qualsiasi sanitario
	Peculato (314,316)	Appropriarsi di denaro della pubblica amministrazione da parte di sanitario con funzione pubblica
	Concussione (317)	Costringere l'utente a pagare per una prestazione dovuta da parte di sanitario con funzione pubblica
DELITTI CONTRO LA PUBBLICA AMMINISTRAZIONE	Corruzione (318,319)	Ricevere compensi per prestazioni previste dal SSN da parte di sanitario pubblico
	Rivelazione di segreti d'ufficio (326)	Danneggiare il paziente rivelando dati senza giusta causa, da parte di sanitario pubblico
	Abuso d'ufficio (323)	Ottenere un ingiusto vantaggio non patrimoniale per svolgere la funzione pubblica
	Omissione o rifiuto d'atti d'ufficio (328)	Omissione di assistenza eseguita da sanitario con funzione pubblica
	Interruzione di pubblico servizio (331)	Sospensione immotivata del servizio da parte di sanitario con funzione pubblica
	Rifiuto di prestare atti legalmente dovuti (366)	Rifiutarsi senza giustificato motivo di eseguire perizia o consulenza tecnica d'ufficio
DELITTI CONTRO L'AMMINISTRAZIONE GIUDIZIARIA	Omessa denuncia di reato (361,362)	Eseguire perizia o consulenza falsa
	Omissione di referto (365)	Ritardare o non eseguire la segnalazione di reato procedibile d'ufficio all'autorità giudiziaria, da parte di sanitario con funzione pubblica
	Falsità in atti (476,477,478,479,480,481,483)	Ritardare o non eseguire la segnalazione di reato procedibile d'ufficio all'autorità giudiziaria senza giustificazione, da parte di qualsiasi sanitario
DELITTI CONTRO LA FEDE PUBBLICA	Usurpazione di titoli (498)	Contraffazione o alterazione di certificati, autorizzazioni, atti pubblici, ricette
	Abuso di professione (348)	Attribuirsi titoli non conseguiti Esercizio della professione sanitaria senza laurea o abilitazione

Bibliografia

1. ANFORA G.: *Una vexata quaestio: colpa professionale, grado della colpa, responsabilità penale del sanitario. Rilevano le regole deontologiche*, Giust. pen., II, 1990: 683
2. BONSIGNORE R.: *Attività biomediche e responsabilità penale*, Giust. pen., II, 1993: 317
3. CATALDI M.: *Su alcuni elementi di rilevanza penale del trattamento medico-chirurgico*. Nuovo diritto, 1992: 885
4. CENICCOLA R.: *Nuove norme sui reati dei pubblici ufficiali contro la Pubblica Amministrazione*, Giur. mer., II, 199: 1095
5. CIVININI M.G.: *Sospensione del processo civile per c.d. pregiudizialità penale: questioni teoriche e riflessi pratici*, Foro it., V, 1991 363
6. DELL'OSSO G., FINESCHI V.: *L'abusivismo odontoiatrico*, Federazione medica, 10, 1986: 1357
7. IADECOLA G.: *Il medico e la legge penale*, Cedam Ed., Verona, 1993
8. GENNARI M., SARTORI T.: *La nuova disciplina relativa ai delitti dei pubblici ufficiali contro la pubblica amministrazione: riflessi sulle professioni sanitarie*, Riv. it. med. leg., 11, 1993
9. LEMME E., PELOTTI S.: *Aggiornamenti normativi in medicina legale*, Esculapio E., Bologna, 1994
10. MAZZACUVA N.: *Problemi attuali in materia di responsabilità penale del sanitario*, Riv. it. med. leg., 1984: 399
11. PARODI C., NIZZA V.: *La responsabilità penale del personale medico e paramedico*, UTET, Torino, 1996: 488 e seg.
12. SANTACROCE G.: *Informazione, rivelazione ed utilizzazione di segreti d'ufficio*, P.A. e Giurisdizione Penale, Roma, 1994: 133-140

5. LA RESPONSABILITÀ CIVILE

A. Rigoli, F. Montagna

La responsabilità civile consiste nell'obbligo di risarcire il danno ingiusto conseguente a illecito comportamento e mira alla reintegrazione dell'interesse del privato.

Può seguire ad una condanna penale (art. 185 c.p. *Restituzioni e risarcimento del danno*) o realizzarsi autonomamente (art. 1218 c.c. *Responsabilità del debitore*; art. 2043 c.c. *Risarcimento per fatto illecito*); nei casi in cui venga a realizzarsi una modificazione peggiorativa dello stato di salute del paziente, lo stesso fatto può prospettare l'ipotesi contestuale di illecito penale e civile.

1. LA NOZIONE DI RESPONSABILITÀ CONTRATTUALE, EXTRACONTRATTUALE, OGGETTIVA

In ambito civilistico si distinguono diverse forme di responsabilità con connotazioni giuridiche diverse: la responsabilità contrattuale ed extracontrattuale.

Vedremo come il progressivo rigore manifestato dalla magistratura nei confronti dell'errore medico ha portato ad ipotizzare una introduzione di fatto di una responsabilità di tipo oggettivo, ufficialmente estranea alla previsione codicistica.

1.1 La responsabilità contrattuale

L'ambito della responsabilità contrattuale è costituito dall'esecuzione di terapie specialistiche per l'esecuzione delle quali il paziente si è rivolto al dentista (conservativa, parodontologia, protesi, implantologia, etc.).

La responsabilità contrattuale si verifica per l'inadempimento degli obblighi professionali che il dentista assume verso il paziente tramite il contratto di cura a fornire una diligente e coscienziosa prestazione attraverso mezzi diagnostici e terapeutici: il sanitario deve essere sempre accorto, rispettoso della sicurezza del paziente e diligente come "un buon padre di famiglia" (art. 1176 c.c. *Diligenza nell'adempimento*).

Il dentista, in quanto prestatore d'opera (debitore), ha l'obbligo di eseguire esattamente la prestazione e di risarcire i danni derivati al paziente (creditore o cliente) dal mancato o ritardato adempimento di obblighi sanciti dal contratto; inoltre compete all'inadempiente dimostrare l'impossibilità ad effettuare correttamente la prestazione contrattuale per causa a lui non attribuibile (art. 1218 c.c. *Responsabilità del debitore*).

Il sanitario deve dimostrare l'esistenza di una causa produttiva del danno ed estranea alla sua previsione iniziale, a lui non imputabile: tale situazione pone l'onere della prova a carico del dentista (presunzione di colpa; inversione dell'onere della prova). Rimane comunque al paziente l'onere di provare l'esistenza del danno riconducibile alla prestazione professionale (art. 2697 c.c. *Onere della prova*; art. 2698 c.c. *Patti relativi all'onere della prova*).

L'applicazione del principio giuridico è esemplificata dalla Cassazione Civile nella seguente massima del 1978: "Il cliente che assume di essere stato danneggiato dal-

la prestazione professionale sanitaria ha l'obbligo di provare che l'atto sanitario (ed eventualmente le terapie successive allo stesso) era di facile esecuzione e non richiedeva cioè particolare abilità e presentava un minimo di rischio negativo o peggiorativo delle condizioni originarie, mentre il sanitario per liberarsi dell'accusa di negligente prestazione, conseguente all'adempimento dell'onere probatorio a carico del cliente, deve provare che ha eseguito in modo adeguato e diligente la prestazione e che l'esito peggiorativo dell'operazione è stato determinato da un evento impreveduto ed imprevedibile secondo l'ordinaria diligenza professionale ovvero da particolari condizioni fisiche del paziente".

La responsabilità contrattuale nei casi di speciale difficoltà è limitata e il debitore risponde solo per dolo o colpa grave (art. 2236 c.c. *Responsabilità del prestatore d'opera*) ed in tale situazione è escluso qualsiasi patto che limiti la responsabilità (art. 1229 c.c. *Clausole di esonero di responsabilità*).

Tale affermazione va comunque temperata precisando che per il sanitario la colpa grave per interventi che presentano eccezionali difficoltà tecniche è riferita esclusivamente alla mancanza di capacità tecnica (perizia); non alla mancanza di prudenza e diligenza, che vengono giudicate con criteri di maggior rigore dalla magistratura e risultano foriere di responsabilità anche nel caso di colpa ordinaria.

Il termine in cui si prescrive il diritto del paziente a chiedere il risarcimento è di dieci anni dalla data del fatto (art. 2946 c.c. *Prescrizione ordinaria*).

1.2 La responsabilità extracontrattuale

La responsabilità extracontrattuale si realizza per un danno da fatto illecito prescindendo dal contratto di cura tra le parti ed è disciplinata dal disposto generale dell'art. 2043 c.c. *Risarcimento per fatto illecito*.

Il principio giuridico deriva dalla lex Aquilia romana (da cui il nome di responsabilità aquiliana) che disponeva il risarcimento da fatto illecito anche in assenza di dolo per violazione del principio del *neminem laedere* vale a dire violazione di obblighi imposti in via generale dal diritto oggettivo.

La responsabilità extracontrattuale pone l'onere della prova a carico del danneggiato che deve dimostrare:

- la ricorrenza di un comportamento antiggiuridico da parte dell'autore del danno
- l'esistenza di un danno con ininterrotto nesso di causalità
- l'ammontare del danno.

Il diritto al risarcimento si prescrive in cinque anni (art. 2947 c.c. *Prescrizione del diritto al risarcimento del danno*).

Tale situazione rappresenta una minoranza di casi in ambito odontoiatrico in cui non vi sia stato alcun precedente accordo tra sanitario e paziente. Per contro, comprende una serie di situazioni le più svariate che sono per lo più classificabili come complicanze o incidenti come ad esempio: assistenza a emergenze mediche sorte a seguito di una terapia odontoiatrica; incidenti avvenuti nello studio odontoiatrico per insidie occulte nell'ambiente; incidenti avvenuti dopo la dimissione di un paziente non in buone condizioni psicofisiche.

1.3 La responsabilità mista

La responsabilità contrattuale riguarda l'esecuzione delle terapie odontoiatriche

per le quali il paziente si è rivolto al dentista e sono state concordate con il piano di cura; la responsabilità extracontrattuale comprende incidenti o complicazioni imprevedute che si determinano conseguentemente alle cure.

In verità, tranne casi particolari, le due forme di responsabilità sopra presentate si sovrappongono creando delle situazioni intermedie di responsabilità mista contrattuale ed extracontrattuale, nelle quali il dentista dovrà dimostrare la correttezza del proprio operato nel prevenire l'evento dannoso e il paziente l'aver ricevuto un danno a seguito di condotta colposa durante la terapia.

In giurisprudenza si ammette che le due forme, contrattuale ed extracontrattuale, possano entrambe sussistere, in alternativa o in concorso (Cassazione Civile, n. 271/77).

Ricordiamo comunque che, indipendentemente dal tipo di responsabilità, non esiste differenza ai fini delle indagini medico-legali, poiché il compito del consulente tecnico (d'ufficio e di parte) consiste esclusivamente nell'analisi dei dati tecnici e biologici; il dato potrà essere indicato come elemento per aiutare l'interpretazione del fatto da parte dei committenti.

1.4 La responsabilità oggettiva

La individuazione della colpa del professionista (colpa soggettiva) ha costituito per molto tempo il criterio fondamentale per l'attribuzione della responsabilità civile.

A fronte delle esigenze di tutela individuale prospettate dallo sviluppo economico e sociale, il principio della colpa soggettiva si rivelava insufficiente per la difesa dei diritti dei consumatori, considerata la difficoltà di provare i termini di responsabilità per danni provocati da prodotti difettosi o in ambiti complessi di produzione.

Per questo motivo si è andato sviluppando in giurisprudenza il principio della responsabilità oggettiva che consiste nell'imputare a un soggetto il verificarsi di un evento dannoso, non necessariamente in base ad un criterio di colpa di una singola persona, ma per il cattivo funzionamento della struttura riconducibile alla funzione di gestione e amministrazione.

La responsabilità oggettiva come rischio d'impresa, già nota al legislatore (art. 2049 c.c. *Responsabilità dei padroni e committenti*), ha trovato nel D.P.R. 24-5-1988 n.224 "*Responsabilità del produttore*" la norma di chiusura che recepisce la direttiva CEE n. 85/374, uniformando la nostra legislazione agli altri paesi europei.

In tale decreto la responsabilità per danni causati da prodotti difettosi è attribuita a responsabilità incolpevole connessa all'attività imprenditoriale, vale a dire per difetti di progettazione e fabbricazione conseguenti ad attività organizzate di produzione per le quali non può essere invocata una responsabilità formata sul criterio della colpa (rischio d'impresa).

Lo stesso decreto fissa i termini di prescrizione e decadenza del diritto al risarcimento: tre anni dal giorno in cui il danneggiato ha avuto conoscenza del danno, del difetto o dell'identità del responsabile; dieci anni dal giorno in cui il produttore ha messo in circolazione il prodotto difettoso da cui è derivato il danno.

Il DPR 224/88 può trovare originale applicazione nel diritto di rivalsa da parte di dentisti e odontotecnici verso ditte produttrici per difetti di produzione o progettazione di materiali e articoli dentali che si riversino sul prodotto finito; soprattutto alla luce della attuale evoluzione legislativa rappresentata dalla legge 46/97 (recepimento

delle direttive CEE 93/42) che richiede la certificazione per i dispositivi sanitari su misura come sono appunto classificabili le protesi dentarie.

Lo stesso concetto di colpa oggettiva trova applicazione anche in campo sanitario; infatti, sempre più spesso l'attività sanitaria è esercitata nell'ambito di strutture complesse (Enti, ospedali, cliniche, poliambulatori) dove l'errore ed i comportamenti che hanno causato il danno non sono riconducibili ad una singola persona ma al cattivo funzionamento della struttura.

Tali vertenze, che sono insolubili applicando il criterio di responsabilità per colpa soggettiva di un sanitario, hanno portato a valorizzare il criterio civilistico di responsabilità senza colpa dell'ente e/o della struttura sanitaria.

Naturalmente il criterio di responsabilità oggettiva non è applicabile indiscriminatamente alle prestazioni medico-chirurgiche in generale ed odontoiatriche in particolare, quando queste sono progettate e realizzate per particolari esigenze in un esemplare unico.

Ricordiamo infine che in alcuni casi specifici il realizzarsi di gravi complicazioni quoad valetudinem aut vitam (morte, cecità, elevata invalidità) in parte ascrivibili a manualità dubbie non sempre condannabili tout court può influenzare la severità del giudizio introducendo la percezione di una forma di responsabilità oggettiva: tale decisione, non specificatamente tecnica, rimessa all'apprezzamento del Giudice, risponde peraltro alle esigenze di solidarietà sociale.

2. CONSIDERAZIONI IN GENERALE SULLA RESPONSABILITÀ CIVILE

L'art. 32 della Costituzione recita: *“La Repubblica tutela la salute come fondamentale diritto dell'individuo e interesse della collettività, e garantisce cure gratuite agli indigenti. Nessuno può essere obbligato ad un determinato trattamento sanitario se non per disposizione di legge. La legge non può in nessun caso violare i limiti imposti dal rispetto della persona umana”*.

Da questo fondamentale dettato costituzionale emerge che - tra le varie professioni - quella del medico in generale (e ovviamente anche del dentista) richiede caratteristiche del tutto particolari che spaziano dalla professionalità alla preparazione, alla competenza, a doti di sensibilità e senso del dovere.

Non è necessario scomodare l'esperienza statunitense per accorgersi che la professione medica è ad alto rischio, per i ben noti avvenimenti che leggiamo o sentiamo quotidianamente in relazione ad episodi veri o presunti di medical malpractice (negligenza medica).

Anche in Italia il timore per il medico di finire davanti ad un Magistrato è all'ordine del giorno e la ricerca - quantomeno dal punto di vista economico - di una protezione assicurativa si è fatta fortunatamente sempre più attenta nel corso degli ultimi anni.

Il prossimo ingresso “in Europa”, poi, ci metterà inevitabilmente di fronte ad una serie di realtà legislative per le quali il medico non potrà non rivolgere uno sguardo sempre più attento anche a temi (per esempio, l'aspetto tecnico-giuridico) tendenzialmente trascurati o comunque non seguiti con la necessaria attenzione una volta coinvolti in vertenze di natura civilistica se non addirittura penalistica.

In Italia, poi, vi è una comprensibile tendenza da parte della Magistratura a riempire spazi lasciati vuoti da una normativa carente od obsoleta, e questi spazi - spesso - sono forieri di nuovi ed inaspettati profili di responsabilità per il professionista medico il quale deve far fronte ad una serie di aspettative da parte del paziente sempre più puntuali, attente e tendenti sempre meno al “perdonare” comportamenti che - una volta - erano lasciati correre più per una sorta di “metus reverentialis” che per leggerezza od ignoranza.

Ecco, quindi, come già accennato in altre parti del presente volume, la tendenza esponenziale all'aumento del contenzioso tra pazienti e medici ed il ricorso sempre più frequente da parte del paziente all'ausilio della magistratura sia civile che penale, anche in casi non necessariamente eclatanti.

Di qui la necessità, per chi opera nel settore medico, di avere un quadro onnicomprensivo della situazione, che sia attento sia ai risvolti tecnico - giuridici che ai rimedi assicurativi che perlomeno possano - nel caso di soccombenza - riparare il patrimonio personale dalle pretese risarcitorie della controparte.

Pretese che - il più delle volte - non sono indolori anche a causa di un progresso giurisprudenziale delle problematiche connesse al risarcimento del danno alla persona che ha fatto veri passi da gigante da quindici anni a questa parte (si pensi al cosiddetto “danno biologico”, ed alle tematiche ad esso connesse).

2.1 I presupposti della responsabilità civile

Qual' è, quindi, il presupposto della responsabilità civile del medico e, nel nostro caso, del dentista? La risposta più sintetica e lineare è l'esistenza di un danno suscettibile di risarcimento. Ragion per cui sia l'inadempimento di una obbligazione, sia la violazione del dovere generale di non arrecare danno ingiustamente al prossimo, integrano responsabilità civile. La distinzione tradizionale viene espressa in termini di responsabilità contrattuale ed extracontrattuale. Nella prima si devono necessariamente far ricomprendere gli inadempimenti di qualsiasi obbligazione, anche se di fonte non strettamente contrattuale (ad esempio, derivante dalla legge o da un atto unilaterale).

La responsabilità extracontrattuale, invece, prescinde da un rapporto preesistente e deriva da un atto illecito che viola il principio del “neminem laedere”.

Il danno da considerarsi risarcibile nell'illecito contrattuale (qualora, beninteso, non dipenda da dolo del debitore) obbliga al risarcimento del solo danno che poteva prevedersi al tempo in cui è sorta l'obbligazione. I riferimenti fondamentali del Codice Civile sul punto sono quelli degli artt. 1218 *Responsabilità del debitore* e 1225 *Prevedibilità del fatto*. Il danno, invece, da considerarsi risarcibile nell'illecito extracontrattuale ricomprende ogni danno con i soli limiti derivanti dall'applicazione dei criteri della “causalità giuridica” (il riferimento codicistico è dato dall'art. 2043 c.c. *Risarcimento per fatto illecito*).

Ragion per cui, allargando i concetti espressi, la responsabilità contrattuale ha come riferimento l'adempimento dell'obbligazione od un suo equivalente, e, comunque, i danni derivanti da detto inadempimento.

La responsabilità extracontrattuale, invece, avrà ad oggetto la funzione del ripristino in forma specifica o nell'equivalente in danaro, rapportato però alla condizione nella quale il soggetto che subì l'atto illecito si trovava prima, appunto, di subirlo.

Oltre a questa, le altre principali differenze tra le due figure di responsabilità at-

tengono alla costituzione in mora, che non è necessaria nell'illecito extracontrattuale ma può esserlo in materia di inadempimento; alla prescrizione dell'azione (la prescrizione estintiva è la perdita di un diritto per la prolungata inazione del suo titolare), che in materia extracontrattuale di regola è di cinque anni, mentre nel risarcimento del danno da inadempimento è di regola di dieci anni; all'onere della prova, che in materia di illecito extracontrattuale incombe sulla vittima, mentre nell'inadempimento incombe al debitore - medico provare che l'inadempimento stesso fu dovuto a circostanze per le quali egli non deve rispondere.

A parte ciò, le due forme di responsabilità sono regolate allo stesso modo, tenuto conto anche del fatto che la normativa in tema di inadempimento è espressamente richiamata dall'art. 2056 del Codice Civile (*Valutazione dei danni*) e dichiarata applicabile agli illeciti extracontrattuali.

Nel caso del dentista, è evidente che la responsabilità civile può assumere entrambe le vesti.

Difatti, l'obbligo di adempiere una prestazione può scaturire sia da un rapporto contrattuale, posto in essere quando tra medico e paziente si instaura un vero e proprio contratto che contempli natura, modo e tempistica dell'attività professionale (ci si può obbligare in base ad un "semplice" contratto d'opera intellettuale - art. 2229 e 2232 Cod. Civile) - ma anche perché si è dipendenti ad esempio di una azienda ospedaliera, oppure nell'ipotesi in cui si operi in base ad un contratto di lavoro subordinato.

È quindi vero che l'obbligazione può sorgere allorché non esista - a monte - una fonte contrattuale, e si pensi all'infortunio avvenuto in ambito ospedaliero, in cui il rapporto contrattuale intercorre tra struttura e paziente, oppure (classico esempio di responsabilità extracontrattuale) quando il medico abbia omesso di intervenire, benché obbligato (ad esempio: situazione di urgenza).

Non bisogna dimenticare, poi, che il dentista che abbia adempiuto regolarmente alla propria obbligazione, potrebbe incorrere in responsabilità extracontrattuale allorché - per esempio - violi doveri di segretezza professionale o di rispetto della persona umana (profili, questi, sanzionati anche dal punto di vista deontologico).

Il paziente, pertanto, si può trovare a scegliere di percorrere due strade per ottenere il ristoro delle proprie pretese, e, di fatto, sceglierà il più delle volte quella che maggiormente gli converrà, senza considerare che - nella pratica quotidiana - si assiste ad un cumulo delle domande.

Rapidamente, peraltro, si accenna anche al fatto che, qualora il comportamento del dentista integri fattispecie delittuose (lesioni colpose ad esempio), alla responsabilità civile si affianca quella penale, e, talvolta, anche quella disciplinare allorché siano evidenziate anche particolari pecche di ordine deontologico.

2.2 L'onere della prova

Detto questo, però, bisogna ora affrontare il tema - altrettanto e delicato e decisivo - dell'onere della prova nella responsabilità professionale del medico dentista.

Il riferimento cardine del Codice civile è dato dall'art. 2697 (*Onere della prova*), il quale recita: "*Chi vuol fare valere un diritto in giudizio deve provare i fatti che ne costituiscono il fondamento. Chi eccepisce l'inefficacia di tali fatti ovvero eccepisce che il diritto si è modificato o estinto, deve provare i fatti su cui l'eccezione si fonda*".

Nella materia extracontrattuale è colui che agisce in giudizio (attore), asseritamente per essere stato danneggiato, che deve provare l'evento danno, il dolo o la colpa di colui che è stato convenuto in giudizio, ed il nesso causale tra i due elementi.

Nella materia contrattuale, invece, a colui che agisce in giudizio è sufficiente provare il rapporto dal quale scaturisce la sua pretesa economica, ed è sul convenuto che incombe la dimostrazione richiesta dall'art. 1218 c.c. *Responsabilità del debitore* ("Il debitore che non esegue esattamente la prestazione dovuta è tenuto al risarcimento del danno, se non prova che l'inadempimento o il ritardo è stato determinato da impossibilità della prestazione derivante da causa a lui non imputabile"): vi è cioè la cosiddetta inversione dell'onere della prova.

Le regole sull'onere della prova, nel nostro caso, rivestono una importanza talmente grande nei giudizi civili, da risultare decisive sia sotto l'aspetto tecnico processuale, ma anche sotto l'aspetto del fatto storico in sé e per sé considerato, e cioè il merito della causa.

I tempi sono cambiati, e ciò che la giurisprudenza affermava decenni orsono, è - negli ultimi tempi - mutato considerevolmente. Non a caso uso il termine mutato, perché normalmente viene adoperato - in questi contesti - il termine "evoluto": ebbene, in alcuni casi non parlerei di evoluzione giurisprudenziale, ma di ripiegamento su sé stessa, forse per un malinteso eccesso di garantismo.

Mi spiego meglio. Da un punto di vista teorico per la professione medica non dovrebbe parlarsi di "presunzione di colpa", talché il paziente che afferma di avere subito un danno ingiusto, dovrebbe dare la prova sia del rapporto intercorso, sia del danno, sia della colpa, e del collegamento causale tra danno e comportamento del professionista.

Nella realtà dei fatti, e nell'ipotesi ad esempio di responsabilità contrattuale, è proprio il medico che, in base all'art. 1218 del codice civile deve dimostrare che il danno derivò da causa a lui non imputabile, e, in pratica, a dimostrare di non avere commesso errori, nel caso in cui il paziente abbia dato prova adeguata del patto con il dentista e del danno - conseguenza.

Che dire, poi, quando si arriva a qualificare l'obbligazione del dentista non in obbligazione di mezzi ma in obbligazione di risultato (protesi estetica, per esemplificare)? In tal caso, incombe senz'altro sul dentista l'onere di dimostrare che il cattivo risultato dipese magari da un particolare stato fisico del paziente che non era possibile accertare con la diligenza ordinaria, seppur scrupolosa.

2.3 L'obbligazione di mezzi e risultati

Questa considerazione, peraltro, dà il destro per affrontare il tema della obbligazione di mezzi e di risultato, per chiarire la bipartizione e per dare anche un senso storico alle due tipologie ora citate.

Quando parliamo del preciso dovere di compiere quanto è possibile, si può parlare di obbligazione di mezzi; in altre ipotesi, invece, ci si obbliga a raggiungere un vero e proprio risultato.

Ovvio corollario è che il medico non può promettere la guarigione, ma solo di eseguire con diligenza il suo operato. Che dire, però, soprattutto nel campo odontoiatrico, quando il paziente chiede, come spesso si sente dire, di avere una "bella bocca", o di ottenere un "bel sorriso"?

Volenti o nolenti, in questi casi abbiamo il sorgere di una obbligazione di risultato.

Attenzione, però. Qualora la richiesta sia proprio qualificata come tale, la giurisprudenza (Cass. Civ. 7 maggio 1988 n. 3389) ha ritenuto applicabile alla fattispecie il disposto dell'art. 1226 del codice civile (*Valutazione equitativa del danno*), e cioè il paziente ha l'obbligo di denunciare i vizi ed i difetti dell'opera del dentista entro otto giorni dalla scoperta, e deve radicare l'azione giudiziaria entro l'anno, pena la prescrizione del proprio diritto al risarcimento. Tuttavia, vedasi Corte di Cassazione Sez. III 16.11.1993 n. 11287: "(...) *In tema di danni cagionati ad un paziente da prestazioni mediche, nel campo chirurgico, quando l'intervento operatorio non sia di difficile esecuzione ed il risultato sia peggiorativo delle condizioni iniziali del paziente, questo adempie l'onere a suo carico provando solo che l'operazione era di facile esecuzione e che ne è derivato un risultato peggiorativo, mentre spetta al professionista (ecco l'introduzione di una sorta di presunzione - n.d.a.) fornire la prova contraria, cioè che la prestazione era stata eseguita idoneamente e l'esito peggiorativo era stato causato dal sopravvenire di un evento imprevedibile oppure dalla preesistenza di una particolare condizione fisica del malato, non accertabile con il criterio della ordinaria diligenza professionale*".

Riprendendo a questo punto i concetti già tratteggiati della distinzione tra obbligazioni di mezzi e di risultato, e specificando che - ormai - questa bipartizione, forse sulla scorta dell'esperienza straniera, sta sfumando - è opportuno accennare alle tematiche relative alla chirurgia estetica.

Il rapporto che viene posto in essere allorché il paziente non si rivolge al dentista per una patologia, ma per ottenere un risultato in termini prettamente estetici, per modificare, migliorandola, una parte anatomica (ad esempio, la dentatura), si inquadra in una obbligazione di risultato.

In questo caso, al di là del raggiungimento del concetto di "bello", troppo sfumato, relativo e personale per essere inquadrato in logiche tecnico-giuridiche, dobbiamo prendere in considerazione il concetto di miglioramento dell'aspetto fisico.

Ed è proprio in questo caso che grava sul medico in modo particolare il dovere di rendere noto al paziente ciò che comporta l'operazione in termini di rischio-beneficio.

La giurisprudenza della Corte di Cassazione ha sancito che il dovere di informazione che grava - in questo caso - sul chirurgo estetico (ma il concetto è mutuabile nelle ipotesi che a noi interessano) ha un contenuto più ampio: "*Il professionista ha il dovere di informare anche sulle eventuali ragioni che possono rendere inutile la sua prestazione in relazione al risultato. In particolare per il chirurgo estetico detto dovere comprende, oltre la prospettazione dei possibili rischi del trattamento suggerito, anche la effettiva conseguibilità o meno del miglioramento estetico desiderato dal cliente in relazione alle esigenze della sua vita professionale e di relazione* (Cassazione, 8 agosto 1985 n. 4394)".

D'altronde: (Corte d'Appello di Milano, 19.10.1989): "*L'onere della dimostrazione del mancato assolvimento del dovere di informazione da parte del chirurgo estetico grava sul paziente che agisca in giudizio per ottenere l'affermazione di responsabilità del professionista in questione*".

È però evidente che, dal punto di vista dell'onere della prova, il più delle volte sarà sufficiente per il paziente dimostrare il danno fornendo al Giudice, più semplicemente, il dato, anche di raffronto, dell'esito, se non peggiorativo, almeno non soddisfacente della prestazione che è stata eseguita.

2.4 Costituzione in mora e prescrizione

Qualora il dentista non adempia regolarmente l'obbligazione assunta, il paziente, solitamente, lo "invita" esplicitamente ad adempiere. Questa sollecitazione fatta per iscritto è la cosiddetta costituzione in mora, solitamente fatta a mezzo di raccomandata con ricevuta di ritorno (per avere la prova della ricezione) e crea una serie di effetti giuridici.

Il contenuto della costituzione in mora può essere una qualunque manifestazione rivolta al debitore dalla quale si ricavi l'intenzione di non tollerare ritardi; la richiesta si differenzia dalla intimazione (art. 1219 c.c.) per il fatto che la prima non è accompagnata da formule imperative o comminatorie. Può essere fissato un termine per l'esecuzione, risultando con ciò dilazionata la mora (morari - latino - = ritardare): "...voglia, entro e non oltre quindici giorni dal ricevimento della presente....".

Il primo e più evidente effetto della costituzione in mora è quello che consente la richiesta del risarcimento dei danni per avere semplicemente ritardato l'adempimento (art. 1223 c.c. *Risarcimento danni*).

Vi è da dire, tuttavia, che la costituzione in mora, mentre risulta necessaria nell'ambito della richiesta di risarcimento danni inerente a responsabilità contrattuale, risulta non necessaria in quella extracontrattuale, così come espressamente previsto dal disposto dell'art. 1219 comma secondo n. 1, in quanto - in questo caso - il debito scaturisce da fatto illecito.

È stato anche accennato all'aspetto relativo alla prescrizione. Senza ripetere concetti già espressi, si può tuttavia aggiungere che la prescrizione è una sorta di paletto posto a confine della certezza dei rapporti giuridici. L'inutile decorso del tempo, in altre parole, trova una sua sanzione nell'impossibilità - trascorso un certo periodo senza alcuna attivazione - di far valere i propri diritti. Come già detto, l'azione per richiedere il risarcimento del danno da responsabilità contrattuale si prescrive in cinque anni; quella da responsabilità extracontrattuale in dieci anni.

Attenzione: parlando di prescrizione giova ricordare che si prescrive in soli tre anni il diritto al compenso per l'opera prestata dal professionista: ciò significa che se attenderete più di tre anni per richiedere il pagamento delle vostre parcelle vi sarà eccepita l'intervenuta prescrizione, e nulla vi sarà versato.

3. CONSIDERAZIONI SULLA RESPONSABILITÀ EXTRACONTRATTUALE

"Qualunque fatto doloso o colposo che cagiona ad altri un danno ingiusto, obbliga colui che ha commesso il fatto a risarcire il danno"(art.2043 c.c. *Risarcimento per fatto illecito*).

Il legislatore, impropriamente ha usato il termine "fatto" per indicare invece "l'atto" che costituisce fonte di responsabilità.

L'art. 2043 del codice civile è il cardine della responsabilità extracontrattuale o aquiliana, e cioè di quel sistema in base al quale chi lede un diritto assoluto - tutelabile erga omnes - è obbligato a risarcire le conseguenze negative patrimoniali che ne derivano, ed in alcuni casi, anche quelle extrapatrimoniali (danno morale, ad esempio).

A differenza del profilo penale, che si occupa della tutela di un prevalente interesse pubblico per punire la violazione dell'ordine giuridico generale, lo studio dell'illici-

to civile suole dividersi nell'analisi del fatto, nella esistenza di un danno ingiusto e quindi da risarcire, e nella colpevolezza della condotta.

Si è detto che qualunque fatto doloso o colposo è presupposto della responsabilità ex art. 2043 c.c.

Presupposto della colpevolezza è l'imputabilità, tant'è che non è responsabile del fatto illecito colui che non aveva la capacità di intendere e di volere nel momento in cui lo ha commesso (art. 2046 c.c. *Imputabilità del fatto dannoso*) a meno che tale stato di incapacità derivi da sua colpa (ad esempio, ubriachezza volontaria).

Nell'ambito della colpevolezza bisogna ingrandire e mettere a fuoco i due aspetti del dolo e della colpa.

Si ha il dolo in tutti i casi in cui la lesione è compiuta volontariamente e scientemente; si ha colpa in senso stretto allorché viene tenuto un comportamento negligente, trascurato o da imperito, cioè venga omesso lo sforzo di cui all'art. 1176 c.c. (la diligenza del buon padre di famiglia). Il riferimento alla diligenza del buon padre di famiglia è da intendere come criterio generale, deontologico, volendo indicare ciò che sarebbe lecito aspettarsi da un "buon" padre di famiglia appunto.

Si è già detto che l'onere della prova, nella responsabilità extracontrattuale, incombe sull'attore, cioè su colui che agisce in giudizio.

Tuttavia, analizzando gli articoli dal 2043 al 2059 del c.c. (*"Dei fatti illeciti"*) notiamo tutta una serie di casi - facilmente riscontrabili anche nelle professioni mediche - nei quali tale onere viene invertito.

Passandoli in rassegna, notiamo innanzitutto l'art. 2047 (*Danno cagionato dall'incapace*) nel quale il risarcimento è dovuto da chi è tenuto alla sorveglianza dell'incapace, salvo che provi di non avere potuto impedire il fatto.

Art. 2048 (*Responsabilità dei tutori, dei precettori e dei maestri d'arte*) in cui - ad esempio nel caso del tirocinante - il "precettore" si libera dalla responsabilità solo se prova di non avere potuto impedire il fatto (cioè dimostrare che il fatto è di per sé di tale natura per le circostanze, il tempo, il luogo ed il modo in cui si è verificato, che non poteva essere evitato neppure con la più scrupolosa delle precauzioni; oppure dimostrare che furono prese tutte le cautele necessarie per impedire che un fatto simile potesse accadere).

Art. 2051 (*Danno cagionato da cose in custodia*): ciascuno è responsabile del danno cagionato dalle cose che ha in custodia (ipotizziamo la rottura di un trapano) salvo che provi il caso fortuito (e sul punto la giurisprudenza prevalente afferma che il concetto di caso fortuito deve essere inteso nel senso più ampio, comprensivo anche del fatto del terzo e della colpa esclusiva del danneggiato che rivestano il carattere della inevitabilità).

Connesso con quest'ultimo articolo è il 2050 (*Responsabilità per l'esercizio di attività pericolose*) e si pensi, anche in odontoiatria, all'uso di apparecchi diagnostici o terapeutici, per i quali ci si libera dalla responsabilità solo provando di avere adottato tutte le misure idonee ad evitare il danno, offerte dalla tecnica ed a propria disposizione secondo le circostanze del caso (si ritorna alla prova del caso fortuito).

Da segnalare il recepimento nel nostro ordinamento della Direttiva CEE n. 85/374 avvenuto con D.P.R. 24.05.88 n. 224 in materia di responsabilità per danno da prodotti difettosi, in cui sostanzialmente c'è una responsabilità solidale, con progressivo regresso di chi ha risarcito il danno nei confronti degli altri "nella misura de-

terminata dalle dimensioni del rischio, riferibile a ciascuno, dalla gravità delle eventuali colpe e dalla entità delle conseguenze che ne sono derivate”.

Ultimo articolo - in questa breve disamina - da sottolineare debitamente è il 2049 (*Responsabilità dei padroni e committenti*) nel quale viene introdotta di fatto una sorta di responsabilità oggettiva (o senza colpa) giacché la responsabilità per i danni arrecati dal fatto illecito dei domestici e commessi nell'esercizio delle incombenze cui sono adibiti, ricade sui loro padroni e committenti.

Al di là della terminologia un po' datata, il fondamento della responsabilità della norma in esame viene identificato nel rischio che, per solidarietà sociale, deve gravare sul preponente specie se datore di lavoro.

In tale forma di responsabilità la giurisprudenza ha ritenuto che vi sia solidarietà tra responsabilità di padroni e committenti da un lato e domestici e commessi dall'altro, anche se è fin troppo evidente che il danneggiato si rivolgerà in primis al soggetto più forte economicamente...

A questo proposito, è opportuno introdurre la tematica relativa ai cosiddetti ausiliari, figura sempre presente - o quasi sempre presente - nella professione odontoiatrica.

L'art. 2232 del c.c. (*Esecuzione dell'opera*) recita: *“Il prestatore d'opera deve eseguire personalmente l'incarico assunto. Può tuttavia valersi, sotto la propria direzione e responsabilità, di sostituti ed ausiliari, se la collaborazione di altri è consentita dal contratto o dagli usi e non è incompatibile con l'oggetto della prestazione”*.

Viene, in pratica, sancito in questa fattispecie il confine tra carattere personale dell'opera intellettuale e deroga a tale assunto. Gli ausiliari ed i sostituti sono legati al solo professionista da un rapporto contrattuale, e, di conseguenza, non hanno legittimazione alcuna per agire direttamente nei confronti del paziente-committente per ottenere il pagamento del compenso (cfr. Cassazione n.5248 del 1996). Se ne ricava, pertanto, che il dentista che si avvale dell'opera di questi soggetti può farlo solo con il consenso del paziente, consenso che può mancare appunto ove non si tratti di prestazione che solo il professionista possa eseguire oppure ove gli “usi” lo consentano (uso, in questo senso, si riferisce ad una prassi consolidata). Nella professione medica si suole distinguere, all'interno dei cosiddetti ausiliari, tra coloro che esercitino professioni sanitarie ausiliarie (es.: levatrice) e coloro che esercitino arti ausiliarie (classico esempio, l'odontotecnico). In ogni caso, queste figure non hanno autonomia operativa e devono svolgere le proprie mansioni sotto le direttive del dentista.

Nel caso, poi, che (esemplificando ulteriormente) tra dentista e odontotecnico sussista un rapporto di lavoro subordinato, la regolamentazione è data dal disposto dell'art. 2049 nel caso responsabilità (del dentista per il fatto dell'ausiliario), caso già esaminato infra.

Nell'ipotesi, inoltre, di studio associato, bisogna tenere presente che la nostra legislazione consente la forma “associata” per quanto concerne il lato economico (divisione delle spese, ripartizione di perdite ed utili), ma non viene intaccata minimamente la personalità della prestazione, nel senso che non c'è una spersonalizzazione (ed una conseguente impossibilità di riferire ad un soggetto determinato) dell'errore sanitario.

Nella ipotesi in cui l'opera da effettuarsi, magari per la sua complessità, sia affi-

data allo studio nel suo complesso, ecco che può scattare la responsabilità dello studio associato nel suo complesso, o la responsabilità solidale dei soci componenti (art. 2055 c.c. *Responsabilità solidale*).

Inoltrandoci ulteriormente in questo argomento, qualora sussista la condotta illecita di un dentista dipendente ospedaliero, risponderà la USL-Azienda Ospedaliera, ma non entro i limiti del 2049 (*Responsabilità dei padroni e committenti*), bensì secondo il principio generale dell'art. 2043 del c.c.. Rimane inteso, peraltro, che la responsabilità dell'ente e quella del singolo dipendente sono concorrenti, e ciò in ossequio al dettato costituzionale dell'art. 28 Cost. (*"I funzionari ed i dipendenti dello Stato e degli enti pubblici sono direttamente responsabili, secondo le leggi penali, civili ed amministrative, degli atti compiuti in violazione di diritti. In tali casi la responsabilità civile si estende allo Stato ed agli enti pubblici"*).

3.1 Il danno ingiusto e sua risarcibilità

Per ciò che concerne il danno ingiusto, bisogna richiamare il concetto che non ogni fatto che genera un danno per ciò stesso obbliga al risarcimento stricto sensu (stato di necessità, legittima difesa, per esempio), ma solo allorché vi sia un effettivo danno da risarcire e tale lesione colpisca un diritto, protetto "erga omnes". Senza addentrarci in distinzioni ulteriori più sottili, solare è il caso della lesione del diritto soggettivo principe, e che a noi particolarmente interessa, e cioè il diritto alla salute.

La risarcibilità del danno si distingue in ipotesi di danno patrimoniale e di danno extrapatrimoniale.

Per quanto concerne il danno patrimoniale, secondo quanto disposto dall'art. 1223 c.c. (*Risarcimento del danno*), è risarcibile ogni danno che abbia recato sia una perdita vera e propria dal punto di vista patrimoniale, che il mancato guadagno (danno emergente e lucro cessante). Il danno che non risulti precisamente provato nel suo ammontare può essere valutato dal Giudice secondo equità, in pratica, cioè, senza una prova analitica vera e propria. Detto ciò, vale la pena evidenziare che il danno patrimoniale abbraccia doverosamente anche le ipotesi in cui si debba considerare e quantificare il danno derivante dalla morte del cliente-paziente-creditore. In altre parole, qualora vi sia il decesso di un paziente a causa di un illecito del professionista, saranno presi in considerazione tutta una serie di parametri che inquadrano - tra l'altro - anche il necessario risarcimento del danno futuro che l'evento morte ha necessariamente causato, e cioè, ad esempio, il mancato sostentamento ai familiari dovuto alla morte del genitore, oppure - nel caso di morte di un figlio, il mancato apporto che da questi ci si sarebbe potuti aspettare in termini di contribuzione alla famiglia di origine, e così via. Il danno extrapatrimoniale, invece, secondo una terminologia ormai in uso corrente, può essere identificato nel cosiddetto danno morale, o sofferenza psicofisica, che è risarcibile, però, secondo quanto disposto dall'art. 2059 del c.c. (*Danno non patrimoniale*), solo nei casi determinati dalla legge: in pratica, solo l'illecito che possa integrare gli estremi di un reato punibile ai sensi del codice penale, dà il diritto al risarcimento del danno morale (o extrapatrimoniale).

Sia la responsabilità contrattuale che quella extracontrattuale sono invocate per ottenere il ristoro del danno, cioè il risarcimento.

Vi sono anche in questo frangente delle differenze, come già detto in precedenza, circa la prevedibilità o l'imprevedibilità del danno. Vorrei aggiungere, però, che la Cor-

te di Cassazione, ai fini della liquidazione del danno, invita a tenere conto delle condizioni personali del danneggiato nel tempo precedente l'illecito (stato anteriore) e, in particolare, ai fini di una diminuzione del risarcimento, di patologie preesistenti che avrebbero comunque determinato - in progresso di tempo - le medesime conseguenze dell'evento lesivo (Cass. Civ. 2428/1990). Ciò significa che la "vittima" non può dare la colpa al medico di tutte le sue "magagne", ma solo il mancato miglioramento (ove la prestazione fosse stata esente da errori) od il peggioramento (che non sarebbe avvenuto in assenza di errori).

3.2 Il nesso di causalità

Ultimo aspetto da considerare in questa trilogia attinente alla responsabilità extracontrattuale, è il legame che intercorre (o può intercorrere) tra l'azione e l'evento dannoso. L'art. 2056 c.c. (*Valutazione del danno*) sul punto, richiama l'art. 1223 (*Risarcimento del danno*) che attiene alla responsabilità contrattuale (vedi sopra) e, pertanto, il danno deve essere conseguenza immediata e diretta della azione umana. L'espressione, però, così rigorosa, è stata in un certo qual senso mitigata dalla dottrina e poi dalla giurisprudenza, con il concetto della causalità adeguata; il nesso causale sussiste, quindi, ogni qual volta un "fatto" sia la conseguenza "normale" di un altro fatto (Cassazione civile 11.01.1989 n. 55): considerano, in altre parole, legate da nesso di causalità quelle conseguenze che in base alla comune esperienza era normale presumere che derivassero dalla azione in questione.

Apriamo una parentesi che sconfinava nel campo penale. È noto come nel campo medico non si viva di certezze assolute, ragion per cui si è fatto strada in dottrina e giurisprudenza il criterio della probabilità. Tale criterio, lungi dalla drammatizzazione fatta dagli organi di stampa all'indomani della sentenza della Cass. penale 17.01.1992 n. 371, però, è da analizzare non nel senso di stabilire la cosiddetta soglia del 30% di probabilità di successo oltre il quale sarebbe stata automatica la responsabilità per colpa professionale, ma nel senso che vi è responsabilità penale del medico quando vi sia una sua condotta imperita negligente od imprudente anche se le probabilità di successo dell'intervento erano oggettivamente poche. Non, quindi, "percentuali minime" di rischio, ma valutazione di maggiore severità laddove è in gioco la vita dell'uomo.

4. CONSIDERAZIONI SULLA RESPONSABILITÀ CONTRATTUALE

Tenendo presente i concetti cardine fin qui tratteggiati, appare ora opportuno prendere in considerazione in modo un po' più analitico la parte relativa alla responsabilità contrattuale.

Come si è già accennato, il rapporto che si instaura tra medico e paziente può trovare la sua origine in un contratto d'opera intellettuale disciplinato dall'art. 2229 (e seguenti) del codice civile; d'altronde, però, la responsabilità contrattuale può scaturire anche da un rapporto di lavoro subordinato sia con requisiti privatistici (art. 2094 "È prestatore di lavoro subordinato chi si obbliga mediante retribuzione a collaborare nell'impresa, prestando il proprio lavoro intellettuale o manuale alle dipendenze e sotto la direzione dell'imprenditore"), che pubblicistici nel caso in cui il datore di lavoro sia l'ente pubblico.

Elementi distintivi del rapporto di lavoro subordinato del primo tipo, secondo la sentenza della Cassazione n. 4149 del 1986, sono la sottoposizione del lavoratore al potere disciplinare ed alle direttive tecniche ed organizzative del datore di lavoro, l'obbligo del rispetto di un orario di lavoro, la continuità ed uniformità della retribuzione.

Nel caso in cui il paziente lamenti il verificarsi di un danno in conseguenza dell'opera prestata dal sanitario, adirà in giudizio il suo datore di lavoro, giacché il rapporto intercorre tra paziente ed ente. Quest'ultimo può a sua volta chiamare in giudizio il dipendente per essere tenuto da lui sollevato ed indenne, o può agire in via di regresso nei suoi confronti per quanto fosse stato costretto a risarcire alla controparte (naturalmente per quella tranche risarcitoria relativa alla colpa professionale del medico). Vi può essere anche l'interesse - in alcuni casi - da parte del medico ad intervenire volontariamente nel processo civile pendente, e ciò in ossequio a quell'aspetto di vigilanza cui si è fatto cenno in altra parte del libro.

Altra eventuale conseguenza per il medico (dentista) dipendente è rappresentata dalla sanzione disciplinare che gli può essere irrogata e che varierà a seconda della gravità della infrazione commessa.

In tema di responsabilità dell'ente ospedaliero e dei suoi dipendenti, dal punto di vista dell'affermazione di responsabilità contrattuale o extracontrattuale, giova riportare alcuni passi della sentenza della Corte d'Appello di Venezia 11 febbraio 1993.

"(...) occorre preliminarmente stabilire se, nel caso, si verta in tema di responsabilità contrattuale od extracontrattuale. La Corte di Cassazione si è espressa in proposito con numerose sentenze affermando che:

- la responsabilità dell'ente ospedaliero e del medico suo dipendente per i danni subiti da un privato a causa della sua non diligente esecuzione della prestazione medica, inserendosi nell'ambito del rapporto giuridico pubblico e privato tra l'ente gestore ed il privato che ha richiesto ed usufruito del servizio, ha natura contrattuale di tipo professionale; ne consegue che la responsabilità diretta e quella del medico, inserito organicamente nella organizzazione del servizio, sono disciplinate in via analogica dalle norme che regolano la responsabilità in tema di prestazione professionale medica in esecuzione di un contratto d'opera professionale (Cass. 01.03.88 n. 2144 ed anche Cass. 13.11.70 n. 2392 e Cass. 28.10.89 n. 4317);

- l'accettazione del paziente nell'ospedale ai fini del ricovero comporta la conclusione di un contratto d'opera professionale tra il paziente e l'ente ospedaliero, il quale assume a proprio carico, nei confronti del paziente l'obbligazione di svolgere l'attività diagnostica e la conseguente attività terapeutica in relazione alla specifica situazione patologica del paziente preso in cura; poiché a questo rapporto contrattuale non partecipa il medico dipendente, che provvede allo svolgimento dell'attività diagnostica e terapeutica, quale organo dell'ente ospedaliero, la responsabilità del predetto sanitario verso il paziente è soltanto extracontrattuale, con la conseguenza che il diritto al risarcimento del danno spettante al paziente nei confronti del medico si prescrive nel termine quinquennale stabilito dall'art. 2947 c.c. (Cass. 24.03.1979 n. 1716).

Si può quindi affermare con certezza che, per unanime giurisprudenza, l'ente ospedaliero, ora U.S.L., risponde nei confronti del paziente per responsabilità contrattuale e, quindi, nel caso in esame, va escluso che nei confronti della U.S.L.

si sia maturata la prescrizione (fatto avvenuto nel 1976, citazione del 1984, a prescindere dalle interruzioni) (...)".

Nell'ambito della responsabilità contrattuale pare ora opportuno ingrandire e mettere a fuoco un aspetto davvero importante e che attiene ad un risvolto particolare.

Già si è detto che - in linea generale - il professionista nell'adempiere la propria obbligazione deve attenersi a quell'obbligo di diligenza prescritto dall'art. 1176 del codice civile, rispondendo di conseguenza anche per i casi di cosiddetta colpa lieve.

L'art. 2236 del codice civile, però, recita: *"Se la prestazione implica la soluzione di problemi tecnici di speciale difficoltà, il prestatore d'opera non risponde dei danni se non in caso di dolo o colpa grave"*.

Come coordinare le due "ipotesi"?

Si disse già che il criterio della diligenza del "buon padre di famiglia" si estrinseca nella cura che deve essere normalmente impiegata nell'esercizio della propria attività. Conseguenza ovvia - giova ripeterlo - è quella che egli risponde anche per colpa lieve, tenendo presente il concetto che si ha responsabilità per colpa tutte le volte nelle quali un evento dannoso - pur senza la volontà del soggetto agente - sia imputabile a negligenza, imprudenza, imperizia ovvero ad inosservanza di leggi, regolamenti, ordini e discipline.

Con particolare attenzione alla figura del sanitario, la giurisprudenza anche della Cassazione ha più volte chiarito che sussiste la responsabilità di cui al secondo comma dell'art. 1176 c.c. (*"Nell'adempimento delle obbligazioni inerenti all'esercizio di una attività professionale, la diligenza deve valutarsi con riguardo alla natura dell'attività esercitata"*) e cioè quella per colpa lieve, ove il medico, di fronte ad un caso ordinario non abbia osservato, per scarsa o inadeguata preparazione professionale, per omissione della diligenza media, tutte quelle regole che - vuoi per consenso o per sperimentazione quotidiana - devono costituire l'habitus del professionista che si dedichi ad un particolare settore della scienza medica.

Nei casi invece, in cui l'esecuzione della prestazione implichi la soluzione di problemi tecnici di particolare difficoltà, la responsabilità viene valutata in base all'art. 2236 del c.c., e, in pratica, ci troviamo di fronte ad una sorta di attenuazione della responsabilità.

L'apparente contraddizione tra le due norme si spiega con il fatto che il sanitario professionista, messo di fronte a casi particolarmente difficili e ad alto rischio, non deve essere spinto a "glissare" ed a lavarsene le mani per il timore di dover in ogni caso rispondere di una sua colpa od omissione.

Ampio è il dibattito in dottrina ed in giurisprudenza sul punto in questione.

Ritengo si possa analizzare a grandi linee questo aspetto assumendo che la responsabilità per dolo o colpa grave presuppone una prestazione che richieda la soluzione di problemi tecnici, obiettivamente risolvibili, però, mediante una preparazione professionale superiore alla normale: l'articolo in questione si spiega nel senso che il professionista, di fronte ad un problema di particolare difficoltà, deve agire con una cura corrispondente alle particolari difficoltà del caso.

La Giurisprudenza ha anche precisato che la limitazione di responsabilità riguarda solo la competenza tecnica e quindi si applica con riferimento all'imperizia, e non si applica invece quando la colpa consista in mancanza di prudenza o diligenza.

Sempre nel caso del medico, è stato anche precisato che tale limitazione di re-

sponsabilità si ha quando il caso è eccezionale per non essere stato ancora adeguatamente studiato e sperimentato o per essere stato oggetto di dibattiti scientifici con sperimentazione di sistemi terapeutici e diagnostici diversi se non addirittura incompatibili tra loro.

Da notare che la limitazione di responsabilità in esame non opera, per esempio, allorché il medico abbia omesso - pur rendendosi conto della opportunità di farlo - di avvalersi del parere dello specialista in questione.

Tale forma di responsabilità attenuata si applica ad entrambe le forme di responsabilità: contrattuale ed extracontrattuale.

La sussistenza della colpa grave del medico professionista ex art. 2236 del c.c., in presenza di problemi tecnici di particolare difficoltà, è stata sovente recepita nella giurisprudenza, ed anche la dottrina ha più volte esaminato il problema.

Cfr. Princigalli, *La responsabilità del medico*, Napoli, 1983, in nota a Cass. 2 luglio 1991 n. 7262 in *Foro Italiano* 1992 pag. 803 e seguenti: *“(...) l’art. 2236 non attiene tanto al problema della gravità della colpa quanto al profilo della certezza. Infatti la gravità della colpa è problema che riguarda la misura della negligenza quando sia stata raggiunta la dimostrazione della sua esistenza. La certezza, invece, concerne la prova della colpa nel processo. Si sa che l’insuccesso del trattamento o l’aver seguito una teoria scientifica piuttosto che un’altra non possono essere considerati, per se stessi, indici di colpa. La più antica giurisprudenza, quando richiedeva che l’errore fosse evidente e palese, non intendeva graduare la colpa ma voleva semplicemente mettere in evidenza la differenza tra l’errore incolpevole e la colpa professionale, distinzione che era ben nota alla dottrina sotto il codice ora abrogato. (...) Per poter ricondurre l’errore nella sfera della colpa bisognava accertare se c’era una colpa, ma in nessun caso si intendeva esonerare da responsabilità il professionista in caso di colpa lieve. Avendo abbandonato la distinzione tra errore incolpevole e colpa, l’art. 2236 sarebbe quindi l’espressione dell’esigenza di limitare la responsabilità del professionista soltanto nei casi in cui la colpa è certa”*.

Può apparire opportuno, a questo punto, prendere in considerazione una forma di responsabilità che si trova - per così dire - a metà strada tra il giuridico e il deontologico. Mi riferisco alla colpa per omesso aggiornamento tecnico.

Parrebbe, di primo acchito, che ciò debba farsi rientrare nel tema più ampio della diligenza, e, quindi, sovente questo argomento viene messo da parte soprattutto dalla giurisprudenza.

Stranamente, però, giacché nessun campo come quello medico scientifico è attraversato da continue ricerche, scoperte, evoluzioni della tecnica e dal perfezionamento delle apparecchiature. Ragion per cui il “disinteresse” a queste tematiche da parte del professionista è negligenza, da questo punto di vista, oppure possiamo individuare una nuova figura di responsabilità per colpa?

Parrebbe che i codici di deontologia siano più attenti a questo problema, giacché - in tutte le professioni - notiamo come l’aspetto del continuo aggiornamento sia sempre più marcato e si tenda ad evitare un rapporto tra professionista e paziente a “compartimenti stagni” anche per evitare che quest’ultimo sia indotto o costretto a raccogliere numerosi pareri da diversi specialisti per un unico problema, per quanto complesso. Oppure, se è pur vero che non è possibile essere onniscienti, è anche vero che vi può essere la necessità di saper indirizzare il paziente al collega che sappiamo es-

sere capace di usare tecniche specifiche da noi non adoperate, o non ancora sufficientemente apprese.

Senza considerare che spesso ci si trova di fronte a situazioni cliniche che sono, magari, state risolte in maniera egregia, ma che hanno poi creato altre patologie, sopravvenute perché non valutate preventivamente, a causa di non adeguata conoscenza dei progressi effettuati, sullo specifico punto, dalla ricerca scientifica o tecnologica.

Grandi passi sono stati fatti anche dal punto di vista legislativo, per il vero; basti pensare al D.P.R. 20.12.79 n. 761 sullo stato giuridico del personale delle unità sanitarie locali, ove è stato individuato come obiettivo fondamentale “la formazione professionale e permanente, nonché l’aggiornamento scientifico del personale”.

Ma è, lo si ripete, nei codici deontologici che tale aspetto è stato accentuato, arrivando sostanzialmente ad affermare il principio che per il medico non è ammessa l’ignoranza, ed anche nelle prescrizioni mediche vi deve essere la scrupolosa osservanza del rapporto costi (in termini sanitari) e benefici.

Non vi è dubbio, comunque, che l’aspetto dell’aggiornamento tecnico del medico (e del dentista) prima o poi configurerà una forma di responsabilità specifica nel caso in cui l’aggiornamento, appunto, sia stato omesso o risulti assolutamente carente.

5. CONCLUSIONI

Gli argomenti trattati non hanno la pretesa di esaurire un argomento - quello tecnico-giuridico - sul quale giuristi di chiara fama si sono espressi in numerosissimi volumi presenti nelle librerie degli addetti ai lavori. In questo contesto l’intendimento è quello di fornire all’utente non giurista (nel nostro caso il dentista) un quadro che consenta di avere una idea più chiara del terreno a volte sconnesso che è costretto ad attraversare nel caso si trovi in una situazione delicata nel rapporto con il paziente, al fine di evitare comportamenti che possano arrecare danno a sé oltre che agli altri. Difatti il professionista che opera nel settore medico con titubanza o timore può essere tanto dannoso quanto quello che, invece, si muova con spregiudicatezza od inosservanza di alcune fondamentali regole.

Traendo una sommaria conclusione dalla breve esposizione sin qui fatta, è agevole considerare che stiamo assistendo ad un dato di fatto per nulla “rassicurante”, anche se non foriero, per carità, di allarmismi ingiustificati.

In definitiva, assistiamo ad una sempre più evidente responsabilità “paraoggettiva” del medico almeno nei casi nei quali egli è tenuto, in un certo qual senso, a garantire un esito “positivo” della sua prestazione.

La riprova è data dalla questione, già accennata, dell’onere della prova, che indubbiamente vede in posizione di netto favore il paziente-attore che non il dentista-convenuto, con l’individuazione di quella sorta di “favore” nei confronti del primo che giustifica, in un certo senso, quell’aumento delle vertenze giudiziarie cui si è fatto cenno in altre parti del libro.

Di qui, inevitabilmente, la necessità della polizza assicurativa che risponda, e lo faccia nel migliore dei modi.

La differenza tra responsabilità contrattuale ed extracontrattuale sono sintetizzate nella tabella 1.

Tabella 1
**DIFFERENZE TRA RESPONSABILITÀ PROFESSIONALE
ODONTOIATRICA CONTRATTUALE ED EXTRA CONTRATTUALE**

Caratteristiche	Contrattuale	Extracontrattuale
Oggetto	Terapie odontoiatriche	Eventi dannosi non inerenti il contratto di cura
Onere probatorio per il paziente	Esistenza del danno Entità del danno	Esistenza del danno Entità del danno La colpa del professionista Il rapporto causale
Onere probatorio per il dentista	Corretta esecuzione Assenza del nesso di causalità	
Limitazioni	Imprevedibilità e/o imprevenibilità (caso fortuito) Colpa grave	Imprevedibilità e/o imprevenibilità (caso fortuito)
Prescrizione per la richiesta danni	10 anni	5 anni
Prospettiva di giustificazione del danno	Minore	Maggiore

Considerando che in tema di responsabilità contrattuale l'onere della prova spetta al sanitario ed in tema di extracontrattuale al paziente, la differenza appare evidente: nel primo caso il dentista che non dimostri la correttezza del proprio operato corre maggiori rischi di essere condannato anche in casi di probabile errore; nel secondo caso la dimostrazione da parte del paziente della colpa è più difficoltosa e porta più facilmente a sollevare il sanitario dalla responsabilità.

Bibliografia

- BALDASSARRI A. e S.: *La responsabilità civile del professionista*, Milano, 1993
- LEGA C.: *In tema di responsabilità civile del dentista*, Giur. it., I, 1967: 2,811
- MARRA A.: *Responsabilità professionale del medico verso la responsabilità oggettiva e l'inversione dell'onere della prova?*, Riv. it. med. leg., 1993: 224
- MARTINI P., GABRIELLI M.: *L'evoluzione dottrina e giurisprudenziale della responsabilità medica*, Zacchia, 2, 1985: 155
- MARZO G.: *Appunti sulla responsabilità civile in campo medico*, Giur. it., I, 1986: 2, 681.
- NORELLI G.A.: *Sul divenire della responsabilità in ambito sanitario. Note medico legali*, Riv. It. Med. Leg., VII: 782
- ROSSELLO C.: *Intorno ai rapporti tra responsabilità e responsabilità extracontrattuale*, Giur. it., IV, 1985: 201
- SCLAFANI F.: *La rilevanza civilistica della colpa lieve nella responsabilità del medico chirurgo*, Temi romana, 1983: 783

6. LA RESPONSABILITÀ NEL RAPPORTO DI LAVORO CON ALTRI DENTISTI

F. Montagna, L. M. Daleffe, S. Sperandio

La maggior parte dei dentisti lavora come libero professionista, cioè come lavoratore autonomo esercente una professione intellettuale. Il dentista è autorizzato dal contratto d'opera intellettuale a servirsi della collaborazione di personale dipendente e terzi sostituiti o collaboratori (*art.2232 c.c. Esecuzione dell'opera*).

L'inserimento nel rapporto contrattuale fiduciario tra il dentista-titolare dello studio e il paziente di un terzo soggetto, quale un collaboratore che esegua le prestazioni sanitarie, configura diverse situazioni che rendono più articolato il meccanismo di attribuzione della responsabilità:

- Rapporto contrattuale tra dentista titolare dello studio e paziente
- Rapporto tra dentista titolare dello studio e collaboratore o sostituto.
- Rapporto tra collaboratore e paziente
- Tale situazione rende possibili diverse ipotesi di responsabilità nel caso di danni:
 - responsabilità del titolare dello studio in quanto controparte contrattuale del paziente e responsabile sanitario con obbligo di sorveglianza e direzione
 - responsabilità esclusiva del sostituto che ha eseguito la prestazione e quindi l'errore professionale
 - responsabilità solidale

Tabella 1
RESPONSABILITÀ NEL RAPPORTO DI LAVORO CON ALTRI DENTISTI

Responsabilità	Causa del danno	Osservazioni
TITOLARE DELLO STUDIO	Conseguenti a conduzione dello studio o colpa del personale ausiliario	Responsabilità extracontrattuale come direttore sanitario della struttura (culpa in custodiendo, in vigilando)
	Azione di sostituiti con rapporto di dipendenza o ad esso paragonabile; con minore esperienza per insufficiente direzione o sorveglianza, errate istruzioni	Responsabilità contrattuale del dirigente sanitario nel lavoro di squadra (culpa in vigilando, in eligendo)
COLLABORATORE O SOSTITUTO	Azione di sostituto con rapporto di lavoro autonomo; Consulente con specifiche specializzazioni. Contratto di cura diretto con il paziente	Responsabilità contrattuale individuale nel lavoro multidisciplinare e nel lavoro autonomo.
ENTRAMBI	Azione concorrente di diversi sanitari Ruoli non identificabili con precisione	Responsabilità contrattuale solidale; di gruppo

In merito alla questione non esiste una risposta univoca poiché la decisione della magistratura, nel caso di danno illecito, si baserà sull'analisi delle particolarità di ogni singolo caso.

In particolare, sottolineiamo come la responsabilità civile per l'operato di altri dentisti muti con il variare del profilo del rapporto lavorativo instaurato (dipendente, collaboratore o sostituto libero professionista, studio associato) e del tipo di responsabilità (contrattuale o extracontrattuale).

In estrema sintesi, senza pretendere di risolvere in astratto il problema giuridico nella sua complessità, ecco alcune situazioni nella tabella 1.

1. I TIPI DI RAPPORTO PROFESSIONALE

Nel caso di lavori complessi in cui si alternino più professionisti sovrapponendosi nelle varie fasi di terapia può risultare talvolta difficile definire i profili di responsabilità; a tal fine, accanto ai concetti precedentemente esposti, possiamo identificare due situazioni che presentano significative differenze.

La definizione di lavoro di squadra presuppone una intrinseca attitudine ad una sinergica attività assistenziale di persone addestrate a lavorare insieme: in tale situazione è indispensabile la precisa definizione di un regolatore dell'intervento con funzioni di tipo organizzativo didattico, di controllo e valutazione delle singole capacità dei componenti. La responsabilità del dirigente attiene una idonea scelta del personale (culpa in eligendo), la sorveglianza del loro operato (culpa in vigilando), il coordinamento e la registrazione dell'attività (culpa in custodiendo).

Il gruppo multidisciplinare comporta una situazione nella quale in cui ogni singolo specialista apporta il suo specifico contributo nella assistenza, limitatamente al proprio campo, ed è responsabile per quanto attinente la sfera di propria competenza secondo il principio dell'affidamento.

A sostegno di quanto detto riportiamo la premessa in diritto di una sentenza in tema di responsabilità penale riguardante anche un dentista (n. 861 del 12.02.92, Tribunale penale di Verona). Ricordiamo che l'estensione in ambito civilistico può presentare aspetti ed interpretazioni non sovrapponibili.

*“.... Per concludere, le modalità di svolgimento del caso concreto in esame impongono una scelta di campo anche in tema di responsabilità medica d'équipe. Brevemente, tre sono le posizioni individuabili nel dibattito sulla questione, ovviamente prescindendosi da quelle contrastanti con i principi fondamentali dal diritto penale, come quello della responsabilità personale di cui all'art. 27 Cost. Secondo alcuni, graverebbe sul “capo-équipe” l'obbligo di prevedere ed impedire il comportamento colposo dei suoi sottoposti, partecipanti all'attività medica. Secondo altri, invece, il suddetto rapporto dovrebbe essere risolto in chiave di affidamento e, cioè, il primario dovrebbe alertarsi solo quando, per circostanze di fatto o comunque legate alla persona del suo subalterno, verrebbe meno l'aspettativa (normale) di un comportamento perito, diligente e prudente da parte di quest'ultimo. La terza posizione, infine, valorizza l'adempimento, da parte di **ciascuno** dei componenti dell'équipe, dei doveri di diligenza e disciplina propri dei compiti a lui istituzionalmente affidati. Ne consegue che il controllare l'operato*

altrui dovrebbe essere prescritto (per modalità ed estensione) e poi valutato alla luce di tali compiti. Ritiene il collegio di dover aderire, perchè più pertinente al principio del carattere "personale" della responsabilità penale, a quest'ultima opinione, del resto più compatibile con i canoni interpretativi sopra delineati in tema di responsabilità colposa (individuale) del medico. L'aggancio della responsabilità dei singoli componenti l'équipe a canoni prederminati ed eccezionali di colpa (ex art. 2236 c.c.) porterebbe infatti a soluzioni contraddittorie (il collaboratore inetto risponderà per colpa grave mentre il capo équipe per colpa lieve "in eligendo" nonostante la reciprocità degli obblighi di controllo - v. Cass. sez. IV, 5.1.82, Fenza) o inique (il professionista risponderrebbe per colpa grave, mentre il non professionista, anche se partecipante paritario ed attivo nell'operato dell'équipe, risponderrebbe per colpa lieve). In conclusione, anche sotto tale profilo non si devono abbandonare i tradizionali criteri di valutazione circa la rappresentabilità ed evitabilità dell'evento, criteri di certo applicabili alle singole posizioni concrete. Per conseguenza, una volta individuati i compiti d'ogni membro dell'équipe, gli stessi andranno valutati alla luce della peculiare natura dell'attività svolta e delle cognizioni tecniche proprio dell'agente. Nel caso concreto, pertanto, facendo gli imputati parte, con varie qualifiche, del personale medico di un reparto specialistico di un ospedale pubblico, l'individuazione dei loro compiti potrà essere compiuta secondo le norme dettate dall'art. 7 del D.P.R. n. 128 del 27.03.69, concernenti l'ordinamento interno dei servizi ospedalieri. A tali norme si farà quindi ricorso nell'esame delle singole posizioni, specificandosi peraltro che il richiamato art. 7 varrà solo per esaminare quel compito di collaborazione diretta a cui sono tenuti gli aiuti nei confronti del primario, non rientrando la posizione del professore convenuto nell'ambito delle responsabilità d'équipe, in virtù delle visite direttamente effettuate da quest'ultimo sulla paziente (ma su tale punto vedi oltre). Quanto sopra ritenuto dal collegio in tema di responsabilità "d'équipe" trova del resto conforto nei principi evidenziati dalla S.C. nella sentenza n. 11651 del 29.11.88...."

Tali principi, applicati in medicina, trovano comunque alcune limitazioni in odontoiatria per le sue specifiche caratteristiche che sono riconoscibili per il fatto che le prestazioni si svolgono in situazioni di elezione e attraverso successive fasi che devono essere eseguite consecutivamente secondo un ordine prestabilito; valutando criticamente il risultato raggiunto al termine della fase precedente prima di proseguire alla successiva; alternando operatori specializzati, provvisti presumibilmente di un comune bagaglio di conoscenze che non possono ignorare anche nel caso limitino la loro pratica professionale anche solo ad alcune branche.

A tale riguardo riportiamo la seguente massima della Suprema Corte: "Nel caso di prestazioni effettuate da persona in possesso del relativo diploma di specializzazione, non può prescindersi dalle cognizioni generali e fondamentali proprie di un medico specialista nel proprio campo e non già facendo riferimento alle cognizioni fondamentali di un medico generico".

Particolarmente in odontoiatria, quindi, proseguire il piano di terapia senza preliminare rivalutazione del caso e del lavoro eseguito dall'operatore precedente costituisce ipotesi di colpa per il dentista che continui la terapia.

La responsabilità extracontrattuale per danni derivanti da carenze del personale

dipendente delle strutture e della organizzazione del lavoro rimane costantemente a carico del titolare dello studio con l'eccezione di colpa grave dell'operatore (art. 2049 c.c. *Responsabilità dei padroni e dei committenti*); la responsabilità contrattuale per danni causati da un altro dentista che lavori entro lo stesso studio richiede l'analisi del *modus operandi* all'interno della struttura di cura, potendosi prestare a diverse interpretazioni giuridiche.

1.1 Il dentista dipendente

La responsabilità civile contrattuale dell'Ente gestore o del titolare dello studio si verifica nel caso di danni causati da personale con rapporto di lavoro di dipendenza o sovrapponibile ad esso, quando cioè si presti ad essere interpretato come un rapporto subordinato o parasubordinato con caratteristiche di continuità (art. 1218 c.c. *Responsabilità del debitore*; art. 1228 c.c. *Responsabilità per fatto degli ausiliari*; art. 2049 c.c. *Responsabilità dei padroni e dei committenti*); non è necessaria quindi l'esistenza di un rapporto contrattuale scritto di dipendenza ma che l'analisi delle modalità di lavoro siano sufficienti a concretizzare in astratto un rapporto di subordinazione.

Tale situazione, non infrequente nella pratica libero-professionale, si configura come lavoro di squadra in cui il dipendente in caso di contenzioso in ambito civile per danni:

- È tutelato da parte del titolare dello studio o dall'ente privato per fatti connessi all'espletamento delle proprie mansioni (responsabilità contrattuale); ad eccezione dei casi di dolo e colpa grave
- Non risponde per danni causati da personale ausiliario o per deficienze di gestione dello studio per le quali è responsabile il titolare dello studio o la direzione sanitaria (responsabilità strutturale).

1.2 Il collaboratore libero professionista e il rapporto di associazione

Nel caso il rapporto di lavoro sia inquadrabile come occasionale, non continuativo e non subordinato, come può avvenire ad esempio per prestazioni specialistiche che richiedano particolare competenza, la responsabilità può essere attribuita al sostituto (affidamento o gruppo multidisciplinare).

Di fatto quando più persone concorrono nello stesso errore e non si riesce ad individuare chi abbia effettivamente causato il danno, tutti i componenti della équipe medica dovranno risponderne secondo il principio della responsabilità di gruppo o per fatto altrui che presuppone sempre la garanzia di risarcimento dei danni al paziente.

Nel caso di studio associato la responsabilità civile rimane a carico dei singoli professionisti che devono essere ben individuabili nell'ambito dell'associazione.

Per evitare equivoci con l'utenza, gli studi associati devono usare nei rapporti con i terzi esclusivamente la denominazione di studio medico seguita dal nome, cognome, titoli professionali dei singoli associati (art. 1 legge 1815/39).

Sull'argomento riportiamo di seguito una sentenza di particolare chiarezza

- Cassazione sentenza 8 ottobre 1975, n. 3193: "... nell'evitare che una denominazione diversa dalla qualificazione professionale risultante dai titoli e dalla autorizzazione degli associati possa indurre in equivoco i terzi coprendo una attività non corrispondente a quella abilitata, e, quindi sfornita delle necessarie garanzie tecniche, con le conseguenze pregiudizievoli che essa è suscettibile a comportare".

2. GLI ORIENTAMENTI GIURISPRUDENZIALI

Riportiamo di seguito alcune sentenze sul rapporto fra professionista e collaboratori o sostituti che ne esemplificano la interpretazione da parte della Magistratura ai fini della affermazione di responsabilità.

2.1 L'autorizzazione

La autorizzazione del paziente a farsi curare dal sostituto del professionista interpellato deve essere esplicitamente acquisita indicando la specifica persona e prestazione, non potendosi ritenere valido un assenso implicito come sancito dalla seguente sentenza Tribunale di Novara, 12 Aprile 1966: *“Il titolare di uno studio dentistico non risponde a titolo contrattuale dei danni prodotti dal proprio praticante su un paziente, qualora la prestazione sanitaria sia stata da questo richiesta personalmente e unicamente al praticante stesso. In tale ipotesi però, il titolare dello studio risponde ex art.2048 c.c. “Responsabilità dei genitori, dei tutori, dei precettori e dei maestri d’arte”, qualora abbia permesso al proprio praticante, non ancora in possesso dell’abilitazione prescritta, di esercitare l’attività di odontoiatra nel proprio studio”*

2.2 Culpa in eligendo et in vigilando'

Può essere individuata in un errore professionale nella scelta del sostituto per aver il professionista incaricato personale non adeguatamente preparato ad eseguire la terapia programmata cioè una culpa in vigilando o in eligendo del titolare dello studio (art. 1717 c.c. *Sostituto del mandatario*; art. 2049 c.c. *Responsabilità dei padroni e dei committenti*).

Cass. Sez I, sent. n.1255/77: *“... ai fini della responsabilità di cui all’art. 2049 c.c. occorre che il collaboratore abbia agito su richiesta e per conto del committente, mentre non è necessario che esista, altresì, un rapporto di lavoro permanente di lavoro subordinato, essendo sufficiente la electio e l’incarico a far sorgere nel committente che si avvale di altri per l’attuazione della propria volontà l’obbligo di vigilare e dirigere l’attività del preposto”*.

2.3 La colpa per istruzioni errate

È prevista dall’art. 1717 c.c. *Sostituto del mandatario* ma deve essere temperata alla luce di alcune sentenze particolarmente nel caso in cui l’esecuzione sia affidata a personale con particolari specializzazioni nello specifico settore in cui il professionista non opera perchè si ritiene meno qualificato. Così la Corte di Cassazione, n. 555/81: *“La richiesta da parte del medico specialista di altro medico a consulto di non diversa specializzazione anche se di maggior esperienza non comporta la completa assunzione di ogni responsabilità di valutazione e decisione da parte del sanitario chiamato a consulto. Ne consegue che la responsabilità è congiunta e non esclusiva, salvo che si dimostri una effettiva e conclamata diversità di valutazione diagnostica e di opportunità terapeutica dei due sanitari. Dal che consegue che non può ritenersi interrotto il nesso eziologico tra condotta colposa e l’evento in danno del paziente qualora la diagnosi ed il tipo di attività terapeutica chirurgica siano state confermate e concordate con il medico curante da altro collega più esperto”*.

Le disposizioni dettate da un superiore gerarchico, come ad esempio dal primario ad aiuti o assistenti, devono essere di norma eseguite per non incorrere in una condotta omissiva; però, nel caso si tratti di trattamento errato, il sanitario subordinato ha comunque l'obbligo di non contribuire all'evento lesivo per non incorrere nel reato di cooperazione colposa ex art.113 c.p. *Cooperazione nel delitto colposo* (Cass. Pen. Sez. IV, 29 Novembre 1988; Cass. Pen, Sez IV, 17 Giugno 1959).

2.4 Il compenso

Per quanto concerne l'onorario ricordiamo che, a meno di specifici accordi i collaboratori non hanno un rapporto giuridico diretto con il cliente e non possono richiedere o procedere per la corresponsione del compenso.

“In tema di prestazione d’opera intellettuale, la facoltà per il professionista di servirsi, ai sensi dell’art. 2232 c.c., della collaborazione di ausiliari o di sostituti non comporta mai che costoro diventino parti del rapporto di clientela restando, invece, la loro attività giuridica assorbita da quella del prestatore d’opera che ha concluso il contratto con il cliente. Il sostituto, pertanto, non è legittimato ad agire contro il cliente medesimo per la corresponsione del compenso, il cui obbligo resta a carico del professionista che si è avvalso della sua collaborazione”. Corte di Cassazione con sentenza della 2^ª Sezione, del 27 agosto 1986

In tale ipotesi però il titolare dello studio risponde (ex art. 2048 *Responsabilità dei genitori, dei tutori, dei precettori e dei maestri d’arte*) qualora abbia permesso al proprio praticante, non ancora in possesso di abilitazione prescritta, di esercitare attività di odontoiatra nel proprio studio.

Bibliografia

1. BELFIORE E.: *Sulla responsabilità colposa nell’ambito dell’attività medico chirurgica in équipe*, Foro it., II, 1983: 167
2. BELFIORE E.: *Profili penali dell’attività medico chirurgica in équipe*, Arch. pen., 1986: 266
3. BELFIORE E.: *Sulla responsabilità colposa nell’ambito dell’attività medico chirurgica in équipe*, Foro it., II, 1983: 167
4. MARINUCCI G., MARRUBINI G.: *Profili penalistici del lavoro medico chirurgico in équipe*, Temi, 1968: 217
5. MARTINI P.: *La professione sanitaria odontoiatria, fisionomia medico legale*, Federazione medica, 6, 1986: 618
6. SPOSATO F.: *Alcune considerazioni in tema di responsabilità del medico e delle case di cura private*, Rivista giuridica della circolazione e dei trasporti, 1993: 954
7. ZANA M.: *La responsabilità del medico*, Rivista critica del diritto privato, 1987: 159
8. ZANCANI P.: *Sul rapporto di subordinazione tra primario e assistente ospedaliero: concorso nella responsabilità professionale*, Giust. pen., II, 1962: 471.

7. LA RESPONSABILITÀ DEL LIBERO PROFESSIONISTA PER IL PERSONALE DIPENDENTE

G.A. Longo, F. Montagna

Il mandato a curare prevede l'esecuzione personale dell'incarico; sono comunque stabiliti i limiti entro i quali è consentito avvalersi dell'opera di dipendenti ed ausiliari la cui utilizzazione è legittima se prevista dal contratto o dagli usi e non è incompatibile con l'oggetto della prestazione, vale a dire utilizzata per scopi esorbitanti la competenza ed i titoli del soggetto (art. 100 R.D. 27-7-1934, n. 1265 TUSL; art. 2 Legge 409/85; art. 348 c.p. *Abusivo esercizio di una professione*; art. 2232 c.c. *Esecuzione dell'opera*)

1. L'ASSISTENTE DENTALE

Il personale dipendente dello studio odontoiatrico è assunto secondo il "Contratto Collettivo Nazionale di Lavoro dei dipendenti di studi professionali" (CCNL) ed il mansionario deve essere limitato ad operazioni utili a facilitare l'azione del dentista come ad esempio: assistenza alla poltrona, pulizia, riordino e igiene dello strumentario, segreteria, disbrigo di commissioni, amministrazione; è esclusa per tale figura l'attività terapeutica sul paziente attribuita alla professione odontoiatrica o di igienista dentale.

Secondo l'inquadramento dato dal CCNL 24.4.1993 appartengono al III livello gli assistenti di studio odontoiatrico che alle strette dipendenze del dentista, svolgono mansioni di concetto operativamente autonome che comportino particolari conoscenze ed esperienze tecnico professionali comunque acquisite, anche con eventuale coordinamento esecutivo della attività di altri dipendenti.

Il personale non di pertinenza specificatamente odontoiatrica, quale quello che può essere costituito da segretarie amministrative, contabili di concetto, stenodattilografi, dattilografi viene inquadrato dai livelli previsti dal CCNL per le corrispondenti mansioni (III, IV, IV super).

Il personale deve essere adeguatamente istruito e controllato, le operazioni svolte sotto la direzione e la supervisione del dentista e a tale riguardo si avverte la lacuna dovuta alla mancanza di specifiche scuole professionali.

L'obbligo del medico di vigilare sul personale dipendente introduce una forma di responsabilità oggettiva collegata alla "culpa in vigilando" o "in eligendo" del dentista con assunzione di responsabilità per danni causati da costoro nello svolgimento delle proprie mansioni con l'eccezione dei casi di dolo e colpa grave (art. 1228 c.c. *Responsabilità per fatto degli ausiliari*; art. 2049 c.c. *Responsabilità dei padroni e dei committenti*).

2. L'IGIENISTA DENTALE

Il diploma universitario abilita all'esercizio della professione di igienista dentale il cui profilo giuridico ed il mansionario è di recente regolamentazione (D.M. 14 Settembre 1994, n.669 *Regolamento concernente la individuazione della figura e il relativo profilo professionale dell'igienista dentale*); queste figure professionali, secondo il CCNL 20.4.1993, sono inquadrare nel al II° livello.

Il D.M. 30/88 stabilisce per l'igienista la potestà di compiere, alle strette dipendenze di un dentista, alcune delle attività operative attribuite alla professione odontoiatrica (art. 2 Legge 409/85): educazione sanitaria, compilazione delle cartelle cliniche, istruzione all'igiene orale, ablazione tartaro e levigatura delle radici, applicazione topica di mezzi profilattici, suggerimento delle norme per una alimentazione razionale.

Nel caso siano eseguite prestazioni che sconfinino in ambito medico come ad esempio diagnosi e terapia odontoiatrica, si configura il reato di esercizio abusivo di professione (art.348 c.p. *Abusivo esercizio di una professione*) ad eccezione delle attività operative attribuite dal D.M. del 14 settembre 1994 agli igienisti dentali.

D.M. 26 GENNAIO 1988 N. 30 (Identificazione di profili professionali attinenti a figure nuove, atipiche e di dubbia ascrizione ai sensi dell'art. 1, quarto comma, del decreto del Presidente della Repubblica 20 dicembre 1979, n. 761 che regola lo stato giuridico del personale delle unità sanitarie locali).

- Art.1 "... *Igienista dentale... Funzioni: svolge compiti relativi alla prevenzione delle affezioni bucco-dentali alle strette dipendenze dei medici specialisti nelle discipline odontostomatologiche e dei dottori in odontoiatria. Collabora nella compilazione della cartella clinica odontostomatologica e provvede alla raccolta dei dati clinico-statistici. Provvede all'ablazione tartaro ed alla levigatura delle radici nonché all'applicazione topica di vari mezzi profilattici. Provvede all'istruzione sulle varie metodiche di igiene orale, sull'uso razionale dei vari presidi specifici e sull'uso dei mezzi diagnostici idonei ad evidenziare placca batterica e patina dentale motivando l'esigenza di controlli clinici periodici. Indica le norme di un'alimentazione razionale ai fini della tutela della salute dentale*"

Assodato che l'igienista è un tecnico sanitario dell'area medica, che debba espletare la sua attività con la presenza del dentista nell'ambulatorio (o clinica privata o azienda ospedaliera o distretto sanitario ecc.) è di fatto recepito (D.M. 669 14.9.94 art. 1 comma 3) che l'igienista dentale possa esercitare anche in modo autonomo; l'igienista può operare in strutture sanitarie pubbliche e private in regime di dipendenza o libero-professionale lavorando alle dipendenze di odontoiatri e medici chirurghi abilitati.

In tema di responsabilità civile il contenzioso può sorgere in caso di prestazioni ad esito sfavorevole o comunque non ottimale che determinino una lesione colposa al paziente per cui si realizzi l'ipotesi di risarcimento danni.

In caso di danno si possono quindi configurare due diverse ipotesi:

- L'onere risarcitorio spetta al dentista, datore di lavoro, nel caso di igienista dipendente dello studio, in analogia a quanto precedentemente esposto per i lavoratori dipendenti (art. 1228 c.c. *Responsabilità per fatto degli ausiliari*; art. 2049 c.c. *Responsabilità dei padroni e dei committenti*; art.1717 c.c. *Sostituto del mandatario*).
- L'onere risarcitorio spetta all'igienista dentale in caso di rapporto di lavoro auto-

no salvo che il danno causato dall'igienista dentale sia conseguente ad errata diagnosi e indicazione terapeutica del dentista del quale tali attività sono di competenza esclusiva.

3. GLI ASPETTI DELLA NORMATIVA SUL LAVORO DIPENDENTE

L'instaurazione di un rapporto di lavoro dipendente implica obblighi reciproci tra datore e dipendente il cui mancato rispetto può avere risvolti di tipo civilistico (per risarcimento danni) a carico di ambo le parti.

Il dipendente ha l'obbligo di lavorare con diligenza e fedeltà, potendo diversamente essere sottoposto a sanzioni disciplinari (art. 2104 c.c. *Diligenza del prestatore di lavoro*; art. 2105 c.c. *Obbligo di fedeltà*; art. 2106 c.c. *Sanzioni disciplinari*).

Il tipo di sanzioni disciplinari applicabili sono previste dal Contratto Collettivo Nazionale dei Lavoratori degli studi professionali negli articoli di seguito riportati.

Art. 60 C.C.N.L. "Salvo i casi di legittimo impedimento di cui sempre incombe al lavoratore l'onere della prova, le assenze devono essere giustificate per iscritto presso lo studio entro le 24 ore per gli eventuali accertamenti. Nel caso di assenze non giustificate saranno applicate le seguenti sanzioni:

- * *trattenuta della retribuzione giornaliera di fatto e multa non eccedente un importo pari al 10% della retribuzione stessa, nel caso di assenza fino a tre giorni;*
- * *licenziamento senza preavviso (giusta causa) nel caso di assenza oltre tre giorni o in caso di recidiva oltre la terza volta nell'anno solare."*

Art. 99 C.C.N.L. "Non sono ammesse tolleranze nell'orario di lavoro. Nei confronti dei ritardatari sarà operata una trattenuta pari all'importo delle spettanze corrispondenti al ritardo, maggiorato di una multa pari all'ammontare della trattenuta.

La trattenuta dovrà figurare sul prospetto paga. Nel caso di recidiva nel ritardo per la terza volta nell'anno solare, il datore di lavoro potrà raddoppiare l'importo della multa.

Persistendo il lavoratore nei ritardi potranno essere adottati provvedimenti disciplinari più severi e, dopo formale diffida per iscritto, anche quello della risoluzione del rapporto di lavoro senza preavviso."

Art. 101 C.C.N.L. "Fermo restando quanto previsto dall'art. 60 del presente contratto sulle assenze ingiustificate e dall'art. 99 del presente contratto per i ritardi, l'inosservanza dei doveri da parte del personale comporta i seguenti provvedimenti, che saranno presi dal datore di lavoro in relazione all'entità delle mancanze ed alle circostanze che le accompagnano:

- 1) *biasimo inflitto verbalmente per le mancanze più lievi*
- 2) *biasimo inflitto per iscritto nei casi di recidiva*
- 3) *multa in misura non eccedente l'importo di quattro ore di retribuzione*
- 4) *sospensione dalla retribuzione e dal servizio per un massimo di giorni dieci*
- 5) *licenziamento disciplinare senza preavviso e con altre conseguenze di ragione e di legge (licenziamento in tronco)."*

3.1 I motivi di licenziamento

Salva ogni altra azione legale, il provvedimento di licenziamento si applica alle mancanze più gravi per ragioni di moralità e di fedeltà verso lo studio in armonia con le norme di cui all'art. 2105 c.c. *Obbligo di fedeltà* e cioè l'abuso di fiducia, la concorrenza, la violazione del segreto d'ufficio, nonché nei casi previsti dall'art. 60, dal 1° o 2° comma del 97 e dal 3° comma dell'art. 99 del CCNL ed in quelli di cui all'art. 2119 c.c. *Recesso per giusta causa*.

L'art. 1 legge 15.07.1966 n. 604 riguardante le norme sui licenziamenti individuali, dispone che *“nel rapporto di lavoro a tempo indeterminato, intercorrente con datori di lavoro privati o con enti pubblici, ove la stabilità non sia assicurata da norma di legge, di regolamento e di contratto collettivo ed individuale, il licenziamento del prestatore di lavoro non può avvenire che per giusta causa ai sensi dell'art. 2119 c.c. o per giustificato motivo”*.

Nel rapporto di lavoro a tempo indeterminato giusta causa e giustificato motivo costituiscono dunque le uniche due ipotesi legittimanti il recesso del datore di lavoro, al di fuori degli altri casi di disciplina speciale dei licenziamenti previsti dalla legge.

La differenza non sta quindi nel tipo di comportamento, ma nella gravità di esso, il che consente di differenziare il grado di nocimento arrecato al datore di lavoro.

È compito del giudice di merito dare al fatto di questione l'esatta qualificazione giuridica ai fini di inquadrarlo nell'una piuttosto che nell'altra fattispecie.

La distinzione è importante dal punto di vista pratico, in quanto giusta causa e giustificato motivo legittimano entrambi il recesso del datore di lavoro ma, mentre nel primo caso il recesso ha effetto immediato, nel secondo caso è necessario il preavviso (vedi Cass. 23.06.87 n. 5513).

La giusta causa è ravvisabile in un fatto *“che non consente la prosecuzione, anche provvisoria, del rapporto di lavoro”* (art. 2119 c.c. *Recesso per giusta causa*).

Non costituiscono giusta causa per il licenziamento le seguenti motivazioni: mancanza grave provocata da altra mancanza compiuta dal datore di lavoro; cessione dello studio; l'imperizia tecnica; l'incapacità tecnica del lavoratore

Chi recede in tronco deve rispettare i requisiti essenziali della risoluzione per giusta causa, e cioè: contestazione della causa che ha giustificato il licenziamento; immediatezza della contestazione in quanto il fatto che costituisce la giusta causa è così grave da non consentire, anche provvisoriamente, la prosecuzione del rapporto; immutabilità della causa contestata, nel senso che non può essere successivamente modificata o sostituita con altra; onere, gravante in capo al datore di lavoro, di provare la sussistenza della giusta causa.

Il giustificato motivo viene individuato nel *“notevole inadempimento contrattuale del prestatore di lavoro, ovvero nelle ragioni inerenti all'attività produttiva, all'organizzazione del lavoro ed al regolare funzionamento di essa”*.

La legge n. 604/66, oltre ad imporre un regime alla facoltà dell'imprenditore di recedere dal contratto di lavoro, confermando e disciplinando il licenziamento per giusta causa (art. 2119 c.c. *Recesso per giusta causa*) ha introdotto l'istituto del giustificato motivo, prospettando una ipotesi soggettiva ed una ipotesi oggettiva di giustificato motivo.

Costituiscono esempi di giustificato motivo soggettivo di licenziamento (notevole inadempimento degli obblighi contrattuali del prestatore di lavoro):

- Il mancato raggiungimento di un risultato o rendimento minimo contrattualmente

previsto, purchè lo stesso risulti inequivocabilmente frutto di negligenza o di incapacità del dipendente, incombendo il relativo onere della prova a carico del datore di lavoro.

- Assenza ingiustificata del lavoratore
- Prestazione di attività lavorativa presso terzi in pendenza di malattia
- In genere tutti gli altri comportamenti che possono integrare la giusta causa ma che, essendo meno gravi, non determinano l'impossibilità di una prosecuzione, sia pure provvisoria, del rapporto bensì solo un notevole inadempimento contrattuale.

La minore gravità di tali comportamenti fa sì che essi, pur legittimando il licenziamento, impediscano che questo possa essere attuato in tronco (come nel caso di giusta causa), esigendo invece l'intimazione con preavviso.

Costituiscono esempi di giustificato motivo oggettivo di licenziamento (ragioni inerenti all'attività produttiva, all'organizzazione del lavoro, al regolare funzionamento di essa): il riassetto organizzativo dello studio motivato dalla necessità di operare modifiche contrattuali; la necessità di ridurre i costi di esercizio eliminando l'onere eccessivamente gravoso costituito da un numero esuberante di dipendenti; la cessazione dell'attività; l'impossibilità, sopravvenuta per il lavoratore, di essere assegnato a nuove mansioni, stante l'infruttuoso esito di riqualificazione professionale prevista dal contratto Collettivo.

3.2 Le conseguenze di un ingiusto licenziamento

L'impugnazione del licenziamento può avvenire per causa diretta del dipendente davanti al giudice del lavoro o attraverso la mediazione da parte del sindacato

La legge n. 108/90 introduce alcune modifiche alla legge n. 604/66, estendendo la disciplina sui licenziamenti individuali anche nei confronti dei datori di lavoro che occupano un numero inferiore di 15 dipendenti.

In pratica la sfera di applicazione della nuova normativa comprende tutti i rapporti di lavoro a tempo indeterminato, con datori di lavoro privati o pubblici, imprenditori o non imprenditori, comprendendo fra questi ultimi gli studi professionali.

A seguito di accertamento, operato in sede arbitrale o giudiziale, il licenziamento può risultare:

- 1) Inefficace, per mancanza di forma scritta nella comunicazione della motivazione
- 2) Annullabile, in quanto intimato senza giusta causa o giustificato motivo
- 3) Nullo, in quanto determinato da ragioni di credo politico, o fede religiosa, dall'appartenenza ad un sindacato o dalla partecipazione ad attività sindacali.

Le conseguenze civilistiche derivanti dalla impugnazione di un ingiusto licenziamento variano in considerazione del numero di dipendenti.

Nel caso di datori di lavoro con più di 15 dipendenti, in conseguenza della accertata illegittimità del licenziamento, il datore di lavoro ha l'obbligo di reintegrare il lavoratore nel posto di lavoro e di risarcire al lavoratore il danno con la corresponsione di un'indennità commisurata alla retribuzione, dal giorno del licenziamento a quello della reintegrazione e, in ogni caso la misura del risarcimento non può essere inferiore alle 5 mensilità.

Il lavoratore ha facoltà di chiedere, qualora non sia interessato alla riacquisizione del posto di lavoro, in sostituzione della reintegrazione, il pagamento di un'indennità risarcitoria di 15 mensilità.

Nel caso di datori di lavoro con meno di 15 dipendenti non sussiste l'obbligo di reintegrazione, ma hanno la possibilità di scegliere tra la riassunzione del lavoratore entro il termine di 3 giorni ed il risarcimento del danno, con il pagamento di una indennità di importo compreso tra un minimo di 2,5 ed un massimo di 6 mensilità dell'ultima retribuzione.

Bibliografia

1. MALCONTENTI R., LALLA F.: *Qualificazione giuridica soggettiva del medico e nuove implicazioni, aspetti giuridici e medico legali*, Riv. it. med. leg., 1993: 351
2. RECCHIONI F.: *Profili della colpa professionale, la responsabilità del medico e quella dei suoi ausiliari*, Arch. civ. 1977: 969
3. ZENO ZENOVICH V.: *Questioni in tema di responsabilità per colpa professionale sanitaria*, Nuova giur. civ. commentata, I, 1992: 361

8. LA RESPONSABILITÀ NELLA CONDUZIONE DELLO STUDIO

F. Montagna, C. Carlini, M. Reggio

Il titolare dello studio o il responsabile della struttura risponde civilmente di qualsiasi danno ingiusto prodotto a terzi per non adeguata conduzione del complesso funzionale; da tale situazione derivano specifici profili di responsabilità civile e quindi la necessità di ricorrere ad adeguate coperture assicurative includendo oltre al rischio professionale anche i rischi accessori inerenti la conduzione dello studio.

La normativa relativa agli adempimenti del professionista nella conduzione dello studio è una materia molto complessa e di non facile interpretazione, sia per la costante evoluzione legislativa che per i continui mutamenti imposti da decreti modificativi, circolari interpretative, decreti attuativi e ricorsi.

Pur non essendo rintracciabili statistiche infortunistiche ufficiali degli studi professionali, possiamo affermare che gli infortuni negli studi odontoiatrici sono molto ridotti; questo, probabilmente, è dovuto al rispetto, da parte della categoria, delle vigenti norme il cui adempimento garantisce un rischio residuo minimo.

La responsabilità civile che ne deriva è di tipo extracontrattuale e costantemente a carico del titolare dello studio nella sua funzione di responsabile e/o direttore sanitario; i riferimenti codicistici sono costituiti dall'art.2050 c.c. (*Responsabilità per l'esercizio di attività pericolose*), art.2051 (*Responsabilità per cose in custodia*) e art.2043c.c. (*Risarcimento per fatto illecito*); per ogni singolo aspetto esiste poi una florida legislazione in continuo e costante evoluzione.

Il materiale raccolto in questo capitolo proviene da diverse fonti informative della Associazione Nazionale Dentisti Italiani e deve quindi essere considerato aggiornato alla data di edizione del libro; al momento di una futura consultazione si raccomanda comunque di verificarne la attualità.

Per un approfondimento ulteriore, per quanto attiene la sicurezza e salute dei lavoratori sul luogo di lavoro e i dispositivi medici, rimandiamo ai rispettivi capitoli della parte speciale (*Gli infortuni e le malattie professionali; I dispositivi medici; La trasmissione dell'infezione*).

1. LO SMALTIMENTO DEI RIFIUTI

Il 30.12.1996 il governo ha approvato la legge quadro sulla gestione dei rifiuti (Decreto Ronchi) in attuazione delle direttive europee (91/156 CEE, 91/689 CEE) cancellando innumerevoli decreti che contornavano questa materia (L. 366/1941, DPR 915/1982, L. 441/1987, L. 475/1988, DPR 45/1988, L. 427/1993).

Il Decreto distingue i rifiuti in pericolosi e non pericolosi; tra i rifiuti pericolosi sono compresi quelli sanitari tra cui ricordiamo alcuni di importanza per la categoria odontoiatrica: soluzioni di fissaggio e sviluppo; rifiuti contenenti mercurio (amalgama);

altri rifiuti la cui raccolta e smaltimento richiede precauzioni particolari in funzione della prevenzione di infezioni (garze, lame, denti, eccetera).

L'art. 10 comma 3 del decreto Ronchi elimina per il dentista la responsabilità per lo smaltimento dei rifiuti qualora siano rispettate le seguenti incombenze per le quali verranno emanati provvedimenti attuativi nei prossimi mesi:

- Contratto con azienda autorizzata al trasporto iscritta all'albo smaltitori
- Registro di carico e scarico vidimato
- Comunicazione alla Provincia, come produttori di rifiuti sanitari pericolosi
- Contenitori omologati
- Ammasso temporaneo dei rifiuti sanitari fino a 30 giorni, per quantitativi non superiori ai 200 litri
- Formulario di identificazione in 4 copie
- Denuncia annuale (MUD) con i nuovi codici europei
- Ammasso temporaneo di liquidi esausti fino a 10 m³ in contenitori di plastica

2. LA RADIOLOGIA

In tema di radiologia preliminarmente ricordiamo il divieto posto dal Testo Unico delle Leggi Sanitarie di utilizzare i raggi roentgen senza autorizzazione: il dentista può avvalersi di apparecchi radiologici a scopo diagnostico solo dopo denuncia ed autorizzazione dell'USL territorialmente competente (artt. 194, 195, 197 T.U.L.S; artt. 13, 97 D.P.R. 13 febbraio 1964 n.185); non è consentito l'uso terapeutico che è riconosciuto ai soli specialisti in radiologia.

Per la radioprotezione il riferimento normativo è costituito dalla applicazione del Decreto Legislativo 17/03/1995 n. 230 (*Attuazione delle direttive EURATOM 80/836, 84/467, 84/466, 89/618, 90/641 e 92/3 in materia di radiazioni ionizzanti*) in ambito odontoiatrico. Con l'avvento del D.Lgs. n. 230/95 (pubblicato sul Suppl. n. 136 del 13/06/1995 della Gazzetta Ufficiale della Repubblica Italiana) gli obblighi di legge a tutela degli operatori e della popolazione (pazienti compresi), contro i rischi derivanti dall'impiego di Radiazioni Ionizzanti (R.I.) per uso diagnostico, hanno subito numerose e sostanziali modifiche. Il quadro complessivo non è tuttavia ancora completo in quanto non sono stati ancora emanati alla data odierna (novembre 1997) numerosi decreti applicativi previsti dallo stesso Decreto Legislativo. Pertanto le note che seguono vanno semplicemente intese come una elementare traccia orientativa all'applicazione di quanto previsto dalle norme attualmente in vigore.

L'attività radiodiagnostica complementare all'esercizio clinico in ambito odontoiatrico è consentita esclusivamente ai laureati in Medicina e Chirurgia che ai sensi della normativa vigente esercitano la professione di odontoiatra, ed ai laureati in Odontoiatria, anche non in possesso del diploma di specializzazione in radiodiagnostica (art. 110 comma 3). Tali laureati debbono possedere le necessarie conoscenze in radioprotezione e debbono osservare, nell'ambito delle proprie competenze, le disposizioni generali di cui all'art. 2 e quelle più specifiche del campo medico, di cui all'art. 111 comma 2. Al comma 4 dell'art. 110 si precisa che pure "il personale anche non specialista o non laureato... deve essere istruito sulle tecniche applicate nonché sulle regole di *radioprotezione* adeguate agli specifici compiti professionali".

Molto sinteticamente, in base ai predetti articoli, l'uso delle R.I. deve essere preventivamente giustificato sul piano clinico (evitando per esempio gli esami superflui) e condotto in modo che le esposizioni alle radiazioni stesse siano mantenute al livello più basso ragionevolmente ottenibile (per esempio curando la tecnica di esposizione, adottando idonei mezzi protettivi per il paziente e controllando la qualità dei materiali radiografici, dall'apparecchio radiologico ai liquidi di sviluppo, o, più in generale, ottemperando agli obblighi previsti nel D. Lgs. 230/95 in materia di radioprotezione).

L'impiego di apparecchiature radiologiche per uso diagnostico comporta obblighi, sia formali che sostanziali, la cui mancata osservanza può avere conseguenze non trascurabili per il professionista, anche di natura penale.

In particolare, è il caso di ribadire che con gli articoli 2 (giustificazione ed ottimizzazione delle esposizioni a R.I.), 110 (obbligo di avere le "necessarie competenze in radioprotezione") e 111 (elencazione generale dei "criteri e modalità di impiego delle radiazioni in campo medico") il decreto 230/95 introduce nuovi principi e nuove regole che coinvolgono pienamente l'odontoiatra, il quale, nella sua qualità di professionista, non può sottrarsi all'obbligo di operare in piena responsabilità e coscienza anche nell'ambito della radiologia diagnostica complementare all'esercizio clinico.

2.1 I provvedimenti da adottare prima ancora della realizzazione dello studio odontoiatrico

Chiunque abbia in progetto di avviare una attività con uso di apparecchi radiologici a scopo diagnostico, deve procedere quanto prima alla nomina di un proprio Esperto Qualificato (E.Q.) per la sorveglianza fisica della radioprotezione (art.77 comma 1 e art.78).

L'E.Q. è un professionista con funzioni che superano quelle del semplice consulente: le sue mansioni sono infatti ben individuate a termini di legge e le sue prescrizioni sono vincolanti. Egli è inoltre investito di numerose responsabilità, anche di rilevanza penale, in merito ai compiti che gli vengono attribuiti ed agli atti formali che gli competono per legge.

Va comunque chiarito subito che il suo ambito di intervento non è onnicomprensivo e che pertanto egli non è tenuto ad alcun compito di tipo economico-amministrativo (vedi, per esempio la cura degli obblighi relativi al pagamento di Tasse regionali o simili) o di tipo assicurativo (vedi, per esempio, l'assicurazione obbligatoria INAIL per i medici contro i rischi derivanti dall'impiego di R.I., ecc.) né tantomeno a compiti di tipo tecnico (per esempio manutenzione degli apparecchi).

La nomina dell'E.Q. va formalizzata nel modo seguente:

- a) L'E.Q. deve rilasciare una dichiarazione scritta di accettazione dell'incarico;
- b) La nomina dell'E.Q. va comunicata all'Ispettorato del Lavoro competente per territorio allegando copia della sua dichiarazione di accettazione dell'incarico (art. 77 comma 2).

Queste comunicazioni vengono abitualmente allegate alla documentazione relativa alla denuncia di detenzione (si veda più sotto).

Il "futuro" detentore deve acquisire da un E.Q., "prima dell'inizio della attività" che comporti l'uso di apparecchi radiologici, una relazione scritta contenente valutazioni ed indicazioni di radioprotezione inerenti all'attività stessa, fornendo all'E.Q. tutti i dati, gli elementi e le informazioni necessarie (v. art.61 comma 2).

Punti peculiari di questa relazione sono i seguenti:

- 1) Le indicazioni relative alla individuazione e alla classificazione delle zone ove sussiste il rischio da radiazioni;
- 2) Le indicazioni relative alla classificazione dei lavoratori ai fini della radioprotezione;
- 3) La frequenza delle valutazioni, di cui all'art. 79, riguardanti la verifica periodica dell'efficacia dei dispositivi e delle tecniche di radioprotezione, la frequenza dei controlli sulle buone condizioni di funzionamento degli strumenti di misura e della loro taratura, e la periodicità della sorveglianza ambientale di radioprotezione nelle zone controllate e sorvegliate;
- 4) L'indicazione di tutti i provvedimenti di cui l'E.Q. ritenga necessaria la adozione al fine di assicurare la sorveglianza fisica e la protezione dei lavoratori esposti o non esposti e della popolazione.

Per inciso, questa documentazione costituisce la relazione di cui all'art.4, comma 2, del D.Lgs. n.626 del 19/09/94 sulla sicurezza negli ambienti di lavoro, per gli aspetti concernenti i rischi da R.I..

Prima della realizzazione di un impianto con apparecchi radiologici, il detentore deve inoltre ottenere da un E.Q. il benestare scritto al progetto dal punto di vista della sorveglianza fisica della radioprotezione. Il benestare preventivo è un atto formale obbligatorio senza il quale l'impianto non può venire realizzato; esso può contenere anche delle prescrizioni, che il detentore è tenuto a rispettare nella fase di realizzazione.

Se la struttura è già esistente e non è disponibile un precedente benestare, oppure se vengono ipotizzate modifiche sostanziali nella struttura stessa, è indispensabile ottenere un nuovo benestare preventivo (per modifiche sostanziali si possono intendere diverse destinazioni d'uso di locali adiacenti a quelli con apparecchi radiologici, diverse disposizioni dei locali stessi o dei riuniti, diverse modalità d'impiego degli apparecchi radiologici con aumento del carico di lavoro, ecc.).

2.2 I provvedimenti da adottare al momento della entrata in possesso di apparecchi radiologici

Acquistando apparecchi radiologici ex novo, o in caso di sostituzione di un apparecchio già denunciato (come tale si intende anche la semplice testata radiogena) oppure in caso di variazione nel numero degli apparecchi radiologici già denunciati, è obbligatorio fare una "denuncia di detenzione" alle amministrazioni competenti entro dieci giorni dall'entrata in possesso (art. 160 del D. Lgs. 230/95 e art. 92 del D.P.R. n. 185/64).

Va tenuto pure presente che sarà introdotto l'obbligo di comunicare alle stesse amministrazioni, sempre entro dieci giorni, anche la avvenuta cessazione di detenzione di apparecchi radiologici (art. 24, comma 1).

In attesa della pubblicazione di ulteriori decreti applicativi del D.Lgs. 230/95, valgono le disposizioni transitorie previste all'art.160, commi 2 e 5, in base alle quali la denuncia di detenzione va effettuata entro 10 giorni dall'entrata in possesso agli organi del Servizio Sanitario Nazionale competenti per territorio, ossia al Settore Igiene Pubblica (S.I.P.) della U.S.S.L. in cui si trova lo Studio Dentistico e, se necessario, all'Ispettorato Provinciale del Lavoro. Quest'ultimo adempimento si configura in pre-

senza di lavoratori subordinati o ad essi equiparati ai sensi dell'art.60: per esempio, sono equiparati a lavoratori subordinati i soci di società, anche di fatto, i soci di associazioni tra professionisti, e tutti coloro che a qualsiasi titolo (allievi, collaboratori, ecc.) prestano presso terzi la propria opera professionale.

Sulla base delle indicazioni dell'E.Q. contenute nella relazione citata più sopra, il detentore di apparecchi radiologici deve a questo punto adempiere in particolare ai seguenti obblighi, previsti all'art.61, comma 3:

- a) Provvedere affinché gli ambienti di lavoro in cui sussista un rischio da radiazioni vengano individuati, delimitati, segnalati, classificati in zone e che l'accesso ad essi sia adeguatamente regolamentato (art.61, comma 3, lettera a);
- b) Provvedere affinché i lavoratori interessati siano classificati ai fini della radioprotezione (generalmente, tutti i lavoratori di uno studio dentistico - medici compresi - qualora seguano elementari norme di radioprotezione sono classificabili come "lavoratori non esposti" e, salvo diversa indicazione da parte dell' E.Q., non si rendono necessari particolari mezzi di sorveglianza dosimetrica, per esempio dosimetri personali);
- c) Predisporre norme interne di protezione e sicurezza e curare che copia di tali norme sia consultabile nei luoghi frequentati dai lavoratori, ed in particolare nelle zone controllate;
- d) Fornire i mezzi di protezione previsti;
- e) Informare i lavoratori, in relazione ai rischi cui sono esposti, sulle modalità di esecuzione del lavoro e sulle norme interne di cui alla lettera c);
- f) Provvedere affinché i singoli lavoratori osservino le norme interne (lettera c), usino i mezzi di protezione (lettera d) ed osservino le modalità corrette di esecuzione del lavoro (lettera e).

Da parte sua, l' E.Q. deve effettuare la "prima verifica" dal punto di vista della sorveglianza fisica del nuovo impianto, o delle sue eventuali modifiche, e documentarne l'esito.

In attesa di uno specifico Decreto (previsto all'art.81, comma 6), numerosa documentazione di radioprotezione, o almeno gli estremi di essa, va riportata con precise modalità, previste nel D.M. n.449/90, sul "REGISTRO DI SORVEGLIANZA FISICA DELLA RADIOPROTEZIONE". Tale registro, che deve possedere specifici requisiti, deve essere vidimato preventivamente dall'Ispettorato Provinciale del Lavoro competente per territorio ed è tenuto aggiornato a cura dell'E.Q. per conto del detentore.

2.3 Gli adempimenti successivi alla prima verifica

Gli obblighi dei detentori di apparecchi radiologici non si esauriscono con la denuncia di detenzione o con la prima verifica.

Per esempio, come si è già accennato più sopra, è necessario provvedere all'aggiornamento della documentazione di radioprotezione in seguito ad eventuali modifiche sul tipo, sul numero o sulla disposizione di apparecchi radiologici o sulle loro modalità di impiego (p.es.: diverso numero o tipo di esami, variazioni nei tempi di esposizione) oppure in caso di modifiche strutturali (p.es.: aggiunta od abbattimento di pareti, diversa destinazione d'uso dei locali, modifiche nella collocazione dei riuniti, ecc.).

In ogni caso, anche in assenza di variazioni o modifiche rispetto a quanto riportato nella relazione tecnica e in occasione della prima verifica, il detentore di apparec-

chi radiologici, avvalendosi del proprio E.Q., è tenuto a controllare periodicamente l'efficacia dei dispositivi e delle tecniche di radioprotezione e ad effettuare la sorveglianza ambientale di radioprotezione nelle zone controllate e nelle zone sorvegliate (art. 79, comma 1 lettera b punto 3 e comma 1 lettera c).

La frequenza di questi controlli periodici, previsti all'art.79, è fissata dall'E.Q. in base all'art.80 (comma 1, lettera c).

Gli esiti dei controlli vanno riportati sul registro sopra citato (D.M.449/90).

2.4 Conclusioni

Queste note non pretendono di essere esaustive di tutta la complessa problematica radioprotezionistica che, anche nel semplice ambito della radiologia diagnostica complementare all'esercizio clinico dell'odontoiatria, presenta aspetti di non immediata interpretazione. Lo scopo è esclusivamente informativo-divulgativo: infatti è bene che l'argomento "radioprotezione" con tutto l'annesso corollario burocratico venga sempre affrontato, come del resto viene imposto dal legislatore, sotto la guida e mediante l'opera di Esperti Qualificati regolarmente iscritti negli elenchi nominativi depositati presso l'Ispettorato Medico Centrale del Lavoro del Ministero del Lavoro e della Previdenza Sociale.

Quanto sopra è soggetto tra l'altro a numerosi aggiornamenti, legati alla pubblicazione di ulteriori decreti, già previsti nel D.Lgs. n.230/95.

Attualmente, sono usciti quelli relativi ai seguenti temi:

- *"tipo, modalità e periodicità dei controlli di qualità"* sulle apparecchiature radiologiche (questi controlli sono distinti ed aggiuntivi rispetto a quelli previsti per la sorveglianza fisica di radioprotezione) (art. 113 comma 2 D.Lgs. 230/95);
- *"criteri minimi di accettabilità delle apparecchiature radiologiche"* (art. 112 comma 3 D.Lgs. 230/95);
- *"modalità affinché i documenti radiologici... siano resi tempestivamente disponibili per successive esigenze mediche..."*, ossia modalità di registrazione, catalogazione e conservazione dei documenti radiologici (art. 111 comma 10 D.Lgs. 230/95).

Tutti questi Decreti sono stati pubblicati come Decreto 14/02/97 del Ministero della Sanità sulla G.U. della Serie Generale n. 58 dell'11/03/97. Tuttavia, quelli relativi agli artt.112 e 113 sono già oggetto di revisione.

Sono usciti inoltre altri Decreti, relativi a:

- *"linee guida per l'accertamento e l'acquisizione delle conoscenze radioprotezionistiche"* per il personale che svolge *"attività radiodiagnostica complementare all'esercizio clinico ivi compresa quella in campo odontoiatrico"* (art. 110 comma 5 D. Lgs. 230/95);
- *"titoli di studio e qualificazioni professionali richieste... per le attività diagnostiche complementari all'esercizio clinico"* (art. 110 comma 1 D.Lgs. 230/95);
- *"modalità per l'acquisizione di adeguate conoscenze radioprotezionistiche nell'ambito dei Corsi di Laurea in Medicina e Chirurgia ed in Odontoiatria e Protesi Dentaria..."* (art. 110 comma 6 D. Lgs. 230/95).

Questi ultimi Decreti sono stati pubblicati come Decreto 21/02/97 del Ministero della Sanità sulla G.U. della Serie Generale n. 74 del 29/03/97.

Questi Decreti, a parte quelli in revisione relativi agli artt.112 e 113 di cui sopra,

sono già operativi e, come si può desumere dai titoli, trattano temi particolarmente importanti; ad un primo esame essi sembrano comportare adempimenti particolarmente onerosi per tutti i sanitari che esercitano la libera professione, compresi gli esercenti l'odontoiatria.

3. GLI IMPIANTI TERMICI

Secondo il D.P.R. 412/93, art. 1, un impianto termico è un impianto tecnologico destinato alla climatizzazione degli ambienti (e quindi non inserito in un ciclo di produzione industriale), con/senza produzione di acqua calda per usi sanitari. L'impianto, dotato di sistemi di controllo e regolazione, deve essere in grado di produrre, distribuire ed utilizzare del calore. Non sono impianti termici gli scaldacqua unifamiliari e nemmeno le stufe, i caminetti e i radiatori individuali.

Il D.P.R. 412/93, art. 1, parla di climatizzazione invernale e la definisce “*insieme di funzioni atte ad assicurare all'interno di un ambiente il benessere degli occupanti controllando la temperatura dell'aria e, se vi sono i dispositivi idonei, l'umidità, la portata di rinnovo e la purezza*”. Questa altro non è che la definizione di un impianto di condizionamento dell'aria.

Quindi, riepilogando, rientrano nel D.P.R. 412/93 gli impianti termici, centralizzati o unifamiliari, destinati alla climatizzazione invernale, con/senza produzione di acqua calda, con controllo della temperatura ambiente e, se previsto, anche con controllo della portata di rinnovo e della purezza dell'aria. Rientrano nel D.P.R. 412/93 anche gli impianti termici ad aria calda e cioè quelli in cui la climatizzazione degli ambienti avviene con il controllo della temperatura ambiente, dell'umidità, della portata di rinnovo e della purezza dell'aria ricorrendo all'aria come fluido di trasporto per il riscaldamento (climatizzazione invernale) ed eventualmente anche per il raffreddamento (climatizzazione estiva).

La gestione di un impianto termico consiste nell'assunzione di responsabilità che include una serie di operazioni da eseguirsi nel rispetto delle norme (di sicurezza, dei consumi energetici, della salvaguardia dell'ambiente): condizione e controllo, manutenzione ordinaria e straordinaria. Il legislatore preferisce al termine “gestione” la dizione “esercizio e manutenzione”.

Nel D.P.R. 412/93, art. 1, per manutenzione ordinaria si intendono le “operazioni” previste nei libretti d'uso e manutenzione degli apparecchi e componenti dell'impianto termico che possono essere effettuate localmente con strumenti ed attrezzature di corredo agli apparecchi e componenti stessi e che comportano l'impiego di attrezzature e di materiale di consumo d'uso corrente. Per manutenzione straordinaria si intendono gli “interventi” atti a ricondurre il funzionamento dell'impianto a quello previsto dal progetto e/o dalle norme ricorrendo a mezzi, attrezzature, strumentazioni, riparazioni, ricambi di parti, sostituzioni di apparecchi e componenti dell'impianto termico.

In conclusione: la manutenzione ordinaria può essere eseguita da un manutentore non specializzato; quella straordinaria deve essere eseguita da uno specialista.

Esercire un impianto termico significa assicurare il livello di comfort ambientale nel periodo, negli orari e nei modi stabiliti dalla disciplina normativa. Per esercizio si in-

tende la conduzione dell'impianto nei termini previsti dal D.P.R. 412/93, art. 4 e 9, e, laddove previsti, da regolamenti sanitari locali.

L'esercizio di un impianto si svolge attraverso le seguenti attività:

- Avviamento dell'impianto
- Conduzione dell'impianto secondo la norma Uni Cig 8364
- Pronto intervento
- Spegnimento/attenuazione
- Operazioni di misura e controllo previsti dalla legislazione
- Fermata dell'impianto

La manutenzione ordinaria si svolge attraverso due principali attività:

- Pulizia, intesa come rimozione di sostanze depositate, fuoriuscite o prodotte dall'impianto durante il funzionamento e il loro smaltimento
- Verifica, intesa come attività finalizzata alla corretta applicazione delle indicazioni e con le modalità riportate da manuali d'uso e norme tecniche, rispettando la periodicità prevista.

La manutenzione straordinaria si svolge attraverso le seguenti attività:

- Riparazioni, ricambi, ripristini e relativi interventi accessori;
- Revisione e verifica.

Secondo il D.P.R. 412/93, art.1, il proprietario di un impianto termico è chi ne ha la proprietà sia in tutto sia in parte. Per quanto riguarda gli obblighi, deve contenere i consumi energetici, deve condurre l'impianto e disporre le operazioni di manutenzione ordinaria e straordinaria in accordo alle norme e alle prescrizioni UNI e CEI. Al proprietario può sostituirsi il "terzo responsabile", delegato dal proprietario a gestire l'impianto. Egli deve essere giudicato idoneo ed è soggetto alle eventuali sanzioni amministrative pecuniarie.

In ogni caso, il responsabile dell'impianto deve firmare e compilare il libretto di centrale o il libretto di impianto; ha l'obbligo di affidare i lavori di manutenzione ordinaria e straordinaria ad un soggetto abilitato ai sensi della legge 46/90. Le verifiche richieste vanno eseguite almeno una volta l'anno, ma per i generatori con potenza termica nominale maggiore di 350 KW è richiesta una seconda verifica del rendimento di combustione. Per i generatori con potenza termica inferiore a 35 KW è sufficiente una verifica biennale. Infine, è obbligatorio sostituire i generatori di calore con rendimento di combustione insufficiente.

4. GLI IMPIANTI ELETTRICI (L. 46/90)

La normativa e la legislazione relativa all'impiantistica elettrica è una materia molto complessa e di non facile interpretazione a seguito delle numerose modifiche, integrazioni e aggiornamenti che la caratterizzano, tanto che risulta spesso difficoltoso realizzare impianti elettrici a norma di legge sia in edifici civili e/o residenziali sia in edifici destinati ad attività commerciali e terziarie.

Tra le leggi di ultima emanazione e le normative di riferimento in materia di sicurezza delle installazioni elettriche nei luoghi di lavoro risulta di particolare interesse la norma CEI 64-4 "Impianti elettrici in locali adibiti ad uso medico" e la norma CEI 63-13 "Guida alla norma CEI 64-4 - Impianti elettrici in locali adibiti ad uso medico".

Scopo principale di queste due norme è di indicare le prescrizioni di sicurezza da applicare e le verifiche periodiche da effettuare al fine di garantire che gli impianti elettrici si mantengano efficienti nel tempo.

Tra gli interventi periodici da effettuare sugli impianti elettrici vanno pertanto segnalate le verifiche che devono essere eseguite a cura di personale tecnico qualificato e abilitato dai propri Ordini professionali.

Dette verifiche possono essere di tre tipi: iniziale, periodica e straordinaria.

1. La *verifica iniziale* è costituita da un insieme di procedure che consentono di accertare se un impianto è rispondente alle norme tecniche del CEI e quindi se l'impianto è stato eseguito a regola d'arte. In questo caso la procedura di verifica risulta comprendere sia un esame a vista sia un esame strumentale.
2. La *verifica periodica* consente di accertare che i requisiti tecnici riscontrati all'atto della verifica iniziale siano ancora rispettati. Anche in questo caso le verifiche comprendono un esame a vista ed un esame strumentale. Non è detto, però, che debbano essere ripetute tutte le prove effettuate durante la verifica iniziale se le condizioni dell'impianto non sono mutate; ciò equivale a dire che vengono verificate solo quelle parti dell'impianto che hanno subito delle modifiche rispetto al precedente esame.
3. La *verifica straordinaria* si esegue nel caso in cui all'impianto siano state apportate delle modifiche sostanziali o ampliamenti tali da dar luogo ad un aggiornamento della documentazione di progetto. Tra le verifiche previste dalle norme CEI 64-4 e CEI 64-13 e sancite dal DPR 547 e dalle leggi successivamente emesse, vanno prese in considerazione le seguenti due tipologie, al fine di verificare se l'impianto elettrico nei locali adibiti ad uso medico è conforme alla regola dell'arte:
 1. Verifica dell'impianto di messa a terra;
 2. Verifica della resistenza d'isolamento dell'equalizzazione del potenziale e dell'efficienza degli interruttori differenziali.

4.1 Verifica dell'impianto di messa a terra

Partendo dal presupposto che l'impianto di terra è obbligatorio per qualsiasi tipologia di impianto a detta della L. 46/90, l'obbligo della denuncia dell'impianto di terra compete invece esclusivamente agli impianti realizzati nei luoghi di lavoro e la denuncia, così come la prima verifica, sono da effettuarsi a cura del datore di lavoro. Infatti l'articolo 328 "Verifiche periodiche" del D.P.R. 27 aprile 1955 n. 547 recita testualmente: "*Gli impianti di messa a terra devono essere verificati prima della messa in servizio e periodicamente ad intervalli non superiori a due anni allo scopo di accertarne lo stato di efficienza*". Le modalità di effettuazione delle verifiche sono state definite con Decreto del Ministero del Lavoro e Previdenza Sociale del 12 settembre 1959.

Il succitato Decreto, all'articolo 11 recita anche: "*Sono affidate ai datori di lavoro, che le esercitano a mezzo di personale specializzato dipendente o da essi scelto, le seguenti verifiche: omissis...*"

- d) *verifica dell'impianto di messa a terra prima della messa in servizio, ovvero, per gli impianti di messa a terra già in servizio alla data di entrata in vigore del presente decreto, la prima verifica periodica. Le verifiche predette devono essere effettuate con le modalità e nei termini fissati dall'art. 3 del presente decreto*

- e) *verifiche periodiche ad intervalli non superiori a cinque anni, ovvero a due anni nei casi di terra artificiale o degli impianti di messa a terra relativi ad officine e cabine elettriche in esercizio presso aziende produttrici o distributrici di energia elettrica.*

Sulla base del Decreto Interministeriale 15 ottobre 1993 n. 519 del Ministero del Lavoro e Previdenza Sociale, del Ministero della Sanità e del Ministero dell'Industria, Commercio ed Artigianato, sono state fissate le modalità ed i modelli da utilizzare nella denuncia degli impianti di terra. In base inoltre alla legge 23 dicembre 1978 n. 833, articolo 6, comma n) e decreti interministeriali dei Ministeri del Lavoro e Previdenza Sociale, del Ministero della Sanità, dell'Industria, Commercio ed Artigianato del 23 dicembre 1982 e n. 519 del 15 ottobre 1993, l'omologazione dell'impianto di terra è di competenza dell'I.S.P.E.S.L.

La verifica periodica è invece affidata per competenza all'U.S.S.L. (articoli 19 e 20 della legge 30 dicembre 1978 n° 833 di Riforma Sanitaria).

Resta comunque inteso che il datore di lavoro ha in ogni caso l'obbligo di verificare periodicamente lo stato di efficienza dell'impianto di terra.

4.2 Verifica della resistenza d'isolamento dell'equalizzazione e dell'efficienza degli interruttori differenziali.

Le disposizioni tecniche contenute nel D.P.R. 27 aprile 1955 n° 547 relativamente agli impianti elettrici, sono in più punti superate a causa delle nuove tecnologie introdotte e delle nuove conoscenze tecniche e scientifiche acquisite.

Tali tecnologie hanno permesso di raggiungere livelli di sicurezza equivalenti e molto spesso superiori a quelli previsti dal citato decreto.

Le norme CEI, dal punto di vista giuridico, alla luce delle leggi 5 marzo 1990 n. 46 e 1 marzo 1968 n. 186, devono essere intese come un'integrazione del D.P.R. 547/55 per tutti gli aspetti legati all'evoluzione delle applicazioni elettriche e non considerati all'epoca dell'emanazione del Decreto stesso.

Pertanto, in generale, si può dire che le norme CEI rappresentano l'evoluzione delle norme di prevenzione degli infortuni in quanto attuano le prescrizioni generali contenute nel D.P.R. 547/55.

Infatti, sulla scorta di una lunga serie di sentenze emesse dalla magistratura per dirimere contenziosi nati sui rapporti intercorrenti fra norme CEI e DPR 547/55, si può ormai affermare che agli impianti costruiti a regola d'arte nel rispetto delle norme CEI non risultano necessariamente applicabili le norme del DPR 547/55, in quanto tale assunzione assicura l'adozione di sistemi di sicurezza idonei.

In tal senso, i verificatori non fanno riferimento alle disposizioni tecniche del DPR 547/55 quando queste ultime risultino oggettivamente e palesemente superate, in contrasto o non contemplate dalle attuali norme di buona tecnica.

In base a quanto detto sopra, si può affermare che con l'applicazione della norma CEI 64-4 "Impianti elettrici in locali adibiti ad uso medico" edizione 1990, può essere assunta la certezza di aver applicato agli impianti elettrici dei dispositivi di sicurezza idonei.

Nel rispetto della suddetta norma esistono quindi una serie di interventi da attuare al fine di garantire il rispetto e la continuità dei requisiti tecnici.

Per far questo, la norma CEI 64-4, all'articolo 5.2.01 recita quanto segue: "Gli

impianti elettrici dei locali adibiti ad uso medico devono essere controllati regolarmente, agli intervalli di tempo sotto precisati, da un tecnico qualificato.

Tali CONTROLLI PERIODICI avranno per oggetto:

- *La misura della resistenza di isolamento, da effettuare secondo le prescrizioni del capitolo X della norma CEI 64-8, ad intervalli non superiori a due anni;*
- *Il funzionamento dei dispositivi di allarme e di sicurezza di cui in 3.1.01. ad intervalli non superiori ad un mese;*
- *L'equalizzazione del potenziale secondo 3.3.02 e 3.3.03 ad intervalli non superiori a due anni;*
- *La misura della resistenza di isolamento secondo 3.5.03, dopo un anno dalla realizzazione del pavimento e successivamente ogni 4 anni;*
- *Il funzionamento delle apparecchiature per alimentazione di sicurezza di cui al capitolo 5 secondo le istruzioni del costruttore e comunque ad intervalli non superiori ad un anno;*
- *Il collegamento al nodo equipotenziale del locale della schermatura dei trasformatori di isolamento secondo 3.1.01 ad intervalli non superiori a 6 mesi;*
- *L'efficienza dell'impianto di terra ad intervalli non superiori a due anni;*
- *L'efficienza del funzionamento elettrico dei dispositivi a corrente differenziale ad intervalli non superiori a 6 mesi".* Ed inoltre all'articolo 5.2.02 per quanto riguarda i risultati delle verifiche recita:

"Le verifiche ed i loro risultati devono essere riportati su di un registro corredato da timbro e firma del tecnico esecutore e dalla data di verifica".

5. L'INFORTUNIO DEL PAZIENTE

Nell'ipotesi di infortunio del paziente ricordiamo che l'obbligo di sicurezza nei confronti del paziente comprende qualsiasi danno ingiusto prodotto a terzi per vizi occulti e insidie dell'ambiente riconducibili alla conduzione dello studio: ferite e traumi da caduta per scalini non illuminati o pavimenti bagnati; ustioni, elettrocuzione, esplosione, incendio.

Il rispetto delle norme di prevenzione degli infortuni, oltre ad essere un obbligo verso i dipendenti, costituisce anche norma di sicurezza per il paziente e la mancata osservanza di adempimenti previsti dalla normativa sulla prevenzione degli infortuni e sicurezza nell'ambiente di lavoro rappresenta presupposto di responsabilità civile extracontrattuale.

L'art. 193 T.U.LL.SS. e D.P.R. 10 giugno 1955 n.854 abilita il dentista ad aprire luoghi di cura solo previa autorizzazione dell'USL territorialmente competente (*Divieto di aprire e mantenere locali di cura senza autorizzazione*).

Un problema complementare è costituito dall'obbligo di eliminare le barriere architettoniche che sono costituite da qualsiasi ostacolo che limita o nega l'uso a tutti i cittadini di spazi, edifici e strutture ed in particolare impedisce la mobilità a soggetti con difficoltà motoria, sensoriale e/o psichica di natura permanente o temporanea, dipendente da qualsiasi causa. Si ricordano a tale proposito le disposizioni per favorire il superamento e l'eliminazione delle barriere architettoniche, negli uffici privati (legge n. 13 del 9 Gennaio 1989): i progetti di ristrutturazione di interi edifici e di costruzione di nuovi, i cui progetti siano stati presentati successivamente all'entrata in vi-

gore di tale legge, devono prevedere opere finalizzate al superamento o eliminazione delle barriere architettoniche, come ad esempio l'ascensore, le rampe prive di gradini, i mezzi di sollevazione (art. 1, Legge 13/89).

Il danneggiamento di effetti personali con materiali odontoiatrici, attrezzature o arredi è una situazione nota che non richiede particolari spiegazioni ed è pacifico il risarcimento nella maggior parte dei casi.

L'ipotesi di furto di effetti personali può porsi nel caso vengano rubati effetti personali lasciati dal paziente nella sala d'attesa prima di entrare nello studio; possiamo configurare due situazioni diverse:

- Nel caso non sia presente personale nella sala d'attesa non sussiste responsabilità dovendo il paziente provvedere a portare con sé gli effetti o affidarli ad altra persona
- Nel caso in cui il paziente consegna propri effetti al personale viene a porsi in essere un contratto di deposito (art.1766 c.c. *Nozione*); in caso di danneggiamento o furto può sussistere l'onere del risarcimento che ricade sul titolare dello studio in quanto responsabile del personale (art.2049 c.c. *Responsabilità dei padroni e dei committenti*; (art.1769 c.c. *Responsabilità del depositario incapace*).

6. LA SICUREZZA DEI LAVORATORI E DEGLI AMBIENTI DI LAVORO

Il Decreto Legislativo 19.09.94, n. 626, come modificato ed integrato dal decreto legislativo 19.03.96 n. 242, rappresenta la norma di chiusura del sistema giuridico sulla salute sul lavoro e recepisce le direttive dell'Unione Europea; deve essere applicato a tutti i settori di attività pubblici e privati indipendentemente dal numero di persone occupate (art.1).

Il termine per l'applicazione delle disposizioni generali contenute nel D.Lgs 626 è il 1° gennaio 1997

Il decreto recepisce otto direttive comunitarie (*"Attuazione delle direttive n. 89/391/CEE, n. 89/654/CEE, n. 89/655/CEE, n. 90/269/CEE, n. 90/270/CEE, n. 90/394/CEE e n. 90/679/CEE riguardanti il miglioramento della sicurezza e della salute dei lavoratori sul luogo di lavoro"*) e modifica integrandolo il DPR 547/55 e il DPR 303/56 per quanto attiene i seguenti argomenti:

- Direttiva quadro sull'attuazione delle misure volte a promuovere il miglioramento della sicurezza e della salute dei lavoratori durante il lavoro
- Prescrizioni minime nei luoghi di lavoro (titolo II)
- Prescrizioni minime per l'utilizzo da parte di lavoratori delle attrezzature da lavoro (titolo III)
- Prescrizioni minime concernenti la movimentazione manuale di carichi che comporta rischi dorso lombari per i lavoratori (titolo V)
- Prescrizioni minime per le attività lavorative svolte su attrezzature munite di videoterminali (titolo VI)
- Protezione dei lavoratori contro i rischi relativi alla esposizione ad agenti cancerogeni durante il lavoro (titolo VII) con l'esclusione delle radiazioni ionizzanti regolate da apposita normativa

- Protezione dei lavoratori contro i rischi relativi alla esposizioni ad agenti biologici durante il lavoro (titolo VIII)
- Prescrizioni minime per l'uso da parte dei lavoratori di attrezzature di protezione individuale durante il lavoro (titolo IV).

In base a tale decreto la presenza o assenza delle attrezzature di sicurezza acquista una rilevanza essenziale; gli adempimenti imposti dal decreto riguardano sia il datore di lavoro che il lavoratore che deve prendersi cura della propria salute e di quella delle altre persone (artt. 4, 5).

L'inosservanza delle disposizioni contenute nel D.Lgs 626 è punita con gravi sanzioni amministrative e penali:

- Il datore di lavoro ed il dirigente che non ottemperino ai propri obblighi sono puniti a seconda delle norme violate con l'arresto e la reclusione da due a sei mesi o con un ammenda da due a otto milioni di lire;
- I lavoratori che non osservino le informazioni o non utilizzino i materiali disponibili, sono puniti con l'ammenda da 200mila a 1 milione di lire.

6.1 Soggetti previsti

I soggetti coinvolti sono: il datore di lavoro (DdL), il responsabile del servizi di prevenzione e protezione (RSPP), il rappresentante dei lavoratori per la sicurezza (RSL), i lavoratori.

Il Datore di lavoro e Responsabile del Servizio di prevenzione e protezione

Il Datore di lavoro è definito come soggetto titolare del rapporto di lavoro con il lavoratore, o, comunque, il soggetto che ha la responsabilità dell'attività (art. 2)

I principali compiti attribuiti al Datore di lavoro sono:

- a) Valutazione rischi (art. 4, comma 1)
- b) Elaborazione di un documento contenente la valutazione dei rischi, l'individuazione delle misure di prevenzione e il loro programma di attuazione (art. 4, comma 2) o, nel caso di attività con meno di dieci addetti, stesura dell'autocertificazione dei rischi (art. 4, comma 11)
- c) Nomina di:
 - Responsabile servizio di prevenzione e protezione (art. 4, comma 4)
 - Addetto al pronto soccorso (art. 4, comma 5; art. 13, comma 2)
 - Addetto al pronto intervento (art. 4, comma 5; art. 12, comma 1)
- d) Stesura di un piano di emergenza ed evacuazione (art. 12, comma 1)
- e) Informazione e formazione dei lavoratori (art. 21; art.22)
- f) Annotazione su apposito registro degli infortuni che comportano un'assenza dal lavoro di almeno un giorno (art. 4, comma 5)

Responsabile del servizio di prevenzione e protezione (RSPP)

Il responsabile del servizio di prevenzione e protezione è persona designata dal datore di lavoro, in possesso di attitudini e capacità adeguate (art.2). Il nominativo della persona designata come RSPP deve essere comunicato all'Ispettorato del Lavoro e Unità Sanitaria territorialmente competente (art. 8, comma 11). Per gli studi professionali dove è svolta attività odontoiatrica, il datore di lavoro può svolgere direttamente il ruolo di RSPP (art. 10, comma 1) a condizione che:

- a) Ne dia preventiva comunicazione al Rappresentante del Lavoratori per la sicurez-

Tabella 1

**SCHEMA DEGLI ADEMPIMENTI PREVISTI DAL D.LGS 626
PER IL DATORE DI LAVORO (ODONTOIATRA)
CHE ASSUMA ANCHE L'INCARICO DI RSPP.**

<i>Per chi ha meno di 10 dipendenti</i>	<i>Per chi ha più di 10 dipendenti</i>
<ol style="list-style-type: none"> 1. Informare i lavoratori dell'obbligo di eleggere il proprio RSL verbalizzandone la nomina 2. Nominarsi RSPP e inviare comunicazione a: <ul style="list-style-type: none"> - Azienda USL competente - Ispettorato del Lavoro - RSL 3. Nominare l'addetto al pronto soccorso 4. Nominare l'addetto al pronto intervento 5. Stesura di un piano di emergenza ed evacuazione 6. Informare e formare i lavoratori sui rischi e sulle misure di prevenzione 7. Compilare il modulo di autocertificazione (l'autocertificazione non esime il DdL dalla valutazione dei rischi) da inviare a: <ul style="list-style-type: none"> - Azienda USL competente - Ispettorato del Lavoro - RSL 8. Si consiglia, pur non essendo obbligatorio, di compilare le liste di controllo (da tenere in studio) insieme al RSL, modificandole ed adattandole per renderle adeguate alla propria realtà 9. In caso di carenza di sicurezza: programmare l'esecuzione delle migliorie e poi attuarle concretamente 10. Nel registro infortuni (da tenere obbligatoriamente presso lo studio) annotare ogni infortunio che comporti assenza dal lavoro di almeno 1 giorno. 11. Partecipare al corso ANDI per i RSPP (chi ha assunto l'incarico prima del 31.12.96 è esentato ma è consigliata comunque la partecipazione) 12. Far partecipare il Rappresentante dei Lavoratori per la sicurezza al corso apposito 	<ol style="list-style-type: none"> 1. Tutti gli adempimenti della colonna precedente (tranne il punto 7) 2. Elaborare il documento di valutazione del rischio (da tenere in studio) 3. Attenersi anche a quanto previsto dall'art. 11 che riportiamo di seguito. Art. 11 - Riunione periodica di prevenzione e protezione dai rischi 1 - Nelle aziende, ovvero unità produttive, che occupano più di 15 dipendenti, il datore di lavoro, direttamente o tramite il servizio di prevenzione e protezione dai rischi, indice almeno una volta all'anno, una riunione cui partecipano: <ol style="list-style-type: none"> a) Il datore di lavoro o un suo rappresentante b) Il responsabile del servizio di prevenzione e protezione dai rischi c) Il medico competente ove previsto d) Il rappresentante per la sicurezza 2 - Nel corso della riunione il datore di lavoro sottopone all'esame dei partecipanti: <ol style="list-style-type: none"> a) Il documento di cui all'art. 4, commi 2 e 3 b) L'idoneità dei mezzi di protezione individuale c) I programmi di informazione e formazione dei lavoratori ai fini della sicurezza e della protezione della loro salute 3 - La riunione ha altresì luogo in occasione di eventuali significative variazioni delle condizioni di esposizione al rischio, compresa la programmazione e l'introduzione di nuove tecnologie che abbiano riflessi sulla salute e sulla sicurezza dei lavoratori. 4 - Nelle aziende, ovvero nelle unità produttive che occupano fino a 15 dipendenti, nella ipotesi di cui al comma 3, il rappresentante dei lavoratori può chiedere la convocazione di una apposita riunione. 5 - Il datore di lavoro, anche tramite il servizio di prevenzione e protezione dai rischi, provvede alla redazione del verbale della riunione che è tenuto a disposizione dei partecipanti per la sua consultazione.

za (art. 10, comma)

b) Trasmetta all'organo di vigilanza competente per territorio (USL e Ispettorato del Lavoro) documenti attestanti (art. 10, comma 2):

- La capacità di svolgimento dei compiti di prevenzione e protezione dei rischi
- L'effettuazione della valutazione dei rischi e la stesura del documento di valutazione dei rischi o dell'autocertificazione
- L'andamento degli infortuni e delle malattie professionali occorsi negli ultimi tre anni
- La frequenza al corso di formazione in materia di sicurezza e salute sul luogo di lavoro (solo nel caso sia stato nominato dopo il 31.12.96) (art. 95). Tale corso di formazione potrà essere promosso dalle associazioni datoriali, quindi anche dall'ANDI.

Il servizio di protezione nelle aziende con più di quindici dipendenti deve riunirsi su convocazione del datore di lavoro, almeno una volta all'anno e redigere un apposito verbale (art.11).

I principali obblighi previsti a carico del RSPP sono (art. 9, comma 1):

- Individuazione e valutazione dei fattori di rischio
- Elaborazione delle misure preventive e protettive
- Elaborazione delle procedure di sicurezza
- Stesura dei programmi di informazione e formazione dei lavoratori

Rappresentante dei lavoratori per la sicurezza (RSL)

Il rappresentante dei lavoratori per la sicurezza è persona eletta o designata per rappresentare i lavoratori per quanto concerne gli aspetti della salute e della sicurezza durante il lavoro (art. 2).

Per aziende fino a 15 dipendenti esso è un lavoratore eletto dai lavoratori stessi oppure è un rappresentante dei lavoratori a livello territoriale o di comparto produttivo non obbligatoriamente appartenente alla comunità di lavoro (art. 18, comma 2).

Il RSL non deve possedere capacità particolari, in quanto è prevista la frequenza obbligatoria di un apposito corso di formazione (art. 19, comma 1; art. 22, comma 4).

I principali compiti cui è soggetto il RSL sono i seguenti (art. 19, comma 1):

- Accede ai documenti relativi alla valutazione e al registro degli infortuni
- È consultato preliminarmente alla stesura della valutazione dei rischi e dei programmi di prevenzione e organizzazione della formazione
- Riceve informazioni dal servizio di vigilanza
- Promuove l'elaborazione, l'individuazione e l'attuazione delle misure di prevenzione
- Formula osservazioni in occasione di visite effettuate dalle autorità competenti
- Partecipa alle riunioni del servizio di prevenzione
- Avverte il responsabile dell'azienda dei rischi individuati
- Ricorre all'autorità competente qualora le misure di protezione adottate dal datore di lavoro non siano idonee a garantire la sicurezza e la salute.

Lavoratori

Il lavoratore è persona che presta il proprio lavoro alle dipendenze di un datore di lavoro, esclusi gli addetti ai servizi domestici e familiari, con rapporto di lavoro subor-

dinato anche speciale (art. 2). I collaboratori famigliari sono considerati lavoratori qualora prestino la loro opera non occasionalmente, ma con continuità (circolare del Ministero del Lavoro 28/97). Sono previsti precisi i molteplici obblighi a carico dei lavoratori che devono attivarsi e collaborare con il datore di lavoro agli adempimenti imposti in materia di sicurezza (art. 5).

6.2 Misure di tutela

Le principali misure per la protezione della salute e la sicurezza dei lavoratori sono (art. 3):

- Valutazione dei rischi
- Eliminazione dei rischi in relazione alle conoscenze acquisite in base al progresso tecnico e, ove ciò non sia possibile, loro riduzione al minimo
- Riduzione dei rischi alla fonte
- Programmazione della prevenzione
- Sostituzione di ciò che è pericoloso con ciò che non lo è o è meno pericoloso
- Rispetto dei principi ergonomici
- Priorità delle misure di protezione collettiva rispetto alle misure di protezione individuale
- Limitazione al minimo del numero di lavoratori esposti al rischio
- Misure igieniche
- Misure di emergenza da attuare in caso di pronto soccorso, lotta antincendio, evacuazione
- Regolare manutenzione di ambienti, attrezzature e impianti
- Informazione, formazione, consultazione e partecipazione dei lavoratori sulle questioni riguardanti la sicurezza e la salute sul luogo di lavoro
- Istruzioni adeguate ai lavoratori

Per quanto attiene gli obblighi di progettisti, fabbricanti, fornitori e installatori, ricordiamo che sono vietate la fabbricazione, la vendita, il noleggio e la locazione finanziaria (leasing) di macchine, attrezzature e di impianti non rispondenti alla legislazione vigente (art. 6).

Per i contratti di appalto o contratti d'opera sono previsti obblighi a carico del datore di lavoro in merito a informazione, cooperazione con gli altri datori di lavoro e coordinamento degli interventi di prevenzione e protezione (art. 7).

Bibliografia

1. CARLINI C.: *Vademecum del dentista*, ANDI, Verona, 1997
2. GOAZ P.W., WHITE S.C.: *Radiologia odontoiatrica: principi e interpretazione*, Ed. Piccin, Padova, 1986

9. LA RESPONSABILITÀ CIVILE DEL PUBBLICO DIPENDENTE

D. De Leo, F. Montagna

Particolari profili di responsabilità civile sono previsti per il sanitario dipendente dal Sistema Sanitario Nazionale (USL) poiché l'inserimento all'interno del rapporto bilaterale sanitario e paziente di un terzo soggetto quale l'Ente pubblico configura diverse situazioni che rendono più articolato il meccanismo di attribuzione della responsabilità:

- Rapporto contrattuale tra sanitario ed amministrazione sanitaria
- Rapporto contrattuale tra amministrazione sanitaria ed assistito
- Rapporto extracontrattuale tra sanitario e paziente

Tale situazione rende ipotizzabili due diverse ipotesi di responsabilità e conseguente onere risarcitorio:

- a) Il gravare sul sanitario autore della lesione colposa dell'onere del risarcimento nei confronti di terzi
- b) In alternativa o in contestualità il gravare sull'ente pubblico del predetto onere.

Il riconoscimento della responsabilità per violazione dei doveri di servizio di un pubblico dipendente può trovare sbocco in molteplici soluzioni che differenziano l'iter procedurale civilistico, penale e disciplinare.

Sotto il profilo civilistico il dipendente è immune da conseguenze economiche quando abbia causato danno colposo nei casi di particolare e ordinaria difficoltà e rimane responsabile solo nel caso ricorrerono i presupposti di dolo o colpa grave; in tal caso viene fatto salvo il diritto all'esercizio della rivalsa da parte dell'Ente a ristoro del danno economico subito.

Tabella 1

RESPONSABILITÀ CIVILE DEL SANITARIO E DELL'ENTE

Il sanitario risponde per danni causati da:	L'amministrazione risponde per danni causati dal sanitario:
- Azioni previste dal mansionario per dolo o colpa grave (responsabilità contrattuale)	- Nell'esercizio del proprio mansionario (responsabilità contrattuale)
- Azioni non previste dal mansionario (responsabilità extra contrattuale)	- Per colpa lieve - Possibile la rivalsa sul dipendente nei casi di dolo e colpa grave salvo deroga prevista su polizza assicurativa

1. LA RESPONSABILITÀ CIVILE VERSO TERZI

Un paziente che abbia ricevuto un danno ingiusto può esercitare l'azione di risarcimento nei confronti del sanitario dipendente e dell'Amministrazione in modo separato o congiunto.

Generalmente il privato preferisce rivolgersi all'Ente gestore per ottenere il risarcimento, in considerazione della maggiore garanzia di solvibilità; tuttavia, se possibile, vengono individuati i sanitari che materialmente hanno cagionato il danno così da meglio dettagliare le circostanze delle quali siano fatti emergere i profili di colpa. Viene inoltre consentito l'ingresso nel giudizio per chiamata in causa delle società assicuratrici con le quali i singoli medici avessero stipulato polizze individuali di responsabilità civile.

Ne consegue che in tema di individuazione della responsabilità e quindi dell'onere risarcitorio si potranno distinguere situazioni diverse:

1.1 La responsabilità personale o soggettiva del sanitario

È il caso di precisare al fine di evitare possibili errori interpretativi che comunque in capo al medico dipendente sono ravvisabili profili di responsabilità individuale, di natura elettivamente extra contrattuale, nei confronti del paziente / utente e di natura contrattuale nei confronti della amministrazione. Quanto ai primi ne deriva, come è già stato precisato, l'obbligo di integrare il risarcimento ove i massimali in garanzia fossero insufficienti a coprire l'intero danno; quanto ai secondi potrà essere sempre discussa la violazione di norme comportamentali alle quali egli era tenuto per il solo fatto dell'esistenza del rapporto di dipendenza (artt. 22, 23 DPR 3/57).

Ricordiamo infatti che l'impiegato è tenuto a risarcire alle amministrazioni i danni derivanti da violazioni degli obblighi di servizio e la normativa prevede la possibilità di rivalsa contabile sul dipendente che abbia violato i doveri di servizio facendo incorrere l'amministrazione in danni economici indiretti nei confronti di terzi (art. 52 RD n. 1214/34 Testo Unico della Legge sulla Corte dei Conti; DPR 3/ 57).

In questi casi il dirigente ha l'obbligo di denunciare il dipendente dando corso all'azione per non incorrere nel reato di Omissione di atti d'ufficio; il giudizio sulle possibilità di rivalsa dell'Ente sul dipendente spetta alla Corte dei Conti che può decidere di porre a carico del dipendente il danno accertato in toto o in parte.

La responsabilità del sanitario dipendente deve essere inquadrata in riferimento agli strumenti operativi disponibili e nel contesto delle reali condizioni messe a disposizione dalla struttura.

Tale affermazione va temperata considerando che l'accettazione del sanitario di cimentarsi in condizioni di insufficienza o precarietà, senza poter garantire un livello adeguato di assistenza, potrebbe evocare un comportamento temerario censurabile per imprudenza.

1.2 La responsabilità strutturale o oggettiva dell'amministrazione

L'amministrazione di un Ente pubblico o privato ha l'obbligo di promuovere ed assicurare l'efficienza e la completezza delle prestazioni assicurando la buona funzionalità dei servizi e la loro integrazione; tale funzione è svolta attraverso la direzione sanitaria.

Alla direzione sanitaria compete la definizione degli schemi di norme interne per l'organizzazione dei servizi sanitari, la promozione dell'attività culturale, scientifica e didattica, la proposizione di acquisto e scelta degli apparecchi, attrezzature ed arredi sanitari (DPR 27 marzo 1969, n. 128, art. 5; D.Lgs. 30 dicembre 1992, n. 502); le norme che regolano lo stato giuridico dei dipendenti civili dello Stato sono contenute nel DPR 10 Gennaio 1957 n.3 TU *Disposizioni concernenti lo statuto degli impiegati civili dello Stato* e DPR 20 Dicembre 1979 n.761 e, tra le altre fonti normative che richiamano la responsabilità della gestione delle risorse umane e finanziarie ed i criteri di organizzazione, ricordiamo la L. n. 421 del 23 ottobre 1992 e il D.L. n.29 Febbraio 1993 (*Razionalizzazione dell'organizzazione delle amministrazioni pubbliche e revisione della disciplina in materia di pubblico impiego*).

Dobbiamo infatti sottolineare che la buona funzionalità di un servizio ospedaliero è fortemente condizionata oltre che dalle sue caratteristiche intrinseche (personale, attrezzature etc.) anche dalla integrazione con altri servizi ancillari (laboratorio, radiologia, etc.).

Da questo punto di vista sono diverse le possibili situazioni che chiamano in causa la responsabilità dell'ente per danno subito dai pazienti (terzi):

- a) Sottodotazione numerica del personale;
- b) Mancata selezione e controllo del personale;
- c) Insufficiente investimento nell'aggiornamento e formazione del personale;
- d) Deficiente organizzazione della struttura;
- e) Limitatezza delle risorse e della dotazione di attrezzature; mancato controllo sulla sicurezza degli impianti;
- f) Mancata promozione organizzativa e culturale dell'impiego e conservazione dei presidi e dei farmaci.

Tale forma sussiste nei casi in cui la colpa sia di difficile personalizzazione per la complessa organizzazione strutturale; esempio tipico è rappresentato dall'evento dannoso al paziente per opera del sanitario che abbia dovuto agire, in conseguenza dell'indifferibile esigenza clinica di effettuare un intervento, in assenza di strumentazione adeguata attribuibile alla carenza organizzativa dell'Ente.

L'amministrazione, inoltre, si surroga al personale nelle responsabilità civili derivanti da azioni giudiziarie promosse da terzi nei casi di colpa ordinaria e/o di particolare difficoltà; per tale motivo l'Ente ha la facoltà di fornire una copertura assicurativa, a proprie spese, per la previsione del risarcimento in caso di danno a terzi.

In questi termini si esprime la legge di riforma sanitaria (833/78) manifestando una sconcertante evoluzione in peius rispetto all'obbligatorietà della copertura assicurativa prevista dalla precedente norma sulla istituzione e il funzionamento dei servizi ospedalieri (art.28 del DPR 761/69; art.29 DPR 130/69). È altresì prevista la facoltà per l'amministrazione di garantire con polizza autonoma il rischio spese legali e peritali legato a procedimenti giudiziari penali e civili a carico del medico dipendente (art. 41 DPR 270/87). L'integrarsi delle tre dette norme deve portare il medico dipendente a sincerarsi che:

- a) L'ente dal quale dipende sia provvisto di polizza di responsabilità civile nei suoi confronti verso terzi per danni legati all'esercizio professionale
- b) La garanzia assicurativa del dipendente comprenda una clausola di rinuncia alla rivalsa da parte della Compagnia di Assicurazione anche nei casi di dolo e colpa gra-

- ve (in difetto di questa con minimo onere economico il dipendente può estendere la garanzia assicurativa anche alle predette ipotesi)
- c) Sia previsto un congruo massimale sufficiente a coprire l'intero ammontare del danno patrimoniale e non sia ragionevolmente prevedibile anche al verificarsi della più tragica ipotesi di danno, una esposizione economica personale da parte dell'Ente o del singolo
 - d) Sia previsto il patrocinio legale e peritale del dipendente per fatti commessi nell'espletamento dei suoi compiti istituzionali
- In pratica l'Ente quando si verifica l'apertura di un procedimento penale o civile nei confronti del dipendente per fatti connessi all'espletamento del servizio, deve assumere a proprio carico (eccetto nei casi di conflitto d'interesse) la difesa legale; qualora il dipendente venga condannato dovrà rifondere tutti gli oneri sostenuti per la sua difesa.

2. LA RESPONSABILITÀ DISCIPLINARE

Il rapporto di dipendenza configura per l'ente l'impegno a retribuire il sanitario e di ottenere da questi un corretto adempimento dei suoi doveri; tale obbligo comporta nei casi di inadempienza l'applicazione di sanzioni disciplinari.

2.1 Sanzioni disciplinari per il dipendente USL o Azienda Ospedaliera

Le sanzioni disciplinari sono adottate dalle Commissioni di Disciplina che possono comminare all'impiegato che viola i suoi doveri le seguenti sanzioni (D.P.R. 10 Gennaio 1957, n. 3 "Testo Unico delle disposizioni concernenti lo statuto degli impiegati civili dello Stato", Capo II Responsabilità, Titolo IV).

- a) La censura è una dichiarazione di biasimo scritta e motivata per lievi trasgressioni.
 - b) La riduzione dello stipendio può essere applicata sino ad un quinto della mensilità per un periodo non superiore a sei mesi inflitta per: grave negligenza; irregolarità nell'ordine di trattamento degli affari; inosservanza dei doveri d'ufficio; contegno scorretto verso superiori, colleghi e pubblico; comportamento non conforme al decoro delle funzioni; violazione dei segreti d'ufficio
 - c) La sospensione della qualifica corrisponde alla privazione dello stipendio per un periodo non inferiore a un mese e non superiore a sei a causa di: infrazioni precedentemente citate particolarmente gravi; denigrazione dell'amministrazione o dei superiori; uso dell'impiego a fini di interessi personali; violazione del segreto d'ufficio che abbia prodotto grave danno; comportamento che produca interruzione o turbamento della regolarità del servizio; tolleranza di abusi commessi da impiegati dipendenti.
 - d) La destituzione avviene a seguito di condanna passata in giudicato per delitti contro la personalità dello Stato e la moralità pubblica (peculato, malversazione, truffa, rapina, etc.) e interdizione perpetua dai pubblici uffici
- È opportuno ricordare alcune altre disposizioni riportate dalla legge 3/57:
- Il giudizio disciplinare è sospeso o non promosso se per il fatto è stato iniziato procedimento penale e/o ammesso il ricorso gerarchico.

- È prevista la sospensione cautelare obbligatoria qualora l'impiegato sia sottoposto a procedimento penale per reato particolarmente grave (ordine di cattura) e la sospensione cautelare facoltativa per gravi motivi anche prima che sia esaurito o iniziato il procedimento disciplinare.

2.2 Responsabilità disciplinare del sanitario convenzionato

La Commissione Regionale di Disciplina ha la competenza di esaminare i casi di medici deferiti per violazione degli obblighi ed i doveri di comportamento professionale derivanti dall'Accordo Nazionale (art.16 della Convenzione dei medici specialisti DPR n.316, 28 Settembre 1990).

Con atto motivato la Commissione può adottare uno dei seguenti provvedimenti:

- a) Il richiamo per trasgressione o inosservanza degli obblighi e dei compiti
- b) La diffida per violazione dei doveri di comportamento professionale
- c) La sospensione del rapporto per recidiva di inadempienza già sanzionata con richiamo e diffida; gravi infrazioni per acquisire vantaggi personali; mancata effettuazione di prestazioni richieste ed eseguibili; omissione di segnalazione di situazioni di incompatibilità;
- d) La revoca per recidiva di infrazioni già sanzionate con sospensione; instaurazione di procedimento penale per responsabilità gravissime. La deliberazione è comunicata all'Ordine dei Medici che può iniziare un nuovo giudizio disciplinare qualora ritenga che la mancanza sia tale da ledere il decoro della categoria.

Bibliografia

1. CACCIAVILLANI I.: *La giurisdizione amministrativa sul provvedimento disciplinare: rapporto tra giudicati?*, Giur. it., III, 1985: 289
2. COPPARI S.: *Riflessioni in tema di responsabilità dell'ente ospedaliero per fatto dannoso del dipendente*, Foro it., I, 1993: 264
3. DE LIGUORI L.: *L'attività sanitaria del medico convenzionato tra pubblico e privato*, Cass. pen., 1992: 2087
4. GANNARI M., SARTORI T.: *La nuova disciplina relativa ai delitti dei pubblici ufficiali contro la pubblica amministrazione: riflessi sulle professioni sanitarie*, Riv. it. med. leg., 1, 1993: 11-25
5. IACOBONI A.: *Costituzione di parte civile degli enti collettivi e postille in tema di lesione degli interessi alla luce di un decennio di giurisprudenza*, Foro it., II, 1982: 185
6. MARRA A.: *Il medico ospedaliero nella giurisprudenza e nella legislazione*, Milano, 1991
7. NANNIZZI S.: *Medico convenzionato con l'Usl e pubblico ufficiale alla luce della legge n. 86 del 26/04/90*, Cass. pen., 1992: 1227
8. PONTICELLI P.G.: *Responsabilità medica e servizio sanitario nazionale*, Giur. it., IV, 1987: 136
9. PONTONIO F.: *La responsabilità civile del medico e della struttura sanitaria pubblica: ma il giudice è veramente "peritus peritorum"?*, Resp. civ. e prev., 1994: 157
10. PRINCIGALLI A.: *Medici pubblici dipendenti responsabili come liberi professionisti*, Foro it., I, 1988: 2296
11. QUERCI V., PASQUINI F.: *In tema di responsabilità del medico dipendente del servizio sanitario nazionale*, Riv. it. med. leg., 1987: 467
12. SCARDILLO G.: *In tema di responsabilità del medico e dell'ente ospedaliero*, Giur. mer., I, 1994: 40
13. TRAVAGLIA G.: *Sulla responsabilità del medico dipendente*, Resp. civ. e prev., 1988: 997

10. LA RESPONSABILITÀ PER MANCATA ACQUISIZIONE DEL CONSENSO ALLE CURE

D. De Leo, F. Montagna

Il consenso è condizione imprescindibile di legittimazione dell'atto medico: esso deve essere chiaro, esplicito, articolato, esaustivo e documentato, cioè attestato, in ogni accertamento e trattamento che possa essere considerato "ragionevolmente" a rischio per la salute del paziente.

Laddove il paziente sia stato privato del diritto alla piena conoscenza di quanto su di lui praticato, l'adesione di questi deve ritenersi viziata, a causa di mancata erronea rappresentazione del fatto per il quale, ad origine, il consenso era stato prestato: esistono precisi richiami codicistici all'obbligo di informazione da parte del medico dentista, in linea con la buona fede nell'esecuzione di un contratto di prestazione d'opera intellettuale (richiamata agli art. 1375 c.c. *Esecuzione di buona fede*; art. 2229 e seg. del c.c. *Esercizio delle professioni intellettuali*), nonché nell'art. 2 n. 1 della legge 833/78 che considera quale aspetto rilevante l'educazione sanitaria e l'informazione sulla salute del cittadino, e ciò perchè "il dovere di informare l'assistito è strettamente connesso all'esercizio dell'attività sanitaria sia per i trattamenti sanitari elettivi che per quelli obbligatori richiamati dall'art. 33 della medesima norma e corrisponde non solo alla necessità di ottenere un consenso valido da parte dell'assistito medesimo, bensì anche al rispetto della persona umana alla ricerca di una partecipazione attiva dell'utente alla sua educazione sanitaria".

Ricordiamo infine che il principio dell'autodeterminazione del paziente all'inalienabile diritto alla propria salute emerge dal disposto della Costituzione italiana (all'art. 32 Cost.) ed il dovere di salvaguardare la propria incolumità personale dal Codice Civile (art. 5 c.c. *Atti di disposizione del proprio corpo*).

Da tali disposti si evince che il consenso del paziente è la prima ragione di legittimità dell'atto sanitario (art. 50 c.p. *Consenso dell'avente diritto*) potendosi diversamente configurare un reato di violenza privata (art. 610 c.p. *Violenza privata*).

1. L'ACQUISIZIONE DEL CONSENSO

Il consenso può ritenersi legittimamente acquisito in diverse forme le cui definizioni ricorrono in letteratura medico-legale e necessitano di una spiegazione preliminare:

- *implicito* o presunto, quindi sottinteso alla stessa richiesta di cure da parte del paziente; tale situazione si verifica nei casi ordinari di pratica corrente che richiedono impiego di mezzi diagnostici e terapeutici noti al paziente ed esenti da pericoli;
- *esplicito* o dichiarato quando la terapia aumenti di rischio e complessità, particolarmente nel caso in cui comporti eventuali conseguenze fisiche di carattere permanente.

Per *consenso informato* si intende un consenso esplicito che deve essere preceduto da una dettagliata ed esaustiva informazione sulle procedure e rischi inerenti il piano terapeutico, eseguita dal sanitario in modo obiettivo, completo, comprensibile ed adeguato all'intelligenza ed al grado di cultura del paziente.

Condizioni di liceità della prestazione che esimono dall'obbligo del consenso sono improponibili in campo odontoiatrico considerato che le prestazioni sono di elezione. In senso lato fanno eccezione:

- a) l'adempimento di un dovere imposto da una norma giuridica come nel caso di trattamenti sanitari obbligatori; ordine legittimo della Autorità pubblica come ad esempio l'ispezione corporale (art.310 c.p.) affidata da un Magistrato a un Perito (art. 51 c.p. *Esercizio di un diritto o adempimento di un dovere*)
- b) lo stato di necessità in caso di pericolo di vita (art.54 c.p. *Stato di necessità*)
- c) l'obbligo di prestare soccorso (art. 593 c.p. *Omissione di soccorso*)

Ricordiamo peraltro che al di fuori di queste ipotesi il libero professionista non è tenuto a prestare la propria assistenza a chiunque gli si rivolga.

L'informazione del paziente adulto e cosciente deve essere finalizzata ad evocare una partecipazione attiva, critica, alla decisione sulla scelta terapeutica: solo in caso di urgenza indifferibile un'informazione in termini di minor completezza potrebbe trovare giustificazione (ex art. 54 c.p. *Stato di necessità*).

Questo vuol dire che il medico dovrà rappresentare al paziente in termini comprensibili:

- 1) La patologia dalla quale è affetto
- 2) Le scelte programmate sia ai fini della definizione diagnostica che del progetto terapeutico
- 3) I rischi connessi all'attuazione delle procedure diagnostico-terapeutiche indicando le possibili alternative, cioè le rispettive prerogative
- 4) Il risultato atteso fondatamente ipotizzabile per ciascuna scelta
- 5) I possibili effetti collaterali, le sequele di carattere temporaneo e permanente, nonché gli esiti che possono avere un ruolo mutilante.

Esprimersi in termini di comprensibilità vuol dire anche ben considerare il rischio di un eccesso di informazioni che potrebbe sortire risultati controproducenti, ingenerando un allarme paralizzante nel paziente, ciò in relazione alla possibilità di effetti collaterali e complicità ipotizzabili sul piano astratto ma concretamente non prevedibili.

Non andrà dimenticato che la manifestazione di disponibilità ad atti medici, anche fortemente aggressivi, trova sempre comunque la necessità di un avallo positivo nell'art. 5 del c.c. *Atti di disposizione del proprio corpo*: una ferma riproposizione del divieto degli atti di disponibilità del proprio corpo è apparsa recentemente, guarda caso, in materia proprio odontoiatrica, in una pronuncia della Cassazione II Sez. 22 gennaio '88 (Cassazione Penale 1990, I, 232; Giurisprudenza Penale 1989, II, 486) che ha stabilito, con riferimento a lesioni conseguenti a terapie odontoiatriche, che "*in tema di lesioni personali il consenso dell'avente diritto ha efficacia come causa giustificatrice se viene prestato volontariamente nella piena consapevolezza delle conseguenze lesive all'integrità personale, sempre che queste non si risolvano in una menomazione permanente la quale, incidendo sul valore sociale della persona umana, fa perdere di rilevanza il consenso prestato*".

Il consenso deve essere fornito da un paziente con capacità di agire, dai genitori

o dal tutore per i pazienti minori ai 18 anni di età (legge 8-3- 1975 n.39), o soggetti a interdizione e tutela per infermità di mente (art. 414 c.c. *Persone che devono essere interdette*; art. 424 c.c. *Tutela dell'interdetto e curatela dell'inabilitato*).

Per tali motivi si raccomanda al dentista di informare adeguatamente il paziente per ottenere il consenso informato del paziente nella piena consapevolezza del rapporto rischio-beneficio del piano terapeutico; in caso di insuccesso infatti, se non sono stati esposti i termini del problema, il sanitario non potrà invocare la imprevedibilità del risultato a sollievo della propria responsabilità.

2. LA DOCUMENTAZIONE DEL CONSENSO

Un aspetto particolarmente sentito è quella della “documentazione del consenso”; consenso informato vuol significare infatti un doppio flusso di comunicazione, medico-paziente e, di ritorno, paziente-medico, affinché quest'ultimo non incorra in fraintendimenti ed incomprensioni.

Come documentare la manifestazione espressa dalla volontà dell'assistito? Si è andata affermando, quantunque non tassativamente prescritta da alcuna norma scritta, ma per rispondere evidentemente ad esigenze cautelative sul versante medico-legale, la proposizione di moduli scritti, in calce sottoscritti dal paziente. Ben lungi dal rappresentare un atto formale atto a preconstituire una dichiarazione di sollievo di responsabilità, il modulo scritto deve rappresentare il momento finale, di revisione e ripensamento, di quel flusso informativo al quale già si è fatto riferimento.

E' evidente che il professionista si trova di fronte alla imbarazzante situazione di dovere da un lato provare l'avvenuta informazione e il consenso che altrimenti dovrebbe essere ricercata, nell'ipotesi di sviluppi giudiziari, attraverso prove testimoniali sempre di difficile acquisizione, fermo restando che un prestampato troppo sintetico potrebbe essere sempre considerato insufficientemente rappresentativo della specifica problematica connessa a quella prestazione medica, mentre per converso un modulo eccessivamente analitico potrebbe essere male interpretato perché improbabilmente rappresentativo di quanto effettivamente compreso dal paziente circa la sua situazione clinica ed i rischi ad essa legati. Quel che ormai è un punto certo è la necessità, quantomeno per gli atti medici che possano deviare dalla pratica routinaria, di procedere alla documentazione scritta, la quale proverà, quantomeno, il fatto che il professionista avverte nella sua attività quotidiana l'esigenza di informare il paziente.

3. LA RIACQUISIZIONE DEL CONSENSO IN PARTICOLARI SITUAZIONI

Altro problema è rappresentato dal mutamento del piano di cura. La sofferta problematica del consenso risulta, nonostante siano trascorsi ormai trentacinque anni dalla pronuncia, bene analizzata e criticamente ponderata dal Tribunale di Milano: *“Il consenso necessario e sufficiente a rendere lecita l'attività del sanitario in ordine alle cure e agli interventi da lui praticati è solo quello del paziente, quando questo sia maggiorenne non interdetto e neppure in stato di temporanea incapacità*

naturale. Per la validità del consenso del paziente in ordine a un determinato intervento chirurgico occorre che riconosca il trattamento medico a cui si sottopone e soprattutto il rischio ad esso inerente: pertanto il medico ha il dovere di informare il paziente con le opportune spiegazioni del caso, sia pure adeguate ed adattate al livello intellettuale e culturale e alle condizioni fisico-psichiche di lui. Nel caso di interventi di particolare gravità specialmente se la necessità e opportunità di un determinato intervento vengano a concretarsi in epoca successiva alla stipulazione del contratto di cura, a seguito di laboriosa indagine diagnostica, occorre la manifestazione di un nuovo consenso del paziente alla sottoposizione all'intervento chirurgico."

Un'altra questione d'affrontare è l'estensione del consenso ad altro sanitario coinvolto nell'iter terapeutico, cioè se debba ritenersi sufficiente quello acquisito dal professionista con il quale viene avviato il rapporto terapeutico. È di tutta frequenza nell'ambiente odontoiatrico che una fase terapeutica, ad esempio la terapia implantologica, pur prospettata dall'odontoiatra curante venga effettuata da altro professionista particolarmente versatile ed esperto nella tecnica chirurgica. Ordinariamente il consenso del paziente è relativo alla prestazione di quello specifico sanitario con il quale si è instaurato un rapporto fiduciario, talché in dottrina si è molto dubitato della validità del consenso (non espresso) rispetto ad un sanitario diverso.

Altra parte della dottrina assume una posizione meno rigida, considerando non valido il consenso solo nell'ipotesi di trasferimento della prestazione da quel professionista ad altro, istituzionalmente o comunque presuntivamente, dotato di minor capacità (così ad esempio la prestazione effettuata da un medico generico laddove sia stata originariamente richiesta ad uno specialista).

Certo è che oggi, anche nei limitati confini di uno studio professionale odontoiatrico, sempre più facilmente vi è una attribuzione di specifici atti medico-chirurgici a diversi professionisti che hanno acquisito una particolare competenza nella specifica materia: ciò è in linea con lo sviluppo di branche ultra specialistiche, quali l'ortognatodonzia, la endodonzia, la implantologia ecc.

Sul piano deontologico, e come si vedrà anche sul piano giuridico, si impone peraltro da parte del professionista con il quale il paziente avesse stipulato il contratto d'opera professionale una chiara delineazione della strategia interventistica e quindi un'identificazione, la più chiara possibile, delle varie figure professionali che si alterneranno nel trattamento del caso clinico.

Viene peraltro immediata una riflessione in punto di possibili ricadute sul piano della responsabilità professionale: la delega di singole fasi di quell'unico progetto terapeutico a più professionisti fa presumere, da parte di quei professionisti, una "particolare competenza" per cui sicuramente minori saranno gli spazi defensionali per una possibile giustificazione dell'insuccesso terapeutico.

4. LE CONSEGUENZE DELLA MANCATA ACQUISIZIONE

La mancata acquisizione all'atto medico può avere ricadute relevantissime anche sul piano giuspenalistico: le prestazioni sanitarie prive di tali requisiti infatti possono essere ricondotte al reato di lesioni personali volontarie (art. 582 c.p. *Lesione perso-*

nale; art. 583 c.p. *Circostanze aggravanti*) per la violazione arrecata al bene dell'integrità fisica del soggetto, fatta salva l'esperibilità di un'azione contro i sanitari sul piano disciplinare e naturalmente civilistico.

Ricordiamo inoltre il reato previsto dall'art. 613 c.p. *Stato di incapacità procurato mediante violenza* che impone l'assoluto rispetto della autodeterminazione del paziente prima di utilizzare sostanze anestetiche anche a uso topico.

Così si è espressa la Cassazione in un caso eclatante relativo alla morte di un paziente, deceduto per le conseguenze di un intervento chirurgico per il quale aveva chiaramente ed indubbiamente manifestato il proprio dissenso, atto chirurgico, si badi bene, che sul piano medico-scientifico trovava ampia giustificazione nella patologia (neoplastica) della quale il paziente era affetto: *“il fine che l'agente (ndT il medico) si propone è irrilevante per il dolo generico e dal nostro diritto penale viene considerato soltanto se per la sussistenza del reato sia richiesto il dolo specifico. Il chirurgo ebbe sotto il profilo intellettuale la rappresentazione dell'evento lesioni e sotto quello volitivo l'intenzione diretta a realizzarlo, ebbe cioè consapevole volontà di ledere l'altrui integrità personale senza averne diritto e senza che ve ne fosse necessità. Ed aveva cagionato una lesione da cui era derivata la malattia e un processo patologico che aveva determinato una menomazione funzionale grave. Ciò è sufficiente per realizzare l'elemento psichico e quello materiale del reato in discorso (n.d.t. omicidio preterintenzionale)”*.

5. CONSIDERAZIONI

Che fare quando ci si trovi di fronte alla necessità di informare il paziente, in generale od in relazione ad un intervento che sia doloroso, di particolare rischio e/o complessità?

A parte il fatto, intuibile, che bisogna trovarsi di fronte una persona giuridicamente capace, ma anche “compos sui”, appare necessario che il medico, nella maniera più adeguata, comprensibile e completa, illustri tutta una serie di elementi atti a poter consentire la formazione di un valido consenso da parte del paziente.

Ragion per cui, in forma scritta (e sottoscritta dal paziente) deve risultare il consenso a liberamente sottoporsi al trattamento proposto, mettendo a conoscenza che la cura comprende eventualmente varie fasi, nelle quali possono esserci diverse attività e/o esigenze di disponibilità anche da parte del professionista. Vi deve essere l'informativa specifica della possibile presenza di problemi, controindicazioni, rischi anche percentuali, effetti indesiderati, possibili complicanze, etc.

Vi deve essere, a mio parere, il riconoscimento da parte del paziente che si è avuto un colloquio o più colloqui preliminari durante i quali sono state chiarite e soddisfatte tutte le sue domande ed i relativi dubbi, anche in relazione alle probabilità di esito infausto o comunque non favorevole.

Vanno tenute presenti le condizioni generali del paziente ed anche le sue personali aspettative oltre, naturalmente, alle esigenze terapeutiche e deve essere assicurata la più ampia disponibilità del medico o dell'equipe medica, anche durante il trattamento, a rispondere alle sue eventuali domande e ad affrontare i problemi che dovessero proporsi in ogni momento.

Bisogna, in definitiva, che il paziente sia liberamente arbitro della sua scelta, a maggior ragione se rischiosa.

Tabella 1
IL CONSENSO

CARATTERISTICHE ESSENZIALI	
Personale	Espresso dall'avente diritto Delega per minori d'età, inabili, incapaci
Valido	Non contrario alla legge Sotteso da capacità di intendere e volere Non viziato da violenza, dolo, minaccia
Determinato	Diretto ad un sanitario specifico Nell'ambito di un gruppo di lavoro ad un sanitario con la stessa qualifica
Attuale, circoscritto e rinnovabile	Dato al momento della prestazione Riferito ad uno specifico atto terapeutico o diagnostico Da rinnovare per variazioni non programmate
Incondizionato, libero e spontaneo	Manifesto Esente da coercizioni o interferenze
Revocabile	In qualsiasi momento con semplice accenno (ad nutum)
Informato	Basato sulla comprensione della spiegazione: - consapevole del contenuto, finalità e benefici - adatta al singolo paziente per cultura e capacità - corretta e completa circa diagnosi, terapia, rischio e prognosi
FORMA	
Implicito (generico)	Per accertamenti routinari, esenti da pericoli, e noti al paziente
Esplicito	In presenza di rischio di danno alla persona per effetti indesiderati o complicazioni
Presunto	In condizioni di urgenza, pericolo di vita è giustificato in base allo stato di necessità (art. 54 c.p.)
CONSEGUENZE DELL'ASSENZA DI CONSENSO	
Delitto contro la libertà individuale e coercizione della volontà del soggetto	Violenza privata (art. 610 c.p.) Sequestro di persona (art. 605 c.p.) Stato di incapacità procurato mediante violenza (art. 613 c.p.)*
Danno alla persona	Lesione personale Omicidio
* Interventi in sedazione o anestesia generale	

Riassumendo, il consenso deve essere personale, libero, informato, manifestato (non è prescritta la forma, ma è chiaro che la forma scritta è privilegiata); attuale (nel senso che riterremo non valido un consenso dato, per esempio, con troppo anticipo rispetto all'inizio delle cure); derivante da una informazione completa, esauriente; derivante da un diretto rapporto tra medico e paziente; gratuito e richiesto dal medico.

Bibliografia

1. BATTAGLINO F., RAVAIOLI A.: *Consenso informato nell'attività medico-terapeutica*, Fed. Med., 10, 1993: 34/354
2. BORDIGNON D.: *Informazione e consenso all'atto medico*, Riv. it. med. leg., 1993: 171
3. BRIGUGLIO I., COMIGNANI D.: *Informazione e consenso all'atto medico-chirurgico*. Aggiornamenti in Medicina e Chirurgia, 10/6, 1992: 762
4. COMITATO NAZIONALE PER LA BIOETICA: *Informazione e consenso all'atto medico*, 2 giugno 1992, Riv. it. med. leg., XV, 1993: 179
5. IADECOLA G.: *La rilevanza del consenso del paziente nel trattamento medico chirurgico*, Riv. it. med. leg., 1986: 41
6. IADECOLA G.: *In tema di rilevanza penale del trattamento medico chirurgico eseguito senza il consenso del paziente*, Giust. pen., II, 1991: 163
7. LEGA C.: *Il diritto del malato alla verità*, Giur. it., IV, 1985: 5
8. LICITRA B.: *Orientamenti giurisprudenziali in tema di consenso dell' avente diritto*, Cass. pen., 1985: 504
9. MANNA A.: *Considerazioni in tema di consenso presunto*, Giust. pen., II, 1984: 168
10. MANNA A.: *L'operatività del consenso presunto nell'ordinamento penale italiano*, Giust. pen., II, 1984: 231
11. PASSACATANDO G.: *Il difetto del consenso del paziente nel trattamento medico chirurgico e i suoi riflessi sulla responsabilità penale del medico*, Riv. it. med. leg., 1993: 105
12. RODRIGUEZ D.: *Ancora in tema di consenso all'atto medico chirurgico. Note sulla sentenza del 10/10/1990 della Corte di Appello di Firenze*, Riv. it. med. leg., 1991: 1117
13. ROMANO M.: *Considerazioni in tema di responsabilità contrattuale del medico per violazione del dovere di informazione*, Giur. it., I, 1987: 1, 1135
14. ROMBOLI R.: *Il consenso del non avente diritto*, Foro it., I, 1988: 2110
15. SALAZAR L.: *Consenso dell' avente diritto e disponibilità dell'integrità fisica*, Cass. pen., 1983: 53
16. SALAZAR L.: *Effetti del consenso alla partecipazione ad attività rischiose e rapporti con gli atti dispositivi dell'integrità fisica*, Cass. pen., 1983: 282
17. SGRECCIA E.: *Manuale di Bioetica, I. Fondamenti ed etica biomedica*. Vita e Pensiero Ed., Roma, 1994
18. SGRECCIA E.: *Manuale di Bioetica, II. Aspetti medico-sociali*. Vita e Pensiero Ed., Roma, 1994

11. LA RESPONSABILITÀ NELLE FONTI INFORMATIVE: CERTIFICATO, RICETTA, CARTELLA CLINICA

L. M. Daleffe, F. Montagna

1. LA NOZIONE DI DOCUMENTO

Accanto al preminente ruolo diagnostico e terapeutico il sanitario ha anche una funzione di natura documentativa che oggi ha assunto una rilevante importanza.

Prima di entrare nell'argomento è opportuno chiarire il significato giuridico del termine documento.

- Per documento o atto si intende ogni scritto dovuto a una persona contenente esposizioni di fatti o dichiarazioni di volontà, caratterizzato da tre elementi, cioè la forma scritta, il contenuto di pensiero, la riconoscibilità dell'autore. Esso costituisce l'oggetto materiale del reato di falsità in atti (artt. 476-480 cp): di tipo materiale per contraffazione (redazione dell'atto da parte di una persona differente da quella a cui compete) o per alterazione (apporto di modifiche dopo la stesura); di tipo ideologico in cui il documento è materialmente corretto ma possiede contenuti non rispondenti al vero (enunciazione mendace).

Tale situazione va distinta dal certificato erroneo redatto in buona fede dal sanitario che non rappresenta motivazione di responsabilità.

- Sotto l'aspetto giuridico i documenti sono classificabili in: scrittura privata eseguita da un soggetto che non riveste incarichi di pubblica necessità o funzione pubblica; documenti pubblici e di rilevanza pubblica che interessano l'attività del sanitario con qualifica di pubblico ufficiale o incaricato di pubblico servizio.

1.1 Documenti pubblici

Per qualificare un atto come pubblico è sufficiente che esso sia compiuto nell'esercizio della funzione pubblica; sono quindi redatti da un pubblico ufficiale o incaricato di pubblico servizio nell'espletamento delle proprie funzioni. I documenti pubblici possono essere distinti in:

a) Atto pubblico

Ha la finalità di attestare fatti avvenuti in presenza di un pubblico ufficiale o da lui compiuti (Cass. Sez. 2 Sent. n.3137 del 14 Aprile 1982); sono costitutivi di diritto o di obblighi oppure servono per provare un'attività dello stesso pubblico ufficiale o di terzi in sua presenza; sono documenti di fede privilegiata con elevata efficacia probatoria (art. 2699 c.c. *Atto pubblico*; art. 2700 c.c. *Efficacia dell'atto pubblico*).

Ricordiamo che tra gli atti pubblici sono annoverati: la constatazione di decesso e identificazione delle cause di morte (Cass. n. 8496 del 17 ottobre 1983); il verbale di ricovero in ospedale (Cass, Sez.IV, 24 ottobre 1975); gli atti documentari degli ospedali (cartella clinica, registri nosologici, modulistica anche prestampata).

La falsità in atti pubblici è un delitto severamente punito con la reclusione stante la funzione pubblica del sanitario (art. 476 c.p. *Falsità materiale commessa da pubblico ufficiale in atti pubblici*; art.478 c.p. *Falsità materiale commessa da pubblico ufficiale in copie autentiche di atti pubblici e privati e in attestati del contenuto in atti*; art. 479 c.p. *Falsità ideologica commessa dal pubblico ufficiale in atti pubblici*)

b) Certificazione

Dichiara il contenuto di altri atti pubblici o fatti conosciuti senza che siano avvenuti in presenza del redattore (Cass. Sez. 5 Sent. del 6 luglio 1981 in Cass. Pen. 1982); ha valore dichiarativo in quanto si riferisce alla sussistenza di situazioni già costituite; può essere rilasciata in modo completo e fedele (copia) o sintetica (attestato); in questa categoria sono annoverati gli atti certificativi, autorizzativi e semplici attestati; il reato di falsità in atti è punito sempre con la reclusione ma con minor rigore dei precedenti (art. 477 c.p. *Falsità materiale commessa da pubblico ufficiale in certificati o autorizzazioni amministrative*; art. 480 c.p. *Falsità ideologica commessa dal pubblico ufficiale in certificati o autorizzazioni amministrative*)

Ricordiamo che questa categoria comprende la ricetta di prescrizione dei farmaci formulata da un sanitario convenzionato col SSN su ricettario regionale in quanto essa costituisce una autorizzazione amministrativa per la consegna del farmaco da parte del farmacista (Sezioni Unite della Cassazione Penale, Sent. n.6752 del 7 Giugno 1988).

1.2 Documenti di rilevanza pubblica

Sono redatti da un sanitario qualsiasi in qualità di esercente una professione di pubblica necessità e comprendono la maggior parte dei certificati stilati dal sanitario libero professionista.

La falsità in atti è un delitto punibile con la multa o la reclusione quindi con minor rigore rispetto i precedenti (art. 481 c.p. *Falsità ideologica in certificati commessa da persone esercenti un servizio di pubblica necessità*; art. 482 c.p. *Falsità materiale commessa da privato*).

2. IL CERTIFICATO MEDICO

Fra le varie definizioni proposte in dottrina, la seguente appare più di tutte sintetizzare l'esatta natura dell'atto che rientra fra le potestà del medico, potestà che trae la sua origine nel possesso dell'abilitazione all'esercizio professionale (tant'è che la stesura di certificazione da parte di chi abilitato non è integra, ictu oculi, l'ipotesi di reato prevista dall'art. 348 c.p. (*Esercizio abusivo di professione*): "Si tratta di testimonianza scritta su fatti e comportamenti tecnicamente apprezzabili e valutabili la cui dimostrazione può condurre all'affermazione di particolari diritti soggettivi previsti dalla norma ovvero determinare particolari conseguenze a carico dell'individuo o della società aventi rilevanza giuridica o amministrativa."

Appare riduttivo, ai fini della rappresentazione dell'importanza dell'atto certificativo, richiamare la tradizionale classificazione in certificati facoltativi e in certificati ob-

bligatori, i primi essendo rilasciati dal medico solo a richiesta del paziente e per suo interesse privato, i secondi essendo specificamente previsti da norme di diritto, la loro stesura essendo presupposto necessario e sufficiente per il conseguimento di determinati benefici (si pensi alla ricca certificazione in tema di infortuni e malattie professionali, di invalidità pensionabile sotto tutela INPS, di invalidità civile).

Sol richiamando il dettato deontologico che “impone” al medico la stesura a richiesta del paziente e indipendentemente dalla sua concreta utilizzazione di un atto probativo della realtà biologica che egli è interessato a rappresentare, la predetta classificazione sembra oggi perdere di concreta utilità.

a) I limiti oggettivi della certificazione

Essi si estrinsecano nel rispetto della verità biologica, in quanto tale d'esclusiva competenza del medico esaminatore. La violazione del limite oggettivo darà luogo a quelle ipotesi di responsabilità penale che saranno di seguito discusse.

b) I limiti soggettivi

Risulta di tutta evidenza che nel certificato devono essere trasferiti quei contenuti informativi espressione della volontà del paziente e non altro. È fatto salvo dunque il principio della riservatezza delle informazioni mediche che al paziente si riferiscono, essendo del tutto proponibile l'ipotesi che, pur in un più ampio contesto di condizione patologica, la rappresentazione riguardi solo e soltanto parte della predetta condizione.

c) Sui cosiddetti requisiti formali

Pur non esistendo specifiche normative che impongano una particolare stesura dell'atto certificativo, del documento devono essere rispettati alcuni requisiti che ne confermano la regolare compilazione. Essi sono:

- 1) La completezza: nel certificato medico devono essere riportati il nome e la qualifica del medico certificatore, le generalità del paziente o cliente richiedente, l'oggetto dell'attestazione, la data ed il luogo degli accertamenti o, specificandolo, della stesura dell'atto, la firma del medico certificatore in calce. Devono essere indicati, per quanto detto circa i limiti oggettivi, quegli elementi obiettivi direttamente rilevati ad integrazione dei dati sintomatologici riferiti dal soggetto richiedente. Non è necessaria ai fini della configurazione del valore probatorio una ipotesi diagnostica conclusiva, proponibile peraltro un giudizio interpretativo che risulti dalle eventuali prestazioni eseguite collateralmente per l'affermazione della conclusione diagnostica. Del pari non necessario, ma comunque proponibile ai fini della utilizzazione del documento, la valutazione prognostica nelle sue ricadute sullo stato di malattia, sullo stato di incapacità del paziente alle ordinarie occupazioni e, più analiticamente, in termini di inabilità al lavoro
- 2) Chiarezza: troppo frequentemente, sino a diventare oggetto di sarcastico commento, il certificato medico ha presentato una calligrafia pressoché illeggibile e una terminologia non degna della qualifica del professionista: la natura del documento, le sue finalità, la volontà probatoria devono essere ben chiare, tanto per l'interprete tecnico quanto per colui che ha richiesto il certificato. Devono essere bandite, per quanto possibile, o comunque fatte sì da evidenziare quanto corretto, “correzioni tardive”

- 3) Veridicità: precise norme giuridiche e deontologiche tutelano questo criterio, essendo già stato ampiamente specificato come debba esservi conformità di quanto constatato personalmente dal medico con quanto da lui, a seguire, dichiarato per iscritto.

2.1 Profili di responsabilità penale

La qualifica giuspenalistica soggettiva del medico autore del certificato, come in precedenza già analiticamente prospettata, condiziona la natura giuridica del certificato medico e le fattispecie di reato previste dalla norma penale.

Il medico libero professionista, cioè colui che “esercita un servizio di pubblica necessità”, nel momento in cui redige un documento qualificabile come scrittura privata dà corpo ad un documento il quale peraltro, proprio per la figura professionale dalla quale esso origina, merita un credito maggiore: essendo dotato di un’efficacia dichiarativa, il certificato è atto destinato a provare la verità dei fatti attestati.

Essendo violato il limite oggettivo del certificato e, collateralmente, mancando della richiesta veridicità, potrà ricadersi nella violazione della norma prevista dall’art. 481 del c.p., fermo restando che è la falsa attestazione di dati obiettivi di diretta osservazione e non il giudizio interpretativo (che potrà essere diagnostico, prognostico o anche medico-legale) manifestato nel documento.

È pur vero che la fattispecie criminosa può verificarsi ugualmente in presenza di omessa segnalazione di obiettività clinica, quando ne legittimi la presunzione nella rappresentazione interpretativa ovvero nella formulazione del giudizio conclusivo. La giurisprudenza è concorde nel ritenere pertanto che certificati che inducano nell’interprete un’errata presunzione per omessa rappresentazione di fatti, possono configurare falso ideologico quando contengano “un giudizio complesso che presuppone resistenza di fatti obiettivi”.

Il medico esercente del servizio di pubblica necessità potrà essere sanzionato anche in relazione alla fattispecie dell’art. 485 c.p. relativo alla “falsità in scrittura privata”, quando si renderà protagonista di un’alterazione del documento dopo la sua formazione, anche solo quando andrà a sottoscrivere un documento redatto, ad esempio, da altro professionista.

Analoghe previsioni sanzionatorie interesseranno il medico incaricato di pubblico servizio.

Laddove possa essere invece riconosciuta al medico certificatore la qualifica di pubblico ufficiale egli dovrà rispondere del reato di cui all’art. 480, relativo alla “falsa ideologica commessa dal pubblico ufficiale in certificati o autorizzazioni amministrative”.

Sarà il caso di ricordare che recenti modifiche legislative (legge 26 aprile 1990 n. 86 e legge 7 febbraio 1992 n. 81) hanno ampliato la nozione di pubblico ufficiale, per cui viene considerata pubblica la funzione amministrativa disciplinata da norme di diritto pubblico e da atti autoritativi e caratterizzata dalla formazione e dalla manifestazione della volontà della pubblica amministrazione o del suo svolgersi per mezzo di poteri autoritativi o certificativi”.

Pubblico ufficiale è, per giurisprudenza prevalente, riconosciuto “il medico ospedaliero nell’esercizio di un’attività autoritativa o certificativa che concorra, in modo immediato o accessorio alla formazione e manifestazione della volontà dell’ente diretta

alla realizzazione dei suoi fini istituzionali” così come tali sono considerati i medici convenzionati con il servizio sanitario nazionale, le unità sanitarie locali o altri enti pubblici.

Aldilà di posizioni giurisprudenziali più o meno concordi, pare emergere dalla lettura dei rari dispositivi di sentenza che è proprio la potestà certificativa quella che concorre, per le sue rilevanti conseguenze giuridiche ed amministrative, a delineare la pubblicità della funzione del medico.

Tanto l'art. 480 quanto l'art. 481 del codice penale presuppongono il dolo ossia la coscienza e la volontà della non veridicità del documento, l'antigiuridicità del fatto derivando dalla semplice lesione della pubblica fede e non dall'offesa d'altri beni pubblici o privati. La consegna del “falso certificato” è il momento nel quale si consuma l'illecito, indipendentemente dalla sua utilizzazione o meno da parte del soggetto richiedente e dunque dal conseguimento d'eventuali benefici a quel certificato ricollegabili.

Non si discuterà mai a sufficienza della possibilità che un certificato, non veritiero, possa essere ricondotto non tanto alla coscienza e alla volontà della non veridicità quanto, piuttosto, all'errore clinico, il medico potendo anche sbagliare oltre che nel momento diagnostico-terapeutico anche in quello dell'obiettivazione clinica e dunque della sua assunzione documentale.

Ne deriva un'ipotesi di responsabilità professionale al pari di tutte le altre prestazioni nelle quali quotidianamente è impegnato ogni sanitario.

Resta inteso che sempre sanzionabili a titolo di falso saranno quei certificati che, nel sentire comune, vengono qualificati come “compiacenti”, rilasciati cioè quasi in ossequio ad una diffusa, ma non scritta, norma deontologica al paziente per conseguire benefici giudicati, dal certificatore, di modesta portata.

Se possibile, la volontà di usare una terminologia impropria, parziale, confusa, quando addirittura criptica, è a nostro avviso la più chiara espressione della cosciente volontà di alterare la realtà biologica.

Un conclusivo richiamo, in questa sede, sui cosiddetti certificati storici, vale a dire certificati che facciano riferimento a condizioni biologiche che non possono più essere oggetto a verifica estemporanea essendosi, nel tempo, mutate per la storia e natura della malattia o per successivi interventi terapeutici.

Il certificato cosiddetto storico ricorre non infrequentemente nelle situazioni di responsabilità professionale odontoiatrica nel tentativo, da parte del medico legale o dell'odontoiatra in veste medico-legale, di ricostruire adeguatamente lo stato anteriore del paziente prima dell'inizio dei trattamenti sanitari della cui qualità si discute.

Un certificato storico assume valenza probatoria solo e soltanto nel momento in cui esso possa essere costruito sulla base non già di ricordi più o meno stemperati dal tempo trascorso, a volte anni, quanto piuttosto dalla revisione di documenti conservati in archivio da parte del medico certificatore, quali schede ambulatoriali, schede sanitarie individuali (questa normativamente prevista per i medici di Medicina Generale).

Pare conclusivamente da richiamarsi il dovere da parte del medico o del dentista in particolare di informare il paziente della natura e del significato del certificato che gli è stato richiesto di redigere, anche in relazione ad ogni possibile conseguenza, rispetto alle normative di riferimento, che dunque il medico certificatore si assume debba conoscere al meglio (il che frequentemente non è).

3. LA RICETTA

Premesso che in diritto non esiste la definizione di ricetta medica; essa può essere definita come un documento di rilevanza pubblica e amministrativa che autorizza l'erogazione di specialità medicinali al paziente da parte della farmacia.

Fatto riferimento alla natura dei farmaci prescritti, le ricette possono essere classificate nei modi di seguito descritti:

a) Ricetta non ripetibile e utilizzabile una sola volta

Il medico, in tal caso, è tenuto ad indicare sulla ricetta il nome e cognome del paziente, la data e la firma. La legge 19.07.93 ha abrogato l'obbligo ad indicare sulla ricetta, a piene lettere, dose e tempo di somministrazione del farmaco. Questo tipo di ricetta ha una validità di dieci giorni (legge 19.07.93 n. 237)

b) Ricetta riutilizzabile.

Tale deve essere intesa la ricetta che può non essere lasciata al farmacista, dopo l'acquisto del farmaco riacquisita dal paziente e riutilizzata a seguire. Nella predetta ricetta deve essere indicata la data della prescrizione e la firma del medico. Tale documento, che ha una validità non superiore ai tre mesi, può essere comunque utilizzato per non più di cinque volte e dunque ogni volta sarà compito del farmacista procedere a siglatura (anche mediante timbro) al fine di indicare l'avvenuta consegna del farmaco prescritto

c) Ricetta limitata.

Riguarda i farmaci che possono essere ceduti solo su prescrizione dei centri ospedalieri o specialistici ai sensi degli art. 568 del D.L. n. 539/92. Sono i farmaci indicati con la lettera "H" che sta ad indicare la provenienza ospedaliera. Prescindendo dalla quota di spesa a carico del singolo cittadino (verificabili anno dopo anno dal Governo), va precisato che si tratta di medicinali che non possono essere usati all'esterno dell'ospedale (si pensi agli anestetici ad utilizzazione chirurgica) e di quelli che, pur prescritti ai pazienti dimessi dagli ospedali, si riferiscono ad un costante controllo medico come si trattasse di soggetti ricoverati assistiti al proprio domicilio.

Quali categorie soggette a detta ricetta ricordiamo gli antitrombotici, gli antiemorragici, farmaci per la cura delle malattie cardiache, sieri, analgesici e antiasmatici

d) Ricetta d'emergenza.

Oggetto di prescrizione sono, a tale titolo, quei farmaci prescritti per pazienti affetti da malattie croniche nella previsione di un'utilizzazione "d'emergenza" che non potrebbe essere subordinata all'acquisto in farmacia, potendo non essere differita la somministrazione oltre le ventiquattro ore.

Grazia a questa ricetta il malato, al verificarsi della situazione di bisogno e, in assenza di estemporanee prescrizioni da parte di qualsivoglia curante (Guardia Medica o Medico Privato), può ottenere ventiquattr'ore su ventiquattro e dunque anche durante i fine settimana e nei giorni festivi il farmaco per il trattamento della complicanza della condizione patologica cronica di base. La validità di questa ricetta è di sei mesi, ma essa deve essere ritirata dal farmacista al momento della consegna del farmaco. Ai

sensi dell'art. 13 D.P.R. 41/1991, la ricetta d'emergenza può essere rilasciata anche dai sanitari in servizio di Guardia Medica, essendo limitata peraltro ai soli farmaci utili alla terapia d'urgenza e pur un ciclo di cura (efficacia terapeutica) non superiore alle quarantotto - settantadue ore.

e) Ricetta della prescrizione di sostanze stupefacenti.

Il D.P.R. 09.10.90 n. 309, sostitutivo ed integrativo del precedente testo unico, introduce le regole di compilazione delle ricette per stupefacenti e questo negli art. 43 e 45 del T.U.

I medici ed i dentisti che si trovano a prescrivere farmaci di cui alle prime tre tabelle di legge devono scrivere su apposito ricettario (madre - figlia di tipo unico predisposto dal Ministero della Sanità e distribuito su specifica richiesta degli scritti interessati dei rispettivi Ordini Professionali i quali, all'atto della consegna, devono firmare per esteso ciascuna ricetta per ribadirla poi all'atto della consegna al richiedente) e debbono riportare i seguenti elementi:

- 1) Cognome, nome e residenza dell'ammalato al quale la ricetta viene rilasciata
- 2) Posologia del farmaco, per tale dovendosi intendere la dose e la frequenza di somministrazione
- 3) La quantità totale consegnanda dal farmacista (vale a dire il numero delle confezioni)
- 4) Il dosaggio della confezione (nell'ipotesi che in commercio ne siano presenti più d'uno)
- 5) Il tipo di confezione (sempre che in commercio ne sia presente più di una)
- 6) La data di compilazione e due firme del medico. Ogni prescrizione deve essere peraltro limitata ad una sola preparazione e ad un dosaggio per la cura di durata non superiore a otto giorni
- 7) La ricetta deve contenere altresì l'indicazione del domicilio e del numero telefonico del medico chirurgo o del medico veterinario da cui è rilasciata
- 8) Deve essere archiviata dal medico o dal dentista copia per la durata di due anni, riportante la dicitura chiaramente leggibile "copia per documentazione".

L'art. 45 del T.U. precisa altresì che la ricetta per stupefacenti è valida per dieci giorni.

Quanto sin qui detto riguarda naturalmente i farmaci della tabella I (se è vero che i farmaci della tabella II e III non sono commerciabili).

Relativamente ai farmaci della IV tabella, deve essere fatta salva la procedura sin qui ricordata sulla ricetta personale del medico e non già sul ricettario del Servizio Sanitario Nazionale e dovranno comunque riportare la data, la generalità del paziente, indirizzo, la confezione prescritta e il dosaggio, la posologia compreso il numero delle somministrazioni giornaliere con scritturazione in lettere per esteso, la firma, l'indirizzo e il timbro del medico. I farmaci ricompresi nelle tabelle V e VI sono prescrivibili su ricettario personale.

3.1 Considerazioni

Vogliamo infine ricordare che la ricetta può presentare diverse implicazioni in tema di responsabilità penale a seconda il profilo giuridico del sanitario in quanto può costituire:

- Documento pubblico quando eseguito da sanitario che esercita una pubblica funzione (atto pubblico, autorizzazione amministrativa, atto certificativo, attestato)
- Documento di rilevanza pubblica quando eseguito da un libero professionista.

a) *La ricetta di sanitario libero professionista*

La ricetta del sanitario privato esercente un servizio di pubblica necessità eseguita su carta libera intestata del proprio ricettario costituisce un documento di rilevanza pubblica. La ricetta deve ritenersi falsa quando contenga dichiarazioni mendaci del sanitario e configura un reato meno grave del seguente (art.481 c.p. *Falsità ideologica in certificati commessa da persona esercente un servizio di pubblica necessità*)

b) *La ricetta di sanitario con funzione pubblica*

La ricetta eseguita da un pubblico ufficiale o incaricato di pubblico servizio su ricettario SSN costituisce un documento pubblico, atto giuridicamente complesso con rilevanza amministrativa (certificazione, autorizzazione), economica (documentazione delle spese a carico del SSN), documentativa della responsabilità civile e penale del sanitario e del farmacista. Ha natura di certificato nella parte in cui attesta il diritto del lavoratore all'assistenza e autorizzazione amministrativa nella parte in cui rende operativo il diritto dell'assistito all'erogazione dei farmaci. Se la ricetta contiene false dichiarazioni si consuma il reato di falsità ideologica (art. 480 c.p. *Falsità ideologica commessa da pubblico ufficiale in certificazione amministrative o autorizzazioni*). Non è applicabile invece la definizione di atto pubblico suscettibile del più grave reato di falsità ideologica (art. 479 c.p. *Falsità ideologica commessa da pubblico ufficiale in atto pubblico*) come stabilito dalle Sezioni Unite della Cassazione Penale con sentenza n. 6752 del 7 Giugno 1988.

4. LA CARTELLA CLINICA

La cartella clinica è obbligatoria per gli Ospedali e Case di Cura private (D.P.R. n. 12827-3-1969 Ordinamento interno dei servizi ospedalieri; D.M.05-08-1977 Determinazione dei requisiti tecnici delle Case di Cura private).

D.P.R. N. 128 27-3-1969 ORDINAMENTO INTERNO DEI SERVIZI OSPEDALIERI

- Art. 5: (attribuzioni del direttore sanitario): *“Il direttore sanitario....vigila sull’archivio delle cartelle cliniche, raccoglie ed elabora i dati statistici sanitari.....”*
- Art. 7: (attribuzioni di primari, aiuti e assistenti): *“Il primario...è responsabile della regolare compilazione delle cartelle cliniche, dei registri nosologici e della loro conservazione, fino alla consegna all’archivio centrale.”*

D.M. 5-8-1977 DETERMINAZIONE DEI REQUISITI TECNICI
SULLE CASE DI CURA PRIVATE.

- Art. 24 (Cartelle cliniche): *“In ogni casa di cura privata è prescritta, per ogni ricoverato, la compilazione della cartella clinica, da cui risultino le generalità complete, la diagnosi d’entrata, l’anamnesi familiare e personale, l’esame obiettivo, gli esami di laboratorio e specialistici, la diagnosi, la terapia, gli esi-*

ti ed i postumi. Le cartelle cliniche firmate dal medico curante, dovranno portare un numero progressivo ed essere conservate a cura della direzione sanitaria. In caso di cessazione dell'attività della casa di cura le cartelle cliniche dovranno essere depositate presso l'ufficio comunale o consorziale d'igiene."

In questi ambiti la cartella è un atto pubblico fondamentale per qualsivoglia accertamento o controllo teso a determinare il corretto adempimento della pubblica amministrazione in corrispondenza dei diritti di ricoverati e di terzi.

La falsità nella sua compilazione per il sanitario ospedaliero configura il reato di "Falsità materiale commessa da pubblico ufficiale in atti pubblici" (art. 476 c.p. *Falsità materiale commessa dal pubblico ufficiale in atti pubblici*); per il sanitario dipendente da casa di cura privata di "Falsità commessa da pubblici impiegati incaricati di un servizio pubblico" (art. 493 c.p. *Falsità commesse da pubblici impiegati incaricati di un servizio pubblico*).

Nessuna norma impone la tenuta della cartella clinica per gli ambulatori e gli studi di medici privati; in questo ambito inoltre essa rappresenta una scrittura privata priva di valore legale e non punibile in caso di errata compilazione.

Si ricorda, comunque, la possibile ipotesi di reato per falsità ideologica (art. 481 c.p. *Falsità ideologica in certificati commessa da persone esercenti un servizio di pubblica necessità*) qualora il libero professionista fornisca al paziente la cartella clinica contraffatta per essere utilizzata nei confronti di terzi come ad esempio dimostrare lesioni personali, richieste di pensione o documentare invalidità.

In questi casi si estendono alla cartella clinica i requisiti di veridicità e rispetto del paziente applicati al certificato che è un'attestazione scritta, riguardante fatti di rilevanza giuridica riscontrati direttamente dal sanitario nell'esercizio della sua attività.

Ricordiamo, infine, che il reato di falsità ideologica in certificato (art. 481 c.p. *Falsità ideologica in certificati commessa da persone esercenti un servizio di pubblica necessità*) si realizza solo in presenza di dolo del certificante e non per errore di diagnosi, prognosi o interpretazione.

È consigliabile compilare e successivamente conservare anche in ambito libero professionale una cartella clinica in quanto rappresenta uno strumento di lavoro indispensabile per il trattamento ed un documento atto a testimoniare terapie e scelte effettuate.

Inoltre, in caso di controversia, la sua mancanza o incompletezza depone a sfavore dell'odontoiatra alimentando la convinzione in chi giudica, che tale carenza sia volontariamente preordinata per confondere elementi di valutazione.

Non si può proporre uno specimen di cartella ma è opportuno proporre alcuni elementi, formali e sostanziali, che deve contenere per assolvere il ruolo a cui è finalizzata.

La prima parte deve contenere i dati identificativi del paziente e dell'operatore; i diversi eventuali operatori che si siano succeduti nelle cure ed il loro ruolo devono essere identificabili anche a distanza di tempo nei casi in cui emergano problematiche relative a responsabilità professionale.

La parte medica è una sezione costituita da anamnesi, esame obiettivo medico semplificato, eventuale esito di esami di laboratorio medici o consulenze mediche che evidenzino controindicazioni sistemiche alla terapia odontoiatrica. Riteniamo inoltre consigliabile che il questionario sia controfirmato dal paziente.

La parte odontoiatrica comprende: la motivazione della richiesta di cure; l'esame obiettivo e la documentazione iniziale (radiografica, fotografica e modelli); il piano di terapia; prove del consenso alle cure da parte del paziente e dell'informazione fornita; il diario clinico (epoca, tipi di trattamento); scadenza dei controlli periodici necessari al termine della terapia. Per i casi di riabilitazioni complesse si consiglia di registrare i mancati appuntamenti e le tracce documentali dei solleciti inoltrati al fine di dimostrare la non riconducibilità di eventuali eventi dannosi alla omissione del curante.

La parte amministrativa riguarda preventivo, consuntivo, documentazione fiscale. Ricordiamo che è opportuno allegare un dettagliato preventivo scritto, controfirmato dal paziente e aggiornato qualora si renda necessaria una sostanziale variazione del medesimo per evitare contestazioni sull'importo degli onorari.

Al termine della terapia il paziente può richiedere la restituzione della documentazione clinica. Il sanitario è tenuto ad esaudire tale richiesta, al fine di favorire al paziente la tutela della propria salute.

Tale situazione rappresenta una deroga alla possibilità di trattenere la documentazione a scopo cautelativo riconoscibile per altri ambiti (art.2235 c.c. *Divieto di ritenzione*).

Per poter mantenere prova delle prestazioni erogati in archivio, la cartella ed il diario clinico possono essere facilmente duplicati con fotocopia e consegnati; la documentazione non estraibile in copia, come le radiografie, devono essere restituite cautelandosi con una ricevuta in modo da disporre di un documento utile in caso di contenzioso per responsabilità contrattuale.

Bibliografia

1. AMATO G.: *Qualche notazione nella prescrizione abusiva di sostanze stupefacenti*, Cass. pen. 1994: 2566
2. AMBROSETTI E. A.: *Commento alla sentenza della Cassazione Penale Sezioni Unite, 16 aprile 1988*, Giur. it., II, 141, 1989:173
3. BARNI M.: *La deontologia medica*, in: *Guida all'esercizio professionale per i medici chirurghi e gli odontoiatri*, Ed. Medico Scientifiche, Torino, aggiornamento febbraio 1993: 64
4. BENCIOLINI P.: *Fondamentali obblighi giuridici del medico. Valutazione comparata secondo le diverse figure giuridiche rivestite*, Fed. Med., 7, 1985: 816-25
5. CACCIAVILLANI I.: *Falsità possibili della cartella clinica della case di cura private*, Giust. pen., II, 1986: 443
6. CASS., 17 MAGGIO 1955, in: *Giustizia penale*, II, 1955: 973
7. CASS. SEZ. V, 3 LUGLIO 1979, in: *Massimario ufficiale* 1979, m. 143386
8. GUARDABASSO B., LO MENZO G.: *Il falso ideologico nella certificazione medica e nella consulenza tecnica di parte*, Fed. Med., 6, 1985: 722-4
9. MAGLIONA B.: *La cartella clinica ospedaliera: evoluzione normativa e natura giuridica*, *Minerva Med. leg.*, 4, 109, 1989: 123-8
10. MALCONTENETI R., LALLA F.: *Qualificazione giuridica soggettiva del medico e nuove implicazioni. Aspetti giuridici e medico legali*, *Riv. it. med. leg.*, 2, 1993: 351-9
11. MARCHETTI M., CARNEVALE A.: *Il certificato medico nei suoi aspetti deontologici e medico sociali*, *Medicina e Morale*, 1, 1983: 59-67
12. MARRA A.: *L'odontoiatra nella legislazione e nella giurisprudenza*, Ed. Mediamix, Milano, 1991
13. MARTINI P.: *Medicina legale in odontoiatri*, USES, Firenze, 1998
14. NARDI S., CIALELLA C.: *Interesse e attualità della cartella clinica. Una analisi dei suoi contenuti nella prospettiva del medico legale*, *Zacchia*, 65, 1992: 255

15. PALAGI U.: *Certificazioni e denunce sanitarie*, Ed. Paccini, Pisa, 1976
16. PALMIERI L., NUCCI A.M.: *La cartella clinica. Aspetti medico legali e responsabilità professionale*, Ed. Liviana, Padova, 1990
17. PORTIGLIATTI BARBOS M.: *Certificati medici*, in: *Digesto delle discipline penalistiche*, UTET, Ed. IV, Torino, 1988
18. SCIACCHITANO R.: *L'uso terapeutico delle sostanze stupefacenti nel trattamento della tossicodipendenza*, *Giust. pen.*, II, 1981: 278
19. VIDONI G.: *Denuncia o referto? Promemoria al legislatore*, *Riv. it. med. leg.*, 1991: 489
20. ZANA S., GIORDANO ORSINI P.: *La prescrizione farmaceutica: considerazioni medico legali*, *Difesa Sociale*, 72, 1993: 169.

12. LA RESPONSABILITÀ DEL DENTISTA E DELL'ODONTOTECNICO NELL'INSUCCESSO PROTESICO

F. Montagna, L. Daleffe

La protesi a causa degli elevati costi è, con maggior frequenza rispetto alle altre branche dell'odontoiatria, oggetto di contenzioso per risarcimento danni conseguente a responsabilità professionale; questa situazione richiede la necessità di una particolareggiata analisi per verificare le responsabilità dei singoli operatori che cooperano nel processo di progettazione, esecuzione e applicazione.

Individuare punti di riferimento precisi è di difficile attuazione data la natura stessa della prestazione, poiché è un procedimento complesso costituito da varie fasi di terapia odontoiatrica e di costruzione in laboratorio odontotecnico eseguite in collaborazione da più operatori (dentista e odontotecnico); la protesi poi è costituita da più parti con caratteristiche di durata e usura diverse in cui è importante anche la corretta manutenzione e cura da parte del paziente.

Alla luce di tali premesse nascono spontanee alcune domande, la cui risposta è necessariamente complessa, spesso non univoca, dovendo essere considerata in concreto in ogni singolo caso.

Nella pratica forense, può capitare di trovarsi ad analizzare casi in cui l'odontotecnico sia convenuto in causa a lato del dentista per ipotesi di responsabilità solidale e conseguente obbligo di risarcimento conseguente al fallimento di una riabilitazione protesica; a tale riguardo è premessa importante conoscere le indispensabili nozioni giuridiche e medico-legali di riferimento nei procedimenti giudiziari nei quali l'odontotecnico risulta parte convenuta o chiamata in causa per difetti tecnici e merceologici delle protesi.

1. L'ODONTOTECNICO NELL'ORDINAMENTO GIURIDICO

L'odontotecnico è un esercente un'arte ausiliaria della professione sanitaria (art. 99 TULS, R.D. 27-7-1934, n. 1265) il cui ambito di attività e attribuzione sono definite con chiarezza in positivo e negativo dal legislatore (artt. 11 e 22 del R.D. 31 Maggio 1928 n. 1334):

- Costruzione di apparecchi protesici su modelli tratti da impronte dal dentista
- Tassativo divieto di eseguire qualsiasi intervento diretto sul paziente (manovre nella bocca)
- Obbligo di chiarezza nella indicazione delle proprie competenze in modo da evitare equivoci sul contenuto dell'attività per i pazienti.

R.D. 31 MAGGIO 1928 N. 1334 "REGOLAMENTO PER L'ESECUZIONE DELLA LEGGE 23 GIUGNO 1927, N.1264, SULLA DISCIPLINA DELLE ARTI AUSILIARIE DELLE PROFESSIONI SANITARIE"

- Art. 11: “Gli odontotecnici sono autorizzati unicamente a costruire apparecchi di protesi dentaria su modelli tratti dalle impronte loro fornite dai medici chirurghi e dagli abilitati a norma di legge all’esercizio dell’odontoiatria e protesi dentaria, con le indicazioni del tipo di protesi da eseguire. È in ogni caso, vietato agli odontotecnici di esercitare, anche alla presenza o in concorso del medico dell’abilitato all’odontoiatria, alcuna manovra, cruenta o incruenta, nella bocca del paziente, sana o ammalata”.

- Art. 22: “È vietato a tutti coloro che esercitano le arti contemplate nel presente regolamento di fare uso, a qualsiasi scopo e con qualsiasi mezzo nell’indicazione delle arti che professano di denominazioni e termini che non siano la rigorosa, letterale riproduzione di quelli usati, nella designazione delle arti stesse, del presente regolamento.

È ugualmente vietato ai suddetti esercenti l’uso di abbreviazioni e aggiunte a tali denominazioni che possano comunque generare errori ed equivoci sul contenuto dell’attività professionale cui i medesimi sono autorizzati in forza del presente regolamento”

Un rapporto contrattuale di prestazione d’opera tra dentista e odontotecnico si instaura con l’invio delle impronte al laboratorio e la richiesta di esecuzione della protesi (art. 2222 c.c. *Contratti d’opera*); con tale contratto l’odontotecnico si obbliga a costruire la protesi commissionata dal dentista senza difetti, rapportando tale obbligo alla capacità media di un operatore della stessa età e qualifica (art. 1176 c.c. *Diligenza nell’adempimento*).

Il diritto di recedere dal contratto è riconosciuto ad ambedue le parti per impossibilità ad eseguire la prestazione o per giusta causa come, ad esempio, aperte manifestazioni di sfiducia, mancanza di collaborazione, mancato pagamento delle prestazioni (art. 2237 c.c. *Recesso*).

In caso di recesso dal contratto si deve evitare di danneggiare la controparte; riconoscendo il compenso per il lavoro eseguito in relazione al risultato utile ed al mancato guadagno (art. 2227 c.c. *Recesso unilaterale dal contratto*; art. 2228 c.c. *Impossibilità sopravvenuta nell’esecuzione dell’opera*; art. 2237 c.c. *Recesso*).

Se la protesi non viene eseguita secondo le condizioni stabilite dal contratto il dentista può chiedere a sua scelta l’adempimento (art. 1454 c.c. *Diffida ad adempiere*), la risoluzione del contratto e/o il risarcimento del danno qualora ne sia dimostrata l’esistenza (art. 1218 c.c. *Responsabilità del debitore*; art. 1223 c.c. *Risarcimento del danno*). Il titolare di laboratorio è responsabile per danni causati da personale dipendente nell’esecuzione delle mansioni affidate (art. 2049 c.c. *Responsabilità dei padroni e dei committenti*; art. 1228 c.c. *Responsabilità per fatto degli ausiliari*) e non è ipotizzabile la richiesta di risarcimento danni a carico del dipendente con l’esclusione del dolo o colpa grave (art. 2106 c.c. *Sanzioni disciplinari*).

Il compenso è lasciato alla libera contrattazione tra le parti ed è demandato al Giudice nei casi di contestazione (art. 2225 c.c. *Corrispettivo*).

La prescrizione del diritto a richiedere il compenso si realizza dopo tre anni (art. 2956 c.c. *Prescrizione di tre anni*); il termine decorre dalla consegna del manufatto (art. 2935 c.c. *Decorrenza della prescrizione*; art. 2957 c.c. *Decorrenza delle prescrizioni presuntive*) identificato come il momento in cui il diritto al pagamento può

essere fatto valere; il termine decorre anche se la continuazione del rapporto di lavoro ha portato ad eseguire altre prestazioni (art. 2958 c.c. *Corso della prescrizione*); la prescrizione è interrotta dalla notificazione dell'atto con cui si comincia un giudizio (art. 2943 c.c. *Interruzione da parte del titolare*).

Per quanto attiene la prescrizione della responsabilità ricordiamo che se i difetti della protesi sono noti o riconoscibili alla consegna, l'accettazione tacita o espressa da parte del dentista libera l'odontotecnico dalla responsabilità per errori o difetti della protesi (art. 2226 c.c. *Difformità e vizi dell'opera*).

Il dentista che si accorga successivamente, deve segnalare il difetto entro otto giorni dalla scoperta; comunque la responsabilità dell'odontotecnico si prescrive entro un anno dalla consegna (art. 2226 c.c. *Difformità e vizi dell'opera*).

Va segnalato che l'applicazione dei termini di prescrizione non segue regole inderogabili; nel caso si verificano, anche oltre i termini temporali riferiti, danni riconducibili a responsabilità di una parte, la prescrizione può essere rigettata dal magistrato e può essere comunque svolto un procedimento civile per responsabilità.

La prescrizione deve essere eccepita dalle parti in causa, poiché non avviene automaticamente e non è compito del Giudice rilevarla; per tale motivo è consigliabile eccepirlo anche nei casi dubbi e preparare la difesa in attesa della decisione del Magistrato; esiste, infatti, il rischio potenziale che sia applicato un termine di prescrizione più lungo (art. 2947 c.c. *Prescrizioni del diritto al risarcimento del danno*).

2. L'OBBLIGAZIONE DI MEZZI E DI RISULTATI

Un problema direttamente collegato al problema della responsabilità contrattuale è rappresentato dal quesito sulla esistenza dell'obbligazione di mezzi o di risultati in alcuni settori dell'odontoiatria e particolarmente in protesi.

Per meglio precisare il concetto: l'obbligazione di mezzi consiste nel tenere un comportamento congruo nello svolgimento della prestazione mentre con il concetto di obbligazione di risultato si intende che la responsabilità è in funzione del raggiungimento di un risultato preciso.

In questa seconda ipotesi sarà sufficiente provare il mancato risultato per vedere affermata la responsabilità del professionista.

Il nostro codice civile prevede la prestazione d'opera intellettuale (art. 2229 c.c. e seguenti *Esercizio delle professioni intellettuali*), tra le quali è inquadrabile l'attività medico-chirurgica e odontoiatrica, caratterizzate dai seguenti elementi:

- 1) Impiego di capacità intellettive e culturali prevalenti rispetto all'uso di lavoro manuale
- 2) Discrezionalità del prestatore d'opera nell'esecuzione
- 3) Mero compimento di un'attività come oggetto della prestazione indipendentemente dal risultato che sarà raggiunto; vale a dire obbligazione di mezzi.

Il sanitario ha libera discrezionalità sulla scelta delle possibilità terapeutiche in funzione delle proprie conoscenze scientifiche, capacità tecniche, esperienza e ambiente di lavoro; limite a questa discrezionalità è rappresentato: dalla necessità del consenso del paziente; dal requisito della razionalità della terapia, vale a dire che sia finalizzata all'interesse del paziente e basata su canoni tecnico-scientifici consolidati.

Ricordiamo che la razionalità non si limita alla scelta in base alla tecnica e scienza del momento, dovendo contemplare altri fattori contingenti: ambiente sociale e di lavoro, provenienza e costo che in particolare costituiscono fattori di grande incidenza sulla qualità della prestazione.

Va a questo punto chiarito che, a causa dell'aleatorietà del risultato che è propria dell'attività medico-chirurgica, nel contratto di cura non si stabilisce un'obbligazione di risultato ma soltanto di mezzi e di comportamento: il sanitario si impegna a fornire le prestazioni richieste dal caso, ma non può assicurare la guarigione.

Come principio generale in ambito medico si può ipotizzare l'obbligo di risultato per prestazioni per cui si può prefigurare un risultato finale sicuro; questa situazione si realizza nei casi in cui la prestazione è di natura esclusivamente tecnica e quindi non coinvolge la reazione organica del paziente. Nell'ambito delle attività sanitarie incombe l'obbligo di risultato sul medico laboratorista e sul radiologo nell'ambito dell'attività diagnostica, sul chirurgo estetico, sul dentista per talune limitate prestazioni e tra queste proprio gli interventi protesici. Per giustificare tale obbligo, limitato a queste attività, dobbiamo inserire altri elementi comuni: l'assenza di uno stato di urgenza clinica che permette un intervento di elezione accuratamente controllabile; il consenso informato come cardine del contratto di cura; il risultato estetico.

L'aspettativa delusa non è sempre l'equivalente dell'errore medico, ma le maggiori istanze risarcitorie nascono dall'aspettativa enfaticamente dal sanitario e poi delusa.

Dove il sanitario prefigura al paziente un risultato non potrà incombere l'obbligo di quel risultato che lui stesso ha propagandato con il contratto di cura; viceversa per il sanitario prudente che avrà esposto i rischi insiti nella terapia incomberà solo un obbligo di mezzi. È pacifico consigliare al sanitario di esprimere l'importanza dell'aspetto funzionale e di essere prudente sul risultato estetico.

La distinzione tra obbligo di mezzi e di risultato ha un'importanza dottrinale per il magistrato ma è irrilevante in concreto nel giudizio di responsabilità ai fini delle indagini medico-legali: il compito del consulente, infatti, consiste nell'analisi del comportamento del sanitario per individuare elementi tecnici e biologici utili al giudizio del magistrato.

Di fronte ad una ipotesi di richiesta di risarcimento di danno, nell'un caso come nell'altro il sanitario per esser esente da responsabilità civile deve dimostrare:

- 1) L'aver portato a termine l'obbligazione secondo i patti contrattati e quindi il risultato prefigurato nella stipula del contratto
- 2) L'inadempimento determinato dall'impossibilità della prestazione per causa a lui non imputabile (art. 1218 c.c. *Responsabilità del debitore*)
- 3) Che la prestazione implicava la soluzione di problemi tecnici di particolare difficoltà (art. 2236 c.c. *Responsabilità del prestatore d'opera*).

Il tema della protesi odontoiatrica si connota di proprie responsabilità in particolare sulla natura del negozio giuridico e della conseguente obbligazione che il dentista contrae con il paziente. Un particolare dibattito dottrinario si è sviluppato sulla natura delle obbligazioni (di mezzi o di risultato) in protesi dentaria. Taluni autori ravvisano sussistere in determinate situazioni specifiche una duplice obbligazione e di mezzi e di risultato; la giurisprudenza, assai scarsa in tale settore, ha talvolta avvalorato tale indirizzo (sentenza del Trib. di Genova 23 Novembre 1966). L'obbligazione di risultato riguarda sicuramente le caratteristiche merceologiche e strutturali del manufatto protesico: la protesi deve essere correttamente progettata e costruita con tecniche e mate-

riali secondo le indicazioni e le direttive vigenti al momento della sua esecuzione.

L'obbligazione di risultato riconosce limitazioni evidenti riconoscendosi talora la sola obbligazione di mezzi a causa di diversi fattori di ordine organico e psicologico.

Per quanto riguarda la protesi emerge l'impossibilità di far gravare una obbligazione di risultato automatica in quanto atto terapeutico che coinvolge reazioni psico-organiche non sempre valutabili in precedenza e quindi imprevedibili:

- Alterazioni anatomiche possono rendere incerto l'esito della applicazione della protesi
- Rifiuto psicologico del "corpo estraneo" ed incapacità di adattamento in relazione all'età o al carattere del paziente (una protesi mobile su cinque non è tollerata secondo alcuni autori)
- Scarsa collaborazione del paziente che ostacola un buon procedimento tecnico
- Complicazioni impreviste come nausea, vomito, allergie a materiali.

Per quanto riguarda il risultato estetico dobbiamo distinguere due situazioni che prevedono differente obbligo contrattuale:

- Protesi volta a fini puramente estetici che presuppone una obbligazione di risultato in relazione alle richieste espresse dal paziente, nei limiti dell'informazione preliminare esercitata dal dentista per il consenso informato; tale obbligo riguarda elettivamente i denti anteriori
- Protesi volta a prevalente scopo terapeutico per riparare l'alterazione masticatoria che presuppone una obbligazione di mezzi; in questi casi, assolto il dovere di informazione ed eseguito tecnicamente e correttamente il manufatto, il dentista non è censurabile se non per risultati estetici grossolanamente carenti.

L'odontoiatra si impegna ad eseguire la riabilitazione con la dovuta accuratezza, secondo lo stato attuale delle conoscenze scientifiche e tecniche; senza cadere in eccessi nella maggior parte dei casi l'obbligazione dedotta dal contratto di cura sarà intermedia di mezzi e di risultato utile cioè una protesi funzionale con un accettabile risultato estetico secondo un concetto di capacità media professionale. Ricordiamo che vanno rispettate le fasi di terapia previste in letteratura (protocolli di terapia accreditati) e informato il paziente; una situazione diversa essendo sinonimo di colpa professionale ingiustificabile.

Si potrà parlare di obbligazione di soli mezzi nel caso di protesi a preminente scopo funzionale in presenza di alterazioni anatomiche che condizionino il raggiungimento di un risultato estetico; di obbligazione di risultato nei casi in cui lo scopo del contratto, dedotto in base agli accordi preliminari stipulati tra sanitario e paziente, sia il raggiungimento di una specifica finalità estetica.

Da quanto detto emerge chiara l'opportunità per il professionista di utilizzare prospetti di informazione scritti e supporti dimostrativi per sostanziare il proprio operato.

3. IL PROFILO DI RESPONSABILITÀ

Nelle ricostruzioni protetiche si possono verificare sostanzialmente due tipi di insuccessi che presentano riflessi medico-legali diversi poiché i profili di responsabilità dipendono dal tipo di insuccesso e dai doveri delle singole parti (dentista, odontotecnico, paziente).

In particolare vogliamo ricordare che esiste una evidente responsabilità del paziente nei casi in cui, una volta verificatosi e divenuto evidente l'insuccesso, questi ritardi l'esecuzione delle cure necessarie a limitare l'aggravamento del danno (art. 1227 *Concorso nel fatto colposo del creditore*).

Tale situazione si verifica spesso in ambito forense quando il paziente, dopo la costituzione in mora del sanitario, ometta di eseguire un accertamento tecnico preventivo per fissare la situazione contestata e mantenga in situ delle protesi inefficienti che causino un peggioramento delle condizioni cliniche evitabile con un tempestivo rifacimento o anche una terapia provvisoria.

È evidente che la parte di danno ascrivibile a tale colposo ritardo non è risarcibile da parte del dentista o dell'odontotecnico convenuti in giudizio.

3.1 Insuccessi biologici-funzionali

Sono costituiti da patologia dentale e parodontale dei denti pilastro della protesi che dipendono da errori di esecuzione clinica del dentista o manutenzione del paziente.

Tali insuccessi possono essere evitati in fase di progettazione e costruzione della protesi con una corretta esecuzione clinica da parte del dentista in molti casi anche dopo l'incorporazione; inoltre, le complicazioni possono essere trattate senza mettere in pericolo la ricostruzione protetica a condizione sia eseguita una corretta diagnosi precoce attraverso controlli periodici dell'igiene orale, delle condizioni parodontali e della vitalità dei denti pilastro.

La prevedibilità e prevenibilità comporta che la responsabilità per tali insuccessi può ricadere:

- Sul dentista per i difetti di costruzione e progettazione, preparazione e controllo
- Sul paziente nel caso di mancato controllo periodico e/o carente cura e igiene orale.

3.2 Insuccessi tecnici

Sono costituiti da rotture della protesi dovuti a difetti tecnici di costruzione durante le fasi di lavorazione nel laboratorio odontotecnico.

Sono spesso difficilmente prevedibili e prevenibili da parte del dentista e del paziente; quando si verificano richiedono la rimozione e la riesecuzione del manufatto.

La responsabilità del paziente è eccezionale in questo tipo di insuccesso e con maggior frequenza dipende:

- Dal dentista per errori riconducibili alle fasi di progettazione, preparazione e controllo della protesi eseguite durante le sedute cliniche
- Dall'odontotecnico per errori riconducibili ad errata esecuzione nelle fasi di costruzione (fusione, saldatura, preparazione delle parti estetiche) che non siano verificabili, con le normali operazioni e tecniche di controllo durante le prove cliniche eseguite dal dentista.

È possibile che le rotture della protesi e le lesioni dei tessuti dento parodontali si sovrappongano rendendo difficile l'individuazione del difetto primario causa dell'insuccesso e quindi l'identificazione del profilo di responsabilità a carico del dentista o dell'odontotecnico. In questi casi dobbiamo considerare che le lesioni dei tessuti dento parodontali richiedano del tempo per verificarsi; ne consegue che si può spesso ipotizzare una responsabilità del dentista e del paziente per un ritardo nell'esecuzione dei controlli e/o delle cure. Ciò significa che difficilmente l'odontotecnico potrà essere

chiamato al risarcimento del danno biologico conseguente un insuccesso tecnico e che nella maggior parte dei casi la responsabilità sarà limitata alle spese inutilmente sostenute dal paziente e/o dentista per una protesi difettosa.

Tabella 1
INSUCCESSI IN PROTESI

TIPO DI INSUCCESSO	CONCLUSIONI MEDICO LEGALI
Insuccessi biologici-funzionali	Responsabilità del dentista o del paziente
Lesioni endodontiche	COLPA DEL DENTISTA
Perdita di tenuta (scementazione)	Risarcimento del danno biologico e spese emergenti per protesi
Carie del pilastro	COLPA DEL PAZIENTE
Sindrome algico-disfunzionale	Assenza di controlli periodici e igiene orale
Parodontopatia	Non risarcibilità
Frattura dei pilastri	CORRESPONSABILITÀ DENTISTA-PAZIENTE
Errori di progettazione, esecuzione clinica, adattamento e controllo	Risarcimento solidale o equamente diviso in considerazione del malo
Errori del dentista e ritardo nelle cure da parte del paziente	
Insuccessi tecnici	Responsabilità del dentista, dell'odontotecnico o del paziente
Frattura della parte estetica	COLPA DELL'ODONTOTECNICO
Frattura delle saldature	Risarcimento delle spese emergenti per rifacimento protesico in rapporto causale con l'operato dell'odontotecnico
Fratture delle corone	CORRESPONSABILITÀ DEL DENTISTA - ODONTOTECNICO - PAZIENTE
Estetica insoddisfacente	Risarcimento solidale o equamente diviso tra le parti
Errori di esecuzione tecnica in laboratorio non identificabili dal dentista durante le fasi cliniche	Considerare il danno biologico prevedibile con una corretta condotta dentista-paziente
Errori durante le fasi di esecuzione clinica e costruzione in laboratorio	

3.3 La prescrizione dell'azione di responsabilità

Il Codice Civile prevede tre forme di estinzione del diritto al risarcimento che possono essere considerate nel nostro caso; ricordiamo comunque che secondo l'orientamento giurisprudenziale maggioritario il termine della prescrizione viene calcolato dal momento in cui il danno si evidenzia e non dal momento di esecuzione della prestazione; per tale motivo i termini, in cui è proponibile una azione civile, risultano enormemente dilatati e la proposta di prescrizione può essere respinta dal magistrato:

- 1) La prescrizione ordinaria si realizza dopo 10 anni ed è normalmente applicata in tema di responsabilità contrattuale (art. 2946 c.c. *Prescrizione ordinaria*)
- 2) La prescrizione breve (art. 2947 c.c. *Prescrizione del diritto al risarcimento del danno*) si realizza dopo 5 anni dal momento in cui si è verificato il fatto illecito ed è generalmente applicata in tema di responsabilità extracontrattuale; riteniamo

quindi che non sia applicabile alle prestazioni protesiche che rappresentano una tipica materia contrattuale.

- 3) La prescrizione per difetti di un prodotto materiale che deriva da un contratto d'opera (opus materiale); si realizza dopo un anno dalla consegna del manufatto se all'atto dell'accettazione i difetti erano riconoscibili da parte del committente e questi ne abbia denunciato la presenza entro 8 giorni dalla scoperta (art. 2226 c.c. *Difformità e vizi dell'opera*).

Considerando la protesi come una prestazione contrattuale è logico applicare il termine di prescrizione decennale per la responsabilità del dentista; vogliamo affermare che, prescindendo dai termini di prescrizione e decadenza dell'esercizio della azione risarcitoria, una durata inferiore a cinque anni può legittimamente essere considerata espressione di "fumus" di colpa professionale; peraltro in questo caso non vanno dimenticate le cause di giustificazione che possono consistere in: complicazioni non prevedibili o prevenibili (ad esempio incidenti); casi limite per patologie odontoiatriche gravi con elevato rischio di insuccesso terapeutico, in cui il paziente sia stato preventivamente avvertito.

Importante per il dentista è custodire la cartella clinica come insostituibile documentazione che sostanzia le informazioni e gli accordi intercorsi con il paziente; si ricorda, peraltro che attualmente in Italia non è obbligatorio negli studi medici mantenere in archivio la cartella clinica, mentre tale obbligo sussiste per tutte le strutture pubbliche e private clinicizzate.

Per quanto riguarda la responsabilità dell'odontotecnico essa sarà limitata agli insuccessi di tipo tecnico e può essere immaginata più breve di quella del dentista considerando che la stabilità dei manufatti protesici può risentire dell'usura e dell'affaticamento:

- Per rotture minori e riparazioni la responsabilità dovrebbe essere limitata nel tempo (non oltre 1 anno); peraltro si ricorda che esiste una elevata incidenza di eventi accidentali fortuiti spesso indistinguibili da difetti minimi dell'opera nei quali può risultare difficile l'identificazione di una responsabilità e che comunque non vengono ad alterare il valore e la validità della prestazione.
- Rotture diffuse o gravi a breve scadenza sono inaccettabili e indice di probabile errore da ricercarsi attraverso l'analisi del progetto, della tecnica costruttiva, delle caratteristiche dei materiali utilizzati; in questi casi va evidentemente applicato un termine di tempo maggiore (decennale). Infatti, l'evidenziazione di errori tecnici di costruzione (evidenziate dallo studio del manufatto) che abbiano dato luogo a insuccesso tecnico anche oltre il limite citato di 1 anno, escluderanno comunque la prescrizione.

Secondo tale ordine di considerazioni appare logico l'orientamento giurisprudenziale di rigettare la richiesta di prescrizione annuale per la responsabilità individuando la prestazione protesica dell'odontotecnico come una collaborazione in una prestazione intellettuale per la quale è applicabile la prescrizione ordinaria decennale (confronta casistica) e non come un opus materiale a cui è applicabile una prescrizione annuale.

4. CONSIDERAZIONI

I soggetti in causa per contestazioni sulle caratteristiche tecniche e merceologiche di una protesi dentaria sono quattro: il dentista legato da un rapporto di natura contrattuale con il paziente; l'odontotecnico legato da responsabilità contrattuale al dentista; la ditta produttrice per il materiale utilizzato (D.P.R. 24-5-1988, n. 224); il paziente.

Nel caso di contestazioni in tema di protesi, nella maggior parte dei casi, il paziente conviene in causa il medico con cui ha stabilito il rapporto contrattuale che è pienamente e totalmente responsabile nei confronti del paziente delle caratteristiche tecniche e merceologiche del manufatto anche per opera di ausiliari (art. 1228 c.c. *Responsabilità per fatto degli ausiliari*). Tale soluzione è logica considerando che il sanitario ha la responsabilità clinica nei confronti del paziente in una serie di fasi nelle quali l'odontotecnico non ha possibilità di intervento (art. 348 c.p. *Abusivo esercizio di una professione*; art. 11 R.D. 31 maggio 1928 n.1334): stabilisce il programma di terapia; indica la protesi da costruire e le relative istruzioni; esegue prove di controllo, verifica e ritocchi; consegna la protesi e fornisce le istruzioni per un uso corretto.

Abbiamo già evidenziato che addebitare l'intera responsabilità al medico non è sempre corretto considerando che il sanitario non è presente a tutte le fasi di costruzione in laboratorio, non conosce completamente le soluzioni tecniche richieste nella costruzione e non è in grado di esercitare il controllo in ogni fase.

Si dovrà riconoscere, quindi, il diritto del medico a rivalersi su terzi ipotizzando diverse possibili soluzioni giuridiche del problema:

- a) Responsabilità del medico per errata preparazione, mancanza di controllo, ritocchi incongrui (Sentenza n. 316 del 1982 della Corte di Cassazione).
- b) Responsabilità dell'odontotecnico per errori di tecnica costruttiva durante la fabbricazione, non controllabile durante le sedute cliniche; utilizzazione di materiali merceologici non adatti al tipo di scopo a cui siano destinati o difformi dalla prescrizione medica (art. 1218 c.c. *Responsabilità del debitore*). A tale scopo la documentazione che dovrà essere consegnata al paziente dopo l'entrata in vigore della legge 46/97 (applicazione delle direttive CEE 93/41), pur non interferendo con la metodologia di valutazione dei profili di colpa, ne facilita enormemente l'indagine fissando i rispettivi ruoli.
- c) Responsabilità solidale per errori del sanitario e dell'odontotecnico con obbligo di risarcimento proporzionale alla colpa e al danno derivato; nel dubbio le singole colpe dei soggetti concorrenti nella produzione del danno si presumono uguali (art.2055 c.c. *Responsabilità solidale*).
- d) Concorso di colpa del paziente per errata utilizzazione o manutenzione della protesi; per assenza di controlli periodici e/o per ritardo nel sottoporsi a terapie una volta individuato il danno potenzialmente contenibile con tempestivi interventi.
- e) Responsabilità del produttore della materia prima che si inserisce nel processo di costruzione del prodotto assumendosi una propria responsabilità per difetti del materiale che si siano riversati sul prodotto finito (D.P.R. 24-5-1988 n. 224 *Responsabilità del produttore*: art. 1: *"Il produttore è responsabile del danno cagionato da difetti del suo prodotto*).

Più situazioni devono concorrere per determinare l'ipotesi di responsabilità civile a carico dell'odontotecnico e l'obbligo del risarcimento da fatto illecito (art. 1228 c.c.

Responsabilità per fatto degli ausiliari):

- Devono essere presenti difetti tecnici di costruzione e utilizzazione dei materiali dovuti ad errore colposo dell'odontotecnico
- Tali difetti devono non essere evidenziabili durante le normali fasi di lavoro eseguite dal dentista a cui spetta il compito di controllo e verifica della correttezza dell'esecuzione tecnica; infatti, la presenza di difetti riconoscibili da parte del dentista libera da responsabilità l'odontotecnico (art.2226 c.c. *Difformità e vizi dell'opera*)
- Si deve escludere la possibilità del concorso di colpa da parte del sanitario che alteri con modifiche la protesi o commetta errori di preparazione o progettazione; del paziente per manualità incongrue (art.1227 c.c. *Concorso del fatto colposo del creditore*)
- Non devono essere superati i termini temporali di prescrizione dal momento della consegna della protesi (salvo le segnalate eccezioni).

La chiamata in causa dell'odontotecnico per difetti della protesi è un evento infrequente ma possibile nella pratica forense; la responsabilità e l'obbligo di risarcimento derivano dalla dimostrazione di un nesso di causalità tra azione colposa dell'odontotecnico e danno; è condizione necessaria che sia dimostrata una corretta condotta del dentista e l'assenza di altri fattori concorrenti.

Per la quantificazione deve essere dimostrata la realizzazione e l'entità del danno, l'importo deve essere diminuito in presenza di concorso di cause. Rispettando tali premesse, logica appare la sentenza n. 316 del 1982 della Corte di Cassazione: *"Il medico è tenuto a rispondere contrattualmente di quei danni per il difetto del prodotto costruito dall'odontotecnico solo previa dimostrazione del mancato esercizio da parte del medico del potere di controllo sull'operato dell'esecutore dell'opera"*. Vogliamo sottolineare che, a nostro avviso, nel caso di insuccesso tecnico l'odontotecnico può essere riconosciuto responsabile del danno per quanto attiene il risarcimento delle spese emergenti inerenti il rifacimento protesico. Nella maggior parte dei casi è raro invece attribuire allo stesso il risarcimento inerente il danno biologico dentario (carie, perdita di denti). Infatti il danno biologico dentario, che eventualmente ne derivi, richiede quasi sempre del tempo per realizzarsi ed è quindi prevedibile e prevenibile da parte del dentista o del paziente eseguendo i necessari e tempestivi controlli; ne consegue che in questi casi, accanto alla responsabilità dell'odontotecnico, è quasi sempre identificabile una responsabilità solidale a carico del dentista e concorso di colpa del paziente; relativamente perlomeno alla progressione e completa estrinsecazione del danno biologico (art. 1227 c.c. *Concorso nel fatto colposo*).

Tabella 2

**CONDIZIONI NECESSARIE PER L'IPOTESI
DI RESPONSABILITÀ PER L'ODONTOTECNICO**

- | | |
|---|--|
| <ul style="list-style-type: none"> - Presenza di difetti di lavorazione odontotecnica - Impossibilità di riconoscimento, da parte del dentista, del difetto | <ul style="list-style-type: none"> - Assenza di concorso di altre cause (dentista, paziente, ditta produttrice dei materiali) - Limite di tempo (prescrizione annuale o decennale) |
|---|--|

Bibliografia

1. BUZZI F.: *Sulla valutazione della responsabilità professionale nell'ambito dell'esercizio della chirurgia estetica*, Riv. it. med. leg., 1981: 960
2. BUZZI F.: *La responsabilità in chirurgia estetica alla luce di alcuni indirizzi giurisprudenziali della Corte di Cassazione*, Riv. it. med. leg., 1991: 381
3. CARUSI D.: *Responsabilità del medico e obbligazioni di mezzi*, Rassegna di diritto civile, 1991: 485
4. DE PALMA T.: *Sulla responsabilità dell'odontostomatologo con riferimento alla fase protesica*, Atti del Convegno Nazionale sulla Laurea in Odontoiatria e Protesi Dentaria, Ed. CIC, Roma, 1984: 301
5. LEGA C.: *Le prestazioni del medico come oggetto di obbligazioni di mezzi*, Giur. it., I, 1, 1962: 1247
6. OLIVIER M.: *Prothese et responsabilites*, Journal des Medicine Legale-Droit Medecale, 2, 1984: 119
7. SARTORI T., VALLI P.: *Obbligazioni di mezzi risultati nella fornitura di protesi odontoiatriche*, Atti del Convegno Nazionale sulla Laurea in Odontoiatria e Protesi Dentaria, Ed. CIC, Roma, 1984: 311
8. POGGIOLI J.: *Le point de vue du clinician a propos des obligations de moyens et de resultat en prothese*, Journal des Medicine Legale-Droit Medical, 2, 1981: 247

13. LA RESPONSABILITÀ E I RAPPORTI CON IL FISCO

A. G. Longo, F. Montagna

La disciplina tributaria è in continuo divenire. La legge collegata alla manovra finanziaria per il 1997 - Legge 23 dicembre 1996, n.662 - ha creato numerose novità fiscali proponendo un nuovo quadro normativo di imposizione fiscale, diretta ed indiretta, centrale e locale, nonchè nuovi e diversi adempimenti rispetto al passato, che obbligano l'esercente la professione odontoiatrica, così come qualsiasi altro cittadino contribuente, a rivedere il rapporto con il Fisco per la puntuale osservanza della vigente normativa.

L'attività legislativa in materia fiscale nel corso del 1997 è stata imponente e quasi interamente assorbita dalla preparazione ed emanazione dei "decreti delegati" di attuazione della riforma tributaria predisposta dalla citata legge n. 662/1996.

La più recente legge 27 dicembre 1997, n.449, collegata alla "Finanziaria 1998" ha aggiunto altre novità all'ordinamento tributario.

Tantissime sono dunque le disposizioni che entrano in vigore nel 1998 con il lodevole obiettivo di razionalizzare e decentrare la pressione fiscale e, di conseguenza, di realizzare un sistema tributario più giusto, semplice ed efficiente, idoneo a favorire l'integrazione europea del nostro Paese.

Nel concreto, la riforma concerne:

- La revisione delle norme vigenti
- La revisione delle imposte sul reddito e dei tributi locali
- La revisione delle procedure di accertamento e di riscossione
- La semplificazione dei rapporti formali con l'Amministrazione Finanziaria
- L'introduzione di un regime unitario per il trattamento fiscale degli Enti non commerciali.

All'esercente la professione odontoiatrica giova conoscere, principalmente, i seguenti decreti legislativi emanati in attuazione delle deleghe conferite con la legge 23 dicembre 1996, n. 662:

- D.Lgs. 19 giugno 1997, n. 218 - *Disposizioni in materia di accertamento con adesione e conciliazione giudiziale;*
- D.Lgs. 9 luglio 1997, n. 237 - *Modifica della disciplina in materia dei servizi autonomi di cassa degli uffici finanziari;*
- D.Lgs. 9 luglio 1997, n. 241 - *Norme sulla semplificazione dei contribuenti in sede di dichiarazione dei redditi e dell'imposta sul valore aggiunto, nonchè di modernizzazione del sistema di gestione delle dichiarazioni;*
- D.Lgs. 2 settembre 1997, n. 313 - *Norme in materia di imposta sul valore aggiunto;*
- D.Lgs. 2 settembre 1997, n. 314 - *Armonizzazione, razionalizzazione e semplificazione delle disposizioni fiscali e previdenziali concernenti i redditi di lavoro dipendente e dei relativi adempimenti da parte dei datori di lavoro;*
- D.Lgs. 15 dicembre 1997, n. 446 - *Istituzione dell'imposta regionale sulle attività produttive (Irap), revisione degli scaglioni, delle aliquote e delle detra-*

zioni dell'Irpef e istituzione di una addizionale regionale a tale imposta, nonché riordino della disciplina dei tributi locali;

- D.Lgs. 18 dicembre 1997, n. 462 - *Unificazione ai fini fiscali e contributivi delle procedure di liquidazione, riscossione e accertamento;*
- D.Lgs. 18 dicembre 1997, n. 463 - *Semplificazione in materia di versamenti unitari di tributi determinati dagli enti impositori e di adempimenti connessi agli uffici del registro;*
- D.Lgs. 18 dicembre 1997, n. 471 - *Riforma delle sanzioni tributarie non penali in materia di imposte dirette, di imposta sul valore aggiunto e di riscossione dei tributi;*
- D.Lgs. 18 dicembre 1997, n. 472 - *Disposizioni generali in materia di sanzioni amministrative, per le violazioni di norme tributarie;*
- D.Lgs. 18 dicembre 1997, n. 473 - *Revisione delle sanzioni amministrative in materia di tributi sugli affari, sulla produzione e sui consumi, nonché di altri tributi indiretti.*

Per quanto concerne la legge 27 dicembre 1997, n. 449, interessa conoscere:

- Art. 17 - *Disposizioni tributarie in materia di veicoli;*
- Art. 21 - *Obbligo di ritenuta per i professionisti sui compensi erogati ad altri lavoratori autonomi; misura della ritenuta sui redditi di lavoro autonomo stabilita al 20%.*

La citata pioggia di disposizioni ha rivoluzionato la struttura del sistema tributario senza, sostanzialmente, incidere sull'entità delle entrate fiscali, ma determinando un riassetto delle imposte vigenti (Irpef, Iva, Tributi locali) e l'introduzione di nuovi prelievi (Irap).

L'osservazione dell'attuale panorama fiscale impone all'odontoiatra, per un corretto esercizio della propria responsabilità nei rapporti con il "Fisco":

- 1) Il riesame del "corpo" delle norme previgenti, modificato dalle citate disposizioni, per individuare nuovi o diversi obblighi rispetto al passato in materia di:
 - Imposta sul valore aggiunto (D.P.R. 26 ottobre 1972, n. 633);
 - Imposta sul reddito delle persone fisiche (D.P.R. 22 dicembre 1986, n. 1917 - Testo Unico delle Imposte Dirette)
 - Dichiarazioni annuali, obblighi contabili, ritenute alla fonte, verifiche e controlli, sanzioni (D.P.R. 29 settembre 1973, n. 600 - Accertamento)
 - Termini e modalità di versamento delle imposte (D.P.R. 29 settembre 1973, n. 602 - Riscossione).
- 2) L'esame delle nuove norme e degli adempimenti connessi in materia di:
 - IRAP
 - Addizionale Irpef
 - Sostituti d'imposta
- 3) La conoscenza del sistema sanzionatorio:
 - Amministrativo (riformato);
 - Penale (da riformare).
- 4) La conoscenza degli strumenti legislativi di dialogo con il Fisco:
 - Concordato a regime
 - Conciliazione giudiziale
 - Autotutela

- Diritto di interpello
- 5) La conoscenza degli strumenti legislativi di opposizione alle pretese del Fisco (contenzioso tributario):
 - Ricorso alle Commissioni tributarie provinciali per le controversie proposte nei confronti degli uffici finanziari
 - Appello alle Commissioni tributarie regionali per le impugnazioni avverso le sentenze delle Commissioni tributarie provinciali.

1. I.V.A.

Ai fini dell'Iva, la professione odontoiatrica si individua nell'art. 5 del decreto istitutivo che recita: *“Per esercizio di arti e professioni si intende l'esercizio per professione abituale, ancorchè non esclusiva, di qualsiasi attività di lavoro autonomo da parte di persone fisiche ovvero da parte di società semplici o di associazioni senza personalità giuridica costituite fra persone fisiche per l'esercizio in forma associata delle attività stesse.*

Non si considerano effettuate nell'esercizio di arti e professioni le prestazioni di servizi inerenti ai rapporti di collaborazione coordinata e continuativa di cui all'art. 49 del D.P.R. 29 settembre 1973 n. 597, rese da soggetti che non esercitano per professione abituale altre attività di lavoro autonomo.....”.

L'esercizio per professione “abituale” determina che l'occasionalità è, ai fini Iva, un modo fiscalmente irrilevante di essere della prestazione.

La distinzione fra attività abituale ed attività occasionale si ricollega alla scelta professionale fatta dal soggetto, indipendentemente dalla frequenza delle prestazioni rese, nel senso che l'iscrizione ad Albi professionali o il possesso di un titolo abilitante allo svolgimento di una determinata attività costituisce idoneo presupposto per considerare un soggetto come esercente attività di carattere abituale.

Inoltre, l'esercizio abituale di una attività professionale, come tale rilevante ai fini Iva, attrae nella sfera impositiva del tributo anche le prestazioni rese dallo stesso professionista nell'ambito dei rapporti di collaborazione coordinata e continuativa.

Per esempio, il compenso di amministratore corrisposto ad un medico da una società o il compenso percepito quale collaboratore di un giornale o di una rivista sono soggetti ad Iva (e a fatturazione) poichè il medico esercita già un'attività professionale abituale, in possesso di partita IVA, sia in forma individuale che in forma associata. Se invece il medico non esercita la professione, né altre attività di lavoro autonomo, tali compensi sono estranei all'Iva e soggetti soltanto a ritenuta (Irpef) di acconto.

La prestazione dell'odontoiatra si individua nell'art. 10, comma 1, punto 18, del D.P.R. 633/72:

Sono esenti dall'imposta:

“Le prestazioni sanitarie di diagnosi, cura e riabilitazione rese alla persona nell'esercizio delle professioni e arti sanitarie soggette a vigilanza, ai sensi dell'art. 99 del testo unico delle leggi sanitarie... “

L'esenzione delle prestazioni mediche è una esenzione oggettiva e non soggettiva; non riguarda, cioè, qualunque prestazione effettuata, ma soltanto le prestazioni di diagnosi, cura e riabilitazione rese alla persona. Ne consegue che se il dentista assu-

me un obbligo diverso da quello relativo alla diagnosi, cura e riabilitazione rese alla persona, la prestazione non rientra più nella previsione del n. 18 dell'art. 10, e conseguentemente deve essere assoggettata ad I.V.A. ad aliquota ordinaria.

Rientrano nell'esenzione IVA le certificazioni di ogni tipo e grado, le prestazioni di medicina sportiva, le prestazioni di medicina del lavoro, le mere prestazioni di medicina fiscale, le prestazioni di accertamento di idoneità a specifiche mansioni e le prestazioni rese in sede giudiziaria, purchè collegate con lo specifico esercizio della professione.

L'esenzione IVA si applica, inoltre, alle prestazioni rese nell'esercizio di arti ausiliarie delle professioni sanitarie quali quelle dell'odontotecnico o dell'infermiere abilitato.

Conseguenza della esenzione dall'imposta delle prestazioni mediche è che l'odontoiatra non può detrarre l'Iva assolta sugli acquisti, poichè la legge gli impone un divieto "soggettivo" alla detraibilità, mentre limiti "oggettivi" esistono per la generalità dei contribuenti.

Da ciò discende che il medico rappresenta, in relazione all'Iva, un "contribuente di fatto" che viene inciso in maniera definitiva dal tributo, alla stregua di un consumatore finale, non potendo esercitare il diritto alla detrazione.

La normativa Iva, infatti, mentre stabilisce il beneficio dell'esenzione dall'imposta per le persone bisognose di cure (art. 10, p. 18), impone al sanitario che ha fornito le cure l'indetraibilità dell'Iva assolta su acquisti e spese (art. 19, co. 5, e art. 19-bis).

Se il medico ha effettuato soltanto operazioni esenti, l'indetraibilità dell'Iva sugli acquisti è totale.

Se ha effettuato contemporaneamente operazioni esenti ed imponibili, potrà detrarre l'Iva sugli acquisti in misura corrispondente al rapporto tra l'ammontare delle operazioni imponibili e lo stesso ammontare aumentato delle operazioni esenti (detraibilità parziale).

Inoltre, l'art. 19-bis¹ del decreto Iva pone limiti oggettivi alla detraibilità dell'Iva in relazione all'acquisto di determinati beni o servizi (autovettura, carburante, alberghi e ristoranti, spese di rappresentanza, 50% spese cellulare etc.).

Per l'odontoiatra che effettui soltanto operazioni esenti è irrilevante, ai fini della detrazione, l'acquisto di un bene con Iva oggettivamente indetraibile o di un bene con Iva che diviene indetraibile per la natura delle prestazioni sanitarie.

Nel caso in cui effettui anche operazioni imponibili, la percentuale di detraibilità parziale, detta pro-rata, va applicata sull'Iva assolta su tutti gli acquisti, ad eccezione degli acquisti di beni con Iva oggettivamente indetraibile.

L'iva non detratta, per effetto della indetraibilità oggettiva o soggettiva, diviene un maggior costo sostenuto nell'esercizio della professione e come tale deducibile ai fini dell'imposta sul reddito.

Sebbene le prestazioni sanitarie siano esentate dall'IVA, i medici sono tuttavia soggetti agli stessi obblighi previsti per gli altri professionisti.

L'odontoiatra deve, pertanto, adempiere agli obblighi di:

a) Fatturazione

- Immediata, all'atto dell'incasso, sia a saldo che in acconto della prestazione resa. Il giorno dell'incasso è quindi l'ultimo termine consentito per emettere la parcella.

b) Registrazione

- 1) Annotazione delle parcelle sul registro delle fatture emesse entro gg. 15 dalla data di emissione, nell'ordine della loro numerazione e con riferimento alla data stessa. I fogli di liquidazione emessi dalle USL, nel caso che l'odontoiatra operi in regime di "accreditamento" con la struttura pubblica, sostituiscono la fattura emessa dal medico e vanno registrati entro 15 giorni dal ricevimento. Gli esercenti arti e professioni con volume di affari nell'anno precedente fino a Lit. 360.000.000 possono adempiere gli obblighi di fatturazione e registrazione utilizzando un bollettario a ricalco a "madre e figlia"; la bolletta "figlia" da consegnare al cliente sostituisce la fattura; la bolletta "madre" serve come copia fattura e rimane nel bollettario che sostituisce il registro "Iva fatture emesse". Ai soli fini delle imposte dirette sul bollettario possono essere annotate anche le operazioni attive non soggette ad Iva.
- 2) Annotazione delle fatture di acquisto sul registro degli acquisti, dopo averle numerate progressivamente secondo l'ordine di ricevimento, entro l'anno nella cui dichiarazione viene esercitato il diritto di detrazione (diritto che per il medico si annulla o si determina in misura parziale). Non esiste più l'obbligo, dal 21.2.1997, di registrare ai fini Iva le fatture di acquisto di beni e servizi con Iva oggettivamente indetraibile, a meno che i registri Iva non integrino le registrazioni per le imposte dirette (contabilità semplificata). Permane l'obbligo di numerare e registrare tutte le altre fatture, anche se l'Iva non è detraibile (indetraibilità di natura soggettiva)
- 3) Liquidazioni e versamenti periodici: la liquidazione consiste nell'annotare, sul registro delle parcelle emesse, la differenza tra l'Iva dovuta sulle prestazioni effettuate nel periodo precedente e l'Iva ammessa in detrazione per lo stesso periodo e, di conseguenza, il debito o il credito d'imposta. Nel caso di debito, occorre annotare anche gli estremi del versamento eseguito. L'odontoiatra che generalmente effettua solo operazioni esenti e che non ha diritto ad alcuna detrazione d'imposta, annoterà "zero" sia per l'Iva sulle prestazioni (esenti) che per l'Iva assolta sugli acquisti (totalmente indetraibile). Se invece effettua anche operazioni imponibili, occorre procedere nei modi ordinari, tenendo conto dell'eventuale diritto parziale alla detraibilità (percentuale di pro-rata) da applicare sull'Iva assolta sugli acquisti, esclusi gli acquisti con Iva oggettivamente indetraibile. La cadenza delle liquidazioni è:
 - a) mensile per il medico che nell'anno precedente ha superato il limite di 360 milioni di lire quale volume di affari, oppure per il medico che pur avendo avuto un volume d'affari inferiore a 360 milioni di lire, non ha optato per il regime trimestrale di liquidazione (nella dichiarazione di inizio attività o nella dichiarazione IVA)
 - b) trimestrale, solo su opzione e con volume d'affari relativo all'anno precedente non superiore a 360 milioni di lire. Alla periodicità della liquidazione Iva corrisponde quella del versamento. I termini, con decorrenza 1° maggio 1998, in occasione dei versamenti periodici effettuati in modo "unitario" per Iva, Irpef, Ritenute, Irap, contributi previdenziali ed assistenziali (C.M. 12.1.1998, n. 4/E) sono:
 - * se contribuente mensile, entro il giorno 15 del mese successivo
 - * se contribuente trimestrale, entro il giorno 15 del secondo mese successivo a ciascuno dei primi tre trimestri dell'anno (esempio, 15 maggio per il

1° trimestre) con una maggiorazione dell'importo da versare dell'1,5% a titolo di interesse. La liquidazione per il 4° trimestre va effettuata entro il termine per la dichiarazione annuale. Se dovuto, entro il 27 dicembre va versato l'acconto Iva relativo all'ultimo periodo dell'anno (dicembre o 4° trimestre). Vi sono tre criteri di calcolo dell'acconto Iva. Il primo consiste nel versare un importo pari all'88% dell'Iva dovuta relativamente all'ultimo mese o trimestre dell'anno precedente; il secondo, nel versare un importo pari all'88% dell'Iva che si prevede di dover versare per il mese di dicembre o per l'ultimo trimestre dell'anno in corso; il terzo, versando un importo pari al 100% del debito Iva che scaturisce da un'apposita liquidazione delle operazioni attive e passive effettuate dall'1.12 al 20.12 per i contribuenti mensili e dall'1.10 al 20.12 per quelli trimestrali.

4) Dichiarazione annuale:

Dall'1/1/1992 i contribuenti che abbiano registrato solo operazioni esenti sono esonerati dall'obbligo di presentazione della dichiarazione Iva, con eccezione di quelli che sono tenuti alla effettuazione della rettifica della detrazione di cui all'art. 19/bis2 (rettifica dell'Iva detratta in anni precedenti sull'acquisto di beni ammortizzabili) e di quelli che abbiano registrato anche operazioni intracomunitarie - art.11, co. 4, L. 413/1991 (esempio: acquisto di beni materiali da un Paese membro U.E.).

Nel caso di effettuazione anche di operazioni imponibili, occorre presentare la dichiarazione annuale che ha lo scopo di determinare il volume di affari dell'anno precedente, l'imposta detraibile e la percentuale del pro-rata per l'anno successivo.

I termini di presentazione sono fissati dal 1° maggio al 30 giugno di ciascun anno, in occasione della presentazione della "dichiarazione unificata" che dal 1998 sostituisce, per le persone fisiche titolari di partita Iva (il medico che esercita individualmente l'attività) la dichiarazione dei redditi, la dichiarazione Iva, la dichiarazione Irap e la dichiarazione dei sostituti d'imposta (se sono state effettuate ritenute nei riguardi di non più di 10 soggetti).

Dal 1999, la dichiarazione unificata sarà estesa anche alle associazioni fra professionisti. Gli studi associati debbono pertanto presentare la dichiarazione Iva per il 1997 tra il 1° aprile e il 30 aprile 1998 effettuando il versamento dell'eventuale debito d'imposta entro il 25 marzo 1998.

c) Opzioni

Il D.P.R. 10 novembre 1997, n. 442, che attua l'art.3, co. 137, lettera b) della Legge n. 662/1996, stabilisce con decorrenza 7.1.1998 un riordino della normativa in materia di "opzioni".

Questi i nuovi criteri:

- 1) Art. 1, co. 1: "L'opzione o la revoca di regimi di determinazione dell'imposta o di regimi contabili si desumono da comportamenti concludenti del contribuente o dalle modalità di tenuta delle scritture contabili. La validità dell'opzione o della relativa revoca è subordinata unicamente alla sua concreta attuazione sin dall'inizio dell'anno o dell'attività. È comunque consentita la variazione dell'opzione e della revoca nel caso di modifica del relativo sistema in conseguenza di nuove disposizioni normative". Quindi, senza bisogno di preventiva comunicazione all'Ufficio

- Iva, il medico può adottare le sue scelte (ad esempio, liquidazioni Iva trimestrali anziché mensili, contabilità ordinaria anziché semplificata) purché attui concretamente gli adempimenti sin dall'inizio dell'anno o dall'inizio dell'attività
- 2) Della scelta operata, opzione o relativa revoca, il medico deve dare comunicazione nella prima dichiarazione annuale Iva da presentare successivamente alla scelta operata. Se il medico risulta esonerato dalla presentazione della dichiarazione annuale (per avere effettuato soltanto operazioni esenti), deve comunicare la scelta mediante dichiarazione di variazione da presentare o spedire per raccomandata all'Ufficio Iva, entro il termine di presentazione della dichiarazione Iva. Ad esempio, se dal 1° gennaio 1999 il medico sceglie di adottare un altro regime contabile, la contabilità ordinaria rispetto a quella semplificata precedentemente adottata, ed attua concretamente gli adempimenti richiesti dal nuovo regime (vidimazione dei nuovi registri e relative annotazioni - vedi "obblighi contabili"), deve comunicare la scelta nella dichiarazione Iva da presentare entro il 30 giugno 1999 (dichiarazione unificata) se tenuto, oppure, in caso di esonero, deve consegnare o spedire all'Ufficio Iva la dichiarazione di "variazione dati" entro la stessa data.
 - 3) Se il medico omette la comunicazione, l'opzione rimane valida fermo restando l'applicazione delle sanzioni per l'omessa o tardiva comunicazione
 - 4) L'opzione vincola per un triennio in caso di regimi di determinazione dell'imposta; per un anno in caso di regimi contabili
 - 5) Scaduti i suddetti termini, l'opzione rimane valida per ciascun anno successivo fino a quando perdura la concreta applicazione della scelta operata.

2. I.R.P.E.F.

Ai fini delle imposte dirette la professione odontoiatrica si individua nell'art. 49, 1° comma, del Testo unico delle imposte dirette: *"Sono redditi di lavoro autonomo quelli che derivano dall'esercizio di arti e professioni. Per esercizio di arti e professioni si intende l'esercizio per professione abituale, ancorché non esclusiva, di attività di lavoro autonomo diverse da quelle considerate nel capo VI, compreso l'esercizio in forma associata di cui alla lettera c) del comma 3 dell'articolo 5"*.

Le altre attività di lavoro autonomo sono tassativamente elencate dal 2° comma dell'art. 49 (collaborazioni coordinate e continuative, diritti d'autore, associazioni in partecipazioni etc.)

Elementi caratterizzanti del lavoro autonomo sono:

- L'autonomia rispetto al lavoro dipendente, ossia la capacità organizzativa della propria attività con i propri mezzi (beni strumentali, materiali etc.) ed i propri collaboratori, per il raggiungimento del risultato che è una prestazione d'opera intellettuale (art. 2330 c.c.c).
- La natura diversa e residuale rispetto all'attività dell'impresa, il cui esercizio presuppone l'esistenza di un'azienda.

Non è azienda nel significato giuridico del termine il complesso dei beni organizzati dal professionista per l'esercizio della professione intellettuale.

La prestazione d'opera intellettuale è dunque preponderante rispetto ai beni utilizzati per raggiungere il risultato.

L'art. 50 del Tuir disciplina la determinazione del reddito di lavoro autonomo che si ottiene, nel rispetto del principio di "cassa", dalla differenza tra i compensi incassati e le spese effettivamente sostenute nel periodo di imposta. Tra i compensi si considerano tutti i proventi derivanti dall'attività professionale, sia in denaro che in natura, compresa la partecipazione agli utili. Tra le spese si considerano fiscalmente deducibili:

- a) Per intero, se sostenute nel periodo di imposta:
 - Le spese generali inerenti all'attività
 - Il costo del personale e delle collaborazioni
 - Le locazioni (non finanziarie) e spese accessorie
 - I beni strumentali di valore inferiore a 1 milione.
- b) Con limiti, se sostenute nel periodo d'imposta:
 - Convegni, corsi di aggiornamento (50% della spesa);
 - Spese di rappresentanza e spese d'antiquariato e di collezione: fino all'1% dei compensi;
 - Spese di vitto e alloggio: fino al 2% dei compensi;
 - Telefoni cellulari = 50% dei costi relativi all'acquisto, manutenzione e utilizzo.
- c) Per intero, per competenza (indipendentemente dalla data del pagamento purchè maturate nel periodo d'imposta):
 - Quote T.F.R. del personale dipendente maturate nel periodo d'imposta;
 - Quote di ammortamento relative ai beni strumentali di costo unitario superiore a 1 milione (secondo i coefficienti di ammortamento);
- d) Con limiti, per competenza:
 - Canoni leasing su beni strumentali, a condizione che la durata del contratto non sia inferiore alla metà del periodo di ammortamento ordinario. Essi sono deducibili per competenza, cioè, nel periodo di maturazione non essendo consentita l'integrale deduzione di canoni pagati in più rispetto a quelli riferiti contrattualmente al periodo di imposta. In pratica, occorre suddividere l'importo complessivo dei canoni, escluso il prezzo di riscatto, per il numero dei mesi di durata del contratto e moltiplicare il risultato per il numero dei mesi cadenti nel periodo di imposta;
 - Spese di ammodernamento, ristrutturazione e manutenzione straordinaria = 5 quote costanti (20% della spesa sostenuta nel periodo di imposta e nei 4 successivi).
 - La rendita catastale dell'abitazione di proprietà adibita anche a studio, se non si possiede altro studio nel Comune = 50%
 - Il costo di qualsiasi bene o servizio utilizzati promiscuamente, se l'abitazione è adibita anche a studio: 50% delle spese di elettricità, telefono, riscaldamento etc.
 - L'autovettura: la legge 27 dicembre 1997, n. 449, art. 17, detta una nuova disciplina per quanto concerne la deduzione dal reddito professionale delle spese inerenti all'autovettura, con effetto dal periodo d'imposta in corso al 31.12.1997. Ciò significa che sarà assoggettata alla nuova normativa anche l'autovettura di cui il medico sia già in possesso.

Le nuove regole sono:

- 1) Non vi sono più veicoli di lusso e vale, pertanto, ai fini delle imposte dirette un unico trattamento qualunque sia la cilindrata

- 2) Tutti i costi relativi all'autovettura del professionista sono deducibili al 50% (quote di ammortamento, canoni di leasing, canoni di locazione, carburante, riparazioni e manutenzioni, assicurazione e tassa di proprietà, spese di custodia)
 - 3) In caso di acquisto, il valore massimo su cui applicare l'ammortamento è di 35 milioni di lire, compresa l'Iva che non essendo detraibile si aggiunge al costo dell'autovettura
 - 4) In caso di leasing, i canoni devono essere proporzionati a detto valore massimo di Lit. 35.000.000
 - 5) In caso di noleggio, il canone deducibile non potrà superare Lit. 7.000.000 annue
 - 6) Il professionista può portare in deduzione dal reddito, nei limiti indicati, una sola autovettura, mentre in caso di associazione professionale, una sola autovettura per ciascun associato. Conseguentemente, essendo la deduzione ammessa per il 50% (presunzione di uso promiscuo - art. 50, co. 4, Tuir), nel caso di acquisto di una autovettura che costi più di Lit. 35.000.000, il coefficiente di ammortamento (max $25\% \times 4$ anni) dovrà essere applicato sul valore massimo di (35.000.000 : 2) Lit. 17.500.000, ossia la quota massima di ammortamento annuo non potrà superare Lit. (17.500.000 x 25%) = 4.375.000. Se il medico è già in possesso di un'autovettura per la quale ha operato ammortamenti fino al 31.12.1996, supponiamo, per Lit. 20.000.000, non potrà più operare alcun ammortamento per il 1997 (la norma ha effetto dal 1997) in quanto si è già raggiunto il limite massimo consentito di Lit. 17.500.000. Se vi è un contratto di leasing, occorre riportare i canoni di competenza del periodo d'imposta al valore di 35.000.000 e successivamente ridurli della metà. *Esempio:* posto il costo di un'autovettura pari a Lit. 60.000.000 e canoni leasing di competenza per il 1997 pari a Lit. 25.500.000, il costo deducibile risulta pari a: $25.500.000 \times 35/60 = 14.875.000 \times 50\% = 7.437.500$. Se il costo dell'autovettura è inferiore a Lit. 35.000.000, sia l'ammortamento che i canoni leasing saranno basati sul costo effettivo, ma con deducibilità sempre pari al 50%, come per tutte le altre spese accessorie.
- e) Non sono deducibili:
- Le quote di ammortamento, i canoni leasing o la rendita catastale degli immobili esclusivamente strumentali (studio) acquisiti dal 15.6.1990, ma è ammessa la deduzione delle altre spese
 - Le retribuzioni a familiari dipendenti o collaboratori (coniuge, figli, ascendenti), ad eccezione dei familiari titolari di partita Iva per prestazioni professionali (esempio: il compenso corrisposto dal medico al coniuge che lavora nello studio non è deducibile; il compenso corrisposto dal medico al coniuge avvocato o commercialista o medico, contro parcella, è deducibile).

Il decreto legislativo 15 dicembre 1997, n. 446, che riguarda l'istituzione dell'Irap, ha previsto una revisione degli scaglioni di reddito e delle aliquote Irpef (art. 46) e l'istituzione di un'addizionale Irpef di competenza delle regioni (art. 50).

La revisione delle aliquote e degli scaglioni Irpef dovrebbe compensare gli effetti della nuova imposta regionale - Irap - che, a sua volta abolisce alcuni tributi e contributi. Pertanto, con decorrenza 1° gennaio 1998, lo schema delle aliquote Irpef risulta essere:

Tabella 1
ALIQUEUTE E SCAGLIONI IRPEF

Scaloni di reddito	Aliquota addizionale regionale	Imposta
Fino a 15.000.000	18,50% 0,50%	19% sull'intero importo
Da 15.000.001 a 30.000.000	26,50% 0,50%	2.850.000 + 27% parte eccedente 15.000.000
Da 30.000.001 a 60.000.000	33,50% 0,50%	6.900.000 + 34% parte eccedente 30.000.000
Da 60.000.001 a 135.000.000	39,50% 0,50%	17.100.000 + 40% parte eccedente 60.000.000
Oltre 135.000.000	45,50% 0,50%	47.100.000 + 46% parte eccedente 135.000.000

Ai redditi complessivamente conseguiti dai medici nel corso del 1998 (reddito professionale in aggiunta agli altri eventuali redditi), da dichiarare nel prossimo anno 1999, sarà applicabile la nuova curva delle aliquote Irpef più l'addizionale regionale. Parallelamente, dal 1 gennaio 1998 entra in vigore il nuovo tributo Irap, di cui si dirà in seguito. L'addizionale regionale pari allo 0,50% sarà uguale su tutto il territorio nazionale per gli anni 1998 e 1999. A partire dal 2000, le Regioni potranno stabilirla in misura compresa tra lo 0,50% e l'1%. L'addizionale dovrà essere versata in un'unica soluzione (senza versamenti in acconto), in occasione del saldo Irpef, alla Regione competente, con riferimento al domicilio fiscale del contribuente.

Per l'individuazione del domicilio fiscale si ha riguardo a quello in essere alla data del 31 dicembre dell'anno cui si riferisce l'addizionale.

La base di computo dell'addizionale è la stessa dell'Irpef e, come l'Irpef, non è deducibile da nessuna altra imposta o contributo.

A partire dal 1998, la dichiarazione dei redditi conseguiti nel 1997 sarà, per i singoli medici, unificata con quella Iva e con quella dei sostituti d'imposta (sempre che le ritenute effettuate si riferiscano a non più di 10 soggetti) e dovrà essere presentata dal 1 maggio al 30 giugno 1998.

Per gli studi associati la dichiarazione unificata partirà dal 1999. Pertanto, per il 1998 l'associazione fra medici dovrà presentare la dichiarazione dei redditi (mod. 750), singolarmente, tra il 1 maggio e il 30 giugno 1998.

3. I.R.A.P.

L'Irap, imposta regionale sulle attività produttive, è istituita con il decreto legislativo 15 dicembre 1997, n. 446, ed è in vigore dal 1° gennaio 1998.

Si tratta di una nuova imposta che entra nell'ordinamento tributario in sostituzione di altre imposte dovute fino al 31.12.1997. In particolare la riforma connessa all'istituzione dell'Irap, abolisce:

- 1) I contributi per il servizio sanitario nazionale, compresa la cosiddetta tassa sulla salute
- 2) L'Ilor
- 3) L'imposta sul patrimonio netto delle imprese
- 4) La tassa sulla partita Iva
- 5) L'Iciap
- 6) Le tasse di concessione comunale.

I tributi aboliti che interessano ai professionisti sono: il contributo al servizio sanitario nazionale (anche con riferimento ai redditi di lavoro corrisposti ai propri dipendenti), l'Iciap e la tassa sulla partita Iva.

Contestualmente, entro il vincolo della invarianza del gettito complessivo, viene introdotta l'Irap che assoggetta a tassazione il valore della produzione netta (valore aggiunto), al netto degli ammortamenti, in capo ai soggetti che abitualmente producono beni e servizi, nel territorio regionale.

Gli esercenti arti e professioni, anche in forma associata, sono quindi fra i soggetti passivi dell'imposta.

L'aliquota di base è fissata al 4,25%. Trascorsi due esercizi, quindi, a decorrere dal 2000, le regioni potranno esercitare la facoltà di maggiorarla fino a un punto percentuale, e di differenziarla fra categorie di contribuenti e settori di attività. La misura di partenza del 4,25% rappresenta, secondo i calcoli governativi, una aliquota di equilibrio che consenta di compensare le mancate entrate dovute all'abolizione delle suddette imposte. L'imposta dovuta si ottiene applicando alla base imponibile l'aliquota del 4,25%. La base imponibile per i professionisti scaturisce dalla differenza tra:

- 1) I compensi percepiti nel periodo d'imposta
- 2) L'ammontare delle spese sostenute inerenti all'attività, inclusi gli ammortamenti ed esclusi le spese per il personale dipendente e gli interessi passivi, nonché la parte finanziaria dei canoni leasing. Sono deducibili le spese per gli apprendisti, il 70% delle spese per i dipendenti con contratto di formazione lavoro ed i premi delle assicurazioni obbligatorie contro gli infortuni.

Per quanto concerne i compensi pagati ai collaboratori:

- a) Se collaborazione coordinata e continuativa o lavoro autonomo occasionale, i relativi compensi non sono deducibili
- b) Se lavoro autonomo professionale, ossia il collaboratore sia a sua volta un professionista autonomo (compenso pagato al commercialista o altro medico contro parcella), il costo risulta interamente deducibile.

L'Irap va versata secondo le modalità e i termini stabiliti per le imposte sul reddito, con riferimento al saldo e agli acconti d'imposta. Il primo acconto è dovuto per l'anno 1998, ossia per il primo periodo in cui l'imposta entra in vigore, ed è fissato nella misura del 120% dell'imposta "virtuale" calcolata sul valore della produzione netta realizzata nell'anno precedente (1997). È prevista la compilazione di un apposito prospetto da allegare alla dichiarazione dei redditi. L'acconto non potrà comunque essere superiore o inferiore a quanto pagato per il 1997 per le imposte e i contributi sostituiti dall'Irap. L'acconto dovuto sarà il minore fra:

- L'acconto calcolato con le regole del decreto legislativo (120%);
- L'acconto calcolato applicando una percentuale di variazione (da stabilire con decreto ministeriale) al totale delle somme pagate nel 1997 per i tributi soppressi.

Analogamente, l'imposta effettivamente dovuta non deve superare l'importo cal-

colato sulla base dei versamenti dei tributi aboliti.

Di conseguenza, il saldo Irap da versare per il 1998 (dichiarazione del 1999) dovrà essere il minore tra:

- Il saldo calcolato con le regole del decreto legislativo (4,25% del valore della produzione netta);
- Il saldo ottenuto applicando una percentuale di variazione (da stabilire con decreto ministeriale) al totale delle somme che si sarebbero pagate nel 1998 per i tributi soppressi.

L'eventuale eccedenza dell'Irap pagata rispetto a quella dovuta costituisce un credito d'imposta utilizzabile nella misura del: 50% per il 1999 e del 25% per il 2000. Il suddetto meccanismo correttivo è stato introdotto per evitare eccessi nei primi versamenti d'imposta ed è applicabile per il primo triennio, cioè fino al 2000. I termini e le modalità di presentazione della dichiarazione Irap sono gli stessi previsti per la dichiarazione dei redditi. I medici e gli studi associati devono presentarla tra il 1° maggio ed il 30 giugno. Per il 1998, vi sarà soltanto un prospetto, per il calcolo dell'acconto, da allegare alla dichiarazione dei redditi.

Dal 1999, medici e studi associati presenteranno la dichiarazione Irap nel contesto della dichiarazione unificata.

4. LA CONTABILITÀ

Qualunque sia il volume dei compensi, i medici sono obbligati alla tenuta della contabilità. Per tutti, esclusi coloro che rientrano nel cosiddetto regime forfettario, è previsto un regime naturale, definito "contabilità semplificata", qualunque sia l'ammontare dei compensi dell'anno precedente.

Su opzione, può adottarsi il regime della "contabilità ordinaria".

È previsto inoltre il regime di "contabilità supersemplificata" applicabile ai medici con compensi nell'anno precedente fino a Lit. 30.000.000.

4.1 Il regime forfettario

Il regime forfettario di determinazione del reddito è adottabile alle seguenti condizioni:

- Volume d'affari non superiore a Lit. 20.000.000;
- Beni strumentali, anche in leasing, di costo complessivo, al netto degli ammortamenti, non superiore a Lit. 20.000.000;
- Stipendi ai dipendenti e/o compensi a collaboratori fissi (esclusi gli occasionali) non superiori al 70% del volume d'affari (entro il limite di 20.000.000).

I soggetti aventi i requisiti suddetti rientrano automaticamente nel regime forfettario, a meno che non esprimono apposita opzione per la contabilità semplificata o ordinaria (da effettuare sulla prima dichiarazione Iva successiva o, se esonerati, tramite denuncia di variazione - vedi opzioni pag.).

Il regime forfettario cessa di applicarsi dall'anno successivo a quello in cui i suddetti limiti sono stati superati.

Gli adempimenti contabili per il regime forfettario sono estremamente semplici, in quanto il reddito va determinato percentualmente sul totale dei compensi che per i

professionisti è pari al 78%.

Occorre tenere solo il registro delle fatture emesse o il prospetto contabile di cui al D.M. 12.2.1997, annotando entro il 15 di ogni mese l'importo complessivo delle operazioni effettuate.

Vi è l'obbligo di conservare le fatture emesse e la documentazione degli acquisti e spese (che non va registrata) per 10 anni.

4.2 Contabilità supersemplificata

Condizioni:

- Volume d'affari non superiore a 30.000.000;
- Beni strumentali, anche in leasing, al netto degli ammortamenti, non superiore a 50.000.000
- Stipendi ai dipendenti e/o compensi ai collaboratori fissi non superiori al 70% del volume d'affari (limite 30.000.000).
- Acquisti, al netto di Iva, non superiori a Lit. 20.000.000.

Gli adempimenti contabili consistono:

- Nella tenuta dei registri Iva (o prospetto contabile) dove annotare, entro il 15 di ogni mese, l'importo complessivo delle operazioni attive (parcelle emesse); entro il termine della liquidazione trimestrale, l'importo complessivo delle operazioni passive (fatture di acquisto); prima della presentazione della dichiarazione dei redditi, le quote di ammortamento dei beni ammortizzabili.

I medici che rientrano nei limiti suddetti, possono adottare il regime di contabilità supersemplificata senza alcun ulteriore adempimento (opzioni o comunicazioni).

È evidente che il superamento dei limiti impone, per l'anno successivo, il passaggio al regime normale di contabilità. Il reddito per questo regime si determina nei modi ordinari, come per le contabilità semplificata e ordinaria. Gli studi associati sono esclusi dai regimi forfettario e supersemplificato.

4.3 Contabilità semplificata (regime normale)

Occorre tenere:

- 1) Il registro Iva delle fatture emesse, annotandovi anche, in apposita sezione, le operazioni rilevanti ai fini delle imposte dirette
- 2) Il registro Iva delle fatture di acquisto, annotandovi anche, in apposita sezione, le operazioni rilevanti ai fini Irpef;

Oppure:

- 1) Il registro Iva delle fatture emesse, registrandovi soltanto le fatture emesse
- 2) Il registro Iva degli acquisti, registrandovi soltanto le fatture di acquisto
- 3) Il registro Irpef degli incassi e dei pagamenti (uno o due distinti), annotandovi, cronologicamente, tutti gli incassi e tutti i pagamenti ai fini delle imposte sul reddito.

I medici con compensi dell'anno precedente fino a 360 milioni possono sostituire il registro delle fatture emesse con il bollettario "madre e figlia" (vedi Iva pag...). Essi possono annotare sul bollettario anche le operazioni attive ai fini "Irpef". Pertanto, è possibile tenere, in regime di contabilità semplificata, esclusivamente il registro Iva degli acquisti ed il bollettario.

Non vi è più l'obbligo di tenuta del registro dei "beni ammortizzabili". Le relative quote di ammortamento vanno annotate, per categorie omogenee di beni e per anno

di acquisto, sul registro Irpef dei pagamenti, se tenuto, oppure sulla sezione "Irpef" del registro Iva acquisti, entro il termine di presentazione della dichiarazione dei redditi.

È necessario annotare, inoltre, a fine esercizio l'ammontare globale delle somme non incassate o delle somme non pagate, che vanno stornate e registrate nell'anno di effettivo incasso o pagamento, al fine di rispettare il criterio di "cassa" di determinazione del reddito.

I medici con personale alle dipendenze possono registrare, in regime di contabilità semplificata, l'importo complessivo delle spese di lavoro dipendente deducibili dal reddito, entro il termine di presentazione della dichiarazione dei redditi, a condizione che:

- 1) Siano regolarmente tenuti i registri previsti dalla legislazione del lavoro;
- 2) Siano state effettivamente erogate le somme ai lavoratori dipendenti.

4.4 Contabilità ordinaria (solo su opzione)

Consiste nella tenuta dei seguenti registri:

- 1) Registro Iva fatture emesse
- 2) Registro Iva fatture acquisto
- 3) Registro cronologico dei movimenti di reddito e relativi movimenti finanziari (ai fini delle imposte dirette).

Non è obbligatorio tenere il registro dei beni ammortizzabili. Le annotazioni delle quote di ammortamento possono essere eseguite sul registro Iva acquisti, entro il termine della dichiarazione dei redditi.

Anche se non più obbligatorio, il medico ha la facoltà di adottare il registro dei beni ammortizzabili, se gli è più comodo eseguire le registrazioni degli ammortamenti, qualunque sia il regime di contabilità prescelto.

I registri, prima dell'uso, devono essere numerati progressivamente in ogni pagina e bollati in ogni foglio. La numerazione e la vidimazione vanno eseguite:

- 1) Dal Tribunale o dal notaio: qualsiasi registro
- 2) Dall'Ufficio Iva, i registri Iva (fatture emesse ed acquisti), anche se integrati con le sezioni "Irpef"
- 3) Dall'Ufficio del registro: i registri tenuti ai fini delle imposte dirette: incassi e pagamenti, registro cronologico dei movimenti di reddito e finanziari, beni ammortizzabili.

I termini di registrazione ai fini Iva sono stati già indicati nel capitolo Iva (vedi pag.)

Ai fini delle imposte dirette, qualunque operazione di incasso o di spesa deve essere registrata entro 60 giorni. La tenuta di qualsiasi registro contabile con sistemi meccanografici è considerata regolare a tutti gli effetti di legge, anche se non trascritta su carta nel termine di 60 giorni, quando in occasione di verifiche la contabilità dell'esercizio in corso risulti aggiornata su supporto magnetico ossia, le registrazioni siano state regolarmente eseguite entro 60 giorni) e sia effettuata la stampa a richiesta degli accertatori ed in loro presenza.

5. LE RITENUTE

L'art. 21 della legge 27 dicembre 1997, n. 449, ha, fra l'altro, posto a carico del professionista l'obbligo di ritenuta sui compensi erogati agli altri lavoratori autonomi, elevando la misura della ritenuta dal 19% al 20%. Sicchè a decorrere dal 1° gennaio 1998, il medico è sostituito d'imposta nei riguardi dei seguenti percipienti:

- 1) Propri dipendenti, con l'obbligo di ritenuta sui redditi di lavoro dipendente
- 2) Lavoratori autonomi (anche occasionali), con l'obbligo della ritenuta di acconto del 20% sui compensi corrisposti per le prestazioni ricevute, inerenti alla propria attività (esempio, il compenso del commercialista, del notaio, di altro medico etc.)
- 3) Lavoratori autonomi non residenti, con obbligo della ritenuta a titolo d'imposta (definitiva) del 30% sui compensi corrisposti per le prestazioni ricevute inerenti alla propria attività.

Il medico che abbia effettuato ritenute nel corso del 1997 a più di 10 soggetti, deve presentare la dichiarazione dei sostituti d'imposta (mod. 770) singolarmente, fra il 1 settembre e il 31 ottobre 1998, mentre se le ritenute si riferiscono a non più di dieci dipendenti, è obbligato alla dichiarazione unificata (con le altre imposte) da presentare tra il 1 maggio e il 30 giugno 1998.

A partire dal 1999, fermo restando i termini di presentazione della dichiarazione unificata, il medico che nel corso del 1998 abbia effettuato ritenute a più di dieci soggetti, deve presentare il mod. 770 singolarmente, dal 1 aprile al 30 aprile 1999.

Lo studio associato deve presentare la dichiarazione dei sostituti d'imposta per il 1997, dal 1 settembre al 31 ottobre 1998, non potendo per quest'anno presentare la dichiarazione unificata.

A partire dal 1999, valgono le stesse regole previste per il singolo medico: se tenuto alla dichiarazione unificata, tra il 1 maggio e il 30 giugno 1999, se non tenuto alla dichiarazione unificata (più di 10 percipienti), dal 1 al 30 aprile 1999.

6. LE DICHIARAZIONI E I VERSAMENTI

Il decreto legislativo 9 luglio 1997, n. 241, ha introdotto innovative disposizioni in materia di:

- Dichiarazione I.V.A., dichiarazione dei redditi, dichiarazione dei sostituti d'imposta
- Versamento unitario delle imposte e dei contributi con possibilità di compensare posizioni creditorie e debitorie
- Liquidazione delle imposte, controllo delle dichiarazioni e nuovi termini per l'accertamento.

A decorrere dal 1998, le persone fisiche titolari di partita Iva devono presentare la dichiarazione unificata annuale che consentirà di adempiere contestualmente all'obbligo di presentazione della dichiarazione dei redditi, della dichiarazione Iva e della dichiarazione dei sostituti d'imposta, se il sostituto ha effettuato nel corso dell'anno ritenute alla fonte nei riguardi di non più di dieci soggetti.

Anche coloro che non sono obbligati alla dichiarazione annuale Iva, (medici che hanno effettuato soltanto operazioni esenti) dovranno presentare la dichiarazione unificata, ai soli fini delle imposte dirette e della sostituzione d'imposta.

La dichiarazione annuale unificata conterrà anche le informazioni necessarie alla liquidazione e al controllo dell'Irap.

Inoltre, a partire dal 1999, è previsto che la dichiarazione dei sostituti d'imposta contenga oltre ai dati fiscali anche i dati contributivi.

Ne consegue che, dal 1999, la dichiarazione unificata rappresenterà per il contribuente (nel limite dei dieci sostituti d'imposta) un quadro complessivo ed unitario della sua posizione fiscale e contributiva nei riguardi dell'Amministrazione finanziaria centrale, regionale e nei riguardi degli Enti previdenziali.

In sintesi:

- Per i singoli medici, titolari di partita Iva (e non per gli studi associati), l'obbligo della dichiarazione unificata decorre dal 1998 per il periodo di imposta 1997, soltanto ai fini fiscali
- Per i singoli medici, titolari di partita Iva, e per gli studi associati, l'obbligo della dichiarazione unificata sarà dal 1999, per il periodo d'imposta 1998, prodotta per fini fiscali, contributivi e assistenziali.

Pertanto, la dichiarazione unificata riguarderà:

- Le imposte sul reddito (ex modello 740 per i medici e mod. 750 per studi associati)
- L'imposta regionale sulle attività produttive (Irap)
- L'imposta sul valore aggiunto (ex modello di dichiarazione Iva)
- La dichiarazione dei sostituti d'imposta, fino a 10 percipienti (ex mod. 770)
- La denuncia delle retribuzioni soggette a contribuzione (ex modd. Inps 01/M e 03/M Inps), che confluiranno nella dichiarazione del sostituto d'imposta
- La dichiarazione delle retribuzioni Inail (ex mod. 10-SM), che confluiranno nella dichiarazione del sostituto d'imposta.

Inoltre, la certificazione annuale dei sostituti d'imposta (ex mod. 101), da consegnare ai dipendenti entro il 28 febbraio 1999 conterrà anche i dati delle retribuzioni ai fini Inps (ex mod. 01/M).

Sempre entro il 28 febbraio i sostituti d'imposta, sono anche tenute a certificare i compensi corrisposti e le ritenute di acconto operate nei confronti degli altri soggetti (professionisti etc.)

La dichiarazione unificata va presentata dal 1° maggio al 30 giugno ad una banca o ufficio postale o, a partire dal 1999, per il tramite di altri soggetti "incaricati alla trasmissione" (Caaf, commercialisti, consulenti del lavoro etc.)

Il versamento unitario:

A partire dal mese di maggio 1998, tutti i contribuenti dovranno utilizzare una nuova modulistica per il versamento di imposte e contributi.

Fanno parte del versamento unificato:

- Le imposte sul reddito
- Le ritenute alla fonte
- L'Iva
- L'Irap
- I contributi previdenziali
- I premi di assicurazione contro gli infortuni sul lavoro
- Gli interessi per dilazione del pagamento delle somme dovute a saldo e in acconto delle imposte e dei contributi.

Termini:

- 1) Il giorno 15 del mese di scadenza, per i versamenti periodici di ritenute, Iva e contributi Inps
- 2) Il 31 maggio per il saldo Irpef, Irap ed il relativo primo acconto
- 3) Il 30 novembre per il secondo acconto Irpef e Irap
- 4) Il 27 dicembre per l'acconto Iva
- 5) Il 20 febbraio per i premi Inail
- 5) Il 15 marzo per il saldo Iva

Se le scadenze cadono di sabato o in giorno festivo, i versamenti potranno effettuarsi al primo giorno lavorativo successivo.

Tutti i versamenti del modello unificato possono essere eseguiti:

- 1) Mediante delega irrevocabile presso qualsiasi banca convenzionata
- 2) Presso qualsiasi concessionario della riscossione
- 3) Presso l'ufficio postale.

Il modello unificato deve essere compilato e consegnato agli enti su indicati anche se, per effetto della compensazione, non risultasse dovuto alcun versamento.

Compensazione:

La possibilità di compensare situazioni di debito con situazioni di credito di imposte e contributi, rappresenta una autentica rivoluzione dei meccanismi di riscossione dei tributi che consentirà, per il futuro, di evitare l'accumulo di arretrati per i rimborsi d'imposta ai contribuenti.

La compensazione consente ai titolari di partita Iva di recuperare in sede di versamento unificato le situazioni di credito vantate, operando compensazioni non solo fra le diverse imposte sui redditi, ma anche fra ciascuna di esse, l'Iva, l'Irap e le somme dovute agli enti previdenziali.

La compensazione si potrà effettuare a partire:

- Dall'anno 1998 per le persone fisiche (medici)
- Dall'anno 1999 per le società di persone ed equiparate (associazioni fra medici).

7. LE SANZIONI

7.1 Amministrative

I decreti legislativi n. 471, n. 472 e n. 473 del 18 dicembre 1997, trattano i principi generali in materia di sanzioni amministrative per le violazioni delle norme tributarie, la riforma delle sanzioni amministrative per le violazioni in materia di imposte dirette, di imposta sul valore aggiunto e di riscossione dei tributi, nonché della riforma delle sanzioni amministrative per le violazioni in materia di tributi sugli affari, sulla produzione e sui consumi e di altri tributi indiretti.

Si introducono nel nostro ordinamento tributario dei nuovi principi generali che entreranno in vigore il 1° aprile 1998, e che possono così riassumersi:

1) *Unificazione della sanzione amministrativa.*

Le soprattasse e pene pecuniarie previste dal sistema precedente sono sostituite da un'unica sanzione amministrativa pecuniaria che si determina in misura variabile tra un minimo ed un massimo o in misura proporzionale al tributo.

Tabella 2
VIOLAZIONI FISCALI E SANZIONI AMMINISTRATIVE

Violazione	Sanzione
Obblighi di fatturazione operazioni imponibili	Sanzione fra il 10% e il 15% dell'imponibile non documentato - minimo L. 1.000.000
Operazioni non imponibili o esenti	Sanzione fra il 5% e 10% dell'imponibile non documentato - minimo L. 1.000.000
Obblighi di registrazione operazioni imponibili	Sanzione fra il 10% e il 15% dell'imponibile non registrato - minimo L. 1.000.000
Operazioni non imponibili o esenti	Sanzione fra il 5% e il 10% dell'imponibile non registrato - minimo L. 1.000.000
Omessa, inesatta, incompleta dichiarazione inizio attività, variazione, cessazione	Sanzione da L. 1.000.000 a L. 4.000.000, ridotta a 1/5 del minimo se la dichiarazione viene regolarizzata entro 30 giorni dall'invito dell'Ufficio.
Omessa presentazione della dichiarazione annuale IVA (se esiste l'obbligo)	Sanzione da 120% a 240% dell'Iva dovuta minimo L. 500.000 Se non vi è Iva a debito: sanzione da L. 500.000 a L. 4.000.000 Se inesatta: sanzione da 100% a 200% della maggiore Iva dovuta o della minore Iva a credito
Omessa presentazione della dichiarazione dei redditi	Sanzione da 120% a 240% delle imposte dovute minimo L.500.000 Se non sono dovute imposte: da L. 500.000 a L. 2.000.000 Può essere raddoppiata se soggetti obbligati alla tenuta delle scritture contabili
Indicazione in dichiarazione di un reddito imponibile inferiore o di un'imposta inferiore o di un credito superiore. Esposizione di indebite detrazioni o indebite deduzioni dall'imponibile	Sanzione dal 100% al 200% della maggiore imposta o della differenza di credito.
Mancata o irregolare tenuta, rifiuto di esibire, occultamento di documenti e registri in occasione di accessi (Iva e imposte dirette)	Sanzione da L. 2.000.000 a L. 15.000.000. La sanzione può essere ridotta fino a 1/2 del minimo se le irregolarità sono di scarsa rilevanza. È applicata in misura doppia se nell'esercizio si accertano Iva e imposte dirette evase superiori a L. 100 milioni.
Omessa presentazione della dichiarazione dei sostituti d'imposta	Sanzione da 120% a 240% delle ritenute non versate - minimo L. 500.000
Indicazione nella dichiarazione di compensi, interessi e altre somme inferiori a quelli accertati	Sanzione dal 100% al 200% delle ritenute non versate riferite alla differenza - minimo L. 500.000
Omessa indicazione di compensi interessi e altre somme, le cui ritenute sono state versate	Sanzione da L. 500.000 a L. 4.000.000

Per ogni percipiente non indicato nella dichiarazione presentata o non presentata	Sanzione di L. 100.000 per ogni percipiente e in aggiunta alle altre sanzioni
Ritenute non eseguite in tutto o in parte	Sanzione del 20% dell'ammontare non trattenuto
Omesso o insufficiente versamento in acconto, versamenti periodici, versamento di conguaglio o a saldo dell'imposta risultante dalla dichiarazione, anche dovuti a errori materiali o di calcolo in dichiarazione	Sanzione del 30% di ogni importo non versato
Omissione delle comunicazioni richieste dagli Uffici o G.F., mancata restituzione questionari, inottemperanza all'invito a comparire	Sanzione da L. 500.000 a L. 4.000.000
Mancanza o incompletezza dei documenti da allegare alla dichiarazione o conservare o esibire all'Ufficio	Sanzione da L. 500.000 a L. 4.000.000
Omissione o incompletezza degli elementi di cui all'art. 7 DPR 600/73 relativi alla dichiarazione dei sostituti d'imposta	Sanzione da L. 1.000.000 a L. 8.000.000
Omissione o inesattezza dei dati del contribuente; dichiarazioni non redatte in conformità ai modelli approvati dal Ministero delle Finanze	Sanzione da L. 500.000 a L. 4.000.000
Omessa presentazione dichiarazione Irap	Sanzione dal 120% al 240% - minimo L. 500.000
Omessa presentazione dichiarazione Irap se non dovute imposte	Sanzione da L. 500.000 a L. 2.000.000
Dichiarazione Irap infedele (imponibile o imposta inferiore)	Sanzione da 100% al 200% della maggiore imposta
Dichiarazione Irap irregolare (omissioni di dati necessari, modello non conforme)	Sanzioni da L. 500.000 a L. 4.000.000

2) Responsabilità personale dell'autore della violazione.

La sanzione è riferibile alla persona fisica che ha commesso o concorso a commettere la violazione. Nelle violazioni punite con sanzione amministrative ciascuno risponde della propria azione od omissione, cosciente e volontaria, sia essa dolosa o colposa.

È stabilita la responsabilità dei dipendenti, rappresentanti ed amministratori per le violazioni commesse nell'esercizio delle loro funzioni, che abbiano sottoscritto ovvero compiuto gli atti illegittimi. Quando la violazione non è commessa con dolo o colpa grave, tali soggetti sono ritenuti responsabili se hanno tratto diretto vantaggio per una somma eccedente lire 100 milioni.

La persona fisica, la società, l'associazione o l'ente nell'interesse dei quali ha agito l'autore della violazione sono obbligati al pagamento di una somma pari alla sanzione irrogata, salvo il diritto di regresso e salvo il pagamento direttamente da parte dell'autore della violazione che estingue l'obbligazione.

3) *Violazioni continuate.*

Si applica la sanzione più grave aumentata fino al doppio.

4) *Concorso di violazioni.*

In caso di violazione di diverse disposizioni, causata dallo stesso fatto, si applica solo la sanzione relativa alla violazione più grave, aumentata fino ad un terzo se le violazioni riguardano più tributi e fino a tre volte se riguardano più periodi di imposta.

La sanzione non può essere comunque superiore a quella risultante dal cumulo delle sanzioni previste per le singole violazioni.

5) *Incertezza delle norme.*

Non è punibile l'autore della violazione quando essa è determinata da obiettive condizioni di incertezza sulla portata e sull'ambito di applicazione delle disposizioni alle quali si riferiscono, nonché da indeterminatezza delle richieste di informazioni o dei modelli per la dichiarazione e per il pagamento.

6) *Intrasmissibilità agli eredi.*

L'obbligazione al pagamento della sanzione non si trasmette agli eredi.

7) *Procedimenti in corso all'1.4.1998 (data di entrata in vigore delle nuove disposizioni).*

Tali procedimenti possono essere definiti entro 60 giorni dell'emanazione dei decreti ministeriali attuativi del D.Lgs. 472/1997, con il pagamento di un quarto della sanzione irrogata o di un quarto risultante dall'ultima sentenza o decisione amministrativa. È esclusa la ripetizione di quanto pagato.

8) *Coordinamento temporale fra le norme.*

Dall'1.4.1998 in caso di successivo mutamento delle norme sulle sanzioni, si applica la disposizione più favorevole al contribuente.

Consegue che il contribuente non può essere punito:

- Per un fatto che al momento in cui è stato commesso non era previsto come violazione, anche se una norma successiva lo prevede come violazione;
- Per un fatto che al momento in cui è stato commesso era previsto come violazione e che secondo una legge posteriore non è più violazione punibile.

Se la legge in vigore al momento in cui è stata commessa la violazione stabilisce sanzioni di diversa entità rispetto alle leggi posteriori, si applica la legge più favorevole salvo che il provvedimento di irrogazione sia divenuto definitivo.

Nello schema seguente si evidenziano alcune fra le violazioni previste dal D.Lgs 471/1997 e relative sanzioni amministrative:

Circostanze attenuanti (art.13 D.Lgs. 472/1997):

- Omessi versamenti, anche in acconto: 1/8 del minimo se eseguito entro 30 gg. del termine ordinario di adempimento;
- Omessa presentazione della dichiarazione: 1/8 del minimo, se viene presentata con ritardo non superiore a 30 gg.
- Omissioni o errori formali, non incidenti sul pagamento delle imposte: 1/8 del minimo, se regolarizzate entro tre mesi;

- Omissioni o errori sostanziali: 1/6 del minimo se la regolarizzazione avviene entro il termine di presentazione della dichiarazione relativa all'anno nel corso del quale è stata commessa la violazione oppure, se non è prevista la dichiarazione periodica, entro un anno dall'omissione o dall'errore.

7.2 Penali

Il Consiglio dei Ministri ha approvato un disegno di legge in data 19.12.1997 che riguarda la riforma del diritto penale tributario in materia di Iva e Imposte dirette.

Si prevede di depenalizzare i reati minori; di punire un ristretto numero di reati (delitti) in caso del superamento di determinati ammontare di reddito (evasione fiscale); di applicare sanzioni proporzionate alla gravità dei reati commessi; di adottare meccanismi di premio per coloro i quali risarciscono il fisco. La disciplina attuale, in attesa della riforma anche in campo penale tributario così come è positivamente avvenuta in campo amministrativo, è contenuta nel D.L. 10.7.1982, n. 429 convertito con Legge 7.8.1982, n. 516.

Nel seguente schema si tracciano alcune fattispecie di illeciti penali (contravvenzioni e delitti) in campo tributario e relative sanzioni.

L'oblazione consiste nel pagamento di una somma pari alla metà della massima pena pecuniaria (ammenda) prevista dalla legge. L'oblazione estingue il reato. In pratica l'oblazione consente di estinguere reati contravvenzionali, puniti con l'arresto o l'ammenda, salvo che non vi siano reati di frode fiscale (delitti) puniti con la reclusione e la multa.

L'accertamento con adesione e la rinuncia all'impugnazione dell'avviso di accertamento, con conseguente versamento entro 60 giorni dalla notifica delle somme dovute, comporta l'esclusione delle sanzioni penali con riguardo ai fatti e ai periodi accertati, escluso il reato di omesso versamento delle ritenute effettuate e certificate dal sostituto d'imposta per importo superiore a 10 milioni ed esclusi i reati di frode fiscale (fatture false, alterazione di documenti). La condanna per i delitti previsti dal D.L. n. 429/82 importa inoltre le seguenti pene accessorie (art. 6):

- 1) L'interdizione perpetua dall'ufficio di componente di commissioni tributarie
- 2) L'interdizione dai pubblici uffici e dalla assistenza tributaria per un periodo da tre mesi a due anni
- 3) L'interdizione dagli uffici direttivi delle persone giuridiche e delle imprese per un periodo da tre mesi a due anni
- 4) L'incapacità di contrattare con la pubblica Amministrazione per un periodo da un anno a tre anni
- 5) L'esclusione dalla Borsa, per un periodo da sei mesi a due anni
- 6) La pubblicazione della sentenza.

I reati contravvenzionali, se non estinti con l'oblazione, comportano (art. 7):

- 1) L'interdizione per tre anni dall'ufficio di componente delle commissioni tributarie
- 2) La condanna all'arresto importa inoltre la pubblicazione della sentenza e la sospensione delle funzioni di rappresentanza e assistenza tributaria da 2 mesi a un anno, nonché l'incapacità di contrattare con la pubblica Amministrazione per un periodo da un anno a tre anni.

La sospensione condizionale della pena si estende anche alle pene accessorie e compete anche il beneficio della non menzione.

Tabella 3
VIOLAZIONI FISCALI E SANZIONI PENALI

Violazione	Sanzione
Omessa presentazione dichiarazione Iva o redditi	Arresto fino a 2 anni o ammenda fino a 5 milioni se l'ammontare dei ricavi, compensi etc. non dichiarato supera 50 milioni, ma non 100 milioni arresto da 3 mesi a 2 anni e ammenda da 10 a 20 milioni se l'ammontare dei ricavi, compensi supera 100 milioni
Omessa fatturazione o registrazione ai fini Iva e Imposte dirette di cessione di beni o prestazioni di servizi, o emissione e registrazioni di fatture con corrispettivi inferiori	Arresto fino a 2 anni o ammenda fino a 4 milioni se l'ammontare dei corrispettivi non fatturati o non registrati supera, nell'esercizio 50 milioni e contemporaneamente il 2% dei corrispettivi risultanti nell'ultima dichiarazione presentata, o se i corrispettivi suddetti superino 100 milioni. Arresto da 3 mesi a 2 anni e ammenda da 10 a 20 milioni se l'ammontare dei corrispettivi non fatturati o non registrati supera 150 milioni e contemporaneamente lo 0,25% dei corrispettivi risultanti dall'ultima dichiarazione, o se i corrispettivi suddetti superino 500 milioni.
Omessa tenuta del libro giornale e registri Iva; mancata numerazione e bollatura inattendibilità per irregolarità gravi, numerose e ripetute	Arresto fino a 2 anni o ammenda fino a 4 milioni se il fatto non costituisce reato più grave
Allegazione alle dichiarazioni di documenti contraffatti; Distruzione o occultamento delle scritture contabili; Emissione o ricevimento di fatture con importi o nomi falsi; Emissione di certificati falsi a chi ha ricevuto compensi Il soggetto non è tenuto a versare le ritenute obbligatorie dei redditi ricavi, compensi o spese in misura diversa dal vero utilizzando documenti falsi	Reclusione da 6 mesi a 5 anni e multa da 5 a 10 milioni.
Omissione presentazione mod.770 (sostituti d'imposta)	Arresto fino a 3 anni o ammenda fino a 6 milioni se il totale delle somme pagate ma non dichiarate supera 50 milioni
Mancato versamento entro il termine del mod. 770 di ritenute alle quali è obbligato relativamente alle somme pagate	Arresto fino a 3 anni o ammenda fino a 6 milioni, se su somme pagate e di ammontare superiore a 50 milioni
Mancato versamento all'Erario di ritenute entro il termine del mod.770, per le quali è stata rilasciata la regolare certificazione	Reclusione da 3 mesi a 3 anni e multa da 3 a 5 milioni, se l'importo non versato e certificato supera 25 milioni; arresto fino a 3 anni o ammenda fino a 6 milioni se l'importo non versato e certificato è compreso fra 10 e 25 milioni.

8. CONCLUSIONI

Nei capitoli precedenti si è trattato, non certo in modo esaustivo a causa della vastità e complessità della materia fiscale, dei principali adempimenti che i medici debbono conoscere ed osservare per una corretta gestione della responsabilità nei rapporti con il "Fisco", nonché delle conseguenze che le inadempienze, se accertate, producono in tema di sanzioni.

L'accertamento è l'attività che l'Amministrazione finanziaria svolge, attraverso gli Uffici e la Polizia tributaria, per riscontrare che tutti gli obblighi tributari dei contribuenti siano stati rispettati.

L'Amministrazione finanziaria esegue controlli formali e sostanziali.

Per i professionisti, i controlli riguardano:

- Le regolarità formale delle scritture contabili (vidimazioni)
- La concordanza delle dichiarazioni Iva e redditi con le scritture contabili
- La concordanza delle scritture contabili con i documenti giustificativi
- La completezza delle scritture contabili.

L'accertamento può essere:

- 1) Analitico, se fondato sulle scritture contabili
- 2) Induttivo, che prescinde dalle scritture contabili e tende a ricostruire l'ammontare dei compensi sulla base di dati e notizie comunque raccolte, in caso di:
 - Mancata tenuta o impossibilità di ispezionare le scritture contabili
 - Irregolarità gravi, numerose e ripetute da rendere inattendibile la contabilità
 - Mancata indicazione del reddito nella dichiarazione
 - Sulla base dei "parametri contabili", utilizzabili ai fini dell'accertamento induttivo del reddito di lavoro autonomo fino al 31.12.1997
 - Sulla base degli "studi di settore" dal 1998: sono in corso di formazione e sono determinati sulla base di dati contabili, desunti dalle dichiarazioni, e di dati extra contabili, richiesti direttamente ai contribuenti mediante appositi questionari. Su tale strumento di rilevazione indiretta e indiziaria dell'ammontare dei compensi per i professionisti, si baseranno fundamentalmente i criteri induttivi dell'Amministrazione finanziaria per il futuro.
- 3) Sintetico, se il reddito complessivo dichiarato dalle persone fisiche risulta inferiore per due e più anni di almeno un quarto a quello attribuibile al contribuente in base ad elementi e circostanze di fatti certi
- 4) Parziale, ossia in rettifica di singoli redditi.

L'accertamento è portato a conoscenza del contribuente mediante la notificazione dell'avviso di accertamento, entro il 31 dicembre del quinto anno successivo a quello in cui è stata presentata la dichiarazione, a pena di decadenza.

Con tale atto, l'Amministrazione finanziaria contesta il maggiore imponibile accertato, liquida l'imposta dovuta e le relative sanzioni. L'accertamento deve essere sempre motivato, a pena di nullità.

Entro 60 giorni dalla data di notifica, il contribuente deve corrispondere le somme richieste, più gli interessi, oppure opporsi all'atto mediante ricorso alle Commissioni tributarie provinciali.

Allo scopo di ridurre i tempi di riscossione dei tributi accertati e, soprattutto, di snellire il contenzioso che, nel nostro Paese ha avuto una crescita esponenziale, sono

stati creati degli strumenti di “incontro” tra il Fisco ed il contribuente con lo scopo di evitare, quanto più possibile, l’instaurazione della controversia tributaria.

Queste le possibilità di incontro con il Fisco:

- 1) L’istituto dell’accertamento con adesione, cosiddetto concordato a regime (D.Lgs. 19 giugno 1997, n. 218). Il concordato è applicabile a tutte le categorie di redditi e non soltanto ai redditi di lavoro autonomo. Può essere promosso su iniziativa del contribuente, nel caso sia stato soggetto a verifica o ispezione oppure abbia ricevuto un avviso di accertamento. A fronte di un avviso di accertamento, il contribuente deve formulare una istanza di concordato, o, nel caso sia stato soggetto a verifica, chiedere una proposta di accertamento con adesione. L’iniziativa può partire dall’Ufficio che invita il contribuente a comparire fissando luogo e giorno, nonché i periodi interessati dal concordato. Il concordato si perfeziona con il versamento delle somme concordate (entro venti giorni dall’atto di adesione) o della prima rata, in caso di pagamento rateale contro la prestazione di garanzie. Se l’accertamento con adesione ha buon esito, viene esclusa la punibilità, anche con effetto retroattivo, dei reati di natura essenzialmente contravvenzionale (esclusa la frode fiscale), mentre le sanzioni amministrative si applicano nella misura di un quarto del minimo edittale.
- 2) L’istituto della conciliazione giudiziale (D.Lgs 19 giugno 1997, n. 218). Si tratta di un meccanismo di chiusura delle liti basato su un sistema premiale che ha lo scopo di ridurre l’attuale livello del contenzioso tributario. Il premio consiste nella riduzione dell’imponibile accertato e delle sanzioni irrogabili. La conciliazione è realizzabile solo per le liti pendenti di fronte alla Commissioni tributarie provinciali e si può attuare in due modi:
 - a) Rito ordinario: direttamente in udienza, in forma orale, su iniziativa dell’Ufficio, del contribuente (mediante il suo difensore) o del collegio giudicante, oppure, prima dell’udienza, promossa dall’Ufficio o dal contribuente, con atto scritto da depositare alla segreteria della Commissione tributaria
 - b) Rito abbreviato: la conciliazione si realizza prima dell’udienza, in via stragiudiziale, per iniziativa soltanto dell’Ufficio il quale deposita presso la segreteria della Commissione una proposta alla quale il contribuente ha già formalmente aderito. Il presidente del Collegio giudicante, verificata l’ammissibilità, dichiara con decreto estinto il processo per avvenuta conciliazione. Le somme dovute per imposte, sanzioni e interessi sono liquidate e trascritte dal Collegio giudicante sul verbale o sul decreto di conciliazione. I versamenti devono essere eseguiti entro venti giorni, in unica soluzione o in forma rateale (max 8 rate trimestrali) contro prestazione di garanzia. La conciliazione determina la riduzione delle sanzioni amministrative che si applicano nella misura di un terzo del minimo edittale in relazione all’ammontare dell’imposta fissata in sede di conciliazione. La disciplina nulla dispone in merito agli eventuali effetti penali.
- 3) L’istituto dell’autotutela, disciplinato con decreto del Ministero delle Finanze 11 febbraio 1997, n. 37. Consiste nel potere degli Uffici finanziari di annullare, anche senza specifica richiesta del contribuente, i propri atti riconosciuti illegittimi o infondati. Il contribuente può richiedere l’esercizio dell’autotutela all’Ufficio competente. La richiesta ha carattere meramente sollecitatorio nel senso che non fa

sorgere alcun obbligo all'Ufficio e l'eventuale inerzia di questo non è impugnabile. L'annullamento a seguito dell'esercizio dell'autotutela, elimina l'atto con effetto retroattivo, per vizi originari.

- 4) L'istituto del diritto d'interpello, disciplinato dai decreti ministeriali n. 194 e n. 195 del 13 giugno 1997, in attuazione dell'art. 21 Legge n. 413/91. Consiste in un particolare procedimento con il quale il contribuente può chiedere all'Amministrazione finanziaria un parere preventivo in relazione a un determinato atto o comportamento. La richiesta va inviata alla Direzione generale delle Entrate, con raccomandata con ricevuta di ritorno. Dalla data di spedizione La Direzione Generale delle Entrate richiesta, ha 60 giorni di tempo per formulare il parere e comunicarlo al contribuente (sempre con lettera raccomandata A.R.). Infine, se il contribuente vuole opporsi alle pretese del Fisco, può instaurare la lite, impugnando l'atto notificato dall'Ufficio finanziario, mediante ricorso alla Commissione Tributaria provinciale. La disciplina del processo tributario è contenuta nel decreto legislativo 31 dicembre 1992, n. 546.

Bibliografia

1. REGGI F., *I.V.A.*, Il Sole 24 ore, Laserdata Spa, Milano, 1997
2. Rivista IL FISCO, Editoriale Tributaria Italian Spa
3. Rivista GUIDA NORMATIVA, Il Sole 24 ore Spa
4. Sistema Fiscale BRUNO FRIZZERA, Il Sole 24 ore, Pirola Spa

PARTE C

IL RAPPORTO ASSICURATIVO

1. LA RESPONSABILITÀ CIVILE DEL MEDICO E LA SUA ASSICURAZIONE

A. Fedeli, F. Montagna

1. PREMESSA

Al pari di ogni altra attività umana, anche quella medica deve confrontarsi con un contesto culturale, etico, normativo ed economico in profondo cambiamento nel quale anche i criteri di imputazione e misurazione della responsabilità civile delle professioni sanitarie sono stati sottoposti ad una radicale revisione, coinvolgendo quindi anche la relativa assicurazione che di quel rischio è la proiezione economica.

È mio desiderio circoscrivere l'intervento ai soli aspetti assicurativi della più vasta materia oggetto del convegno, anche per non invadere, non possedendone il necessario bagaglio culturale, i campi riservati alle scienze giuridiche e mediche; tuttavia non posso sottrarmi dal fare una breve sintesi dell'evoluzione della giurisprudenza in materia di responsabilità civile del medico e della stessa professione medica che più profondamente hanno inciso sul rischio e quindi sulla relativa assicurazione.

È un dato di fatto che la prestazione medica non viene più erogata nelle forme e nei modi prevalenti al tempo dell'emanazione del vigente Codice Civile (spersonalizzazione del rapporto fra medico e paziente, interposizione delle strutture sanitarie pubbliche); che le aspettative dei cittadini sono aumentate; che la magistratura ha adottato pesi e metri diversi per valutare l'errore medico; che gli episodi di malpractice non passano più inosservati.

Tutto ciò non poteva non aprire una fase di crisi, iniziata con i primi anni novanta, che oserei definire drammatica, anche nell'assicurazione della responsabilità civile medica, crisi misurabile con i risultati tecnici di questo settore oneroso quant'altri mai, ma soprattutto dall'atteggiamento di un crescente numero di imprese, anche di primo piano, che hanno deciso di ritirarsi da questa branca del Ramo di Responsabilità Civile Generale, ormai fonte di perdite insostenibili, posto che i premi introitati (circa 250 miliardi di lire, annualmente) sono all'incirca un terzo degli esborsi per sinistri.

Il fenomeno della malpractice nel nostro paese non risulta essere oggetto di sistematica rilevazione quantitativa da parte delle autorità sanitarie, sia a causa della molteplicità ed autonomia dei centri di produzione degli eventi (medici privati, strutture sanitarie pubbliche e strutture sanitarie private), sia per la complessità della fenomenologia.

Unico esempio d'indagine esperita a tale riguardo è quella dell'Assessorato alla Sanità della regione Lombardia il quale ha promosso una rilevazione presso le strutture pubbliche che ha avuto risposte parziali (75% nelle aziende ospedaliere ed 86% nelle aziende USSL), il 36% delle quali ampiamente incomplete.

Trascurando i casi di procedimenti penali, che in questa sede non ci interessano, da tale indagine è emerso che nel 1995 sono stati aperti 136 procedimenti civili e che le strutture sanitarie pubbliche hanno ricevuto 567 richieste di risarcimento di danni per via stragiudiziale, di cui 78 sono state definite.

A tale riguardo occorre in primo luogo precisare che i fatti generatori del complesso delle richieste di risarcimento possono essere accaduti anche negli anni precedenti, per cui i totali di cui sopra costituiscono un mix sotto il profilo temporale dell'accadimento.

Se si tiene conto della parzialità e incompletezza delle risposte, del fatto che non sono stati oggetto d'indagine i casi di malpractice avvenuti in strutture private né quelli riguardanti i medici liberi professionisti, si può ragionevolmente supporre che nella sola Lombardia si verifichino ogni anno intorno ai 1500 casi di malpractice.

Riportato all'intero territorio nazionale si può ricavare la conclusione che il numero delle azioni giudiziarie e stragiudiziarie per la responsabilità medica, possa aggirarsi intorno ai 10-12.000 casi all'anno.

A tale risultato si perviene anche attraverso un'estrapolazione dei dati statistici da una compagnia di assicurazione di cui parleremo in seguito.

Le modificazioni dell'oggetto della prestazione medica ed il quadro normativo hanno radicalmente cambiato la stessa morfologia del rischio, per la cui gestione non è più sufficiente una semplice riparametrazione tariffaria, ma è necessario un diverso e più moderno approccio al rischio, nel quale l'assicurazione non può essere disgiunta dalla prevenzione se l'obiettivo, come mi sembra sia assolutamente da condividere, è quello di minimizzare il costo della responsabilità civile medica nel suo complesso, rappresentato dalla somma dei costi per la prevenzione e di quelli per il risarcimento dei danni.

Brevemente accennerò ad alcuni fattori che maggiormente hanno contribuito alle modificazioni del rischio alle quali ho fatto cenno:

- 1) Rilettura da parte della giurisprudenza dell'art. 2236 del codice Civile che, nella parte esonerativa della responsabilità del libero professionista, è stato praticamente azzerato, tanto che oramai è fuori discussione che il medico risponde solo in caso di colpa grave esclusivamente per imperizia tecnica quando l'intervento è di particolare difficoltà; in tutti gli altri casi egli risponde anche in caso di colpa lieve o lievissima, se dall'errore è derivato il peggioramento delle condizioni di salute del paziente.
- 2) La prestazione medica, resa da istituti di cura pubblici o privati, ha superato l'antitesi fra responsabilità contrattuale ed extracontrattuale, ovviamente a favore della prima, mentre quella resa da medici liberi professionisti od operanti nell'ambito delle anzidette strutture è stata considerata talvolta dalle corti di merito e dalla Casazione di tipo contrattuale; per alcune professioni sanitarie la prestazione ha assunto i caratteri di un'obbligazione di risultato, quando invece in passato si sosteneva che quella del medico dovesse essere solo un'obbligazione di mezzi, anche se resa nell'ambito di una struttura ospedaliera.
- 3) Il danno alla persona, che in questo settore dell'assicurazione di responsabilità civile costituisce la quasi integralità dei risarcimenti, si è progressivamente depatrimonializzato, mentre hanno assunto crescente rilievo i risarcimenti del danno morale, del danno biologico e del danno all'immagine, che hanno assunto talvolta i connotati di pena privata, laddove il giudice ha voluto colpire forme di grave negligenza, imprudenza o imperizia; nei casi di responsabilità medica che hanno comportato lesioni di gravità eccezionale è stato riconosciuto dai giudici il ristoro del danno morale a favore dei più stretti congiunti per i pregiudizi da essi direttamente e personalmente sofferti.

- 4) Il baricentro della prestazione medica, in risposta a una domanda di più elevata qualità della vita, si è spostato dalla cura dei malati, alla cura dei sani: medicina preventiva, medicina dello sport, chirurgia e medicina per l'eliminazione dei difetti estetici e fisici.
- 5) Le tecniche diagnostiche, se da un lato riducono la possibilità di errori, dall'altro conferiscono al rischio un particolare effetto dinamico legato allo sviluppo scientifico e tecnologico.
- 6) La sempre più spiccata specializzazione in campo sanitario comporta una molteplicità di interventi da parte di più operatori, determinando un loro coinvolgimento solidale in caso di esito negativo non tanto in ragione degli atti singolarmente a loro imputabili, quanto in ragione del loro status.
- 7) Il diritto del paziente ad essere informato sui rischi del trattamento terapeutico (il così detto consenso informato) ha aperto la strada ad una nuova figura di responsabilità medica, essendo stato tale diritto ancorato ai principi costituzionali dell'inviolabilità della libertà personale; l'obbligo di informazione al paziente, nel caso di interventi chirurgici con varie fasi che assumono una propria autonomia gestionale e diano luogo a scelte operative diversificate, ognuna delle quali presenti rischi diversi, si estende alle singole fasi ed ai singoli rischi.
- 8) Il livello dei risarcimenti è cresciuto a tassi ben superiori a quello dell'inflazione generale: due casi analoghi (gravi lesioni cerebrali a bambini) sono stati risarciti, nel 1991, dal tribunale di Verona in L. 3 miliardi circa e nel 1996 dal tribunale di Milano in L. 7.5 miliardi.

Oltre che sull'evoluzione della giurisprudenza e del modo di esprimersi della professione medica, non si può non soffermarsi su alcuni dati di rilevanza sociale, culturale e politica che hanno contribuito alla crescita delle azioni di responsabilità civile per errori del medico:

- La maggiore consapevolezza da parte dei pazienti e dei loro familiari dei propri diritti
- L'attività di numerose associazioni ed organismi a tutela dei malati
- La normativa sovranazionale, quale: la "Carta del malato in ospedale" (CEE 1997), la "Risoluzione dei diritti del malato" (Parlamento europeo 1984), la "Carta del diritto del bambino ricoverato in ospedale" (Consiglio d'Europa 1976)
- L'attenzione dei media ai fenomeni della malpractice

Non è facile attribuire un peso a ognuno di questi fattori; tuttavia si può certamente affermare che essi non solo hanno influito sui parametri rappresentativi del rischio (la frequenza ed il costo dei sinistri) ma anche sulla loro misurabilità.

La frequenza dei sinistri aumenta nella misura in cui si abbassano le difese costituite dall'articolo 2236 del Codice Civile; la natura contrattuale della responsabilità civile del medico, da un lato ne aggrava la posizione debitoria a causa dell'inversione dell'onere della prova, dall'altro consente al danneggiato di esercitare il suo diritto al risarcimento entro termini prescrizionali più lunghi, dieci anni in luogo dei cinque previsti per la responsabilità extracontrattuale; la tutela di recente riconosciuta del danno alla salute e, quella più antica, del danno morale non solo hanno dilatato il costo dei risarcimenti, ma hanno fatto emergere situazioni di danno che non avrebbero dato luogo a richieste di indennizzo per carenza di patrimonialità; la medicina preventiva, che si rivolge prevalentemente a soggetti sani, può, in caso di errori, dar luogo a con-

seguenze estremamente rilevanti sul piano patrimoniale e non patrimoniale; i progressi della diagnostica strumentale hanno amplificato potenzialmente gli errori nel caso in cui il medico non vi faccia ricorso quando è richiesto dalla più aggiornata acquisizione scientifica; il mancato rispetto dell'obbligo di informare il paziente dei rischi e dei vantaggi specifici connessi al trattamento terapeutico, ma anche alle attività ad esso correlate (ad esempio anestesia) può esporre il medico ad un obbligo di risarcire esiti negativi prevedibili che, ove opportunamente raffigurati, avrebbero indotto il paziente a scelte diverse.

Gli effetti dei suaccennati cambiamenti del costume, della giurisprudenza e delle modalità con le quali si esercita l'attività medica, hanno profondamente inciso oltre che sulle dimensioni del rischio, sulla sua stessa morfologia, che risulta essere radicalmente cambiata rispetto ad alcuni anni fa.

Accanto alle implicazioni di ordine quantitativo, debbono essere rimarcati gli effetti della depatrimonializzazione del danno che, nella misura in cui sfumano gli elementi oggettivi dell'an e del quantum sottoposto a controllo delle regole dettate dall'art. 2043, apre ampi spazi alla valutazione equitativa del giudice, che per sua natura, si sottrae alle leggi della regolarità statistica e quindi alla stessa assicurabilità del rischio.

È appena il caso di ricordare che il rischio è assicurabile in quanto sia misurabile a priori nei suoi parametri della frequenza e del costo medio.

2. LA MORFOLOGIA DEL RISCHIO

La morfologia del rischio è ai fini assicurativi, di rilevante importanza in quanto anche su di essa si basa la valutazione dell'assicuratore in termini quantitativi ed a noi sembra particolarmente significativo illustrare tale caratteristica del rischio attraverso le modalità con le quali si presentano i sinistri.

Premettiamo che i dati che verranno di seguito esposti sono rappresentativi di un campione molto numeroso e significativo del mercato (circa milleseicento sinistri per l'anno 1991, dato questo che conferma la stima di 10-12.000 episodi di malpractice in Italia), in quanto rilevati da un portafoglio sinistri di una compagnia comprensivi, oltre che di quelli in propria delega, anche di quelli gestiti da altre imprese, ovviamente riportati al 100%, relativi a contratti partecipati in coassicurazione.

Tale dato è stato rilevato da sinistri denunciati su polizze relative a strutture pubbliche e private che prevedono anche una copertura di modesta rilevanza economica per danni a cose (in particolare per la responsabilità civile che deriva alle strutture ospedaliere in forza dell'art. 1783 cc seguenti); l'analisi della funzione di distribuzione dei sinistri per livello di risarcimento, ci consente di stimare che i danni alla persona rappresentino poco più della metà di quelli sopra indicati.

Una prima considerazione che si può fare è che la quasi totalità degli esborsi per la responsabilità civile medica si riferisce ai danni alla persona, che sono normalmente di rilevante entità e fortemente variabili, introducendo un fattore di incertezza in ordine alla previsione di risarcimento, non solo perchè si tratta di fenomeno che ha ridotta frequenza ed elevato costo medio, ma soprattutto perchè la determinazione dei danni non patrimoniali (danno biologico e danno morale nella cui determinazione non possiamo escludere che possa essere tenuto in considerazione dal giudice anche una

certa dose di danno punitivo in presenza di gravi negligenze dei sanitari) è riservata all'equo apprezzamento del giudice, introducendo quindi una varianza nella previsione che rende ancora più problematica la valutazione economica del rischio.

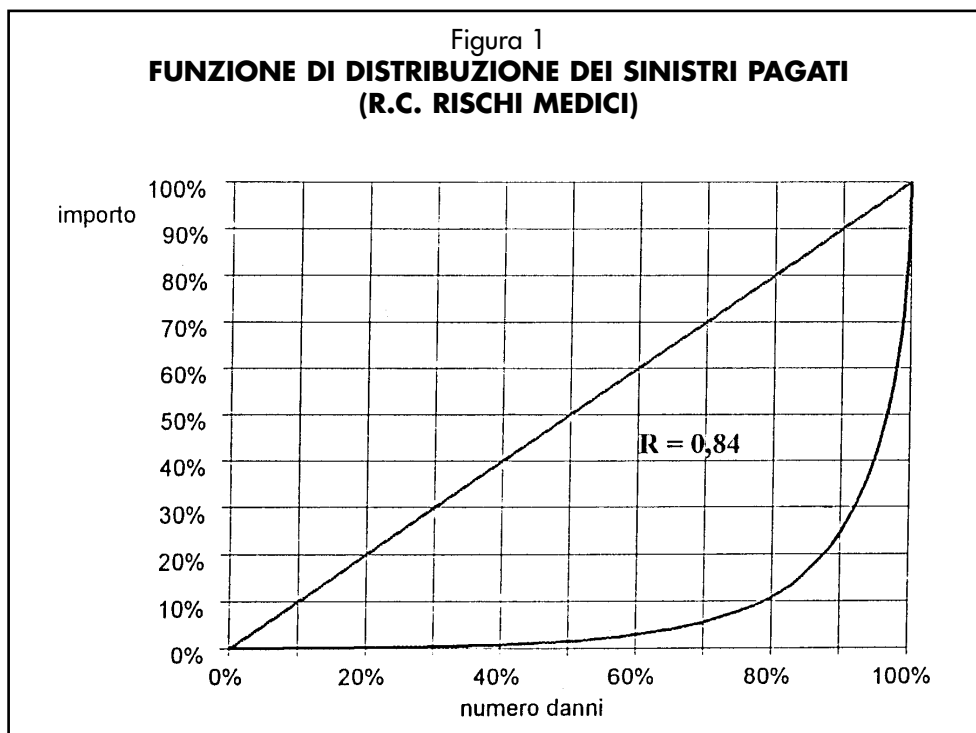
Nella figura 1 che segue, è riportata la funzione di distribuzione dei sinistri accaduti nell'esercizio 1991, denunciati e pagati anche in anni successivi, dalla quale appare evidente il peso rappresentato da quelli di maggior rilevanza (cioè quelli a persona).

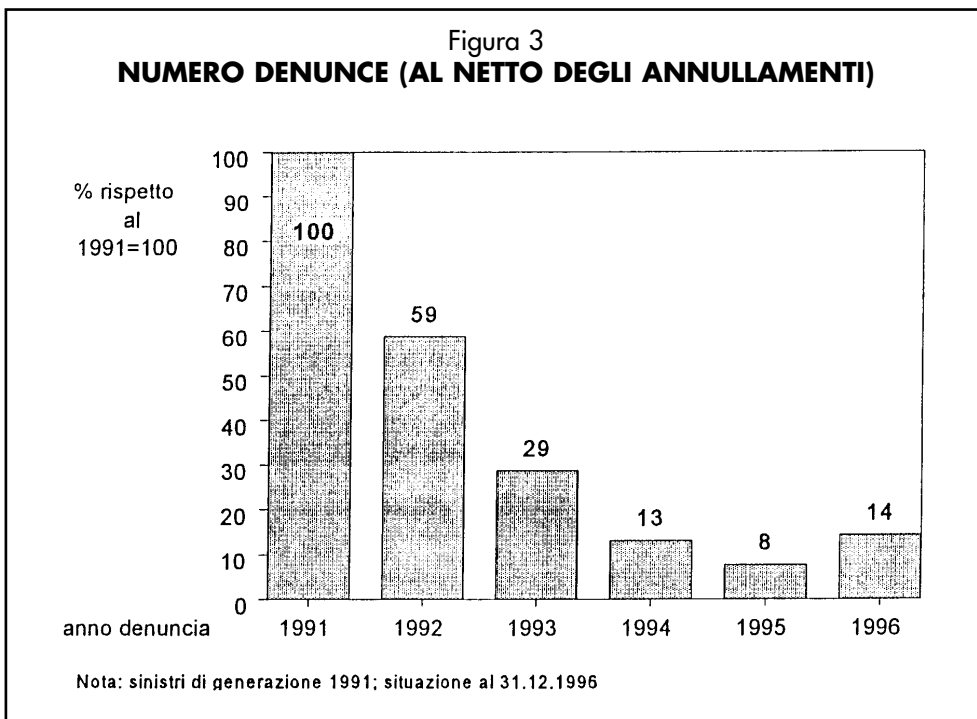
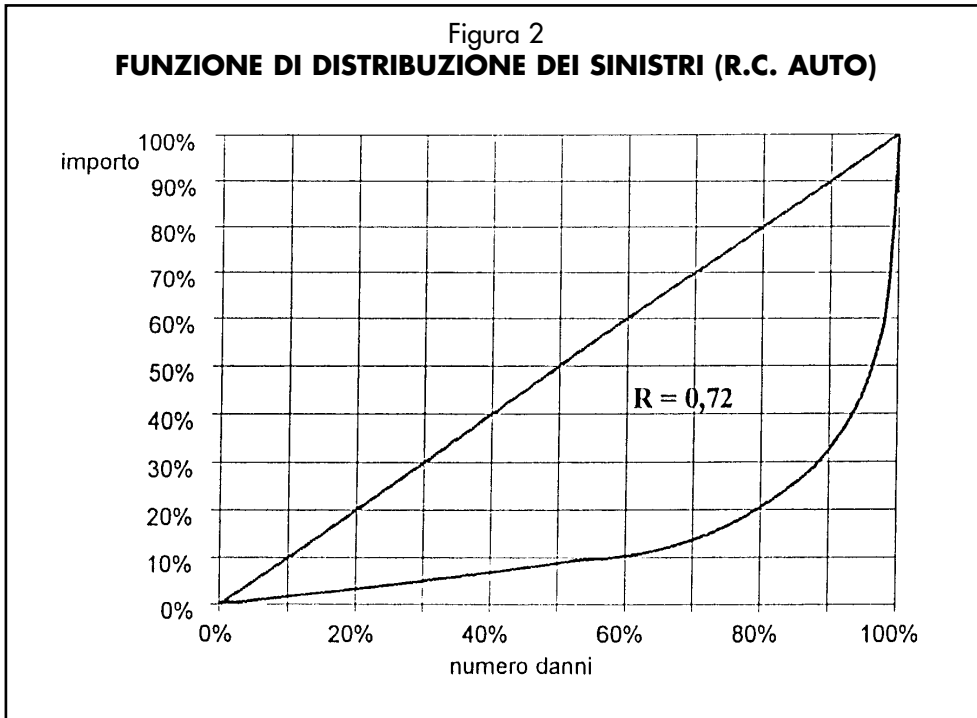
Nella figura 2 che segue, è riportata invece la funzione di distribuzione del Ramo R.C. Auto e dal confronto appare evidente la maggiore concentrazione del rischio medico sui danni elevati.

Una ulteriore rilevante caratteristica di questo rischio è il gravissimo ritardo con il quale vengono formulate, da parte dei danneggiati, le richieste di risarcimento nei confronti del civilmente responsabile e da questi girate alle compagnie di assicurazione.

Tale fenomeno, che trova la sua origine nella non contestualità fra comportamento colposo ed emergenza del danno ove il processo di formazione del sinistro è articolato in più fasi (fatto causativo del danno, emergenza del danno, accertamento del danno, denuncia all'assicuratore e liquidazione) è ulteriormente esasperato dalle evoluzioni giurisprudenziali che, inquadrando la responsabilità civile del medico nell'area contrattuale, consentono al danneggiato di agire entro termini prescrizione decennali.

Nella figura 3, è stata evidenziata l'evoluzione (tratta dallo stesso campione) delle denunce non tardive e tardive (i così detti IBNR), al netto degli annullamenti, relative a sinistri accaduti nell'esercizio 1991 pervenuti fino al 31 dicembre 1996. Il "trend" del diagramma (fatto eguale a 100 il numero della denunce non tardive) lascia chiara-





mente intendere che il fenomeno delle denunce tardive non si esaurirà al quinto anno, ma è destinato a proseguire ben oltre, posto che il termine prescrizione (cinque o dieci anni) non decorre dalla data del fatto colposo, bensì dal momento in cui il danneggiato ne è venuto a conoscenza per cui, se si considera che l'assicurato a sua volta può avvalersi di un termine prescrizione di un anno per comunicare alla compagnia il sinistro, si ha un'idea del lasso di tempo che può trascorrere fra la data del fatto e la denuncia del sinistro.

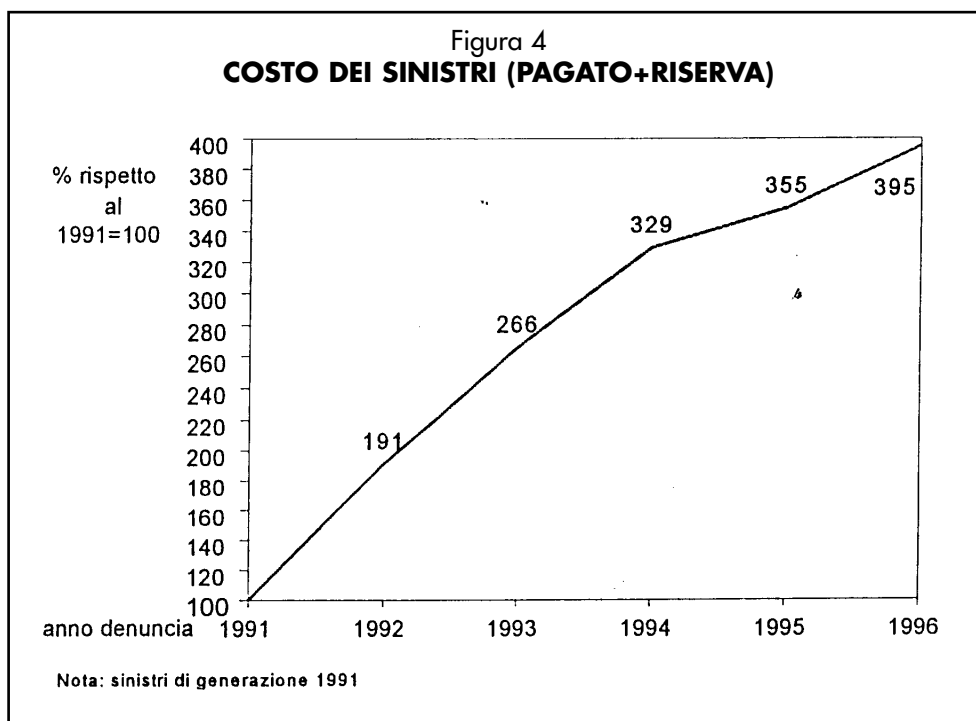
Un'altra caratteristica da sottolineare è l'evoluzione nel tempo del costo dei sinistri.

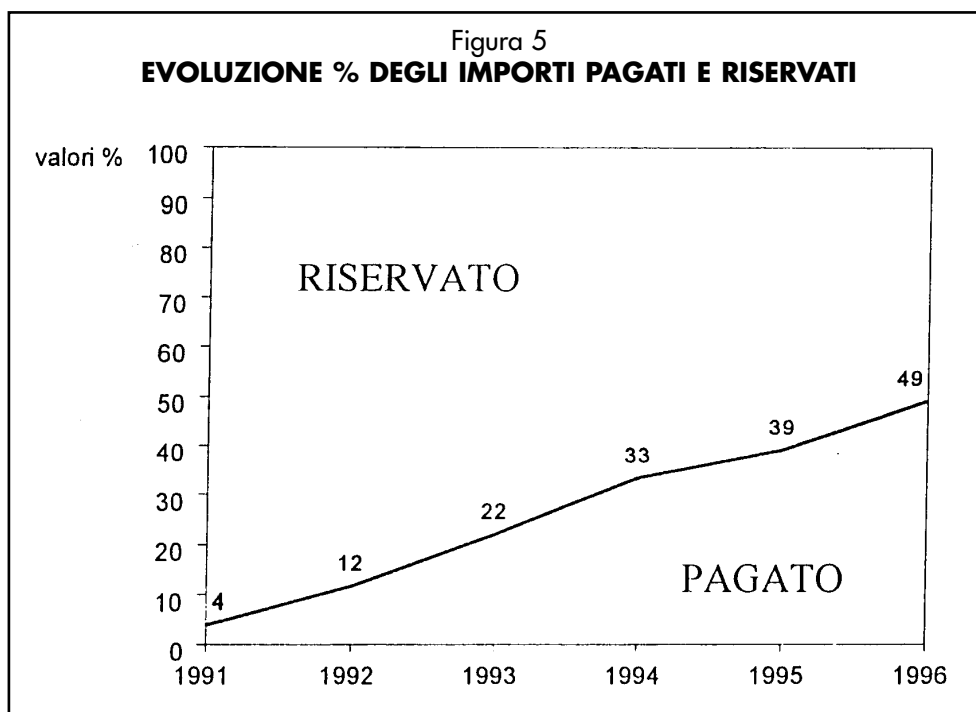
La figura 4 evidenzia come, fatto eguale a 100 il costo della generazione a fine 1991 per i sinistri accaduti in tale anno, esso si sia quasi quadruplicato alla fine del quinto anno.

Le ragioni di tale imponente aumento dei costi sono da farsi risalire in primo luogo ai sinistri tardivi (ovviamente di costo medio più elevato), in secondo luogo alle incertezze in ordine alla gravità delle lesioni subite dai pazienti che possono consolidarsi in tempi lunghi ed in termini negativi inaspettati, in terzo luogo all'incidenza dell'inflazione generale sui prezzi ed infine agli atteggiamenti dei tribunali sempre più inclini a riconoscere risarcimenti elevati.

Un'ultima osservazione che vale la pena di fare è quella dell'incidenza nel tempo dei sinistri pagati su quelli riservati accaduti nell'anno 1991 (fig.5), dalla quale emerge come alla fine del quinto anno restino da pagare sinistri per un importo a riserva superiore a quelli pagati.

Anche tale risultato si può facilmente spiegare con i tempi necessari per il conse-





guimento della guarigione, accertamento dei postumi, accertamento delle responsabilità, quantificazione del danno, procedure tutt'altro che semplici per ognuna delle quali vengono richiesti tempi non brevi, specie quando vi siano ricorsi all'autorità giudiziaria.

La stessa costituzione a riserva, sia dei sinistri già accaduti sia di quelli tardivi, costituisce di per sé una operazione aleatoria, non solo per le incertezze di ordine medico legate alla patologia, ma anche e forse soprattutto, per l'incidenza dei cambiamenti negli orientamenti della giurisprudenza che possono aggravare sia la frequenza quanto il costo medico dei sinistri.

Sotto tale punto di vista i criteri per la costituzione delle riserve, comprese quelle per i sinistri tardivi, dettati dalla recente normativa in materia di conti annuali e consolidati delle imprese di assicurazione, non sembrano tenere nel debito conto l'importanza del "rischio giuridico" nel Ramo R.C. Generale, ove la valutazione del "costo ultimo" di ogni singolo danno può rivelarsi una pura esercitazione accademica, sterile di risultati concreti, tali e tanti sono i fattori imponderabili che possono entrare in gioco.

Per tutti valga un esempio: recentemente il Tribunale di Milano ha condannato un ospedale ed un gruppo di medici in vario modo coinvolti, a risarcire in solido il danneggiato (ragazzo quindicenne reso inabile al 100%) ed i suoi familiari per il danno morale e lucro cessante (stabilito in via equitativa) per un importo di circa sette miliardi e mezzo per errori commessi nel 1989. Come poteva essere previsto nel 1989 un "costo ultimo" di tale entità?

Ma, più severi criteri di imputazione della responsabilità civile e di calcolo di certe

voci di danno (vedasi ad esempio il danno biologico) conseguenti agli orientamenti delle corti possono avere effetti dirompenti sulla stock di riserve sinistri, eventualità questa di cui si deve necessariamente tener conto in sede di formulazione delle tariffe, destinando il corrispondente caricamento ad alimentare una specifica riserva danni.

Per tali motivi a noi sembra che la costituzione delle riserve nel Ramo R.C. Generale debba seguire una metodologia propria, dati i troppo numerosi fattori che incidono sulle previsioni. Dai tratti del rischio che abbiamo sopra delineato, ci sembra che emergano con sufficiente chiarezza le peculiarità di questa classe di affari, peculiarità che si traducono in un non facile approccio tariffario.

3. LA TARIFFAZIONE DEL RISCHIO DELLA RESPONSABILITÀ CIVILE MEDICA

La grande maggioranza delle prestazioni mediche potenzialmente all'origine di sinistri, viene oggi svolta nell'ambito di strutture pubbliche e private, fenomeno questo che ha dato origine alla spersonalizzazione del rapporto fra medico e paziente cui sopra si è fatto cenno, che induce gli assicuratori a considerare la responsabilità civile medica come un fenomeno unitario, non scindibile nella componente relativa alla responsabilità civile professionale propriamente detta ed in quella delle strutture nelle quali le prestazioni mediche vengono erogate.

Preciando dalle dimensioni della base statistica disponibile, una corretta tariffazione del rischio medico, al pari di ogni altro rischio, deve prendere le mosse da una ipotesi probabilistico-attuariale del fenomeno aleatorio in esame, sulla base della quale sono state individuate le tipologie dei dati statistici necessari.

Il presupposto per un corretto procedimento a regime per il calcolo del premio è il seguente modello: ipotesi attuariale \neq base statistica \neq tariffazione che deve essere costantemente aggiornata sulla base dei risultati o di altri elementi di valutazione dei quali parleremo in seguito.

Come in ogni altra assicurazione danni, l'ipotesi attuariale di base da prendere in considerazione è la combinazione fra il costo medio atteso dei sinistri e la frequenza che, nel caso particolare, potrà essere riferita a parametri rappresentativi del rischio quali: giornate degenza, posti letto, numero dei medici, retribuzioni.

Al pari di ogni altro contratto assicurativo le prestazioni dell'assicuratore per i risarcimenti verso terzi sono rappresentati da un flusso di cassa aleatorio in uscita e, come abbiamo visto sopra, proiettato su un orizzonte temporale molto ampio. A fronte di tale flusso di cassa vi è una prestazione certa ed immediata (premio) del contraente a favore dell'assicuratore.

Lo sfasamento temporale fra le due prestazioni (nelle tabelle di cui sopra abbiamo evidenziato la rilevanza di tale fenomeno) determina una dinamica che, nel caso dell'assicurazione di responsabilità civile dei rischi sanitari, è estremamente complessa e richiede che si tengano presenti in sede di tariffazione, una serie di fattori fra i quali ricordiamo i più importanti:

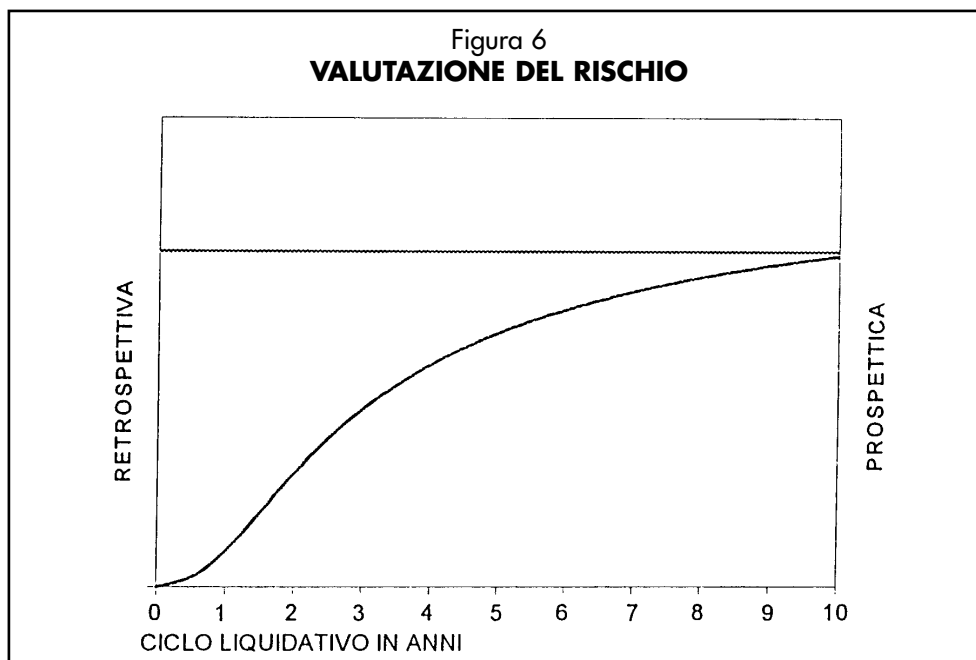
- Dimensioni della struttura
- Mix qualitativo della struttura
- Costo medio dei sinistri

- Frequenza
- Informazioni sulla rischiosità individuale

La disponibilità temporale di informazioni su quasi tutti i suddetti fattori, salvo il primo, è incerta e ambigua quant'altri mai. In particolare:

- Per il secondo fattore abbastanza difficile si presenta il mantenimento del mix qualitativo della struttura nel tempo, mix che può evolvere in termini negativi ai fini della valutazione del rischio
- Per il terzo fattore estremamente arduo è trovare la corrispondenza fra l'ipotesi tariffaria del costo dei sinistri e quella riscontrata a consuntivo; possono infatti influenzare il costo finale dei sinistri sia l'inflazione generale dei prezzi, sia, ed ancora più, l'inflazione propria dei risarcimenti che può essere determinata da una tendenziale crescita dei redditi individuali superiore allo standard dell'inflazione e da criteri di valutazione dei danni improntati a principi equitativi di maggior severità verso i responsabili del danno
- Per il quarto fattore non meno arduo è verificare se l'ipotesi tariffaria circa la frequenza sia stata di fatto conseguita in via consuntiva a causa degli interventi giurisprudenziali che, orientati in senso più favorevole ai danneggiati, possono aver determinato un maggior numero di sinistri rispetto a quelli previsti
- Quanto al quinto fattore, cioè quello relativo alla rischiosità individuale, è appena il caso di sottolineare come esso possa profondamente cambiare in ragione di nuovi assetti organizzativi della struttura ospedaliera e delle politiche di budget.

Dalle considerazioni fin qui fatte appare evidente che la valutazione di un rischio di responsabilità civile sanitario deve tenere forse in maggior conto fattori prospettici del rischio rispetto a quelli retrospettivi.



Nella figura 6 è stata raffigurata graficamente la quota di valutazione del rischio in funzione retrospettiva o prospettica a seconda della lunghezza del ciclo liquidativo.

È di tutta evidenza che quanto più breve è il ciclo liquidativo (short tail), tanto più sono significativi i dati statistici. Mano a mano che il ciclo liquidativo si allunga (long tail) la valutazione del rischio deve essere riservata in prevalenza a valutazioni prospettiche tendendo a sfumare la significatività di quelle statistiche.

4. QUALE FUTURO PER L'ASSICURAZIONE DELLA RESPONSABILITÀ CIVILE MEDICA?

La sintesi di quanto sopra esposto potrebbe indurre a ritenere che non vi sia spazio per l'assicurazione del rischio della responsabilità civile medica, che sembra a qualcuno aver superato i limiti dell'assicurabilità, a meno di non voler entrare in una spirale perversa nella quale premi sempre più elevati inseguono, senza mai raggiungerli, costi crescenti.

Prima di arrivare a questa conclusione, frustrante dal punto di vista professionale, occorre a nostro avviso riflettere preliminarmente su quale sia la funzione della responsabilità civile nel sistema giuridico ed economico moderno, poiché soltanto così si potrà conoscere il ruolo da assegnare all'assicurazione.

Se si osserva lo sviluppo storico del diritto vigente e della giurisprudenza in materia di responsabilità civile, si percepisce una linea di tendenza - che peraltro accomuna il nostro ad altri paesi ad economia avanzata, alcuni dei quali, come gli Stati Uniti d'America, ci hanno preceduti di qualche decennio su questo percorso - che porta ad utilizzare la responsabilità civile non solo come strumento di risarcimento dei danni, ma anche come mezzo funzionale per ridurre e prevenire i costi delle diseconomie riconducibili all'azione umana che, per una serie di fattori sociali, etici e culturali, una parte crescente dei cittadini non è più disposta a sopportare che cada sui singoli che ne vengono colpiti.

La strada è quella dell'internazionalizzazione del costo delle responsabilità civili in capo a coloro i quali hanno prodotto il rischio, conseguendo con ciò un duplice risultato: il soggetto responsabilizzato (produttore di beni od erogatore di servizi) è in genere economicamente più attrezzato per sopportare le conseguenze economiche dei danni arrecati a terzi che a lui vengono imputati; attraverso un adeguato aumento del prezzo dei prodotti o dei servizi egli può ammortizzare il costo della responsabilità civile o trasferirlo ad un soggetto istituzionale quale l'assicuratore; egli, inoltre, è in grado di prevenire i danni, padroneggiando meglio di chiunque altro il rischio da lui prodotto, perchè meglio conosciuto.

L'obiettivo della "internazionalizzazione" del rischio in altri paesi (vedasi Stati Uniti d'America) è raggiunto in modo brusco attraverso il passaggio dai principi della responsabilità per colpa alla "strict liability".

Nel nostro paese, invece, si è seguita una strada più graduale, legislativa e giurisprudenziale, che si è mossa su vari livelli come la riduzione delle cause di esenzione dalla responsabilità, la dilatazione delle ipotesi di responsabilità presunta, aggravata ed oggettiva, nuove ipotesi di causalità sempre meno stretta fino ad arrivare alla responsabilità per rischio.

L'obiettivo di prevenzione e di deterrenza viene perseguito sia attraverso l'esplici-

to riconoscimento della funzione sanzionatoria di certe figure di danno (vedasi i “punitive damages” negli Stati Uniti d’America od il risarcimento dei danni puri ambientali previsti dall’articolo 18 della legge istitutiva dell’ambiente) sia attraverso la valorizzazione dei danni patrimoniali riservati all’equo apprezzamento del giudice, che nella loro determinazione deve tener conto anche del grado di colpa del responsabile.

Appare evidente come l’assicurazione della responsabilità civile, nata in un contesto economico e sociale che privilegiava il principio della colpa per tutelare da un danno ingiusto i beni supremi della vita, dell’integrità fisica e della proprietà, si deve ora confrontare con un quadro di riferimento radicalmente cambiato, nel quale viene assegnato all’istituto delle responsabilità civili una funzione non solo risarcitoria del bene salute e dei beni materiali, ma anche di tutela dei diritti della personalità in senso lato, di sanzione e prevenzione

Di qui la necessità di collegare più strettamente l’assicurazione alla prevenzione, in quanto la funzione dell’assicurazione non può entrare in conflitto con l’interesse generale di minimizzare il costo sociale della responsabilità civile nel suo complesso, come sommatoria dei costi della prevenzione e quelli del risarcimento in un mix ottimale.

Ma, prescindendo da queste considerazioni teoriche, occorre prendere atto che il costo della responsabilità civile medica e della relativa assicurazione è cresciuto negli ultimi anni in modo vertiginoso e, nel medio/breve termine, non si intravedono i segnali di un’inversione di tendenza. Se l’evoluzione di questa branca della responsabilità civile seguirà le regole evolutive sperimentate in altri paesi, non vi è dubbio che l’assicurazione sia destinata ad essere sempre più costosa.

L’unica alternativa praticabile è quella di introdurre, anche nell’attività medica, metodologie di risk management, in modo tale per cui all’assicurazione venga riservato un ruolo di copertura degli eventi altrimenti non eliminabili attraverso la prevenzione.

Problema questo di non facile soluzione, in quanto il rischio relativo all’attività medica non è statico, come ad esempio l’assicurazione di cose, ma per sua natura è fortemente dinamico in quanto legato al progresso della scienza medica, alle soluzioni organizzative ed all’evoluzione del diritto.

A tale riguardo ricordo che il risk management è una funzione aziendale cui spetta il compito di identificare, valutare, gestire e sottoporre a controllo economico i rischi aziendali che possono rappresentare una minaccia per il patrimonio dell’azienda.

All’identificazione dei rischi necessita in primo luogo la gestione del fabbisogno informativo di tutte le attività aziendali.

A tale riguardo quanto mai prezioso potrebbe essere il contributo d’informazione delle compagnie di assicurazione associate all’ANIA che potrebbero riversare sulle strutture assicurate il loro patrimonio informativo raccolto su buona parte di quanto avviene in Italia in tema di sanità.

La valutazione dei rischi consegue alla loro identificazione che può essere anch’essa arricchita dal contributo informativo offerto dai dati raccolti in sede associativa.

Gestire un rischio sanitario vuol dire realizzare una prevenzione che deve muoversi su tre livelli fra loro correlati: quello organizzativo, quello legale e quello medico.

Accenneremo brevemente ad alcuni aspetti che potrebbero essere oggetto di una più attenta gestione e controllo all’interno delle strutture sanitarie:

- Organizzazione del servizio e controllo delle attrezzature tecnologiche
- Modalità e forma dell’assolvimento del “consenso informato”

- Modalità e forma della redazione della cartella clinica, strumento fondamentale ai fini della “tracciabilità” delle cure erogate
- Adozione dei “protocolli sanitari” più aggiornati e loro evidenziazione nella “cartella clinica”; sappiamo certamente che i protocolli sanitari non rappresentano l’espressione più avanzata della scienza medica, tuttavia essi possono costituire la prova che nel caso concreto sono stati adottati i criteri di cura generalmente accettati; negli Stati Uniti d’America, ove il problema della malpractice ha raggiunto dimensioni drammatiche, l’obbligo di adottare i protocolli sanitari imposti dagli assicuratori ha arrestato, ed in qualche caso ridotto, la crescita del costo dei risarcimenti
- Individuazione negli ospedali e nelle case di cura di strutture medico-legali che seguano in modo professionale il contenzioso nascente da pretesi errori medici.

Affinchè queste misure di prevenzione siano efficienti ai fini del contenimento dei risarcimenti corrisposti dagli assicuratori, occorre che formino oggetto di analisi preventiva ed in qualche modo inseriti negli strumenti contrattuali: proposta e polizza di assicurazione.

Quanto a quest’ultima dovrà essere oggetto di profonda revisione nel suo impianto normativo al fine di prendere atto di una situazione di diritto profondamente mutata e delle caratteristiche del rischio che sopra abbiamo evidenziato: ad esempio allorché si assicurano le strutture sanitarie pubbliche non sarà più possibile rinunciare all’azione di rivalsa nei confronti del dipendente (sanitario o non) civilmente responsabile per colpa grave (oltre che per dolo).

Anche per dare certezza all’assicurato in ordine all’entità del massimale garantito, che in presenza di sinistri tardivi potrebbe risultare fortemente svalutato, sarà necessario ridefinire il periodo temporale di validità dell’assicurazione, passando dall’attuale formula “occurrence” a quella “claims made”, con validità quindi dell’assicurazione per le richieste di risarcimento pervenute all’assicurato durante il periodo di validità del contratto e relativa a fatti accaduti nello stesso periodo od in periodi antecedenti predeterminati (retroattività di uno o due anni).

Certamente questa non è una panacea per i problemi dell’assicurazione della responsabilità civile medica in quanto se da un lato si riducono i sinistri tardivi, dall’altro si deve far fronte alla non meno grave incognita dei sinistri latenti.

Il premio di assicurazione dovrà essere più attentamente parametrato al rischio individuale, sia sotto il profilo oggettivo che soggettivo, senza escludere forme di penalizzazione o di benefici legati alla sinistrosità.

Infine, ci permettiamo di segnalare che, in luogo del risarcimento dei danni sotto forma di capitale, potrebbero essere riconosciuti risarcimenti (almeno parziali) sotto forma di rendita rivalutabile nei casi di gravi conseguenze invalidanti, specie nei bambini e negli anziani, prassi questa molto diffusa negli Stati Uniti d’America (principio, questo, conforme al dettato dell’art. 2057 Codice Civile che meriterebbe di essere rivalutato applicativamente).

Ricordiamo che la rendita potrebbe essere erogata attraverso la stipulazione di un’apposita polizza con un compagnia che gestisce il Ramo Vita, o direttamente dall’assicuratore della responsabilità civile in conformità ad una specifica norma prevista dalla “Direttiva Conti” (art. 33, punto 6).

Mentre stavamo predisponendo queste note è stato approvato dal Consiglio dei

Ministri un disegno di legge di riforma degli ordini dei medici che prevede l'istituzione di collegi arbitrali per l'accertamento della responsabilità e la determinazione dei risarcimenti dovuti per errori professionali.

Nulla possiamo dire allo stato attuale sui tempi ed i modi di approvazione di questo disegno di legge. Certamente la soluzione arbitrale può evitare la lunghezza dei processi civili e potrebbe essere salutata con favore in quanto è presumibile che il collegio venga costituito con persone competenti per gli argomenti trattati.

Non sappiamo se il ricorso a tali collegi sarà obbligatorio o più semplicemente facoltativo, nel qual caso i vantaggi sarebbero estremamente ridotti ed infine se sarà una norma costituzionalmente corretta. In ogni caso, nell'ambito di tali collegi arbitrali, l'assicuratore della responsabilità civile dovrà essere necessariamente rappresentato quale obbligato a tenere indenne l'assicurato dai risarcimenti da lui dovuti.

Non ci nascondiamo che il mercato assicurativo è orientato verso un aggravamento tariffario delle coperture assicurative degli operatori sanitari. Tuttavia è auspicabile che da questa fase innegabile di crisi possa nascere una convergenza d'interesse fra i due partner nel ricercare insieme, attraverso la prevenzione, la strada per il contenimento dei costi.

Bibliografia

1. BUSNELLI F., ZANA M.: *Medical responsibility in Italy*, in *Medical responsibility in Western Europe*, Springer-Verlag - Berlin - HEIDELBERG, 1985: 361
2. CIAN G., TRABUCCHI A.: *Commentario breve al codice civile*, Padova, 1992
3. LUVONI R., MANGILI F., BERNARDI L.: *Guida alla valutazione medico legale del danno biologico e dell'invalidità permanente. Responsabilità civile, infortunistica del lavoro e infortunistica privata*, Milano, 1990
4. MARTINI P., GABRIELLI M.: *L'evoluzione dottrinale e giurisprudenziale della responsabilità medica*, Zacchia, 1985: 155
5. NORELLI G.A.: *Sul divenire della responsabilità in ambito sanitario. Note medico legali*, Riv. it. med. meg., VII, 1985: 782

2. NOZIONI GENERALI SULLE POLIZZE DI RESPONSABILITÀ CIVILE

L. M. Daleffe, F. Montagna

La copertura assicurativa della responsabilità professionale è oggi da considerarsi necessario presupposto ad un esercizio professionale sicuro e sereno poiché nell'esercizio dell'attività professionale il dentista è esposto alla domanda di risarcimento danni da parte del paziente per molteplici motivi: incidenti, errori, contestazioni sulla correttezza delle cure o congruità delle spese più o meno motivate.

Il contratto permette di fare intervenire nel contenzioso tra dentista e paziente, un terzo soggetto rappresentato dalla Società Assicuratrice con lo scopo di mantenere indenne (manlevare) il civilmente responsabile da quanto questi sia chiamato a pagare.

Il dentista dipendente da un ente pubblico è assicurato attraverso la struttura e non necessita di assicurazioni individuali nel caso non eserciti attività libero-professionale; la responsabilità è definita strutturale ed il sanitario risponde civilmente per responsabilità extracontrattuale indipendentemente dal grado della colpa, per responsabilità contrattuale solo nel caso di colpa grave.

Il libero professionista, invece, necessita di una copertura assicurativa complessa poiché risponde economicamente in prima persona del proprio operato a titolo di responsabilità contrattuale ed extracontrattuale; da tale situazione deriva la necessità di disporre di adeguate coperture assicurative e di essere in grado di valutarne la validità in base al maturare delle proprie necessità e la disamina dei prodotti disponibili sul mercato.

In ogni caso rimangono escluse le responsabilità penale, amministrativa e disciplinare; in particolare i comportamenti conseguenti a dolo sono esclusi dalla copertura assicurativa (art. 1900 c.c. *Sinistri cagionati con dolo o con colpa grave dell'assicurato o dei dipendenti*; art. 1917 c.c. *Assicurazione della responsabilità civile*) in quanto la responsabilità penale è personale (art. 27 Cost.).

1. IL CONTRATTO ASSICURATIVO IN GENERALE

Sono premesse alcune norme del Codice Civile che regolano le assicurazioni in generale ed i contratti assicurativi per danni disciplinando i molteplici obblighi reciproci tra assicurato ed assicuratore.

I prossimi tre punti costituiscono norme che regolano l'assicurazione generale; i punti successivi sono norme che regolano la responsabilità civile.

a) Dichiarazione relative alle circostanze del rischio

Le dichiarazioni inesatte o le reticenze del contraente o dell'assicurato relative a circostanze che influiscono sulla valutazione del rischio, possono comportare perdita totale o parziale del diritto all'indennizzo nonché la stessa cessazione dell'assicurazione (art. 1892 c.c. *Dichiarazione inesatte o reticenze con dolo e colpa grave*; art

1893 c.c. *Dichiarazioni inesatte e reticenze senza dolo e colpa grave*; art. 1894 c.c. *Assicurazione in nome o per conto di terzi*).

b) Aggravamento del rischio

L'Assicurato deve dare comunicazione di ogni aggravamento del rischio; situazioni non note alla Società o non accettate possono comportare la perdita totale o parziale del diritto all'indennizzo o la cessazione dell'assicurazione (art. 1898 c.c. *Aggravamento del rischio*).

c) Diminuzione del rischio

Nel caso di diminuzione del rischio la Società è tenuta a ridurre il premio e le rate successivi alla comunicazione dell'assicurato (art. 1897 c.c. *Diminuzione del rischio*).

d) Obblighi dell'assicurazione

L'assicurazione è tenuta a fronte del pagamento di un premio e nei limiti del massimale stabilito dal contratto a risarcire al danneggiato la cifra dovuta dall'assicurato (art. 1905 c.c. *Limiti del risarcimento*; art. 1917 c.c. *Assicurazione della responsabilità civile*).

e) Altre assicurazioni

L'Assicurato ha l'obbligo di comunicare alla Società l'esistenza di altre assicurazioni per il medesimo rischio; in caso di sinistro deve avvertire tutti gli Assicuratori indicando a ciascuno il nome degli altri (art. 1910 c.c. *Assicurazione presso diversi assicuratori*).

f) Obblighi dell'assicurato in caso di sinistri

In caso di sinistro l'assicurato deve darne avviso alla società entro tre giorni dal fatto o non appena ne ha avuto conoscenza (art. 1913 c.c. *Avviso all'assicuratore in caso di sinistro*).

L'inadempimento può comportare la perdita parziale o totale del diritto all'indennizzo (art. 1915 c.c. *Inadempimento dell'obbligo di avviso o di salvataggio*).

g) Sinistri cagionati con dolo e colpa grave

I danni derivanti da dolo e colpa grave sono esclusi, salvo specifiche clausole o patto contrario per i casi di colpa grave (art. 1900 c.c. *Sinistri cagionati con dolo o con colpa grave dell'assicurato o dei dipendenti*).

h) Diminuzione del danno

L'assicurato ha l'obbligo di diminuire o evitare il danno per quanto gli è possibile e le spese sono a carico dell'assicuratore (art. 1905 c.c. *Limiti del risarcimento*).

i) Aspetti della assicurazione per responsabilità civile

La Compagnia ha il diritto di gestire la lite (patto di gestione di lite) che consiste nella facoltà di: nominare il legale ed il consulente tecnico; chiudere il sinistro pagando il danneggiato.

Le spese legali sono a carico dell'assicuratore nei limiti di un quarto della somma assicurata, in proporzione al rispettivo interesse salvo nei casi eccedenti tale cifra (art. 1917 c.c. *Assicurazione della responsabilità civile*).

l) Surrogazione

L'assicuratore ha diritto di surrogare l'assicurato nei suoi diritti di rivalsa verso terzi responsabili (art. 1916 c.c. *Diritto di surroga dell'assicurato*); rappresentano eccezione le cifre dovute dal terzo responsabile all'assicurato per danno biologico (Corte Costituzionale Sent. 356 del 18 luglio 1991).

m) Danni causati da dipendenti

Nel contratto assicurativo sono compresi i danni da sinistro causati dall'assicurato, dalle persone di cui deve rispondere, dai dipendenti (art. 1900 c.c. *Sinistri cagionati con dolo o con colpa grave dell'assicurato o dei dipendenti*; art. 2049 c.c. *Responsabilità dei padroni e dei committenti*).

2. LA POLIZZA PER RESPONSABILITÀ PROFESSIONALE

La maggior parte dei contratti assicurativi presentano caratteristiche comuni ed in questo capitolo cercheremo di fornire una guida all'utente per analizzare le proprie necessità, individuare i requisiti ed i limiti che devono essere verificati.

2.1 Oggetto dell'assicurazione e individuazione del rischio

È il presupposto essenziale del contratto assicurativo per cui tipo ed entità del rischio deve essere espressamente indicato dalla polizza.

Nel nostro caso la nozione si riferisce alla responsabilità civile per danni derivanti a terzi (pazienti) dall'esercizio dell'attività professionale.

La Società si obbliga a tenere indenne l'assicurato da ogni somma che questi sia tenuto a pagare quale civilmente responsabile a titolo di risarcimento di danni causati da esso assicurato o persone per le quali e con le quali debba rispondere: capitale, interessi e spese, spese di difesa entro il limite dell'art. 1917 c.c. *Assicurazione della responsabilità civile*.

Ricordiamo infine che la maggior parte delle polizze assicurative per responsabilità professionale odontoiatrica riconosce il risarcimento limitatamente al danno biologico.

In particolare nel campo protesico non è coperto da garanzia assicurativa il risarcimento economico per protesi scorrette che non abbiano determinato lesioni e per le quali il risarcimento previsto sia limitato alla restituzione della parcella; è riconosciuto invece il pagamento di una protesi che serva ad emendare una menomazione (ad esempio perdita di un dente).

In pratica la maggior parte delle polizze copre le spese protesiche solo nel caso tale importo serva ad emendare il danno biologico (perdita di denti, lesioni) e rimangono escluse le spese per protesi in assenza di danno biologico nelle quali, sussistendo il solo danno economico, è ipotizzabile il risarcimento con la sola restituzione della parcella da parte del professionista.

Implantologia e danno estetico devono essere esplicitamente indicati poiché rappresentano un aumento dell'entità del rischio a cui deve essere proporzionata l'entità del premio.

In caso di variazione o estensione dell'attività con aggravamento del rischio è importante dare tempestivo avviso e rinegoziare premio, massimale assicurativo, franchigia.

2.2 I soggetti assicurati

Le polizze per la responsabilità professionale prevedono la copertura per danni al paziente durante il legittimo esercizio della professione derivanti dall'esercizio della terapia; la copertura è limitata all'attività verso terzi (pazienti), essendo esclusi familiari o affini conviventi.

Una valida polizza deve prevedere la garanzia per danni procurati da tutto il personale dello studio per responsabilità contrattuale, extracontrattuale ed oggettiva:

- dentista titolare dello studio.
- terzi professionisti (collaboratori e sostituti)
- personale dipendente o ausiliario (igieniste dentali, assistenti non qualificate, odontotecnici) per attività non esorbitanti i compiti per cui sono abilitati.

Non sono risarcibili da polizza di responsabilità professionale i danni prodotti alle seguenti persone:

- coniuge, genitori, figli dell'assicurato e qualsiasi altro parente od affine con lui convivente dell'assicurato
- legale rappresentante, socio a responsabilità illimitata, amministratore e loro parenti nel caso l'assicurato non sia persona fisica
- dipendenti dell'assicurato per danni riportati a seguito di infortuni sul lavoro.

2.3 Limiti di indennizzo

Il massimale indicato in polizza rappresenta il limite di risarcimento a carico della Società per ogni sinistro e per anno assicurativo, indipendentemente dal numero di sinistri verificatisi.

È importante che il massimale sia adeguato.

2.4 Cessazione del rapporto assicurativo

L'assicurazione ha valore solo in presenza del possesso dei requisiti giuridici richiesti per l'esercizio dell'attività professionale (laurea, abilitazione, iscrizione all'Ordine) non essendo legittimabili patti per esercenti abusivi; anche la perdita transitoria del diritto all'esercizio (sospensione dall'ordine) causa la caduta della copertura assicurativa.

A tale proposito si ricorda che il mansionario delle igieniste dentali è descritto dal D.M.26-1-1988 n. 30 (Identificazione di figure professionali) e che le assistenti alla poltrona attualmente nella maggior parte degli studi professionali svolge un mansionario esorbitante la loro figura giuridica.

2.5 Divergenza tra assicurato e assicuratore

In caso di divergenza fra le parti sulla natura dell'errore professionale, sull'ammissibilità del risarcimento e sulla interpretazione delle norme che regolano il contratto nelle polizze è previsto l'arbitrato.

L'arbitrato si svolge attraverso un collegio composto da tre arbitri: ciascuna delle parti nomina il suo arbitro; il terzo è nominato dai primi due ovvero, in caso di disaccordo dal Presidente dell'Ordine dei Medici al quale è iscritto l'assicurato. Ciascuna delle parti risponde delle spettanze del proprio arbitro e della metà di quelle del terzo arbitro. Il collegio arbitrale ha il diritto di pretendere dalle parti ogni necessaria informazione e di effettuare audizioni e di testi e ispezioni; le decisioni del collegio arbitrale sono prese a maggioranza di voti, con dispensa di ogni formalità di legge, e sono obbligatorie per le Parti anche se uno dei suoi componenti si rifiuta di firmare il relativo verbale.

È importante ricordare la recente evoluzione giuridica riportata dal Codice Civile in materia assicurativa poiché può risultare importante nei casi di conflitto d'interessi con l'assicurazione derivante dalla interpretazione di clausole di polizza.

In linea generale tutte le norme di carattere vessatorio vengono dichiarate nulle nel capo XV° bis Dei Contratti Del Consumatore aggiunto in base all'art. 25 della L. 6 Febbraio 1996, n. 52 e sostanziato dagli art. 1469 bis *Clausole vessatorie nel contratto tra professionista e consumatore*; art. 1469 ter c.c. *Accertamento della vessatorietà delle clausole*; art. 1469 quater c.c. *Forma e interpretazione*; art. 1469 quinquies c.c. *Inefficacia*; art. 1469 sexies c.c. *Azione inibitoria*.

L'art. 1469 quater c.c., II° comma *Forma e interpretazione* "in caso di dubbio sul senso di una clausola prevale l'interpretazione più favorevole al consumatore".

L'art. 1370 c.c. *Interpretazione contro l'autore della clausola* "Le clausole inserite nelle condizioni generali di contratto o in moduli e formulari predisposti da uno dei contraenti si interpretano, nel dubbio, a favore dell'altro".

L'arbitrato rituale prevede che la decisione sia un atto scritto (lodo arbitrale) depositato presso la Cancelleria del Tribunale; il numero di arbitri è dispari e la decisione è presa a maggioranza; non è normalmente impugnabile ad eccezione dei casi di nullità, revocazione o opposizione di terzo (art. 827 c.p.c. *Mezzi di impugnazione*; art. 828 c.p.c. *Impugnazione per nullità*; art. 829 c.p.c. *Casi di nullità*; art. 830 c.p.c. *Decisione sull'impugnazione per nullità*; art. 831 c.p.c. *Revocazione ed opposizione di terzo*).

L'arbitrato irrituale è una procedura utilizzata per regolare eventuali controversie riguardanti specifici aspetti del contratto in materia assicurativa in caso di interpretazioni contrastanti di clausole di polizza.

In caso di controversie di natura medica sull'indennizzabilità del sinistro, le Parti si obbligano a conferire, per iscritto, mandato di decidere, a norma e nei limiti delle condizioni di polizza, ad un collegio di tre medici nominati uno per parte ed il terzo dalle Parti di comune accordo o, in caso contrario, dal presidente del Consiglio dell'Ordine dei Medici avente giurisdizione nel luogo dove deve riunirsi il collegio medico.

Il Collegio medico risiede nel comune, sede di Istituto di Medicina Legale, più vicino al luogo di residenza dell'Assicurato.

Ciascuna delle Parti sostiene le proprie spese e remunera il medico da essa designato, contribuendo per la metà delle spese e competenze del terzo medico.

Le decisioni del Collegio medico sono prese a maggioranza di voti, con dispensa da ogni formalità di legge, e sono vincolanti per le Parti, le quali rinunciano fin d'ora a qualsiasi impugnativa salvo i casi di violenza, dolo, errore o violazione di patti contrattuali.

I risultati delle operazioni arbitrali devono essere raccolti in apposito verbale, da redigersi in doppio esemplare, uno per ognuna delle Parti.

Le decisioni del Collegio medico sono vincolanti per le parti anche se uno dei medici si rifiuta di firmare il relativo verbale; tale rifiuto deve essere attestato dagli arbitri nel verbale definitivo.

2.6 Cessazione dell'attività

Nel caso di cessazione dell'attività è opportuno mantenere in vigore l'assicurazione relativa ad errori ed omissioni compiuti fino a quel momento per un congruo periodo di tempo; infatti interrompere il pagamento significa rinunciare alla copertura assicurativa. Alcune assicurazioni a tale scopo prevedono premi ridotti per prolungare la garanzia e/o fissano un limite temporale entro cui permane attiva la copertura dal momento della cessazione del contratto.

2.7 Comunicazione del sinistro

Comunicare alla compagnia il sinistro entro tre giorni dalla data in cui si è verificato l'evento o dal momento in cui ne è venuto a conoscenza, rispettando le modalità di notificazione (art. 1913 c.c. *Avviso dell'assicuratore in caso di sinistro*).

A tale riguardo, ricordiamo che l'assenza di comunicazione alla Compagnia di Assicurazione di una richiesta danni (lettera del paziente o del suo avvocato) entro il periodo di un anno causa la prescrizione del diritto di manleva nei confronti della Compagnia di Assicurazione (art. 2952 c.c. *Prescrizione in materia di assicurazione*)

2.8 Estensioni consigliate

Garanzie integrative decisamente utili sono le seguenti che ricordiamo possono essere riunite in un unico contratto appositamente studiato o attraverso l'integrazione di più polizze successive nel tempo.

La responsabilità civile verso terzi riguarda la conduzione dei locali adibiti a studio professionale per responsabilità civile derivante dalla conduzione e/o proprietà dello studio; si intende qualsiasi danno ingiusto prodotto a terzi (pazienti) e personale dipendente per vizi occulti ed insidie insite nello studio (cadute per scalini non illuminati e pavimenti bagnati, lesioni da elettricità o scoppio etc.). La garanzia deve essere estesa sia nella sede principale che in eventuali sedi secondarie stabili. La responsabilità civile verso i prestatori di lavoro riguarda la responsabilità civile per infortuni ai dipendenti in caso di danno ed è coperto dall'INAIL solo per quanto riguarda l'invalidità lavorativa generica rimanendo; a carico del datore di lavoro rimane l'onere del risarcimento per danno biologico eventualmente individuato a seguito di causa proposta dal dipendente infortunato.

L'assicurazione non può coprire comunque danni derivanti da omissioni degli adempimenti richiesti dalla legge.

La tutela giudiziaria implica per la società l'obbligo di assumere la gestione delle vertenze tanto in sede giudiziale che stragiudiziale, sia civile che penale, designando, ove occorra, legali o tecnici ed avvalendosi di tutti i diritti ed azioni spettanti all'assicurato stesso.

Sono a carico della Società le spese sostenute per resistere all'azione promossa contro l'assicurato entro il limite di un quarto del massimale stabilito in polizza per il

danno; spese superiori sono ripartite tra società ed assicurato in misura del rispettivo interesse (art. 1917 c.c. *Assicurazione della responsabilità civile*).

La garanzia data da questa estensione opera ad integrazione e dopo esaurimento di ciò che è dovuto; in pratica permette all'assistito di scegliere un legale di sua fiducia segnalandone il nominativo alla Società che assumerà a proprio carico le spese relative.

Tale garanzia è indispensabile nei casi si prospetti un conflitto di interessi tra Società e assicurato: poiché la compagnia difende l'assicurato solo fino a quando ne ha l'interesse e l'obbligo; possono quindi determinarsi situazioni in cui l'interesse dell'assicurato non coincida con quello della Compagnia e si traduca in una diversa strategia di gestione del contenzioso.

3. CONSIDERAZIONI

Il recente incremento delle pratiche legali per responsabilità professionale odontoiatrica ha determinato una situazione di difesa degli istituti assicurativi che nel tentativo di ridurre gli esborsi economici tendono ad adeguare il contratto con l'inserimento di specifiche condizioni.

Polizze specifiche di responsabilità professionale possono prevedere le seguenti caratteristiche:

- a) Aumentare il premio per le polizze di responsabilità civile particolarmente per le prestazioni ad elevato rischio come ad esempio per l'implantologia, chirurgia estetica o interventi con obbligo di risultato (protesi con finalità estetiche).
- b) Inserire una franchigia come importo iniziale a carico del dentista; tale condizione sottolinea la tendenza a ridurre la garanzia assicurativa subentrando a lato del dentista nel risarcimento senza coprire l'intero importo perlomeno in presenza di danni ridotti.
- c) Interrompere il rapporto assicurativo o aumentare il premio assicurativo a soggetti con elevato numero di sinistri; alcuni soggetti mostrano infatti una elevata sinistrosità.

In futuro a nostro avviso sarà necessario inserire alcune specifiche condizioni di polizza per migliorare il contratto assicurativo nell'interesse reciproco delle parti contrattuali:

- a) Obbligare il dentista a fornire la documentazione clinica come condizione indispensabile per la difesa e la copertura assicurativa del caso
- b) Chiarire gli obblighi della Compagnia anche in merito ai tempi e modalità di intervento per tutelare il buon nome del dentista
- c) Istituire un registro dei sinistri per adeguare il costo delle polizze alla incidenza della sinistrosità sul territorio nazionale e/o al singolo individuo.
- d) Prevedere specifiche estensioni e modalità di intervento per le prestazioni protesiche che rappresentano il settore di maggior costo.

Bibliografia

1. ARAGONA F.: *Elementi di medicina legale e delle assicurazioni*, EDAS, I, Messina, 1980: 19
2. GERIN C., ANTONIOTTI F., MERLI S.: *Medicina Legale e della Assicurazioni*, SEV, Roma, 1986
3. GILLI R, ROBETTI I.: *Medicina legale odontostomatologica*, Ed. Esculapio, Bologna, 1984
4. GUZZON C.: *Responsabilità penale e civile del medico nell'esercizio professionale. Diritto e pratica nella assicurazione*, 1973: 325
5. INTRONA F.: *La responsabilità professionale nell'esercizio delle arti sanitarie*, Padova, 1955
6. PINTOBOREA M.C.: *Considerazioni in tema di responsabilità medica*, Giur. it., I, 1991: 2, 697

3. LA POLIZZA DI RESPONSABILITÀ CIVILE PROFESSIONALE ODONTOIATRICA

D. De Leo, F. Montagna

La copertura dei rischi di responsabilità civile professionale costituisce per il mercato assicurativo sia nazionale che internazionale fonte di notevole preoccupazione. In particolare, l'area medica, ha registrato negli esercizi più recenti esborsi per risarcimenti in misura doppi rispetto ai premi raccolti.

Questa pesante passività è legata ad una serie di motivi, i più importanti dei quali si possono così sintetizzare: maggior rigore della magistratura tesa a tutelare sempre più efficacemente l'ammalato, maggiore consapevolezza dei cittadini nella difesa dei propri diritti, notevole aumento del valore patrimoniale della persona lesa, in particolare con il riconoscimento del danno biologico. Sarà inevitabile che, nel prossimo futuro, il mercato adotti misure particolarmente severe nella valutazione di tali rischi applicando criteri di tassazione coerenti con una serie di parametri che ne esprimano la reale portata. Come già avviene per alcuni settori di rischio, è prevedibile che anche per quello della professione medica si pervenga all'adozione di tariffe e normative contrattuali personalizzate. Nonostante il panorama poco incoraggiante, il mercato assicurativo non può esimersi da fornire il servizio di protezione richiesto dal mondo dei professionisti. È di tutta evidenza quanto sia necessario un efficiente servizio assicurativo per consentire la serena convivenza della società civile e per un ordinato sviluppo delle varie attività economiche e di servizi.

Il contenuto del presente trattato costituisce una testimonianza più che eloquente sulla necessità che il medico dentista disponga di una adeguata copertura assicurativa di responsabilità civile, che lo tuteli nello svolgimento della propria attività. Le tipologie degli eventi dalle quali può emergere una colpa a suo carico sono le più disparate. È evidente quanto la professione di medico dentista sia molto più esposta ad una elevata frequenza numerica di richieste di risarcimento rispetto ad altre specializzazioni mediche. Il paziente che frequenta il gabinetto dentistico si pone normalmente in atteggiamento di attesa esigente per la soluzione immediata dei suoi problemi. Egli considera impegnato il professionista in una obbligazione di risultato piuttosto che in una obbligazione di mezzi. Si vengono così a creare frequenti situazioni di disagio, nei rapporti con la clientela, che il professionista si vede costretto a gestire con dispendio di risorse sia personali che economiche.

È perciò opportuno che tali oneri vengano trasferiti su un soggetto che, dotato di adeguate strutture, gestisca i vari contrasti nell'interesse comune e provveda, se necessario, al ristoro economico del danno reclamato dalla parte lesa. L'assicurazione di responsabilità civile è il mezzo, che consente il trasferimento di questi oneri, in quanto l'assicuratore si impegna non solo a risarcire il danno, ma anche a sostenere le spese necessarie per resistere all'azione del danneggiato e quindi, a gestire la lite. Si ritiene pertanto che la stipulazione della polizza di responsabilità civile professionale, da parte del medico dentista, costituisce una necessità ineludibile: essa può considerarsi alla stregua delle attrezzature di cui deve essere dotato lo studio per consentire lo svolgimento dell'attività professionale.

1. LA STIPULA DELLA POLIZZA E LA STRUTTURA DEL CONTRATTO

In fase di stipulazione del contratto è indispensabile che il proponente fornisca all'assicuratore le più ampie e dettagliate informazioni sul suo curriculum professionale e sulle sue modalità operative.

Nel moderno rapporto del contratto assicurativo entrambe le parti devono svolgere un ruolo attivo. Se è vero che a fronte del pagamento del premio una parte trasferisce all'altra gli effetti economici di oneri imprevedibili è altrettanto vero che tale imprevedibilità non può essere favorita dalla superficialità e distrazione. Anche nell'area dei rischi professionali del medico non sarebbe inopportuna una preventiva azione di risk management adattata al settore.

Pertanto anche nell'ipotesi in cui l'assicuratore non ponga specifici quesiti è opportuno che il professionista rilasci le seguenti dichiarazioni:

- 1) Nome e cognome, codice fiscale, indirizzo studio, indirizzo abitazione, laurea e/o specializzazione, data del conseguimento, presso quale Università, numero di iscrizione all'albo professionale ed in quale data
- 2) Descrizione dettagliata dell'attività professionale svolta con particolare riferimento all'effettuazione di interventi di implantologia, numero delle persone addette allo studio e loro qualifica, eventuale collaborazione di professionisti esterni, eventuale presenza di laboratorio di odontotecnico, eventuale attività presso strutture sanitarie pubbliche o private, descrizione delle attrezzature di cui è dotato il gabinetto medico
- 3) Richieste di risarcimento o contestazioni presentate da pazienti, informazioni dettagliate sul loro numero, data di presentazione, tipologia di ciascun danno e sua entità, notizie su fatti o circostanze che possano dar luogo a richieste di risarcimento e loro modalità, eventuali provvedimenti disciplinari disposti da parte dell'ordine di appartenenza
- 4) Polizze in corso per il medesimo rischio o recentemente annullate, per quale motivo, fornendo i vari estremi del o dei contratti.

L'incontro con l'assicuratore per l'impostazione del contratto deve svolgersi in una atmosfera di grande serenità e piena fiducia reciproca.

È necessario che vengano approfondite tutte le caratteristiche operative del professionista e vengano confrontate con le norme contrattuali al fine di verificare la loro compatibilità con le aspettative di copertura dei rischi. Ciò richiede tempo e spirito di collaborazione: i prodotti assicurativi standardizzati, che transitano eventualmente da convenzioni sottoscritte, nell'interesse comune, da responsabili di associazioni, possono riservare sorprese poco gradite in caso di sinistro. È preferibile che il medico interessato alla stipulazione del contratto dialoghi personalmente con l'assicuratore professionista approfondendo il contenuto della normativa nonché le altre condizioni che si accinge a sottoscrivere. La struttura del contratto che comunemente viene proposto, si articola in due parti.

È importante affrontare il linguaggio ed i contenuti di una polizza di responsabilità civile professionale con cognizione di causa. Scorrendo una polizza "standard" di assicurazione, infatti, si possono facilmente individuare tutta una serie di aspetti di fondamentale importanza, che, in questa sede, si vanno ad illustrare per sottolineare co-

Tabella 1
STRUTTURA DEL CONTRATTO

La scheda contrattuale	La normativa contrattuale
a) Parte anagrafica	a) Definizioni
b) Periodo di durata con date di effetto e scadenza	b) Oggetto dell'assicurazione
c) Descrizione di rischio	c) Decorrenza dell'assicurazione, pagamento del premio e proroga della assicurazione
d) Massimali	d) Avviso del sinistro, gestione delle vertenze e recesso in caso di sinistro
e) Calcolo del premio	e) Adempimento a carico delle parti
f) Eventuale indicizzazione	f) Altre norme che regolano l'assicurazione
g) Eventuale richiamo di condizioni aggiuntive	g) Eventuali condizioni aggiuntive

me, necessariamente, sia opportuno affinare uno spirito critico e selettivo atto a comprendere cosa si vada a sottoscrivere, e, soprattutto, perchè la si sottoscriva. Secondo lo schema sopra presentato la normativa contrattuale si articola in varie sezioni. Essa deve risultare di semplice comprensione e corrispondere alle specifiche esigenze di copertura manifestate dall'assicurato. È consigliabile diffidare dalle forme contrattuali che abbondano di materiale cartaceo e di vari intercalari che integrano o modificano le formule prestampate.

2. LE PARTI DEL CONTRATTO

2.1 Rischio

In relazione ai contenuti della scheda contrattuale si richiama l'attenzione sulla descrizione di rischio. Essa identifica il rischio per il quale è prestata l'assicurazione: svolge la funzione essenziale di individuazione dell'attività oggetto della garanzia stabilendo i limiti e la portata del rischio in relazione al quale viene concordato il premio. La descrizione di rischio può essere integrata da condizioni aggiuntive e particolari.

È consigliabile che nella sua formulazione, necessariamente succinta, si riflettano fedelmente le peculiarità dell'attività svolta e le connesse modalità operative.

Il primo aspetto da esaminare, accingendosi a stipulare un contratto assicurativo, è quello relativo alla individuazione ed alla comprensione di quali "attività" professionali siano effettivamente coperte.

Se è pur vero che l'attività del dentista è ben identificabile, è anche vero che lo sviluppo tecnologico ha portato nuovi strumenti e nuove procedure operative che non necessariamente rientrano nel corpo legislativo che regola la professione, la quale progredisce molto più velocemente delle leggi.

È opportuno, pertanto, mettere a fuoco quali siano le attività professionali effettivamente garantite, prendendo in esame i vari tipi di danno.

La principale tipologia delle polizze che a noi interessano riguarda le lesioni personali e/o la morte del paziente, ma non dobbiamo dimenticare che molto spesso as-

sistiamo a cause civili nelle quali il paziente tende ad ottenere anche il rimborso di quanto a suo tempo pagato per cure asserite come male effettuate: anche questo ultimo aspetto è da valutare con attenzione perchè vi sono cure estremamente costose e troppo spesso capita che il dentista sia erroneamente convinto di essere coperto anche per questo tipo di richiesta di rimborso.

2.2 Massimale

Un importante elemento contenuto nella scheda contrattuale è costituito dal massimale per il quale è prestata l'assicurazione. Il massimale di garanzia fissa il limite massimo dell'esposizione economica che l'assicuratore assume attraverso il contratto di assicurazione. Esso può essere tripartito o unico.

Nel caso di massimale tripartito, la somma più elevata rappresenta il limite entro il quale l'assicuratore risponde per ogni sinistro, indipendentemente dal numero delle persone e delle cose coinvolte nell'evento, mentre i valori più contenuti fissano rispettivamente il limite per ciascuna persona deceduta o ferita e per il danneggiamento di cose ed animali. Il massimale tripartito viene di norma adottato a copertura dei rischi dai quali è prevedibile che derivino sinistri comportanti più vittime e varie cose danneggiate.

Nel caso di massimale unico il suo ammontare rappresenta la massima esposizione della Società per ciascun evento dannoso senza ulteriori sottolimiti per ciascuna persona deceduta o ferita e per danneggiamento di cose.

Questo tipo di massimale viene adottato per quei rischi per i quali è prevedibile che il sinistro coinvolga un singolo soggetto: è questa la caratteristica dell'area medica per cui i rischi di cui stiamo trattando verranno preferibilmente garantiti con l'adozione del massimale unico.

Qualora un medesimo contratto di responsabilità civile contenga la copertura di rischi di varia natura, si possono prevedere più sezioni contrattuali ciascuna delle quali viene garantita da un proprio massimale.

Tale situazione può realizzarsi nella copertura dei rischi dell'attività medica per la quale esiste la possibilità di sottoscrivere un contratto che preveda: la sezione dei rischi strettamente professionali, con un massimale unico, e la sezione dei rischi connessi all'esercizio dello studio e delle apparecchiature compresi i danni cagionati o subiti dalle persone addette con un massimale tripartito.

Per determinate tipologie di eventi, che non presentano le caratteristiche tecnico/giuridiche già note e sperimentate dall'assicuratore di responsabilità civile, viene solitamente stabilito un massimale più contenuto rispetto al massimale base previsto in polizza.

In presenza di rischi particolari può manifestarsi anche la necessità di fissare un ulteriore limite: quello del massimo esborso annuo. In tal caso il massimale di polizza oltre a esprimere l'esposizione dell'assicuratore per ciascun evento, ne limita anche l'impegno nel corso del periodo assicurativo annuo.

Ciò vuol dire che, se il massimale annuo è di un miliardo, e nel corso dei 12 mesi di validità del contratto giungano due richieste di risarcimento, la prima di 700 milioni e la seconda di 500 milioni, la prima verrà rimborsata per intero, mentre la seconda solo fino a 300 milioni (700 milioni + 300 milioni = un miliardo).

In merito all' congruità del massimale si deve ricordare che esso è strettamente correlato alla gravità del probabile danno.

La scelta deve pertanto conciliare l'esigenza di tutela del patrimonio personale dell'assicurato con un'adeguata protezione del danneggiato che dovrà poter godere di sufficiente scorta economica a ristoro del danno patito.

Considerato che nell'area dei rischi della professione medica, la tipologia più probabile di danno concerne essenzialmente lesioni alla persona, si ritiene che il valore minimo non debba oggi risultare inferiore ad un miliardo di lire.

Il mercato dispone di coperture di varie entità che si possono concordare all'atto della stipulazione del contratto anche sulla scorta dei suggerimenti che l'assicuratore, con il quale si conduce la trattativa, potrà fornire sulla base della propria esperienza.

Qualora venissero poste delle resistenze da parte dell'Assicuratore a fronte di richieste per massimali di elevata entità, non si dimentichi che esse sono superabili mediante l'istituto della coassicurazione. Con tale struttura contrattuale più assicuratori si associano, nel medesimo contratto, per frazionare la copertura di un rischio che singolarmente ritengono troppo oneroso.

È del tutto sconsigliabile per l'assicurato sottoscrivere più contratti con vari assicuratori, per il medesimo rischio, in particolare in materia di responsabilità civile. La gestione dei sinistri in tale settore presenta caratteristiche tali da sconsigliare la presenza di più interlocutori. È infatti inevitabile che sulle modalità dell'evento e sulla consistenza del danno ciascuno esprima la propria valutazione creando situazioni di disparità che disorientano sia il danneggiato che l'assicurato allungando i tempi della definizione della vertenza.

Al contrario, per il tramite della coassicurazione, la gestione del danno viene seguita dall'assicuratore leader, mentre gli altri sono tenuti a seguirne la sorte e, di conseguenza, la gestione del sinistro rientra nei canoni convenzionali.

2.3 Scoperto e franchigia

Come si è detto, l'entità del massimale di garanzia costituisce uno dei parametri che concorrono alla determinazione del costo della copertura assicurativa.

Tale costo può essere contenuto mediante la previsione contrattuale dell'applicazione di uno scoperto sul costo di ciascun danno. L'assicurato che accetta di accollarsi l'onere economico di una modesta quota dell'eventuale danno, ottiene un risparmio economico "certo" e partecipa alle sorti "incerte" dell'andamento del rischio. Tale partecipazione alla gestione del rischio, da parte dell'assicurato, realizza la forma più avanzata dell'atto di previdenza da parte del fruitore dell'assicurazione. Il vero progresso dell'attività assicurativa non può che muovere da un diretto coinvolgimento dell'assicurato nella gestione del rischio.

Scoperto e franchigia costituiscono una specie di freno alla microconflittualità, nonché un pungolo per il professionista onde evitare che si senta troppo "deresponsabilizzato".

L'assicurato che ritiene di aver assolto ad ogni suo dovere nei confronti dell'assicuratore, mediante il pagamento del premio, collabora soltanto in parte a realizzare la vera mutualità sulla quale si fonda l'attività assicurativa.

Essa infatti non si realizza soltanto in un freddo rapporto di entrate ed uscite economiche, ma piuttosto in un proficuo e costruttivo scambio d'informazioni e di collaborazione fra le parti che consenta sia di prevenire che di contenere le conseguenze degli eventi dannosi.

La franchigia è in sostanza una parte del danno indennizzabile espressa in cifre che rimane comunque a carico dell'assicurato (per esempio: danno di ottocentomilalire e franchigia prevista contrattualmente di un milione di lire. In questo caso il sinistro è totalmente a carico vostro).

Lo scoperto, invece, è un importo che risulta dall'applicazione della percentuale di scoperto prevista dall'importo risarcibile e che rimane a carico dell'assicurato. La misura è quasi sempre del 10%, e si calcola sul danno (per esempio, con un massimale di 200 milioni, uno scoperto del 10% ed un danno di 150 milioni, la compagnia verserà 135 milioni e rimarranno a vostro carico i residui 15 milioni).

2.4 Durata

Altro elemento costituente la scheda di polizza è quello che determina la durata dell'impegno contrattuale. Storicamente il mercato assicurativo è stato orientato ad impegnare l'assicurato in durate poliennali per tutelarlo da fluttuazioni di prezzo. Oggi tale motivazione tende ad essere abbandonata in quanto le parti sono orientate ad assumere sempre più il ruolo autonomo nella gestione del rapporto contrattuale. La tendenza è oggi orientata a durate annuali o al massimo triennali.

La durata è un elemento davvero essenziale se pensiamo che una lesione può emergere a notevole distanza di tempo dall'intervento svolto sul paziente. Fondamentale, quindi, discutere con l'assicuratore il cosiddetto periodo di operatività della garanzia, ragionando sulle proposte e sulle clausole che più possono fare al caso vostro.

È importante evitare che si verifichino periodi di carenza di garanzia assicurativa quando si cessi l'attività o si sostituisca una polizza.

2.5 Premio

Particolare importanza va attribuita alla parte della scheda contrattuale che esprime il costo assicurativo che l'assicurato s'impegna a corrispondere all'assicuratore. Qualora lo spazio fisico della scheda non consenta l'esposizione dettagliata del relativo conteggio, esso deve trovare spazio in altro documento allegato al contratto. I parametri per la sua determinazione possono essere forfettari, fissi o variabili. La determinazione forfettaria può esprimersi sotto la voce "premio convenuto", è la più indeterminata e può dar luogo a spiacevoli sorprese in caso di sinistro.

La determinazione su base fissa, e cioè sul numero dei professionisti e delle persone addette allo studio, richiede una gestione attenta del rapporto contrattuale, in quanto, una modifica di tali elementi, nel corso del contratto, richiede una immediata comunicazione all'assicuratore al fine di evitare scoperti in caso di sinistro.

La determinazione del premio su parametro variabile, e cioè sull'ammontare degli introiti annui, evita qualsiasi incertezza gestionale e consente di affrontare il costo assicurativo in due momenti: il primo all'inizio del periodo assicurativo, determinato sulla base di una previsione di introiti annui, il secondo alla fine del medesimo periodo assicurativo, in fase di consuntivo dei medesimi introiti.

Si consideri che la data di rilevazione sia di preventivo che di consuntivo non deve necessariamente coincidere con l'anno solare.

Qualora vengano previste forme di indicizzazione, si ponga attenzione alla formula adottata che deve influenzare equamente tutti i parametri contrattuali.

Le condizioni aggiuntive che integrano le prestazioni contrattuali di base devono

essere chiaramente indicate mediante richiamo numerico o alfabetico e devono trovare precisa corrispondenza nei testi dattiloscritti o a stampa allegati alla scheda contrattuale.

2.6 Definizioni, decorrenza, avviso di sinistro

La prima sezione contiene delle semplici precisazioni che contribuiscono a rendere più comprensibile il linguaggio usato nel contratto. Si tratta delle così dette “definizioni” aventi soltanto funzione esplicativa.

La sezione riguardante la decorrenza dell'assicurazione e il pagamento del premio fissa le modalità secondo le quali si attiva l'efficacia della garanzia.

Viene confermato il principio generale della corresponsione anticipata del premio, il periodo di mora per il pagamento delle rate successive nonché il termine di preavviso entro il quale si può esercitare il diritto di recesso dal contratto per la scadenza stabilita.

La sezione che richiama le norme riguardanti l'avviso di sinistro e la gestione delle vertenze contiene una serie di incombenze alle quali l'assicurato deve assolvere nel momento in cui il presunto danneggiato avanza le sue richieste risarcitorie.

All'assicurato incombe pertanto l'obbligo di avvertire tempestivamente l'assicuratore del verificarsi del danno - il termine è di tre giorni - fornendo la più ampia descrizione delle modalità di accadimento del danno e trasmettendo la relativa documentazione. È importante che fra assicurato ed assicuratore si instauri una ampia collaborazione nella gestione del sinistro. Qualora l'assicurato dovesse ricevere atti giudiziari inerenti il sinistro dovrà trasmetterli tempestivamente all'assicuratore.

Qualsiasi ritardo o inadempienza dell'assicurato che esponga l'assicuratore a vedere compromessi i propri interessi può comportare riduzioni o rifiuto, nel pagamento del danno e conseguenti oneri economici a carico dell'assicurato medesimo.

2.7 Gestione della lite

In merito alla gestione della lite il patto contrattuale prevede l'obbligo a carico dell'assicurato di cederne la conduzione all'assicuratore. Con tale clausola l'assicuratore, infatti, assume, fino a quando ne ha interesse (id est fino a quando rimane in vita il rapporto giuridico che può dar luogo alla prestazione assicurativa), la gestione delle vertenze tanto in sede stragiudiziale che giudiziale, sia civile che penale, a nome dell'Assicurato, designando legali o tecnici di propria fiducia.

Le spese relative a tale gestione sono ovviamente a carico dell'Assicuratore, con il limite di una somma pari ad un quarto del massimale; l'Assicuratore, peraltro, non risponde delle spese incontrate dall'Assicurato per legali o tecnici che non siano da esso designati.

L'applicazione della norma contrattuale in esame, all'ipotesi specifica della Responsabilità civile del medico odontoiatra, non pone, per la verità, problemi interpretativi particolari (a prescindere, ovviamente, da quelli comuni a tutti i contratti in cui tale norma è inserita), quantomeno dal punto di vista tecnico-giuridico.

Peculiare, e nella maggioranza dei casi complesso, è invece il procedimento di liquidazione della prestazione assicurativa, sia per quanto riguarda l'accertamento della responsabilità professionale dell'Assicurato, sia per quanto riguarda il “quantum” del risarcimento dovuto al terzo. Tale peculiarità si riproduce ovviamente nell'ambito del-

l'eventuale contenzioso, sia civile che penale, ponendo all'Assicuratore taluni problemi di carattere per così dire "tattico" in ordine alla miglior gestione della vertenza.

È noto, in particolare, che l'accertamento dei presupposti della responsabilità professionale dell'odontoiatra richiede di norma conoscenze tecniche specifiche di tale branca della medicina.

Può pertanto succedere (e nella pratica spesso avviene) che l'Assicuratore si trovi in difficoltà nella scelta del consulente di parte quando l'incarico della Consulenza d'ufficio sia stato affidato ad un unico perito, magari non esperto in odontoiatria.

In tali casi può essere opportuno, pur a fronte dell'avvenuta cessione della gestione della lite, provvedere da parte dell'Assicurato, alla formale chiamata in causa dell'Assicuratore: sarà così garantita la possibilità di nominare due Consulenti di parte, un medico legale ed uno specialista. Ovviamente, questa scelta dovrà essere oculatamente valutata caso per caso, in relazione all'effettiva entità degli interessi in gioco, comportando essa una duplicazione delle spese di gestione.

Non bisogna peraltro dimenticare che il c.d. "patto di gestione" configura, secondo la migliore giurisprudenza, un'ipotesi di mandato "in rem propriam", determinando in capo all'Assicuratore-mandatario una serie di obblighi e di responsabilità nei confronti dell'Assicurato-mandante.

I doveri di diligenza e correttezza nell'esecuzione del mandato sono suscettibili di acquistare rilevanza "esterna" tutte le volte in cui si manifesti un conflitto di interessi, potenziale od in atto, tra Assicuratore ed Assicurato. Tutte le volte, cioè, in cui sia possibile ipotizzare una non integrale copertura del patrimonio di quest'ultimo.

Le ipotesi tipiche di conflitto di interessi (a prescindere dai casi di scoperta assicurativa totale, nei quali il problema della gestione della lite non si pone nemmeno) sono, come è noto, l'inoperatività parziale della garanzia, l'insufficienza del massimale, l'esistenza di franchigie o scoperti di polizza.

Mentre l'ultimo caso riveste nella stragrande maggioranza dei casi rilievo assai limitato, tanto da farlo ritenere ininfluenza ai fini di una sia pur diligentissima gestione del mandato, discorso del tutto diverso è necessario fare con riguardo alle prime due ipotesi.

La stessa natura del c.d. "patto di gestione" impone infatti all'Assicuratore oculato, in evenienza di tal genere, la necessità di portare a conoscenza dell'Assicurato i possibili limiti della prestazione assicurativa, e di assumere la gestione anche per conto dell'Assicurato, nei limiti in cui lo ritenga conveniente, solo previa espressa richiesta in tal senso di quest'ultimo.

Vi è infine da rilevare che, nell'ipotesi di cui l'Assicuratore assuma l'integrale gestione della vertenza pur in presenza di una scoperta parziale, la clausola assicurativa prevede (con riferimento per il vero alla sola ipotesi di supero del massimale; ma la norma, essendo espressione di un principio generale, è suscettibile di interpretazione analogica) che le spese di resistenza vengano ripartite tra Assicuratore ed Assicurato in proporzione al rispettivo interesse.

La sezione concernente gli adempimenti a carico delle parti, sancisce gli oneri relativi alla stipula di altre assicurazioni, gli aggravamenti di rischio, le diminuzioni di rischio e le conseguenti modifiche dell'assicurazione.

La sezione che contiene le altre norme che regolano l'assicurazione disciplina l'assolvimento agli oneri fiscali, il foro competente ed il rinvio alle norme di legge.

2.8 Oggetto dell'assicurazione

Sofferamoci ora sulla sezione che delinea i contorni del rischio assicurato e cioè "sull'oggetto della assicurazione". Tale sezione si può definire il cuore del contratto: in essa, oltre all'oggetto della garanzia, si definiscono le persone non considerate terzi, i danni esclusi dalla garanzia, i limiti territoriali entro i quali opera la garanzia medesima. Nei contratti di responsabilità civile la formula standardizzata che definisce l'oggetto dell'assicurazione è la seguente:

"La Società si obbliga a tenere indenne l'Assicurato di quanto questi sia tenuto a pagare, quali civilmente responsabile ai sensi di legge, a titolo di risarcimento (capitali, interessi e spese) di danni involontariamente cagionati a terzi per morte e lesioni personali e per distruzione e danni involontariamente cagionati a terzi per morte e lesioni personali e per distruzione e deterioramento di cose, in conseguenza di un fatto accidentale verificatosi in relazione ai rischi per i quali è stipulata l'assicurazione. L'assicurazione vale anche per la responsabilità civile che possa derivare all'Assicurato per fatto doloso di persone delle quali debba rispondere".

Nel caso del medico dentista, i rischi per i quali è stipulata l'assicurazione, sono quelli connessi allo svolgimento della sua attività professionale. Rischi che si concretizzano nel momento in cui il professionista interviene direttamente sul paziente mediante l'impiego sia di strumenti manuali semplici sia con l'uso di apparecchiature ed impianti anche complessi. Qualsiasi lesione fisica cagionata al paziente in tale circostanza rientra nelle prestazioni del contratto assicurativo.

La casistica più frequente è connessa all'uso improprio o maldestro delle apparecchiature, all'intervento su una parte sana piuttosto che quella ammalata, ad errori nella somministrazione di anestetici, alla trasmissione di infezione.

Le lesioni fisiche possono manifestarsi anche in un momento successivo a quello dell'intervento, in particolare quando una protesi, non eseguita correttamente, produca ferite o lacerazioni o comunque determini una situazione per la quale il paziente debba sottoporsi ad ulteriori cure ed interventi. In questo caso "l'obbligazione di mezzi" assunta dal professionista, pone il paziente nella condizione di "danneggiato" in quanto egli è costretto a seguire un nuovo ciclo di cure per correggere la menomazione sofferta. Tale tipologia di danni rientra pienamente nelle prestazioni della polizza di responsabilità civile. Ben diversa è la situazione che viene a determinarsi nel caso in cui in assenza di lesioni e danni fisici al paziente, la prestazione fornita dal professionista non consegue il beneficio atteso. In questa ipotesi entriamo nell'area del puro impegno di risultato che esula dal contratto d'opera professionale del medico, come ampiamente documentato nel presente trattato.

È evidente quanto sia complicato tracciare una chiara linea di demarcazione fra le due forme di obbligazione. È perciò inevitabile che dinanzi a situazioni di incerta interpretazione si sviluppino analisi e confronti giuridici che richiedono tempi lunghi per la loro definizione e notevoli costi economici.

È di tutta evidenza l'opportunità di disporre, in tali casi di un'adeguata copertura assicurativa che, per il tramite della struttura tecnico-legale della Compagnia, sollevi il professionista dalla gestione diretta della vertenza.

Non si dimentichi che la garanzia opera anche per il risarcimento dei danni cagionati agli indumenti ed alle cose portate dai pazienti nonché per tutte le altre situa-

zioni di rischio legate all'esercizio dello studio, delle apparecchiature di cui è dotato ed ai fatti commessi dai dipendenti e collaboratori addetti allo studio medesimo.

Dal novero dei terzi vengono esclusi i contitolari dello studio, i suoi associati di diritto o di fatto nonché i loro coniugi, figli ed altri parenti o affini con essi conviventi, nonché i dipendenti e gli addetti allo studio.

2.9 Esclusioni

Le esclusioni di polizza possono variare in relazione a quanto viene concordato in sede di impostazione del contratto. Le più ricorrenti riguardano l'inoperatività della garanzia per lo svolgimento di attività professionale diversa da quella descritta in polizza nonché attività che vengano svolte senza il possesso dei necessari requisiti previsti dalla legge.

Altra esclusione ricorrente riguarda lo svolgimento di interventi di implantologia. In relazione a tale attività si possono concordare termini contrattuali che ne includano il rischio in garanzia entro limiti temporali ben definiti e con applicazione di percentuali di scoperto per ogni sinistro.

In relazione all'esercizio dello studio vengono poste le esclusioni concernenti i danni a terzi cagionati da incendio, da furto, da circolazione di veicoli, da detenzione o impiego di sostanze radioattive, da inquinamento nonché alle cose di proprietà di terzi che l'assicurato detenga a qualsiasi titolo.

I limiti territoriali entro i quali la garanzia opera sono normalmente circoscritti ai paesi europei.

Fatto questo primo lavoro di "messa a fuoco" dell'oggetto del contratto, bisogna analizzare quali tipi di rischio la polizza che vi sia stata sottoposta escluda.

Le cosiddette "esclusioni" costituiscono una sorta di recinzione che la compagnia di assicurazione erige per disegnare i confini e la portata della garanzia. A questo proposito c'è da tenere presente che ognuno può contrattare con la compagnia la eventuale estensione della copertura per rischi che presentano aspetti peculiari o non previsti dalle situazioni standard, o, addirittura, ipotizzare di garantirsi per il rischio specifico con una polizza a parte.

La necessità di usare la massima attenzione nell'operare la scelta della propria polizza assicurativa, consente di affermare con sicurezza che quanto più il colloquio preliminare ed il rapporto tra dentista ed assicuratore è completo, tanto più potrete avere un prodotto di elevata qualità e sicurezza. Anche il vostro assicuratore, infatti, deve essere messo in condizione di offrirvi il meglio in circolazione, a patto che sia reso edotto di tutti quegli aspetti che riguardano il vostro lavoro e che possono non rientrare nelle situazioni standard poste a base delle polizze-tipi.

2.10 Costo

Da ultimo, rimane da esaminare il premio da corrispondere, che è la somma dovuta dal contraente alla compagnia: diversi sono i sistemi di calcolo, che possono variare a seconda dei parametri applicabili al caso singolo (ad esempio, a seconda dei collaboratori esistenti, oppure in rapporto al massimale con rivalutazione secondo gli indici ISTAT, oppure ancora a seconda degli introiti del contraente). Ovviamente, tale aspetto è strettamente legato al tipo di polizza che avrete scelto, ed alle caratteristiche che saranno state profilate.

Tabella 2			
ESEMPI DI MASSIMALI E PREMI PER POLIZZA DI RESPONSABILITÀ CIVILE PROFESSIONALE ODONTOIATRICA			
Massimale	500.000.000	1.000.000.000	2.000.000.000
Premio	900.000	1.200.000	1.600.000

Passando a considerare il costo delle coperture non si può evitare di porre in evidenza l'estrema variabilità delle quotazioni di mercato. Ciascuna compagnia applica una tariffa aziendale costruita sulla base delle proprie risultanze statistiche e su diversi parametri di valutazione del rischio.

Sarà perciò opportuno che la scelta dell'Assicuratore, da parte del potenziale assicurato, non sia determinata esclusivamente da confronti sulla spesa ma tenga conto anche della professionalità e del servizio prestato dal "marchio" al quale affidarsi. A puro titolo indicativo si espongono, qui di seguito, alcuni premi ritenuti di mercato. Detti premi, correlati al massimale scelto, sono riferiti a ciascun professionista ed al netto delle imposte che, per tale forma di garanzia, risultano attualmente stabilite nella massima del 21,35%. Essi, inoltre, non prevedono l'estensione agli interventi di implantologia né altre garanzie accessorie quali l'esercizio dello studio o i danni subiti dai dipendenti.

Tali rischi possono essere inclusi in polizza mediante specifici soprapremi.

Bibliografia

1. CARNEVALE F., RODRIGUEZ D.: *Manuale di Medicina del Lavoro Medicina Legale e delle Assicurazioni*, Ed. Libreria Cortina, Verona, 1986
2. CAZZANIGA A., CATTABENI C.M., LUVONI R.: *Compendio di medicina legale e delle assicurazioni*, UTET, Torino, 1984
3. PUCCINI C.: *Istituzioni di medicina legale*, Ed. Esculapio, Bologna, 1984

PARTE D

LA CONSULENZA MEDICO LEGALE

1. LA COLPA PROFESSIONALE

D. De Leo, F. Montagna

Il termine colpa ricorre sia nel Codice Penale (art.43 c.p. *Elemento psicologico del reato*) che nel Codice Civile (colpa grave in art.2236 c.c. *Responsabilità del prestatore d'opera*); in linea generale, per quanto non applicabile in ogni specifico contesto, possiamo affermare che, data l'unitarietà del nostro ordinamento giuridico, le norme contenute nei due articoli possono essere applicate contestualmente ai casi di responsabilità civile e penale (interpretazione analogica).

La definizione di colpa è quindi unica: azione od omissione dell'agente per imprudenza, negligenza, imperizia, inosservanza di leggi, regolamenti e discipline a cui consegue un evento non voluto (non intenzionale), anche se previsto.

Il presupposto della colpa è l'errore professionale: il dentista come qualunque altra persona, può sbagliare: si tratta di discernere l'errore scusabile da quello inescusabile.

L'errore scusabile non è riconducibile a colpa ed esclude la responsabilità professionale; si verifica in presenza di un danno cagionato da caso fortuito, da forza maggiore, per imprevedibilità dell'evento, o nella ricorrenza di uno stato di necessità (cause di giustificazione, esimenti, caso fortuito).

L'errore inescusabile costituisce un fatto illecito per colpa; per evocare responsabilità giuridica deve soddisfare alcuni presupposti: la prestazione professionale deve essere viziata da un errore inequivocabile e inescusabile; deve sussistere una conseguenza dannosa per il paziente; deve essere dimostrabile un nesso di causalità tra evento (azione od omissione) e danno.

In mancanza di tali presupposti, come ad esempio il caso in cui il comportamento colposo non produca danno al soggetto passivo (colpa senza danno) o sussistano particolari motivi (causa di giustificazione), il professionista non è punibile.

1. LE MOTIVAZIONE DELLA COLPA

Gli atteggiamenti colposi sono definiti nell'art. 43 c.p. *Elemento psicologici del reato* e la conoscenza di tale disposto del codice penale è doverosa poiché i riferimenti della colpa vanno traslati per analogia nel diritto privato anche se non esplicitamente riportati nel Codice Civile.

Si distingue classicamente una colpa generica per imperizia, imprudenza e negligenza ed una colpa specifica per inosservanza di leggi, regolamenti, ordini e discipline.

a) Imprudenza

Consiste in un comportamento contrastante con quello che l'esperienza impone nella valutazione del rapporto rischio-beneficio insito nella propria azione.

L'imprudenza si concreta per omissione di dovute cautele o realizzazione di azioni pericolose:

- L'avventurarsi in terapie o trattamenti di particolare impegno senza averne la pa-

dronanza, le attrezzature o aver cercato di ridurre al minimo i rischi; in tale concetto rientra anche la temerarietà del professionista che “... *si avventura in un attività clinica e chirurgica senza le previste qualità, non valutando con la massima attenzione le difficoltà dell'intervento, spinto da fini personalistici di affermazione della propria figura professionale*” (Cass. Sentenza del 21 Aprile 1977, n.1476).

- Una sovrastima o sottostima diagnostica di patologie.

b) Negligenza

Consiste in un comportamento non diligente, distratto o disattento che denota trascuratezza, superficialità, mancanza di senso del dovere e sensibilità verso il paziente; è la meno scusabile delle colpe.

Si concreta in un comportamento omissivo o trascurato contrastante con quelle norme di condotta attenta ed accorta, che si ha il dovere di compiere, atte ad evitare la produzione di un evento dannoso; cioè quando il sanitario non valuti le possibili conseguenze di ogni suo atto e non riduca al minimo i rischi di ogni terapia:

- Omissione diagnostica per errori di diagnosi dopo visite sommarie
- Omissione terapeutica per non avere approntato una corretta e tempestiva terapia, non avere sorvegliato un paziente in condizioni critiche
- Omissione preventiva per mancata profilassi di complicazioni

c) Imperizia

Consiste nell'incapacità tecnica, nell'insufficiente preparazione, nella mancata conoscenza di principi fondamentali e di applicazione degli aggiornamenti terapeutici e diagnostici consolidati nella prassi.

L'imperizia si concreta nell'errore tecnico per incapacità, per mancanza di abilità o preparazione professionale, che si dimostri al di sotto di quella che è la comune capacità richiesta per l'esercizio di una determinata professione:

- Mancanza di normale cognizione ed esperienza tecnica
- Assenza di cognizioni fondamentali
- Assenza del minimo di perizia tecnica
- Difetto nel minimo di abilità d'uso di mezzi strumentali e manuali
- Incapacità di eseguire le più comuni prestazioni con carattere d'urgenza
- Trascuratezza nelle regole tecniche dettate dalla scienza

Seppure l'imperizia appare la forma colposa più giustificabile, si deve considerare che sul piano pratico essa ha origine da una sovrastima delle proprie capacità professionali o da una sottostima della fattispecie in esame; ne consegue che, seppure indirettamente, risulta relativamente facile il riconoscimento di colpa per negligenza ed imprudenza nella genesi dello stesso evento dannoso.

Sempre sul piano pratico sarà il caso di ricordare che il richiamo all'imperizia non è ipotizzabile in situazioni cliniche contraddistinte da oggettiva difficoltà di trattamento, che diano luogo a complicazioni non prevedibili o prevenibili a priori con il massimo della diligenza e prudenza.

d) Inosservanza di leggi, regolamenti, ordini e discipline

Con tale termine si identifica la colpa specifica per trasgressione o mancato ri-

spetto delle disposizioni di legge e normative tecniche che disciplinano la professione sanitaria:

- Inosservanza di normative tecniche, regolamenti, istruzioni
- Omissione degli obblighi previsti per legge per il personale sanitario

Non riteniamo che la violazione di protocolli terapeutici e diagnostici o di linee guida elaborate da società scientifiche possa costituire, ipso facto, colpa specifica, in quanto va riconosciuta, pur nell'accettazione del rischio che essa comporta, la discrezionalità terapeutica del sanitario (art. 4 c.d *Libertà e indipendenza della professione*).

2. IL GRADO DELLA COLPA E LA DIFFICOLTÀ DELLA PRESTAZIONE

La colpa grave è definibile secondo la tradizione romanistica come culpa lata che corrisponde alla magna negligentia (id est non intelligere quod omnes intelligunt); violazione macroscopica delle comuni ed elementari regole dell'arte medica.

In questi casi l'errore è sempre inescusabile ed imperdonabile senza eccezioni, poiché incompatibile con i principi elementari attinenti l'attività professionale e la specializzazione.

La colpa ordinaria si identifica nella culpa levis secondo la tradizione romanistica per violazione del comune dovere di osservanza delle regole dell'arte medica relative alla malattia e alle sue cure (Cassazione Civ., Sez. 4, Sent 24 Giugno 1983, n. 8917).

Si tratta di un errore in cui può incorrere qualsiasi operatore, ma incompatibile con la preparazione media dei soggetti di pari età e qualificazione professionale (criterio della media preparazione).

La presenza di colpa ordinaria espone il sanitario a responsabilità nei casi di ordinaria difficoltà ma può costituire causa di giustificazione nelle prestazioni professionali di speciale difficoltà (art. 2236 c.c. *Responsabilità del prestatore d'opera*). Peraltro l'esperienza forense dimostra come tale affermazione sia ignorata e disattesa nella maggior parte dei casi di responsabilità civile professionale odontoiatrica, in quanto considerata non applicabile.

Si parla di normale difficoltà nel caso di semplici prestazioni di routine, comunemente alla portata di qualsiasi operatore ed il cui il risultato è prevedibile applicando una corretta terapia; in questi casi il sanitario è responsabile indipendentemente dal grado di colpa, cioè sia per colpa grave che ordinaria.

Si tratta di speciale difficoltà nel caso di prestazioni complesse che richiedono la soluzione di problemi tecnici complessi e preparazione superiore alla media con risultato non prevedibile; queste situazioni attenuano la responsabilità ed il professionista deve essere valutato con minor rigore.

Prestazioni di particolare difficoltà possono essere considerate, in linea generale le seguenti possibilità che nella pratica odontoiatrica sono invocabili solo in casi eccezionali e quasi mai quindi nello svolgimento di prestazioni terapeutiche di routine, come avviene usualmente in regime libero-professionale:

- Casi eccezionali non ancora studiati o sperimentati come definito dalla sentenza

della Corte di Cassazione del 29 Marzo 1976, n. 1132:

“...quando il caso sia straordinario ed eccezionale sì da non essere stato studiato adeguatamente nella scienza e sperimentato nella pratica (se non addirittura ignorato), ovvero quando nella scienza medica siano al riguardo proposti e dibattuti diversi ed incompatibili sistemi diagnostici e terapeutici, fra i quali debba in concreto operare la sua scelta”.

- Malattie che si manifestano con sintomi equivoci capaci di determinare errori nella diagnosi e nella terapia. In tali casi è preferibile un atteggiamento di attesa in rapporto alla differibilità o meno delle cure, in attesa di una definizione del problema per evitare danni iatrogeni (Cass. Pen. SezIV, 2dicembre 1963).
- Malattie che si manifestino con chiare sintomatologie ma permangano gravi incertezze riguardo l'origine.

3. L'EVOLUZIONE DEGLI ORIENTAMENTI GIURISPRUDENZIALI: L'AUMENTO DI RESPONSABILITÀ DEL SANITARIO

Come suggerisce il buon senso un errore non è sempre produttivo di responsabilità civile; nel tempo comunque si è convalidata una evoluzione degli orientamenti in giurisprudenza che ha progressivamente ampliato la responsabilità professionale secondo taluni interpreti per poter garantire in parallelo la per tutelare il diritto alla salute del cittadino sancito dalla Costituzione (art. 2 e 32 Cost.).

In un primo momento si era sviluppata la teoria medico-legale secondo la quale la valutazione della responsabilità del sanitario non poteva prescindere dall'apprezzamento tecnico dell'entità dell'errore: vale a dire che solo un errore incompatibile con quella diligenza, prudenza e perizia media (dolo e colpa grave) che ogni esercente la professione deve possedere, poteva ritenersi produttivo di responsabilità.

Successivamente il progresso scientifico e la maggior disponibilità di mezzi diagnostici e terapeutici hanno ampliato la possibilità reale da parte del professionista di ben delimitare i confini dell'errore; tale possibilità ha di fatto influito sull'orientamento della Magistratura portando a riconoscere la ricorrenza della responsabilità del sanitario per colpa ordinaria quando derivante da imprudenza e negligenza, lasciando la soglia della colpa grave nei soli casi di imperizia.

Pietra miliare di questo viraggio interpretativo è stata la sentenza di seguito riportata, che ha voluto affermare il principio secondo il quale a parità di grado di colpa non possono derivare conseguenze diverse solo per il fatto che il soggetto del cui operato si discute, sia o meno un professionista.

Corte Costituzionale sentenza n. 176 del 28 novembre 1973: *“L'esenzione o limitazione di responsabilità sancita dall'art. 2236 c.c. trova la sua giustificazione non in relazione a mere condizioni sociali e personali bensì nei caratteri oggettivi dell'attività svolta dal professionista. Il diverso trattamento giuridico a quest'ultimo riservato (per essere chiamato a rispondere nel caso di colpa grave derivante da errore scusabile, dalla ignoranza dei principi elementari attinenti all'esercizio di una determinata attività professionale o propri di una determinata specializzazione) risulterebbe, infatti, circoscritto alle sole ipotesi in cui la prestazione com-*

porti la soluzione di problemi pratici di speciale difficoltà mentre per ciò che concerne le altre forme di colpa ogni giudizio può esser improntato a criteri di normale severità”.

In linea con i criteri ispiratori della pronuncia della Corte Costituzionale è la sentenza della Cass. Pen., Sez 4, 9 giugno 1981: “La sussistenza della colpa professionale del sanitario deve essere valutata con larghezza e comprensione, per la peculiarità dell’esercizio dell’arte medica e per le difficoltà dei casi particolari, ma pur sempre dettati nell’ambito dei criteri dettati, per la individuazione della colpa medesima, dalla norma dell’art. 43 del c.p. L’accertamento non può essere effettuato in base agli elementi dettati dall’art. 2236 c.c., secondo cui il prestatore d’opera è esonerato dall’obbligo del risarcimento dei danni, quando la prestazione implichi la soluzione di problemi tecnici di particolare difficoltà, tranne che nell’ipotesi che abbia commesso il fatto con dolo o colpa grave. L’applicazione di questa norma non può avvenire con interpretazione analogica, perché vietata dal carattere eccezionale della disposizione rispetto ai principi generali (art.1176,1218 e 2043 c.c.). Essa è, inoltre, esclusa per la sistematica disciplina del dolo o della colpa in diritto penale. Il grado della colpa è infatti previsto soltanto come criterio per la determinazione della pena (art.133 c.p.) o come circostanza aggravante (art.61 c.p.), ma in nessun caso per determinare la stessa sussistenza dell’elemento psicologico del reato. Il minor grado di colpa cioè non può avere giammai efficacia discriminante”.

La prevalente giurisprudenza di Cassazione ha seguito in questi anni l’interpretazione della Corte Costituzionale. Non del tutto in sintonia con la precedente pronuncia ed anzi vincolata a richiami che sembrano oramai superati, privilegiando la larghezza di vedute e la comprensione per l’attività medica rispetto ad una critica analisi del comportamento colposo, la stessa IV Sezione si è così espressa (Cassazione Sez 4, Sentenza n. 4515 dell’11Aprile 1987) “In tema di responsabilità professionale la responsabilità del medico non può che configurarsi nel quadro della colpa grave richiamata dall’art. 2236 c.c. la quale si riscontra nell’errore inescusabile che trova origine o nella mancata applicazione delle cognizioni generali fondamentali attinenti alla professione o nel difetto di quel minimo di abilità e perizia tecnica nell’uso di mezzi manuali e strumentali che il medico deve essere sicuro di saper adottare correttamente o infine nella mancata diligenza o imprudenza che non devono mai difettare in chi esercita la professione sanitaria: per cui dovendo la colpa del medico essere valutata dal giudice con larghezza di vedute e comprensione l’esclusione della colpa professionale trova un limite nella condotta del professionista incompatibile con quel minimo di cultura ed esperienza che si deve legittimamente pretendere in colui che sia abilitato all’esercizio della professione”.

Riportiamo, inoltre l’interessante premessa di diritto riportata nella sentenza n. 861 del 12.02.92 del Tribunale di Verona, che riassume la problematica inerente l’evoluzione degli orientamenti giurisprudenziali

“PREMESSA DI DIRITTO - Ritiene a questo punto il Collegio che, per affrontare convenientemente il problema della configurabilità della colpa del sanitario, occorra fare una breve panoramica degli indirizzi giurisprudenziali avutisi sulla questione in esame. Secondo una prima opinione (di vecchia data e, peraltro, ab-

bandonata) la responsabilità del sanitario dovrebbe essere limitata all'errore professionale dovuto a colpa grossolana o macroscopica, per giunta valutata dal giudice con "larghezza di vedute e comprensione" (v.p.es.Cass.sez.II, 28.2.58, Iungano, e Cass. sez. IV, 22.1.68, De Vita).

Superando tale indirizzo, ben presto la Corte di Cassazione restringeva la colpa del medico in generale alla colpa "grave", in applicazione dell'art. 2236 c.c., individuandosi tale gravità nell'errore inescusabile (v., p. es., Cass. sez. IV, 21.10.70, Lisco; Cass. sez. IV, 7.7.77, Castaldi; Cass. sez. VI, 15.2.78, Violante).

Il 28.11.73, con la sentenza n. 166, la Corte Costituzionale, dettando un'interpretazione conforme alla costituzione degli artt. 42 e 589 c.p., precisava che, non dovendosi "mortificare l'iniziativa del professionista" e, nello stesso tempo, indulgere verso "non ponderate decisioni o riprovevoli inerzie del professionista stesso", la colpa grave di cui all'art. 2236 c.c. poteva valere nei soli limiti d'una condotta colposa dovuta ad imperizia, in quanto l'opera medica implicava sempre la soluzione di problemi tecnici di speciali difficoltà. Per le altre due norme di colpa, viceversa, ogni giudizio doveva esser "improntato a criteri di normale severità".

Ben presto la Corte di Cassazione aderiva all'interpretazione fornita dalla consulta (v., p. es, Cass. sez. IV, 12.5.77, Variati; Cass. sez. IV, 11.1.78, Gandini, Cass. sez. IV, 27.1.84, n. 6650, Ricolizzi), ma non dell'unanimità.

Secondo alcune pronunce, infatti, anche per l'imprudenza si richiederebbe una colpa grave e ciò per il "frequente insorgere del rischio e del fortuito" (v. Cass.sez.IV, 16.6.81, n. 8109, Calvo). Secondo altre, invece, la colpa grave di cui all'art. 2236 c.c. andrebbe sì limitata all'imperizia ma, comunque, solo nell'ambito di "casi tecnici di speciale difficoltà" (v. Cass. sez. IV, 13.12.77, n. 5224, Mangrovejo). Più specificatamente, secondo la sentenza n. 8917 del 24.6.83 della IV sez. del S.C. (imp. Veronesi), quando la prestazione sanitaria è di "ordinaria difficoltà" rilevarebbe penalmente anche la "colpa lieve", mentre la limitazione della responsabilità alla colpa grave ex art. 2236 c.c. concernerebbe solo l'imperizia legata ad una prestazione involgente problemi tecnici di particolare difficoltà.

Per converso, alcune pronunce (e parte della dottrina più recente) segnalavano gli inconvenienti di carattere logico, giuridico e sistematico a cui dava origine l'applicazione, in tale materia, dell'art. 2236 c.c. Queste le principali obiezioni:

- 1) un'estensione analogica dell'art. 2236 c.c. alle fattispecie penali è vietata dall'art. 14 preleggi per il carattere eccezionale della norma in questione a fronte dei principi generali di cui agli artt. 42 e 43 c.p. (del resto, anche in campo civile l'art. 2236 c.c. costituisce norma eccezionale, derogando ai principi generali di cui agli artt. 1176, 1218, 2043 c.c.) - v. p. es, Cass. 9.6.81, n. 9367, Fini ed altro; Cass. sez. IV, 21.10.83, Ravacchi; Cass. sez. IV, 29.9.83, Duè; Cass. sez. IV, 22.3.84, Conti;
- 2) secondo la disciplina sistematica del Codice Penale, la materia della responsabilità per colpa trova una completa regolamentazione nell'art. 43 c.p., laddove il grado della colpa trova invece collocazione negli artt. 133 e 61 n. 3 c.p., funzionando, cioè, solo come criterio di determinazione della pena e come circostanza aggravante (v. sentenza citt. sub.1),
- 3) l'inserimento dell'art. 2236 c.c. nella disciplina penale aggiungerebbe arbitrariamente una causa di esclusione della illiceità penale a quelle tassativamente

- te previste e, quindi, l'appartenenza alla categoria medica fungerebbe da limite di configurabilità del fatto tipico di lesioni o di omicidio colposo (v. sentenza citt. sub. 1);
- 4) l'art. 2236 c.c. è relativo alla soluzione di "problemi tecnici di speciale difficoltà" e, quindi, non in ogni caso l'imperizia del professionista di deve sostanziare in colpa grave, a pena di identificare ogni tipo di attività professionale intellettuale con la prestazione legata alla soluzione di problemi tecnici di speciale difficoltà. Viceversa, dal professionista tenuto alla soluzione di difficili problemi è giusto esigere di più, dovendo quest'ultimo rispondere anche se omette un'attività più qualificata di quella dell'operatore medio. In altre parole, non è logico né conforme alla Costituzione appiattare la responsabilità penale ai livelli inferiori, ad esclusivo beneficio dei più qualificati (v. Cass. sez. IV pen., 22.11.85, n. 1831);
 - 5) non sempre agevole appare, in tema di colpa professionale, individuare nel concreto il confine tra imprudenza ed imperizia, specie tenuto conto della sempre più complessa organizzazione dell'attività sanitaria, ormai quasi sempre svolta collegialmente;
 - 6) insufficiente e problematica appare ancora l'elaborazione dogmatica delle "tecniche" da adoperare per determinare il grado della colpa;
 - 7) il riferimento contenuto nell'art. 2236 c.c. alla "prestazione" dimostra che la norma stessa riguarda la sola "responsabilità contrattuale" e tale evidentemente non è quella penale (ma si veda, contra, Cass. civ. 6.5.71);
 - 8) il richiamo all'art. 2236 c.c. induce a confondere tra illecito civile e penale, quali facce della stessa medaglia. Nella realtà giuridica però, non è il medesimo illecito, doppiamente qualificato, a determinare l'applicazione di sanzioni penali e civili, ma due distinti illeciti. Infatti, mentre il reato è lesione di valori che non ammettono altra forma di reintegrazione al di là della pena, l'illecito civile deriva dalla lesione di interessi privati ed il conseguente risarcimento del danno mirerà a ristabilire un equilibrio patrimoniale alterato. Ancora, mentre nel reato balza in primo piano la condotta dell'agente, nel fatto dannoso rileva la situazione del danneggiato. Del resto, così argomentando, meno strana apparirà l'ipotesi d'un medico che, condannato in sede penale, nulla dovrà risarcire, ex art. 2236 c.c., in sede civile;
 - 9) ogni atteggiamento di favore nei confronti del professionista "medico" rispetto ai professionisti "non medici" appare privo di giustificazioni logiche e contrastante con i fondamentali principi d'eguaglianza e ragionevolezza di cui all'art. 3 Cost.

Orbene, la sussistenza delle citate (e fondate) obiezioni rende necessaria una più attenta valutazione della questione penale della responsabilità colposa del sanitario, a giudizio del collegio risolvibile nell'ambito del solo diritto penale sostanziale. Tralasciando infatti un'interpretazione letterale dell'art. 2236 c.c. (tale da portare alla assurda conseguenza, logica prima che giuridica, secondo cui proprio il sanitario chiamato ad intervento particolarmente difficile è tenuto a possedere una perizia minore) ed ogni richiamo suggestivo (ma nel caso di specie inutile) al generalissimo e scontato principio dell'unità dell'ordinamento giuridico, l'art. 2236 c.c. va interpretato come espressione dei principi generali che, in te-

ma di colpa, obbligano il giudicante a commisurare le sue valutazioni alla singola situazione di fatto. Per conseguenza, oltre che tener conto del parametro dell' "homo eiusdem condicionis et professionis", bisognerà tener conto delle circostanze, variabili, relative al caso concreto. La "soluzione di problemi tecnici di speciale difficoltà", pertanto non influirà sul grado della colpa, ma sulla configurazione concreta della condotta del medico. In conclusione, aderendo ad un'autorevole e nota impostazione, se la prestazione è facile si esigono dal medico tutti quegli atti idonei tecnicamente a conseguire il risultato, mentre se la prestazione è difficile, pur richiedendosi evidentemente il massimo impegno, si esigono solo quegli atti che, in astratto possibili per raggiungere quel risultato, rientrano nella capacità del buon professionista della sua categoria. In altre parole, "la colpa grave dell'art. 2236 c.c. non è che la colpa lieve valutata tenendo conto delle speciali difficoltà della prestazione".

Questo tipo di approccio consente di ritenere sostanzialmente irrilevante l'applicabilità o meno dell'art. 2236 c.c. al problema in esame, che, pertanto, dovrà e potrà essere vagliato secondo i criteri generali di valutazione della colpa. Il giudice penale potrà e dovrà, per conseguenza, riportarsi ai principi tradizionali in tema di accertamento della responsabilità colposa, commisurando la valutazione soggettiva dell'agente alle peculiari, oggettive caratteristiche del caso concreto. Ciò premesso, l'indagine dovrà tener conto, sotto un profilo soggettivo, del grado di preparazione professionale del medico (potendosi ovviamente parificare il medico generico allo specialista) e, sotto un profilo oggettivo, della eventuale, mancata elaborazione di regole e procedimenti tranquillanti, sicuri e da tutti univocamente condivisi (non potendosi, in tal caso, imputare a colpa l'errore compiuto dal medico, a pena di procedere, assurdamente, l'infallibilità di quest'ultimo).

4. GLI ORIENTAMENTI GIURISPRUDENZIALI ATTUALI

4.1 La colpa per imprudenza e negligenza

La giurisprudenza penale e civile è concorde nel ritenere che nell'ipotesi di colpa per imprudenza e negligenza la responsabilità si concreta indifferentemente dal grado della colpa e dalla difficoltà della prestazione.

Importante a tale riguardo la possibilità di prevedibilità e prevenibilità delle complicazioni o dell'insuccesso: affrontare una prestazione impegnativa per la quale non si ha coscientemente la necessaria preparazione o anche solo l'esperienza potrebbe infatti essere interpretato in termini di imprudenza "inescusabile" e quindi riassumere in sé i connotati della colpa grave.

Cassazione Sez. 4 n. 8917 del 26 ottobre 1983: "... ai fini della responsabilità dell'esercente la professione sanitaria quando la condotta colposa sia censurata per negligenza è sufficiente la omissione della diligenza comune, rapportata cioè al grado medio di cultura e capacità professionale ovvero alla violazione delle norme tecniche generalmente accolte; e pertanto risponde a titolo di colpa il sanitario quando non valuti le possibili conseguenze di ogni suo atto e non riduca al minimo i rischi di una terapia e dei possibili interventi".

Pretura di Verona 27 Luglio 1989: "In tema di colpa professionale del sanita-

rio, la responsabilità nel caso di negligenza e imprudenza, deve essere valutata secondo i normali criteri, con la conseguenza di ritenere rilevante anche la colpa lieve. In caso di imperizia devono essere adottati criteri meno rigorosi, essendo la condotta colposa del sanitario circoscritta all'ipotesi di colpa grave ex art. 2236 c.c., che si verifica allorchè il comportamento del medico sia incompatibile con il livello minimo di cultura ed esperienza indispensabile per l'esercizio della professione sanitaria. L'imperizia in definitiva, si sostanzia nell'errore diagnostico o terapeutico”.

4.2 La colpa per imperizia

L'art. 2236 c.c. *Responsabilità del prestatore d'opera* nella giurisprudenza recente viene applicato esclusivamente alla colpa per imperizia.

In ambito civilistico, un comportamento imperito è inescusabile nei casi ordinari con esito prevenibile o prevedibile; scusabile in presenza di colpa grave quando la prestazione riguarda casi di eccezionale difficoltà di fatto estranea alla pratica odontoiatrica.

Corte d'Appello di Venezia 29/4/81: “... Anche l'imperizia non grave comporta piena responsabilità quando il caso non presenti speciale difficoltà”. L'imperizia presuppone valutazioni delicate in quanto l'atteggiamento di giudizio tiene conto del contesto specifico, della qualifica professionale e della difficoltà della prestazione. Per accertare l'imperizia valgono infatti particolari criteri:

- Criterio della media preparazione che tiene conto di quanto avrebbe fatto ogni medico per quel paziente in quella situazione
- Criterio della regola tecnica che valuta la correttezza dell'atto medico
- Criterio della relatività soggettiva ed oggettiva che considera le circostanze specifiche in relazione alla personalità, età, esperienza, qualificazione professionale del sanitario

Su questa base la responsabilità si valuta rispetto alla competenza media esigibile ed alla diligenza media del buon professionista inteso come medico medio.

Esiste inoltre un criterio di relatività nello stabilire il grado della colpa per quanto riguarda l'imperizia: un identico comportamento può essere giustificabile (colpa lieve) nel giovane e poco esperto ed inescusabile, invece, in un professionista qualificato o in uno specialista (colpa grave).

A conferma di tale dato si ricorda che l'opera dello specialista viene giudicata con maggior rigore in considerazione delle maggiori capacità ipotizzate in base al grado di preparazione (Cass. - Cass. Pen. Sez IV°, 18-2-1983 in Gius. Pen 1984, 2416:

“... ai fini della colpa professionale dell' esercente una professione sanitaria non si richiede una grande perizia, ma quel minimo che ci si deve attendere dall' esercente la professione medica. Nel caso di medico specialista, invece, in considerazione dell' acquisita specializzazione, si deve richiedere con maggior severità l' uso della massima prudenza e diligenza”.

Cass. Pen., Sez. IV°, 11-3-1983 in Giust. Pen 1984, II° 227 s.m.):

“... in tema di responsabilità per delitto colposo nell' esercizio della professione medica, l' errore penalmente rilevante non può configurarsi se non nel quadro della colpa grave, così come richiamato dall' art. 2236 c.c., per cui deve trattarsi di errore inescusabile derivante o dalla mancata applicazione delle cognizioni ge-

nerali e fondamentali dell'arte medica, o nel difetto di quel minimo di abilità o perizia tecnica che non deve mai mancare in chi esercita la professione sanitaria. L'errore del medico specialista va però considerato con maggiore severità, poiché non si richiede al sanitario solo quel minimo di cognizioni e abilità sopra indicate; ma quella conoscenza e quella particolare abilità e perizia proprie di chi ha acquisito un titolo specialistico".

Sotto l'aspetto penalistico è stata messa di discussione la validità del richiamo all'art.2236 c.c. *Responsabilità del prestatore d'opera*, quale esimente di responsabilità, mancando nel Codice Penale qualsiasi riferimento diretto o indiretto al grado della colpa.

La più recente lettura giurisprudenziale sembra allinearsi con questa interpretazione quando invece, proprio l'art. 2236 c.c., per il passato, era la principale esimente della responsabilità medica.

In molte sentenze, quindi, il grado della colpa viene a costituire esclusivamente attenuante o aggravante della responsabilità professionale (Cass. Pen., Sez IV, 29 settembre 1983; Cass. Pen. Sez IV21 ottobre 1983; Cass. Pen. Sez IV 22 Marzo 1983; Cass. Pen. Sez. IV 17 Luglio 1987; Cass. Pen. Sez IV 12 Aprile 1991).

Cass. Sez IV, 11 Settembre 1981: *"Il grado della colpa è previsto soltanto come criterio della determinazione della pena (art.133 c.p.) o come circostanza aggravante, ma in nessun caso per determinare la stessa sussistenza dell'elemento psicologico del reato. Il grado della colpa cioè non può mai avere efficacia discriminante"*.

La valutazione in ambito penale è comunque più comprensiva e la responsabilità è riconosciuta solo nei casi di errore inescusabile.

Cass. Pen., Sez. IV°, 18/10/1978 in Cass. Pen. 1981, 548: *"In tema di colpa dell'esercente una professione sanitaria la valutazione del giudice deve essere particolarmente larga quando l'addebito consista in un'imperizia rilevante ai fini penali, soltanto quando si rilevi un comportamento incompatibile con il minimo di cultura e di esperienza da pretendersi da parte di chi sia abilitato all'esercizio della professione. Se invece, l'addebito di colpa consiste in negligenza ed imprudenza, la valutazione del giudice deve essere effettuata secondo criteri normali e di comune applicazione"*.

5. CONSIDERAZIONI

Imprudenza e negligenza rappresentano una condotta inescusabile sia in ambito civile che penale, sinonimo di responsabilità indipendentemente da altri fattori.

Per l'imperizia si pone l'esigenza di valutare la condotta colposa non solo sulla base dell'entità dell'errore, ma anche e soprattutto in rapporto alla natura e complessità dell'atto medico fattore di danno e alla qualifica del sanitario.

Se l'intervento non presenta particolari difficoltà tecniche, vengono pretese attività e scelte idonee a perseguire un risultato ottimale; se la prestazione è complessa, dato per scontato il massimo impegno, sono richieste le procedure che rientrano nella normale capacità del buon professionista.

In sede civile l'apprezzamento del grado della colpa può escludere la responsabi-

Tabella 1 RESPONSABILITÀ CIVILE E PENALE	
Responsabilità civile	Responsabilità penale
Errore sempre inescusabile per negligenza e imprudenza	
Errore sempre inescusabile per imperizia nei casi di ordinaria difficoltà	
Errore scusabile per colpa ordinaria in prestazioni di speciale difficoltà (eccezionalmente invocabili in odontoiatria)	Orientamenti giuridici non univoci della Magistratura a) Il grado della colpa è attenuante o aggravante del reato, non incide sulla responsabilità ma solo sull'entità della pena b) Può essere applicata l'esclusione per colpa ordinaria (per analogia art. 2236 c.c.)

lità del sanitario, e di conseguenza la risarcibilità del danno, solo nel caso di colpa lieve in prestazioni di particolare difficoltà.

Tale eventualità risulta raramente invocabile in odontoiatria in considerazione della natura elettiva e la routinarietà della maggior parte degli interventi; in base alle definizioni date si comprende come nella maggior parte dei procedimenti giudiziari per responsabilità professionale in odontoiatria il tentativo di ricorrere alla speciale difficoltà come causa di giustificazione sia improponibile.

In sede penale la responsabilità viene valutata con maggior comprensione dovendosi dimostrare un inescusabile errore tecnico; il grado di colpa influisce solamente come aggravante o attenuante del reato e quindi sull'entità della pena.

Bibliografia

1. BRIGUGLIO I., COMIGNANI D.: *Informazione e consenso all'atto medico-chirurgico*. Aggiornamenti in Medicina e Chirurgia, 10/6, 1992:762
2. CARUSI D.: *Responsabilità del medico, prestazioni professionali di speciale difficoltà e danno alla persona*, Giur. it., I, 1991: 1, 599
3. CRESPI A.: *I recenti orientamenti giurisprudenziali nell'accertamento della colpa professionale del medico-chirurgo: evoluzione o involuzione?* Riv. It. med. leg., XVI, 1992: 785
4. FINESCHI V.: *Res ipsa loquitur: un principio in divenire nella definizione della responsabilità medica*, Riv. it. med. leg., 1989: 419
5. GARIBALDI D., DE RYSKY S.: *Profili di professionalità del laureato in Odontoiatria e Protesi dentaria*, Atti del Convegno: "La laurea in odontoiatria e protesi dentaria", Ed. CIC, Roma, 1984
6. GRASSO G.: *La responsabilità penale nell'attività medico-chirurgica. Orientamenti giurisprudenziali sul grado della colpa*, Riv. it. med. leg., 1979: 80
7. IADECOLA G.: *In tema di colpa professionale del medico e sui criteri della sua valutazione*, Giust. pen. II, 1987: 241
8. MESSINA F.: *Sulla rilevanza della colpa lieve per imperizia nel diritto penale*, Temi romana, III, 1990: 605
9. NORELLI G.A.: *Sul divenire della responsabilità in ambito sanitario. Note medico legali*, Riv. it. med. leg., 1985: 782
10. PALIERO C.E.: *La casualità dell'omissione: formule concettuali e paradigmi prasseologici*, Riv. it. med. leg., 1992: 821

11. PREVOSTO A.: *La responsabilità penale nell'esercizio dell'attività medico-chirurgica e il grado della colpa*, *Indice penale*, 1982: 415
12. RENDA L.: *Sull'accertamento della causalità omissiva nella responsabilità medica*, *Foro it.*, II, 1986: 351
13. RIZ R.: *Il trattamento medico e le cause di giustificazione*, Padova, 1975
14. TORNATORE M.: *In tema di colpa medica omissiva*, *Giur. it.*, II, 1992: 413

2. IL NESSO DI CAUSALITÀ

D. De Leo, F. Montagna

La presenza del nesso di causalità, continuo e ininterrotto, è la condizione necessaria per l'individuazione della responsabilità e il conseguente obbligo al risarcimento: nessuno può essere chiamato a rispondere di un fatto posto in essere da altri se non vi è rapporto di causalità tra il suo comportamento ed il fatto commesso od omesso (art. 40 c.p. *Rapporto di causalità*).

Per contro la responsabilità va esclusa pur in presenza di un nesso di causalità dimostrato, quando il danno sia cagionato per caso fortuito, per forza maggiore, per imprevedibilità dell'evento o nella ricorrenza di uno stato di necessità; quando cioè non esiste la colpa, il dolo o l'intenzione.

In campo infortunistico odontoiatrico, l'attività peritale si estrinseca principalmente in ambito civile- assicurativo con lo specifico scopo di stabilire se un determinato evento sia stato causa di una lesione e di valutarne le conseguenze ai fini del risarcimento economico.

A tale fine lo studio della documentazione e dei caratteri delle lesioni è indirizzato a identificare la causa, le circostanze dell'evento (tempo, luogo) e l'autore valendosi di speciali criteri di riferimento eziologico.

1. LE DETERMINANTI DEL DANNO

Secondo tali criteri per la realizzazione di un danno sono necessari una serie di fattori determinanti uniti da un nesso di causalità continuo ed ininterrotto.

Perché l'errore diventi colpa giuridicamente rilevante ed il danno risarcibile, devono verificarsi più situazioni concatenate (definite determinanti del danno) ciascuna delle quali si colloca in funzione di causa rispetto alla successiva e di effetto rispetto alla precedente.

L'evento lesivo è un'azione esterna che danneggia l'organismo e può derivare da un atteggiamento di tipo omissivo o commissivo; l'azione o omissione, per determinare una responsabilità dell'agente, deve essere illecita cioè attribuibile ad un comportamento incongruo o erroneo; al contrario quando non sia riferibile ad una precisa situazione antiggiuridica è definita medico legalmente irrilevante (assenza di colpa).

La lesione è una modificazione peggiorativa della preesistente integrità psicofisica della persona e può essere costituita da una alterazione anatomica, funzionale o psichica; deve essere collegabile da rapporto di causalità con l'azione del sanitario.

La menomazione è il decremento dell'efficienza psicofisica della persona di fronte alle esigenze della vita vegetativa e di relazione; è il presupposto biologico del danno rappresentato dal motivo concreto che altera la funzione di organo o apparato.

Il danno è la conseguenza della menomazione valutabile e risarcibile con compensazione in denaro; quando dipende da un fatto accidentale o disgrazia, non essendovi colpa di alcuno, non si ha diritto a risarcimento alcuno.

2. IL CRITERIO DI RIFERIMENTO EZIOLOGICO

Il nesso causale è il rapporto naturale tra l'evento e la causa che l'ha determinato; in campo medico forense la determinazione del nesso di causalità è un procedimento logico che permette di attribuire una determinata lesione ad una condotta umana.

La sua importanza giuridica nasce dal fatto che la dimostrazione del nesso causale tra comportamento illecito e danno è presupposto della responsabilità ed elemento essenziale del reato: l'evento dannoso deve essere legato alla condotta attiva o omissiva del soggetto agente da un nesso causale continuo o ininterrotto (art. 40 c.p. *Rapporto di causalità*; art. 41 c.p. *Concorso di cause*).

Conseguentemente, nella pratica forense l'indagine medico legale ha lo scopo preminente di evidenziare il nesso eziologico tra evento, azione illecita e danno alla persona in modo da facilitare il giudizio del magistrato.

L'argomento è complesso in quanto nel verificarsi di un evento non sempre interviene una sola causa ed anzi l'effetto si realizza spesso per il simultaneo concorso di più fattori con valenza giuridica diversa in tema di responsabilità. La determinazione del nesso di causalità viene realizzata attraverso l'impiego dei criteri di riferimento eziologico. Tali insostituibili strumenti metodologici risentono di un certo empirismo generando talvolta ipotesi di verosimiglianza e probabilità piuttosto che giudizi di certezza ed indiscutibilità; per superare tale limite il riconoscimento dell'esistenza di un nesso causale deve fondarsi sulla concordanza e convergenza dei dati forniti da tutti i criteri e la negatività anche di un solo criterio è sufficiente ad interrompere il rapporto.

Per soddisfare il criterio cronologico l'evento deve essere anteriore alla lesione e quest'ultima deve verificarsi entro un periodo di tempo compatibile.

Per sostanziare il criterio topografico deve esistere corrispondenza tra la sede della lesione e l'azione lesiva. Il criterio di adeguatezza qualitativa e quantitativa richiede che l'evento sia necessario e sufficiente, come tipo ed entità, a causare la lesione. Per il criterio di continuità fenomenologica deve essere dimostrabile nel tempo una continuità sintomatologica tra fatto lesivo e lesione. Il criterio di esclusione di altre cause si basa sulla negatività ed assenza di altri eventi in grado di determinare il danno; è un criterio *ex iuvantibus*.

3. IL TIPO DI RAPPORTO CAUSALE E LE SUE IMPLICAZIONI

Ogni evento riconosce condizioni (presupposti per cui la causa possa agire), cause e concause lesive che agiscono attraverso una concatenazione di effetti; nella spiegazione del fatto per esigenze di sintesi si omette di analizzare tutta la catena degli effetti biologici conseguenti ed intuitivi e si salta dalla causa all'effetto (*quod est causa causae est causa causati*).

L'indagine medico-legale può evidenziare la presenza o l'assenza del nesso eziologico con diverse sfumature e quindi differente rilevanza ai fini processuali.

3.1 La causalità

Per causa si intende ogni condizione necessaria e sufficiente da sola alla produ-

zione dell'evento; nel concetto di causa è quindi intrinseco quello di causalità adeguata e *conditio sine qua non*; possiamo distinguere diversi ruoli causali.

La causa diretta si verifica quando esiste una continuità di derivazione tra la causa e l'evento.

Si considera causa indiretta quando nuovi fattori si sostituiscono al primo senza diminuirne l'efficacia nel determinare l'esito

La causa esclusiva consiste in una unica causa necessaria e sufficiente a produrre l'evento; l'efficienza causale esclusiva si verifica quando nella produzione dell'evento una delle concause è tale da rendere giuridicamente inesistenti le altre sì da emergere essa stessa al ruolo di causa giuridicamente rilevate (art. 41 c.p. *Concorso di cause* come in Cassazione 30 Marzo 1985, Sent n.2234).

Si definiscono cause concomitanti le azioni simultanee di più cause tutte in grado di produrre lo stesso effetto.

L'individuazione di un nesso di causalità continuo ed ininterrotto riconducibile ad una condotta illecita afferma la responsabilità del soggetto; il nesso di causalità può essere possibile o probabile con diverse sfumature e gradazioni.

Nel caso di partecipazione di più soggetti o azioni nel causare un determinato evento, ognuno sarà chiamato a rispondere in modo proporzionale all'entità del danno da lui provocato

3.2 La concausalità

Le concause sono definibili come eventi lesivi necessari ma non sufficienti a produrre il danno: vale a dire che non sono indispensabili e nemmeno insostituibili nella produzione di un effetto, ma lo influenzano in modo tale che in loro assenza sarebbe stato diverso.

Il concorso di cause descrive una situazione in cui sono presenti concause che agiscono assieme; sono divise in base al tempo d'azione rispetto alla causa principale (art. 41 c.p. *Concorso di cause*).

Le concause preesistenti sono condizioni anteriori che già esistono al momento dell'azione della causa

Le concause simultanee agiscono contemporaneamente all'azione fondamentale

Le concause sopravvenute intervengono in un secondo tempo mentre si sta già producendo l'effetto della causa primaria.

Complesso appare il compito del Magistrato in presenza di concause in cui sia coinvolta una pluralità di persone, eventualità in cui, a seconda delle singole situazioni, la pena o l'entità del risarcimento vanno commisurate alle singole responsabilità.

Nel caso di concorso di colpa del danneggiato il risarcimento dovuto dal convenuto è ridotto in modo proporzionale alla colpa del danneggiato; cioè per danni che questi avrebbe potuto evitare con una condotta diligente (art. 1227 c.c. *Concorso del fatto colposo del creditore*).

In presenza di responsabilità solidale, tutte le persone a cui è imputato il danno sono tenute in solido al risarcimento in misura proporzionata alla rispettiva colpa e all'entità del danno che ne è derivato; nel dubbio le singole colpe si presumono uguali applicando il principio di equivalenza delle cause (art. 2055 c.c. *Responsabilità solidale*); tale principio riconosce a tutti gli antecedenti pari efficienza causale nel determinare l'evento e quindi pari responsabilità dei soggetti attivi.

3.3 Le cause di giustificazione ed esimenti

In alcuni casi pur in presenza di un nesso di causalità materiale evidente tra lesione, menomazione e danno non si verifica individuando profili di responsabilità; ci riferiamo a situazioni in cui l'imprevedibilità e l'imprevenibilità del fatto esclude la colpa del soggetto attivo. Tali situazioni sono previste dal Codice Civile (Libro IV *Delle Obligazioni, Sezione V Della impossibilità sopravvenuta per causa non imputabile al debitore*); dal Codice Penale sono denominate cause di liceità o scriminanti (art. 45 c.p. *Caso fortuito o forza maggiore*; art. 46 c.p. *Costringimento fisico*; art. 51 c.p. *Esercizio di un diritto o adempimento di un dovere*; art. 52 c.p. *Difesa legittima*; art. 54 c.p. *Stato di necessità*).

La forza maggiore è una qualsiasi energia esterna contro la quale il soggetto non è in grado di resistere ed esegue una azione contraria alla propria volontà (art. 1256 c.c. *Impossibilità definitiva e impossibilità temporanea*).

Il caso fortuito per l'imprevedibilità e l'inevitabilità libera il debitore dall'adempimento esatto dell'obbligazione (art. 1256 c.c. *Impossibilità definitiva e impossibilità temporanea*; art. 1258 c.c. *Impossibilità parziale*; art. 1259 c.c. *Subingresso del creditore nei diritti del debitore*).

3.4 L'assenza del nesso di causalità'

L'assenza del nesso di causalità o la sua interruzione per circostanze imprevedibili o eccezionali escludono la responsabilità del soggetto attivo.

La stessa indagine può portare alla identificazione di casi di:

- Preestazione quando il danno è riferito ad una causa diversa da quello che l'ha causato
- Provocazione quando il danno è artificialmente o maliziosamente cagionato dal soggetto passivo (danneggiato)
- Simulazione quando il danno è inventato dal soggetto interessato con manifestazione di sindromi cliniche soggettive ed obiettive prive di carenza e svelabili con specifiche manovre da parte dell'esaminatore.

Più specificatamente nel campo sanitario, ricordiamo inoltre che improponibile rimane la responsabilità per insuccesso del trattamento non ascrivibile a colpa: tale orientamento sarebbe in contrasto con l'indirizzo generale dell'obbligazione di mezzi precedentemente riconosciuto per le attività medico-chirurgiche configurando di fatto una obbligazione di risultato e/o indirettamente una responsabilità oggettiva.

4. IL NESSO DI CAUSALITÀ PROBABILE O POSSIBILE

Il Magistrato per attribuire la responsabilità di un evento e determinare il risarcimento in capo al soggetto chiamato in causa deve affidarsi alla credibilità razionale della tesi sostenuta dal Consulente d'Ufficio sul nesso di causalità che può richiamarsi a diverse situazioni.

Nella prassi medico-legale è talvolta arduo stabilire il ruolo eziologico dei singoli eventi ed il Consulente Tecnico d'Ufficio non può sempre raggiungere una certezza assoluta ed in alcuni casi deve sostituire lo stesso criterio di certezza con quello probabilistico dell'idoneità della condotta alla produzione dell'evento o la sua estraneità.

Nella giurisprudenza recente, in riferimento alla ricerca del nesso di causalità tra condotta ed evento si collocano alcune sentenze secondo cui al criterio di certezza si sostituisce quello della probabilità o possibilità.

In tali sentenze il Magistrato ha ritenuto di riconoscere l'esistenza di un rapporto causale anche se l'intervento tempestivo e corretto del sanitario avrebbe avuto, non la certezza, ma apprezzabili possibilità di successo nell'evitare l'evento dannoso; in sostanza la valutazione probabilistica del nesso di causalità tra condotta attiva o omissiva ed evento dannoso espone il medico a maggior rischio di colpevolezza.

(Cass. Pen., Sez IV, 12 Maggio 1983; Cass. Pen. Sez IV 12 maggio 1989; Cass. Pen. IV 5 Giugno 1990; Cass. Pen. IV 23 Novembre 1990; Suprema corte sent. n. 1846 del 12 luglio 1991; Cass. Pen. n. 371 del 17 Gennaio 1992).

Nella sentenza della Cass, Sez IV del 18 ottobre 1990, ad esempio, *“il nesso causale per intervento omesso è stato riconosciuto nel caso di poche probabilità di successo”*, dizione che corrisponde di fatto al concetto di possibilità (evento che può accadere e non accadere), ben diverso da quello di probabilità (evento che ha più probabilità di accadere che di non accadere).

Particolarmente significativa è la sentenza della Corte di Cass. Del 12 Luglio 1991 che ha censurato la diagnosi ed il trattamento intempestivi di uno specialista in ginecologia e ostetricia (colpevole ritardo nella diagnosi di una infezione tetanica di una partoriente deceduta) che hanno privato la paziente del 30% delle probabilità di salvare la vita.

Sostanzialmente sovrapponibili sono le motivazioni della già citata sentenza n. 861 del 12.2.1992 del Tribunale di Verona, successivamente confermata in Appello e Cassazione per la quale rimandiamo al capitolo della casistica.

“Nell’ambito di tale indagine compiuta secondo canoni “tradizionali”, il giudice dovrà verificare se l’errore possa essere messo in relazione causale con l’evento e, sul punto, il collegio ritiene di dover aderire a quella giurisprudenza secondo cui sussiste il rapporto di causalità anche quando l’opera del sanitario, se correttamente e tempestivamente intervenuta, avrebbe avuto, non già la certezza, quanto serie ed apprezzabili probabilità di successo (v. p. es. Cass, sez. IV pen., 7.1.83, Melis e Cass. sez. IV pen., 12.5.89, n. 7118). In sostanza, in tema di causalità omissiva l’accertamento della stessa presenta un grado d’attendibilità minore rispetto a quella del reato commissivo, ciò derivando dalla natura normativa del nesso causale tra omissione ed evento, nonché dal carattere ipotetico del giudizio posto a base di tale accertamento (v. art.40 c.p). Quanto precede appare tanto più fondato ove si consideri che anche in tema di causalità commissiva si è sottolineata giustamente ed autorevolmente la rilevanza delle leggi statistiche, per loro natura meno certe delle “leggi scientifiche ed universali”.

Dobbiamo considerare che le sentenze citate sono state emesse in procedimenti per responsabilità penale conseguenti a fatti omissivi del sanitario che ha causato la morte del paziente per terapie mediche e chirurgiche e sono un indice della tendenza a tutelare il paziente garantendo il risarcimento per situazioni al limite con la responsabilità oggettiva o senza colpa; la loro applicazione al campo dell'odontoiatria sarebbe eccezionale, per la modestia dei postumi nella maggior parte dei casi e non ha ancora avuto riscontro pratico.

5. CONSIDERAZIONI

Da ultimo ricordiamo che la valutazione medico legale di una situazione di responsabilità professionale segue un flusso diagnostico preciso: analizza determinanti del danno alla luce del nesso di causalità in modo da stabilire la presenza di colpa ed il conseguente diritto alla risarcibilità del danno.

È evidente che la presenza isolata di alcuni fattori o anche di colpa non precostituiscono ipso facto il diritto al risarcimento; i vari fattori devono fondersi attraverso il nesso di causalità ininterrotto dall'evento lesivo espressione di una azione illecita (colposa) sino alla determinazione del danno (tabella 1). Non sempre è possibile disporre di rilievi documentali e clinici omogenei e congruenti che consentano una valutazione tecnicamente "agevole". I dati temporali fra prestazioni e danno, i rilievi documentali parziali e/o errati, le carenze certificative impongono al consulente medico-legale una lettura epicritica della singola vicenda, che consenta di colmare, con la rigorosa applicazione della criteriologia medico-legale le lacune del caso.

In alcuni casi non è possibile un parere tecnico deciso che conforti il magistrato, l'avvocato e il liquidatore (tabella 2).

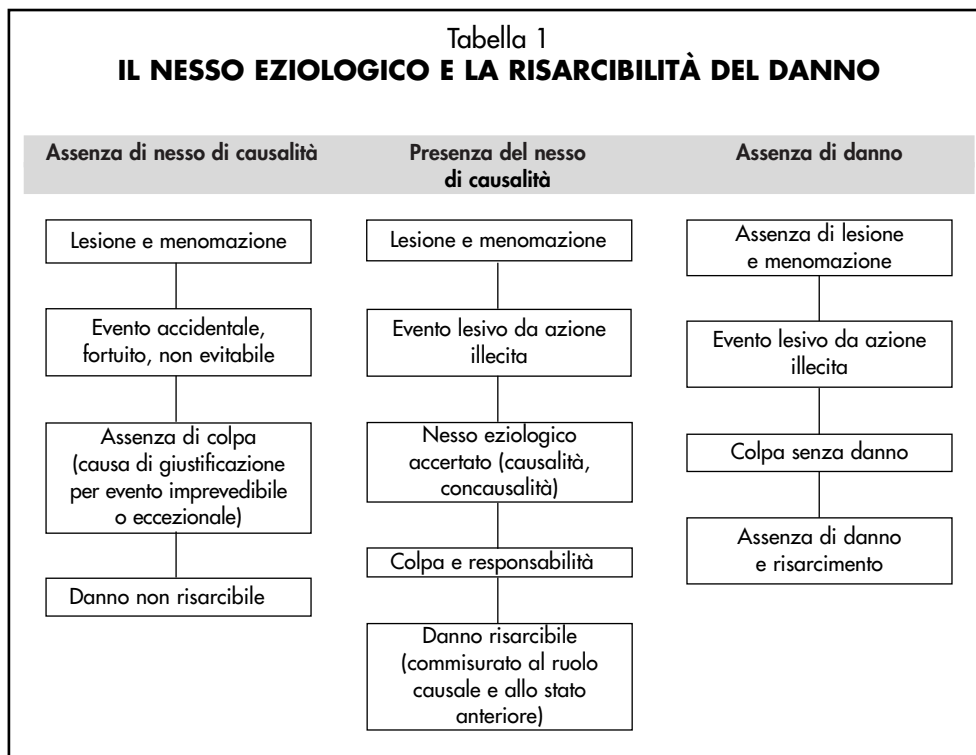


Tabella 2
IL NESSO DI CAUSALITÀ E LA RISARCIBILITÀ

Nesso eziologico	Giudizio medico legale di colpa	Risarcibilità *
Certo (dimostrato)	CERTEZZA	SI
Probabile (quasi certo)	PROBABILITÀ	SI
Possibile (meramente possibile, improbabile)	POSSIBILITÀ	SI / NO (giurisprudenza 30%)
Assente (escluso o indimostrabile)	ESCLUSIONE	NO
Concausalità (corresponsabilità, preesistenze)	CONCAUSALITÀ	Riduzione proporzionale

* L'indirizzo è meramente indicativo in quanto di pertinenza del singolo Giudice che può decidere diversamente dal consulente tecnico d'ufficio motivando il giudizio in base alla peculiarità del caso e al suo personale convincimento.

Bibliografia

1. FIORI A.: *Il criterio di probabilità nella valutazione medico legale del nesso di causalità*, Riv. it. med. leg. 1991: 13, 29
2. IADECOLA G.: *Profili di colpa e nesso di causalità nella responsabilità professionale del medico*, Giur. mer. II, 1994: 677
3. IATRONA F.: *Metodologia medico legale nella valutazione di responsabilità per colpa*. Riv. it. med. leg. 1996: 18, 1295
4. LUBINU F., SINI M.G.: *In tema di rapporto di causalità tra condotta medico-chirurgica ed evento infausto*, Giust. pen., II, 1986: 2
5. MAGRO M.B.: *Orientamenti giurisprudenziali sul nesso di causalità*, Cass. pen., 1991: 336
6. NARDI, CIPOLLA C., D'ABRUZZO: *La responsabilità del medico in medicina d'urgenza e Pronto Soccorso*, Dompè Ed., Torino, aprile 1996.
7. ZARONE A.: *Responsabilità professionale e probabilità di provocazione dell'evento dannoso*, Riv. it. med. leg. 1992: 491

3. LE PECULIARITÀ DELL'ACCERTAMENTO CLINICO IN SEDE MEDICO-LEGALE

D. De Leo, F. Montagna

1. LA VISITA AL PAZIENTE

Ci si chiede, talora, se nell'ambito di un accertamento di natura medico-legale l'approccio al paziente debba ispirarsi ad una metodologia operativa diversa da quella che caratterizza la finalità ordinaria, cioè quella diagnostico-terapeutica.

A nostro avviso, se possibile, l'approccio deve essere ancora più attento e sensibilizzato ai rilievi anamnestici e clinici anche apparentemente più banali, in virtù della specifica finalità che l'accertamento si propone: si tratterà infatti, il più delle volte, di dover verificare diagnosi già formulate o di argomentare, per metterlo in discussione l'esito di precedenti, anche contrastanti, accertamenti clinici.

Così l'anamnesi, che in sede odontoiatrica appare finalizzata esclusivamente alla localizzazione ricostruzione del sintomo dolore e della disfunzione del segmento masticatorio dove il paziente localizza i suoi disturbi, dovrà essere veramente di taglio generale. Non si potrà non ricordare la ricorrenza di processi patologici a carattere generale (malattie del metabolismo, più di ogni altra) che possono determinare danni periferici che, erroneamente, potrebbero essere riferiti ad altre cause ed in primis a malpratica professionale.

E così, ancora, l'anamnesi lavorativa dovrà essere particolarmente attenta alla specificità dei gesti lavorativi, potendo la menomazione avere ricadute, come si vedrà, e sul piano del pregiudizio sullo stato di salute del paziente ovvero, anche se più raramente, sulla sua specifica capacità lavorativa o reddituale.

Le abitudini di vita sono un altro aspetto sul quale ci si deve prudentemente soffermare: tutti sappiamo come l'esistenza di parafunzioni possa giustificare lesioni dentarie che potrebbero essere invece erroneamente attribuite ad altri momenti eziologici.

Talora, ciò non va dimenticato, il paziente non offre una piena collaborazione in quanto è interessato ad amplificare le conseguenze di danno o, sul piano anamnestico, a focalizzarle in reazione a determinati antecedenti di elettivo interesse giudiziario: la nostra esperienza ci porta a non considerare routinaria questa situazione come invece, nel sentire comune, sembrano caratterizzati gli accertamenti a elettiva finalità medico-legale. La "fiscalità" dell'accertamento in sede di consulenza medico-legale va meglio intesa nella "rigorosità" dell'accertamento, piuttosto che nella costante ricerca di "smascheramento" di istanze risarcitorie del soggetto.

Da questo punto di vista riteniamo che l'approccio al paziente debba essere particolarmente attento e, ci sia consentito, corretto, con una completa informazione delle finalità dell'accertamento, ferma restando la rappresentazione al paziente, che ne ha diritto, dei quesiti che il magistrato ha proposto, se si tratta di accertamento disposto in sede di contenzioso giudiziario. Il consulente tecnico d'ufficio avendo anche l'obbligo di far sì che nel suo sviluppo la consulenza non sia connotata da atteggiamenti scarsamente professionali, per non dire "maleducati", dei protagonisti della con-

sulenza: paziente, medico del cui intervento si discute se ascoltato direttamente, consulenti tecnici di parte.

2. IL COMPORTAMENTO DEL CONSULENTE TECNICO DI PARTE

Su questi incombe un onere assoluto di rappresentare nei termini più corretti ed equilibrati le proprie posizioni a tutela degli interessi della parte committente, fermo restando che, sul piano deontologico ma prima ancora su quello del rispetto di una "verità scientifica" non vengano assunte a difesa posizioni indifendibili, smaccatamente partigiane.

Non va dimenticato che il codice di procedura civile riconosce un ruolo ben importante ai consulenti tecnici di parte, caratterizzando la loro partecipazione agli accertamenti tecnici disposti dal magistrato di valenze essenzialmente positive, affinché il consulente tecnico d'ufficio possa, in concreto, trarre dalle loro argomentazioni validi elementi per il raggiungimento del giudizio finale.

In verità, la lealtà, alla quale dovrebbero ispirare il loro comportamento i consulenti tecnici di parte, meglio traspare dalla riforma del processo penale che impone di fatto, nel corso delle udienze dibattimentali, l'esame incrociato dei vari periti (dell'ufficio) e consulenti con una corralità della discussione che garantisce incisività ed immediata percezione della giustezza delle tesi rappresentate.

Ogni approfondimento relativamente al processo penale, così come rappresentato dal nuovo Codice di Procedura Penale all'art. 359 e seguenti *Consulenti tecnici del pubblico ministero*, è estraneo alla presente elaborazione, tuttavia non sarà superfluo ricordare che nulla vieta al Giudice Istruttore di sentire, in udienza, le eventuali argomentazioni critiche dei consulenti tecnici di parte, verbalizzando direttamente le repliche del consulente tecnico d'ufficio già nominato. La prassi è invero inconsueta dal momento che ordinariamente, a fronte della produzione di elaborato di parte critico a commento della Consulenza Tecnica d'Ufficio, fatta salva la prevalenza della forma scritta della consulenza nella causa civile, il Giudice Istruttore proporrà una integrazione del precedente elaborato di consulente tecnico d'ufficio, invitando il CTU a replicare per iscritto alle censure o alle richieste di chiarimenti già inoltrate dalle Parti.

Mai abbastanza si sottolineerà come l'operato del consulente di parte debba essere caratterizzato da un approccio deontologicamente professionale senza che la tesi proposta si limiti ad instillare il dubbio fine a sé stesso, in assenza di quell'anche modesto contributo positivo alla lettura del singolo caso.

3. IL COLLEGIO TECNICO A DIFESA

Ci si potrebbe chiedere, a questo punto, se abbia ancora senso oggi, con lo sviluppo delle possibilità terapeutiche della clinica, affrontare un caso di responsabilità professionale odontoiatrica, prescindendo dal coinvolgimento collegiale di uno specialista medico-legale e di uno specialista in odontoiatria o dottore in odontoiatria: siamo fermamente convinti che come per tutte le branche specialistiche della medicina

così anche per l'odontoiatria si debba fruire di competenze associate, sempre che non possano essere individuate specifiche figure professionali che sappiano convogliare su di sé la padronanza del metodo medico-legale e sufficienti cognizioni di carattere clinico odontoiatrico tali, almeno, se si tratta di medico-legale, da avviare con specifici quesiti il periziando al dentista.

Non potendo accedere ad accertamenti collegiali, e su questo punto sono particolarmente sensibili i giudici che temono un aggravio dei costi di causa, il consulente dell'ufficio non dovrà certo delegare ad altri la soluzione tecnica del quesito che gli è stato affidato (si creerebbe così un increscioso fenomeno, peraltro già noto all'esperienza medico-legale, dell'"appalto di consulenza"), ma dovrà semplicemente delegare l'effettuazione di quegli accertamenti specialistici (il che potrà avvenire anche per il medico odontoiatra non esperto, ad esempio, in chirurgia paradontale) per obiettivare al meglio quel caso clinico ed avere, eventualmente, suggerimenti sulle linee operative del giudizio attraverso le quali pervenire al giudizio conclusivo, alla luce della esperienza diretta dello specialista interpellato.

Nulla vieta, in buona sostanza, al consulente d'ufficio di integrare gli accertamenti clinici con accertamenti radiografici, senza per questo che la validità, cioè il valore istruttorio dell'accertamento medico-legale, sia messo in discussione.

È pacifico infatti che il consulente tecnico d'ufficio possa avvalersi, ai fini dell'espletamento dell'incarico, del parere di altri specialisti, dando peraltro ampia motivazione del ragionamento logico che ha portato, anche sulla base dell'apporto culturale di altri, alle proprie conclusioni.

Quello che non è accettabile e presta il fianco ad una censura destinata a portare al rinnovo della consulenza tecnica d'ufficio è la pacifica, acritica assunzione di conclusioni di taglio "medico-legale" di soggetti ai quali era stata chiesta esclusivamente una integrazione tecnico-clinica.

4. IL PRINCIPIO DEL CONTRADDITTORIO

Ai fini della validità degli accertamenti medico-legali d'ufficio deve essere fatto salvo, naturalmente, il principio del contraddittorio; è per questo motivo che deve essere sempre comprovata la comunicazione alle parti, meglio ai consulenti tecnici delle parti nominati, dell'inizio delle operazioni peritali e delle eventuali indagini supplementari, che non siano state fissate in occasione di quello.

Ciò dà ragione della opportunità, sul piano pratico, di indicare direttamente a verbale l'inizio delle operazioni peritali, incombando dunque sui patroni delle parti l'onere di attivare i propri consulenti.

Per quanto possibile, di fronte alla manifestata impossibilità di uno di questi ad intervenire, pare corretto concordare nuove opportunità di incontro delle quali si dovrà dare comunque sempre atto a verbale.

Questo aspetto, in verità, è stato amplificato nelle sue ricadute processuali, anche se la Cassazione (Seconda Sez. 20 Dicembre '94) ha affermato che *"l'omissione della prescritta comunicazione del termine comporta nullità della consulenza solo ove i diritti della difesa siano stati violati in concreto per non essere state poste le parti in grado di intervenire alle operazioni; tale nullità ha carattere relativo e per-*

tanto è sanata se non eccepita nella prima istanza o difesa successiva al deposito della relazione del consulente tecnico d'ufficio".

Da quanto sopra, in buona sostanza, deriva l'impegno di uno stretto collegamento fra consulente tecnico e patrono della parte tutelata, al fine di cogliere tempestivamente l'eventualità di una eccezione di nullità.

Per quanto riguarda poi lo sviluppo degli accertamenti tecnici, non infrequentemente viene chiesto ai consulenti di parte di redigere note critiche a commento, nell'ipotesi che le conclusioni del consulente tecnico d'ufficio siano pregiudizievoli per la parte assistita: ritorna qui il tema dell'opportunità deontologica di un'assunzione di chiare e partigiane posizioni in palese contrasto con la "realtà biologica" del caso.

Molto più opportuno parrebbe, sul piano processuale, una volta presa visione della tematica peritale, presentare al consulente tecnico d'ufficio o far verbalizzare la propria interpretazione del caso, affinché la tesi proposta non sia strumentale alle conclusioni sfavorevoli, ma rappresenti la lettura *prima facie* da parte della difesa individuale.

Resta il fatto che il giudice è tenuto a dare adeguata motivazione alle proprie conclusioni e, a tal fine, le esibizioni di eventuali pareri tecnici di parte e critici delle conclusioni della CTU devono essere sottoposte a vaglio perché sia riconosciuta alla sentenza quella coerenza logica che la rende inattaccabile in sede di legittimità, anche se il magistrato non è tassativamente tenuto, perché così ci si avvierebbe verso una paralisi processuale, a disporre integrazioni di CTU o suoi rifacimenti solo per il manifestato dissenso di una delle parti; così Corte di Cassazione Sez. Seconda 20 Dicembre '94 "*Rientra nei poteri discrezionali del giudice di merito la valutazione dell'opportunità di disporre indagini tecniche suppletive od integrative di quelle già espletate, di sentire a chiarimenti il consulente tecnico di ufficio, ovvero di disporre addirittura la rinnovazione delle indagini con la nomina di altri consulenti e l'esercizio di un tale potere (così come il mancato esercizio) non è censurabile in sede di legittimità*" (nella specie il Giudice di Appello non aveva disposto la rinnovazione delle indagini da parte di un nuovo consulente tecnico).

Il Giudice di merito, in difetto di particolari divieti normativi, può utilizzare per la formazione del proprio convincimento anche prove e, più in genere, risultanze istruttorie (tra cui in particolare la consulenza tecnica), formate in un diverso giudizio (penale), tra le stesse parti od anche tra altre parti, da considerare quali semplici indizi idonei a fornire utili e concorrenti elementi di giudizio. Nel caso sia denunciato, con il ricorso per Cassazione, un vizio di motivazione della sentenza, sotto il profilo dell'omesso esame di fatti, circostanze ed anche di rilievi mossi alle risultanze di ordine tecnico ed al procedimento tecnico seguito dal consulente tecnico d'ufficio, è necessario che il ricorrente precisi e specifici, sia pure in maniera sintetica, le risultanze e gli elementi di causa di cui lamenta la mancata od insufficiente valutazione, per consentire al giudice di legittimità che, salva l'ipotesi dell'*error in procedendo*, non può esaminare direttamente gli atti, di esercitare il controllo della loro decisività.

È stata sollevata la eccezione di costituzionalità dell'art. 201 del c.p.c. *Consulente tecnico di parte* laddove in assenza di disposizione di consulenza tecnica d'ufficio, non è consentito alle parti di nominare un loro consulente. La questione è stata ritenuta dalla Cassazione manifestatamente infondata (pronuncia del 13 Aprile 1995) "*poiché le consulenze di parte, pur inerendo all'istruzione probatoria, non costi-*

tuiscono mezzi di prove (dove l'inconsistenza del confronto con norme in tema di prove, quali gli art. 115 c.p.c. Disponibilità delle prove; art. 190 c.p.p. Diritto alla prova), ma semplici allegazioni difensive a contenuto tecnico, prive di autonomo valore probatorio così come le funzioni del consulente d'ufficio sono preordinate non ad accertare fatti rilevanti, ma ad acquisire elementi di valutazione o a ricostruire circostanza a fine di controllo sulle prove di parte e di ausilio al Giudice, salva, sempre, la possibilità per le parti di produrre perizie stragiudiziali, integranti anch'esse semplici mezzi di difesa soggetti al libero apprezzamento del Giudice."

L'importanza del ruolo del consulente tecnico di parte e quindi del rispetto che le eventuali sue considerazioni meritano da parte del Giudicante è ben rappresentata dalla pronuncia della Corte di Cassazione Sez. Lavoro 23/11/94 (INPS//Congedo), nella quale si è affermato che "non è affetta dal vizio di motivazione la sentenza del Giudice di Appello che, seguendo le conclusioni del Consulente Tecnico d'Ufficio, nominata nel secondo grado del giudizio, omette una specifica risposta alle note critiche alla relazione peritale redatta dal difensore della parte e quindi non da un organo tecnico in grado di muovere censure d'ordine medico-legale con crisma di attendibilità".

Si è voluto cioè affermare il principio secondo il quale la mancata discesa in campo del consulente tecnico di parte doveva far ritenere le censure mosse dal difensore espressione di sterile accademia, senza supporto medico-legale.

Ciò rimanda ancora una volta all'impegno deontologico che deve caratterizzare l'opera del consulente tecnico di parte.

Bibliografia

1. BARGAGNA M., CANALE M., CONSIGLIERE F., PALMER L., UMANI RONCHI G.: *Guida orientativa per la valutazione del danno biologico permanente*. Giuffrè Ed., 1996.
2. DE FERRARI F., MANGILI F.: *Medicina legale in odontoiatria*, Ed. Cortina, Milano, 1984
3. DURANTE MANGONI E., D'ANGORA L.: *Compendio di odontostomatologia forense*, Ed. Morano, Napoli, 1987
4. FORNARI A.: *Qualche nota sugli accertamenti peritali in tema di responsabilità professionale del medico*, Riv. it. med. leg., 1980: 5
5. GIACONA I.: *Sull'accertamento del nesso di causalità tra la colposa omissione di terapia da parte del medico e la morte del paziente*, Foro it., II, 1992: 363
6. GIANNINI G.: *La questione del nesso causale, la Suprema Corte e la strana regola del ciò che accade nel minor numero di casi*, Resp. civ. e prev., 1992: 364

4. LA CONSULENZA TECNICA D'UFFICIO

F. Montagna, D. De Leo

L'odontoiatra può essere chiamato ad effettuare accertamenti medico-legali in diversi ambiti: extragiudiziario per conto di società assicuratrici o di privati; giudiziario in sede civile o penale nei casi in cui si renda necessario l'ausilio di una competenza tecnica ai fini della giustizia.

In ambito giudiziario la perizia in sede penale e la consulenza tecnica d'ufficio in sede civile sono mezzi ausiliari di prova predisposti dal Magistrato per la valutazione di elementi e fatti di indole tecnica estranei alla propria specifica competenza giuridica al fine di poter valutare il fatto per cui si procede.

Analizzeremo i problemi inerenti la consulenza tecnica d'ufficio (CTU) al fine di fornire indicazioni e linee metodologiche finalizzate alla valutazione della responsabilità civile nell'ambito della professione odontoiatrica.

1. LA NOMINA

In campo civile può essere disposta dal Magistrato la consulenza tecnica d'ufficio (CTU) nominando uno o più ausiliari per ottenere un parere tecnico motivato su di uno specifico problema (art. 61 c.p.c. *Consulente tecnico*).

Per la nomina e la convocazione del consulente: *“Il Giudice Istruttore, con ordinanza, nomina un consulente tecnico e fissa l'udienza nel quale questi deve comparire”* (art. 191 c.p.c. *Nomina del consulente tecnico*); la convocazione viene comunicata dalla Cancelleria del Tribunale per raccomandata con ricevuta di ritorno o, nei casi di urgenza, tramite Ufficiale Giudiziario.

La scelta è normalmente eseguita tra le persone iscritte in Albi Speciali di Consulenti Tecnici suddivisi per categorie, tenuti presso le cancellerie dei tribunali; l'iscrizione è volontaria, subordinata al possesso di determinati requisiti: età superiore ai 21 anni, sanità di mente, non interdizione dai pubblici uffici, iscrizione all'albo professionale, residenza nel territorio di competenza del tribunale.

Salvo rare eccezioni sono dunque estranei alle vicende peritali coloro che non siano iscritti agli Albi del tribunale del luogo di residenza.

Attualmente a norma dell'art. 13 delle disposizioni di attuazione del c.p.c. è prevista la categoria medico-chirurgica che prevede il possesso della laurea in Medicina e Chirurgia e relativa abilitazione mentre non è prevista ancora una categoria odontoiatrica.

L'iscrizione agli Albi comporta che prestare l'ufficio di consulente tecnico diviene obbligatorio ed è impossibile rifiutarsi tranne che il giudice riconosca l'inidoneità per l'esistenza di un giusto motivo di astensione (art. 63 c.p.c. *Obbligo di assumere l'incarico e ricusazione del consulente*): problematiche tecniche non note al consulente (imperizia tecnica); motivi di incompatibilità in quanto curante o consulente di parte (pregiudizio e inattendibilità di giudizio); istanza di ricusazione delle parti (art. 192 c.p.c. *Astensione e ricusazione del consulente*).

Ogni professionista ritenuto esperto nella materia in valutazione, anche se non iscritto all'albo specifico, può essere convocato quale CTU: ciò avviene e per la presunta complessità del caso e per la riconosciuta specifica competenza di quel professionista il quale, pur non obbligato ad assumere l'incarico, in quanto differenziandosi la CTU nel processo civile dalla perizia d'ufficio del processo penale, prima di rifiutare la convocazione non potrà non considerare l'alto significato sociale dell'intervento richiestogli anche in ossequio alla norma deontologica (art. 74, 75 cd). Una buona soluzione parrebbe essere quella di chiedere l'associazione con un esperto medico legale: in effetti nei procedimenti giudiziari complessi per rilevante responsabilità professionale iatrogena odontoiatrica vi è la tendenza a nominare un collegio peritale formato da un medico-legale e da un odontoiatra (talvolta scelti in città limitrofe per tutelare la serenità di giudizio) per assicurare idoneità e competenza di giudizio: il dentista presenta una competenza specifica per una elaborazione analitica della patologia e della terapia odontostomatologica di cui trattasi; il medico legale possiede la forma mentis per inquadrare sinteticamente il caso nell'ambito della responsabilità professionale.

Il giorno fissato con decreto di citazione consegnato a mani del professionista o di altri che ne garantirà la trasmissione all'interessato, il CTU nominato si presenta in udienza per assumere l'incarico prestando il giuramento di rito con la seguente formula: "Giuro di bene e fedelmente adempiere alle funzioni affidatemi al solo scopo di far conoscere ai giudici la verità" (art. 193 c.p.c. *Giuramento del consulente*).

Di seguito il giudice formula il quesito anche dietro specifiche richieste delle parti in causa nonché attraverso i suggerimenti eventualmente forniti dal CTU informato della materia del contendere; fissa un termine per il deposito in cancelleria della relazione scritta (di consuetudine 30-90 giorni); autorizza il ritiro dei fascicoli di parte e del materiale agli atti da esaminare; i legali nominano i consulenti di parte o chiedono termine per la nomina.

In udienza per i CTU è buona norma fissare l'inizio delle operazioni peritali (me- se, data, ora, sede) in modo da facilitare le comunicazioni a periziandi e consulenti e non vincolarsi all'obbligo di dare una comunicazione scritta (lettera raccomandata con ricevuta di ritorno) per avvisare le parti dell'inizio delle operazioni peritali, pena nullità della consulenza d'ufficio stessa. Va presa nota dei dati (data dell'udienza alla quale il magistrato abbia rinviato il proseguo della causa; numero di ruolo del registro) al fine di poter recuperare in cancelleria il fascicolo della causa all'interno del quale procedere al deposito dell'elaborato scritto.

2. IL QUESITO

L'obiettivo del consulente o del collegio peritale consiste nel rispondere al quesito del Magistrato che può riguardare:

- a) Accertamento Tecnico Preventivo (art. 696 cpc *Accertamento tecnico e ispezione giudiziale*)
- b) Consulenza Tecnica d'Ufficio (art. 61 cpc *Consulente tecnico*)

L'accertamento tecnico preventivo ha la finalità di descrivere le condizioni orali del periziando e cogliere gli elementi utili per un futuro giudizio; è generalmente richiesto

come procedimento d'urgenza nelle fasi iniziali di una azione legale per fissare la situazione orale della paziente prima di procedere alla riabilitazione in modo da non dover subordinare e ritardare l'esecuzione delle fasi terapeutiche ai tempi processuali. La consulenza tecnica d'ufficio è un parere tecnico articolato atto ad individuare:

- La natura della patologia odontoiatrica per la quale sono state eseguite le prestazioni ritenute inadeguate
- La giustezza della indicazione alla prestazione effettivamente eseguita ed i margini di discrezionalità - La tipologia dell'eventuale errore riconoscibile nelle fasi di esecuzione o controllo nel tempo
- La affermazione di colpa professionale per errore inescusabile e la correlazione causale con il danno - La quantificazione del danno secondo i parametri di danno nella persona e cioè durata e grado di inabilità temporanea (malattia acuta), il danno biologico (incidenza sulla integrità psicofisica del soggetto), l'incidenza sulla capacità lavorativa specifica (diminuita capacità a produrre reddito futuro nel lavoro effettivamente svolto), il danno emergente per cure mediche sostenute e da sostenersi in futuro, in rapporto causale con la colpa professionale distinguendole dalle menomazioni conseguenti alla storia naturale della menomazione patologica trattata.

Riportiamo ad esemplificazione una proposta di quesito di particolare chiarezza (Gruppo di Studio Melchiorre Gioia 1996); riteniamo comunque che tale forma di quesito, per la sua estensione, sia indicata per personale privo di esperienza specifica in ambito medico legale, mentre nella pratica sia riassumibile, a fronte di personale già esperto, in forma breve come riportato nella tabella 1.

“Il CTU, esaminata la documentazione prodotta all'udienza o depositata in cancelleria, visitato il periziando, compiuti, ove autorizzato dal G.I. i necessari accertamenti specialistici: accerti se le prestazioni professionali del dottor... siano state condotte secondo le regole dell'arte, in relazione alla natura della patologia presente, alle possibili alternative terapeutiche, alle complicanze attese. Nel caso di accertata colpa professionale proceda alla determinazione del danno alla persona casualmente collegabile alle predette prestazioni secondo gli ordinari criteri medico-legali per l'accertamento del danno alla persona.

- a) *Stabilisca se le lesioni refertate e/o successivamente certificate siano in rapporto causale, secondo i criteri medico-legali di giudizio, con il fatto lesivo come risultante dagli atti.*
- b) *Accerti:*
 - * *se le lesioni abbiano cagionato un peggioramento temporaneo delle generali condizioni del soggetto rispetto a quelle preesistenti*
 - * *in caso positivo indichi la durata dell'inabilità temporanea, sia assoluta che relativa, precisando quali attività dell'ordinaria esistenza siano state precluse al periziato nel periodo di inabilità (ad es. camminare, lavarsi, vestirsi, ecc.)*
- b1) *Accerti:*
 - * *se sussista rapporto causale tra lesioni rilevate ed un peggioramento permanente delle generali condizioni del soggetto rispetto a quelle preesistenti*
 - * *se sussistono precedenti morbosità*

Tabella 1
IL QUESITO

Accertamento Tecnico Preventivo

Descriva il C.T.U. le condizioni orali attuali del periziando, documentando con materiale fotografico ed eseguendo eventuali ulteriori esami ed indagini necessarie.

Consulenza Tecnica d'Ufficio

Accerti il CTU se le prestazioni professionali del dottor... siano state condotte secondo le regole dell'arte, in relazione alla natura della patologia presente, alle possibili alternative terapeutiche, alle complicanze attese.

Nel caso di accertata colpa professionale proceda alla determinazione del danno alla persona casualmente collegabile alle predette prestazioni secondo gli ordinari criteri medico-legali per l'accertamento del danno alla persona.

- *) *se tali precedenti siano concorrenti o coesistenti rispetto ai postumi.*
- b2) *Dica in caso di sussistenza di postumi di natura soggettiva e non obiettivabili, se gli stessi possono essere ritenuti attendibili in riferimento alle lesioni riportate*
- a) *Indichi il grado percentuale di invalidità permanente precisandone i criteri di determinazione, in particolare in presenza di concorrenze o coesistenze, precisando il barème di riferimento od il metodo seguito.*
- b) *Dica se i postumi siano suscettibili di miglioramento mediante protesi, terapie od interventi, precisandone costo, natura e difficoltà; in tal caso stabilisca la eventuale teorica riduzione in termini percentuali del grado di invalidità permanente*
- c) *Dica se i postumi:*
- *) *impediscono del tutto o in parte l'attività lavorativa svolta all'epoca del sinistro, ovvero se dopo il sinistro il lavoro possa essere divenuto usurante*
- *) *ove il danneggiato non lavorasse al momento del sinistro, dica se i postumi gli impediscano del tutto ogni attività lavorativa, ovvero in quali settori di probabile attività possa impiegare le energie residue.*
- d) *Valuti la congruità e la necessità delle spese sanitarie sostenute; determini le spese future ritenute necessarie".*

3. LO SVOLGIMENTO DELLE OPERAZIONI PERITALI E L'ELABORATO

Il CTU, in qualità di ausiliario del giudice, assume la veste di pubblico ufficiale ed è tenuto al segreto d'ufficio. Svolge la sua attività attraverso più fasi:

- Visita del periziando
- Acquisizione della documentazione e richiesta di ulteriori eventuali indagini
- Studio del caso
- Discussione con i membri del collegio peritale ed i consulenti di parte
- Stesura della relazione scritta in carta bollata per uffici giudiziari

- Deposito dell'elaborato in Cancelleria.

Le parti possono intervenire di persona, tramite propri consulenti tecnici o difensori alle operazioni in varie forme e non sono vincolate da giuramento; possono presentare al CTU osservazioni ed istanze (art. 194 c.p.c. *Attività del consulente*) che devono essere inserite nella relazione scritta finale (art. 195 c.p.c. *Processo verbale e relazione*).

Nella consulenza tecnica d'ufficio in ambito civile i consulenti di parte hanno l'effettiva possibilità di assistere a tutte le indagini esercitando un controllo completo: si svolge quindi una operazione collegiale, sia pure coordinata dal consulente del giudice.

Il giudizio valutativo non dovrà essere comunicato ai consulenti tecnici di parte che prendono visione dell'elaborato tramite i legali successivamente al deposito in cancelleria e possono esprimere eventuali note critiche (controdeduzioni) nei confronti della valutazione del perito (art. 201 c.p.c. *Consulente tecnico di parte*). Qualora i risultati non siano ritenuti esaurienti il magistrato potrà inoltre chiedere ulteriori integrazioni o chiarimenti al CTU medesimo in successive udienze o disporre una nuova consulenza tecnica ad altro consulente. Talvolta le parti possono chiedere la ammissione di una nuova CTU con diverso consulente per verificare il parere nei casi in cui si rilevano errori metodologici o arbitrarietà (art. 196 c.p.c. *Rinnovazione delle indagini e sostituzione del consulente*).

Comunque il parere espresso dal CTU non vincola il convincimento del Giudice il quale ha la facoltà di esprimere parere diverso, motivandolo.

Terminate le indagini il CTU risponde con relazione scritta da redigere in carta da bollo per uso giudiziario (20.000 ogni 4 pagine al momento attuale), consegnata in cancelleria e firmata su ogni foglio a piè di pagina.

L'obiettivo è rispondere al quesito del giudice con chiarezza, ordine e completezza nell'esposizione, veridicità delle asserzioni, motivando le conclusioni con argomentazioni logiche e comprensibili.

Appare opportuno corredare la perizia con la documentazione necessaria al chiarimento del caso: radiografie, fotografie, certificazioni e altra documentazione appaiono indispensabili; modelli ed altro materiale di difficile archiviazione solo se ritenuto strettamente necessario.

Qualora, alla scadenza del periodo concesso, l'incombenza non sia stata assolta per qualsiasi ragione, il CTU dovrà fare al magistrato richiesta scritta di proroga.

Nel caso la presentazione sia ritardata per negligenza colposa il consulente potrà essere sostituito e si esporrà ai rischi di una pena pecuniaria come pure ad eventuale citazione per danni causati alle parti (art. 196 c.p.c. *Rinnovazione delle indagini e sostituzione del consulente*).

Qualora il consulente tecnico d'ufficio giudicasse falsamente sulle indagini incorrerebbe nel reato di falsa perizia (art. 373 c.p. *Falsa perizia o interpretazione*) e in veste di pubblico ufficiale la falsa certificazione è punita ai sensi dell'art. 480 c.p. *Falsità ideologica commessa dal pubblico ufficiale in certificati o in autorizzazioni amministrative*.

Il reato si compie solo in presenza di dolo da parte del certificante: vale a dire la volontà di contraffare i fatti certificando volutamente dati non rispondenti alla realtà; diversamente non è punibile il certificato erroneo viziato da errore prognostico o diagnostico per convinzione o erronea interpretazione.

Per questi motivi peraltro il consulente di parte non è imputabile di falsità ideologica in certificato (art. 481 c.p. *Falsità ideologica in certificati commessa da persone esercenti un servizio di pubblica necessità*). Va presentata disgiunta dall'elaborato una notula riassuntiva dell'onorario e delle spese sostenute adeguatamente documentate.

Il giudice liquiderà nei limiti previsti dalla vigente normativa sino ad un massimo di 357.000= lire raddoppiabili in caso di particolare impegno, se riterrà trattarsi di prestazioni liquidabili a tariffa fissa; a parte sono liquidate le spese documentate: l'entità delle somme riportate esime da ogni commento. In alternativa il giudice ha peraltro la facoltà di ricorrere al sistema di liquidazione per vacanze, cioè per impegno temporale presumibilmente necessario all'espletamento dell'incarico, fissate in lire 18.000 per la prima e 10.000 per le successive con il massimo di quattro vacanze /die (DPR 27.7.88 n. 352). Resta inteso che ai sensi dell'art. 29 del richiamato DPR "*Tutti gli onorari, ove non diversamente stabilito nelle presenti tabelle, sono comprensivi della relazione sui risultati dell'incarico espletato, dell'esame degli atti processuali, della partecipazione all'udienza e di ogni altra attività concernente i quesiti*".

3.1 Parte descrittiva della consulenza

Si riassumono obiettivamente senza giudizi i dati disponibili risultanti dai fascicoli di parte, i rilievi e gli esami medici eseguiti in due sezioni: il preambolo e l'antefatto. Il preambolo contiene i dati preliminari l'esame medico: nel frontespizio si riportano i dati identificativi del procedimento, necessari per una rapida catalogazione, archiviazione ed identificazione della causa: il numero di registro, il nome delle parti in causa, il nome dei legali, la data della successiva udienza.

L'introduzione contiene l'indicazione dell'incarico e delle formalità compiute per lo svolgimento delle operazioni peritali; si riporta il quesito, la data di inizio delle operazioni peritali, il tempo concesso per depositare l'elaborato, il nome dei consulenti di parte nominati.

Nell'elenco della documentazione è riportata la documentazione presentata dalle parti in causa; gli esami diagnostici ed i dati richiesti ed eseguiti nel corso della consulenza indispensabili per completare le indagini; gli esiti degli esami eseguiti ad integrazione della documentazione presentata agli atti vanno acclusi alla relazione scritta come allegati.

Nella parte relativa alla identificazione si riportano i dati anagrafici del periziando.

L'antefatto contiene la descrizione dei fatti e la parte medica: nell'anamnesi ed esame obiettivo medico si segnalano sinteticamente le patologie sistemiche che possono avere rilevanza causale o concausale in relazione alle patologie odontostomatologiche in giudicato. L'anamnesi odontostomatologica si compone di più parti: anamnesi fisiologica (dentizione, tipo di allattamento); anamnesi patologica remota che comprende informazioni su parafunzioni, malocclusioni, patologie orali e terapie precedenti i fatti in giudicato; anamnesi patologica prossima che comprende gli eventi in esame, la sintomatologia soggettiva e le contestazioni del periziando.

L'esame obiettivo odontostomatologico si compone di più parti che possono essere diversamente integrate nei singoli casi in relazione al quesito: esame morfologico e funzionale del terzo medio e inferiore del viso, esame dentale, esame parodontale,

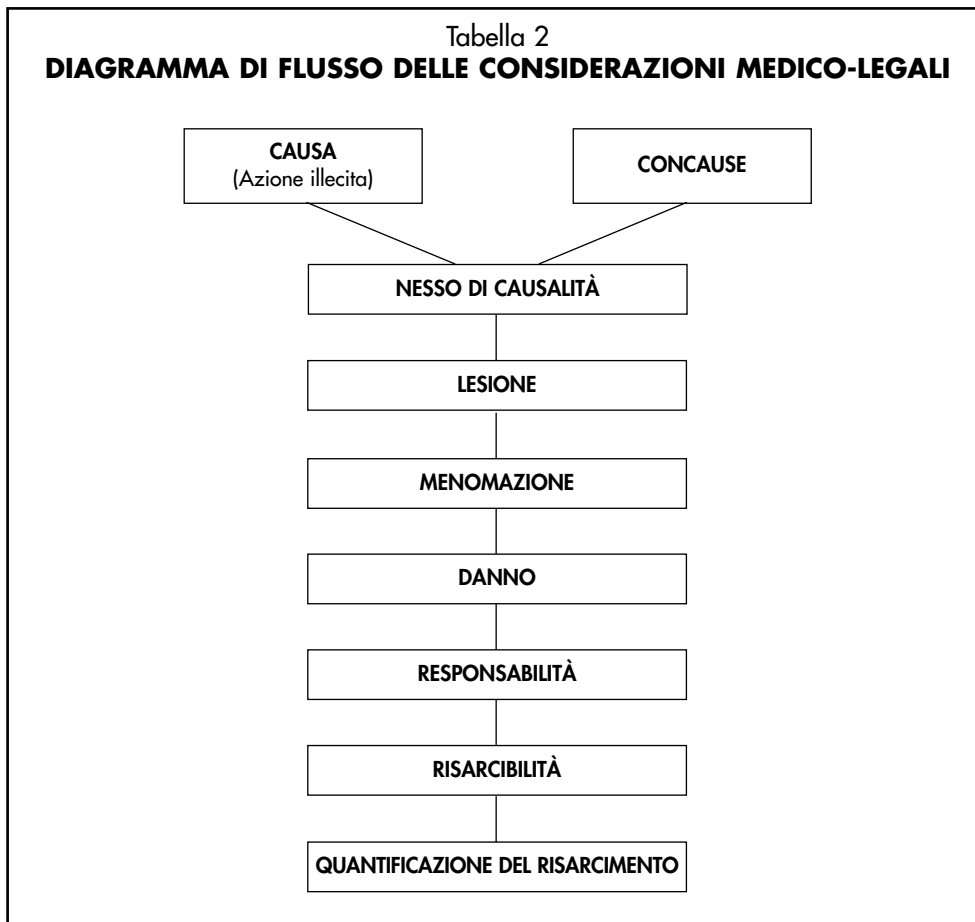
esame oclusale e funzionale, esame gnatologico (muscolatura ed articolazioni temporo-mandibolari), esame ortodontico.

3.2 Parte conclusiva

Contiene i criteri adottati per l'individuazione della colpa e della risarcibilità (analisi del rapporto di causalità) e per la quantificazione del risarcimento. Le considerazioni medico-legali in questa sezione sulla base dei dati raccolti focalizzano i fatti e le deduzioni in base a criteri clinici e medico-legali per determinare la responsabilità civile e la quantificazione del danno.

Lo svolgimento deve seguire uno schema logico: verificare l'esistenza di una menomazione (sede, estensione, durata, permanenza) che causa un decremento dell'efficienza psicofisica della persona (danno biologico); evidenziare l'azione antiggiuridica presupposto della responsabilità civile (evento lesivo) e le concause; definire il nesso di causalità; valutare l'entità del danno in relazione allo stato anteriore e quantificarne il risarcimento.

Le conclusioni riassumono sinteticamente l'esistenza di responsabilità civile e la



quantificazione del risarcimento del danno biologico alla luce delle precedenti considerazioni ed ai quesiti medico-legali formulati dal giudice motivando in modo chiaro e dettagliato il parere. È opportuno ricordare che non sempre si può pervenire a conclusioni categoriche potendo essere il giudizio di certezza, probabilità, di esclusione con differenti gradazioni. Si deve ricordare per una equa valutazione che l'entità del risarcimento deve essere proporzionale al ruolo della parte convenuta (causa esclusiva, concomitante, concausa) ed allo stato anteriore del danneggiato (patologie e menomazioni preesistenti).

Per tale motivo la valutazione medico-legale deve tenere conto dello stato preesistente in modo da quantificare il danno realmente verificatosi conseguentemente all'azione illecita; deve essere inoltre evidenziato il ruolo causale e concausale di altri eventi per permettere al Magistrato di quantificare il risarcimento a carico delle singole parti (convenuti, chiamati in causa).

4. L'ESITO DELLA CONSULENZA

Il giudizio motivato di responsabilità discende da una corretta metodologia di accertamento del nesso di causalità e poiché non sempre le conclusioni possono essere assolute o categoriche, si deve evitare di pervenire a tutti i costi a conclusioni non giustificate dagli elementi obiettivi. Non va dimenticato che la CTU resta un parere tecnico motivato che il giudice utilizza ed interpreta, non è la sentenza, pertanto in alcuni casi è preferibile dichiarare onestamente l'impossibilità di pervenire a conclusioni sicure piuttosto che giungere ad affermazioni avventate e non dimostrabili anche il più delle volte.

Possono sussistere, in rapporto alla derivazione causale, giudizi diversi e differenziate sfumature che rivestono ripercussioni diverse in ambito forense; il compito del CTU è comunque quello di segnalare tutti i dati utili al giudizio del magistrato e non di emettere una sentenza.

Il giudizio di certezza sulla colpa professionale e sul rapporto causale tra questa e il danno richiede una sicura ricostruzione dell'atto odontoiatrico e il riconoscimento di una concatenazione serrata fra questo, le lesioni lamentate e la menomazione permanente: tutti i dati forniti dai tradizionali, prevalenti criteri di riferimento eziologico concordano e convergono ad una unica conclusione che può essere positiva o negativa (criterio cronologico, topografico, adeguatezza qualitativa e quantitativa, continuità fenomenologica, esclusione di altre cause). Tale situazione comporta la doverosità di risarcimento nel caso il danno derivi da comportamento illecito.

Si parla di giudizio di probabilità quando alcuni criteri di riferimento eziologico non risultino categoricamente dimostrati dalla documentazione disponibile.

Questo può avvenire per impossibilità a ricostruire dettagliatamente l'operato del professionista normalmente per carenza di riscontri obiettivi.

Tuttavia la lettura globale del caso criticamente giustifica il richiamo ad alcune presunzioni la cui validità è confermata proprio dalla coerenza logica del giudizio finale. Anche un giudizio di probabilità equivale a confermare o ad escludere la responsabilità civile e la risarcibilità del danno (*id quod plerumque accidit*).

Nel caso di giudizio di possibilità non sussistono concreti elementi che consentano di stabilire o di escludere la responsabilità del professionista: ciò avviene prevalen-

Tabella 3
**LA VALUTAZIONE DEL CTU IN TEMA
 DI RESPONSABILITÀ PROFESSIONALE**

Valutazione	Gradazione	Considerazioni
NESSO DI CAUSALITÀ	Certezza Probabilità Possibilità Esclusione (interruzione, estraneità)	Il nesso può essere in agendo o in omettendo La diagnosi di certezza equivale a un giudizio di responsabilità Probabilità e possibilità rimettono il giudizio alla discrezionalità del giudice
ELEMENTI DELLA COLPA	Imperizia Imprudenza Negligenza Inosservanza di leggi e regolamenti	La colpa per imprudenza, negligenza, inosservanza di leggi e regolamenti (art. 43 cp) è sinonimo di responsabilità Per l'imperizia si devono specificare grado della colpa e specializzazione dell'operatore
DIFFICOLTÀ DELLA PRESTAZIONE	Ordinaria Particolare difficoltà	La giustificazione per imperizia lieve (art. 2236 cc) nei casi di particolare difficoltà è raramente applicata, secondo gli attuali orientamenti giurisprudenziali
CAUSE DI GIUSTIFICAZIONE	Caso fortuito Forza maggiore Esimenti (scriminanti)	Possibili esimenti dalla responsabilità L'imprevedibilità e l'imprevenibilità del danno esimono dalla responsabilità (art. 1256-1259 cc; art. 51-54, 45 cp)
GRADO DELLA COLPA	Grave Ordinaria	Sempre inescusabile l'imperizia grave Nel sanitario può essere scusata l'assenza di specifiche competenze Lo specialista è giudicato con maggior rigore in caso di imperizia (art. 1176 c.c.)
RAPPORTO TRA LE CAUSE	Causalità esclusiva Concausalità Concorso di colpa	Il risarcimento viene commisurato tra i soggetti attivi secondo il malo o equamente diviso tra le parti

temente nella ipotesi che l'asserito danno lamentato dal paziente sia ricollegabile indifferentemente ad un rapporto causale con la malpratica professionale o con patologie non iatrogene. Tale giudizio riveste scarsa utilità poiché non fornisce indicazioni utili in ambito forense per la valutazione finale del Magistrato.

L'impossibilità a rispondere si concreta nella indimostrabilità per assenza di dati certi o documentazione insufficiente che non consente neppure un tentativo di rico-

struzione epicritica del caso. Il consulente deve segnalare il grado di difficoltà della prestazione poiché ad essa di ricollega il problema della colpa alla luce del disposto dell'art. 2236 c.c.: potendosi configurare la non punibilità per colpa lieve qualora la prestazione riguardi la soluzione di problemi tecnici di particolare difficoltà o nei casi di rilevanza penale dove la valutazione del giudice è generalmente più benevola (art. 2236 c.c. *Responsabilità del prestatore dell'opera*) (Cass.Pen., Sez.IV[∞], 18-10-1978 in Cass. Pen. 1981, 548).

Si ricordi che l'attuale orientamento in giurisprudenza configura la risarcibilità per colpa lieve nei casi con limitata difficoltà configurando una obbligazione intermedia di mezzi e risultato (Corte d'appello di Venezia 29-04-81). Si dovranno inoltre evidenziare tutti i dati e i ragionamenti indicati nella tabella 3.

5. IL RISARCIMENTO PER SPESE DI CURA

Le spese di cura rientrano nel danno emergente, cioè rappresentano una effettiva perdita patrimoniale e sono risarcibili in quanto il rapporto di causalità con il fatto illecito sia immediato e diretto che mediato e indiretto (art. 1223 c.c. *Risarcimento del danno*; art. 2056 c.c. *Valutazione dei danni*; Cass. Civ. 21 Gennaio 1980 n. 476). La consulenza tecnica rappresenta il mezzo più idoneo per una valutazione meno soggettiva possibile e più motivata del pregiudizio economico arrecato al danneggiato. Nel concetto di cura da risarcire sono comprese più prestazioni già sostenute o prospettabili in futuro per guarire la malattia o evitare la naturale evoluzione peggiorativa di un postumo: degenza in luogo di cura; assistenza medica, infermieristica e farmacologica; diagnostica strumentale e di laboratorio; riabilitazioni protesiche; altre spese (vitto speciale, ricorso per controlli periodici presso specialisti).

Le cure sotto il profilo della risarcibilità possono essere classificate in categorie in base al criterio di idoneità ed efficienza a modificare in senso favorevole lo stato di salute del soggetto:

- Necessarie, vale a dire indispensabili e insostituibili; esse sono risarcibili
- Utili a favorire in modo efficiente la guarigione anche se non indispensabili a raggiungere l'equilibrio dell'organismo; anch'esse sono risarcibili
- Opportune cioè caratterizzate da efficienza terapeutica virtuale che può non concretarsi; risarcibili soltanto nel caso le cure necessarie ed utili non abbiano dato risultato o non siano state eseguite per motivi indipendenti dalla volontà del danneggiato o del sanitario; risarcibili, inoltre, solo nel caso siano fondate su presupposti rigorosamente scientifici
- Inutili, inopportune, se non addirittura controindicate: è esclusa la loro risarcibilità

Il danneggiato ha la facoltà di effettuare la scelta del medico curante adeguatamente alle proprie condizioni economiche e sociale (Trib. Roma 12 Gennaio 1959, in Arch. Resp. Civ. 1959, 318); comunque il diritto fondamentale di uguaglianza (art. 3 Cost.) impone di garantire il risarcimento ad un livello assistenziale decoroso simile per tutti i cittadini senza differenze di censo e classe sociale; è escluso quindi il risarcimento di fronte a spese eccessivamente onerose, come la scelta immotivata per terapie ordinarie, di illustri clinici, lussuose case di cura private, materiali speciali e onerosi non determinanti ai fini del successo terapeutico. Nello stesso modo non possono

esser compresi altri tipi di spese:

- Spese eccedenti le finalità riparative quando l'intervento sia stato utilizzato per migliorare lo stato preesistente
- Ipertrattamento o trattamento attuato per dolosa speculazione del sanitario a danno del paziente; ricordando comunque che tale situazione deve essere dimostrata dal responsabile del danno poiché rappresenta una eccezione (art. 2041 c.c. *Azione generale di arricchimento*)
- Spese sostenute dal Servizio Sanitario Nazionale già effettuate o ripetibili in futuro per non corrispondere un indebito arricchimento al danneggiato (art. 2041 c.c. *Azione generale di arricchimento*).

Il lesso che usufruisce del S.S.N. non può avanzare diritti di risarcimento: è rimborsabile al danneggiato solo la quota addebitatagli per legge (ticket). In queste situazioni il CTU deve tenere distinta la spesa posta a carico del S.S.N. in quanto è possibile la rivalsa della U.S.L. competente o dell'INAIL a carico del danneggiante (obbligazione risarcitoria in forma di surroga in favore di un Ente Pubblico).

- Non sono risarcibili i danni derivati dall'aggravamento che il danneggiato avrebbe potuto evitare sottoponendosi a tempestive cure (art. 1227 c.c. *Concorso del fatto colposo del creditore*).

La risposta del consulente tecnico al quesito presuppone un esame delle cure sostenute ed una valutazione di quelle prospettabili in futuro per definire il quantum di spesa.

Per le cure sostenute il giudizio è fondato sull'esame della documentazione clinica, dei certificati, delle notule e delle parcellle che hanno valore presuntivo ed indiziario potendosi verificare diverse situazioni di richiesta rimborso spese: documentate e correlabili ai fatti; documentate con non certa corrispondenza con la storia clinica; non documentate, dichiarate a voce o presunte (tab.2).

Nel caso le "pezze giustificative" non trovino piena corrispondenza nella storia clinica del soggetto si può esprimere parere di compatibilità fermo restando il giudizio della loro utilità e/o necessità, rimettendo al giudice l'ultima valutazione sulla risarcibilità, l'ammissibilità o meno al rimborso anche con criterio equitativo (art. 1226 c.c.). A tale proposito va precisato che l'equitatività è prerogativa assoluta del magistrato e non può ispirare per malinteso "senso di equità" le conclusioni del CTU. Per spese non documentate, dichiarate o presunte, il consulente può fornire elementi di orientamento per la liquidazione. Le cure future sono individuate con criterio probabilistico o presuntivo, considerando le cure fondatamente prevedibili al momento della visita; per contro per le protesi si deve prospettare il numero dei rinnovi, le visite di controllo e la manutenzione.

Il consulente deve fornire una positiva base di proposta su elementi biologici che il magistrato potrà modificare con criterio equitativo in forza di elementi di giudizio extrabiologici.

Il quantum di spesa delle prestazioni sanitarie è soggetto a sensibili variazioni in rapporto alla natura della prestazione, agli usi e alle applicazioni locali non esistendo parametri di riferimento estesi a tutto il territorio nazionale; il consulente deve prospettare con relativa oggettività e valida motivazione l'entità del risarcimento fondandosi sul riferimento a norme tariffarie previste per legge o per accordi di categoria; in presenza di notule diverse si farà riferimento al Presidente dell'Ordine dei medici e degli odontoiatri che avaloreranno un tariffario medico per la zona.

La prassi di interpellare altri specialisti, in assenza di specifico mandato da parte del Magistrato, non costituisce mezzo di indagine ortodosso.

Per trasferire le indicazioni date da altro consulente il medico legale deve rispettare le procedure: chiedere l'autorizzazione al giudice di avvalersi di colleghi e riferire del contenuto della collaborazione; assumersi la responsabilità delle valutazioni (art. 194 c.p.c. *Attività del Consulente*; art. 195 c.p.c. *Processo verbale e relazione*); fare salvi i diritti delle parti nel partecipare alle indagini e intervenire con deduzioni e osservazioni (art. 90 c.p.c. *Onere delle spese*; art. 91 c.p.c. *Condanna alle spese*; art. 194 c.p.c. *Attività del consulente*; art. 201 c.p.c. *Consulente tecnico di parte*).

Ci sia consentito rilevare come quanto opportuno appaia nello svolgimento della CTU che le valutazioni del CTP siano preliminarmente, e possibilmente per iscritto, poste alla attenzione del consulente d'ufficio affinché questi, conscio delle possibili future contestazioni, le affronti criticamente ab initio.

Fatta salva la possibilità dei CTP di riproporre in seguito, ad avvenuto deposito dell'elaborato scritto del CTU osservazioni critiche, uno sviluppo delle indagini di CTU quale quello proposto, non solo contribuisce a ridurre i tempi processuali legati a questa specifica fase istruttoria, ma, soprattutto, evita la proposizione, sempre facile a posteriori, di sterili, immotivati e aprioristici giudizi di parte utili solo a defatigare lo sviluppo della causa.

Tabella 4
DOCUMENTAZIONE DELLE SPESE

Tipo	Osservazioni
Esaustive	Documentate, correlabili ai fatti, risarcibili
Compatibili	Documentate ma dubbie; il CTU deve fornire un orientamento
Non documentate, presunte	Non documentate o dichiarate a voce; il CTU deve fornire un orientamento
Incompatibili (non affinenti)	Non risarcibili

Tabella 5
IL LIMITE DEL RISARCIMENTO ALLE SPESE

Spese non risarcibili	Spese risarcibili (sostenute e future, fondatamente prevedibili)
Inutili	Necessarie
Inopportune	Utili
Controindicate	Opportune (con alcune limitazioni)
Non sostenute e/o non prevedibilmente sostenibili	
Miglioramento di stato preesistente (eccedenti le finalità riparative)	
Errori diagnostici o di terapia del curante successivo	
Dolosa speculazione del curante successivo	
Sostenute da Enti pubblici (surroga dell'obbligazione risarcitoria)	
Eccessivamente onerose rispetto il tariffario medio (per la quota eccedente)	

5. IL COMPENSO

Al consulente tecnico d'ufficio per accertamenti medici spetta un onorario da lire 59.000= a lire 357.000= (art. 21 DPR 27 luglio 1988, n. 352).

Il giudice deve tenere conto della difficoltà e della complessità della prestazione per adeguare gli onorari sino ad un aumento massimo del doppio; per incarichi collegiali può essere pagato separatamente ogni consulente o determinato un aumento del 40% per ogni componente aggiunto; le spese devono essere presentate con una nota specifica a cui va allegata la documentazione; il giudice pone il pagamento provvisoriamente a carico di una delle parti (solitamente l'attrice, talvolta ambedue le parti) con decreto di liquidazione (artt. 2,5,6,7,1 Legge 8 luglio 1980, n.319). La normativa sugli onorari a favore del Consulente Tecnico d'Ufficio e del perito è stata riportata al termine del presente capitolo.

LEGGE 8 LUGLIO 1980, N. 319 (in Gazz. Uff., 15 luglio, n. 192) - COMPENSI SPETTANTI AI PERITI, AI CONSULENTI TECNICI, INTERPRETI E TRADUTTORI PER LE OPERAZIONI ESEGUITE A RICHIESTA DELL'AUTORITÀ GIUDIZIARIA.

Art. 1 - Classificazione dei compensi - I compensi dei periti, consulenti tecnici, interpreti e traduttori per le operazioni eseguite su disposizione dell'autorità giudiziaria in materia penale e civile si distinguono in onorari e indennità.

Gli onorari sono fissi, variabili o commisurati al tempo.

Art. 2 - Onorari fissi e variabili - La misura degli onorari fissi e di quelli variabili è stabilita con tabelle redatte con riferimento alle tariffe professionali, eventualmente concernenti materie analoghe, contenute nella natura pubblicistica dell'incarico e approvate con decreto del Presidente della Repubblica, su proposta del Ministro di grazia e giustizia di concerto con il Ministro del tesoro.

Per la determinazione degli onorari variabili, il giudice deve tenere conto delle difficoltà dell'indagine e della completezza e del pregio della prestazione fornita.

Se l'autorità giudiziaria dichiara, con provvedimento motivato, l'urgenza all'adempimento fissando un termine inferiore a quello ordinariamente ritenuto necessario, gli onorari fissi e quelli variabili possono essere aumentati fino al venti per cento.

Art. 3 - Applicazione analogica degli onorari fissi e variabili - Gli onorari fissi e quelli variabili si applicano anche per le prestazioni analoghe a quelle espressamente previste nelle tabelle.

Art. 4 - Onorari commisurati al tempo - Per le prestazioni non previste nelle tabelle e per le quali non sia applicabile l'articolo precedente gli onorari sono commisurati al tempo impiegato e vengono determinati in base alle vacanze. La vacanza è di due ore. L'onorario per la prima vacanza è di lire 10.000 e per ciascuna delle successive è di lire 5.000. L'onorario per la vacanza può essere raddoppiato quando per il compimento delle operazioni è fissato un termine non superiore a quindici giorni. L'onorario per la vacanza non

si divide che per metà; trascorsa un'ora e un quarto è dovuto interamente. Il giudice non può liquidare più di quattro vacanze al giorno per ciascun incarico. Questa limitazione non si applica agli incarichi che vengono espletati alla presenza dell'autorità giudiziaria, per i quali deve farsi risultare dagli atti e dal verbale di udienza il numero delle vacanze. Ai sensi e per gli effetti dell'art. 455 del regio decreto 23 maggio 1924, n. 827, il magistrato è tenuto, sotto la sua personale responsabilità, a calcolare il numero delle vacanze da liquidare con rigoroso riferimento al numero delle ore che siano state strettamente necessarie per l'espletamento dell'incarico, indipendentemente dal termine assegnato per il deposito della relazione o traduzione.

Art. 5 - Aumento degli onorari - Per le prestazioni di eccezionale importanza, complessità e difficoltà gli onorari possono essere aumentati fino al doppio.

Art. 6 - Incarichi collegiali - Quando l'incarico è stato commesso collegialmente a più periti, consulenti tecnici, interpreti o traduttori, il compenso globale è determinato sulla base di quello spettante ad un solo perito o consulente tecnico aumentato del quaranta per cento per ciascuno degli altri componenti il collegio, salvo che l'autorità giudiziaria abbia disposto che ognuno degli incaricati dovesse svolgere personalmente e per intero l'incarico affidatogli.

Art. 7 - Spese - I periti, i consulenti tecnici e i traduttori devono presentare una nota specifica delle spese sostenute per l'adempimento dell'incarico ed allegare la corrispondente documentazione. Il giudice accerta le spese sostenute ed esclude dal rimborso quelle non necessarie. Ove i periti e i consulenti tecnici siano stati autorizzati dal giudice ad avvalersi dell'ausilio di altri prestatori d'opera per attività strumentale rispetto ai quesiti posti con l'incarico, la relativa spesa è determinata gradatamente, secondo i criteri stabiliti nella presente legge alla stregua delle tariffe vigenti o degli usi locali.

Quando le prestazioni di carattere intellettuale o tecnico dell'ausiliare hanno propria autonomia rispetto all'incarico affidato al perito o consulente tecnico, il giudice conferisce allo stesso specifico incarico.

Art. 8 - Durata dell'incarico - Qualora l'attività demandata al perito, al consulente tecnico, al traduttore o all'interprete non sia completata entro il termine originariamente stabilito ovvero entro quello prorogato per fatti sopravvenuti e allo stesso non imputabili, la determinazione delle vacanze è fatta senza tener conto del periodo successivo alla scadenza del termine e gli onorari sono ridotti di un quarto.

Sono in ogni caso applicabili le sanzioni previste nel codice di procedura penale e nel codice di procedura civile.

Art. 9 - Indennità - Al perito, al consulente tecnico, all'interprete e al traduttore che per l'esecuzione dell'incarico debba trasferirsi fuori della propria residenza si applica la legge 26 luglio 1978, n. 417 (1), equiparando il perito, consulente tecnico, interprete e traduttore fornito di titolo di studio universitario o

equivalente al dirigente superiore, e tutti gli altri al primo dirigente. È fatta salva la maggiore indennità eventualmente spettante al perito, consulente, traduttore ed interprete che sia dipendente pubblico. Le spese di viaggio, anche in mancanza della relativa documentazione, sono liquidate in base alle tariffe di prima classe dei mezzi di trasporto destinati in modo regolare a pubblico servizio, esclusi quelli aerei. Le spese di viaggio con mezzi aerei o con mezzi straordinari di trasporto sono rimborsate solo se preventivamente autorizzate dall'autorità giudiziarie e documentate.

Art. 10 - Adeguamento periodico degli onorari - Ogni tre anni, con decreto del Presidente della Repubblica, su proposta del Ministro di grazia e giustizia, di concerto con il Ministro del tesoro, potrà essere adeguata la misura degli onorari di cui agli articoli 2 e 4 in relazione alla variazione, accertata dall'ISTAT, dell'indice dei prezzi al consumo per le famiglie di operai ed impiegati verificatisi nel triennio precedente.

Art. 11 - Liquidazione dei compensi ed opposizione - La liquidazione dei compensi al perito, al consulente tecnico, all'interprete e al traduttore è fatta con decreto motivato dal giudice o del pubblico ministero che lo ha nominato. La liquidazione è comunicata al perito, al consulente tecnico, all'interprete, al traduttore ed alle parti. Nel procedimento penale la comunicazione avviene mediante avviso di deposito del decreto in cancelleria; il decreto di liquidazione emesso dal pretore è altresì trasmesso in copia al procuratore della Repubblica. Nei procedimenti civili il decreto di liquidazione costituisce titolo provvisoriamente esecutivo nei confronti della parte a carico della quale è posto il pagamento. Avverso il decreto di liquidazione il perito, il consulente tecnico, l'interprete, il traduttore, il pubblico ministero e le parti private interessate possono proporre ricorso entro venti giorni dall'avvenuta comunicazione davanti al tribunale o alla corte d'appello alla quale appartiene il giudice o presso cui esercita le sue funzioni il pubblico ministero ovvero nel cui circondario ha sede il pretore che ha emesso il decreto.

Il procedimento è regolato dall'art. 29 della legge 13 giugno 1942, n. 794. Il tribunale o la corte su istanza dell'opponente, quando ricorrono gravi motivi, può con ordinanza non impugnabile sospendere l'esecuzione provvisoria del decreto.

Il tribunale o la corte può chiedere, al giudice o al pubblico ministero che ha provveduto alla liquidazione o all'ufficio giudiziario ove si trovino, gli atti, i documenti e le informazioni necessari ai fini della decisione, eccettuati quelli coperti dal segreto istruttorio.

Decreto del Presidente della Repubblica 27 luglio 1988, n. 352 (in Gazz. Uff., 18 agosto, n. 193). - ADEGUAMENTO DEI COMPENSI SPETTANTI AI PERITI, CONSULENTI TECNICI, INTERPRETI E TRADUTTORI PER LE OPERAZIONI ESEGUITE SU DISPOSIZIONE DELL'AUTORITÀ GIUDIZIARIA IN MATERIA CIVILE E PENALE.

... Considerato che l'art. 10 della legge citata prevede che ogni tre anni può essere adeguata la misura degli onorari fissi, variabili o commisurati al tempo

spettanti alle citate categorie, in relazione alla variazione, accertata dall'ISTAT, dell'indice dei prezzi al consumo per le famiglie di operai e impiegati verificatesi nel triennio precedente;...

Art. 20 - Per la perizia in materia medico-legale nel caso di immediata espressione del giudizio raccolta a verbale, spettano al perito i seguenti onorari, non cumulabili fra loro:

visita medico-legale	L. 24.000
ispezione esterna di cadavere	L. 24.000
autopsia	L. 83.000
autopsia su cadavere esumato	L. 119.000

Art. 21 - Per la consulenza tecnica avente ad oggetto accertamenti medici, diagnostici, identificazione di agenti patogeni, riguardanti la persona spetta al consulente tecnico un onorario da lire cinquantanovemila a lire trecentocinquanta-settemila.

Art. 24 - Per la perizia o la consulenza tecnica in materia psichiatrica o criminologica spetta al perito o al consulente tecnico un onorario da lire centodiciannovemila a lire quattrocentosettantaseimila.

Art. 25 - Per la perizia o la consulenza tecnica avente ad oggetto diagnosi su materiale biologico o su tracce biologiche ovvero indagini biologiche o valutazioni sui risultati di indagini di laboratorio su tracce biologiche spetta al perito o al consulente tecnico un onorario da lire trentaseimila a lire trecentocinquantasettemila. Qualora i reperti o i marcatori sottoposti ad esame sono più di uno l'onorario spettante per ciascuno di essi, successivo al primo, è ridotto alla metà.

Bibliografia

1. BUCARELLI A., CANNAVÒ G., CHINI A., ROSSETTI M.: *Quesito medico legale approvato a Montecatini*, Tagete, 2, 4, 1996.
2. CANUTO G., TOVO S.: *Medicina legale e delle assicurazioni*. Ed. Piccin, Padova, 1985
3. CAZZANIGA A., CATTABENI CM., LUVONI R.: *Medicina legale e delle assicurazioni*, UTET, Torino, 1984
4. CIANI A. *Elementi di medicina legale in odontostomatologia*, Masson Ed., Milano, 1988: 101-108
5. COLONNA M., DALL'OPPIO L., FINESCHI V., MARTINI P., MORELLI G.A.: *Medicina legale in odontoiatria*, in: Ketterl W., *Odontoiatria conservatrice*, USES, 1987
6. DE MICHELIS B., ROBERTI I.: *Trattato di clinica odontostomatologica*, Ed. Minerva, Torino, 1986.
7. LUVONI R., BERNARDI L.: *Guida alla valutazione medico legale dell'invalidità permanente*. Ed. Giuffrè, Milano, 1975.

5. LA RESPONSABILITÀ DEL CONSULENTE TECNICO

D. De Leo, F. Montagna

In questo capitolo tratteremo separatamente alcuni profili di responsabilità del Consulente Tecnico, sia nelle vesti di consulente d'ufficio che di parte.

La responsabilità è preminentemente di tipo penale, con implicazioni civilistiche e disciplinari diverse per il consulente di parte ed il consulente d'ufficio

1. IL CONSULENTE TECNICO D'UFFICIO

Pur nell'assoluta eccezionalità della specifica casistica giurisprudenziale, si dovrà considerare che il dentista, nell'assolvere le funzioni di consulente tecnico d'ufficio come più sopra dettagliatamente prospettate, ha possibilità di incorrere in forme di responsabilità penale (dolosa e colposa), civile nonché disciplinare. La norma di riferimento è rappresentata dall'art. 64 del c.p.c. che così testualmente recita: *Si applicano al C.T. le disposizioni del codice penale relative ai periti (c.p. 314 e seguenti, 366 e 373). In ogni caso al C.T. che incorre in colpa grave nell'esecuzione degli atti che gli sono richiesti è punito con l'arresto fino ad un anno o con l'ammenda fino a L.20.000.000. Si applica l'art. 35 del c.p. In ogni caso è dovuto al risarcimento dei danni causati alle parti (c.c. 2043 e seguenti; attuazione 19 e seguenti).*

Le ipotesi delittuose alle quali la norma citata fa riferimento ricomprendono fattispecie delittuose totalmente estranee alla consulenza medico-legale disposta dall'ufficio (per tutte il delitto di peculato di cui all'art. 314 c.p.) ed altre ipotesi delittuose che, più concretamente, potrebbero essere richiamate nell'ambito di cui qui si tratta, in particolare la falsa perizia o interpretazione di cui all'art. 373 c.p. e la frode processuale di cui all'art. 374 c.p.

L'art. 373 c.p. sulla "falsa perizia o interpretazione" così recita "il perito o l'interprete che nominato dall'autorità giudiziaria dà pareri o interpretazioni mendaci o afferma fatti non conformi al vero soggiace alle pene stabilite nell'articolo precedente (n.d.t. quello sulla falsa testimonianza per il quale è prevista la reclusione da due a sei anni). La condanna importa, oltre all'interdizione dai pubblici uffici, l'interdizione dalla professione o dall'arte".

È evidente che si tratta di delitto doloso per il cui presupposto è, da parte del C.T.U., la piena coscienza ovvero la consapevolezza del falso. In verità la dimostrazione del dolo appare poco meno che improbabile dovendosi provare, per l'appunto, una incongruenza ingiustificabile fra la percezione intrinseca al consulente di possibili conclusioni peritali e la concreta trasposizione nell'elaborato.

Questa situazione, in verità, non di frequente può realizzarsi nell'ipotesi che il C.T.U. null'altro vada a fare che sottoscrivere un accordo fra i C.T.P. talora formatosi già nella fase stragiudiziale, ovvero concretizzatosi nel corso del confronto collegiale.

Un rischio questo che è tanto più presente nel momento in cui, non infrequente-

mente, sia manifestata dal magistrato che ha affidato l'incarico una delega, al C.T.U., a cercare una composizione fra gli interessi delle parti.

Ove questa conciliazione riguardasse conclusioni in evidente contrasto con l'effettivo profondo convincimento del C.T.U., si tratterebbe, secondo una rigorosa lettura, di una vera e propria microfrode processuale.

Resterebbe comunque invero diabolica la dimostrazione della mendacità del parere espresso dal C.T.U.

La seconda ipotesi, peraltro prevista dall'art. 373 c.p., riguarda l'affermazione di fatti non conformi al vero, fatti riguardanti lo sviluppo della consulenza tecnica d'ufficio.

Chi ha esperienza di pratica peritale saprà come, purtroppo, non infrequentemente venga dato atto negli elaborati peritali di assunzione di notizie e di verifiche cliniche obiettive in concreto non praticate dal C.T.U. Ciò potrebbe anche non avere alcuna concreta ricaduta sull'esito della consulenza ma starebbe, in ipotesi a rappresentare una vera e propria alterazione dei fatti penalmente sanzionata e penalmente sanzionabile e ciò, lo si sottolinea, pur in assenza di conseguenze dannose.

Anche per l'art. 374 c.p., relativo alla "*frode processuale*", non appaiono concretamente proponibili, anche solo in via ipotetica, profili di responsabilità penale nel corso di attività medico-odontoiatrica.

Altre fattispecie delittuose sono da considerarsi, peraltro non specifiche dell'attività di consulenza tecnica d'ufficio in materia civile: si fa riferimento all'art. 366 c.p. relativo al rifiuto di uffici legalmente dovuti. Perché si concretizzi questo reato non è sufficiente il rifiuto senza adeguata "causa di giustificazione" ad assumere l'incarico proposto dall'autorità giudiziaria, ma deve apparire ben circostanziato un progetto "falso" finalizzato a conseguire lo scopo, cioè a non accettare il conferimento di incarico.

Altra ipotesi delittuosa è quella relativa all'art. 361 c.p. sulla "*omessa denuncia di reato da parte del pubblico ufficiale*".

Posta la qualifica di pubblico ufficiale per il consulente d'ufficio nell'esercizio delle funzioni affidategli, incombe su di questi l'obbligatorietà della segnalazione per fattispecie delittuose di cui è venuto a conoscenza. Nel corso dell'attività peritale evidente semplificazione può essere riconosciuta al riscontro di documenti rappresentativi di vera e propria falsità ideologica e materiale (cartelle cliniche, certificati complacenti), documenti che sotto il profilo penale sono veri e propri falsi.

Sempre l'art. 64 c.p.c. sopra ricordato, al secondo comma, prevede che "*il consulente tecnico che incorre in colpa grave nell'esecuzione degli atti che gli sono richiesti è punito...*".

Il riferimento alla colpa grave, così esplicito, non può non far scattare il collegamento rispetto all'art. 2236 c.c. "prestazioni di speciale difficoltà" e dunque dovrebbe valutarsi l'aspetto psicologico relativamente alla graduazione (maggiore o minore gravità) della censura mossa al C.T.U.

Si ammette dunque che, prescindendo dalle ipotesi delittuose dolose, la consulenza tecnica d'ufficio possa essere condotta con imperizia e negligenza, così da far derivare dalle conclusioni prospettate un obbligo risarcitorio nel caso di danno provocato alle parti. Sembrerebbe, a nostro avviso, che la gravità della colpa incida solo per l'applicazione dell'art. 35 c.p., laddove una negligenza anche lieve nella conduzione dell'accertamento tecnico, purché produttiva di danno, comporti comunque l'obbligo risarcitorio.

Tuttavia va considerato, per completare il quadro, che la consulenza tecnica d'ufficio non nasce come prestazione professionale di tipo rigorosamente contrattuale (non è la parte che affida l'incarico ma è il magistrato) e pertanto sembrerebbe non aver spazio la concreta applicazione degli artt. 1176 e 2236 c.p. Che la funzione del C.T.U. abbia carattere eminentemente pubblicistico nell'interesse generale e superiore della Giustizia è valutazione ormai consolidata in giurisprudenza (Cassazione Civile n. 1545/73 in Foro Italiano 1975, 1,687).

In ogni caso la dimostrazione del danno in rapporto causa - effetto, danno provocato alla parte, risulta di non agevole, per non dire impossibile, documentazione.

Ciò, essenzialmente, per il valore non vincolante delle conclusioni della consulenza tecnica d'ufficio che non è un mezzo di prova, bensì un mezzo istruttorio acquisibile dal giudice e da questi liberamente valutabile nel rispetto del contraddittorio delle parti in giudizio.

La consulenza tecnica, che normalmente non è mezzo di prova ma mezzo di valutazione sotto il profilo tecnico-scientifico di dati già acquisiti, può, in alcuni casi assurgere a fonte oggettiva di prova come strumento di accertamento e di descrizione di fatti, senza che ciò comporti il venir meno dell'onere della prova.

Cass. civ. 10 gennaio 1996, n. 132 - Sez. Lav. - Pres. Fanelli - Rel. Ianniruberto - P.M. De Gregorio (conf.) - Pantalone e altro c. Soc. Giansante.

In linea di principio la consulenza tecnica non può essere un mezzo di prova, né di ricerca dei fatti che devono essere invece provati dalle parti; quanto precede, peraltro, non esclude che essa può anche costituire fonte oggettiva di prova, quando si risolve in valutazioni tecniche e in accertamenti di situazioni di fatto tali da essere rilevabili unicamente col ricorso a determinate cognizioni tecniche.

Cass. civ. 26 gennaio 1996, n. 596 - Sez. III - Pres. Favara - Rcl. Patierno - P.M. Cinque (conf.) - Spallone, Prosperi c. Ceccarelli.

2. IL CONSULENTE TECNICO DI PARTE

Per quanto riguarda i possibili profili di responsabilità penale a carico del C.T.P. l'unico richiamo di legge è quello previsto dall'art. 380 c.p. *“il patrocinatore o il consulente tecnico che, rendendosi infedele ai suoi doveri professionali, arreca nocuo agli interessi della parte da lui difesa, assistita o rappresentata dinanzi l'autorità giudiziaria è punito con la reclusione da uno a tre anni e con la multa non inferiore a L.1.000.000. La pena è aumentata: 1) se il colpevole ha commesso il fatto colludendo con la parte avversaria...”*

Il C.T.P., al quale il codice di procedura civile riconosce un ruolo fondamentale ai fini di un equilibrato e proficuo formarsi della consulenza tecnica d'ufficio, tant'è che ove non sia garantito il contraddittorio fra le parti la CTU deve ritenersi nulla, risponde nel suo operato a precisi mandati da parte del committente (privato, collega, società assicuratrice).

Al fine di evitare pericolose incomprensioni a CTU già depositata, appare non difformabile che il professionista che accetti l'incarico di consulenza esamini preliminarmente con il proprio mandante il fascicolo processuale, veda rappresentata la tesi de-

fensionale e chiarisca, senza possibilità di male interpretazione, i limiti del proprio intervento. Al di là di un preciso richiamo deontologico alla delicatezza dell'incarico medico-legale di parte in sede processuale, è di tutta evidenza che lo sposare acritico tesi scientificamente inattendibili o prive di costrutto oltre a caratterizzare negativamente la propria immagine professionale non sia, alla lunga, foriero di benefici apprezzabili. Ciò deve essere, lo si ribadisce, espresso chiaramente prima che la CTU abbia raggiunto conclusioni definitive.

Il riferimento di cui all'art. 380 riguarda evidentemente comportamenti grossolanamente censurabili nei quali il C.T.P., in buona sostanza, si disinteressa della posizione processuale del proprio mandante e ciò, indipendentemente, da una reale collusione con la parte avversa (che come si è visto comporta solo e soltanto un aggravio della pena).

Concretamente si può prospettare l'ipotesi di non esame della documentazione sanitaria e processuale (eventuali testimonianze utili alla ricostruzione dei fatti), alla loro mancata prospettazione o alla loro scarsa considerazione. In ogni caso va ancora precisato che eventuali dichiarazioni rese dal C.T.P. che possono essere addirittura ammissive di fatti sfavorevoli alla parte rappresentata non hanno reale valore pregiudizievole, l'onere della prova non venendo meno per le predette dichiarazioni

Le dichiarazioni rese dal consulente tecnico nominato dalla parte ai sensi dell'art. 201 cpc ammissive di fatti sfavorevoli alla stessa, sono prive di valore confessorio, non essendo vincolanti per la parte rappresentata

Cass. civ., 26 gennaio 1996, n. 600 - Sez. lav. - pres. Panzarani - Rel. Lupi - P.M. Nicita (conf.) - Mazzella c. Soc. Italmacchine

3. LA RESPONSABILITÀ DISCIPLINARE

La trattazione non sarebbe completa se non richiamassimo, in questa sede, gli aspetti di responsabilità disciplinare.

Nelle disposizioni di attuazione del codice di procedura civile al capo II (dei consulenti tecnici del giudice) gli articoli dal 13 al 24 meglio delimitano le figure professionali dei C.T.P. nei procedimenti ordinari. L'Albo dei Consulenti Tecnici è sotto il controllo, e dunque la diretta formazione, di un comitato presieduto dal Presidente del Tribunale, dal Procuratore della Repubblica e da un professionista iscritto all'albo professionale di competenze designato dal Consiglio dell'Ordine. Il predetto comitato che esamina i requisiti dei singoli professionisti che intendano iscriversi all'albo, verificando la correttezza dei titoli richiesti, nonché la qualità della condotta pubblica e privata dell'aspirante (art. 17), procedendo altresì ogni quattro anni alla revisione dell'albo stesso, ha anche compiti di disciplina (art. 19): il procedimento disciplinare avviato contro i consulenti che non abbiano tenuto una condotta morale specchiata o non abbiano ottemperato agli obblighi derivati dagli incarichi ricevuti possono essere sottoposti a sanzioni disciplinari che si esauriscono nell'avvertimento, la sospensione dall'albo per un tempo non superiore ad un anno e la cancellazione dall'albo stesso, fermo restando l'obbligo di una dizione preliminare del consulente e la possibilità, per questi, di reclamo al Comitato d'Appello (Comitato presieduto dal Presidente della Corte di Appello e composto dal Procuratore Generale della Repubblica e da un presidente di sezione).

4. IN TEMA DI PRESTAZIONI PROFESSIONALI A FAVORE DI COLLEGHI E RICHIESTA D'ONORARIO

Al titolo quarto Rapporti con i colleghi, capo primo Solidarietà tra medici, art. 61 Cura dei Colleghi del nuovo Codice di Deontologia Medica si legge testualmente: "Il medico assiste - secondo la tradizione ippocratica - i colleghi senza fini di lucro, salvo il diritto al recupero delle spese sostenute". Viene sollevata la questione se l'assenza del fine di lucro possa essere invocata anche in materia di assistenza medico-legale" con specifico riferimento tanto ai casi nei quali il medico richiede il parere in veste di "paziente" quanto sotto la veste di "responsabile penale e/o civile" di un danno iatrogeno. La questione è stata oggetto di dibattito in sede dottrina medico-legale, peraltro con riferimento al codice abrogato, il quale all'art. 70 recitava: "Il medico deve assistere gratuitamente nelle malattie i colleghi, salvo il diritto all'equo rimborso delle spese e ad una indennità di vacanza".

Con riferimento alla norma abrogata vi era sufficiente unitarietà di vedute in sede dottrina circa la possibilità, senza che venisse violata norma deontologica da parte del consulente medico-legale, di richiedere per prestazioni in tema di responsabilità professionali un adeguato onorario, essendo lasciato comunque libero il consulente medico-legale di prestare la propria opera gratuitamente nel rispetto del principio di colleganza.

La gratuità della consulenza trovava ampia giustificazione nella manifestazione di competenze medico-legali limitata alla consultazione estemporanea di documenti ed all'espressione di un parere verbale (o di consigli sulla gestione della lite).

Un certo imbarazzo circa la pacifica accettabilità della gratuità della prestazione emergeva, laddove si trattasse di assistenza medico-legale in senso lato, caratterizzata dalla redazione di pareri tecnici ora particolarmente complessi ora particolarmente ponderosi al fine di rendere piano e comprensibile anche ai non tecnici l'oggetto della prestazione integrata, talora, dalla doverosità di partecipare a sedute peritali e a udienze dibattimentali con impegno, anche solo temporale, di assoluta consistenza.

La soluzione che appare sicuramente ispirata ad equità potrebbe essere rimessa in discussione dalla nuova formulazione del Codice Deontologico all'art. 61, dalla quale è stata bandita la parola in riferimento "nelle malattie".

Non ci pare che ciò sia sufficiente per considerare come dovuta l'assistenza medico-legale in tema di responsabilità professionale che, a nostro avviso, dovrà essere riconsiderata nei seguenti termini:

- 1) Laddove il medico si rivolga al consulente medico-legale come parte offesa, mirante a conseguire un beneficio economico (risarcimento del danno per colpa professionale sanitaria), dal momento che il medico danneggiato potrà farsi rimborsare l'onorario versato al suo consulente medico-legale, nulla osta, sul piano deontologico, a che per la prestazione medico-legale sia corrisposto adeguato onorario e si provveda, ivi ricomprendendo anche le spese sostenute, alle quali non sempre si fa il dovuto riferimento (spese di dattilografia, spese per collegamento a biblioteche informatiche, spese telefoniche, contatti collegiali con il difensore legale e con i consulenti di controparte)
- 2) Laddove il collega si rivolga in veste di responsabile penale o civile, dovrà essere esperita, preliminarmente, la possibilità d'affidamento dell'incarico da parte della

società assicuratrice con la quale, oggi doverosamente, il medico dovesse essere assicurato. Nel caso, anch'esso non infrequente, che la società assicuratrice non consenta l'affidamento dell'assistenza medico-legale a professionista di fiducia dell'assicurato, proponendo suoi fiduciari abituali, la difesa autonoma d parte del medico assicurato dovrà essere garantita fatto salvo naturalmente il diritto del consulente medico-legale di vedersi rimborsato per tutte le spese sostenute (quelle più sopra richiamate), nonché, in via preliminare, pattuite le sue competenze professionali, la corresponsione di un adeguato onorario che potrà essere temperato opportunamente solo in virtù del rapporto di colleganza. Questa ci pare, anche per esperienza personale, la miglior gestione dell'assistenza medico-legale a collega afflitto da procedimento giudiziari (penali e civili) per colpa professionale.

Bibliografia

1. GENTILOMO A., RONCHI E.: *Sulla responsabilità del consulente tecnico d'ufficio in materia civile: Inquadramento normativo e osservazioni in margine*, Responsabilità civile e Previdenza, 1997: 221
2. PALMIRI L.: *La responsabilità nella prestazione medico-legale e in "La responsabilità medica in ambito civile"*, Ed. Giuffré, Milano 1989: 675
3. PROTETTI E., PROTETTI MT.: *La consulenza tecnica nel processo civile*, Milano 1985: 218 e seguenti.
4. ROSSETTI M.: *Ruolo del consulente tecnico d'ufficio nel processo civile*, med. leg. prev, 1995: 44, 67.
5. VELLANI M.: *Consulenza tecnica del diritto processuale e civile in dig. disc. priv. Sez. civ., IV*, Torino, 1994: 536.

PARTE E

**IL DANNO DA FATTO ILLECITO
E IL RISARCIMENTO**

1. GLI ORIENTAMENTI ATTUALI IN TEMA DI VALUTAZIONE MEDICO LEGALE DEL DANNO

D. De Leo, F. Montagna

Il termine “danno alla persona” in medicina legale indica la conseguenza patrimoniale o morale di una menomazione e rappresenta una valutazione giuridica a scopo di risarcimento.

In ambito civile il medico legale tende all'accertamento della lesione, delle sue cause e dei postumi per giungere alla valutazione del danno ed alla quantificazione del risarcimento o dell'indennità.

Per ottemperare a questo compito devono essere risolti i singoli quesiti della valutazione medico- legale del danno alla persona: accertare la esistenza e la natura, la causa, l'entità del danno.

Si deve stabilire con esami clinici e strumentali se nel soggetto in esame esista realmente una lesione accompagnata da menomazione specificandone i caratteri: sede, estensione, decorso, esito, postumi.

In alcuni casi può esistere una lesione che comporta postumi privi di sequele funzionali o estetiche come nel caso di lievi ecchimosi, tenui abrasioni, piccole cicatrici non visibili.

Per natura il danno può essere anatomico, funzionale, psichico a seconda delle funzioni colpite (motilità, sensibilità, sensibilità specifica, psiche, estetica).

Per la sussistenza il danno può essere: reale nel caso si sia veramente realizzato a seguito di una menomazione; simulato o esagerato quando sia inventato o aumentato; fittizio quando non si sia verificata una reale modificazione in peius dello stato anteriore.

Sino alla fine degli anni '70 il sistema risarcitorio del danno aquiliano sembrava consolidato nel riconoscimento del danno alla capacità lavorativa, sotto la duplice veste della generica e della specifica, come parametro medico-legale di riferimento.

Un nuovo mondo di pensare al risarcimento del danno alla persona si è affermato verso la metà degli anni '70 quando ha iniziato ad essere utilizzato, come base normativa di riferimento, l'art. 32 della Costituzione così recitante “*La Repubblica tutela la salute come fondamentale diritto dell'individuo ad interesse e garantisce cure gratuite agli indigenti*”.

Detta norma costituzionale era stata letta, dal momento della sua nascita, in chiave esclusivamente pubblicistica e ne erano state ignorate le ricadute privatistiche, ritenute da nuovi interpreti invece eminenti, essendo poste in buona sostanza a base della tutela del diritto all'integrità della persona: alcuni autori hanno parlato di una vera e propria riscoperta della disposizione.

La prima traccia di questa nuova interpretazione va letta in una sentenza della Corte di Cassazione Sez. Uniti civili del 1973 nella cui motivazione si legge testualmente “*La salute è riconosciuta dall'art. 32 della Costituzione come diritto fondamentale dell'individuo oltre che come interesse della collettività. Si tratta quindi di un diritto del singolo e non di un semplice interesse legittimo..... da ciò, ossia dalla*

sua natura di vero e proprio diritto soggettivo discende che dalla sua lesione scaturisce il diritto al risarcimento dei danni.....”.

A distanza di un anno il Tribunale Civile di Genova, di quella Corte che è stata unanimamente riconosciuta la fucina del nuovo corso risarcitorio, uscì una decisione che, finalmente, identificava due distinti profili del danno alla persona, il traluzio pregiudizio patrimoniale, peraltro da accertarsi nella sua concreta effettività, e il pregiudizio non patrimoniale consistente nel danno biologico da intendersi come lesione all'integrità fisica in sé e per sé considerata, la cui monetizzazione va formulata indipendentemente da ogni riscontro reddituale e solo ancorata, in virtù dell'attesa di vita residua, alla età del danneggiato.

In questa elaborazione va riconosciuta, in nuce, la nascita del danno biologico o danno alla salute come alternativamente ed indifferentemente venne ed è denominato, nonostante la dottrina abbia insistentemente suggerito di classificare le due espressioni in termini diversamente definitivi: per danno biologico dovendosi intendere la menomazione somato-psichica del soggetto il termine assumendo esplicita rilevanza nell'ambito medico-legale, per danno alla salute dovendosi ritenere la lesione del diritto tutelato dall'articolo 32 della carta Costituzionale, concetto questo di elettiva derivazione giuridica.

1. IL DANNO BIOLOGICO

Il termine di danno biologico è quello che ha indiscutibilmente trovato maggiore accoglienza nella giurisprudenza, nonostante un'ulteriore successiva elaborazione della dottrina abbia voluto significare la staticità del danno biologico, parametro legato alla menomazione, cioè alla disfunzione d'apparato d'organo in sé considerata, laddove per danno alla salute si è voluto considerare la concreta estrinsecazione della menomazione negli atti ordinari della vita quotidiana e in quelli nello specifico qualificanti la personalità del soggetto leso.

Un merito senz'altro ha avuto la identificazione del danno biologico come parametro base, si badi bene non aggiuntivo e cioè non categoria ultronea di danno da aggiungersi con discrezionalità del Giudice al danno alla capacità lavorativa in sé considerata (come fu osservato in alcune devianti iniziali pronunce giurisprudenziali del merito): quello di aver in sé assorbito quelle figure alternative e integrative di danno che proprio la dottrina medico-legale ritenne di individuare per meglio palesare la ricaduta negativa sulla personalità del soggetto leso da parte di alcune fattispecie menomative (il danno cosiddetto estetico, il danno alla vita di relazione e, quando eccezionalmente ricorrente, il danno alla capacità sessuale).

Sarà bene ricordare che in ogni caso la elaborazione della giurisprudenza genovese prima e pisana successiva sul danno biologico si ricollega, e ciò rende merito del contributo storicamente dato dalla disciplina medico-legale, alla prospettazione delle categorie di danno alla persona secondo quanto dal Gerin proposto in un suo predittivo intervento.

Il Gerin si propose di liberare la valutazione del danno alla persona dalla visione reale, non tanto reale ma piuttosto fittizia, dell'uomo lavoratore: la conseguenza, secondo l'Autore, fu di sostituire al concetto di capacità lavorativa generica quello di va-

lidità psicosomatica da parametrarsi in termini economici in maniera esattamente sovrapponibile per ogni individuo.

In ogni caso, a tentare di porre rimedio alle elaborazioni disomogenee e financo arbitrarie delle corti di merito, intervenne la Corte Costituzionale con la sentenza n. 184/86 secondo la quale il danno alla salute deve essere inteso come danno evento, intimamente legato al fatto illecito ed esistente di per sé, ben distinto dal danno conseguenza, ovvero dalle eventuali non necessariamente verificabili in ogni caso conseguenze sul piano patrimoniale in capo al danneggiato.

Per meglio definire il pensiero dei Giudici Costituzionali potrà essere ricordato che *“L’interpretazione giudiziaria ha già iniziato la revisione di alcune nozioni tradizionali; dall’esperienza giudiziaria sono nati il danno alla vita di relazione, il danno alla sfera sessuale, il danno estetico non concretamente incidente sulla capacità di guadagno; sono state prese in considerazione ad esempio le ipotesi di piccole invalidità permanenti non influenti sul reddito del soggetto, nonché quelle relative a periodo di malattia temporanea durante il quale il lavoratore ha continuato a percepire intera retribuzione. Tutto ciò ha costituito l’immediato precedente giurisprudenziale del danno biologico”*.

Nella ricordata sentenza non è citata, mai, l’incapacità lavorativa generica come parametro medico-legale di riferimento. Merita sottolineare, sempre richiamando la sentenza 184/86, che l’elasticità e flessibilità nella valutazione del danno colà richiamate riguardano essenzialmente l’aspetto liquidativo, cioè la monetizzazione del danno, la valutazione medico-legale e la relativa quantificazione in termini percentualistici, la cui validità non viene messa in discussione, non potendo essere adattata subiettivamente, al singolo caso. Si tratterà in buona sostanza, usando le parole del Giudice Costituzionale, di *“Adeguare la liquidazione del fatto di specie all’effettiva incidenza dell’accertata menomazione sull’attività della vita quotidiana”*.

Viene accolto dal Giudice Costituzionale, e sarà ribadito anche dalla giurisprudenza di merito successiva, il rischio reale di una moltiplicazione delle voci risarcitorie che priverebbe la liquidazione di quel carattere di equilibrata oggettività che è il fine ultimo del riconoscimento del danno biologico come danno base nell’iter risarcitorio.

Ciò riguarda la suggestione di cedere alla forza della tradizione nel voler recuperare se non la capacità lavorativa generica quella “attitudine a svolgere lavori generici” come parametro integrativo del danno biologico.

La dottrina medico-legale è stata molto ferma nel considerare questa capacità se non aleatoria quanto meno potenziale.

Questa “capacità” esiste tanto in quanto esiste una validità di base e con essa si identifica.

2. LA CAPACITÀ LAVORATIVA SPECIFICA

Ben altre considerazioni, naturalmente, sul versante della cosiddetta “capacità lavorativa specifica”, secondo altri autori meglio definibile come “capacità produttiva” del danneggiato. Ciò sarà possibile, naturalmente, solo e soltanto per menomazioni di particolare entità per le quali si ponga in termini concreti, attuali e di obiettiva valutazione medico-legale, la piena compatibilità con maggiore o minore usura nei riguardi

della attività lavorativa o la compatibilità con altre attività lavorative, sempre rientranti nella sfera attitudinale dell'infortunato.

Deve essere dunque chiaro che il danno alla capacità lavorativa specifica (danno patrimoniale in senso stretto, danno alla capacità produttiva reddituale ecc.) ha dignità concettuale completamente diversa rispetto al danno biologico. Se sarà provata la perdita economica in epoca successiva al fatto illecito potrà prospettarsi la discussione della compatibilità fra danno economico documentato e postumo stabilizzato; in assenza di detta premessa probatoria, il compito del medico legale non potrà essere che quello di considerare l'attendibilità delle dichiarazioni dell'infortunato relativamente alla impossibilità a svolgere l'attività lavorativa negli stessi termini qualitativo-quantitativi dell'epoca ante sinistro, la compatibilità della menomazione con una riferita difficoltà a compiere il lavoro con la stessa celerità, attenzione e, produttività che l'infortunato aveva prima dell'evento.

Si tratterà dunque di operare sul piano del danno alla capacità lavorativa specifica una valutazione strettamente tecnica, ben sapendo che l'apprezzamento medico-legale potrà avere o meno il conforto della prova relativamente al lucro cessante. L'esperienza degli ultimi anni dimostra che per menomazioni di una certa consistenza, le somme liquidate appaiono minori rispetto a quanto liquidato nel passato con il sistema tradizionale del riferimento al reddito documentato o quelle forme intermedie paritorite in occasione della sofferta elaborazione giurisprudenziale, a partire dalle già ricordate pronunce della corte genovese.

3. GLI ATTUALI ORIENTAMENTI MEDICO-LEGALI

Detto apprezzamento ha portato e porta il consulente medico-legale a introdurre nella valutazione, pressoché routinariamente, la doppia valutazione, quella relativa al danno biologico e quella relativa alla capacità lavorativa specifica, quasi in una sorta di "compensazione" di risarcimenti che, attraverso il filtro della sensibilità individuale del medico esaminatore, appare inadeguata.

Si pensi solo alla circostanza del riconoscimento di un danno alla capacità lavorativa specifica in lavoratori dipendenti che non hanno avuto per il passato, né ragionevolmente avranno per il futuro, alcuna reale contrazione del reddito, l'identificazione di un parametro medico-legale essendo stata richiamata dal "maggior dispendio energetico" a mantenere il medesimo reddito.

Sono state anche ipotizzate, a giustificare siffatta voce di danno, difficoltà nel raggiungimento del posto di lavoro dal domicilio, minor concorrenzialità sul piano del mercato del lavoro da cui minori chances di miglioramento nella posizione professionale.

Nel momento in cui il medico legale ritenesse, non per mero spirito compensatorio ma in virtù di una dettagliata analisi tecnica, la sussistenza del relativo parametro di danno, dovrà essere chiaro il significato analitico della valutazione, vale a dire se:

- a) Il soggetto sarà in condizioni di svolgere lo stesso lavoro di prima senza impiego di energie di riserva e senza usura, mantenendo naturalmente lo stesso reddito ante sinistro
- b) Il mantenimento del medesimo reddito avverrà solo con un maggior sforzo, senza cioè impegno delle energie di riserva

- c) Il soggetto manterrà sì lo stesso reddito ante sinistro, ma a condizione di un sequestro di energia di riserva
- d) Il danneggiato svolgerà lo stesso lavoro di prima ma non per la stessa quantità, essendo del tutto ragionevole ad esempio una contrazione delle ore dedicate al lavoro;
- e) Il lavoro svolto all'epoca del sinistro non è più praticabile; si dovrà pensare ad un adattamento ad un lavoro rientrante in analoghe categorie professionali, quindi con un cambiamento di mansioni, se lavoratore dipendente, o, nel caso di libero professionista, con indirizzo diverso nello stesso ambito lavorativo
- f) L'infortunato non potrà svolgere né il lavoro precedente né altri similari, dovrà essere occupato verosimilmente attraverso le normative per il collocamento agevolato al lavoro, in attività completamente diverse
- g) Il lesso non è più in grado di acquisire redditi, anche minimali, da alcun tipo di lavoro.

L'ascrivibilità del singolo caso alle fattispecie su esposte potrà costituire la base per la liquidazione del danno biologico in termini più flessibili, in linea con le sollecitazioni della Corte Costituzionale o, nei casi più gravi, alla liquidazione di un vero e proprio danno patrimoniale. Le forme di danno che possono essere prese in considerazione oggi sono dunque tre:

- 1) La compromissione della salute, ovvero il danno biologico
- 2) Il lucro cessante, cioè il danno patrimoniale nella sua accezione più evidente
- 3) Il danno emergente, vale a dire i costi dei trattamenti diagnostico-terapeutici resi necessari dall'evento infortunio.

Le modalità temporali con le quali possono esprimersi sia l'alterazione dello stato di salute, sia la capacità produttiva di reddito o, in concreto, di guadagno sono due: il pregiudizio può essere temporaneo o avere anche carattere di permanenza, la permanenza dovendo essere assunta anche nell'ipotesi di non possibilità di definizione del tempo della risoluzione del danno. Mentre la determinazione dei termini temporali dell'invalidità temporanea del danno lavorativo temporaneo appare sufficientemente chiara, con la sola menzione del criticismo con il quale devono essere letti certificati medici privi di un'adeguata obiettività clinica, il danno da invalidità permanente si presta ancora oggi ad interpretazioni soggettive che inutilmente la pubblicazione di tabelle (barèmes) infortunistiche cerca di uniformare.

4. L'EMENDABILITÀ DEL DANNO CON TERAPIA

Si tratta di questione sicuramente interessante e non priva di risvolti pratici con la quale, costantemente, il CTU medico-legale deve confrontarsi al momento della redazione dell'elaborato peritale.

In forza del II comma dell'art.1227 del c.c. *Concorso del fatto colposo del creditore* è incontestabile l'affermazione del principio assoluto secondo il quale il danneggiato ha un obbligo di "contrazione del danno" con la messa in opera di un comportamento ispirato a diligenza ordinaria: il maggior danno che fosse riconducibile a questo difetto di diligenza non straordinaria non sarebbe ponibile a carico del responsabile civile.

Per converso trova evidente richiamo nella problematica di specie anche il principio generale costituzionalmente sancito secondo il quale a nessun individuo può essere imposto, senza il suo consenso, di subire atti lesivi del proprio corpo anche leciti in quanto orientati ad un miglioramento del suo stato di salute (principio questo puntigliosamente richiamato in Cassazione il 17 gennaio 1959 n. 118 in Responsabilità civile e Previdenza 1960 298).

Sempre la Cassazione (07 aprile '83 n. 2468 in Massimario Giustizia Civile 1983-Fascicolo IV) a sanare il proponendo conflitto ha sancito che il danneggiato non è tenuto ad un comportamento che presenti rischio, ovvero che comporti spese consistenti. Sembrerebbe quindi, nella tematica sollevata, doversi escludere la rilevanza del 1227 c.c. *Concorso del fatto colposo del creditore* laddove l'evento chirurgico prospettato fosse rischioso, ovvero particolarmente oneroso sotto il profilo economico e ciò prescindendo dall'eventualità di un possibile, fors'anche prevedibile, rimborso futuro.

Secondo il Giannini la questione può essere ricondotta nell'ipotesi del risarcimento in forma specifica, secondo la quale cioè il responsabile ripristina a sue spese la situazione preesistente all'illecito, nel rispetto dei principi affermati nell'art. 2058 c.c. *Risarcimento in forma specifica*, in particolare:

- a) La scelta per la reintegrazione in forma specifica e il risarcimento per l'equivalente spetta al danneggiato, e solo a questi, il quale ha perciò la facoltà di scegliere e pretendere le spese occorrenti per l'intervento chirurgico che elimina o riduce i postumi irreversibili, ovvero il risarcimento (nella forma di equivalente pecuniario) per i postumi stessi
- b) L'intervento chirurgico deve essere tecnicamente possibile e non eccessivamente oneroso (si può anche profilare il caso che il danneggiato pretenda di farsi operare all'estero in una clinica costosissima o da un chirurgo famoso ecc.)
- c) In ogni caso resta ferma la facoltà del giudice di disporre anche d'ufficio a sua discrezione il risarcimento per equivalente.

Non si può che convenire sulla soluzione prospettata dall'autore precisando che, nell'ipotesi di rimborso per spese odontoiatriche, potrà essere utile richiamare e ridefinire la qualità delle prestazioni sanitarie prestate, avanti il fatto illecito, all'infortunato.

Si potrà così ridefinire il livello qualitativo dell'assistenza sanitaria al quale l'infortunato si era in precedenza adattato acciocché i nuovi costi motivati dal fatto illecito si allineino ai costi per i trattamenti pregressi. Pare assolutamente immotivato, e dunque iniquo, pensare che solo per l'esistenza del fatto illecito il danneggiato possa pretendere di affidarsi alle cure di professionista al quale mai e poi mai si sarebbe affidato, e ciò vale tanto per il livello dei costi sostenuti quanto per la sede dove il professionista operasse, per il trattamento di cure ordinarie.

La differenza sarà fatta, in buona sostanza, solo e soltanto dal livello della prestazione richiesta potendo a quel punto trovare giustificazione nel ricorso alle prestazioni di un professionista "più oneroso", il tentativo di emendare il danno nei termini più estesi possibile, detta soluzione andando in buona sostanza ad incidere, contraendola anche sulla quota di invalidità permanente residua.

Ciò varrà naturalmente tanto nell'ipotesi di risarcimento del danno da evento traumatico per responsabilità di terzi in senso lato, quanto nella più che prevedibile ipote-

si di danno conseguente a prestazione odontoiatrica. L'esperienza medico-forense testimonierebbe una sorta di legittimazione per l'infortunato di accedere, sol perché altro professionista ha sbagliato, alle cure di super esperti: se può apparire comprensibile che il paziente non ricorra al professionista del cui operato si discute in virtù della compromissione del rapporto fiduciario, laddove l'emendabilità anche solo parziale del danno passi attraverso trattamenti ordinari, andranno definiti oneri economici (costi ed onorari) sovrapponibili, o perlomeno molto vicini a quelli del professionista che si individua come responsabile di danno risarcibile.

La precisazione non appare ultronea, ma risulta di tutta evidenza che, ove dovesse affermarsi la necessità di ricorrere ad un super esperto o a professionista di eccelso livello, sarà doveroso puntualizzare la sussistenza del rapporto causale fra il livello qualitativo delle prestazioni richieste ed il danno cagionato, in caso contrario potendosi anche presumere che le stesse prestazioni sanitarie della cui adeguatezza si discute possano rientrare fra le "prestazioni speciali difficoltà", con tale qualificazione dovendo essere letto in termini di particolare comprensione per il ben noto richiamo all'art. 2236 c.c. *Responsabilità del prestatore dell'opera* l'operato del professionista.

5. IN TEMA DI RISARCIMENTO DELLE SPESE DI CURA

La quantificazione dei costi legati al trattamento delle conseguenze dannose, riconducibili al fatto illecito del terzo, rappresenta frequentemente oggetto di indagine in sede medico-legale.

Sulla difficoltà oggettiva nella più parte dei casi, ed in particolare in quelli di interesse odontoiatrico, di puntualmente determinare i costi emergenti è nato, non infrequentemente, il ricorso da parte del magistrato alla liquidazione con criterio equitativo, ai sensi dell'art. 1226 c.c. *Valutazione equitativa del danno*

In realtà, il ricorso alla "equità" può nascere comunque a valle di una per quanto possibile analitica ricostruzione dei costi ai quali il creditore è andato e andrà incontro per emendare, o quantomeno diminuire, il danno sofferto.

Ciò trova ampia motivazione nell'art. 1227 del c.c. *Concorso del fatto colposo del creditore* secondo comma, laddove si afferma che il risarcimento non è dovuto per i danni che il creditore avrebbe potuto evitare usando l'ordinaria diligenza.

L'art. 1227 c.c. *Concorso del fatto colposo del creditore* rende protagonista dell'iter risarcitorio, nell'ipotesi di fatto illecito produttivo di danno alla persona, il paziente, il quale è tenuto da un lato a sottoporsi alle cure per non aggravare il danno e dall'altro a contenere i costi nei termini sufficienti per raggiungere la guarigione ottimale.

Come affermato dal Bonvicini il pregiudizio deve essere provato nel suo reale ammontare, quantomeno in via indiziaria sulla scorta di vari indizi di prova. Su tale falsariga la Cassazione ha più volte ribadito che se anche la prova può essere fornita mediante presunzioni semplici ed apprezzamenti di probabilità, tale circostanza non esime il Giudice dall'obbligo di indicare, sia pure sommariamente, gli elementi del processo logico del quale si è avvalso (Cassazioni Unite 29 Ottobre '84 n. 5537 e Cassazione 21 Giugno '84 n.3672, citate da Gennari M.).

Il Gennari ha ripreso, dopo lungo tempo, avvertendone l'esigenza, il tema del risarcimento delle spese di cura sostenute e previste dal danneggiato, sul quale la dottrina medico-legale sembrava ormai da tempo aver espresso un parere definitivo.

Ci riferiamo alla classica partizione delle seguenti categorie di cura: necessarie (indispensabili, insostituibili), utili (favorevoli in modo efficiente la guarigione anche se non indispensabili a raggiungere l'equilibrio dell'organismo), opportune (caratterizzate da un'efficienza terapeutica virtuale e non reale che può anche non concretarsi), inutili, inopportune e controindicate.

Dato per pacifico il diritto risarcitorio per le cure necessarie ed utili, le cure opportune sono considerate risarcibili solo nell'ipotesi sia data dimostrazione che quelle necessarie ed utili non hanno dato risultati probativi, o non furono attuate per motivi indipendenti dalla volontà del soggetto e del sanitario, fermo restando che si tratti di mezzi terapeutici fondati su presupposti rigorosamente scientifici. Viene data per pacifica, invece, la non risarcibilità delle altre categorie.

Altre discussioni possono sorgere nella valutazione del quantum di spesa sanitaria in relazione alla libera scelta del medico curante del luogo di cura, all'interno o all'esterno delle strutture ambulatoriali ed ospedaliere del servizio sanitario nazionale.

Sempre che la scelta operata dal paziente sia ragionevole e consona alle effettive necessità, secondo una ormai lontana giurisprudenza di merito (Tribunale di Roma 12 Gennaio '59, in *archivio Responsabilità Civile* 1959, 318), il danneggiato ha la facoltà di effettuare la scelta del medico curante e dell'eventuale clinica per le degenze adeguatamente alle sue condizioni economiche e sociali.

Lo stesso Pozzato (in tema di valutazione del danno emergente, *Archivio della Società Lombarda di Medicina-Legale* 3,319, 1967) ebbe ad affermare che le cure sono risarcibili "in quella misura economica che esse comportano quando vengono realizzate in modo adeguato alla situazione sociale ed economica del danneggiato. Si aprirebbe quindi un fronte di indagine extra-biologico, condizionato alla valutazione della situazione sociale ed economica del danneggiato, valutazione questa che deve essere non certo discussa in sede medico-legale, ma rimessa all'equo apprezzamento del magistrato, essendo ben palpabile il rischio di collidere con il diritto fondamentale di uguaglianza di tutti i cittadini, sancito dalla Costituzione Ex. art. 13. Appare invero dubbia la tesi del richiamo dei fattori extra-biologici, la pari dignità sociale dei cittadini essendo stabilita dal già ricordato art. 3 della Costituzione, il beneficio richiesto per la salute del cittadino, rimanendo quello ottimale voluto dall'art. 32 della Costituzione medesima.

Ed è con questo che deve armonizzarsi la seconda parte dell'art. 1227 c.c. *Concorso del fatto colposo del creditore*, laddove il risarcimento dei danni è escluso per quella parte che il creditore "avrebbe potuto evitare usando l'ordinaria diligenza".

Sarà solo dunque nell'ottica della massima tutela del cittadino danneggiato, a fronte dello stato di malattia e dell'invalidità conseguente, che potrà trovare giustificazione il rimborso di spese oggettivamente eccessivamente onerose, così come la scelta di clinici dalle competenze eccedenti quel livello medio che la classe medica è in grado di fornire.

Ben si calza al tema della presente opera, con riguardo allo specifico delle proteste dentarie, quanto affermato dal Cavallazzi sin dal 1960 (Sulla determinazione del compenso per prestazioni medico-dentistiche, rivista di medicina-legale e legislazione

Tabella 1
TERMINOLOGIA DEL DANNO

Tipo	Descrizione	Osservazioni
DANNO PATRIMONIALE		
Danno emergente	Spese sanitarie per cure immediate e future prevedibili (ad esempio rifacimenti protesici)	Risarcibili solo le spese necessarie e utili; secondo tariffario medio; la protesi dentaria riduce l'incidenza del danno biologico (1/2-1/3)
Lucro cessante	Riduzione della capacità di lavoro, specificamente temporanea e permanente)	In odontoiatria generalmente assente con l'eccezione di particolari professioni Risarcibile se dimostrata per entità L'incidenza del danno è risarcibile
DANNO EXTRA PATRIMONIALE		
Morale	Dolore psichico e fisico	Demandato all'equità del Giudice Risarcibile solo se il fatto può anche solo astrattamente costituire reato
DANNO BIOLOGICO		
	Diminuzione della integrità psicofisica della persona (temporanea, permanente)	sempre pr forme di danno (estetico, alla vita di relazione, sessuale, capacità lavorativa generica)

Tabella 2
CRITERI DI RISARCIBILITÀ DEL DANNO FUTURO

Tipo	Descrizione	Osservazioni
Danno futuro	Manifestazione certa o grandemente probabile nel suo verificarsi	Quantificabile e risarcibile
Danno aleatorio	Evoluzione possibile ma non prevedibile	Non quantificabile e non risarcibile
Danno potenziale	Possibile menomazione col ricorrere di particolari condizioni	Non quantificabile e non risarcibile

sanitaria 2,50, 1960): “*Taluni interventi possono sortire ugualmente bene anche non ricorrendo a chi li sappia eseguire. Usando sistemi eccezionalmente costosi, all’alto prezzo di alcune protesi non deve essere giudicato alla stregua di alcuni interventi per i quali certe acquisizioni tecniche e la sistemazione di apparecchi egregiamente rifiniti stanno alla base del buon esito dell’intervento stesso*”.

Bibliografia

1. ATTI DELLE GIORNATE MEDICO-LEGALI TRIESTINE, 14-15 SET. 1952: *La valutazione medico-legale del danno alla persona e responsabilità civile*, Bollettino Istituto di Medicina Legale, Trieste, 1954
2. BONVICINI: *Il danno a persona, il danno risarcibile ed il suo accertamento*, Giuffrè Ed., Milano, 1958
3. GENNARI M.: *La consulenza tecnica in tema di risarcimento delle spese di cura* in: "La perizia e la consulenza tecnica stato attuale e prospettive", Pacini Ed., Pisa, 1989: 4, 5
4. GIANNINI: *Il danno alla persona come danno biologico, confronto tra il metodo tradizionale di risarcimento ed il nuovo metodo alternativo*, Giuffrè Ed., 1986: 41

2. LA VALUTAZIONE DEL DANNO BIOLOGICO

F. Montagna, D. De Leo

Per una equa e razionale applicazione del diritto nella stima del danno alla salute in responsabilità civile è necessario considerare dei parametri scientifici che evitino approssimazione, discrezionalità e arbitrio nella valutazione medico-legale.

A tale riguardo il ricorso alle indicazioni percentuali di danno biologico raccoglie attualmente, nel diffuso modo di sentire contemporaneo, il più largo consenso come garanzia di maggiore uniformità di giudizio.

Del resto, considerando la realtà forense ed assicurativa attuale, che pone a contatto operatori con cultura e competenze diverse (medici, avvocati, magistrati), non appaiono prospettabili altre alternative parimenti valide ai fini pratici; si pensi ad esempio ai limiti di una descrizione particolareggiata con aggettivazioni ai fini della quantificazione.

1. LE TABELLE DI VALUTAZIONE

I riferimenti utilizzabili per la valutazione medico-legale sono costituiti dalle tabelle con valutazioni percentuali che riportano alternativamente:

- la invalidità relativa alla capacità lavorativa generica elaborata in passato per la stima del danno alla persona di rilevanza patrimoniale
- il danno biologico di più recente concezione e più elevata valenza in quanto considera tutte le menomazioni dell'integrità psicofisica che abbiano negative conseguenze sullo svolgimento degli atti ordinari del vivere comune a tutti gli individui (capacità sessuali, estetiche, sensoriali, relazionali).

Riteniamo certamente più indicate le seconde poiché, particolarmente in odontostomatologia, il danno non può essere considerato vincolato alla capacità reddituale del soggetto mediante lo svolgimento di lavori retribuiti; cioè difficilmente inquadrabile come diminuzione della capacità lavorativa generica costituendo, nella maggior parte dei casi, una microinvalidità permanente virtuale. Inoltre, il danno dentale presenta, nel comune sentire, una menomazione dell'integrità psicofisica più completamente inquadrabile nel danno biologico

L'utilizzazione delle tabelle è comunque sconsigliata ai non esperti del settore poiché richiede una specifica preparazione culturale ed operativa della valutazione del danno alla persona che permetta di vagliare criticamente finalità, idoneità e limiti di tale approccio.

La prassi consiste nel consultare come guida orientativa o prontuario le tabelle proposte in letteratura, portando, volta per volta, adattamenti nel singolo caso e seguendo alcuni principi di utilizzazione, che devono essere comunque rappresentati dal magistrato (tabella 1 e 2).

1.1 La prevedibilità della valutazione

La valutazione deve essere fondata sullo stato presente del soggetto, nonché sugli elementi prognostici aventi carattere di certezza od almeno di grande probabilità.

Le menomazioni vanno attentamente verificate per quanto concerne la loro permanenza (postumi); la valutazione definitiva va procrastinata sino alla stabilizzazione del caso quando sia stata raggiunta una generica prevedibilità circa l'assestamento e la fluttuazione del quadro morboso.

1.2 Il valore orientativo

I valori espressi nelle tabelle sono indicati per fasce in base ad un criterio statistico ed hanno un valore orientativo e non tassativo, circostanza questa spesso dimenticata dai consulenti inesperti; ne consegue che le valutazioni devono essere adeguate, sulla base di apprezzamenti e considerazioni, alle caratteristiche cliniche del caso di specie.

La valutazione delle menomazioni non elencate in tabella va estrapolata in via analogica o per equivalenza rispetto a menomazioni produttive di disfunzionalità comparabili con quelle oggetto di valutazione: questo criterio limita il rischio di aberrazioni valutative.

Si verificano, inoltre, con frequenza piccole menomazioni permanenti che non sono suscettibili di valutazione tabellare in quanto non presentano conseguenze negative percepibili dal punto di vista medico-legale e/o non superano la soglia di apprezzabilità (microinvalidità); devono essere ritenute non percentualmente esprimibili e la loro liquidazione va valutata con cifre onnicomprensive.

1.3 I coefficienti di correzione

Alcuni fattori possono legittimare l'introduzione di coefficienti di correzione che permettono di esprimere valutazioni difformi da quelle suggerite dalle tabelle con diminuzione o maggiorazione:

- 1) Casi con conseguenze anatomiche e disfunzionali insolitamente sfavorevoli giustificano un aumento della valutazione percentuale in quanto la valutazione tabellare risponde a valutazioni statistiche, quindi medie per definizione
- 2) Le menomazioni devono essere giudicate una volta stabilizzate particolarmente nei casi di lesioni con potenzialità evolutive considerevoli; in alcuni casi, comunque è necessario valutare situazioni che presentano una prevedibile, modesta evoluzione: in caso di tendenza al peggioramento è giustificato un limitato aumento per compensare la previsione di danno futuro; in caso di prevedibile miglioramento una limitata riduzione.
- 3) Le lesioni nel soggetto giovane provocano una menomazione dell'integrità psicofisica maggiore che nell'anziano considerando l'aspettativa di vita media e le richieste funzionali maggiori
- 4) Lo stato di salute del danneggiato anteriore al verificarsi del fatto illecito può influire in modo determinante sulla valutazione del danno:
 - lo stato anteriore può rappresentare una concausa di lesione (le preesistenze aggravano le conseguenze del fatto illecito) e in questa ipotesi il danno risarcibile va integralmente posto a carico del responsabile
 - lo stato anteriore costituisce una concausa di invalidità concorrente (la lesione

Tabella 1
**METODOLOGIA DI VALUTAZIONE TABELLARE
 DEL DANNO BIOLOGICO**

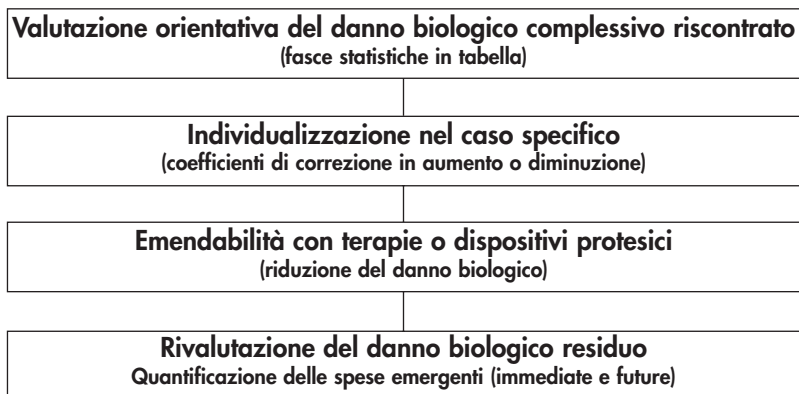


Tabella 2
**FATTORI E COEFFICIENTI DI CORREZIONE
 DEL DANNO BIOLOGICO DENTARIO**

Fattore	Coefficiente di correzione % del danno biologico
ETÀ	Aumento per persone giovani Diminuzione per anziani
SESSO	Aumento per danno estetico in sesso femminile giovane
STATO ANTERIORE Concause di invalidità Concausa di lesione	Diminuzione per menomazioni preesistenti Danno totalmente risarcibile; è da considerare un aumento per condizioni di salute integre in precedenza
CONCORSO DI CAUSE Concause sopravvenute Concause coesistenti Concorso di colpa	Diminuzione per eventi non attribuibili ad azione del danneggiante Valutazione globale (non somma aritmetica) Diminuzione del risarcimento in misura proporzionale alla colpa
EMENDABILITÀ CON TERAPIE E PROTESI	Riduzione della percentuale di danno biologico a fronte di spese emergenti per cure e protesi immediate e futuri rifacimenti
STABILITÀ O EVOLUZIONE DELLA PATOLOGIA	Diminuzione per miglioramento prevedibile Aumento per previsto peggioramento
PARTICOLARE GRAVITÀ O EVOLUZIONE SFAVOREVOLE	Aumento nei casi con esiti particolarmente negativi

causata dal fatto illecito aggrava lo stato anteriore) e in questo caso appare corretta l'introduzione di coefficienti di riduzione.

- 5) La presenza di un concorso di colpa da parte del danneggiato o altri soggetti attivi riduce la responsabilità del danneggiante; se il danno è causato da più persone ognuna dovrà risarcire il danno nella misura proporzionale al proprio male.

1.4 L' emendabilità

Si deve valutare se le menomazioni possano essere corrette integralmente o parzialmente mediante trattamenti terapeutici o riabilitativi con particolare riguardo ai dispositivi protesici.

Si deve indicare al giudice se i postumi permanenti siano suscettibili di riduzione mediante protesi o trattamenti idonei, specificando la riduzione del danno conseguente ed il costo immediato e futuro per i rifacimenti (danno emergente).

1.5 La valutazione globale

La percentuale è una convenzione frutto di un compromesso logico e non rappresenta un valore aritmetico commisurato a cento come parametro della somma della quota parte di validità perduta e residua.

In caso di più menomazioni coesistenti in più distretti anatomici il danno non corrisponde alla sommatoria aritmetica delle singole percentuali; si deve, invece, conglobare in un unico valore le singole menomazioni considerando le condizioni generali del danneggiato (concause di invalidità coesistenti).

2. LA PARTE SISTEMATICA

A scopo di consultazione riportiamo le valutazioni tabellari espresse in letteratura per le diverse tipologie di lesioni riscontrabili nella prassi medico-legale a carico delle diverse componenti dell'organo masticatorio.

La loro conoscenza è infatti indispensabile per una prima valutazione del danno in modo da fornire parametri di valutazione comuni agli operatori.

2.1 Le lesioni dentarie

Le cause di perdita o avulsione dentaria sono rappresentate da traumi, patologie, o errori di terapia; la sintomatologia e l'importanza della lesione variano in relazione al numero e posizione dei denti persi causando un diverso pregiudizio alla salute (tabella 3).

La completa compromissione della funzione masticatoria da perdite dentarie multiple o totali è mediamente valutata nella misura <30% e questa percentuale rappresenta il parametro di riferimento per la valutazione di minori perdite dentarie.

Poiché i singoli gruppi dentari svolgono funzioni diverse la perdita presenta una diversa incidenza sotto il profilo del danno biologico e l'apprezzamento di un fattore rispetto all'altro ha favorito il proliferare di diverse quantificazioni in letteratura dei quali diamo una rassegna estesa a scopo esemplificativo (tab. 4-5-6-7-8).

Sconsigliamo comunque complesse metodiche di calcolo aritmetico dei valori dei singoli denti e suggeriamo di consultare le tabelle come percentuali indicative da adattare ai singoli casi in relazione alla menomazione funzionale.

Tabella 3
FUNZIONI DEI GRUPPI DENTARI E CONSEGUENZE A SEGUITO DELLA PERDITA (BARGAGNA et al.)

Perdite dentarie in articolato integro	Principali conseguenze
GRUPPO ANTERIORE SUPERIORE ED INFERIORE	Turbative estetiche (da considerare anche il riassorbimento dell'osso alveolare); perdita guida incisiva; difficoltà fonazione; perdita azione incisoria
CANINO ED INCISIVO	Turbative estetiche; perdita guida canina e propriocettiva; perdita protezione gruppo anteriore; atrofia bozza canina
PREMOLARI	Turbative estetiche (se vengono in evidenza); mesioinclinazione dei denti distali; estrusione dei denti antagonisti
CANINO E PREMOLARI	Turbative estetiche (asimmetria per atrofia della bozza canina nel caso dei superiori); perdita della guida canina e propriocettiva; estrusione gruppo anteriore
SESTO E SETTIMO	Perdita dimensione verticale; chiave molare; estrusione degli antagonisti; interferenza nei movimenti di escursione mandibolare
CANINO, PREMOLARI E SESTO	Turbative estetiche; perdita guida canina; perdita dimensione verticale; notevoli difficoltà per la protesi fissa.

Tabella 4
DANNO BIOLOGICO CONSEGUENTE A PERDITE DENTARIE ISOLATE (Cortivo)

Elementi dentari	I	II	III	IV	V	VI	VII	VIII
Arcata superiore	1	0,75	1,50	0,75	0,75	1,50	1	0,25
Arcata inferiore	0,5	0,75	1,50	0,75	0,75	1,50	1	0,75

- * Tra gli incisivi, quello centrale superiore è ritenuto di maggior pregio perché è il più robusto e perché ha maggior rilievo fisiognomico; esso possiede inoltre maggiore validità anatomica rispetto al laterale contiguo in quanto quest'ultimo possiede una radice meno robusta e sezione rotondeggiante.
- * La maggior valutazione dell'incisivo laterale inferiore rispetto al centrale contiguo è dovuta al fatto che il laterale, oltre ad avere dimensioni lievemente superiori, occupa una posizione esteticamente critica dell'arcata dentaria in quanto avvia la curvatura, fungendo da elemento di raccordo con il canino; il centrale inoltre non concorre a costituire un tripode di sostegno (in caso di protesi), ma semplicemente una coppia masticatoria.
- * Tra i molari, la maggior valutazione dell'ottavo inferiore rispetto al superiore deriva dal fatto che, mentre il superiore occlude soltanto con l'omonimo antagonista, quello inferiore articola con due elementi dentari, per cui, ove concorra compromissione di altri denti posteriori, svolge un ruolo maggiore nello stabilizzare l'occlusione e la dimensione verticale. Inoltre è alloggiato in una zona d'osso più compatto rispetto al superiore, per cui ha maggior validità come pilastro protesico.

Tabella 5
DANNO BIOLOGICO PER PERDITE DENTARIE SINGOLE E MULTIPLE (Martini)

Arcata superiore:	%	Arcata inferiore:	%
Perdita di un incisivo	2	Perdita di un incisivo	1,5
Perdita di due incisivi	4	Perdita di due incisivi	2,5-3
Perdita di tre incisivi	4-5	Perdita di tre incisivi	4
Perdita di tutti gli incisivi	6	Perdita di quattro incisivi	4-5
Perdita di un canino	2	Perdita di un canino	1,5
Perdita di due canini	3-4	Perdita di due canini	3
Perdita di un premolare	1,5	Perdita di un premolare	1,5
Perdita di due premolari	3	Perdita di due premolari	3
Perdita di un molare	2	Perdita di un molare	2
Perdita di due molari	4	Perdita di due molari	4
Perdita di tre molari	5	Perdita di tre molari	5
Perdita di quattro molari	6-7	Perdita di quattro molari	6-7
Perdita di tutti i denti		%	
Di una arcata	15	Di entrambe le arcate	25

Tabella 6
LA VALUTAZIONE DEL DANNO DENTARIO (Luvoni e Bernardi)

Danno	%	Danno	%
Incisivo centrale	0,50	Secondo premolare	0,50
Incisivo laterale	0,25	Primo molare	2
Canino	1	Secondo molare	1,50
Primo premolare	0,50	Terzo molare	0
Perdita di tutti gli incisivi, canini e premolari	10	Perdita degli incisivi, canini e premolari inferiori	4
		Perdita degli incisivi, canini e premolari superiori	7

Danni parziali limitati alla corona dentaria senza perdita dell'elemento (frattura, devitalizzazione, necessità di protesizzazione) possono essere quantificati in via equitativa considerando nella maggior parte dei casi la possibilità di emendare completamente il danno con il pagamento delle cure attuale senza ricorrere a frazioni percentuali di punto.

Sono stati proposti diversi coefficienti di variazione che alterano il valore del risarcimento per gli stessi elementi dentari in situazioni diverse tra cui ricordiamo la emendabilità con protesi, il coefficiente di antagonismo, l'integrazione estetica, le necessità dietetiche, la validità come pilastro di protesi.

La percentuale di danno biologico è parzialmente emendabile nel caso sia possibile eseguire protesi efficienti considerando comunque dei coefficienti di correzione (età, stato anteriore della dentatura, presenza di altre protesi, riabilitazione con protesi fissa o mobile) per la cui trattazione rimandiamo al capitolo successivo *Risarcimento con protesi*.

Tabella 7
LA VALUTAZIONE DEL DANNO DENTARIO (Gilli e Robetti)

<i>Arcata superiore</i>	%*	<i>Arcata inferiore</i>	%*
Incisivo centrale	0,50%	Incisivo centrale	0,25%
Incisivo laterale	0,25%-0,50%	Incisivo laterale	0,25%
Canino	1%	Canino	1-1,25%
Primo premolare	0,75%-1%	Primo premolare	1%
Primo molare	2%	Secondo premolare	1%
Secondo molare	1,50%-2%	Primo molare	2%
Terzo molare **	0-1%	Secondo molare	2%
		Terzo molare **	0-1,5%

* Valido pilastro per protesi

** La mesializzazione toto corpore porta alla valutazione maggiore; l'eruzione linguale o vestibolare senza intercuspiazione e la microdonzia ne azzerano il valore, la corretta intercuspiazione, la mesializzazione o la possibile funzione di pilastro ne incrementano la valutazione

Tabella 8
DANNO BIOLOGICO PER PERDITE DENTARIE ISOLATE, INTEGRAZIONE ESTETICA (Tommasini)

Danno	%	Danno	%
<i>Arcata superiore</i>		<i>Arcata inferiore</i>	
Ogni incisivo	3	Ogni incisivo	1,5
Ogni canino	1,5	Ogni canino	1
Ogni premolare	1,25	Ogni premolare	0,50
Perdita di tutti gli incisivi, canini e premolari	20	Perdita di tutti gli incisivi, canini e premolari	10
Perdita incisivi, canini e premolari sup.+inf.	30		

Tabella 9
LE VALUTAZIONI DEL DANNO STOMATOGNATICO SECONDO LA LEGISLAZIONE ITALIANA

Tabella delle valutazioni del grado di percentuale di invalidità permanente dell'infortunata del lavoro industriale (D.P.R. 30 giugno 1965, n. 1124)

- Perdita di molti denti in modo che risulti gravemente compromessa la funzione masticatoria:

- a) con possibilità di applicazione di protesi efficace 11%
b) senza possibilità di applicazione di protesi efficace 30%

Tabella indicativa delle percentuali di invalidità di cui all'art. 2 della legge 11 febbraio 1980, n. 18

- Le perdite dentarie con possibilità di applicazione di protesi efficiente 0-10%
- La grave compromissione della funzione masticatoria senza possibilità di applicazione di protesi 11-30%

Tabella A della pensionistica privilegiata per causa di servizio e pensionistica di guerra (D.P.R. 30 dicembre 1981, n. 834).

- La perdita della maggior parte dei denti oppure la perdita di tutti i denti dell'arcata inferiore
- La paradentosi diffusa, ribelle alle cure, associata a parziale perdita dentaria VIII categoria

Tabella 10

**LE VALUTAZIONI MEDICO-LEGALI DEL DANNO ALLA PERSONA
VIGENTI IN ALCUNI PAESI STRANIERI (Martini)**

Tabella 10/A - JUGOSLAVIA

Danno	Inval. perm. (%)	Danno	Inval. perm. (%)
- 1-4 denti, per ogni dente	1/2	- 17 denti e più, per ogni dente	1
- 5-8 denti, per ogni denti	2/3	- Perdita di più di 17 denti (non sostituibili con protesi)	50
- 9-16 denti, per ogni dente	3/4		

Tabella 10/B - POLONIA

Danno	Inval. perm. (%)	Danno	Inval. perm. (%)
- Incisivi e canini, per ogni dente	1	- Perdita parziale del mascellare o della mandibola (con deformità e perdita di denti), con articolazione protesica, a seconda della estensione delle perdite di sostanza, dello stato di nutrizione e delle complicazioni	15-30
- Altri denti: nel caso di perdita di più di due elementi, per ogni dente (indipendentemente dalla applicazione di protesi)	1	Perdita totale (con deformità e perdita di denti): a) del mascellare	40
		b) della mandibola	50

Tabella 10/C - CECOSLOVACCHIA

Danno	Inval. perm. (%)	Danno	Inval. perm. (%)
Perdita di 1-2 denti	0	Perdita di 17-24 denti	8
Perdita di 3-4 denti	3	Perdita di 25-32 denti	25
Perdita di 5-8 denti	6	Perdita di denti protesici oppure la loro menomazione	0
Perdita di 9-16 denti	12		

Tabella 10/D - UNIONE SOVIETICA

Danno	Inval. perm. (%)
<i>Perdita di denti</i> (al momento dell'incidente o immediatamente dopo il trauma, quando si è resa necessaria l'immediata estrazione dei denti):	
- da 2 a 3 denti	5
- da 4 a 8 denti	10
- più di 8 denti	da 15 a 20

Tabella 10/E - FRANCIA

Danno	Inval. perm. (%)
Le percentuali proposte corrispondono alla perdita di denti, senza possibilità di protesi:	
- perdita di un dente qualunque	1,50

- perdita di tutti i denti, senza possibilità di correzione	42
In caso di possibilità di correzione le percentuali saranno diminuite, tenuto conto dei risultati della reintegrazione:	
- protesi fissa, riduzione del 75%	
- protesi mobile, riduzione del 50%	
- perdita di tutti i denti, efficacemente corretta:	
- con protesi fissa	10,5
- con protesi mobile	21
Perdita di sostanza ossea associata a perdita di uno o più denti; la percentuale considerata sarà aumentata dal 10 al 20% secondo la gravità della perdita di sostanza	
Perdita della vitalità di uno o più denti, per ogni dente	0,50
<i>Tabella 10/F - ISRAELE</i>	
Danno	Inval. perm. (%)
I) per "dente" si intende quella porzione che ha contatto per tre quarti con la superficie masticatoria e comprende anche un dente otturato, un ponte o una corona	
II) il singolo dente protesico è considerato come metà dente	
Perdita di denti senza possibilità di protesi:	
I) di un dente:	
a) incisivo centrale	0,6
b) incisivo laterale	0,4
c) canino	1
d) premolare	1,4
e) ultimo premolare (premolare IV)	1,4
f) I molare	2,2
g) II molare	2,2
h) dente del giudizio	0,8
II) di alcuni denti: la percentuale di invalidità è pari alla somma di tutte le percentuali di invalidità stabilite nel capoverso I a proposito di ogni singolo dente	
III) di tutti i denti	40

Tabella 11

**COEFFICIENTE DI CORREZIONE IN BASE
ALLE NECESSITÀ DIETETICHE (Mainenti)**

Danno	%	Categoria
Perdita del II° molare	1,5	Fabbisogno calorico di 2100-3000 cal.pro die (studenti, operai a riposo etc.)
	2	Fabbisogno calorico di 3000-4000 cal. pro die (operai, agricoltori, etc.)
	3	Fabbisogno calorico di 4000-6000 cal. pro die (minatori, etc.)

2.2 Le turbe della favella

La comunicazione è un atto complesso che richiede l'intervento coordinato: delle funzioni integrative superiori del sistema nervoso centrale e periferico, degli organi adatti alla produzione ed all'articolazione del suono. Per tale motivo è necessario, preliminarmente alla valutazione del danno, eseguire la diagnosi differenziale tra vari quadri clinici che comportano alterazioni del linguaggio:

- a) *Afasia e disfasia* causate da patologie cerebrali che provocano una alterazione delle funzioni corticali cerebrali con grave deficit dei meccanismi di produzione e/o comprensione del linguaggio
- b) *Afonia e disfonia* causate da patologie che alterano la produzione del suono e insorgono a carico della laringe (corde vocali, muscolatura e innervazione) e della muscolatura respiratoria.
- c) *Anartria e disartria* causate da patologie che provocano una alterazione degli organi che articolano e modulano il suono come ad esempio lesioni neurologiche (cerebellari, bulbari, del motoneurone inferiore dei nervi cranici), del palato molle, faringe, lingua, labbra, denti, muscoli per i movimenti della mandibola.

Data la natura stessa dell'intervento odontoiatrico turbe alla favella (disartria) possono talvolta essere addebitate a responsabilità professionale del dentista; non è infatti infrequente la richiesta, nell'ambito delle richieste risarcitorie, che tale eventualità sia prospettata per protesi scorrettamente eseguite, perdita di elementi dentari in zona incisiva, lesioni neurologiche del trigemino per interventi chirurgici.

Nella maggior parte dei casi si tratterà di disartrie di limitata entità (<5%) per compromissione degli organi deputati alla articolazione del suono (labbra, lingua e denti) con conseguente difficoltà ad esprimere alcune unità fonetiche.

Per guida orientativa alla valutazione del danno biologico permanente riportiamo una sintesi della tabella approvata dalla Società Italiana di Medicina Legale per le turbe della favella, premettendo due considerazioni:

- Il danno alla favella è nella maggior parte dei casi di limitata entità e tende spontaneamente a regredire; deve essere considerato già conglobato nelle percentuali di danno biologico proposte per la perdita di denti frontali e lesioni neurologiche senza aumenti suppletivi
- Danni rilevanti devono essere valutati a distanza di un periodo di un anno, a seguito di rieducazione funzionale e/o protesizzazione considerando la naturale tendenza al recupero e regressione.

2.3 La lesione dei nervi cranici

Le lesioni dei nervi cranici danno luogo a menomazioni diverse in base alle proprie funzioni sensoriali e motorie; in odontoiatria le lesioni sono di tipo periferico e possono presentarsi a carico del trigemino (V) e del facciale (VII).

2.3/1 Trigemino

Le lesioni del trigemino in odontoiatria interessano prevalentemente il ramo mandibolare a seguito di interventi di chirurgia orale, implantologia, endodonzia.

La branca mandibolare possiede una funzione motoria di limitata importanza e una sensitiva più cospicua e per tale motivo le lesioni comportano: spiccato deficit sensitivo del territorio innervato (ipo-anestesia), lieve deficit motorio dei muscoli mastica-

Tabella 12
DANNO BIOLOGICO PER TURBE DELLA FAVELLA (Bargagna et al.)

Lesione	Descrizione	%
Minime alterazioni	Difficoltà nella pronuncia di alcune unità fonetiche con minime difficoltà	< 5%
Modeste alterazioni	Impossibilità a pronunciare qualche unità fonetica senza impedimento alla intelleggibilità del discorso	6-10%
Medie alterazioni	Eloquio difficoltoso con problemi di intelleggibilità; può talvolta risultare incomprensibile in ambienti rumorosi	11-20%
Notevoli alterazioni	Eloquio notevolmente stentato, il soggetto può essere compreso solo con grande difficoltà	21-30%
Gravissime alterazioni	Il paziente non può far fronte alle necessità personali che richiedono la comunicazione	31-35%

Tabella 13
DANNO BIOLOGICO PER LESIONE DEL TRIGEMINO (Bargagna et al.)

Lesione	Descrizione	%
Neuralgia del trigemino	Nella maggior parte dei casi le crisi dolorose sono limitate nel tempo Prendere in considerazione l'efficacia del trattamento medico nell'evitare o ridurre le crisi	10-30
Deficit masticatori	Morsicatura delle guance	4-6
Deficit fonatori	Disartria di grado minimo per ridotta sensibilità del labbro e lingua	<5
Deficit sensitivi	Formicolio, ipoestesia di lingua e labbro, perdita di salita all'angolo della bocca Considerare l'estensione del territorio interessato ed il grado di compromissione sensitiva	3-8

tori con alterazioni della masticazione (morsicatura delle guance, perdita di saliva e cibo all'angolo della bocca, deviazione dei movimenti mandibolari) e della fonazione (disartria di lieve grado).

La lesione della branca mascellare esclusivamente sensitiva comporta ipoestesia nei rispettivi territori ed è di minore importanza, poiché la lesione del ramo infraorbitario è di difficile realizzazione in odontoiatria.

A seguito della lesione possono comparire parestesie dolorose (neuralgie, disestesie) che sono generalmente limitate nel tempo (6 mesi - 1anno) e seguite da ipoanestesia per atrofia del tronco nervoso; sono comunque segnalati alcuni casi di persistenza del dolore neuralgico a distanza di tempo (causalgia).

2.3/2 Nervo facciale

La lesione in odontoiatria è una lesione periferica incompleta monolaterale a seguito di: interventi sulla guancia, parotide, articolazione temporomandibolare; è comunque più frequenti in seguito a traumi e incidenti.

Il nervo facciale (VII) è un nervo misto prevalentemente motorio, la cui lesione comporta:

- deficit motori (asimmetria del viso, alterazioni della mimica del volto, della fonazione, assenza o riduzione dei movimenti delle palpebre)
- deficit sensitivi (perdita della sensibilità gustativa dei 2/3 anteriori della lingua, ipoanestesia del condotto uditivo esterno e padiglione auricolare).

Le percentuali indicate nella tabella riportata di seguito comprendono il danno sensitivo, motorio e fisiognomico conglobati in un unico apprezzamento percentuale.

Lesione	%
Paralisi totale bilaterale	40
Paralisi totale monolaterale	20
Paralisi incompleta monolaterale	< 15

2.4 Le sinusiti

In odontoiatria sinusiti mascellari monolaterali, possono essere causate da implantologia, interventi sul seno mascellare (rialzo del seno, chirurgia endodontica), apertura di fistole bucco sinusali a seguito di estrazioni dentali.

I sintomi sono dolore continuo e gravativo, rinopiorrea con i cambiamenti di posizione del capo.

L'estensione dell'infezione coinvolge frequentemente i seni etmoidali potendosi estendere ai frontali e sfenoidale; modificazioni della mucosa di tipo allergico facilitano la cronicizzazione del processo infettivo.

Si ammette, inoltre, che la deglutizione e l'inalazione di materiale infetto possono causare infezioni delle vie aeree e disturbi gastrointestinali; peraltro tale situazione è da considerarsi eccezionale.

Una percentuale di danno biologico permanente è attribuibile solo per sinusiti croniche resistenti al trattamento medico e chirurgico; per le sinusiti acute è sufficiente attribuire un danno biologico temporaneo corrispondente al periodo di malattia ed un risarcimento per le spese di terapia affrontate.

2.5 La diminuzione della funzione gustativa

La sensibilità è assicurata da tre nervi cranici: facciale (VII) tramite la corda del timpano nei 2/3 anteriori della lingua; glossofaringeo (XI) nel terzo posteriore della lingua; vago (X) tramite recettori faringei e laringei. I centri di elaborazione sono situati

Tabella 15
DANNO BIOLOGICO PER SINUSITI CRONICHE (Bargagna et al.)

Lesione	%
Sinusite mascellare	3-5
Sinusiti etmoido-sfenoidale	< 8
Sinusite frontale	< 8

nella corteccia sensoriale post-rolandica; i recettori sono prevalentemente distribuiti sulla lingua (scarsi sul palato molle) e sono tutti in grado di distinguere i quattro sapori fondamentali.

Tale distribuzione anatomica spiega perché lesioni periferiche determinate da manovre odontoiatriche possano causare al massimo una ipogeusia (peraltro di difficile dimostrazione e possibile terreno di protestazioni), mentre impossibile risulti una ageusia vera che richiederebbe la distruzione massiva di tutti i recettori.

La diagnosi è di tipo clinico con la gustometria chimica apponendo i quattro sapori sulla superficie della lingua (dolce, salato, acido, amaro); poco utilizzabili invece allo stato attuale esami di laboratorio (elettrogeusimetria, potenziali evocati).

Tabella 16
DANNO BIOLOGICO PER IPOGEUSIA

Alterazione della funzione gustativa	< 5%
--------------------------------------	------

2.6 La diminuzione della funzione delle articolazioni temporo-mandibolari

Gli eventi che possono esitare in disfunzioni dell'ATM sono: fratture (intra-articolari, condilari, ramo trasverso dello zigomo, coronoide, e corpo mandibolare), lussazioni, colpo di frusta, terapie odontoiatriche che alterino l'occlusione e provochino una mioartropatia cronica. La sintomatologia è costituita da una triade sintomatologica tipica (dolore, rumore, e limitazione della mobilità); l'esito più sfavorevole è rappresentato dalla anchilosi della ATM. L'apertura della bocca in un maschio sano adulto è di circa 40-45 mm.; il principio della valutazione adottato dalla maggior parte degli autori considera la riduzione dell'apertura della bocca quando sia inferiore ai 30 mm. e considera un aggravamento per riduzioni inferiori ai 20 mm per le quali è indispensabile il ricorso a diete semiliquide. Correttivi della valutazione devono essere applicati nei casi di bambini poiché la lesione della cartilagine di accrescimento del condilo mandibolare in un soggetto in sviluppo può causare un rallentamento del processo di crescita ossea con conseguente iposviluppo mandibolare, malocclusione e affollamento dentario, dismorfismo facciale ed esiti estetici (profilo convesso, a uccello).

Tabella 17

**DANNO BIOLOGICO PER LESIONE
DELLE ARTICOLAZIONI TEMPORO-MANDIBOLARI (Bargagna et al.)**

Danno*	Descrizione	%
Limitazione dell'apertura della bocca	Con distanza interincisiva compresa tra i 30 ed i 20 mm.	5-10
	Con distanza interincisiva compresa tra i 20 ed i 10 mm	11-20
	Con distanza interincisiva inferiore ai 10 mm, non trattabile chirurgicamente, con turbe della fonesi	21-35
Sindrome di Costen Lussazioni recidivanti	In base alla sintomatologia ed all'obiettività clinica	5-15
	A seconda della sintomatologia dolorosa e del difetto masticatorio	5-10

* Nel caso in cui la menomazione riguardi soggetti di giovane età, riferirsi sempre ai limiti alti delle fasce sopra espresse

Tabella 18

**DANNO ALLE ARTICOLAZIONI TEMPORO MANDIBOLARI
(Luvoni, Mangili, Bernardi)**

	%
Anchilosi Tale da permettere solo il passaggio di liquidi (tenuto conto del coesistente disturbo della fonazione)	50
Rigidità a) Con apertura interdentaria di 10 mm	20
b) Con apertura interdentaria di 20 mm	10

Tabella 19

DANNO ALLE ARTICOLAZIONI TEMPORO MANDIBOLARI (Mainenti)

	%
Anchilosi Tale da permettere appena il passaggio di liquidi	50
Rigidità a) Con apertura interdentaria inferiore a 10 mm	35
b) Con apertura interdentaria compresa tra 10 a 30 mm	20

Bibliografia

1. BARGAGNA M., CANALE M., CONSIGLIERE F., PALMER L., UMANI RONCHI G.: *Guida orientativa per la valutazione del danno biologico permanente*, Giuffrè Ed., 1996.
2. BUCCELLI C., LAINO A., MICHELOTTI A.: *Metodologica valutativa del danno permanente da perdite dentarie nel minore e responsabilità civile*, *Med. leg. quad. cam.*, 9, 1987: 157.
3. CORTIVO P., BORDIGNON D., SCORRETTI C.: *Le menomazioni di interesse odontostomatologico nell'ambito dell'invalidità civile*, *Riv. it. med. leg.* 1986: 1079-1091.
4. LUVONI R., MANGILI F., BERNARDI L.: *Guida alla valutazione medico-legale del danno biologico e dell'invalidità permanente*, Giuffrè Ed., Milano, 1990.
5. MARTINI P.: *Medicina Legale in Odontoiatria*, USES, Firenze, 1988
6. MELLENNEC L.: *Evaluation du handicap et du dommage corporel*, Ed. Masson, Paris, 1991.
7. PADOVANI P., MIRANDA R.: *Barème des accidents du travail et des maladie professionnelles*, Ed. Lamarre, Paris, 1992.

3. IL RISARCIMENTO CON PROTESI

P.O. Carli, F. Montagna

Nella prassi medico-legale accade frequentemente di dover considerare la necessità di una riabilitazione protesica per emendare il danno biologico derivante da perdite dentarie; tale situazione di fatto richiede la capacità di valutare l'entità del risarcimento che risulta nella maggior parte dei casi gravoso: il tipo di reintegrazione necessaria, la sua prevedibile durata nel tempo, i conseguenti rinnovi, i costi complessivi.

Frequentemente, inoltre, si discute in tema di responsabilità professionale: sulla corretta indicazione al tipo di protesi eseguito; sulla possibilità del paziente di optare, previa adeguata informazione, fra alternative riabilitative diverse.

La maggior parte dei consulenti medico-legali in presenza di un danno dentario è orientata a quantificare il risarcimento attraverso il pagamento delle spese emergenti per protesi prioritariamente rispetto all'attribuzione di un punteggio percentuale di danno biologico per vari motivi:

- a) L'esecuzione di protesi permette di ristabilire le condizioni simili a quelle antecedenti al trauma sia dal punto di vista funzionale che estetico
- b) L'onere economico per le protesi è superiore a quello derivato dal calcolo del danno biologico riconoscibile sulla base delle tabelle proposte in medicina legale; in tale senso il rimborso del costo protesico elimina il rischio di un insufficiente risarcimento
- c) Il paziente si sottopone di buon grado alla riabilitazione protesica poichè intervento di routine privo di rischi
- d) Il risarcimento delle spese per l'esecuzione delle protesi e dei futuri eventuali rifacimenti riduce consistentemente il danno biologico da perdita dentaria senza tuttavia eliminarlo poichè la protesi non elimina ipso facto il danno alla persona.

Alla luce di tali considerazioni abbiamo ritenuto proficuo proporre una codificazione dei criteri di comportamento per la valutazione del danno dentario attraverso la riabilitazione protesica al fine di ridurre l'incidenza di controversie tra istituto assicuratore, dentista ed infortunato.

1. LA DURATA DELLE PROTESI E I FATTORI DI PREVISIONE

La revisione dei dati della letteratura sull'argomento della durata di una riabilitazione protesica permette di evidenziare una ampia variabilità espressa da diversi autori e di percepire un generale progressivo viraggio nel tempo verso previsioni di durata più protratte (tab. 1).

Tali differenze sono in relazione a molteplici, diversi fattori applicati nello studio tra i quali ricordiamo:

- La scelta del campione statistico analizzato poichè gli studi non sempre sono sovrapponibili poichè non considerano gruppi omogenei di pazienti (per età, situazioni preesistenti e tipi di protesi).

Tabella 1
REVISIONE DELLA LETTERATURA SULLA DURATA DELLE PROTESI

Autore	Tipo di protesi	Durata in anni
De Michelis et al. 1964	Non precisata	8-10
Schwartz (1970)	Corone complete	10,3 (20%<3; 22%>16)
	Corone parziali	6,3
	Corone ³ / ₄	11,4
Voss (1971)	Corone complete	11
Luvoni e Bernardi (1975)	Non precisata	10
Berger (1980)	Fissa in lega ceramica	15
	Rimovibile	7-10
Depiero e Caputi (1980)	Non precisata	10-15
Gerardy (1980)	Fissa in lega ceramica	15
Renard (1981)	Non precisata	10-15
Kersshbaum (1981)	Corone oro-ceramica	10 (rinnovamento del 10% delle corone dopo tale periodo)
Chinani (1981)	Non precisata	15-20
Martze e Franceschi (1981)	Non precisata	15-20
Buccelli et AL (1982)	Protesi rimovibile parziale (cro-co-mo)	6
	Protesi totale	6
	Inamoamovibile in lega-acrilico	8-10
	Inamoamovibile in lega ceramica	10-12
	Protesi fissa	10
Calcagni e Orban (1983)	Non precisata	5-7
Amsterdam (1983)	Ponte oro-resina	8-10
Soulet e Bussac (1985)	Corone a giacca ceramica	
	Corone metallo ceramica	15
	Ponte aureo acrilico e metalloceramica	
Robetti e Iorio (1985)	Ponte di 3 elementi aureo acrilici	10-15
Cortivo et AL (1990)	Fissa oceramica	Da 10-15 a 20-25 (in relazione alle condizioni cliniche del caso singolo)
Società di Medicina Legale e Criminologia di Francia (1991)	Fissa	15-20
	Mobile	10-15
Mellenec (1991)	Fissa	15
	Mobile in resina	6
	Mobile con base metallica	7-9
Padovani e Miranda (1992)	Fissa	15
	Mobile	10
Hupfauf (1992)	Fissa a ponte	10 (90% in funzione dopo tale periodo) 12 (87% in funzione dopo tale periodo) 15 (74% in funzione dopo tale periodo)

Tabella 2
FATTORI CONDIZIONANTI LA DURATA DELLA PROTESI

Fattore	Alterazione	Commento
Pilastrini dentali	Numero ridotto di pilastrini	Il numero di elementi pilastrino doppio dei sostituiti (legge di Ante) è un rapporto di sicurezza ideale
	Distribuzione non armonica in arcata	La non equilibrata distribuzione dello sforzo causa sovraccarico di alcuni elementi
Supporto parodontale	Parodontopatia (perdita di osso di supporto)	Vi è una diminuita superficie radicolare di distribuzione del carico masticatorio
	Ridotto supporto osteomucoso	Causa una ridotta stabilità di protesi mobili e necessità di ribasamenti
Occlusione	Malocclusione	I carichi funzionali non assiali possono causare sovraccarico e migrazioni dentali
Muscolatura craniomandibolare	Iperattività, ipertrofia muscolare	L'aumentato carico funzionale provoca usura della superficie occlusale
Estensione dell'edentulia	Travata lunga	Aumenta lo stress meccanico, il sovraccarico dei pilastrini ed il rischio di fratture del metallo (la flessione di una travata è proporzionale al cubo della lunghezza)
Parafunzioni, abitudini viziate	Digrignamento, serramento	Forze non assiali e torsionali accelerano la parodontopatia e l'usura della superficie occlusale
Materiale protesico	Ceramica	Presenta stabilità estetica e non usurabilità
	Resina	È soggetta a usura e colorazioni
Arcata antagonista	Protesi fissa in ceramica	Determina un elevato carico funzionale, durezza, usura
	Protesi mobile in resina	Il carico funzionale è ridotto

- L'epoca di esecuzione della ricerca clinica poiché il miglioramento tecnologico nel tempo garantisce attualmente maggior durata dei manufatti, rispetto al passato.
- I criteri di giudizio utilizzati per definire la validità di una protesi in quanto studi che privilegiano l'aspetto clinico funzionale (usura, infiltrazione, occlusione) indicano una durata sensibilmente superiore nei confronti di quelli che considerano l'aspetto estetico (colorazione, retrazione gengivale).

Alla luce degli attuali progressi tecnologici, la durata media, per necessità di valutazione medico-legale, può essere genericamente valutata di 8-10 anni per la protesi mobile e 10-15 per la fissa prendendo come riferimento un manufatto protesico tipo: di media qualità costruttiva; in condizioni di carico favorevoli come numero, distribuzione e condizioni parodontali dei denti pilastrino; mantenuto in buone condizioni di igiene dal paziente.

Tale parametro di durata media ai fini del risarcimento (10-15 anni) non deve essere confusa con un parametro clinico di giudizio poiché l'evidenza mostra come, da un lato alcune riabilitazioni possano raggiungere periodi di durata molto più elevati sino a 15-20 anni ed oltre come dall'altro esistano riabilitazioni protesiche che rientrano in una accettabile variabilità pur con tempi sensibilmente inferiori.

Ai fini risarcitori interessa una generica previsione di durata media per stabilire il numero di rinnovi necessari ragionevolmente accettabile in termini statistici e quantificare una spesa che emendi il danno biologico nel caso specifico; non sempre comunque è applicabile un valore medio poiché alcuni fattori possono influenzare negativamente la durata del manufatto a parità di materiali impiegati e modalità di esecuzione tecnica.

Come esempio possiamo pensare a quei casi in cui il trauma o l'azione iatrogena oltre a causare la perdita di alcuni denti indebolisca anche i restanti obbligando ad una riabilitazione protesica meno sicura e duratura nel tempo; ancora, ad esempio, possiamo immaginare la perdita di denti in posizione strategica che obblighi a ogni riabilitazione non ideale dal punto di vista biomeccanico di distribuzione dei carichi occlusali.

Per un equo risarcimento in tali situazioni è necessario operare una personalizzazione che consideri le particolarità del caso intesa come l'insieme dei fattori biologici e meccanici capaci concretamente di influire sul tempo di validità della protesi, variarne la durata, influire sul numero di rinnovi protesici e quindi sull'entità del risarcimento economico complessivo; nei singoli casi potranno, quindi, essere indicate durate inferiori.

Nella tabella 2 sono stati sintetizzati i fattori significativi dal punto di vista medico-legale per predire variazioni della durata protesica e personalizzare il risarcimento.

La coesistenza di tutti i fattori indicati nella tabella deve portare ad un abbattimento massimo del 50% del valore medio predeterminato di durata per il tipo di protesi; vale a dire che può essere messa in dubbio la legittimità del risarcimento protesi fisse costose la cui durata prevedibile sia inferiore ai 5 anni, essendo in tali situazioni consigliabile per il paziente ricorrere a soluzioni a basso costo (provvisori a lungo termine fissi o mobili; protesi di transizione).

2. LE LINEE GUIDA PER IL RISARCIMENTO

La finalità del risarcimento protesico è quello di favorire il massimo recupero morfologico, funzionale e psichico attraverso il pagamento di una protesi ed eventuali necessari rifacimenti; la protesi comunque riduce senza emendare completamente il danno biologico. A tal riguardo dobbiamo ricordare che esiste una sostanziale differenza tra la protesi mobile e la fissa:

- La protesi fissa su pilastri naturali o su impianti presenta caratteristiche estetiche e funzionali parafisiologiche elevate; si può considerare che emendi in considerevole misura il danno biologico restituendo una situazione simile alla preesistente
- La protesi mobile invece causa uno stato di sofferenza parodontale ed alterazione occlusale per cui nel caso il danneggiato debba passare, da una dentatura fissa preesistente, ad una mobile successiva avverrà comunque una modificazione in senso peggiorativo, che richiederà la valutazione suppletiva di un danno biologico in punteggio percentuale.

Tabella 3
**COEFFICIENTI DI CORREZIONE A SEGUITO
 DI APPLICAZIONE PROTESICA**

Situazione	Conseguenza	Soluzione indicativa
Perdita di elementi dentari in soggetti in età avanzata con compromissione precedente dell'apparato masticatorio	Minore danno biologico in relazione allo stato anteriore ed età	Riduzione del danno biologico di $\frac{2}{3}$ con applicazione di protesi fisse; $\frac{1}{2}$ per protesi mobili
Soggetti giovani con dentatura integra	Maggior danno biologico	Riduzione di $\frac{1}{2}$ con applicazione di protesi fissa; $\frac{1}{3}$ per protesi mobile
Perdita di ultimo pilastro distale necessario a protesi fissa (VI, VII, VIII)	Impossibilità di protesi fissa e maggior danno biologico per la necessità di protesi mobile	Riduzione di $\frac{1}{2}$ con applicazione di protesi fissa su impianti; $\frac{1}{3}$ per protesi mobile
Perdita di elemento dentario contiguo a ponte preesistente	Necessità di sostituire ed estendere la protesi	Pagamento di una nuova protesi più estesa rispetto al danno; i rifacimenti vanno pagati solo per la parte resasi necessaria a causa del danno
Danni dentali limitati alla corona senza perdita dentale prevedibile	Danno limitato	Danno biologico emendato con la spesa delle cure attuali e future senza attribuire un danno biologico

Da ultimo si deve ricordare che non esiste a livello nazionale un tariffario di riferimento omogeneo per uniformare le spese da risarcire per le protesi odontoiatriche; di conseguenza l'entità del risarcimento dovrà essere valutata in base alle realtà locali medie degli onorari che possono variare in notevole misura da città a città.

2.1 Protesi fissa

Nel formulare una proposta di risarcimento per danno dentale a seguito di una lesione, attraverso il pagamento di una protesi fissa si dovrebbero considerare le seguenti schematiche indicazioni che permettono di garantire lo stato anteriore senza costituire arricchimento del danneggiato:

- La durata media di una protesi fissa ai fini dei rifacimenti futuri dovrebbe essere prevista ogni 10-15 anni.
- In caso di danno a dentatura precedentemente integra il risarcimento andrà previsto più volte nella vita sino ad un massimo di 4 volte per soggetti in minore età. Si deve infatti considerare che l'indicazione alla protesizzazione definitiva compare per i soggetti giovani verso i 18-20 anni (non prima dei 14) e sino a questa età sono indicate protesi provvisorie; l'aspettativa di vita media attuale è di 75-80 anni.
- In caso di danneggiamento di una protesi preesistente si riconoscerà un risarcimento unico, utilizzando lo stesso materiale e caratteristiche di costruzione simili alle protesi preesistenti; il valore del risarcimento dovrà essere ridotto di una quota proporzionale al periodo di utilizzazione della protesi danneggiata nei confronti della generica previsione di durata media.
- La tendenza attuale privilegia l'uso della ceramica per la sua estetica e tollerabilità

biologica e riteniamo quindi corretto proporre questo materiale nella maggior parte dei casi, di danni alla dentatura naturale, cioè per nuove protesizzazioni; invece la presenza di una protesi preesistente danneggiata, o di altri ponti costruiti con materiale diverso (metallo-resina ad esempio) costituisce indicazione all'utilizzazione di materiali analoghi ai precedenti in modo da garantire un equo risarcimento in linea con lo stato anteriore. Inoltre, in caso di protesi preesistente è opportuno usare lo stesso materiale per evitare fenomeni di elettrogalvanismo.

- e) Un risarcimento completo dovrebbe prevedere il pagamento una sola volta non rinnovabile di tutte le fasi di terapia (preparazione, ponti provvisori, protesi definitiva e controlli) con l'esclusione di terapie che si sarebbero rese necessarie indipendentemente dall'evento in causa e correlate a patologie preesistenti; ad esempio, nel caso di danno ad un elemento dentario singolo con perdita della vitalità pulpale la terapia endodontica e di ricostruzione attraverso un perno moncone dovrebbe essere riconosciuta una sola volta; invece la sostituzione protesica deve essere riconosciuta più volte nell'arco della vita.
- f) In assenza di lesioni gravi del supporto radicolare (fratture del terzo cervicale; lesione che interrompa la formazione della radice in un bambino) attualmente non è dimostrabile la perdita di un elemento correttamente trattato endodonticamente durante il rifacimento delle protesizzazioni future; non è ipotizzabile quindi danno probabile o futuro aggravamento.
- g) L'orientamento attuale della maggior parte dei consulenti consiste nel considerare prioritariamente un risarcimento economico che riconosca i costi di prima protesizzazione e rifacimenti; il riconoscimento di un limitato danno biologico residuo emenda il danno fisico residuo
- h) Il pagamento della protesi e del danno biologico residuo comprendono, e quindi escludono, il riconoscimento di altre voci come danno estetico e danno dovuto alla preparazione dei pilastri.
- i) Il riconoscimento di una invalidità specifica lavorativa è eccezionale e limitato ad alcune professioni nelle quali la funzione e aspetto orale sia parte preminente (cantanti, attori, suonatori, presentatori).

2.2 Protesi mobile

Di seguito saranno esposti alcuni criteri di guida utili nella valutazione del risarcimento del danno con protesi mobile:

- a) Nel caso sia necessaria per la prima volta una protesi mobile vanno previsti adattamenti per mantenere un adeguato livello di capacità funzionale, poiché la protesi mobile è soggetta ad una elevata usura. Vanno previsti nel risarcimento i costi per: un ribasamento dopo 2 anni e successivamente 1 ogni 5; saranno necessarie 2-3 riparazioni nell'arco dei 10 anni; si devono prevedere sedute di controllo annuali (aggiustamenti occlusali, molaggi, ritocchi).
- b) Nel caso la lesione causi il passaggio da una dentatura fissa ad una mobile va prevista una quota di punteggio di danno biologico permanente a causa di: scomodità, successivi danni al parodonto ed alla dentatura residua del paziente causati dalla protesi rimovibile.
- c) I materiali da utilizzare vanno adeguati a quelli presenti in bocca per le riabilitazioni preesistenti; se era già presente una protesi mobile non vanno riconosciuti paga-

menti di ribasamenti e controlli, in quanto erano già necessari in relazione allo stato anteriore

- d) La riabilitazione di maggior durata, estetica e comodità è costituita dalla protesi combinata o inamoamovibile con corone e sistemi di ancoraggio di precisione.
- e) Si deve proporre una protesi fissa di preferenza, nei casi in cui esista la possibilità di scelta, considerando il minore rischio di insuccessi e il minore carico funzionale a cui è sottoposto il sistema stomatognatico.

2.3 Implantologia

Il medico legale che intenda valutare il risarcimento di un danno biologico odontoiatrico con interventi di implantoprotesi deve conoscere alcune considerazioni ricordando che non in tutti i casi sia proponibile una riabilitazione implantoprotetica in alternativa ad una protesi tradizionale.

- a) Nei giovani l'implantologia deve essere effettuata al termine della crescita dei mascellari, non prima dei 18 anni (14 anni secondo alcuni); comunque è consigliabile successivamente una protesizzazione provvisoria sino a 18-20 anni
- b) La prognosi di durata dell'impianto non varia negli anziani
- c) Una riabilitazione implantare evita la preparazione protesica di elementi dentari sani contigui allo spazio edentulo e sono necessarie, quindi, un minor numero di corone protesiche: le spese per un risarcimento implantare è comunque maggiore a quello di una protesi tradizionale fissa.
- d) La frequenza e la durata prevista per i rinnovi protesici (protesi e impianto) nell'arco della vita può essere stabilita in 10-15 anni come la protesi fissa tradizionale; tale indicazione è di sicurezza poiché ulteriori ricerche potrebbero indicare la possibilità di applicare ancoraggi permanenti paragonabili alla dentatura naturale; in questo caso la sostituzione potrà essere limitata alla sola sostituzione protesica.

3. CONSIDERAZIONI

I riferimenti legislativi applicati nella valutazione del danno alla persona parlano espressamente di funzione masticatoria e "protesi efficace", introducendo criteri eminentemente clinici di competenza del medico legale e del dentista. A questo problema si connette quello della durata della protesi e della necessità di rifacimenti futuri per i quali sono importanti età, stato anteriore, condizione igienica, occlusione ed altri riferimenti clinici.

Allo stato attuale il problema della compensazione di danno dentario con i costi dei manufatti protesici appare superato dalla posizione assunta dalla SIMLA con la pubblicazione delle nuove tavole sulla valutazione del danno biologico. Pare definitivamente sancito il principio della coesistenza di un tasso di permanente invalidità, in aggiunta al risarcimento dei costi di riabilitazione attuale e futura. Rimandando per i dettagli al capitolo della protesi; ci preme in questa sede richiamare il rischio che proprio in occasione del danno dentario possa determinarsi una amplificazione risarcitoria scollata da reali dati di esperienza clinica. Di ciò dovrà tenere conto il tecnico liquidatore chiamato a monetizzare il danno all'organo masticatorio.

Tabella 4
RIFACIMENTI PROTESICI

Protesi	Durata	Osservazioni
Fissa	10-15 anni	Utilizzare il materiale usato per le protesi presenti in bocca; la soluzione fissa è più sperimentata e di elevata validità biologica
Mobile	8-10 anni	Un ribasamento dopo 2 anni; successivamente uno ogni 5 anni; 3-4 riparazioni nell'arco presunto di durata
Impianti	10-15 anni	Durata ogni 10-15 anni della protesi; ipotizzabile una durata maggiore per gli impianti

Bibliografia

1. BUCCELLI C., BEDUSCHI G., ZARONE F., EPIFANIA E., QUAREMBA G.: *La durata delle protesi dentarie fisse: attuali orientamenti della letteratura e proposta di un metodo predittivo*, in: "Atti del II Convegno Nazionale sui problemi medico legali in odontostomatologia", Ed. Colosseum, 1994, Roma.
2. CORTIVO P., BORDIGNON D., BETTI D., FAVERO L.: *Il risarcimento del danno in traumatologia dentaria*. Piccin Ed., Padova, 1990.
3. HUPFAUF L.: *La protesi fissa*, Ed. USES, Torino, 1992: 61-67; 203-218; 262-263; 275-281

4. LA QUANTIFICAZIONE DEL RISARCIMENTO

F. Montagna, S. Sperandio

Il paziente che lamenti un danno a seguito della prestazione professionale eseguita dal dentista può agire in via giudiziale per ottenere la risoluzione del contratto d'opera (restituzione della parcella corrisposta al professionista) ed il risarcimento del danno.

Non esiste nell'ambito della legislazione italiana una definizione di danno che può tuttavia essere ricavata dall'esame comparato dei codici e sintetizzata come il pregiudizio che un soggetto subisca a causa di un'azione o di una omissione altrui.

Sebbene il diritto del soggetto leso possa scaturire da diverse ipotesi di illecito penale o civile (responsabilità contrattuale, extracontrattuale, oggettiva), sostanzialmente le modalità di risarcimento del danno sono simili e derivano principalmente dalla lettura del codice civile (art. 2056 c.c. *Valutazione dei danni*, art. 2057 c.c. *Danni permanenti*, art. 2058 c.c. *Risarcimento in forma specifica*, art. 2059 c.c. *Danni non patrimoniali*, art. 1223 c.c. *Risarcimento del danno* art. 1224 c.c. *Danni nelle obbligazioni pecuniarie*, art. 1225 c.c. *Prevedibilità del danno*, art. 1226 c.c. *Valutazione equitativa del danno*, art. 1227 c.c. *Concorso del fatto colposo del creditore*).

Il Codice Civile elenca varie possibilità di risarcimento tra cui la più utilizzata per comodità è la forma per equivalente che avviene normalmente attraverso una somma di denaro che compensi il danno nelle sue tre forme:

- Il danno patrimoniale (danno emergente e lucro cessante)
- Il danno non patrimoniale (danno morale)
- Il danno fisico (danno biologico).

L'entità del risarcimento varia in relazione alla natura e all'entità del danno ed è suggerita dalla convenienza di tutelare il danneggiato senza oltrepassarne le effettive necessità; è divisa, nel caso di corresponsabilità tra i soggetti attivi, in relazione al loro ruolo e responsabilità (art. 1227 c.c. *Concorso del fatto colposo del creditore*; art. 1228 c.c. *Responsabilità per fatto degli ausiliari*); è demandata alla discrezionalità del Giudice, che decide in via equitativa, nei casi in cui il danno non possa essere provato nel suo preciso ammontare (art. 1226 c.c. *Valutazione equitativa del danno*).

Altre forme di liquidazione del danno previste dal legislatore, come ad esempio la rendita vitalizia (art. 2057 c.c. *Danni permanenti*), non hanno invece avuto riscontro giuridico.

Il risarcimento in forma specifica, cioè per ricostruire il bene distrutto (art. 2058 c.c. *Risarcimento in forma specifica*), non trova riscontro nella pratica giuridica ma potrebbe in futuro costituire una valida alternativa; può essere ipotizzata nel caso il dentista si offra di proseguire il trattamento per eliminare il danno provocato o si assuma direttamente l'onere di pagare un altro professionista che porti a termine il contratto; comunque in tali ipotesi deve essere infatti fatto salvo il diritto di scelta del paziente che non è tenuto a sottoporsi alle cure di persone di cui non abbia fiducia o di sottoporsi a specifici trattamenti. Sostanzialmente le voci che compongono la quantificazione del risarcimento a seguito di un procedimento giudiziario sono riassunte nella tabella.

Tabella 1
**COSTI, SPESE E RISARCIMENTO
 NEL PROCEDIMENTO GIUDIZIARIO CIVILE**

Categoria	Componenti	Osservazioni	Attribuzione
DANNO ALLA PERSONA	Invalidità lavorativa specificata (ILS)	Danno eventuale non sempre presente (infrequente in odontoiatria) Spettante solo in presenza di una effettiva e dimostrata perdita di guadagno da lavoro Distinguibile in permanente e temporanea	A carico della Compagnia assicurativa, qualora presente, in relazione alle condizioni di polizza
	Danno biologico (DB)	Lesione della integrità psicofisica dell'individuo (danno fisico) Comprensivo di altri pregiudizi (invalidità lavorativa generica, danno alla vita di relazione e sessuale) Parametro indennitario spettante a qualsiasi infortunato, sempre presente Distinguibile in permanente e temporaneo	
	Spese sanitarie	Spese utili e necessarie alla terapia e alla riduzione del danno biologico Calcolate su tariffari medi Distinte in sostenute e future fondatamente prevedibili	
	Danno morale	Ristoro delle sofferenze psichiche Danno eventuale non sempre presente Risarcibile solo nel caso il fatto costituisca anche astrattamente illecito penale	
RESTITUZIONE DELLA PARCELLA	Inadempimento	Restituzione del corrispettivo percepito per l'incongrua e inutile prestazione Applicata in caso di risoluzione del contratto.	A carico del sanitario
COSTI DI GIUDIZIO ASSISTENZA LEGALE E PERITALE	Spese diverse Onorari di avvocati e consulente tecnici d'ufficio	Generalmente risarciti alla parte vincitrice dalla soccombente; possibile la decisione di spese compensate ripartite tra le due parti	Spese divise tra assicurato e assicuratore secondo i rispettivi interessi. Interamente coperto, secondo le condizioni di polizza, nel caso sia prevista assistenza legale

1. LA RISOLUZIONE DEL CONTRATTO

La risoluzione è ammessa (art. 1453 c.c. *Risolvibilità del contratto per inadempimento*) per i contratti con prestazioni corrispettive quando uno dei contraenti non adempia alle sue obbligazioni; nel caso di specie libera il paziente di corrispondere il compenso pattuito per la prestazione comportando diverse implicazioni economiche a carico esclusivo del dentista come: la perdita di diritto al compenso per l'attività prestata e la restituzione degli onorari percepiti.

In tal senso l'obbligo si contrappone al risarcimento del danno fisico patito dal paziente che, qualora presente, è manlevato dall'assicurazione.

Per la declaratoria di risoluzione del contratto è necessario che l'interessato provi l'esistenza di un inadempimento oggettivamente e soggettivamente rilevante nell'ambito delle obbligazioni primarie ed essenziali nascenti dal contratto; deve cioè verificarsi la mancata realizzazione della utilità, cioè del risultato per ottenere il quale il paziente ha richiesto la prestazione professionale. Per contro il contratto; in caso di inadempimento parziale, infatti, non si può risolvere se l'inadempimento ha scarsa importanza cioè, non è sufficiente dedurre una qualsiasi eccezione per risolvere il contratto; in tali casi può essere richiesta solo l'eliminazione dei vizi o una riduzione del corrispettivo, salvo il risarcimento del danno eventualmente patito.

2. IL DANNO BIOLOGICO

Il consulente tecnico ha il compito di indicare durata ed entità del danno biologico nelle sue componenti di temporaneità e permanenza, lasciando al magistrato o al liquidatore il calcolo della quantificazione; la conoscenza dei principi di base del calcolo è comunque una conoscenza auspicabile anche per il medico legale che si trovi a valutare o consigliare eventuali proposte di conciliazione.

2.1 Il danno biologico permanente

La tutela dell'integrità psicofisica del soggetto (danno alla salute) assume valenza indennitaria essendo quantificata con somme la cui variabilità è determinata da fattori uguali per tutti gli individui.

Sui parametri astratti di calcolo esiste una uniformità tra i vari tribunali che utilizzano: fattori di correzione in aumento per i danni di maggiore importanza e di riduzione per invalidità micropermanenti (in pratica il valore del punto aumenta proporzionalmente alla gravità del danno); un fattore costante di diminuzione è dato dalla fascia di età per cui il risarcimento decresce con l'aumentare dell'età ed è quindi più elevato nei giovani rispetto ai vecchi.

Comunque, nonostante gli sforzi compiuti, non è stata identificata una uniformità di valutazione sul territorio nazionale e tale situazione può incidere moltissimo sulla somma che il danneggiato incassa in sedi diverse per danni alla salute simili, come evidenziato nella tabella 2.

La sperequazione è ancora maggiore considerando che qualora venga liquidato il danno morale si assume generalmente come valore una cifra pari al 40-60% dell'intera liquidazione del danno biologico temporaneo e permanente.

Tabella 2
**DIFFERENZE DI RISARCIMENTO PER UN DANNO BIOLOGICO
 DEL 5% IN SOGGETTO DI 38 ANNI (1996)**

Sede del Tribunale	Risarcimento	Sede del Tribunale	Risarcimento
Firenze	L. 7.380.000	Roma	L. 6.000.000
Genova	L. 7.380.000	Pordenone	L. 10.800.000
Milano	L. 8.000.000	Treviso	L. 11.500.000
Venezia	L. 10.000.000	Verona	L. 16.000.000

I metodi più utilizzati nelle diverse sedi di tribunale sono sostanzialmente due e la Cassazione lascia libera scelta al collegio giudicante senza imporre un parametro univoco (Cass. N. 10539/94, n. 9170/94).

Tabella 3
**TABELLA DEL TRIBUNALE DI MILANO (ADOTTATE DALLA
 CONFERENZA DEI PRESIDENTI DI SEZIONE IL 9 FEBBRAIO 1994) PER
 L'INDENIZZO DEL DANNO BIOLOGICO DA INVALIDITÀ PERMANENTE
 (valori in migliaia di lire)**

Punto di invalidità	Valore a punto	FASCE DI ETÀ												
		1-10	11-16	17-22	23-28	29-34	35-40	41-46	47-52	53-58	59-64	65-70	71-80	81-90
		DEMOLTIPLICATORE												
		1	0,95	0,90	0,85	0,80	0,75	0,70	0,65	0,60	0,55	0,50	0,45	0,40

INCREMENTI DI LIRE 100.000 PER PUNTO

1%	1.000	1.000	950	900	850	800	750	700	650	600	550	500	450	400
2%	1.100	2.200	2.090	1.980	1.870	1.760	1.650	1.540	1.430	1.320	1.210	1.100	990	880
3%	1.200	3.600	3.420	3.240	3.060	2.880	2.700	2.520	2.340	2.160	1.980	1.800	1.620	1.440
4%	1.300	5.200	4.940	4.680	4.420	4.160	3.900	3.640	3.380	3.120	2.860	2.600	2.340	2.080

INCREMENTI DI LIRE 200.000 PER PUNTO

5%	1.500	7.500	7.125	6.750	6.375	6.000	5.625	5.250	4.875	4.500	4.125	3.750	3.375	3.000
6%	1.700	10.200	9.690	9.180	8.670	8.160	7.650	7.140	6.630	6.120	5.610	5.100	4.590	4.080
7%	1.900	13.300	12.635	11.970	11.305	10.640	9.975	9.310	8.645	7.980	7.315	6.650	5.985	5.320
8%	2.100	16.800	15.960	15.120	14.280	13.440	12.600	11.760	10.920	10.080	9.240	8.400	7.560	6.720
9%	2.300	20.700	19.685	18.630	17.595	16.560	15.525	14.490	13.455	12.420	11.385	10.350	9.315	8.280
10%	2.500	25.000	23.750	22.500	21.250	20.000	18.750	17.500	16.250	15.000	13.750	12.500	11.250	10.000

INCREMENTI DI LIRE 50.000 PER PUNTO

11%	2.550	28.050	26.647	25.245	23.842	22.440	21.037	19.635	18.232	16.830	15.427	14.025	12.622	11.220
12%	2.600	31.200	29.640	28.090	26.520	24.960	23.400	21.840	20.280	18.720	17.160	15.600	14.040	12.480
13%	2.650	34.450	32.727	31.005	29.282	27.560	25.837	24.115	22.392	20.670	18.947	17.225	15.502	13.780
14%	2.700	37.800	35.910	34.020	32.130	30.240	28.350	26.460	24.570	22.680	20.790	18.900	17.010	15.120

15%	2.750	41.250	39.187	37.125	35.062	33.000	30.937	28.875	26.812	24.750	22.687	20.625	18.562	16.500
16%	2.800	44.800	42.580	40.320	38.080	35.840	33.600	31.360	29.120	26.880	24.640	22.400	20.160	17.920
17%	2.850	48.450	46.027	43.605	41.182	38.760	36.337	33.915	31.492	29.070	26.647	24.225	21.802	19.380
18%	2.900	52.200	49.590	46.980	44.370	41.760	39.150	36.540	33.930	31.320	28.710	26.100	23.490	20.880
19%	2.950	56.050	53.247	50.445	47.642	44.840	42.037	39.235	36.432	33.630	30.827	28.025	25.222	22.420

INCREMENTI DI LIRE 75.000 PER PUNTO

20%	3.025	60.500	57.475	54.450	51.425	48.400	45.375	42.350	39.325	36.300	33.275	30.250	27.225	24.200
21%	3.100	65.100	61.845	58.590	55.335	52.080	48.825	45.570	42.315	39.060	35.805	32.550	29.295	26.040
22%	3.175	69.850	66.357	62.865	59.372	55.880	52.387	48.895	45.402	41.910	38.417	34.925	31.432	27.940
23%	3.250	74.750	71.012	67.275	63.537	59.800	56.062	52.325	48.587	44.850	41.112	37.375	33.637	29.900
24%	3.228	79.800	75.810	71.820	67.830	63.840	59.850	55.860	51.870	47.880	43.890	39.900	35.910	31.920
25%	3.400	85.000	80.750	76.500	72.250	68.000	63.750	59.500	55.250	51.000	46.750	42.500	38.250	34.000
26%	3.475	90.350	85.832	81.315	76.797	72.280	67.762	63.245	58.727	54.210	49.692	45.175	40.657	36.140
27%	3.550	95.850	91.057	86.265	81.472	76.680	71.887	67.095	62.302	57.510	52.717	47.925	43.132	38.340
28%	3.625	101.500	96.425	91.350	86.275	81.200	76.125	71.050	65.975	60.900	55.825	50.750	45.675	40.600
29%	3.700	107.300	101.935	96.570	91.205	85.840	80.475	75.110	69.745	64.380	59.015	53.650	48.285	42.920

INCREMENTI DI LIRE 125.000 PER PUNTO

30%	3.825	114.750	109.901	103.275	97.537	91.800	86.062	80.325	74.587	68.850	63.112	57.375	51.637	45.900
31%	3.950	122.450	116.327	110.205	104.032	97.960	91.837	85.715	79.592	73.470	67.347	61.225	55.102	48.980
32%	4.075	130.400	123.880	117.360	110.840	104.320	97.800	91.280	84.760	78.240	71.720	65.200	58.680	52.160
33%	4.200	138.600	131.670	124.740	117.810	110.880	103.950	97.020	90.090	83.160	76.230	69.300	62.370	55.440
34%	4.325	147.050	139.697	132.345	124.992	117.640	110.287	102.935	95.582	88.230	80.877	73.525	66.172	58.820
35%	4.450	155.750	147.962	140.175	132.387	124.600	116.812	109.025	101.237	93.450	85.662	77.875	70.087	62.300
36%	4.575	164.700	156.465	148.230	139.995	131.760	123.525	115.290	107.955	98.820	90.585	82.350	74.115	65.880
37%	4.700	173.900	165.205	158.510	147.815	139.120	130.425	121.173	113.035	104.340	95.645	86.950	78.255	69.560
38%	4.825	183.350	174.182	165.015	155.847	146.680	137.512	128.345	119.177	110.010	100.842	91.675	82.507	73.340
39%	4.950	193.050	183.397	173.745	164.092	154.440	144.787	135.135	125.482	115.830	106.177	96.525	86.872	77.220

INCREMENTI DI LIRE 150.000 PER PUNTO

40%	5.100	204.000	193.800	183.600	173.400	163.200	153.000	142.800	132.600	122.400	112.200	102.000	91.800	81.600
41%	5.250	215.250	204.487	193.725	182.962	172.200	161.437	150.675	139.912	129.150	118.387	107.625	96.862	86.100
42%	5.400	226.800	215.460	204.120	192.780	181.440	170.100	158.760	147.420	136.080	124.740	113.400	102.060	90.720
43%	5.550	238.650	226.717	214.785	202.850	190.920	178.987	167.055	155.122	143.190	131.257	119.325	107.392	95.480
44%	5.700	250.800	238.260	225.720	213.180	200.640	188.100	175.560	163.020	150.480	137.940	125.400	112.860	100.320
45%	5.850	263.250	250.087	235.925	223.762	210.600	197.437	184.275	171.112	157.950	144.787	131.625	118.462	105.300
46%	6.000	276.000	262.200	248.400	234.600	220.800	207.000	193.200	179.400	165.600	151.800	138.000	124.200	110.400
47%	6.150	289.050	274.597	260.145	245.692	231.240	216.787	202.335	187.882	173.430	158.977	144.525	130.072	115.620
48%	6.300	302.400	287.280	272.160	257.040	241.920	226.800	211.680	196.560	181.440	166.320	151.200	136.080	120.960
49%	6.450	316.050	300.247	284.445	268.642	252.840	237.037	221.235	205.432	189.630	173.827	158.025	142.222	126.420

INCREMENTI DI LIRE 175.000 PER PUNTO														
50%	6.625	331.250	314.687	298.125	281.562	265.000	248.437	231.875	215.312	198.750	182.187	165.625	149.062	132.500
51%	6.500	346.800	329.460	312.120	294.780	277.440	260.100	242.760	225.420	208.080	190.740	173.400	156.060	138.720
52%	6.975	362.700	344.565	326.430	308.295	290.160	272.025	253.890	235.755	217.620	199.485	181.350	163.215	145.080
53%	7.150	378.950	360.002	341.055	322.107	303.160	284.212	265.265	246.317	227.370	208.422	189.475	170.527	151.580
54%	7.325	395.550	375.772	355.995	336.217	316.440	296.662	276.885	257.107	237.330	217.552	197.775	177.997	152.229
55%	7.500	412.500	391.875	371.250	350.625	330.000	309.375	288.750	268.125	247.500	226.875	206.250	185.625	165.000
56%	7.675	429.800	408.310	386.820	365.330	343.840	322.350	300.860	279.370	257.880	235.390	214.900	193.410	171.920
57%	7.850	447.450	425.077	402.705	380.332	357.960	335.587	313.215	290.842	268.470	245.097	223.725	201.352	178.380
58%	8.025	465.450	442.177	418.905	395.632	372.360	349.067	325.815	302.542	279.270	255.997	232.725	209.452	186.180
59%	8.200	483.800	459.610	435.420	411.230	387.040	362.850	338.660	314.470	290.280	266.090	241.900	217.710	199.520
INCREMENTI DI LIRE 125.000 PER PUNTO														
60%	8.325	499.500	474.525	449.550	424.575	399.600	374.625	349.650	324.675	299.700	274.725	249.750	224.775	199.800
61%	8.450	515.450	489.677	463.905	438.132	412.360	386.587	360.815	335.042	309.270	283.497	257.725	231.952	206.180
62%	8.575	531.650	505.067	478.485	451.902	425.320	398.737	372.155	345.572	318.990	292.407	265.825	239.242	212.660
63%	8.700	548.100	520.695	493.290	465.885	438.480	411.075	383.670	356.265	328.860	301.455	274.050	245.645	219.240
64%	8.825	564.800	536.560	508.320	480.080	451.640	423.600	395.360	367.120	338.880	310.640	282.400	254.160	225.920
65%	8.950	581.750	552.662	523.575	494.487	465.400	436.312	407.225	378.137	349.050	319.962	290.875	261.787	232.700
66%	9.075	598.950	569.002	539.055	509.107	479.160	449.212	419.265	389.317	359.370	329.422	299.475	259.527	239.580
67%	9.200	616.400	585.580	554.760	523.940	493.120	482.300	431.480	400.660	369.840	339.020	308.200	277.380	248.560
68%	9.325	634.100	602.395	570.690	538.985	507.280	475.575	443.870	412.165	380.460	348.755	317.050	285.345	253.640
69%	9.450	652.050	619.447	586.845	554.242	521.640	489.037	456.435	423.832	391.230	358.627	326.025	293.422	260.820
INCREMENTI DI LIRE 75.000 PER PUNTO														
70%	9.525	66.750	633.412	600.075	566.737	533.400	500.062	466.725	433.387	400.050	366.712	333.375	300.037	266.700
71%	9.600	681.600	647.520	613.440	579.360	545.280	511.200	477.120	443.040	406.960	374.880	340.800	306.720	272.640
72%	9.675	696.600	661.770	626.940	592.110	557.280	522.450	487.620	452.790	417.960	383.130	348.300	313.470	278.640
73%	9.750	711.750	676.162	640.575	604.987	569.400	533.812	496.225	462.637	427.050	391.462	355.875	320.287	284.700
74%	9.825	727.050	690.697	654.345	617.992	581.640	545.287	508.935	472.582	436.230	399.877	363.525	327.172	280.820
75%	9.900	742.500	705.375	668.250	631.125	594.000	558.875	519.750	482.625	445.500	406.375	371.250	334.125	297.000
76%	9.975	758.100	720.195	682.290	644.385	606.480	568.575	530.670	492.765	454.860	416.955	379.050	341.145	303.240
77%	10.050	773.850	735.157	696.465	657.772	619.080	580.387	541.695	503.002	464.310	425.517	386.925	348.232	309.540
78%	10.125	789.750	750.262	710.775	671.287	631.800	592.312	552.825	513.337	473.850	434.362	394.875	355.387	315.900
79%	10.200	805.800	765.510	725.220	684.930	644.640	604.350	564.060	523.770	483.480	443.190	402.900	362.610	322.320
INCREMENTI DI LIRE 50.000 PER PUNTO														
80%	10.250	820.000	779.000	738.000	697.000	656.000	615.000	574.000	533.000	492.000	451.000	410.000	359.000	328.000
81%	10.300	834.300	792.585	750.870	709.155	667.440	625.725	584.010	542.295	500.580	458.865	417.150	375.435	333.729
82%	10.350	848.700	806.265	763.830	721.395	678.960	636.525	594.090	551.655	509.220	466.785	424.350	381.915	339.480
83%	10.400	863.200	820.040	776.880	733.720	690.560	647.400	604.240	561.080	517.920	474.760	431.600	388.440	345.280
84%	10.450	877.800	833.910	790.020	748.130	702.240	658.350	614.460	570.570	526.680	482.790	438.900	395.010	351.120

85%	10.500	892.500	847.875	803.250	758.625	714.000	669.375	624.750	580.125	535.500	490.875	446.250	401.625	357.000
86%	10.550	907.300	861.935	816.570	771.205	725.840	680.475	635.110	589.745	544.380	499.015	453.850	408.285	352.920
87%	10.600	922.200	876.090	829.980	783.870	737.760	691.650	645.540	599.430	553.320	507.210	461.100	414.990	368.880
88%	10.650	937.200	890.340	843.480	796.620	749.760	702.900	656.040	609.180	562.320	515.460	468.600	421.740	374.880
89%	10.700	952.300	904.685	857.070	809.455	761.840	714.225	666.610	618.995	571.380	523.765	476.150	428.535	380.920

INCREMENTI DI LIRE 25.000 PER PUNTO

90%	10.725	965.250	916.987	868.725	820.462	772.200	723.937	675.675	627.412	579.150	530.887	482.625	434.362	396.100
91%	10.750	978.250	929.337	880.425	831.512	782.600	733.687	684.775	635.862	586.950	538.037	489.125	440.212	391.300
92%	10.775	991.300	941.735	892.170	842.605	793.040	743.475	693.910	644.345	594.780	545.215	495.650	446.095	396.520
93%	10.800	1.004.400	954.180	903.960	853.740	803.520	753.300	703.080	652.860	602.640	552.420	502.200	451.960	401.760
94%	10.825	1.017.550	966.672	915.795	864.917	814.040	763.162	712.285	661.407	610.530	559.652	508.775	457.897	407.020
95%	10.850	1.030.750	979.212	927.675	876.137	824.600	773.062	721.525	669.967	618.450	566.912	515.375	463.837	412.300
96%	10.875	1.044.000	991.800	939.600	887.400	835.200	783.000	730.800	678.600	626.400	574.200	522.000	469.800	417.600
97%	10.900	1.057.300	1.004.435	951.570	898.705	845.840	792.975	740.110	687.245	634.380	581.515	528.650	475.785	422.920
98%	10.925	1.070.650	1.017.117	963.585	910.052	856.520	802.967	749.455	695.922	642.390	588.857	535.325	481.792	428.260
99%	10.950	1.064.060	1.029.847	975.645	921.442	867.240	813.037	758.835	704.632	650.430	596.227	542.025	487.822	433.620
100%	10.975	1.097.500	1.042.625	987.750	932.875	878.000	823.125	768.250	713.375	658.500	603.625	548.750	493.875	439.000

Tabella 4

TABELLA PER LA LIQUIDAZIONE DEL DANNO BIOLOGICO UTILIZZATA DAL TRIBUNALE DI ROMA(1997)**FASCE DI ETÀ (DEMOLTIPLICATORE)**

Grado di invalidità permanente	Valore punto (migliaia di lire)	DA 0 A 10 1	DA 11 A 16 0,95	DA 17 A 22 0,90	DA 23 A 28 0,85
1	1.084	1.084	1.029	975	921
2	1.192	2.384	2.265	2.145	2.026
3	1.300	3.901	3.706	3.511	3.316
4	1.409	5.634	5.352	5.071	4.789
5	1.625	8.126	7.720	7.314	6.907
6	1.842	11.052	10.499	9.947	9.394
7	2.059	14.411	13.690	12.969	12.249
8	2.275	18.203	17.293	16.383	15.472
9	2.492	22.428	21.307	20.186	19.064
10	2.709	27.088	25.733	24.379	23.024
11	2.763	30.392	28.873	27.353	25.833
12	2.817	33.805	32.115	30.425	28.734
13	2.871	37.327	35.460	33.594	31.728
14	2.925	40.956	38.908	36.861	34.813
15	2.930	44.694	42.460	40.225	37.990
16	3.034	48.541	46.114	43.687	41.260

17	3.088	52.496	49.871	47.246	44.621
18	3.142	56.559	53.731	50.903	48.075
19	3.196	60.730	57.694	54.657	51.621
20	3.278	65.552	62.274	58.997	55.719
21	3.359	70.536	67.009	63.482	59.955
22	3.440	75.682	71.898	68.114	64.330
23	3.521	80.992	76.942	72.892	68.843
24	3.603	86.463	82.140	77.817	73.494
25	3.684	92.098	87.493	82.888	78.283
26	3.765	97.894	93.000	88.105	83.210
27	3.846	103.853	98.661	93.468	88.275
28	3.928	109.975	104.476	98.978	93.479
29	4.009	116.260	110.447	104.634	98.821
30	4.144	124.332	118.115	111.898	105.682
31	4.280	132.675	126.041	119.407	112.773
32	4.415	141.286	134.224	127.160	120.095
33	4.551	150.173	142.664	135.156	127.647
34	4.686	159.329	151.382	143.396	135.429
35	4.822	168.755	160.317	151.880	143.442
36	4.957	178.452	169.530	160.607	151.685
37	5.092	188.421	179.000	169.579	160.158
38	5.228	198.660	188.727	178.794	168.861
39	5.363	209.170	198.711	188.253	177.794
40	5.526	221.034	209.982	198.931	187.879
41	5.688	233.223	221.562	209.901	198.240
42	5.851	245.738	233.451	221.164	208.877
43	6.013	258.577	245.648	232.720	219.791
44	6.176	271.742	258.155	244.568	230.981
45	6.338	285.231	270.970	256.703	242.447
46	6.501	299.046	284.094	269.141	254.189
47	6.664	313.186	297.526	281.867	266.208
48	6.826	327.650	311.268	294.885	278.503
49	6.989	342.440	325.318	308.196	291.074
50	7.178	358.909	340.964	323.018	305.073
51	7.368	375.758	356.970	338.182	319.394
52	7.557	392.985	373.336	353.687	334.038
53	7.747	410.592	390.063	369.533	349.003
54	7.937	428.578	407.150	385.721	364.292
55	8.126	446.944	424.597	402.249	379.902
56	8.316	465.688	442.404	419.119	395.835
57	8.505	484.812	460.571	436.331	412.090
58	8.695	504.315	479.099	453.884	428.668
59	8.885	524.197	497.987	471.778	445.568
60	9.020	541.208	514.148	487.087	460.027
61	9.156	558.490	530.566	502.641	474.717
62	9.291	576.043	547.241	518.438	489.636
63	9.426	593.866	564.173	534.480	504.786
64	9.562	611.961	581.363	550.765	520.167
65	9.697	630.326	598.810	567.294	535.777
66	9.833	648.962	616.514	584.066	551.618

67	9.968	667.889	634.476	601.082	567.689
68	10.104	687.047	652.695	618.343	583.990
69	10.239	706.496	671.171	635.847	600.522
70	10.320	722.424	686.302	650.181	614.060
71	10.402	738.514	701.588	664.662	627.737
72	10.483	754.766	717.028	679.289	641.551
73	10.564	771.181	732.622	694.063	655.504
74	10.645	787.759	748.371	708.983	669.595
75	10.727	804.499	764.274	724.049	683.824
76	10.808	821.401	780.331	739.261	698.191
77	10.889	838.466	796.543	754.620	712.697
78	10.970	855.694	812.909	770.125	727.340
79	11.052	873.084	829.430	785.776	742.122
80	11.106	888.470	844.047	799.623	755.200
81	11.160	903.964	858.766	813.568	768.369
82	11.214	919.566	873.588	827.610	781.631
83	11.268	935.277	888.513	841.749	794.986
84	11.323	951.096	903.541	855.987	808.432
85	11.377	967.024	918.673	870.321	821.970
86	11.431	983.060	933.907	884.754	835.601
87	11.485	999.204	949.244	899.283	849.323
88	11.539	1.015.456	964.683	913.911	863.138
89	11.593	1.031.817	980.226	928.635	877.044
90	11.621	1.045.848	993.556	941.264	888.971
91	11.648	1.059.934	1.006.937	953.940	900.944
92	11.675	1.074.074	1.020.370	966.666	912.963
93	11.702	1.088.267	1.033.854	979.441	925.027
94	11.729	1.102.515	1.047.390	992.264	937.138
95	11.756	1.116.818	1.060.977	1.005.136	949.295
96	11.783	1.131.174	1.074.615	1.018.057	961.498
97	11.810	1.145.585	1.088.305	1.031.026	973.747
98	11.837	1.160.049	1.102.047	1.044.044	986.042
99	11.864	1.174.568	1.115.840	1.057.111	998.383

FASCE DI ETÀ (DEMOLTIPLICATORE)

Grado di invalidità permanente	Valore punto (migliaia di lire)	DA 29 A 34 0,80	DA 35 A 40 0,75	DA 41 A 46 0,70	DA 47 A 52 0,65
1	1.084	867	813	758	704
2	1.192	1.907	1.788	1.669	1.549
3	1.300	3.120	2.925	2.730	2.535
4	1.409	4.507	4.226	3.944	3.662
5	1.625	6.501	6.095	5.688	5.282
6	1.842	8.841	8.289	7.736	7.184
7	2.059	11.528	10.808	10.087	9.367
8	2.275	14.562	13.652	12.742	11.832
9	2.492	17.943	16.821	15.700	14.578
10	2.709	21.670	20.316	18.961	17.607

11	2.763	24.314	22.794	21.275	19.755
12	2.817	27.044	25.354	23.664	21.973
13	2.871	29.861	27.995	26.129	24.262
14	2.925	32.765	30.717	28.669	26.622
15	2.930	35.756	33.521	31.286	29.051
16	3.034	38.833	36.406	33.979	31.552
17	3.088	41.996	39.372	36.747	34.122
18	3.142	45.247	42.419	39.591	36.763
19	3.196	48.584	45.548	42.511	39.475
20	3.278	52.441	49.164	45.886	42.609
21	3.359	56.429	52.902	49.375	45.848
22	3.440	60.546	56.762	52.978	49.194
23	3.521	64.793	60.744	56.694	52.645
24	3.603	69.171	64.847	60.524	56.201
25	3.684	73.678	69.073	64.468	59.863
26	3.765	78.315	73.421	68.526	63.631
27	3.846	83.083	77.890	72.697	67.505
28	3.928	87.980	82.481	76.983	71.484
29	4.009	93.008	87.195	81.382	75.569
30	4.144	99.465	93.249	87.032	80.816
31	4.280	106.140	99.506	92.872	86.238
32	4.415	113.031	105.966	98.902	91.837
33	4.551	120.138	112.630	105.121	97.613
34	4.686	127.463	119.497	111.530	103.564
35	4.822	135.004	126.566	118.129	109.691
36	4.957	142.762	133.839	124.917	115.994
37	5.092	150.737	141.315	131.894	122.473
38	5.228	158.928	148.995	139.062	129.129
39	5.363	167.336	156.877	146.419	135.960
40	5.526	176.827	165.776	154.724	143.672
41	5.688	186.579	174.918	163.256	151.595
42	5.851	196.590	184.303	172.016	159.730
43	6.013	206.862	193.933	181.004	168.075
44	6.176	217.393	203.806	190.219	176.632
45	6.338	228.185	213.924	199.662	185.400
46	6.501	239.237	224.285	209.332	194.380
47	6.664	250.549	234.889	219.230	203.571
48	6.826	262.120	245.738	229.355	212.973
49	6.989	273.952	256.830	239.708	222.586
50	7.178	287.128	269.182	251.237	233.291
51	7.368	300.606	281.818	263.030	244.243
52	7.557	314.388	294.739	275.090	255.441
53	7.747	328.474	307.944	287.415	266.885
54	7.937	342.863	321.434	300.005	278.576
55	8.126	357.555	335.208	312.861	290.513
56	8.316	372.551	349.266	325.982	302.697
57	8.505	387.850	363.609	339.368	315.128
58	8.695	403.452	378.236	353.021	327.805
59	8.885	419.358	393.148	366.938	340.728
60	9.020	432.967	405.906	378.846	351.785

61	9.156	446.792	418.868	390.943	363.019
62	9.291	460.834	432.032	403.230	374.428
63	6.426	475.093	445.400	415.706	386.013
64	9.562	489.569	458.971	428.373	397.775
65	9.697	504.261	472.745	441.228	409.712
66	9.833	519.170	486.722	454.274	421.826
67	9.968	534.296	500.902	467.509	434.115
68	10.104	549.638	515.286	480.933	446.581
69	10.239	565.197	529.872	494.547	459.223
70	10.320	577.939	541.818	505.697	469.575
71	10.402	590.811	553.885	516.960	480.034
72	10.483	603.813	566.075	528.336	490.598
73	10.564	616.945	578.386	539.827	501.268
74	10.645	630.207	590.819	551.431	512.043
75	10.727	643.599	603.374	563.149	522.924
76	10.808	657.121	616.051	574.931	533.911
77	10.889	670.773	628.850	586.927	545.003
78	10.970	684.555	641.771	598.986	556.201
79	11.052	698.467	654.813	611.159	567.505
80	11.106	710.776	666.353	621.929	577.506
81	11.160	723.171	677.973	632.775	587.577
82	11.214	735.653	689.675	643.697	597.718
83	11.268	748.222	701.458	654.694	607.930
84	11.323	760.877	713.322	665.767	618.213
85	11.377	773.619	725.268	676.917	628.565
86	11.431	786.448	737.295	688.142	638.989
87	11.485	799.363	749.403	699.443	649.482
88	11.539	812.365	761.592	710.819	660.047
89	11.593	825.454	773.863	722.272	670.681
90	11.621	836.679	784.386	732.094	679.801
91	11.648	847.947	794.950	741.954	688.957
92	11.675	859.259	805.555	751.851	698.148
93	11.702	870.614	816.201	761.787	707.374
94	11.729	882.012	826.887	771.761	716.635
95	11.756	893.454	837.613	781.772	725.931
96	11.783	904.939	848.381	791.822	735.263
97	11.810	916.468	859.188	801.909	744.630
98	11.837	928.039	870.037	812.034	754.032
99	11.864	939.655	880.926	822.193	763.469

FASCE DI ETÀ (DEMOLTIPLICATORE)

Grado di invalidità permanente	Valore punto (migliaia di lire)	da 53 a 58 0,60	da 59 a 64 0,55	da 65 a 70 0,50	da 71 a 80 0,45	da 81 a 90 0,40
1	1.084	650	596	542	488	433
2	1.192	1.430	1.311	1.192	1.073	953
3	1.300	2.340	2.145	1.950	1.755	1.560
4	1.409	3.381	3.099	2.817	2.535	2.254
5	1.625	4.876	4.469	4.063	3.657	3.251

6	1.842	6.631	6.078	5.526	4.973	4.421
7	2.059	8.646	7.926	7.205	6.485	5.764
8	2.275	10.922	10.012	9.101	8.191	7.281
9	2.492	13.457	12.336	11.214	10.093	8.971
10	2.709	16.253	14.898	13.544	12.189	10.835
11	2.763	18.235	16.716	15.196	13.676	12.157
12	2.817	20.283	18.593	16.903	15.212	13.522
13	2.871	22.396	20.530	18.663	16.797	14.931
14	2.925	24.574	22.526	20.478	18.430	16.383
15	2.980	26.817	24.582	22.347	20.112	17.878
16	3.034	29.124	26.697	24.270	21.843	19.416
17	3.088	31.497	28.873	26.248	23.623	20.998
18	3.142	33.935	31.107	28.279	25.451	22.623
19	3.196	36.438	33.402	30.365	27.329	24.292
20	3.278	39.331	36.053	32.776	29.498	26.221
21	3.359	42.322	38.795	35.268	31.741	28.214
22	3.440	45.409	41.625	37.841	34.057	30.273
23	3.521	48.595	44.545	40.496	36.446	32.397
24	3.603	51.878	47.555	43.232	38.908	34.585
25	3.684	55.259	50.654	46.049	41.444	36.839
26	3.765	58.737	53.842	48.947	44.052	39.158
27	3.846	62.312	57.119	51.927	46.734	41.541
28	3.928	65.985	60.486	54.988	49.489	43.990
29	4.009	69.756	63.943	58.130	52.317	46.504
30	4.144	74.599	68.382	62.166	55.949	49.733
31	4.280	79.605	72.971	66.337	59.704	53.070
32	4.415	84.773	77.709	70.644	63.580	56.515
33	4.551	90.104	82.595	75.087	67.578	60.069
34	4.686	95.597	87.631	79.664	71.698	63.731
35	4.822	101.253	92.815	84.378	75.940	67.502
36	4.957	107.071	98.149	89.226	80.304	71.381
37	5.092	113.052	103.631	94.210	84.789	75.368
38	5.228	119.196	109.263	99.330	89.397	79.464
39	5.363	125.502	115.043	104.585	94.126	83.668
40	5.526	132.620	121.569	110.517	99.405	88.414
41	5.688	139.934	128.273	116.612	104.951	93.289
42	5.851	147.448	135.150	122.869	110.582	98.295
43	6.013	155.146	142.218	129.289	116.360	103.431
44	6.170	163.045	149.458	135.871	122.284	108.697
45	6.338	171.139	156.877	142.616	128.354	114.093
46	6.501	179.428	164.475	149.523	134.571	119.618
47	6.664	187.911	172.252	156.593	140.934	125.274
48	6.826	196.590	180.208	163.825	147.443	131.060
49	6.989	205.464	188.342	171.220	154.098	136.976
50	7.178	215.346	197.400	179.455	161.509	143.564
51	7.368	225.455	206.667	187.879	169.091	150.303
52	7.557	235.791	216.142	196.493	176.843	157.194
53	7.747	246.355	225.826	205.296	184.767	164.237
54	7.937	257.147	235.718	214.289	192.860	171.431

55	8.126	268.166	245.819	223.472	201.125	178.778
56	8.316	279.413	256.129	232.844	209.560	186.275
57	8.505	290.887	266.647	242.406	218.165	193.925
58	8.695	302.589	277.373	252.158	226.942	201.726
59	8.885	314.518	288.309	262.099	235.889	209.679
60	9.020	324.725	297.665	270.604	243.544	216.463
61	9.156	335.094	307.170	279.245	251.321	223.396
62	9.291	345.626	316.824	288.021	259.219	230.417
63	6.426	356.320	326.626	296.933	267.240	237.547
64	9.562	367.196	336.578	305.980	275.332	244.784
65	9.697	376.196	346.679	315.163	283.647	252.130
66	9.833	389.377	356.929	324.481	292.033	259.585
67	9.968	400.722	367.328	333.935	300.541	267.148
68	10.104	412.228	377.876	343.524	309.171	274.819
69	10.239	423.898	388.573	353.248	317.923	282.598
70	10.320	433.454	397.333	361.212	325.091	288.969
71	10.402	443.108	406.182	369.257	332.331	295.405
72	10.483	452.880	415.121	377.383	339.645	301.906
73	10.564	462.709	424.150	385.591	347.032	308.472
74	10.645	472.655	433.267	393.879	354.491	315.103
75	10.727	482.899	442.474	402.249	362.024	321.800
76	10.808	492.841	451.771	410.701	389.631	328.581
77	10.889	503.080	461.157	419.233	377.310	335.387
78	10.970	513.416	470.632	427.847	385.062	342.278
79	11.052	523.851	480.196	436.542	392.888	349.234
80	11.106	533.082	488.659	444.235	399.812	355.388
81	11.160	542.378	497.180	451.982	406.784	361.586
82	11.214	551.740	505.762	459.783	413.805	367.827
83	11.268	561.166	514.402	467.639	420.875	374.111
84	11.323	570.658	523.103	475.548	427.993	380.439
85	11.377	580.214	531.863	483.512	435.161	386.810
86	11.431	589.836	540.683	491.530	442.377	393.224
87	11.485	599.522	549.562	499.602	449.642	399.681
88	11.539	609.274	558.501	507.728	456.955	406.182
89	11.593	619.090	567.499	515.909	464.318	412.727
90	11.621	627.509	575.217	522.924	470.632	418.339
91	11.648	635.960	582.964	529.967	476.970	423.974
92	11.675	644.444	590.740	537.037	483.333	429.629
93	11.702	652.960	598.547	544.134	489.720	435.307
94	11.729	661.509	606.383	551.258	496.132	441.006
95	11.756	670.091	614.250	558.409	502.568	446.727
96	11.783	678.704	622.146	565.587	509.028	452.470
97	11.810	687.351	630.072	572.792	515.513	458.234
98	11.837	696.030	638.027	580.025	522.022	464.020
99	11.864	704.741	646.012	587.284	528.556	469.827

Tabella 5
**COEFFICIENTE DI CAPITALIZZAZIONE SULLA BASE DELLA TARIFFA
 PER LA COSTITUZIONE DI RENDITE VITALIZIE IMMEDIATE
 (R. D. 9 OTTOBRE 1922, N 1403 TASSO DI INTERESSE 4,5%7**

Età	Somme corrispondenti alla rendita di una lira	Età	Somme corrispondenti alla rendita di una lira	Età	Somme corrispondenti alla rendita di una lira
12	20,048	35	17,268	58	11,180
12,6	19,990	35,6	17,181	58,6	11,002
13	19,931	36	17,093	59	10,824
13,6	19,874	36,6	17,002	59,6	10,644
14	19,818	37	16,910	60	10,464
14,6	19,762	37,6	16,815	60,6	10,283
15	19,707	38	16,720	61	10,102
15,6	19,652	38,6	16,621	61,6	9,919
16	19,598	39	16,523	62	9,737
16,6	19,544	39,6	16,420	62,6	9,554
17	19,490	40	16,318	63	9,371
17,6	19,437	40,6	16,211	63,6	9,188
18	19,383	41	16,104	64	9,005
18,6	19,331	41,6	15,994	64,6	8,821
19	19,279	42	15,883	65	8,638
19,6	19,228	42,6	15,768	65,6	8,454
20	19,177	43	15,652	66	8,270
20,6	19,127	43,6	15,533	66,6	8,086
21	19,077	44	15,413	67	7,903
21,6	19,027	44,6	15,289	67,6	7,722
22	18,978	45	15,165	68	7,541
22,6	18,928	45,6	15,037	68,6	7,363
23	18,878	46	14,908	69	7,185
23,6	18,827	46,6	14,775	69,6	7,011
24	18,777	47	14,642	70	6,837
24,6	18,724	47,6	14,504	70,6	6,667
25	18,670	48	14,367	71	6,496
25,6	18,614	48,6	14,225	71,6	6,331
26	18,557	49	14,083	72	6,165
26,6	18,498	49,6	13,937	72,6	6,005
27	18,439	50	13,937	73	5,846
27,6	18,377	50,6	13,642	73,6	5,961
28	18,315	51	13,493	74	5,537
28,6	18,250	51,6	13,339	74,6	5,389
29	18,185	52	13,185	75	5,241
29,6	18,117	52,6	13,028	75,6	5,099
30	18,049	53	12,871	76	4,957
30,6	17,977	53,6	12,710	76,6	4,821
31	17,906	54	12,548	77	4,685
31,6	17,831	54,6	12,383	77,6	4,555
32	17,757	55	12,217	78	4,425
32,6	17,679	55,6	12,048	78,6	4,301
33	17,601	56	11,878	79	4,177
33,6	17,519	56,6	11,705	79,6	4,058
34	17,438	57	11,532	80 e	3,939
34,6	17,353	57,6	11,356	oltre	

(Da utilizzarsi per il calcolo del danno biologico permanente, dell'incapacità specifica al lavoro e per il calcolo del danno da uccisione)

a) Il calcolo a punto

È ottenuto moltiplicando semplicemente il punteggio percentuale di danno biologico per un valore predeterminato che tiene conto della gravità della menomazione, dell'età del soggetto leso e una media corretta di quanto già liquidato nella precedente giurisprudenza.

Nelle tabelle riportate (Tribunale di Milano e Roma) è sufficiente cercare sull'asse verticale la percentuale di invalidità e su quello orizzontale l'età; l'intersezione evidenzia il risarcimento dovuto (tab. 3 e 4).

b) Il calcolo tabellare

Il calcolo tabellare è eseguito mediante una formula che tiene conto dei seguenti fattori:

- La percentuale di incidenza sulla concreta integrità psicofisica espressa con un punteggio percentuale dedotto dalle tabelle di valutazione del danno biologico.
- Un reddito convenzionale uguale per tutti gli individui indipendentemente dalla attività lavorativa (triplo della pensione sociale o valore punto predeterminato).
- Il coefficiente di capitalizzazione rapportato all'età del soggetto dedotto dalla tabella per la costituzione delle rendite vitalizie immediate della Cassa di Assicurazioni sociali approvata con R.D. 9 Ottobre 192, n.14032 (tabella 5).

L'utilizzazione del parametro costituito dal triplo della pensione sociale deriva dalla applicazione analogica dell'art. 4 della legge n.39/1977 sulla assicurazione obbligatoria: presenta il vantaggio di essere automaticamente aggiornata in base alla rivalutazione ISTAT; l'unica correzione che deve essere apportata in fase di calcolo è quindi la quantificazione degli interessi dal momento dell'evento dannoso.

**Risarcimento
per danno
biologico
permanente**

$$= \text{Percentuale di danno biologico} \times \text{Reddito convenzionale} \times \text{Coefficiente di capitalizzazione}$$

2.2 Il danno biologico temporaneo

Il presupposto del risarcimento deriva dalla considerazione che il danneggiato abbia una oggettiva incapacità di espletare le sue funzioni naturali durante il periodo di malattia, convalescenza, terapia.

In un primo periodo in cui la sintomatologia è acuta si attribuisce una incapacità totale (100%), successivamente una incapacità parziale considerando il miglioramento delle condizioni fisiche.

Nelle diverse sedi di tribunale che pur utilizzano parametri diversi il pregiudizio è liquidato generalmente in modo uniforme mediamente con una cifra di 50.000-70.000 lire al giorno nell'ipotesi di stato di malattia con compromissione integrale della capacità di attendere alle ordinarie occupazioni (DBT 100%).

**Risarcimento
per danno
biologico
temporaneo**

$$= \text{Reddito convenzionale giornaliero} \times \text{Giorni di incapacità temporanea} \times \text{Percentuale di danno biologico}$$

2.3 Il danno micropermanente

Si parla generalmente di invalidità micropermanente per percentuali di danno permanente biologico o da invalidità lavorativa specifica dell'1-5%.

Di fatto alcuni Tribunali in questi casi applicano un coefficiente riduttivo del 40-60% del calcolo tabellare del risarcimento che dà luogo ad un dimezzamento del risarcimento.

La riduzione trova la sua giustificazione nella modestia del danno che si presta maggiormente ad una valutazione equitativa.

Si deve considerare, infatti, che a fronte di piccole invalidità non esiste una riduzione della capacità lavorativa specifica o un pregiudizio alla qualità della vita (danno biologico); tale affermazione in conformità a quanto asserito nel prospetto allegato alla tabella per la valutazione del danno biologico (Convegno di Perugia e Como 1967-1968):

“Le piccole menomazioni permanenti non sono suscettibili di valutazione tabellare quando non incidano apprezzabilmente sulle capacità lavorative”.

Inoltre l'attribuzione del danno biologico secondo l'automatica applicazione del calcolo tabellare può avere un effetto deleterio sul contenzioso civile per danni limitati creando le premesse di risarcimenti eccessivi che ostacolerebbero le transazioni e sarebbero forieri di litigiosità.

In odontoiatria il danno biologico è con poche eccezioni di tipo micro-permanente; basti pensare, infatti, che nella quasi totalità dei casi alle lesioni sono attribuibili solo invalidità permanente virtuali soprattutto a seguito della riduzione dei postumi con protesi e limitati periodi di parziale incapacità temporanea riconoscibili per lo stato di malattia nella maggior parte dei casi.

In molti di questi casi può essere messo in dubbio la effettiva sussistenza di postumi permanenti, una volta pagate le spese per le cure attuali e future.

3. L'INVALIDITÀ LAVORATIVA SPECIFICA

La tutela del danno patrimoniale in senso proprio tende al ripristino del patrimonio del danneggiato; deve quindi essere calcolata in base alla perdita della effettiva capacità di guadagno del soggetto derivante dalla impossibilità a continuare a svolgere con la stessa redditività il proprio lavoro svolto in precedenza a seguito della perdita della integrità psicofisica conseguente al trauma (lucro cessante).

Secondo concorde giurisprudenza tale danno, come quello morale, è un danno eventuale (nel senso che può esistere o meno) e, per ottenere il risarcimento, il soggetto leso deve dimostrare, in maniera inoppugnabile la effettiva perdita di reddito (Tribunale di Milano 7 Luglio 1988; Tribunale di Firenze del 17 Luglio 1989; Cass. N. 2203 del 7 Marzo 1994).

Riportiamo la sentenza del tribunale di Firenze del 12 luglio 1989:

“ Nulla è dovuto a titolo di risarcimento del danno al lavoratore dipendente per lucro cessante da inabilità cagionata da fatto illecito altrui, allorchè questi, durante il periodo relativo, abbia continuato a percepire l'intero salario. Ciò salva la possibilità di provare di aver ricevuto, in quell'arco di tempo, solo parte della retribuzione, oppure di aver rinunciato a lavori straordinari o a trasferte, con perdita dei relativi compensi a causa della diminuita resistenza fisica. Ovvero ancora di aver subito danno nello sviluppo della carriera o pregiudizio patrimoniale, per

non aver potuto godere, in concreto di altro congedo straordinario o aspettativa retribuita per l'intero, data l'utilizzazione fattane per detta invalidità."

La liquidazione deve assumere come parametro la dichiarazione dei redditi fiscali del danneggiato; in sua assenza si possono utilizzare diversi parametri convenzionali di riferimento come (triplo della pensione sociale).

Il consulente tecnico ha il compito di individuare la riduzione percentuale e la durata nel tempo della inabilità lavorativa che sarà utilizzata per proiettare nella vita lavorativa residua quale sarà la effettiva perdita reddituale; il calcolo della somma in denaro che corrisponde al danno patrimoniale subito dal lesso in conseguenza della perdita della capacità di lavoro è, invece, compito del magistrato o del liquidatore che dovranno basarsi su dati oggettivi.

Ricordiamo comunque preliminarmente che il calcolo della invalidità lavorativa specifica per lesioni odontostomatologiche è raro e limitato ad alcune categorie di lavoratori.

3.1 Invalidità temporanea al lavoro

Il calcolo del mancato guadagno legato alle condizioni di invalidità temporanea è molto semplice: si tratterà solo di moltiplicare il reddito giornaliero integralmente per i giorni di invalidità assoluta e parzialmente, a scalare per i giorni di inabilità parziale al lavoro.

Risarcimento

$$\begin{array}{l} \text{dovuto per} \\ \text{invalidità} \\ \text{lavorativa} \\ \text{specifica} \end{array} = \begin{array}{l} \text{Giorni di incapacità} \\ \text{temporanea} \end{array} \times \begin{array}{l} \text{Reddito} \\ \text{giornaliero} \end{array} \times \begin{array}{l} \text{Percentuale} \\ \text{di invalidità} \end{array}$$

3.2 Invalidità permanente al lavoro

Il calcolo della invalidità specifica permanente deve tenere conto di più fattori per quantificare una rendita annua vitalizia immediata:

- La notazione percentuale di invalidità rappresenta la perdita di capacità lavorativa e di reddito.
- Il reddito annuo è quello effettivamente guadagnato dal paziente con l'attività svolta precedentemente all'incidente; in assenza di dati probatori si può utilizzare il triplo della pensione sociale.
- Il coefficiente di capitalizzazione per il calcolo degli interessi è indicato in apposite tabelle "Tariffa per la costituzione delle rendite vitalizie immediate" approvata con legge del 9 ottobre 1922 con interesse previsto del 4,5%.
- La riduzione per la differenza tra vita fisica e lavorativa con una cifra fissa più alta per soggetti anziani e più bassa per soggetti giovani (10-30%); infatti si arriva al pensionamento a 60-65 anni, mentre l'aspettativa di vita attuale è di circa 80 anni.

$$\begin{array}{l} \text{Risarcimento} \\ \text{dovuto per} \\ \text{invalidità} \\ \text{lavorativa} \\ \text{permanente} \end{array} = \begin{array}{l} \text{Percentuale} \\ \text{di} \\ \text{invalidità} \\ \text{permanente} \end{array} \times \begin{array}{l} \text{Reddito} \\ \text{netto} \\ \text{reale da} \\ \text{lavoro} \end{array} \times \begin{array}{l} \text{Coefficiente} \\ \text{di capitaliz-} \\ \text{zazione} \end{array} - \begin{array}{l} \text{Scarto tra} \\ \text{vita fisica e} \\ \text{vita lavorativa} \\ \text{(20\%)} \end{array}$$

4. LE SPESE SANITARIE

Uno dei quesiti che viene più comunemente posto al consulente medico-legale è quello di determinare gli oneri di cura pregressi e prevedibili.

Abbiamo già sottolineato come nel concetto di cura da risarcire siano comprese più prestazioni già sostenute o fondatamente prevedibili in futuro ed abbiamo sottolineato la loro risarcibilità in base al criterio di idoneità ed efficienza a modificare in senso favorevole lo stato di salute del soggetto (riduzione dei postumi).

Comunque, prima di considerarne la quantificazione, devono essere ancora ricordati i criteri fondamentali di base per il cui approfondimento dottrinario rimandiamo al capitolo su “Gli orientamenti attuali in tema di valutazione medico-legale del danno”.

4.1 Le spese di cura pregresse

Le spese sostenute sino al momento della consulenza non presentano particolari difficoltà e sono risarcibili qualora necessarie, utili e opportune sulla base della documentazione clinica e fiscale presentata dal danneggiato (confronta il capitolo *La consulenza tecnica d'ufficio*).

Comunque è opportuno sottolineare che, salvo l'orientamento generale della giurisprudenza di merito favorevole ad evitare tagli sugli oneri già sostenuti dall'infortunato, rimangono aperte alcune questioni.

Un primo ordine di considerazioni concerne il problema se sussista l'obbligo per il soggetto leso di servirsi del Sistema Sanitario Nazionale; il quesito, per quanto sia stato raramente affrontato dalla giurisprudenza, può essere considerato risolto secondo un concorde attuale orientamento:

a) Nel caso in cui il soggetto leso si trovi, per una serie di circostanze fortuite, a doversi servire di una struttura privata le spese saranno rimborsate per intero; tale caso, ad esempio, trova la sua costante nel caso delle cure odontoiatriche in generale e della protesi in particolare, che non è normalmente prevista come prestazione del SSN.

b) Nel caso in cui il soggetto leso abbia deliberatamente optato per una prestazione sanitaria a pagamento, pur in presenza di un analogo servizio del SSN, verrà rimborsato soltanto la quota corrispondente a quanto avrebbe speso nel SSN per le medesime prestazioni. Come esempio a tale riguardo possiamo portare la terapia di traumi maxillo-facciali eseguita in strutture private.

Riportiamo a tale proposito la motivazione della sentenza del tribunale di Trieste del 14 Gennaio 1988 “... Non siano risarcibili le spese sostenute che non siano documentate. Parimenti devono ritenersi non riconoscibili le spese sostenute presso case di cura o cliniche private, in quanto le prestazioni mediche avrebbero potuto essere prestate adeguatamente in un nosocomio pubblico. Pertanto in questa ipotesi deve ritenersi interrotto il nesso di causalità necessario per il risarcimento, fra il danno subito e la congruità dei mezzi necessari al suo ristoro, avendo quindi il danneggiato violato il disposto di cui all'art.1227 cc”.

4.2 Le spese di cura future

Devono essere quantificate esclusivamente le spese la cui necessità sia confortata da un sufficiente grado di probabilità secondo il principio giuridico dell' *id quod plerumque accidit*.

Naturalmente il consulente dovrà attenersi alle tariffe utilizzate dal sistema sanitario nazionale per le prestazioni da esso erogabili; ad un tariffario medio correntemente e normalmente in uso per quell'intervento da un professionista medio che operi nella stessa zona per le prestazioni non erogabili tramite SSN.

Per la loro quantificazione, a mero titolo esemplificativo e quale utile punto di riferimento, si riporta: il tariffario minimo professionale in vigore (DPR 17 febbraio 1992); il tariffario consigliato dall'ANDI a livello nazionale e quello utilizzato nella provincia di Verona dai consulenti tecnici del tribunale per la liquidazione del danno dentario come parametro di riferimento medio.

Per la quantificazione delle spese di cura si deve ricordare inoltre che l'infortunato non ha l'obbligo di sottoporsi a cure mediche, anche se efficaci, a ridurre i postumi; per questo motivo nell'incertezza il consulente tecnico d'ufficio deve indicare le varie possibilità:

- Il danno permanente così come risulta al momento dell'accertamento peritale
- Il danno permanente residuo a seguito degli interventi terapeutici che ridimensionino i postumi unitamente al costo delle cure future e necessarie.

La decisione riguardo alla soluzione da adottare è demandata all'equità del giudice (art.1226 c.c. *Valutazione equitativa*); in tal senso la giurisprudenza più recente ha ipotizzato due distinte soluzioni:

- a) Nel caso la terapia sia intervento di routine privo di rischi, il magistrato ridurrà il risarcimento dei danni inerenti al danno permanente sommando i probabili costi dell'intervento di cura.
- b) Nel caso l'intervento presenti dei rischi anche non rilevanti ma tali da far pensare che il danneggiato in futuro non si sottoporrà all'operazione, il calcolo del risarcimento liquiderà l'intero danno permanente indicato in punti percentuali dal consulente.

Tabella 6
LA TARIFFA NAZIONALE E I TARIFFARI MEDI

Prestazione	Tariffario Nazionale minimo professionale	Tariffario medio Verona e Trento (1997)
Visita	25.000 (aumentabile del 50%)	50-100.000
Igiene orale e parodontologia		
Ablazione tartaro	70.000	100/150.000
Levigatura delle radici (6 denti)	70.000	150/200.000
Curettaggio gengivale (4 denti)	210.000	200/300.000
Lembo mucogengivale	470.000	500/800.000
Chirurgia ossea resettiva	630.000	700/1.000.000
Innesto di materiale biocompatibile	840.000	1000/1.200.000
Chirurgia		
Estrazione semplice	40.000	100/150.000
Estrazione complicata	60.000	150/250.000
Estrazione di dente in inclusione ossea	230.000	300/600.000
Asportazione di cisti	360.000	500/1000.000
Intervento chirurgico preprotetico	230.000	300/600.000
Interventi di piccola chirurgia orale	75.000	150/300.000
Apicectomia	150.000	300/500.000
Chiusura di fistola oroantrale	550.000	600/700.000
Intervento radicale del seno mascellare	900.000	1.000/2.000.000
Asportazione piccole neoformazioni benigne	150.000	150/300.000
Biopsia	90.000	100/200.000
Radiologia		
Radiografia endorale	20.000	20/50.000
Ortopantomografia /teleradiografia	60.000	100/150.000
Conservativa		
Cavità I e V classe	50.000	100/150.000
Cavità II, III, IV classe	100.000	100/250.000
Ricostruzioni	180.000	200/300.000
Endodonzia		
Incappucciamento della polpa	50.000	50/100.000
Terapia canalare (per canale)	75.000	100/300.000
Apicificazione (per seduta)	50.000	50/100.000
Ortodonzia		
CLASSE I DENTALE E BASALE		
Mobile	1.000.000	1.500/2.500.000
Fisso	1.200.000	2.500/3.500.000
CLASSE II E III DENTALE E BASALE		
Mobile o fisso	1.200.000	3.000/4.000.000

Implantologia		
Impianto a vite	630.000	1.500/2.500.000
Protesi		
FISSA		
Corona fusa LNP	360.000	500/700.000
Corona ed elemento in ceramica LNP	570.000	800/1.200.000
Corona ed elemento in ceramica LP	670.000	1.000/1.600.000
Perno moncone LP	260.000	300/400.000
Corona provvisoria in resina	50.000	100/200.000
Corona provvisoria in resina e cappa LP	120.000	200/300.000
Corona giacca ceramica	600.000	1000/1.400.000
Intarsio LP	400.000	600/1.000.000
Rimozione protesi fissa	40.000	50/100.000
MOBILE		
Ribasamento indiretto	200.000	200/400.000
Corona fusa fresata	600.000	800/1.000.000
Corona ceramica fresata	800.000	1.000/1.200.000
Protesi mobile totale per arcata	1.000.000	1.500/3000.000
Protesi scheletrata (3 denti)	500.000	1.500/2.500.000
Riparazione	80.000	100/200.000

5. IL DANNO NON PATRIMONIALE

Il codice non prevede la definizione di danno non patrimoniale ed il concetto compare come alternativa al danno patrimoniale dalla lettura combinata dell'art. 2059 c.c. *Danni non patrimoniali* e dell'art. 185 c.p. *Restituzioni e risarcimento del danno*; con tale termine in giurisprudenza si intende la sofferenza e il turbamento determinatisi entro la psiche del soggetto leso in conseguenza dell'illecito (*pretium doloris*).

Secondo attuale giurisprudenza esso è un danno eventuale, in quanto non sempre presente, che ha mantenuto una propria autonomia dal danno biologico: il danno biologico rappresenta un danno-evento sempre risarcibile mentre il danno morale è un danno conseguenza come il danno patrimoniale (Sentenza della Corte Costituzionale n. 184/86).

È dovuto al soggetto leso in caso di lesione personale ed ai congiunti in caso di morte. La valutazione economica concreta di tale parametro mostra forti disparità tra i vari tribunali data la difficoltà di attribuire un valore alla sofferenza; di norma viene risarcito rapportando una cifra predeterminata che oscilla tra il 40-60% del valore attribuito al punto di danno biologico permanente; quanto alla scelta della somma dovuta a punto tra i due estremi, normalmente essa cresce, in proporzione dell'aumento della percentuale di danno biologico.

Il disposto dell'art.2059 c.c. prevede l'esistenza del danno non patrimoniale esclusivamente in fattispecie penalmente rilevanti, cioè solo allorchè l'evento costituisca anche illecito penale; tale concetto è stato superato da conforme giurisprudenza che ritiene tale parametro risarcibile anche se il fatto stesso sia astrattamente previsto come reato. Ne consegue che va riconosciuto anche se sia stata proposta la sola causa civile e che non è necessario sia stata sporta materialmente querela o che si proceda penalmente.

$$\text{Risarcimento per danno morale} = \text{Percentuale di danno biologico} \times \text{Valore prestabilito per punto (40-60\% del valore del punto di danno biologico)}$$

5.2 Il danno estetico e il danno alla vita di relazione

Il danno estetico, il danno alla sfera sessuale e il danno alla vita di relazione sono aspetti ricompresi nel danno biologico secondo l'attuale orientamento confermato dalla giurisprudenza in modo costante (Cass.n. 8787 del 26 Ottobre 1994 e n. 9170 del 5 Novembre 1994); a tale riguardo riportiamo la sentenza della Cass. 5 Settembre 1988, n. 5033

“Oltre al danno patrimoniale non esiste tutta una serie di danni autonomamente risarcibili, ma esiste solo il danno biologico che consiste nella menomazione dell'integrità psicofisica incidente sul valore uomo in tutta la sua concreta dimensione che non si esaurisce nella sola attitudine a produrre ricchezza, ma si collega alla somma delle evoluzioni naturali afferenti al soggetto nell'ambiente in cui la vita si esplica.”

Tale affermazione necessita di ulteriori precisazioni desunte dalla dottrina recente che ha affrontato il problema nei termini recenti:

- Un danno estetico, alla vita di relazione e sessuale di limitata entità deve essere valutato dal medico legale come parte del danno biologico.
- Qualora gli stessi profili dovessero essere di tale gravità da incidere in concreto sulla capacità di guadagno (ad esempio una grave lesione fisiognomica) il medico legale dovrà assegnare un ulteriore valore percentuale per il danno permanente alla capacità specifica di lavoro, tenendo conto dell'attività lavorativa del soggetto.

6. ALTRI COSTI E SPESE

Esistono inoltre una serie di voci inerenti le spese legali e di giudizio che sono generalmente divise tra Compagnia e dentista secondo le condizioni di polizza (estensione per tutela giudiziaria) e i rispettivi interessi.

6.1 Interessi

Sono nella maggior parte dei casi costituiti da interessi moratori dovuti dal debitore per il ritardo e sono quantificati nella misura del 10% (L. 16 Dicembre 1990 n. 353).

Per illustrare l'orientamento uniforme della giurisprudenza (Cass. n. 2395/89; Cass. n. 68/88) è esemplificativa la sentenza della cassazione 22 Novembre 1971:

“Mentre in caso da danno illecito extracontrattuale gli interessi sulla somma liquidata a titolo di risarcimento hanno natura compensativa e decorrono dal giorno dell'illecito, dovendo il debitore essere ritenuto fin da tale momento in mora ex re, nel caso di illecito contrattuale essi decorrono invece dalla domanda giudi-

ziale con cui il debitore è costituito in mora “

Per quanto riguarda il danno biologico, l'incapacità lavorativa specifica e il danno morale sono generalmente fatti decorrere dal momento dell'evento dannoso sino al saldo; tale semplificazione pur sovrapponendo il danno biologico temporaneo e permanente non comporta significative variazioni.

6.2 Rivalutazione monetaria

Nel corso degli anni a seguito della svalutazione monetaria il credito del soggetto leso viene a perdere valore per la riduzione della capacità di acquisto del denaro; per tale motivo la giurisprudenza si è orientata nel risarcire tale pregiudizio utilizzando i coefficienti comunemente indicati dall'ISTAT.

Per il calcolo riportiamo un esempio: l'indice ISTAT di dicembre 1996 è del 104.9%; l'indice ISTAT di dicembre 1997 è del 106.5%. La variazione assoluta è di 1.6 la percentuale è dell'1,5%.

Questo significa che il costo della vita è aumentato del dicembre 1996 al dicembre 1997 dell'1,5%. Visto che l'ISTAT pubblica gli indici mensilmente è possibile determinare qualsiasi variazione percentuale tra due mesi prescelti di uno o più anni.

In giurisprudenza si dividono due forme di debiti con diversa incidenza sotto il profilo dell'onere probatorio:

- a) Il debito in valuta risulta precisato nel suo valore sin dal momento del sorgere dell'obbligazione; perché venga riconosciuto il danno da svalutazione, necessita una prova specifica di danno ulteriore in aggiunta a quello coperto dagli interessi legali; in pratica è raramente applicabile nella fattispecie odontoiatrica.
- b) Il debito in valore, non economicamente precisato in denaro se non al momento della decisione del pagamento. Tipico esempio è costituito dal danno fisico di cui la giurisprudenza ammette il diritto alla rivalutazione ipso iure; in tal senso ricordiamo la Cassazione del 19 Maggio 1989, n. 2409: *“In tema di risarcimento del danno da fatto illecito, il giudice può determinare la misura della rivalutazione, senza necessità che sia data prova della svalutazione monetaria, del suo ammontare e senza che siano indicati gli elementi sui quali la determinazione è fondata; infatti essi costituiscono nozioni di fatto e rientrano nella comune esperienza, con la conseguenza che la decisione sul punto, fondandosi sul corrente apprezzamento del dato di fatto, costituito dalla perdita di valore della moneta, nel periodo considerato, può essere sottoposta a critica, solo attraverso la deduzione del vizio di difetto di motivazione sul punto decisivo. Allegando cioè che essa è discostata in modo logicamente non giustificabile dalla diversa reale misura della svalutazione, quale poteva desumersi dalle fonti di rilevazione, indicate dall'ISTAT”*.

Da notare comunque che attualmente la maggioranza dei tribunali utilizza la pensione sociale come parametro di riferimento della liquidazione del danno biologico e che tale valore è già automaticamente rivalutato anno per anno; in questo modo la somma corrispondente al danno biologico non deve essere rivalutata.

Diversamente in ipotesi di invalidità permanente incidente sulla capacità lavorativa specifica, poiché il parametro di riferimento è il reddito effettivamente percepito dal danneggiato all'epoca del fatto, va computata l'intervenuta svalutazione monetaria (il danno lavorativo specifico è comunque ipotesi rara per lesioni odontoiatriche).

6.3 Rifusione delle spese di giudizio

Sono composte da numerosi capitoli di spesa tra cui ne ricordiamo alcuni rimandando per la loro applicazione e quantificazione alle sentenze dei casi riportati nel capitolo della casistica:

- Le spese per l'assistenza legale composte da onorari di avvocato e diritti di procuratore
- Le spese per accertamenti tecnici preventivi e consulenze tecniche d'ufficio (rimangono invece a carico delle parti le spese sostenute per consulenze tecniche di parte)
- Altre spese oltre il 10% di spese generali ex art. 15 TF e accessori di legge.

Per quanto riguarda gli onorari dei legali va precisato che gli importi liquidati dai giudici alla parte vincitrice sono inerenti la fase giudiziaria e l'attività processuale. È esclusa invece la parte di attività stragiudiziale il cui costo rimane a carico della parte; ciò significa, in buona sostanza, che le spese di assistenza legale anche in caso di vittoria giudiziale possono essere superiori a quanto liquidato dal giudice e rappresentare quindi una ulteriore spesa non risarcita, che incide sull'ammontare del risarcimento che realmente intasca il danneggiato - vincitore della causa.

Per quanto attiene la divisione delle spese, la normale prassi giuridica prevede il seguente ordine di eventi:

- Nel corso del procedimento le spese per accertamenti tecnici preventivi e consulenze tecniche d'ufficio sono, nella maggior parte dei casi, poste provvisoriamente a carico della parte attrice;
- A seguito della sentenza la parte che soccombe deve rifondere le spese di giudizio al vincitore e a eventuali altre parti che abbia ingiustificatamente convenute o chiamate in causa;
- Il magistrato ha facoltà di dichiarare le spese compensate tra le parti.

Come si deduce da quanto sopra esposto, gli importi totali possono risultare onerosi anche nel caso di danni non elevati; per tale motivo consigliamo al dentista chiamato in causa in un contenzioso con probabile esito sfavorevole di tentare la conciliazione extragiudiziale, al fine di ridurre le spese di giudizio. Le proposte avanzate devono naturalmente essere tali da garantire al danneggiato un margine economico discrezionale che compensi le spese giustificatamente sostenute o sostenibili.

Esempio

Per illustrare le metodologie pratiche del calcolo ci riportiamo ad un esempio concreto, immaginando la situazione di un infortunio in un lavoratore autonomo (in un lavoratore dipendente l'incapacità temporanea da lavoro non sarebbe risarcibile in quanto corrisposta dall'ente previdenziale) a cui sia derivata una invalidità lavorativa specifica (evento comunque raro per una lesione odontoiatrica).

I parametri utilizzati sono stati i seguenti:

- | | |
|-----------------------------|---|
| a) Epoca del sinistro: | 1° dicembre 1996 |
| b) Data del risarcimento: | 31 dicembre 1997 |
| Età del soggetto | 40 anni |
| | - Danno biologico temporaneo: |
| | 60 giorni di |
| | 60 di incapacità parziale al 50% |
| | - Danno biologico permanente: 20% |
| | - Danno temporaneo da incapacità lavorativa |
| | specifica: 30 gg totale, 30 gg parziale al 50% |
| | - Coefficiente di svalutazione monetaria specifica: 6% |
| | - Danno morale: 500.000 per punto di danno biologico |
| c) Dati del soggetto leso | - |
| | - Lavoratore autonomo |
| | - Reddito annuo di 24.000.000 di lire |
| d) Parametri di riferimento | - |
| | ISTAT 1996-1997: 1,5% |
| | - Pensione sociale 1997 pari a lire 6.477.250 x 3 = 19.431.750 lire (triplo pensione sociale): 365 gg = 53.237 lire (reddito convenzionale giornaliero) |
| | - Interessi legali 10% |

Tabella 7
ESEMPIO DI APPLICAZIONE DEL CALCOLO PER IL RISARCIMENTO

<i>Entità</i>	<i>Metodo di calcolo</i>	<i>Quantificazione (lire)</i>
DANNO BIOLOGICO TEMPORANEO		
gg al 100% x reddito giornaliero calcolato sul triplo della pensione sociale	60 gg x 53.237 lire	3.194.220
gg al 50% x reddito giornaliero calcolato sul triplo della pensione sociale:2	(60 gg x 53.237 lire):2	1.597.110
Danno da svalutazione monetaria (ISTAT)	lire 4.791.330 x 1,5%	71.870
Interessi legali	lire 4.863.200 x 10%	486.320
Totale		5.349.520
DANNO BIOLOGICO PERMANENTE		
DBP x triplo pensione sociale x coefficiente di capitalizzazione	20% x lire 19.431.750 x 16,318	63.417.459
Danno da svalutazione monetaria (dalla data di cessazione del danno temporaneo al risarcimento; 8 mesi = 2/3 dell'indice ISTAT)	lire 63.417.459 x 1%	634.174
Interessi legali sullo stesso periodo (6,3%)	lire 64.051.638 x 6,3%	4.035.253
Totale		68.086.886
INVALIDITÀ LAVORATIVA SPECIFICA TEMPORANEA		
gg di totale x reddito effettivo giornaliero	30gg x (lire 24.000.000:365 gg)	1.972.590
gg di parziale x reddito giornaliero al 50%	30gg x (lire 24.000.000:365 gg):2	986.475
Danno da svalutazione monetaria (ISTAT)	lire 2.959.065 x 1,5%	44.386
Interessi legali (10%)	lire 3.003.451 x 10%	300.345
Totale		3.303.796
INVALIDITÀ LAVORATIVA SPECIFICA PERMANENTE		
Percentuale x reddito annuo dimostrato perso x coefficiente di capitalizzazione per età	6% x 24.000.000 lire x 16,318	23.497.920
Riduzione per scarto tra vita fisica e lavorativa	lire 23.497.920 - 20%	18.798.336
Danno da svalutazione monetaria ISTAT calcolata dal termine della ILST al risarcimento (8mesi)	lire 42.296.256 x 1%	422.962
Interessi legali (8mesi)	lire 42.719.218 x 6,3%	2.691.310
Totale		45.410.528
DANNO MORALE		
Danno biologico permanente% x valore predeterminato	10 x 500.000 lire	5.000.000
Rivalutazione ISTAT	lire 5.000.000 x 1,5%	75.000
Interessi legali	lire 5.075.000 x 10%	507.500
Totale		5.582.500
TOTALE COMPLESSIVO DEL RISARCIMENTO *		127.733.230

* Da aggiungere le spese legali, di giudizio, spese sanitarie dimostrate per calcolare il costo complessivo

Bibliografia

1. CORTIVO P., BORDIGNON D., BETTI D., CHIERICO A., FAVERO L.: *Il danno emergente nelle lesioni dell'apparato stomatognatico: i costi delle spese di cura nel trattamento odontoiatrico*. Riv. it. med. leg., XI, 1989: 40-44.
2. LEDDA G., BRUNO M.: *Risarcimento del danno fisico*, Buffetti Ed., Roma, 1997
3. PEROTTI S., GREGORIG M.: *A proposito dell'indebolimento permanente dell'organo della masticazione e dell'apparato stomatognatico in relazione allo stato anteriore*, Riv. it. med. leg., VIII, 1986: 736-749

PARTE F

**LA RESPONSABILITÀ PROFESSIONALE NEI
SPECIFICI SETTORI DELL'ATTIVITÀ
ODONTOSTOMATOLOGICA**

Nella seconda parte del libro affrontiamo il problema della responsabilità professionale applicato alle singole branche dell'odontoiatria: uno sforzo gravoso destinato inevitabilmente a mutare con l'evolversi delle tecniche e delle conoscenze scientifiche. È stato scelto come criterio uniformatore di utilizzare, come termini di confronto validati scientificamente, i protocolli operativi accreditati dalla recente letteratura e di consolidata utilizzazione nella pratica clinica della maggior parte dei professionisti. Sulla base della nostra esperienza forense e clinica abbiamo catalogato i motivi di contestazione che più frequentemente alimentano il contenzioso giuridico ed assicurativo cercando di individuare gli errori più comuni e la loro interpretazione statisticamente più logica.

Ricordiamo che le motivazioni della responsabilità riportate rappresentano esclusivamente esempi utili all'impostazione di un corretto ragionamento medico legale; tali esempi non sono ipso facto, applicabili nella valutazione della casistica reale che deve essere analizzata nei suoi aspetti peculiari, in ogni specifico caso.

Abbiamo cercato, con questo sforzo, di contemperare i fattori di tecnica odontoiatrica con i principi medico-legali di valutazione della responsabilità professionale; siamo comunque consci che nel futuro prossimo la continua evoluzione scientifica porterà a variazioni delle tecniche e dei limiti terapeutici mutando la validità dei parametri su cui abbiamo fondato la nostra interpretazione e la metodologia del nostro approccio.

Tale ordine di considerazioni, lungi dallo scoraggiarci, ci ha confermato l'importanza della nostra direzione di studio e lavoro che è consistita nell'eseguire un manuale che contenga in forma di linee guida, costantemente aggiornate, i parametri minimi che devono essere rispettati per garantire la correttezza di ciascuna specifica prestazione professionale.

Tale strumento, di cui questo libro rappresenta il primo sforzo, vuole rappresentare:

- Un parametro oggettivo di confronto utile ad ogni dentista ai fini della verifica e revisione della qualità del proprio lavoro
- Un contributo alla realizzazione di una assistenza odontoiatrica omogenea sul territorio nazionale
- Lo strumento medico-legale di riferimento dell'Associazione Nazionale Dentisti Italiani per la valutazione della responsabilità professionale in medicina legale.

Riteniamo infatti che lo scopo dell'ANDI consista nel fornire risposte tempestive alle necessità che sorgono dalla pratica professionale dimostrando attenzione alle problematiche attuali e future, una presenza costante e indispensabile accanto a ogni dentista.

“Donec eris felix, multos numerabis amicos; tempora si fuerint nubila, solus eris”

Finchè sarai felice avrai molti amici; se i tempi si faranno bui resterai solo
OVIDIO, TRISTIA, I, 9, 5-6.

“Amicum an nomen habeas, aperit calamitas”

Se tu abbia un amico, o solo uno che tale si dica, te lo chiarirà la sventura
PUBLIO SIRIO, SENTENZE.

1. GLI INFORTUNI E LE MALATTIE PROFESSIONALI

F. Montagna

La prevenzione degli infortuni e delle patologie professionali del personale dipendente è compito della direzione sanitaria nelle strutture complesse e del singolo libero professionista negli studi monoprofessionali; ciò significa che, in caso di danno alla salute del personale dipendente, riconducibile ad inosservanza delle norme in materia di prevenzione e sicurezza sul lavoro, può configurarsi la responsabilità professionale con rilevanza penale e civile a carico del titolare dello studio in quanto datore di lavoro.

Nel nostro Paese l'Ente che si occupa di assicurare e indennizzare gli infortuni e le malattie professionali è l'Istituto Nazionale per l'Assicurazione degli Infortuni sul Lavoro (INAIL); l'assicurazione è obbligatoria e a carico del datore di lavoro (D.P.R. 30/6/1965 n. 1124 "Testo unico per l'Assicurazione Obbligatoria contro gli Infortuni sul Lavoro e le Malattie Professionali")

L'assicurazione include tutti i casi di infortunio e malattia professionale avvenuti per causa e in occasione di lavoro da cui derivi la morte o una inabilità che causi un'astensione per più di tre giorni; nel caso l'invalidità permanente sia superiore all'11% della capacità lavorativa totale è corrisposta una diaria mensile con rendita proporzionale al grado del danno.

La definizione di infortunio sul lavoro è la seguente: "*Lesione avvenuta per causa violenta, in occasione di lavoro, da cui sia derivata la morte o una inabilità permanente, assoluta o parziale, ovvero una invalidità temporanea assoluta che comporti un'astensione dal lavoro per più di tre giorni*". Per quanto riguarda l'evento causale più concetti entrano nella definizione di infortunio:

- In un tempo breve fissato convenzionalmente nell'arco di otto ore, cioè la durata di un turno di lavoro (causa violenta)
- Mentre il soggetto si trova sul luogo di lavoro o sta compiendo una azione correlata al lavoro (causa e occasione di lavoro)

Se la causa agisce in un tempo prolungato si parla di malattia professionale; le malattie professionali sono riportate in apposite tabelle (allegati 4 e 5 del D.P.R.1124; D.P.R. 13/4/1994, n.336).

Peraltro la sentenza n.179 del 1988 della Corte Costituzionale ha dichiarato che, nel rispetto del principio costituzionale della previdenza dei lavoratori, l'assicurazione obbligatoria copre tutte le malattie contratte per causa di lavoro: sono cioè malattie professionali non solo quelle tabellate, ma tutte quelle per le quali sia riconosciuto un nesso causale con l'esposizione sul lavoro.

1. IL RISCHIO PROFESSIONALE E LA PREVENZIONE DELLE PATOLOGIE PROFESSIONALI

In linea di massima il personale che lavora in strutture sanitarie può essere classificato in due linee di addetti in base alle funzioni a cui è adibito:

- personale sanitario con compiti di diagnosi e cura per il quale esistono rischi specifici determinati dal contatto con malattie, farmaci, materiali dentali e dispositivi medici.
- personale non sanitario (d'ufficio, di manutenzione e di pulizia) per il quale esistono rischi generici sovrapponibili ad altri ambiti lavorativi o domestici (microclima, organizzazione del lavoro, rischio elettrico, eccetera).

Comunque, la maggior parte degli studi dentistici è di tipo monoprofessionale ed il limitato numero di operatori svolge più mansioni che si sovrappongono sulla stessa persona; ne consegue che tutto il personale di studio è generalmente esposto agli stessi fattori di rischio (tab. 1).

In via preliminare ricordiamo che il rischio professionale in odontoiatria non è comunque elevato, in confronto ad altre categorie di sanitari; tale situazione giustifica probabilmente la scarsità di segnalazioni e di contenzioso giuridico in tale ambito.

La norma sancisce in maniera inequivocabile il dovere di sicurezza che il datore di lavoro ha nei confronti dei lavoratori dipendenti ed il diritto di questi ultimi alla tutela della propria integrità.

In linea di massima gli interventi a cui è tenuto il datore di lavoro per la prevenzione delle malattie professionali e gli infortuni sul lavoro possono essere classificati in tre gruppi (tabella 2).

Gli interventi sull'uomo prevedono che il personale addetto alle operazioni e mansioni a rischio deve usufruire di un'adeguata attività di formazione attraverso corsi di aggiornamento e preparazione in modo da riconoscere i rischi, applicare le necessarie misure di prevenzione e riconoscere precocemente le patologie specifiche.

Altro aspetto è inerente alla sorveglianza sanitaria attraverso visite mediche preventive prima dell'assunzione per determinare l'idoneità all'incarico e successivamente periodiche per certificare lo stato di salute del personale.

Gli interventi sull'ambiente tendono a costruire e mantenere gli ambienti che soddisfino criteri di ergonomia, avere dimensioni e disposizione degli arredi adeguate (progettazione, ristrutturazione, acquisto) per evitare infortuni e malattie professionali.

Le attrezzature ed i dispositivi medici utilizzati devono essere: in regola con i requisiti di sicurezza e muniti di autorizzazioni e/o certificazioni previste per i presidi medico-chirurgici; sottoposte a programmi di controllo e manutenzione periodica per mantenerne i requisiti di affidabilità.

Gli interventi sull'attività lavorativa consistono nella applicazione di misure di prevenzione nell'organizzazione del lavoro e comprendono: la disponibilità di mezzi di prevenzione e soccorso per situazioni di emergenza; precise istruzioni sulla utilizzazione e manutenzione dei dispositivi medici; l'organizzazione del lavoro in modo da evitare sovraccarico lavorativo fisico e psichico (stress).

Tabella 1
**CLASSIFICAZIONE DEI FATTORI DI RISCHIO SPECIFICO
 PER PERSONALE ODONTOIATRICO CON MANSIONI
 DI DIAGNOSI E CURA**

fattore di rischio	Agente	Esposizione	Patologia professionale
FISICO	Radiazioni ionizzanti	Apparecchi radiologici	Genotossicità Embriotossicità Cancerogenicità Sterilità
	Radiazioni non ionizzanti	Fotopolimerizzatori Laser	Cataratta Diminuzione acuità visiva
	Rumore e vibrazioni	Strumentario rotante Apparecchiature a ultrasuoni	Ipoacusia
	Microclima	Illuminazione insufficiente	Diminuzione acuità vista
CHIMICO	Farmaci	Antibiotici Altri farmaci	Allergizzazione (dermatite da contatto)
	Gas anestetici	Protossido d'azoto **	Epatotossicità Embriotossicità
	Disinfettanti	Glutaraldeide Clorodonorati Ammoni quaternari Clorexidina	Azione irritante (dermatite da contatto irritativa; irritazione delle mucose e vie respiratorie)
	Sostanze sensibilizzanti e allergizzanti	Resine Lattice Materiali dentari Detergenti, solventi	Allergizzazione (dermatite cronica da contatto, orticaria da contatto)
	Altre sostanze	Vapori di mercurio Fumi di fusione e polvere di gesso*	Tossicità da metalli (idrargirismo) Malattie respiratorie
BIOLOGICO	Epatite virale TBC	HBV, HCV, HDV Mycobacterium tuberculosis	Infezione occupazionale
	AIDS Altre malattie infettive	HIV Infezioni respiratorie Patereccio erpetico Malattie esantematiche	
ORGANIZZAZIONE DEL LAVORO	Infortunio	Ferite con taglienti ed aghi Cadute Elettricità Esplosione, incendio	Ferite Lesioni accidentali, fratture Elettrocuzione Ustione
	Assenza di ergonomia Postura errata	Lombalgia da sforzo e/o posizione	Patologia osteoarticolare (rachide dorsolombare)
	Stress	Lavoro prolungato e/o elevato ritmo	Nevrosi, reazioni psichiche
	Videoterminali	Lavoro prolungato	Diminuzione acuità visiva

*Laboratorio odontotecnico
 ** Rischio modesto per esposizioni prolungate

Tabella 2 INTERVENTI PER LA SICUREZZA DEL LAVORO	
UOMO	Formazione e informazione (corsi di aggiornamento, circolari, avvisi) Sorveglianza sanitaria preventiva e periodica Vaccinazioni Assicurazione
AMBIENTE	Ambienti ergonomici (progettazione e arredo) Aerazione Illuminazione Smaltimento rifiuti Eliminazione di agenti nocivi Impianti a norma (riscaldamento, elettrico, idrico) Microclima
ATTIVITÀ	Disponibilità di soccorsi immediati Organizzazione del lavoro (turni, mansionari, vestiario) Mezzi di protezione adeguati Dispositivi sicuri (acquisto e manutenzione)

2. CENNI DI LEGISLAZIONE

Dagli anni ottanta si è iniziato ad affrontare il problema del rischio professionale in modo sistematico e ad attuare programmi di sorveglianza sanitaria e di prevenzione dei rischi occupazionali per il personale sanitario analoghi a quelli che per l'industria erano correntemente in atto da almeno un decennio.

La legislazione risulta alquanto complessa essendo costituita da centinaia di normative emanate in momenti diversi e non compendiate in un unico testo; per carenza legislativa, infatti, non è mai stato emanato il Testo Unico in materia di igiene e sicurezza del lavoro come previsto dall'art. 24 della legge 833 del 1978 (*Istituzione del Servizio Sanitario Nazionale*).

I principi e le norme legislative di maggior rilevanza in materia di sicurezza del lavoro e prevenzione del rischio professionale sono state riportate di seguito.

a) Costituzione della Repubblica Italiana

Numerosi articoli della Costituzione affermano il diritto alla tutela della salute e del lavoro ed il principio che l'attività economica non può svolgersi in modo da recare danno all'individuo (artt.32, 35, 41 Cost.).

b) Codice Penale

L'omissione o la rimozione colposa o dolosa di cautele per la prevenzione degli infortuni sul lavoro è specificatamente prevista e sancita dal codice penale (art.451c.p. *Omissione colposa di cautele o difese contro disastri o infortuni sul lavoro*); (art.437 c.p. *Rimozione od omissione dolosa di cautele contro infortuni sul lavoro*).

Lesioni personali o morte derivante dalla violazione delle norme sulla prevenzione

degli infortuni sul lavoro sono considerate con maggior severità nei confronti di altre eventualità attraverso un inasprimento delle pene e la procedibilità d'ufficio anche in caso di lesioni colpose (art. 589 c.p. *Omicidio colposo*; art. 590 c.p. *Lesioni personali colpose*).

c) *Codice Civile*

Il fondamento dell'obbligo generale di tutela per la sicurezza dei lavoratori è ricavabile dall'art. 2087 c.c. *Tutela delle condizioni di lavoro* il cui disposto obbliga l'imprenditore ad adottare nell'esercizio dell'impresa le misure necessarie a tutelare l'integrità fisica e morale dei lavoratori.

La norma sancisce in maniera inequivocabile il dovere di sicurezza che il datore di lavoro ha nei confronti dei lavoratori ed il diritto di questi ultimi alla tutela della propria integrità.

Le misure di sicurezza devono essere mirate al particolare rischio presente e basarsi su conoscenze tecniche e scientifiche aggiornate; la loro applicazione riconosce come unico limite la fattibilità tecnica e prescinde da qualunque valutazione di tipo economico.

d) *D.P.R. 27/4/1955, n. 547 "Norme sulla prevenzione degli infortuni sul lavoro"*

Vengono indicati i doveri del datore di lavoro, dirigenti e preposti: attuare misure di sicurezza; rendere edotti i lavoratori dei rischi specifici; disporre ed esigere che i lavoratori utilizzino i mezzi di protezione; mettere a disposizione i mezzi di protezione adeguati; garantire immediati soccorsi di emergenza; curare la tenuta di un registro degli infortuni.

L'art. 6 definisce i doveri dei lavoratori che sono tenuti ad attuare le misure disposte dal datore di lavoro ed utilizzare i dispositivi di sicurezza.

Il decreto è stato aggiornato con norme integrative dal D.P.R. 19/3/56 n. 302.

e) *D.P.R. 19-3-1956, n. 303 "Norme generali per l'igiene sul lavoro"*

Esplicita gli obblighi dei datori di lavoro e lavoratori; riporta norme generali sulla salubrità degli ambienti di lavoro, difesa da agenti nocivi, introduzione di servizi sanitari e igienico-assistenziali (visite mediche preventive e periodiche).

f) *D.P.R. del 1964, n. 185 "Sicurezza degli impianti e protezione sanitaria dei lavoratori e delle popolazioni contro i pericoli delle radiazioni ionizzanti derivanti dall'impiego pacifico dell'energia nucleare"*

Rappresenta il principale riferimento normativo in materia di radioprotezione e si basa su alcuni elementi principali:

- Classificazione della popolazione e dei lavoratori esposti, in base alle dosi massime ammissibili (tabelle allegate nei DM 616/1968 e 2/2/1971)
- Un sistema di sorveglianza fisica effettuata da un esperto qualificato (attrezzature, ambienti, dose individuale assorbita dal lavoratore)
- Un sistema di sorveglianza medica effettuata da un medico autorizzato attraverso visite periodiche la compilazione di un documento sanitario
- Obblighi per i datori di lavoro di predisporre adeguate norme interne, delimitare con contrassegni le zone, fornire necessari mezzi di protezione, informare e for-

- mare i lavoratori, vigilare sul rispetto delle norme di sicurezza
- Obbligo dei lavoratori di segnalare deficienze dei dispositivi e dosimetri, condizioni di pericolo; segnalare stati di gravidanza e allattamento che vietano l'esposizione a radiazioni.

Le modalità di tenuta della documentazione sono state aggiornate dal decreto del Ministero del Lavoro e Previdenza Sociale (D.M.13/7/1990 n. 499) che in particolare prevede un documento sanitario personale in cui devono essere registrati: visita medica preventiva e successive periodiche, dati dosimetrici trasmessi dall'esperto qualificato, giudizio di idoneità all'esposizione professionale scelto dall'esperto qualificato.

g) Legge 20/5/1970, n. 300 "Statuto dei Lavoratori"

L'art. 9 riconosce ai lavoratori, attraverso le loro rappresentanze sindacali, il diritto di controllare l'applicazione delle norme per la prevenzione degli infortuni e le malattie professionali: il diritto di promuovere la ricerca, l'elaborazione e l'attuazione di tutte le misure idonee a tutelare la loro salute e integrità fisica.

h) Legge 30/12/1971, n. 1204 "Protezione delle donne nel periodo di gravidanza e nei primi mesi di vita del bambino; D.P.R. 25/11/1976 n.1206 Tabella dei lavori vietati alle lavoratrici durante la gestazione.

La normativa impone esplicito divieto di adibire le lavoratrici gestanti e fino a sette mesi dopo il parto al sollevamento di pesi e lavori pericolosi, faticosi o insalubri; per di più, inoltre, l'obbligo di cambiare mansionario o astensione anticipata mantenendo lo stesso trattamento economico, per lavoratrici in gravidanza addette a lavori pericolosi.

i) Legge 23/12/1978, n. 833 Istituzione del Servizio Sanitario Nazionale

Alle Unità Sanitarie Locali sono affidate tra le attività di prevenzione compiti di ispezione e vigilanza sull'igiene e la sicurezza del lavoro (artt. 20, 21, 22); nelle attuali Aziende -USL tali funzioni sono svolte da un Dipartimento di Prevenzione (DL 502/92 e 517/93).

L'art. 23 istituisce l'Istituto Superiore per la Prevenzione e la Sicurezza del Lavoro (ISPSEL) con scopo di ricerca studio ed elaborazione di tecniche per la sicurezza sul lavoro.

l) Legge 05/03/1990, n.46 "Norme sulla sicurezza degli impianti"

Si applica agli edifici adibiti ad uso civile e quindi anche agli studi professionali e prevede l'obbligo di adeguare i seguenti impianti: energia elettrica, riscaldamento e climatizzazione, radiotelevisivi ed elettronici, idrosanitari, di gas, sollevamento persone e cose, protezione antincendio.

L'impresa installatrice deve essere possedere specifici requisiti tecnico professionali, essere iscritta in appositi registri, rilasciare al committente la dichiarazione di conformità degli impianti realizzati nel rispetto delle norme (art. 9).

m) Altre normative

Di seguito citiamo senza commento alcune normative che possono essere di utile consultazione in casi specifici:

Smaltimento dei rifiuti, Legge 10 febbraio 1989, n. 45

Prevenzione degli incendi, Legge 7/12/1984, n. 818

Esposizione ad anestetici volatili, Circolare Ministero della Sanità 5/1989
Impiego di formaldeide, Circolare Ministero della Sanità 57/1983

n) D.L. 19/9/1994, n. 626

Si rimanda all'apposito capitolo inerente "La conduzione dello studio" per una trattazione specifica, proponendo in questa sede solo una tabella riassuntiva degli adempimenti generici.

Tabella 3
OBBLIGHI DEL DATORE DI LAVORO (D.L. 626/94)

Adottare le misure di sicurezza
Informare i lavoratori
Predisporre sorveglianza sanitaria
Predisporre particolari misure per la gestione dell'emergenza
Tenere il registro degli infortuni
Valutare il rischio con i relativi adempimenti documentali
Organizzare un servizio di prevenzione e di protezione all'interno dei locali di lavoro
Convocare una volta all'anno una riunione sulla sicurezza dei lavoratori
Nominare un medico competente

3. LA RESPONSABILITÀ E I LIMITI DELLA TUTELA ASSICURATIVA INAIL

L'obbligo di adottare le misure antinfortunistiche è applicabile al rapporto tra dipendenti (assistente dentale) e dentista in quanto la legge intende datore di lavoro in senso ampio, in riferimento alla struttura pubblica e privata (art.1 legge 626/ 94).

La responsabilità conseguenza della mancata adozione delle misure di prevenzione può avere riflessi in ambito penale e civile.

Nel caso alla base di una patologia professionale esista il mancato rispetto di norme di sicurezza stabilite per legge, la magistratura può venire coinvolta allo scopo di accertare eventuali responsabilità personali (del datore di lavoro, dei compagni, dell'infortunato stesso) nello svolgimento dei fatti e, nel caso, per punire il responsabile secondo i termini di legge.

La disposizione contenuta nell'art.2087 del codice civile ha carattere di norma civile, i principi in essa contenuti costituiscono (riguardo al contenuto e all'identificazione del destinatario del dovere di sicurezza) la chiave di lettura di tutta la normativa che disciplina la tutela della salute nei luoghi di lavoro.

Il reato astrattamente ipotizzabile a carico dell'odontoiatra può esser quello di le-

sioni personali colpose per inosservanza di leggi, regolamenti, ordini e discipline in materia di prevenzione degli infortuni e malattie professionali (art. 43 c.p. *Elemento psicologico del reato*).

Nell'ipotesi di danno al paziente riconducibile alle stesse cause, invece, ricordiamo che la responsabilità colposa è riconducibile a imprudenza e negligenza in base allo stesso articolo.

L'assicurazione contro gli infortuni sul lavoro e le malattie professionali è obbligatoria (DPR 30/6/1965, n.1124) e garantisce un indennizzo, da parte dell'INAIL, per il periodo di mancato guadagno e per la ridotta permanente attitudine al lavoro, purchè superiore ai limiti di franchigia.

La corretta adozione di questa tutela assicurativa, da parte del datore di lavoro, nel caso di specie il dentista titolare dello studio, non lo garantisce tuttavia dall'obbligo risarcitorio, civilisticamente inteso del danno alla persona, ove venisse documentata una sua colpa nella verifica dell'infortunio.

L'azione indennitaria dell'INAIL è circoscrittibile, infatti, alla garanzia "ridotta attitudine al lavoro" (capacità lavorativa generica) e non già al danno biologico in senso proprio che abbiamo visto essere il danno base (cosiddetto danno evento) sempre presente e tuttavia estraneo alla tutela INAIL;

Ciò vuol dire che il dentista si troverebbe esposto al rischio di dover autonomamente risarcire tale danno sofferto dal lavoratore dipendente.

Si tratta di un punto fermo nella evoluzione giurisprudenziale a partire dalla Sentenza n. 356/91 della Corte Costituzionale e ribadito dalla Corte di Cassazione con la Sentenza n.8325 dell' 8 luglio 1992 a ribadito che "L'esonero da responsabilità civile del datore di lavoro previsto dall'art. 10 del DPR 30 giugno 1965, n. 1124, a seguito delle Sentenze n. 87 e n. 356 del 1991 della Corte Costituzionale, non può ritenersi esteso anche al c.d. danno biologico, talchè il lavoratore, al fine di ottenere il risarcimento, può rivolgersi direttamente al datore di lavoro il quale rimane responsabile qualora il fatto dannoso derivi da un comportamento colposo (anche se non avente rilievo penale) a lui o a un suo sottoposto addebitabile, mentre detta responsabilità rimane esclusa solo nel caso di evento dovuto a caso fortuito, forza maggiore o a colpa esclusiva del lavoratore".

Ricordiamo, inoltre, alcune situazioni in cui può essere non operante la garanzia assicurativa o è ipotizzabile la rivalsa da parte dell'ente sul datore di lavoro responsabile della sicurezza:

- Assenza di assicurazione
- Mancata denuncia di infortunio
- Denuncia oltre il termine di 48 ore dal momento in cui si viene a conoscenza dei fatti (generalmente sanzionato con multa)
- Incarico di lavoro illegittimo (attività non prevista dal mansionario; utilizzazione di strumenti non previsti dal profilo professionale)
- Mancato rispetto delle norme di sicurezza dell'ambiente e attrezzature di lavoro

4. LA SORVEGLIANZA SANITARIA E IL CONSENSO INFORMATO PER L'ESECUZIONE DI ACCERTAMENTI SANITARI SUL PERSONALE

Non esiste una normativa specifica o linee guida generalmente accettate sulle modalità di esecuzione della sorveglianza sanitaria da eseguirsi sul personale odontoiatrico; le indicazioni contenute in questo paragrafo sono quindi meramente indicative e sono proposte per analogia alle misure adottate per il personale sanitario dipendente negli ospedali.

Ciò premesso pare opportuno che i lavoratori assunti presso lo studio odontoiatrico vengano sottoposti ad una visita preventiva all'inizio del rapporto di lavoro e successive visite periodiche al fine di inquadrare lo stato di salute attuale nei confronti dello sviluppo di successive patologie di possibile origine professionale.

In particolare, la vaccinazione per l'epatite B è da considerare una misura tassativa preassunzione per l'elevato rischio che comporta tale patologia; consigliabile, inoltre, la vaccinazione per la TBC in soggetti negativi all'intradermoreazione di Mantoux considerando la recrudescenza registrata per tale patologia negli ultimi anni.

La replica periodica dello stato sierologico deve avvenire nel rispetto della volontà del soggetto; notiamo come un tal modo di procedere possa connotare in termini di sicura diligenza l'operato del professionista e non sia in alcun modo in contrasto con norma di legge.

Dalle regole generali deriva che nessuno può essere sottoposto a prelievo di sangue per l'accertamento della sieropositività contro la sua volontà oppure senza la sua volontà; inoltre il sangue prelevato ad altri fini non può essere utilizzato per l'accertamento della sieropositività. Quindi la volontarietà costituisce la regola ed ogni deroga a questo regime costituisce un'eccezione che deve essere provata e giustificata rigorosamente.

La nostra Costituzione all'art. 32 sancisce che: *“La Repubblica tutela la salute come fondamentale diritto dell'individuo e interesse della collettività e garantisce cure agli indigenti. Nessuno può essere obbligato ad un determinato trattamento se non per disposizione di legge. La legge non può in nessun caso violare i limiti imposti dal rispetto della persona umana”*. Detto articolo si pone in linea evidente con quanto espresso dall'articolo 13 della Costituzione e cioè il principio fondamentale della inviolabilità della libertà personale nel quale si ritiene compresa la libertà di salvaguardare l'integrità fisico-psichica della persona. Alcuni autori ritengono che proprio dalla connessione di queste due norme costituzionali si possa ricavare come canone universale che qualsiasi trattamento sanitario, diretto unicamente a vantaggio del singolo, presupponga il consenso della parte interessata.

Solo un interesse diretto della collettività potrebbe giustificare l'imposizione di un obbligo da parte del legislatore, come per esempio nei casi in cui sia necessario prevenire e reprimere malattie altamente contagiose che diffondendosi, possano costituire un diretto danno sociale; vale a dire che la compressione degli interessi individuali può essere giustificata solo ed esclusivamente dalla prevalenza di interessi generali.

I TSO previsti da specifica disposizione di legge, necessitano di presupposti oggettivi per non ricadere in ambito costituzionalmente illegittimo (L. 13 maggio 1978 n.180, L. 23 dicembre 1978 n. 833); l'accertamento sanitario obbligatorio o l'imposizione di una terapia è da considerarsi costituzionalmente illegittima qualora non si

ravvisi una minaccia seria per la collettività, limite previsto dall'ultima parte del II comma dell'articolo 32 della Costituzione del rispetto della persona umana nei cui confronti è disposto il trattamento sanitario.

Il TSO deve essere considerato come "extrema ratio" cui ricorrere solo quando non sia possibile ottenere il consenso del singolo interessato, la richiesta dell'interessato rimane la regola, l'obbligatorietà l'eccezione.

Qualora il medico alla luce di queste disposizioni, sottoponga un soggetto a terapia o ad accertamenti non richiesti, incorre in responsabilità di carattere civile e penale: nella fattispecie civilistica può essere chiesto il risarcimento per danno biologico, figura da qualche tempo riconosciuta dalla giurisprudenza come diretta conseguenza dell'applicazione dell'art. 2043 c.c.; in sede penale, oltre alla responsabilità per lesioni personali, potrebbe delinearci nella condotta arbitraria del medico, il reato di violenza privata (art. 610 c.p.)

Il provvedimento viene tradotto in quella che è la legge quadro in materia di AIDS costituito dalla legge: L. 05.06.1990 n.135 di cui l'art. 5, co. IV espressamente dispone: *"Nessuno può essere sottoposto, senza il suo consenso, ad analisi tendenti ad accertare l'infezione da HIV, se non per necessità clinica nel suo interesse. Sono consentite analisi di accertamento di infezione da HIV, nell'ambito di programmi epidemiologici, soltanto quando i campioni da analizzare siano stati resi anonimi con assoluta impossibilità di pervenire alla identificazione delle persone interessate"*.

Una radicale innovazione alla legge quadro in materia di Aids sulla necessità del consenso al test HIV, viene apportata dalla sentenza della Corte Costituzionale n. 218 del 2.6.1994 che stabilisce il primato della tutela della salute "diritto fondamentale dell'individuo ed interesse della collettività"; la Consulta afferma che la salute, bene primario e costituzionalmente altamente protetto, implica il dovere dell'individuo di non ledere né di porre a rischio la salute altrui. La questione di legittimità era stata sollevata dal pretore di Padova in relazione al caso di una dipendente di una casa di cura per persone non autosufficienti che si era rifiutata di sottoporsi ad esami sanitari, presso una struttura pubblica, disposti dall'amministrazione dell'Istituto per accertare se fosse o meno affetta da Sindrome di Immunodeficienza Acquisita. La Consulta ha dichiarato la parziale illegittimità costituzionale dell'art.5 terzo e quinto comma, della legge 5 giugno 1990, n.135 (*Programma di interventi urgenti per la prevenzione e la lotta contro l'Aids*), nella parte in cui non prevede accertamenti sanitari dell'assenza di sieropositività all'infezione da HIV come condizione per l'espletamento di attività che comportano rischi per la salute di terzi.

La questione riguarda il delicato problema della individuazione dei confini all'interno dei quali è consentito operare il difficile bilanciamento dei valori ai quali la Costituzione assegna uno specifico risalto.

Il primo termine di riferimento della Corte è la tutela della salute come bene primario, alla cui stregua è stata valutata la scelta legislativa del divieto di screening obbligatorio senza consenso. Sotto questo profilo non è venuto meno il divieto di test senza consenso ma, ponendo in rilievo le condizioni del tutto particolari di alcune attività di lavoro, peraltro non specificate, dove non si è ritenuto esistere il rischio di contagio, sulla base di una semplice possibilità di un incontro fisico, si è introdotto l'onere degli accertamenti ematici, per fornire piena garanzia di tutela al bene salute collettiva.

Tale sentenza della Corte Costituzionale è stata supportata dalla seguente motiva-

zione: Il principio della tutela della salute, sancito dall'art.32 della Costituzione “*implica e comprende il dovere dell'individuo di non ledere nè porre a rischio con il proprio comportamento la salute altrui, in osservanza del principio generale che vede il diritto di ciascuno trovare un limite nel reciproco riconoscimento e nell'eguale protezione del coesistente diritto degli altri.*”

L'interesse comune della salute collettiva e l'esigenza della preventiva protezione dei terzi consentono in questo caso, e talvolta rendono obbligatori, accertamenti sanitari legislativamente previsti, diretti a stabilire se chi è chiamato a svolgere determinate attività, nelle quali sussiste un serio rischio di contagio, sia affetto da una malattia trasmissibile in occasione ed in ragione dell'esercizio delle attività stesse”.

Sembra, dunque, evidente che la decisione della Corte, come si desume dalla motivazione della decisione adottata, è funzionale esclusivamente alla tutela della salute dei terzi e non del singolo presunto portatore del morbo.

La Corte quindi delinea un generico ambito di “sanità pubblica” riferito ad attività di lavoro non determinate ma ritenute potenziali cause di contagio da HIV, la cui individuazione è necessariamente rimessa ai titolari del potere normativo.

L'unica indicazione che si ritrova nella sentenza in esame riguarda l'attività di assistenza e cura della persona, che è quella che ha fatto sorgere la questione di legittimità costituzionale.

Ma anche in questo caso, l'assoluta indeterminazione dell'asserto impone necessariamente una integrazione normativa che specifichi le concrete attività più esposte sotto il profilo del rischio di contagio a terzi.

Tabella 4
SORVEGLIANZA SANITARIA NELLO STUDIO ODONTOIATRICO

Visita iniziale	Visita periodica
Anamnesi Visita medica Esami ematochimici (transaminasi, gamma GT, esame urine, emocromo con formula leucocitaria) Intradermoreazine di Mantoux Stato sierologico (HBV, HCV, HIV)	Stato sierologico: - HBsAg (personale non vaccinato) - Anti HBs (personale vaccinato) - Anti HCV - Anti HIV

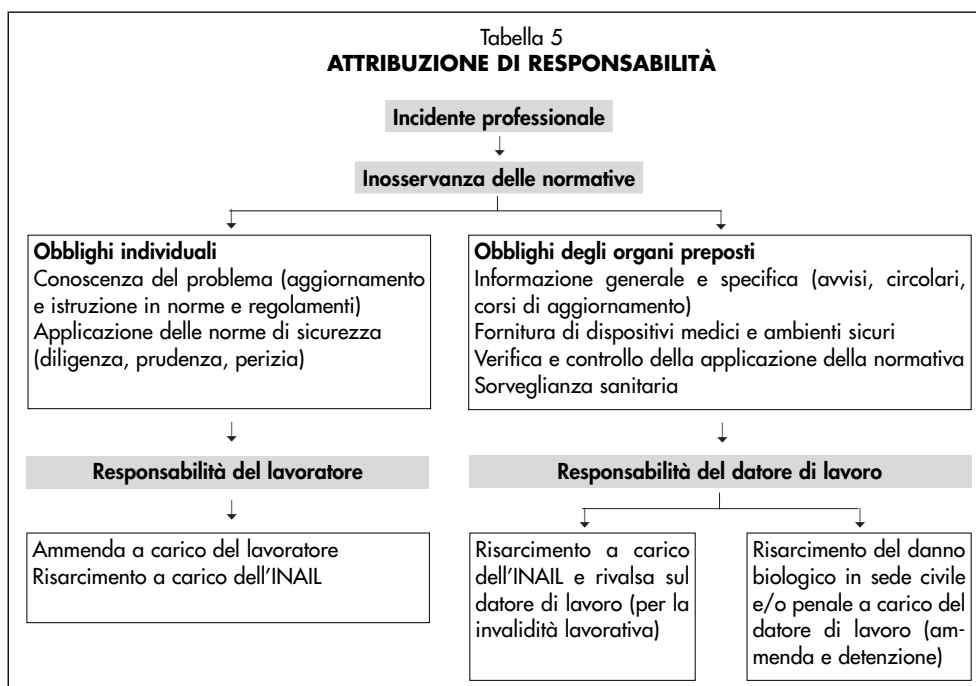
5. CONSIDERAZIONI

La mancata applicazione delle misure di prevenzione per le malattie e infortuni professionali ha rilevanti conseguenze di tipo civilistico, penalistico ed assicurativo.

Per concludere nella tabella 5 è sintetizzato attraverso un diagramma di flusso il ragionamento medico-legale nella attribuzione della responsabilità in campo infortunistico.

Da quanto esposto deriva la necessità per il titolare dello studio di assicurare con polizze integrative la responsabilità civile conseguente a patologia professionale del personale dipendente in modo da essere manlevato dalle spese per il risarcimento di

danni riconducibili ad atteggiamento colposo nella conduzione di locali, attrezzature ed attività di studio.



Bibliografia

1. BARNI M., SANTOSUOSSO A.: *Guida all'esercizio professionale per i medici chirurghi e per gli odontoiatri. Elementi informativi - Documentali Deontologici - Giuridici Amministrativi*, Ed. C.G. Medico Scientifiche, 1994
2. CLOSEN M.: *Accertamento dell'infezione da HIV in pazienti ed operatori e la nozione di consenso informato*, Ed. Istituto Scientifico H. San Raffaele, Milano, 1993
3. MONTAGNA F., SERPELLONI G.: *Droga, AIDS, epatiti in odontoiatria*, Ed. Guttenberg, Verona, 1996
4. MONTAGNA F.: *Prevenzione delle infezioni in odontoiatria: epatiti e AIDS*, Ed. Promoass, Roma, 1997

2. I DISPOSITIVI MEDICI

F. Montagna

Si definisce dispositivo medico e/o presidio medico chirurgico qualsiasi apparecchio, strumento, impianto, sostanza o altro prodotto utilizzato per i seguenti scopi: diagnosi, prevenzione, controllo, terapia di una malattia; studio, sostituzione, modifica dell'anatomia o processo fisiologico; intervento sul concepimento.

I dispositivi medici debbono rispondere a criteri di tipo biologico, fisico, chimico e meccanico tali da garantire la salute degli operatori sanitari e pazienti; in particolare è importante che: risultino di sicura utilizzazione in modo da prevenire lesioni conseguenti ad uso improprio; presentino caratteristiche di durata ed affidabilità nel funzionamento in linea con le necessità cliniche per cui sono stati progettati e distribuiti.

L'assenza di tali caratteristiche dovuta a errori di produzione, utilizzazione e progettazione pone il problema della responsabilità in caso di danno alla persona.

In odontoiatria elettromedicali, materiali dentali, attrezzature e protesi costituiscono dispositivi medici che devono rispettare i requisiti di sicurezza ed affidabilità imposti dalla normativa e quindi possono essere forieri di responsabilità civile nel caso di danno alla persona.

1. CENNI DI LEGISLAZIONE

In campo odontoiatrico si è realizzata e persiste, allo stato attuale, una situazione abnorme, difforme dalle indicazioni di legge comunemente applicate dall'industria farmaceutica, tale da non garantire una adeguata tutela del paziente nel momento della prevenzione del danno; intendiamo dire che la maggior parte dei materiali dentali non è provvista di autorizzazione del Ministero della Sanità per la produzione e la commercializzazione; non è previsto, inoltre, un osservatorio centrale che registri le complicità per quantificare il rischio, analogamente a quanto previsto per i farmaci attraverso l'Istituto della Farmacovigilanza.

Tale situazione abnorme dovrebbe progredire verso una normalizzazione in base alla normativa di prossima introduzione (Legge 46/97).

Di seguito richiamiamo la legislazione più significativa, riproposta senza peraltro voler esaurire l'argomento.

a) *T.U.L.S. del R.D. 27 Luglio 1934, n. 1265)*

Secondo la legislazione attualmente vigente i presidi medico-chirurgici debbono essere prodotti e commercializzati previa autorizzazione del Ministero della Sanità (art. 189).

b) *Legge 1 Maggio 1941, n. 422. (modifica della sezione VII del TULS art. 189):* "I presidi medici e chirurgici non possono essere prodotti, a scopo di vendita,

se non da apposite officine autorizzate dal Ministero della Sanità.

Parimenti il commercio di presidi medici e chirurgici è sottoposto ad autorizzazione del Ministero della Sanità.”

c) *D.P.R. 13 marzo 1986, n. 128*

La normativa sulla produzione e commercio dei presidi medico-chirurgici in tema di pericolosità è delegata alle norme di esecuzione contenute in questo D.P.R. che stabilisce requisiti e accertamenti necessari per l'immissione in commercio ed i principi della vigilanza; i prodotti odontoiatrici sono classificati come dispositivi medici (classe C, D, H).

d) *Legge n. 46 del 24.02.1997*

La legge italiana ha accolto la direttiva 93/42/EEC concernente i dispositivi medici (pubblicata sulla G.U. della CEE n. L169 del 12 Luglio 1993) che vuole creare un armonizzazione tecnica e normalizzazione delle norme che disciplinano la fabbricazione dei dispositivi medici negli stati membri della Comunità Europea; la normativa è entrata in vigore in Italia il 1° gennaio 1995 ma prevede un periodo transitorio che scade il 13 Giugno 1998, prima della definitiva applicazione, per permetterne l'adeguamento da parte dei fabbricanti.

Essa indica i requisiti essenziali che devono essere soddisfatti per garantire la sicurezza di tutti i dispositivi medici, nel rispetto della salute del paziente e sicurezza per gli operatori. Stabilisce inoltre quali adempimenti devono essere soddisfatti dal fabbricante responsabile del dispositivo, al fine di ottemperare quanto previsto dalla Legge. Tutti i dispositivi medici dovranno essere posti in servizio corredati dalle informazioni necessarie affinché l'utilizzatore possa disporre di tutte le avvertenze d'impiego nonché i pericoli potenziali associati al dispositivo, in modo che non si traducano in un effettivo rischio per l'utente medesimo.

DIRETTIVA 93/42 CEE - DISPOSITIVI MEDICI

Art. 1 - Definizioni

1. *Il presente decreto si applica ai dispositivi medici ed ai relativi accessori. Ai fini del presente decreto gli accessori sono considerati dispositivi medici a pieno titolo. Nel presente decreto e nei suoi allegati i dispositivi medici ed i loro accessori vengono indicati col termine "dispositivi".*

Ai fini del presente decreto si intende per:

Dispositivo medico: qualsiasi strumento, apparecchio, impianto, sostanza o altro prodotto, utilizzato da solo o in combinazione, compreso il software informatico impiegato per il corretto funzionamento e destinato dal fabbricante ad essere impiegato nell'uomo a scopo di diagnosi, prevenzione, controllo, terapia, attenuazione o compensazione di una ferita o di un handicap; di studio, sostituzione o modifica dell'anatomia o di un processo fisiologico; intervento sul concepimento, il quale prodotto non eserciti l'azione principale, nel o sul corpo umano, cui è destinato, con mezzi farmacologici o immunologici né mediante processo metabolico ma la cui funzione possa essere coadiuvata da tali mezzi; (...).

Fabbricante: la persona fisica o giuridica responsabile della progettazione, della fabbricazione, dell'imballaggio e dell'etichettatura di un dispositivo in vista del-

l'immissione in commercio a proprio nome, indipendentemente dal fatto che queste operazioni siano eseguite da questa stessa persona o da un terzo per suo conto. Gli obblighi del presente decreto che si impongono al fabbricante valgono anche per la persona fisica o giuridica che compone, provvede all'imballaggio, tratta, rimette a nuovo, etichetta uno o più prodotti prefabbricati o assegna loro la destinazione di dispositivo in vista dell'immissione in commercio a proprio nome. I predetti obblighi non si applicano alla persona la quale, senza essere il fabbricante, compone o adatta dispositivi già immessi in commercio in funzione della loro destinazione ad un singolo paziente;

Destinazione: l'utilizzazione alla quale è destinato il dispositivo secondo le indicazioni fornite dal fabbricante nell'etichetta, nel foglio illustrativo e nel materiale pubblicitario.

Immissione in commercio: la prima messa di disposizione a titolo oneroso o gratuito di dispositivi, esclusi quelli destinati alle indagini cliniche, in vista della distribuzione o utilizzazione sul mercato comunitario, indipendentemente dal fatto che si tratti di dispositivi nuovi o rimessi a nuovo.

Messa in servizio: prima utilizzazione dei dispositivi sul mercato comunitario secondo la sua destinazione.(...)

ART. 23 - SANZIONI

I legali rappresentanti delle strutture sanitarie pubbliche e private, gli operatori sanitari pubblici e privati, i fabbricanti o loro mandatari che omettono di comunicare le informazioni di cui all'art.10, commi 1 e 2, sono puniti con l'arresto fino a sei mesi e con l'ammenda da lire un milione a lire dieci milioni.

Colui il quale effettua pubblicità di dispositivi medici senza l'autorizzazione di cui all'art. 21, comma 2 o in difformità della stessa è punito con l'arresto fino a tre mesi o con l'ammenda da lire duecentomila a lire un milione.

Chiunque immette in commercio o mette in servizio dispositivi medici privi della marcatura CE o dell'attestato di conformità è punito, salvo che il fatto sia previsto come reato, con la sanzione amministrativa pecuniaria del pagamento di una somma di lire trenta milioni o lire centottanta milioni. La stessa pena si applica a chi appone la marcatura CE indebitamente o in maniera tale da violare il divieto di cui all'articolo 16, comma 3.

In essa, i dispositivi medici sono divisi in quattro classi di prodotti nelle quali le procedure di valutazione di conformità sono proporzionate ai rischi potenziali connessi che variano in relazione al tipo di utilizzazione, invasività, possibilità di assorbimento, tossicità e tempo di contatto; la conformità deve essere comprovata dal marchio CE.

Di seguito sono state riportate le specifiche applicabili ai dispositivi odontoiatrici per i quali è da notare come il rischio sistemico previsto per applicazioni sui denti sia considerato minore rispetto ad altri dispositivi medici:

Classe 1

Comprende dispositivi contraddistinti da basso indice di rischio per i quali la valutazione di conformità può essere svolta sotto la responsabilità del fabbricante:

- Contatto con cute lesa
- Strumenti chirurgici riutilizzabili

- Utilizzazione per breve termine (inferiore a trenta giorni) nella cavità orale.

Classe 2A

L'aumentato rischio richiede un intervento obbligatorio di un organismo notificato nella fase di fabbricazione del dispositivo:

- Non invasivi in contatto con ferita
- Strumenti chirurgici ad uso temporaneo (inferiore ai 60 minuti) o a breve termine (inferiore a trenta giorni)
- Invasivi in relazione agli orifizi del corpo destinati ad uso per breve termine
- Dispositivi a lungo termine (superiore a 30 giorni) utilizzati nella cavità orale che non presentino rischio di assorbimento attraverso la membrana mucosa
- Dispositivi impiantabili o invasivi a lungo termine di tipo chirurgico destinati ad essere posti nei denti

Classe 2B

Elevato potenziale di rischio per cui è necessario un controllo da parte di un organismo notificato sia nella fase di progettazione che di fabbricazione:

- Non invasivi a contatto con ferita che cicatrizza per seconda intenzione.
- Invasivi in relazione agli orifizi del corpo destinati ad un uso per lungo termine
- Destinati ad avere effetto biologico o essere assorbiti a seguito di uso temporaneo
- Impiantabili ed invasivi a lungo termine di tipo chirurgico

Classe 3

Dispositivi critici che richiedono una autorizzazione di conformità preliminare in aggiunta ai controlli di progettazione e fabbricazione

- Effetto biologico od essere assorbiti per uso a breve o lungo termine
- Subire una modifica chimica nel corpo (a meno che non siano posti sui denti)

e) D.P.R. 24.5.88 n. 224 "Responsabilità del produttore"

La legge recepisce la Direttiva CEE 85/374 che regola la responsabilità oggettiva del fabbricante per i danni causati da prodotti a costruzione industriale difettosi; in caso di danno la responsabilità può essere attribuita al fabbricante, a meno che questi non provi che:

- Il difetto non esistesse al momento dell'immissione sul mercato, ma sia sorto per lavorazioni successive.
- Le conoscenze scientifiche non permettessero vano al momento della costruzione di conoscere i rischi e l'inefficienza del prodotto.
- L'aver fabbricato solo un componente e che il danno sia riconducibile a difetto derivante dalla concezione globale del prodotto, lavorazioni o assemblamenti successivi.

f) Legge Italiana 115/95

La legge recepisce la Direttiva CEE 92/59 che riguarda la sicurezza generale dei prodotti ed intende garantire che i prodotti immessi sul mercato siano sicuri. Questa Legge copre tutti quei settori a cui non fanno capo specifiche Direttive.

g) Norme sulle leghe dentali

Sono Norme elaborate da Commissioni di Lavoro, dell'Ente di Normazione Internazionale (ISO); sono recepite dall'Ente di Normazione della Comunità Europea (EN) e quindi dagli Stati Membri; per l'Italia dall'Ente Italiano di Normazione (UNI).

Ogni norma precisa tutte le specifiche del prodotto, le modalità di lavorazione, i requisiti per la confezione, sulla quale va segnalata l'eventuale presenza di elementi pericolosi contenuti nella lega, quali lo 0,02% di cadmio e berillio e lo 0,1% di nichel.

- UNI EN ISO 1562

Sono così definite le leghe dentali d'oro da fusione (auree) che contengono almeno il 65% di oro e il 75% di metalli del gruppo del platino.

- UNI EN ISO 8891

Rientrano in questa categoria tutte le leghe dentali da fusione contenenti dal 25% al 75% di oro e/o metalli del gruppo del platino.

- UNI EN ISO 9693

Rientrano in questa norma tutte le leghe di supporto metallico per ceramica, per migliorare l'estetica delle protesi metalliche.

- UNI EN ISO 6871. Sono così definite quelle leghe che contengono almeno l'85% di cromo, cobalto e nichel. Sono ammesse composizioni diverse, che devono comunque dimostrarsi rispondenti ai requisiti di biocompatibilità. Per il nichel le stesse avvertenze già citate in precedenza, trattandosi di un allergene; è fatto obbligo di avvertimento per evitarne l'impiego su soggetti allergici.

2. I DISPOSITIVI ODONTOIATRICI

In odontoiatria, l'assenza di proprietà chimiche è la causa di solubilità ed erosione, percolazione, corrosione con conseguente diffusione di costituenti del materiale nei fluidi orali determinando due effetti: l'indebolimento del restauro che ne limita la durata e la possibile comparsa di tossicità locale o sistemica del materiale.

La assenza di adeguate proprietà meccaniche e fisiche (rigidità, durezza, elasticità) diminuiscono la resistenza al carico, all'abrasione e alla fatica con conseguente rischio di rottura, deformazione; l'assorbimento di acqua; risultano inoltre alterate le caratteristiche estetiche, meccaniche, dimensionali ed organolettiche.

Per quanto attiene alle proprietà biologiche è da sottolineare che idealmente un materiale deve essere innocuo per il paziente e per chi si interessa della produzione e utilizzazione; deve quindi risultare: atossico, non irritante, non cancerogeno, non allergizzante, innocuo per la polpa dentaria, sterilizzabile o disinfettabile.

La mancanza di queste proprietà causa la comparsa di effetti indesiderati dei materiali dentari quali: tossicità, ipersensibilità allergica, cancerogenicità, trasmissione di infezioni iatrogene, altre lesioni di varia natura a pazienti e operatori.

Il 13 giugno 1988 entrerà definitivamente in vigore in Italia la L. 46/97 (93/42 CE) che tende ad armonizzare tecnicamente e normalizzare le caratteristiche dei dispositivi medici negli Stati membri della Comunità attraverso procedure di certificazione e di controllo.

Attualmente non sono definite tutte le classi di rischio per i dispositivi medici ma a livello di fabbricazione possiamo considerare i seguenti punti:

- Gli impianti dentali sono dispositivi medici invasivi fabbricati in serie catalogabili come classe 2b, sono soggetti a marcatura di conformità CE e devono presentare i requisiti essenziali richiesti (informazioni ed istruzioni del fabbricante; involucro sterile; etichettatura con dati di identificazione del prodotto e fabbricante, numero di serie, scadenza)
- Strumentario chirurgico, materiali protesici e di medicazione provvisori rientrano nella classe 1 e 2a
- La maggior parte dei prodotti odontoiatrici appartengono alla classe 2a (materiali da otturazione, attrezzature, leghe, materiali ortodontici)
- Altri materiali rientrano nelle classi 2b e 3 (materiali per innesto riassorbibili, alloplastici, osteoriproduttori).

2.1 Apparecchiature

Per gli elettromedicali (riuniti, elettrobisturi, apparecchi per detartrasi, etc.) e gli altri dispositivi medici ricordiamo che la obbligatoria marcatura CE da sola soddisferà tutte le normative in vigore; esiste comunque l'obbligo del dentista di verificare l'esistenza e procurarsi la documentazione necessaria per poter dimostrare la conformità alle norme, leggi, direttive applicabili alla data di immissione nel mercato.

- a) Per i dispositivi medici in uso prima del 17 settembre 1986 si raccomanda il condizionamento tecnico ove possibile o la dismissione e la loro non reimmissione in commercio
- b) Per i dispositivi medici in uso dal 17 settembre 1986 deve essere verificata l'esistenza di conformità alla norma CEI 62-5
- c) Per i dispositivi medici nuovi (dal 1 gennaio 1998 al 13 giugno 1998) devono avere la marcatura CE 89/336 e dichiarazione di conformità del fabbricante in applicazione alla direttiva 84/336 CE
- d) Per i dispositivi medici commercializzati dal 14 giugno 1998 è obbligatoria la marcatura e dichiarazione di conformità in applicazione alla direttiva CE 93/42.

2.2 Protesi

Il Decreto legislativo 46/97 concernente i dispositivi medici su misura entra in vigore dal 14 giugno 1998 e per tale data Dentisti ed Odontotecnici dovranno attenersi al dettato della norma, senza che possano esistere successivamente altri periodi transitori, secondo le specifiche competenze.

La protesi dentaria deve soddisfare i requisiti essenziali di progettazione e fabbricazione (allegato 1) in modo da garantire una elevata sicurezza e protezione dei pazienti:

- a) In quanto realizzata sulla base di una prescrizione scritta del dentista e destinata ad un solo determinato paziente costituisce un dispositivo su misura e ricade sotto l'allegato VIII della Direttiva (art. 1, comma 2)
- b) È un dispositivo medico invasivo per cui si riconosce un limitato rischio biologico; se di durata superiore ai 30 giorni è definita a lungo termine e ricade nella classe 2a; se inferiore a 30 giorni è definita a breve termine e rientra nella classe 1.
- c) L'odontotecnico è da considerarsi come fabbricante di dispositivo medico; il controllo è assicurato dalla dichiarazione di conformità per dispositivo medico su misura eseguita dal titolare di laboratorio odontotecnico che deve contenere le indica-

zioni di seguito riportate (allegato VIII, art.2)

- d) L'odontotecnico prende provvedimenti affinché il procedimento di fabbricazione avvenga in conformità alla dichiarazione e si impegna a conservarla per cinque anni in modo da consentire eventuali valutazione da parte delle autorità competenti.

2.2/1 Obblighi per il dentista

- Formulazione della prescrizione scritta all'odontotecnico sulla base del progetto clinico
- Valutazione preliminare della progettazione tecnica d'esecuzione effettuata dall'odontotecnico
- Compilazione delle parti di competenza delle istruzioni d'uso che dovranno essere illustrate e consegnate al paziente (istruzioni d'uso tecniche e cliniche)
- Monitoraggio periodico delle protesi con comunicazione degli esiti delle verifiche al responsabile del laboratorio odontotecnico costruttore della protesi o del dispositivo su misura con verifica del mantenimento della sua conformità nel tempo.
- Consegna al paziente di dichiarazione di conformità, istruzioni tecniche all'uso, istruzioni cliniche all'uso

2.2/2 Obblighi per l'odontotecnico (responsabile dell'impresa odontotecnica):

- Realizzazione della progettazione tecnica di esecuzione conformemente alla prescrizione del medico o dell'odontoiatra
- Esecuzione di un'analisi di rischio per ogni protesi da eseguire
- Predisposizione di istruzioni d'uso per ogni singola protesi realizzata (istruzioni d'uso tecnico) che dovranno essere consegnate al paziente dal dentista.
- Consegnare al dentista la dichiarazione di conformità (tabella 2)
- Monitoraggio continuo dei propri prodotti e correzione permanente dei propri standard produttivi anche sulla base di tests periodici eseguibili sui lavori di prova
- Valutazione periodica dei propri fornitori al fine di garantire qualità ed affidabilità dei materiali e delle attrezzature usate nel proprio lavoro.

Tabella 1

DICHIARAZIONE RELATIVA AI DISPOSITIVI SU MISURA

1. Nome del paziente a cui è destinato (salvaguardando comunque il segreto medico)
2. Nome del dentista o della struttura che ha eseguito la prescrizione
3. Dati e ragione sociale del fabbricante
4. Identificazione del dispositivo (tipo, data di esecuzione, codice)
5. Caratteristiche specifiche di costruzione del dispositivo conformi alla prescrizione del dentista (tipo di progettazione, tecnica di fabbricazione, materiali)
6. Conformità ai requisiti essenziali di riduzione del rischio (infezione, tossicità, compatibilità tra materiali e tessuti); eventuale indicazione dei requisiti non rispettati e motivazione

Tabella 2
DICHIARAZIONE DI CONFORMITÀ PER PROTESI (L 46/97)

IL LABORATORIO

DICHIARA

che il proprio dispositivo medico denominato..... modello

con numero identificativo

- È destinato all'uso esclusivamente del/della Sig./Sig.a
- È stato prescritto dal dott.....
dello studio
- con prescrizione n.....del....., allegata
- È stato realizzato secondo la progettazione tecnica del.....approvata dall'odontoiatra
- È classificato secondo quanto previsto dalla Direttiva 93/42 CEE come:
 - dispositivo medico su misura invasivo rientrante nella classe I
 - dispositivo medico su misura invasivo rientrante nella classe II
- Inoltre:
 - non è uno strumento di misura
 - non è destinato ad indagini cliniche
 - viene commercializzato in confezione non sterile
- Soddisfa i requisiti essenziali e le disposizioni applicabili della Direttiva 93/42 CEE

Firma dell'odontotecnico responsabile della fabbricazione

Allegati: Prescrizione/Autorizzazione - Scheda verifiche e controlli

3. CONSIDERAZIONI

In ambito odontoiatrico si è venuta a creare nel tempo una situazione abnorme rispetto altri settori di similare importanza per la salute pubblica (come ad esempio i farmaci); esistono cioè in commercio molti prodotti odontoiatrici che non rispettano le caratteristiche indispensabili di sicurezza per l'utente che dovrebbero essere proprie di un dispositivo medico; tali situazioni dovranno adeguarsi entro i termini previsti dalla legge.

In questo senso il D.L. 46/97 non può essere considerato una applicazione sui generis, in quanto è in linea con il dettato costituzionale che tutela la salute pubblica (art.32 Cost.) e colma il precedente vuoto legislativo.

L'attuazione delle disposizioni di legge impone al dentista e all'odontotecnico alcuni obblighi la cui mancata applicazione comporta l'applicazione delle sanzioni amministrative pecuniarie che si realizzano indipendentemente dalla concomitanza di una ipotesi di reato o danno civile per i quali l'applicazione delle sanzioni e del risarcimento procedono in modo indipendente (L. 46/97, art.23):

- a) Informare l'autorità competente di incidenti verificatisi dopo l'immissione in commercio di qualsiasi dispositivo medico in serie o su misura appartenente a qualsiasi classe

- b) Utilizzare dispositivi in serie (impianti, strumenti, apparecchi, sostanze o prodotti) provvisti di garanzia di qualità del prodotto che deve risultare applicata sulla confezione (dichiarazione o certificazione di conformità CE); prodotti da fabbricanti registrati e responsabili per l'immissione in commercio presso la autorità competente, corredati delle necessarie informazioni per garantirne una utilizzazione sicura (scadenza, informazioni ed avvertenze, numero di serie o lotto, specifiche) e identificazione del fabbricante
- c) Fabbricare (odontotecnico) e immettere in servizio (dentista) dispositivi su misura (protesi dentarie) provvisti di dichiarazione di conformità redatto dall'odontotecnico e comprendente dati di identificazione del dispositivo, caratteristiche specifiche, nome del paziente, nome del medico o istituto ospedaliero che ha effettuato la prescrizione, dichiarazione di conformità ai requisiti essenziali di sicurezza.

Ricordiamo, per inciso, che non può essere definito fabbricante il dentista che nella sua attività esegue la realizzazione clinica di protesi costruite su misura o l'adattamento di dispositivi in commercio in funzione alla loro destinazione ad ogni singolo paziente; può essere definita persona che immette in servizio con le conseguenti responsabilità.

La responsabilità civile e penale possono essere ipotizzate nel caso si verifichi un danno conseguente all'utilizzazione di dispositivi difettosi; in tale eventualità è evidente che, anche se il danno e la responsabilità professionale vanno dimostrati in concreto attraverso l'indagine medico legale dello specifico caso, il non rispetto della normativa 46/97 può rappresentare un valido strumento di indagine.

In questi casi la legge 46/97 non ha di per sé diretta applicazione ma permette di identificare il ruolo dei singoli operatori fissandone i rispettivi obblighi e conseguenti responsabilità: la mancanza di documentazione viene a determinare una assunzione diretta e consapevole del rischio da parte del dentista e/o dell'odontotecnico.

Ci preme sottolineare che possono rappresentare ipotesi indifendibile di responsabilità professionale i casi in cui si verificano danni al paziente derivanti dalla scelta di prodotti non in regola con la legislazione; i danni causati da materiali a norma ma utilizzati in modo difforme dalle indicazioni ed avvertenze in etichetta.

I riferimenti nel Codice Civile sono rappresentati dall'art. 2050 c.c. *Responsabilità per l'esercizio di attività pericolose* e art. 2051c.c. *Danno cagionato da cose in custodia*.

I riferimenti nel Codice Penale sono costituiti dall'art. 590 *Lesioni personali colpose*, reato perseguibile a querela della persona offesa; nel caso di danno al dipendente per inosservanza delle norme di prevenzione sugli infortuni sul lavoro è previsto il procedimento d'ufficio. La motivazione della colpa può essere identificata in un atteggiamento imprudente per la mancata osservazione di leggi e regolamenti (art. 43 c.p.)

Bibliografia

1. CARLINI C.: *Vademecum del dentista*, ANDI, Verona, 1997
2. DOLCI G.: *L'odontoiatra italiano*. Ed. Hippocrates, Milano, 1996

3. I FARMACI

F. Montagna, L.M. Daleffe

La definizione di farmaco consiste in una sostanza utilizzata in terapia medica che interagisce con l'organismo e determina modifiche delle cellule viventi; a tale riguardo è importante sottolineare che ogni farmaco o medicinale è fonte di potenziale tossicità in quanto non esercita una sola azione ma, accanto all'effetto terapeutico ricercato, può provocare effetti secondari (collaterali o indesiderati) di varia gravità. Da quanto detto consegue che, per quanto attiene la responsabilità, l'argomento riveste un particolare interesse nel momento in cui, a seguito della somministrazione o prescrizione di un farmaco, venga a concretizzarsi un danno alla persona nell'ipotesi di errore e quindi colpa professionale.

1. CENNI DI LEGISLAZIONE

1.1 Lo sviluppo di un farmaco e la farmacovigilanza

Alla luce della legislazione vigente lo sviluppo di un nuovo farmaco richiede numerosi passaggi che sono soggetti al controllo e all'autorizzazione da parte dell'ufficio competente del Ministero della Sanità:

- Gli studi preclinici che iniziano con l'individuazione della molecola e si concludono con uno studio farmaco-tossicologico su diversi tipi di animali;
- La sperimentazione clinica che comprende quattro fasi, ciascuna delle quali deve fornire in successione, la risposta a quesiti precisi (tabella 1).

L'Istituto Superiore di Sanità ha il compito di accertare la composizione e l'innocuità di prodotti farmaceutici regolandone la sperimentazione, la commercializzazione e l'utilizzazione (*Legge 7 Agosto 1973, n.519 "Modifiche ai compiti, all'ordinamento e alle strutture dell'Istituto Superiore di Sanità"*; artt. 2,7,29 della *legge 23 dicembre 1978, n.833 "Istituzione del Servizio Sanitario Nazionale"*; Decreto Legge 27 aprile 1992: *"Disposizioni sulle documentazioni tecniche da presentare a corredo delle domande di autorizzazione delle emissioni in commercio di specialità medicinali per uso umano anche in attuazione della direttiva n. 91/507 CEE"*)

La farmacovigilanza costituisce il monitoraggio dopo la commercializzazione degli effetti non desiderati dei farmaci ed ha lo scopo di conoscerne gli effetti negativi e prevenirne le conseguenze per i pazienti (*Legge 29 dicembre 1987, n. 531 "Disposizioni urgenti in materia sanitaria"*). Il flusso di informazioni proviene dai medici, dal cittadino, e dall'azienda farmaceutica produttrice con l'invio di appositi moduli (*DPR 25 gennaio 1991, n. 93; DL 20 aprile 1991*) inviati all'USL e da questi convogliati al centro di Farmacovigilanza del Ministero della Sanità che dispone ulteriori provvedimenti o promuove ricerche su singoli casi o problemi generali che emergono nel corso delle valutazioni.

Ricordiamo a tale riguardo che il medico ha l'obbligo di informare l'autorità sanitaria di effetti indesiderati osservati allo scopo di contribuire a rendere più efficace e

sicuro l'uso del farmaco; la segnalazione delle reazioni avverse ai farmaci deve essere fatta entro 10 giorni dal rilievo o, in caso di morte, entro 24 ore, (art. 9 DL 443/ 87; L. 531/ 87; DPR 93/91).

Tabella 1
FASI DI SVILUPPO DI UN FARMACO

STUDI PRECLINICI		Fase 1	Fase 2	Fase 3	Fase 4
Ideazione Preparazione del composto clinico Prove farmacologiche (tossicità acuta e cronica) Formulazione farmaceutica					
SPERIMENTAZIONE CLINICA		Farmaco cinetica e tollerabilità (10-20 pazienti)	Dose finding, effetti indesiderati, efficacia e tollerabilità (100-200 pazienti)	Efficacia, tollerabilità, effetti collaterali, interazioni farmacologiche, confronto con altri farmaci, sorveglianza premarketing (500-1000 pazienti per indicazione)	Commercializzazione postmarketing Farmacovigilanza per ottenere maggiori indicazioni sulla efficacia e tollerabilità

1.2 La prescrizione farmacologica

Il sanitario, ogniqualvolta prescrive un farmaco, deve attenersi alle indicazioni, vie e modalità di somministrazione autorizzate, potendo derogare da tale disposizione generale solo in particolari situazioni (artt. 2,4 Decreto Legge 25 marzo 1996, n. 161 pubblicato sulla G.U. 27 marzo 1996, "Disposizioni urgenti in materia di sperimentazione ed utilizzazione di medicinali"):

- Art. 2: "Il medico nella prescrizione di un farmaco deve attenersi alle indicazioni, vie e modalità di somministrazione autorizzate potendo derogare da tale disposizione generale solo alle seguenti condizioni: assunzione di ogni responsabilità; impossibilità a trattare il paziente con medicinali autorizzati; impiego di un farmaco consolidato e conforme a linee guida o pubblicazioni scientifiche accreditate; ottenimento del consenso informato del paziente".
- Art. 4: "Specifico che l'impiego di medicinali autorizzati all'estero, ma non in Italia, è consentito solo quando tali farmaci siano portati nel nostro paese personalmente dal paziente o vengano specificatamente richiesti dal medico curante, in assenza di valida alternativa, con il consenso informato del paziente e la notifica entro tre giorni alla Direzione Sanitaria o al Ministero della Sanità".

Ricordiamo, inoltre, che il farmacista ha l'obbligo di denunciare comportamenti delittuosi di sanitari senza scrupoli che eseguano prescrizioni in contrasto con la legge, come ad esempio la prescrizione di farmaci stupefacenti per uso non terapeutico

a pazienti tossicodipendenti (art.331 c.p.p. *Denuncia da parte di pubblici ufficiali e incaricati di un pubblico servizio*).

In tema di prescrizione dei farmaci va sottolineata l'esistenza di una differenza tra il laureato in medicina e quello in odontoiatria per quanto attiene la prescrizione di farmaci: il laureato in medicina dispone di una più ampia possibilità di prescrizione in quanto abilitato alla cura di patologie sistemiche; il laureato in odontoiatria può legittimamente prescrivere solo specialità relative al proprio ambito di applicazione cioè per la terapia delle patologie orodentali (Art. 2 legge n. 409/85).

L'utilizzazione di farmaci deve essere guidata da rigidi criteri di prudenza ed esulare dalle proprie competenze; può configurare situazioni diametralmente opposte ai fini dell'apprezzamento della responsabilità:

- Da un lato il superamento di tali limitazioni può essere giustificato dallo stato di necessità, come nelle condizioni di emergenza, e come tale non foriero di responsabilità (art. 54 c.p. *Stato di necessità*)
- Dall'altro l'ingiustificata utilizzazione di farmaci può costituire il reato di abuso di professione medica per il laureato in odontoiatria che utilizzi farmaci non inerenti il proprio ambito di competenza
- L'ipotesi di condotta imprudente sia per il medico che per l'odontoiatra nel caso si verifichi un danno alla persona conseguente a scorretta prescrizione medica (art. 348 c.p. *Abusivo esercizio di una professione*).

Nella tabella 2 sono stati raccolti i farmaci di corrente utilizzazione nella pratica odontostomatologica la cui corretta utilizzazione riteniamo sia ampiamente giustificata nell'ambito della terapia delle patologie orodentali (la lista è indicativa e non esaustiva dell'argomento) (tab.2).

1.3 Divieti posti dal T.U.L.S

Alcuni articoli del T.U.L.S. riconoscono una medesima finalità che consiste nell'evitare situazioni che interferiscano sulla corretta prescrizione del farmaco da parte del sanitario ai danni del paziente. L'art. 102 condanna l'esercizio cumulativo di una professione sanitaria con quello della farmacia (o convenzioni a fini di partecipazione tra sanitari e farmacisti) al fine di evitare cointeressi limitativi della libertà di prescrizione del farmaco.

“I sanitari che facciano qualsiasi convenzione con farmacisti sulla partecipazione agli utili della farmacia, quando non ricorra l'applicazione delle disposizioni di cui all'art. 170 del T.U.L.S., sono puniti con ammenda da lire 100.000= a lire 1.000.000=”.

Il divieto di comparaggio vieta accordi atti a facilitare il commercio di specialità farmaceutiche o di altri presidi terapeutici tra il sanitario e la casa farmaceutica per tutelare gli interessi del paziente a ricevere i medicamenti più rispondenti alle necessità terapeutiche e scevri da motivazioni speculative (art. 170 del T.U.L.S.).

“Il medico o il veterinario che ricevano per sé o per altri denaro o altra utilità ovvero ne accettino la promessa, allo scopo di agevolare con prestazioni mediche o in qualsiasi altro modo la diffusione di specialità medicinali o di ogni altro prodotto uso farmaco sono puniti con l'arresto fino ad un anno e con l'ammenda da lire 400.000 a lire 2.000.000...la pena è dell'arresto nel caso di recidiva. Se il fatto viola pure altre disposizioni di legge si applicano le relative sanzioni secondo le norme

Tabella 2
FARMACI IN ODONTOSTOMATOLOGIA

Classe	Indicazioni	Principio farmacologico
Chemioterapici antifettivi <i>Antibiotici</i>	Infezioni odontogene Profilassi Parodontopatia	Penicilline, macrolidi e lincosamidi, cefalosporine, etc.
<i>Antifungini</i>	Candidosi orale	Nistatina, anfotericina B, azoli (Ketoconazolo, fluconazolo, etc.)
<i>Antivirali</i>	Herpes simplex Herpes zoster	Aciclovir, metisoprinolo
Antiflogistici e analgesici	Dolore (lieve, moderato)	Acido acetilsalicilico Paracetamolo Noramidopirina FANS (Nimesulide etc)
Narcotici	Dolore (moderato, intenso)	Pentazocina, meperidina, codeina
Corticosteroidi	Patologie autoimmunitarie (afte, penfigo, lichen) Allergia	Desametasone, prednisone, metilprednisolone, cortisone, etc.
Anestetici <i>Locali</i>	Analgesia intraoperatoria	Amidici (lidocaina, mepivacaina, bupivacaina, articaina, mepivacaina, etc.) Esterici (benzocaina, procaina, propossicaina)
<i>Sistemici</i>	Sedoanalgesia	Protossido d'azoto
Vasocostrittori	Potenziamento anestesia Controllo sanguinamento Anafilassi	Adrenalina, noradrenalina, etc.
Antiallergici	Reazioni allergiche	Antistaminici (astemizolo, ketotifene, terfenadina, difenedramina, prometazina, etc.)
Emostatici locali	Terapia e profilassi emorragie	Antifibrinolitici (acido tranexamidico, ac. E-aminocaproico) Fibrina, trombina
Vitaminici	Ipovitaminosi	Complessi polivitaminici, vitamina K
Sedativi	Sedazione preoperatoria (pazienti ansiosi)	Benzodiazepine (diazepam, oxazepam, lorazepam, etc.) Barbiturici
Miorilassanti	Cefalea muscolotensiva e mialgia	Baclofene, piridamolo, ciclobenzapina, etc.
Oligoelementi	Profilassi della carie	Sodio fluoruro, sodio monofluorofosfato
Antisetici	Stomatiti, parodontopatie	Ammoni quaternari Composti iodati Cloroxidina, etc.
Disinfettanti	Disinfezione ambientale	Clorodonoranti, glutaraldeide Ammoni quaternari, etc.

sul concorso dei reati. La condanna all'arresto importa la sospensione dell'esercizio della professione per un periodo di tempo pari alla durata della pena inflitta".

L'oggetto giuridico è quello della corretta prescrizione dei farmaci nella effettiva esigenza terapeutica del paziente, in modo da evitare prescrizioni mirate che favoriscano una casa farmaceutica.

A illustrare il problema riportiamo la sentenza del Pretore di Napoli del 20 dicembre 1964: *"La norma prevista dall'art. 170 delle TULS è stata emanata a tutela della salute pubblica contro i pericoli che possono derivare dalle prescrizioni mediche originate da illeciti motivi di lucro e non di effettive esigenze sanitarie; la "ratio" della legge è, appunto, quella di reprimere l'illecita attività rivolta alla prestazione medica e alla diffusione di un medicinale al solo scopo di provocare un maggior smercio del prodotto e conseguire per tale "interessamento" il denaro o altra utilità. Per aversi comparaggio è necessario, quindi, che sia intervenuto un negozio illecito fra il sanitario e gli interessati alla vendita di medicinali, consistenti nella offerta o nella promessa di danaro o di altra utilità con correlativa accettazione (elemento oggettivo), e che tale accordo sia raggiunto allo scopo precipuo di agevolare la diffusione di determinati prodotti farmaceutici..."*.

Reato tipicamente doloso, di natura contravvenzionale, prevede misure di natura alternativa (arresto o ammenda) e, solo nei casi di recidiva, detentiva; in assenza di recidiva il medico può chiedere l'autorizzazione all'oblazione che estingue il reato (art. 162 bis c.p. *Oblazione nelle contravvenzioni punite con pene alternative*). *"Nelle contravvenzioni per le quali la legge stabilisce la pena dell'arresto o dell'ammenda il contravventore può essere ammesso a pagare, prima della apertura del dibattimento, ovvero prima del decreto di condanna una somma corrispondente alla metà del massimo dell'ammenda stabilita dalla legge oltre le spese del procedimento. Con la domanda di oblazione il contravventore deve depositare la somma corrispondente alla metà del massimo dell'ammenda"*. Il divieto di commercio di campioni medicinali è previsto dall'art. 173 T.U.L.S. che impedisce la vendita di prodotti offerti gratuitamente ai sanitari dalle ditte farmaceutiche a fini di pubblicità per evitare profitti disdicevoli per la professione.

2. GLI EFFETTI INDESIDERATI

La somministrazione di un farmaco può determinare accanto agli effetti terapeutici desiderati una serie di effetti collaterali o indesiderati che riconoscono quadri di diversa gravità, meccanismi patogenetici diversi. Data la complessità dell'argomento e la possibilità che i danni conseguenti a tali effetti configurino ipotesi di responsabilità del sanitario, è importante memorizzare una classificazione alla quale riferirsi per facilitare la comprensione del problema.

2.1 La farmacotossicità dipendente dagli effetti farmacologici primari del farmaco

Sono fenomeni correlati agli effetti farmacologici primari del farmaco, quindi prevedibili e di tipo dose dipendenti. Il rischio di sovradosaggio è tanto maggiore quanto mi-

nore è la sicurezza di un farmaco cioè la finestra terapeutica di dosaggio entro cui agire per diminuire gli effetti collaterali; la pericolosità (tossicità) del farmaco sarà tanto maggiore quanto più ridotto è l'indice terapeutico (rapporto tra dose tossica e dose efficace).

Questi effetti sono prevedibili e prevenibili e non compaiono rispettando le indicazioni ed i dosaggi terapeutici consigliati.

- a) Il sovradosaggio assoluto può essere immediato per l'assunzione di una quantità eccessiva di farmaco in una unica somministrazione; da accumulo per il costante aumento di un farmaco somministrato ripetutamente per un lungo arco di tempo ed a lenta escrezione.
- b) Il sovradosaggio relativo è una condizione che si avvera per compromissione dei meccanismi di metabolizzazione ed escrezione del farmaco dovute a patologie in atto o interazioni farmacologiche con terapie somministrate al paziente (insufficienza epatica, insufficienza renale, interazione tra farmaci).
- c) La cancerogenicità e dismorfogenicità che costituiscono effetti dipendenti dal potenziale intrinseco mutageno del farmaco.

2.2 La farmacotossicità indipendente dagli effetti farmacologici primari del farmaco

Sono costituiti da effetti strani o rari che possono essere dose-dipendenti o indipendenti ma compaiono anche per dosi terapeutiche; sono generalmente imprevedibili se il soggetto non ha mai utilizzato la specifica sostanza o riferisce un'anamnesi negativa per precedenti episodi di complicanze a seguito dell'assunzione dello stesso farmaco.

Gli effetti collaterali

Sono terapeuticamente indesiderabili ma non evitabili e si verificano per:

- Estensione dell'azione principale del farmaco, a sedi addizionali rispetto a quelle necessarie a fini terapeutici, dovute alla non selettiva azione del farmaco (ad esempio la midriasi, difficoltà nell'accomodazione, secchezza delle fauci e tachicardia per azione atropinosimile degli antidepressivi triciclici)
- Azioni addizionali proprie di quel particolare farmaco, come ad esempio l'effetto ipnotico degli antistaminici e le reazioni tossiche locali da applicazione topica.

Gli effetti secondari

Non sono dovuti all'azione diretta del farmaco ma conseguenza indiretta, come ad esempio la candidosi orale ed i dismicrobismi intestinali durante la terapia antibiotica a largo spettro (colite, diarrea, nausea); ad esempio l'effetto indesiderato più comune conseguente all'uso di anestetici locali è rappresentato da morsicature e lacerazioni della lingua e delle labbra involontariamente autoprovocate dal paziente anestetizzato.

Le interazioni farmacologiche

Si intende quel fenomeno per cui in seguito alla somministrazione di una combinazione di sostanze si ha una risposta farmacologica o clinica diversa da quella prevista in base alla conoscenza degli effetti conseguenti alla somministrazione delle sostanze separate. Le interazioni si possono manifestare con tre diverse modalità: sinergismo (effetti più intensi), antagonismo (diminuzione degli effetti), idiosincrasia (effetti diversi dal previsto).

L'intolleranza

Si verifica quando la soglia della normale azione farmacologica di un farmaco risulta abbassata secondo un fenomeno di variabilità individuale attribuibile a varianti biologiche; la situazione opposta è detta tolleranza per cui necessitano dosaggi maggiori per ottenere l'effetto terapeutico desiderato; quando si instaura rapidamente si parla di refrattarietà o tachifilassi.

L'idiosincrasia

Il soggetto reagisce alla somministrazione di dosi terapeutiche come se ne avesse assunto una tossica o comunque con effetti diversi da quelli previsti; l'abnorme sensibilità individuale dovuta nella maggior parte dei casi a difetti genetici con alterazioni endocrine, enzimatiche, biochimiche per cui il farmaco o suoi metaboliti reattivi si legano a macromolecole tissutali creando danni; ricordiamo a tal proposito la necrosi epatica da paracetamolo.

L'allergia

L'abnorme reazione risulta dovuta a meccanismo immunologico ed è dose-indipendente (ad eccezione dei fenomeni pseudoallergici); la maggior parte dei farmaci, avendo piccole dimensioni, non funziona da allergene ma da aptene unendosi a proteine cellulari dell'organismo.

Secondo la classificazione di Gell e Coombs distinguiamo quattro tipi di ipersensibilità alle quali si devono aggiungere due forme particolari:

- La reazione di tipo 1, o ipersensibilità immediata, è alla base di shock anafilattico, asma e rinite allergica, orticaria; è causato da interazione senza complemento tra antigene - anticorpi IgE localizzata sulla superficie di mastociti e basofili con liberazione di mediatori (istamina, Paf, Srs-A, Pgd).
- La reazione di tipo 2, o citossica, è alla base di anemie emolitiche, trombocitopenie, agranulocitosi; si realizza nel sistema muscolare per interazione in presenza di complemento dell'antigene con anticorpi (IgG, IgM) e liberazione di enzimi citolitici e lisosomiali
- La reazione di tipo 3, o malattia da immuno-complessi, è alla base di malattia da siero, vasculiti, glomerulonefriti e lupus eritematoso sistemico; avviene per interazione in presenza di complemento di anticorpi liberi nel plasma (IgA, IgM, IgG), precipitazione di immunocomplessi nei tessuti, liberazione di enzimi citolitici e danno cellulare.
- La reazione di tipo 4, ipersensibilità cellulomediata o ritardata, è alla base di dermatite da contatto e reazioni cutanee da farmaci; il danno è cellulomediato attraverso l'intervento di cellule sensibilizzate (linfociti, cellule killer) con liberazione di linfocine e danno tissutale.
- La reazione autoimmune è alla base del LES farmacologico, in cui il farmaco induce la formazione di auto-anticorpi di lunga durata dopo la sospensione della somministrazione.
- La reazione pseudoallergica o anafilattoide è alla base di reazioni di sostanze iodate o grosse dosi di anestetici locali; sono effetti dose-dipendenti in cui i farmaci attivano direttamente i mastociti senza l'intervento di anticorpi e necessità di precedente sensibilizzazione.

3. LE CONTROINDICAZIONI E LE INTERAZIONI FARMACOLOGICHE

La prescrizione o la somministrazione di una terapia farmacologica presuppone un procedimento logico e che costituisce il termine di paragone su cui si basa la valutazione medico legale; infatti la correttezza della terapia rappresenta una condotta eticamente e deontologicamente irreprensibile che tutela il sanitario escludendo la colpa anche nel caso di gravi complicazioni

- a) Individuare il principio attivo in base alle indicazioni terapeutiche in base alla patologia da curare e alle indicazioni terapeutiche
- b) Accertare le situazioni che possono costituire controindicazioni o richiedere speciali precauzioni per l'uso tra cui ricordiamo: ipersensibilità individuale, causa di pregresse manifestazioni allergiche; patologie che alterino la farmacocinetica e il metabolismo del farmaco causando rischio di accumulo e tossicità da sovradosaggio (ad esempio le patologie epatiche e renali); possibile peggioramento di patologie preesistenti dovuto all'azione farmacologica primaria (ad esempio vasocostrittori e cardiopatie, ulcera gastrica e antinfiammatori, antiaggreganti piastrinici e disturbi dell'emostasi); terapie farmacologiche già in atto che possono causare interazioni con effetto di potenziamento o diminuzione dell'effetto; gravidanza e allattamento con rischio conseguente per il prodotto del concepimento
- c) Determinare la via di somministrazione e la posologia in base al peso, età, rapidità dell'azione clinica richiesta, situazioni patologiche specifiche, collaborazione del paziente
- d) Istruire il paziente sulla modalità di assunzione, possibile comparsa di effetti collaterali, particolari precauzioni e limitazioni dell'attività (ad esempio riduzione delle capacità psicofisiche e sonnolenza.
 - Controllare la risposta alla terapia in termini di miglioramento o risoluzione della patologia ed eventuale comparsa di effetti collaterali in rapporto col farmaco; eseguendo le necessarie sostituzioni o adattamenti posologici. A scopo di esemplificazione nelle tabelle seguenti si è cercato di sintetizzare le indicazioni di terapia per i farmaci di più frequente utilizzo nella pratica clinica odontoiatrica.

Tabella 3
INTERAZIONI ED EFFETTI INDESIDERATI DI CHEMIOTERAPICI ANTIMICROBICI DI COMUNE USO ODONTOIATRICO

Farmaco	Effetto indesiderato	Interazione farmacologica	Controindicazioni
ANTIBIOTICI			
Penicilline	Allergia Diarrea	Contraccettivi (diminuzione effetto) Antiacidi, cimetidina (diminuzione assorbimento antibiotico)	Allergia T Allattamento
Eritromicina	Nausea Diarrea	Warfarina (sanguinamento) Aminofillina (broncodilatazione) Teofillina (aritmia)	Allergia Epatopatia Allattamento
Clindamicina	Diarrea Colite pseudomembranosa (rara)	Loperamide, difenossilato (peggioramento colite p.)	Allergia Gravidanza Colite ulcerosa Insuf. Epatica Insuf. renale
Cefalessina	Diarrea	Alcool (effetto disulfiram) Warfarina (sanguinamento) FANS (ulcera peptica) Cibo (ridotto assorbimento)	Allergia (crociata con penicillina) Insufficienza renale Colite Gravidanza
Tetraciclina	Candidiasi Colorazione della lingua Colorazioni dentali (per uso prolungato)	Warfarina (sanguinamento) Anticoncezionali (diminuzione effetto) Cibo, minerali, latte (ridotto assorbimento) Contraccettivi (diminuzione effetto)	Gravidanza Allergia
Metronidazolo	Nausea Diarrea	Alcool (effetto disulfiram) Warfarina (sanguinamento)	Allergia Primo trimestre di gravidanza Alterazioni del gusto Allattamento Anemia Malattie ematologiche
ANTIFUNGINI			
Nistatina	Nausea	Alcool (diminuzione effetto antifungino)	Allergia Allattamento Gravidanza Epatopatia
Ketoconazolo	Nausea	Alcool (danno epatico) Warfarina (sanguinamento) Ipoglicemizzanti orali (aumento effetto ipoglicemico)	Allergia Gravidanza Acloridria Epatopatia
ANTIVIRALI			
Acyclovir	Cefalea	Alcol, interferon, methotrexate (danno neurologico) Ciclosporina, probenid, colistina (danno renale)	Allattamento Gravidanza Allergia

Tabella 4
**INTERAZIONI ED EFFETTI INDESIDERATI DEI FARMACI
 DI COMUNE USO ODONTOIATRICO**

Farmaco	Effetto indesiderato	Interazione farmacologica	Controindicazioni
ANALGESICI			
Aspirina (ASA)	Nausea Tinnito Salicilismo	Alcool, Fans, steroidi (malattia peptica) Ipoglicemizzanti orali (aum. effetto ipoglic.) Acebutolo, ACE inibitori (dimin. effetto antipert.) Warfarina (sanguinamento)	Allergia Gravidanza Allattamento Malattia peptica Coagulopatie Epatopatia
Acetaminofene (paracetamolo)	Nausea Fatica Ittero	Alcool, Fans, aspirina, steroidi (malattia peptica) Ipoglicemizzanti orali (aum. effetto ipoglic.) Warfarina (sanguinamento)	Allergia Gravidanza Allattamento Malattia peptica Coagulopatie Epatopatia
FANS	Nausea Malattia peptica	ASA, steroidi (malattia peptica) Cefalosporine Warfarina (sanguinamento)	Allergia Allattamento Malattia peptica Colite Epatopatia Coagulopatia Asma
NARCOTICI	Nausea Stipsi Bocca secca Cefalea	Sedativi, ipnotici, ansiolitici, antidepressivi, antistaminici (sedazione); IMAO (tossicità, morte); Analgesci (aum. effetto); Warfarina (sanguinamento)	Allergia Gravidanza Allattamento Attività che richiedono attenzione (guida) Insuff. Respiratoria Traumi cranici
STEROIDI	Nausea Ritardo guarigione ferite Facilità d'infezione Alterazioni umore Iperglicemia Edema	Anfotericina B, digitale, furosemide (ipopotassiemia); warfarina (dim. eff. anticoag); contraccettivi, estrogeni (aum. Effetto steroidi); Insulina, ipoglicemizzanti orali (dim. ef. ipoglic.); Asa, Fans (malattia peptica); Teofillina (aumento effetto)	Gravidanza Diabete Infezione in atto Osteoporosi Glaucoma Colite Malattia peptica Epatopatia
ANTISTAMINICI	Sonnolenza Stordimento Bocca secca	Sedativi, inotici, tranquillanti, ansiolitici (sedazione);	Glaucoma Ipertrofia prostatica Malattia peptica Allattamento
ANSIOLITICI	Sonnolenza Stordimento Depressione	Antipertensivi (ipotensione) Narcotici, tranquillanti, cronica (abuso) antistaminici, sedativi (sedazione); IMAO (convulsioni, gravi effetti)	Allergia Dipendenza Glaucoma Diabete Epilessia Porfiria Miastenia grave
MIORILASSANTI	Sonnolenza Debolezza Confusione Allergia	Antistaminici, narcotici, alcool, Barbiturici (sedazione)	Gravidanza Infarto e insuf. cardiaca Ictus cerebrale

Tabella 5
FARMACI IN GRAVIDANZA

Farmaco	Considerato sicuro	Da usare con cautela	Controindicato
ANTIBIOTICI	Penicilline Cefalosporine Macrolidi	Aminoglicosidi Clindamicina Metronidazolo Sulfonamidi Trimethoprin Lincosamidi	Rifampicina Tetracicline Cloramfenicolo
ANALGESICI E ANTIFLOGISTICI	Derivati paraminofenolo (paracetamolo)	FANS** ASA	Cortisone *** Indometacina Pirazolonici (noramidopirina)
ANESTETICI	Anestetici locali (lidocaina, bupivacaina, prilocaina, mepivacaina) Protossido d'azoto *	Meperidina pentazocina Morfina	Clordiazepossido
SEDATIVI	Amobarbital	Barbiturici	Benzodiazepine (diazepam) Meprobamato

* per esposizioni prolungate e ripetute
 ** sospendere nelle ultime settimane di gestazione
 *** palatoschisi del neonato in caso di somministrazione nel primo trimestre

4. L'ANESTESIA LOCALE

In odontoiatria la somministrazione di anestetico locale associato a vasocostrittore rappresenta l'ipotesi più frequente di sovradosaggio farmacologico di interesse medico-legale; per questo motivo ce ne occuperemo specificatamente.

4.1 Gli effetti indesiderati

La complicazione più frequente è rappresentata dalle lacerazioni mucose da morso involontario di lingua, labbra e guance insensibilizzate dall'anestesia.

Il sovradosaggio può essere:

- Assoluto in pazienti sani per somministrazione di un eccessivo numero di fiale
- Relativo per accelerato assorbimento di una dose corretta a seguito di motivi locali come l'iniezione endovascolare o in zone con aumentata vascolarizzazione per flogosi; conseguente a ridotta tolleranza del paziente per patologie sistemiche, deficit genetici, interazioni con terapie somministrate per patologie sistemiche

Le reazioni psicomotorie in pazienti ansiosi sono scatenate dalla paura o dal dolore dell'iniezione (crisi vasovagali o lipotimie).

L'allergia è infrequente con l'utilizzazione di anestetici amidici ed è generalmente causata dai conservanti associati (metilparaben).

4.1/1 Le indicazioni generali

1. Si deve eseguire una corretta tecnica di iniezione per evitare il rischio di sovradosaggio relativo: aspirare prima di iniettare e reentrare l'ago in caso di aspirazione di sangue; iniettare lentamente; non iniettare in zone infiammate; non usare vasoconstrictore quando si eseguono troncolari per evitare il rischio di iniezione rapida endovascolare (vasi contigui contenuti nel fascio vascolonervoso).
2. Per evitare problemi di tossicità è consigliabile pensare in termini di mg. utilizzando la seguente formula che permette di calcolare la quantità totale in mg. di farmaco per tubofiala.
3. Una reazione all'anestetico riferita dal paziente può riconoscere diverse cause che devono essere indagate e differenziate attraverso una accurata anamnesi e/o contattando il precedente dentista per evidenziare: fobie e personalità del paziente; anestetico usato e dose somministrata; tipo, durata e gravità della sintomatologia.

Tabella 6

CALCOLO DELLA QUANTITÀ DI ANESTETICO IN UNA TUBOFIALA

Concentrazione % x 1000 = numero di mg/ml di anestetico della soluzione
Diluizione 1:100000 x 1000 = numero di mg/ml di vasoconstrictore della soluzione
mg/ml x 1,8 ml = mg di farmaco contenuto in una tubofiala

Esempio: una tubofiala da 1,8ml di anestetico al 2% con vasoconstrictore 1:200.000 contiene
 - 20mg/ml di anestetico (2% x 1000)
 - 0,005 mg/ml di vasoconstrictore (1: 200.000 x 1000)
 - 36,8mg di anestetico (20mg. x 1,8ml.) + 0,009 mg. di vasoconstrictore per tubofiala (0,005mg. x 1,8ml.)

4.1/2 Le indicazioni sull'uso degli anestetici

Una ridotta tolleranza è presente: nelle epatopatie che determinano una diminuita metabolizzazione degli anestetici amidici; nei deficit genetici di pseudocolinesterasi ematiche che diminuiscono la metabolizzazione degli anestetici esterei.

Gli effetti di interazioni farmacologiche tra anestetico e altri farmaci somministrati per patologie sistemiche sono rappresentati da:

1. Depressori del Sistema Nervoso Centrale (alcool, antidepressivi, sedativi) - depressione respiratoria e del SNC.
2. Antiaritmici - depressione cardiaca
3. Antimiastenici - antagonismo dell'effetto antimiastenico
4. Betabloccanti - prolungato effetto anestetico

Un effetto particolare è attribuibile alla prilocaina che causa una metaemoglobinemia potenzialmente pericolosa in pazienti che siano affetti da metaemoglobinemia ereditaria.

4.1/3 Le indicazioni sui vasocostrittori

Le patologie sistemiche che determinano una ridotta tollerabilità ai vasocostrittori risultano le malattie cardiache, l'ipertensione arteriosa ed il glaucoma.

Nei pazienti con patologie cardiovascolari si ritiene che 0,036 mg di norepinefrina (2 fiale di lidocaina 2% con norepinefrina 1:100.000) o equivalenti siano utilizzabili con vantaggio (anestesia profonda e prolungata; riduzione del sanguinamento) superiore al rischio di sovraccarico di lavoro cardiaco che esse rappresentano; inoltre esistono dalla reazione adrenergica scatenata dal dolore per una insufficiente anestesia.

Infatti a seguito della iniezione di una fiala da 1,8 ml. di lidocaina al 2% con 1:100.000 di epinefrina (pari a 0,018 mg.) i livelli plasmatici di epinefrina aumentano di due-tre volte senza causare cambiamenti significativi della pressione arteriosa e della frequenza cardiaca; tre fiale aumentano i livelli di 5-6 volte e sono accompagnati da variazioni emodinamiche senza sintomi; invece, lo stress conseguente al dolore può aumentare i livelli di catecolamine endogene plasmatiche di 40 volte.

Tabella 7

CONTROINDICAZIONI ALL'USO DI VASOCOSTRITTORI

Iperensione severa e molto severa (>180-110 mmHg)	Ictus cerebrale recente (<6mesi)
Aritmie refrattarie alla terapia	By-pass coronarico recente (<3mesi)
Infarto miocardico recente (<6 mesi)	Insufficienza cardiaca scompensata
Angina instabile	Iperitiroidismo non controllato con terapia

Gli effetti delle interazioni farmacologiche tra vasocostrittore e altri farmaci sono:

1. Antidepressivi triciclici - tachicardia, ipertensione sistolica
2. Fenotiazine - ipotensione
3. Betabloccanti- ipertensione

I farmaci betabloccanti non selettivi (propranololo), antagonisti alfa-adrenergici (guanetidina, reserpina) e inibitori delle monoamino-ossidasi (MAO) possono interagire con i vasocostrittori causando ipertensione; il dosaggio dei vasocostrittori va quindi ridotto in questi pazienti a 2 fiale di anestetico con vasocostrittore 1:100.000 (<0,036mg adrenalina; <0,2 mg levonordefrina).

In questi casi può essere eseguito un test di tolleranza somministrando 1ml di lidocaina 2% con vasocostrittore 1:100.000 monitorando la pressione arteriosa per 5 min.; se non si registrano variazioni si può utilizzare l'anestetico con i limiti precedentemente descritti.

Tabella 8
INDICAZIONI SUL DOSAGGIO DEGLI ANESTETICI LOCALI

Anestetico	Mg/ml	Mg/tubofiala (1,8ml)	Dosaggio consigliato mg/kg	Dose massima (adulto)	N. massimo tubofiale (adulto)
Lidocaina 2% senza vasocostrittore	20	36	4,4	300	8,3
Lidocaina 2% con vasocostrittore	20	,36	7,0	500	13,8
Mepivacaina 2% con vasocostrittore 3% senza vasocostrittore	20 30	40 54	6,6	400	8,5
Prilocaina 4% senza vasocostrittore	40	72	7,7	600	8,3
Bupivacaina 0,5% con vasocostrittore	5	9	2,0	90	10
Articaina 4% con vasocostrittore	40	72	6,5	500	7

Tabella 9
DOSAGGIO DEI VASOCOSTRITTORI

Diluizione	Vasocostrittore	Mg/ml (1,8ml)	Mg/tubofiala	Dose massima*	Massimo numero di tubo fiale
1:20.000	Levonordefrina	0,5	0,09	1mg 0,2 C	10 S 2 C
1:30.000	Levarterenolo	0,034	0,06	0,34 S 0,14 C	5 S 2 C
1:50.000	Epinefrina	0,02	0,036	0,2 S 0,04 C	5 S 1 C
1:100.00		0,01	0,018		10 S 2 C
1:200.0000		0,005	0,009		20 S 4 C

S: paziente sano
C: paziente con cardiopatia

4.1/4 Le emergenze

Le reazioni da anestetico sono generalmente autolimitanti, possono comparire in maniera immediata, rapida (dopo 3-5 minuti) o ritardata (dopo 30 min.) e presentare diversi gradi di gravità: nella forma conclamata dopo una prima fase di eccitazione subentra una seconda di depressione del SNC con recupero lento.

Le reazioni da vasocostrittore sono generalmente di breve durata ma esiste il rischio di complicazioni in pazienti con patologie cardiovascolari.

Tabella 10 TERAPIA DEL SOVRADOSAGGIO	
Sovradosaggio di vasocostrittore	Sovradosaggio di anestetico
Interrompere la terapia odontoiatrica Posizionare il paziente supino con le gambe elevate Tranquillizzare il paziente Somministrare ossigeno Controllare i parametri vitali Dimettere in presenza di buon recupero Ricoverare in ospedale per persistenza dei sintomi o complicazioni	Come per sovradosaggio da vasocostrittore ed inoltre: - In caso di convulsioni somministrare diazepam 2,5-5 mg ev +proteggere il paziente da traumi - In caso di ipotensione somministrare metossami 2-20mg secondo gravità

Tabella 11 DIAGNOSI DIFFERENZIALE DELLE EMERGENZE DA REAZIONE AVVERSA IN CORSO DI ANESTESIA	
Tipo di reazione	Sintomatologia*
Tossicità da anestetico	Eccitazione SNC per sovradosaggio ridotto Confusione, eccitazione, tremori, ipertensione, tachicardia, polipnea, convulsioni generalizzate tonico-cloniche Depressione SNC per sovradosaggio elevato Ipotensione arteriosa, bradicardia, diminuzione della frequenza respiratoria, coma
Tossicità da vasocostrittore	Paura, ansia, tremore, ipertensione arteriosa, tachicardia.
Crisi psicomotoria d'ansia	Iperventilazione Agitazione, tremore, convulsioni
	Reazione vagale Pallore, sudorazione fredda, nausea, bradicardia, obnubilamento sensoriale
	Reazione adrenergica Ansia, tremore, tachicardia, ipertensione arteriosa
Allergia (anafilassi)	Agitazione, prurito, orticaria, dispnea, broncospasmo, shock cardiocircolatorio

* Sintomi disposti in ordine di gravità e possibile comparsa

4.1/5 L'allergia all'anestetico

Gli esteri dell'acido paraminobenzoico (procaina, tetracaina) non sono più utilizzati in odontoiatria perchè presentano un elevato potere allergenico.

Gli anestetici amidici (lidocaina, mepivacaina, articaina) presentano un basso potere allergenico e non causano reazioni crociate tra loro; reazioni crociate sono state segnalate per la presenza di un conservante (metilparaben) che ha una struttura simile agli esteri.

Una "reazione all'anestesia" riferita dal paziente deve essere indagata poiché può essere stata una reazione: allergica, tossica (sovradosaggio di anestetico o di vasocostrittore), una reazione psicomotoria su base ansiosa.

Tabella 12

TRATTAMENTO DELL'ALLERGIA DA ANESTETICO

Stabilire tipo, durata, gravità del precedente episodio

Se il sospetto di reazione allergica è consistente cercare di individuare il tipo di anestetico; possono presentarsi tre situazioni:

Anestetico individuato

Usare un anestetico diverso privo di metilparaben

Mantenere a disposizione i farmaci d'emergenza

Iniettare una goccia ed attendere 5 min (aspirare prima di iniettare per evitare una iniezione endovascolare)

In assenza di reazione procedere

Anestetico non individuato e/o allergie multiple a diversi principi

Sono possibili due opportunità:

- Utilizzare un antistaminico come anestetico rappresenta la soluzione più pratica, ad esempio difenidramina 1-4 ml in soluzione 1% con epinefrina 1:100.000 permette un'anestesia di 30 minuti (dosaggio <50mg per appuntamento)
- Inviare a un allergologo per il test di provocazione per individuare il farmaco allergizzante

5. LE MOTIVAZIONI DELLA RESPONSABILITÀ

Nel caso un paziente subisca un danno a causa dell'assunzione di un farmaco può essere posta ipotesi della colpa e quindi di responsabilità professionale a carico del sanitario che ha eseguito la prescrizione o somministrazione.

Preliminarmente si deve stabilire la presenza di un nesso di causalità tra somministrazione del farmaco ed evento dannoso; obiettivo non sempre possibile, potendosi situazione di imputabilità certa probabile, possibile o di esclusione.

Il danno può ritenersi colposo, quindi foriero di responsabilità, solo nel caso si acquisisca la prova di un comportamento del sanitario caratterizzato da imprudenza, imperizia o negligenza; la responsabilità è da escludersi nel caso in cui il sanitario abbia prescritto il farmaco agendo secondo scienza e coscienza (*lege artis*) ed il fatto fosse imprevedibile e imprevedibile.

Abbiamo già detto come l'indagine medico-legale verterà su una analisi sequenziale utilizzando come termine di paragone la condotta ideale, non solo quindi sulla prescrizione ma anche sulle attività diagnostiche che la precedono ed il comportamento del sanitario successivo all'emergenza.

Ne consegue che le possibili motivazioni di colpa professionale conseguente alla prescrizione o somministrazione di farmaci sono classificabili in base all'ordine in cui esse si verificano temporalmente nella storia medica.

5.1 L'assenza di diagnosi preliminare

L'anamnesi è determinante per poter prevedere la comparsa di effetti indesiderati ed è quindi indispensabile. L'indagine medico-legale deve verificare se sia stata eseguita correttamente l'anamnesi per individuare eventuali controindicazioni o la necessità di speciali precauzioni per l'uso: effetti collaterali a seguito di precedenti somministrazioni dello stesso farmaco o di principi con analogie strutturali fonte di reazioni crociate; patologie e terapie che rappresentino potenziali controindicazioni all'utilizzo del farmaco somministrato a causa del rischio di aggravamento della patologia di base, di sovradosaggio da accumulo, di potenziamento dell'effetto farmacologico di altri farmaci.

Nel caso di danno conseguente alla prescrizione di farmaci, prevedibile e prevenibile eseguendo una preventiva anamnesi, la responsabilità del sanitario è pacifica.

La Cassazione Sez. 4° Civ. con la sentenza del 24 giugno 1983 n. 9817 ha ritenuto che tale attività non sia di speciale difficoltà ed ha ravvisato la responsabilità per colpa lieve nel comportamento di un medico che aveva prescritto ad un ammalato un farmaco potenzialmente idoneo a provocare uno shock anafilattico (lisozima) senza effettuare le prove necessarie per prevenire l'insorgenza di fenomeni allergici ed in ispecie la prova epicutanea: *“Il sanitario a meno che non ricorra una situazione di massima emergenza prima di prescrivere un qualsiasi farmaco al suo assistito deve accertarsi che non sia affetto da incompatibilità all'assunzione che possano determinare l'insorgenza di uno shock anafilattico”*.

5.2 L'errata prescrizione

La prescrizione errata di un farmaco può consistere nell'aver indicato modalità scorrette (posologia, via, frequenza di somministrazione) o nella insufficiente spiegazione al paziente per la terapia domiciliare.

La maggior parte dei farmaci ha effetti tossici e quindi il sanitario, ogni qual volta si accinga a prescrivere un farmaco, deve valutare il rapporto costo beneficio tra effetto terapeutico e indesiderato; inoltre la terapia deve essere personalizzata cioè adattata al paziente e spiegata, evitando l'utilizzazione di prescrizioni su ricette standardizzate.

La responsabilità sussiste nel caso di danno causato da prescrizione farmacologica su ricette standardizzate, con la motivazione di imprudenza contraria lege artis per aver contravenuto alle regole minime della professione che richiede di personalizzare la terapia (Pretore di Genova del 16 Febbraio 1988).

Fatto salva la discrezionalità del sanitario di prescrivere la terapia che ritiene più opportuna, secondo scienza e coscienza, rimane comunque certa la sua responsabilità nel caso di danno alla persona quando siano contravvenute le precise direttive emanate dalle case farmaceutiche sulle modalità di assunzione dei prodotti commercializzati; a tale riguardo si ricorda la sentenza 17 novembre, n. 595 della Cassazione Sez.

4: *“È penalmente responsabile della patologia, che un paziente subisca, quel medico che somministri un farmaco con modalità diverse da quelle indicate nei foglietti illustrativi dei farmaci”.*

Va distinta invece la situazione conseguente ad automedicazione o non rispetto della prescrizione medica da parte del paziente, nel qual caso si deve escludere qualsiasi responsabilità.

Come aspetto accessorio al problema ricordiamo che il farmacista può consegnare al paziente un farmaco esclusivamente a fronte della presentazione di una ricetta medica; potendo derogare da tale situazione solo nei casi di effettiva necessità, premunendosi di ottenere la prescrizione nelle 48 ore successive, configurandosi in caso di comportamento difforme il rischio di sanzioni di tipo civilistico per il farmacista (art. 4 del DL 224/96; artt. 4, 3^a comma, 5 e 8 comma, d.lgs 539/92).

5.3 L'errata somministrazione

La somministrazione errata di un farmaco consiste nella utilizzazione di un farmaco diverso da quello necessario o con modalità scorrette (posologia e modalità di somministrazione) nel corso del trattamento odontoiatrico; la quasi totalità dei casi di ipotesi di responsabilità in ambito odontoiatrico si identifica con emergenze sorte a seguito di somministrazione di anestesia locale.

Per il dentista ricordiamo l'importanza di segnare sulla cartella clinica il tipo e la quantità di anestetico somministrato avendo cura di non superare il dosaggio precedentemente consigliato.

In questi casi l'indagine medico-legale ha lo scopo di individuare e distinguere: la presenza di controindicazioni all'uso dell'anestetico locale; il sovradosaggio assoluto per iniezione di una eccessiva quantità; il sovradosaggio relativo per iniezione endovascolare rapida di una quantità non eccessivamente tossica eccessi; il tipo di emergenza che si è verificata tra le diverse possibili anche non in relazione di nesso di causalità con la somministrazione del farmaco.

5.4 La mancata sorveglianza

Le terapie mediche che presentino un potenziale rischio di complicanze o effetti collaterali devono essere monitorate per sospendere o sostituire il farmaco responsabile di reazione avversa, istituire con tempestività la terapia della complicanza, minimizzare il rischio di incidenti.

Pazienti trattati con sedoanalgesia per via inalatoria (protossido d'azoto) possono essere dimessi dopo 20-30 minuti poiché il farmaco è completamente eliminato in 5-7 minuti; pazienti sottoposti a sedoanalgesia per via orale e parenterale devono essere dimessi in condizioni idonee cioè con il divieto di guidare ed accompagnati in modo da evitare possibili incidenti; ugualmente devono essere segnalate e spiegate al paziente le terapie mediche che limitano il livello di attenzione e la capacità psicofisica per interazione con altri farmaci assunti (ad esempio alcool, droghe o ipnotici).

La comparsa di complicanze costituisce ipotesi di responsabilità professionale anche per incidenti verificatisi al di fuori dello studio odontoiatrico quando non sia stato assicurato un adeguato tempo di controllo medico prima della dimissione o siano stati dimessi pazienti privi di accompagnatore e non in buone condizioni psicofisiche (ad esempio per guidare).

6. CONSIDERAZIONI

Possiamo concludere ricordando il Decreto Legge 25 marzo 1996, n. 161 (G.U. 27 marzo 1996): “*Disposizioni urgenti in materia di sperimentazione ed utilizzazione di medicinali*” che o modifica il D.L. 178/91 e quindi detta nuove disposizioni sull’impiego di medicinali.

Tali disposizioni di legge, pur ribadendo la libertà e la discrezionalità del sanitario nella prescrizione farmacologica, pongono dei limiti evidenti, il cui superamento presuppone l’accettazione del rischio e quindi la piena responsabilità in caso di uso difforme dalle indicazioni riportate in letteratura. Le ipotesi di addebito di responsabilità professionale per colpa del sanitario sono state riassunte nella tabella 14. Per quanto attiene invece la presenza di effetti indesiderati lo schema di seguito riportato dovrebbe rappresentare, sempre considerando il caso nella sua concretezza e specificità, una guida ad una metodologia di valutazione efficace.

Tabella 13
MOTIVI DI RESPONSABILITÀ

Assenza di diagnosi
Errata prescrizione

Errata somministrazione
Mancata sorveglianza

Tabella 14
EFFETTI INDESIDERATI E LA RESPONSABILITÀ DEL SANITARIO

Farmaco tossicità	Tipo	Considerazioni medico legali
<i>Dipendente dagli effetti farmacologici primari</i>	Sovradosaggio assoluto Sovradosaggio relativo Cancerogenicità Dismorfogenicità	Sempre prevedibili e prevenibili; sinonimo di responsabilità
<i>Indipendente dagli effetti farmacologici primari</i>	Effetti collaterali Effetti secondari	Indesiderabili ma non evitabili; responsabilità ipotizzabile in caso di mancato controllo
	Intolleranza Idiosincrasia Allergia Reazione autoimmune (tipo LES) Reazione anafilattoide	Non prevedibili e prevenibili in caso di prima somministrazione del farmaco (assenza di responsabilità) Responsabilità accertata in caso di avvenute reazioni pregresse non indagate con anamnesi (quindi prevedibili e prevenibili con una corretta anamnesi prima della prescrizione)

Bibliografia

1. CARNEVALI U.: *Nuove frontiere della responsabilità del produttore: farmaci difettosi e prevenzione del rischio*. Resp. civ. e prev., 1989: 225
2. DALL'OPPIO L., WEINSTEIN R.: *Handicappato e paziente a rischio in odontoiatria*, Masson Ed., Milano, 1990
3. GRELLET M., LAUDENBACH P.: *Terapia stomatologica e maxillo facciale*, Masson, Milano, 1986
4. HARRISON: *Principi di medicina interna*, Ed. Mc Graw-Hill, Libri Italia SI, Milano, 1992: 505, 2875-2897
5. HELLER A., GROSS R.: *Il medico di pronto soccorso*, Mediserve, Milano, 1994
6. LUBIN M., KENNETH WALKER H., SMITH R.: *Il trattamento medico del paziente chirurgico*, Piccin Ed., Padova, 1987
7. LYNCH M., BRIGHTMAN V., GREENBERG M.: *Trattato di medicina orale*, Piccin Ed., Padova, 1992
8. MALAMED S.: *Sedazione*, Piccin Ed., Padova, 1990
9. NEGRI M.: *Emergenze mediche nello studio odontoiatrico*, Il Pensiero Scientifico Editore, Roma, 1987
10. NORELLI G.A., GABRIELLI M.: *Tests allergologici e responsabilità professionale*. Riv. it. med. leg., 1986: 1092
11. NOTO R., CAVAILLON JP., GIRARD P.: *Urgenze mediche nello studio odontoiatrico*, Masson Ed., Milano, 1991
12. PAPAS A., NIESSEN L., CHAUNCEY H. *Odontoiatria geriatrica*, Systems pubblicità, MI, 1995
13. SONIS S., FAZIO R., FANG L. *Principles and practice of oral Medicine*. W.B. Saunders Company Ed., Philadelphia, 1995
14. TASSONI G.: *Responsabilità del produttore di farmaci per rischio da sviluppo e art. 2050 c.c.*, Resp. civ. e prev., 1988: 407
15. TAVANI M.: *Le complicanze da anestesia in odontostomatologia*, Arch. Med. Leg. Ass., 6, 1984: 228

4. LA TRASMISSIONE DELL'INFEZIONE

F. Montagna

La terapia odontoiatrica espone operatori e pazienti a possibili infezioni crociate da parte di un elevato numero di patologie con caratteristiche differenti di morbosità e contagiosità.

Da una parte possiamo considerare malattie esantematiche, infezioni dell'apparato respiratorio ed altre patologie contraddistinte da una bassa mortalità che, invalidanti per periodi ridotti e generalmente prive di conseguenze, non rappresentano particolare fonte di preoccupazioni cliniche e prive di interesse medico-legale. D'altra parte, invece, un rischio maggiore è rappresentato da alcune patologie emergenti a trasmissione parenterale in grado di evolvere in forme gravi con un decorso asintomatico instaurando uno stato di portatore cronico (infezione da HIV, epatiti B, C, D).

La prevalenza stimata di queste patologie nella popolazione generale in Italia è del 2-3% ma può raggiungere valori elevati in alcuni gruppi di comportamento a rischio (tab. 1).

Tabella 1

PATOLOGIE TRASMISSIBILI IN ODONTOIATRIA*

Malattia	Agente	Via di trasmissione
AIDS	Virale	Contatto diretto, sangue, sperma
Epatite A	Virale	Orale, fecale
Epatite B	Virale	Saliva, sangue, goccioline
Epatite non A non B	Virale	Saliva, sangue, goccioline
Candidosi	Miceti	Saliva, essudato
Herpes simplex	Virale	Contatto sessuale, saliva, sangue
Infezioni da stafilococco	Batterico	Saliva, goccioline, naso
Infezioni da streptococco	Batterico	Saliva, sangue, goccioline
Influenza	Virale	Saliva, goccioline
Legionellosi	Batterico	Respiratoria
Mononucleosi infettiva	Virale	Saliva, sangue, goccioline
Morbillo	Virale	Saliva, sangue, goccioline
Parotite epidemica	Virale	Respiratoria
Polmonite	Batterico, virale	Respiratoria, sangue
Raffreddore comune	Virale	Saliva, sangue, goccioline
Rosolia	Virale	Saliva, sangue, goccioline
Sifilide	Batterico	Contatto sessuale, congenita
Tetano	Batterico	Ferita aperta
Tubercolosi	Batterico	Saliva, goccioline
Varicella	Virale	Saliva, sangue, goccioline

*da P. Martini, Medicina legale in odontostomatologia, USES 1988

Una delle maggiori preoccupazioni degli operatori odontoiatrici consiste nell'impedire l'insorgenza di nuovi casi di malattia nelle persone sane durante il trattamento (prevenzione primaria) trasmettendo l'infezione da una persona all'altra (infezione crociata); tale eventualità sottende una chiara responsabilità professionale ed impone alcune considerazioni sui principi da applicare nelle indagini promosse in sede di contenzioso giuridico.

Nelle tabelle successive sono state trattate alcune malattie infettive per fornire elementi utili al giudizio medico-legale e prognostico (tab. 3-4-5-6).

Tabella 2

**PREVALENZA DI ALCUNE MALATTIE INFETTIVE
IN DIVERSI GRUPPI DI COMPORTAMENTO**

Patologie infettive	% Popolazione generale	% Tossicodipendenti per via endovenosa
HIV	0,1 - 0,3	20-30
HBV	2-3	30
HCV	1	50-70
HDV	5 HBsAg+*	15 HBsAg+ *
Tubercolosi	0,007	10 AIDS **
Sifilide	0,0008	3-6

* HDV colpisce i portatori cronici di epatite B
** Il 10% dei portatori di AIDS presenta infezione tubercolare

Tabella 3

SINDROME DA IMMUNODEFICIENZA ACQUISITA

1. **Agente eziologico:** HIV (RNA retrovirus)
2. **Prevalenza nella popolazione generale:** 1-2/1000
3. **Via di trasmissione:** parenterale (sangue, sperma e secrezioni genitali)
4. **Concentrazione ml. sangue:** 10 alla prima - 10 alla quinta / mm³
5. **Resistenza all'ambiente esterno:** da poche ore a 3 giorni
6. **Inattivazione:** 56° calore secco per 30min; glutaraldeide 2% per 10 min;
7. **Rischio di infezione post-esposizione (puntura d'ago):** 0,3-0,5%
8. **Incubazione:** 30-90 gg.
9. **Sintomi d'esordio:** sindromi simil-mononucleosiche e varianti asintomatiche
10. **Letalità:** 90-100% dopo 12-14 anni
11. **Esami ematochimici:** antihiv, ag P24, CD4, CD8
12. **Profilassi post-esposizione:** Zidovudina 1gr /die per 6 settimane; inibitori proteasi
13. **Efficacia:** non dimostrata

Tabella 4
EPATITE B

1. **Agente eziologico:** HBV (DNA virus)
2. **Prevalenza popolazione generale:** 2,5% portatori sani
3. **Via di trasmissione:** parenterale e sessuale (sangue, saliva, essudati, sperma e secrezioni vaginali)
4. **Concentrazione ml sangue:** 10 alla sesta / 10 alla tredicesima
5. **Concentrazione ml. nella saliva:** 10 alla seconda / 10 alla terza
6. **Resistenza all'ambiente esterno:** sei mesi a temperatura ambiente
7. **Inattivazione:** 85° per 60 min.; glutaraldeide 2% 10min.;
8. **Rischio di infezione post-esposizione:** 16-30%
9. **Incubazione:** 30-180 gg
10. **Sintomi d'esordio:** sindrome similinfluenzale e ittero (10%); varianti asintomatiche (90%)
11. **Letalità acuta:** 1%
12. **Cronicizzazione:** 5-10%
13. **Esami ematochimici:** HBsAG, antiHBsAG, HBeAg, antiHBeAg, HBVDNA
14. **Profilassi attiva:** vaccino; *profilassi passiva:* IgGB
15. **Efficacia vaccino:** 95%

Tabella 5
EPATITE C

1. **Agente eziologico:** HCV (RNA virus)
2. **Prevalenza nella popolazione generale:** 0,7-1,4% di portatori cronici
3. **Via di trasmissione:** parenterale (sangue 90%, sperma e secrezioni vaginali 10%)
4. **Concentrazione ml. sangue:** 10 alla sesta-settima
5. **Resistenza all'ambiente esterno:** alcuni giorni
6. **Inattivazione:** cfr HBV
7. **Rischio di infezione post esposizione:** 4-10%
8. **Incubazione:** 30-180 gg
9. **Sintomi d'esordio:** s. similinfluenzale e ittero (20-30%), varianti asintomatiche (70-80%)
10. **Letalità:** acuta rara
11. **Cronicizzazione:** 50-70% dei casi, dei quali il 20% evolve in cirrosi dopo un periodo medio di 15-20 anni
12. **Esami ematochimici:** antiHCV
13. Bassente

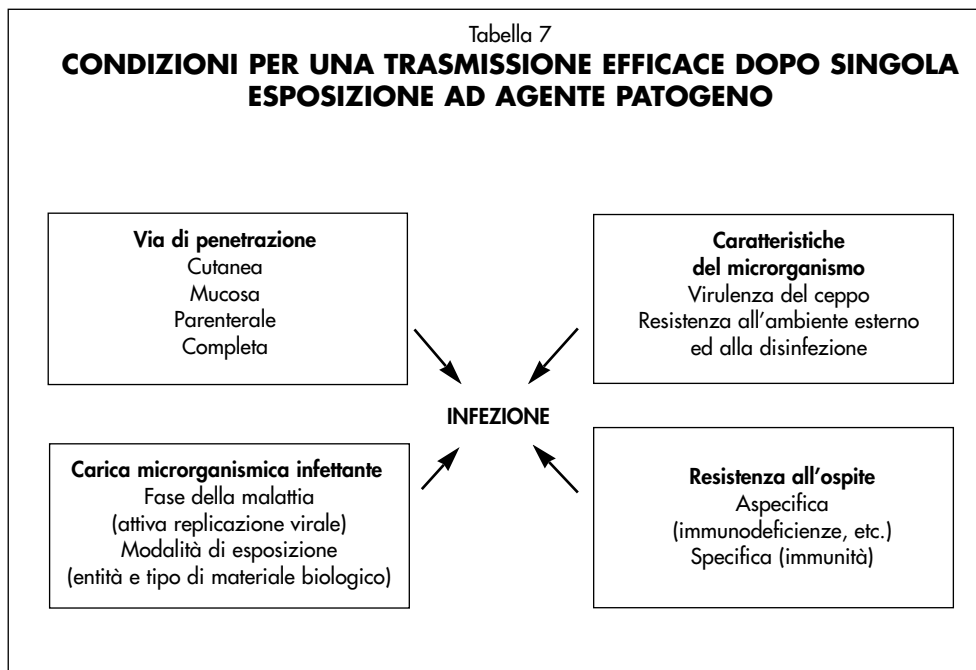
Tabella 6
EPATITE D

1. **Agente eziologico:** HDV (RNA virus difettivo)
2. **Prevalenza nella popolazione generale:** 15% dei portatori cronici di HBV (HBsAG+)
3. **Via di trasmissione:** parenterale
4. **Concentrazione sangue/ml:** 10 alla decima -undicesima
5. **Resistenza all'ambiente esterno:** cfr HBV
6. **Inattivazione:** cfr HBV
7. **Rischio di infezione post-esposizione:** cfr HBV
8. **Incubazione:** 30-180 gg
9. **Sintomi d'esordio:** s. similinfluenzale e ittero, varianti asintomatiche
10. **Letalità:** acuta 2% infezione simultanea B + D; 17% superinfezione D in HBSAg+
11. **Cronicizzazione:** 10% coinfezione; 90% sovrainfezione; mortalità 20-40% in 6-7 anni
12. **Esami ematochimici:** antiHDV
13. **Profilassi attiva:** vaccino HBV; *profilassi passiva:* IgGB
14. **Efficacia:** vaccino 95%

1. L'INFEZIONE CROCIATA

I fattori implicati nella trasmissione efficace di una patologia contagiosa sono molteplici e possono essere sintetizzati in quattro condizioni:

- Il soggetto infettante sia affetto da malattia in fase contagiosa (portatore in incubazione, ammalato in fase acuta, portatore cronico o permanente)
- La carica microbica trasferita sia per quantità superiore alla dose infettante, ricordando che non è definibile la quantità minima di inoculo sufficiente a trasmettere l'infezione. Per esposizioni analoghe, ad esempio, il rischio muta in relazione alla virulenza ed alla concentrazione del microrganismo nel liquido biologico (sangue, saliva, secrezioni, etc.); la carica microbica varia nelle diverse fasi della malattia in relazione al grado di attività della replicazione del microrganismo; in caso di esposizione indiretta la carica microbica è influenzata dalla resistenza del microrganismo all'ambiente esterno.
- La disponibilità di una via di penetrazione, poiché i microrganismi patogeni dipendono per la trasmissione da vie di ingresso obbligate o preferenziali. Si devono considerare l'entità e le modalità dell'esposizione (massima in caso di iniezione o trasfusione; parenterale certa in caso di puntura accidentale; parenterale possibile in caso di esposizione mucosa e cutanea). In caso di esposizione cutanea la presenza di ferite e dermatiti croniche (eczema, psoriasi) facilita l'infezione, mentre nel caso di esposizione a cute integra il rischio è nullo; invece le mucose e le congiuntive sono più fragili, possono presentare soluzioni di continuità e quindi un maggior rischio di contagio.



- d) Lo stato immunitario del soggetto esposto al rischio di contagio (precedenti contatti, vaccino profilassi, siero-profilassi, stati di immunodepressione, stato di salute, etc.).
Si possono distinguere due diversi tipi di infezione crociata (tab.8):
- L'infezione iatrogena può avvenire tra paziente infetto e paziente per scorretta disinfezione e sterilizzazione dello strumentario o tra operatore infetto e paziente per la mancata utilizzazione di misure di barriera.
 - L'infezione occupazionale avviene tra paziente infetto e operatore per esposizione accidentale a materiale biologico durante le procedure assistenziali o di manutenzione dello strumentario
- Per offrire dati utili ad una grossolana quantificazione del problema sottolineiamo alcuni punti dedotti dalla letteratura:

a) *Epatiti*

Infezioni crociate di HBV e HCV per pazienti ed operatori rappresentano eventualità ampiamente dimostrate in letteratura odontoiatrica e l'elevato rischio è rapportabile allo stato sierologico del soggetto contagioso; il rischio maggiore è rappresentato dall'HBV che è attualmente in diminuzione con la vaccinazione obbligatoria e l'uso delle precauzioni universali (tabella 9); il rischio è minore per altre forme di epatiti per le quali comunque non sono ancora disponibili vaccini (tabella 10); peraltro dal 1987 non è segnalata una epidemia iatrogena da HBV in odontoiatria trasmessa da personale odontoiatrico a paziente (tabella 11).

b) *Sindrome da immunodeficienza acquisita*

Non è mai stata dimostrata la trasmissione di HIV tra paziente e paziente nel corso di terapie odontoiatriche; un solo caso di infezione volontariamente causata da un dentista infetto a cinque pazienti è stata dimostrata; dal 1984, data di comparsa dell'AIDS, sono stati registrati nel mondo 64 casi di infezione occupazionale accertati in personale sanitario e 117 possibili.

Due odontoiatri compaiono nel secondo gruppo in assenza di sieroconversione documentata e assenza di altri fattori di rischio e quindi definibili come probabili casi di infezione occupazionale.

c) *Norme universali*

Le pratiche odontoiatriche sono classificabili come manovre invasive che espongono l'operatore sanitario ed il paziente al rischio di contagio; ma possiamo considerare che il rischio sia trascurabile nelle condizioni di lavoro abituali utilizzando le precauzioni universali (tab.12);

Particolare attenzione, comunque, deve essere posta a quelle condizioni in grado di incrementare il rischio di esposizione accidentale: l'organizzazione del lavoro e l'istruzione del personale possono infatti influire in modo determinante per la prevenzione di infortuni (tabella 13).

Attualmente vi è l'indicazione ad adottare precauzioni universali con tutti i pazienti per la prevenzione del contagio prescindendo, dalla conoscenza dello stato di infezione del singolo soggetto, poiché l'identificazione dello stato di malattia è impossibile in assenza di esami sierologici.

Del resto, l'esecuzione sistematica di esami non è proponibile per l'elevato costo;

non permette inoltre di identificare pazienti infetti ed infettanti nelle prime fasi della malattia in cui non abbiano ancora sviluppato anticorpi specifici (periodo finestra antecedente la sierconversione).

Tabella 8

MODALITÀ E PREVENZIONE DEL CONTAGIO

Tipo	Modalità	Prevenzione
Infezione iatrogena Paziente infetto-paziente	Contagio indiretto	Sterilizzazione, disinfezione, igiene ambientale
Operatore infetto-paziente	Contagio diretto	Misure di barriera
Infezione occupazionale Paziente infetto- operatore contagio	Contagio diretto o indiretto	Precauzioni universali, profilassi attiva, chemioprolassi primaria

Tabella 9

PREVALENZA DI MARKERS SIEROLOGICI DI PREGRESSA EPATITE B IN OPERATORI ODONTOIATRICI NON VACCINATI (U.S.A.)

Autori	Percentuale	Autori	Percentuale
Feldman et al., 1975	18%	Weil et al., 1977	21%
Mosley et al., 1975	14%	Siev et al., 1989	10.9%
Smith et al., 1976	14%	ADA, 1993	8%

Tabella 10

EFFICACIA DI TRASMISSIONE DELL'INFEZIONE DA HBV, HCV, HIV*

Patologia	Fonte	Rischio %
HBV	HBsAg+, HBeAg+	30
	HBsAg+, HBeAg-	15
HCV	Anti-HCV+, HCV-RNA+	15
	Anti-HCV+, HCV-RNA	3
HIV	Anti-HIV+	0,5

* Quantità di sangue trasmissibile con singola puntura accidentale determinata su modello sperimentale=0,034 microlitri.

Tabella 11
**TRASMISSIONE DI HBV
 DA DENTISTI PORTATORI CRONICI A PAZIENTI**

Autori	N. pazienti	Operatore
Levin et al., 1974	13	Dentista
Williams et al., 1975	0	Dentista
Goodwin et al., 1976	37	Chirurgo orale
Watkins, 1976	15	Chirurgo orale
Rimland et al., 1977	55	Chirurgo orale
Ahtone et al., 1981	3	Chirurgo orale
Hadler et al., 1981	6	Dentista
Reingold et al., 1982	12	Chirurgo orale
Ahtone et al., 1983	4	Dentista
Shaw et al., 1986	25	Dentista
Center for Disease Control, 1987	4	Chirurgo orale

Tabella 12
NORME UNIVERSALI

Adozione di misure di barriera
Disinfezione-sterilizzazione dello
strumentario
Profilassi attiva e sorveglianza
sanitaria

Revisione delle procedure di
assistenza
Limitazione delle procedure a rischio
Istruzione del personale

Tabella 13
**PRINCIPALI FATTORI DETERMINANTI
 IL RISCHIO DI INFEZIONE OCCUPAZIONALE**

Fattore determinante	Rischio	
	Maggiore	Minore
A) Fattori in relazione al paziente 1. Prevalenza della patologia nei pazienti 2. Fase dell'infezione	Elevato Fase acuta avanzata	Basso Fase intermedia
B) Fattori in relazione all'agente 1. Trasmissibilità 2. Carica minima infettante 3. Sopravvivenza in ambiente esterno	Elevato Basso Lungo	Basso Alto Corto
C) Fattori inerenti la procedura 1. Numero di eventi a rischio (manovre invasive) nel tempo 2. Quantità di sangue trasferito 3. Tipo di esposizione	Numerosi Contagiosità elevata Lesione penetrante	Rari Contagiosità bassa Lesione superficiale
D) Fattori legati alla professionalità 1. Addestramento 2. Applicazione norme universali 3. Percezione del rischio 4. Posizione di lavoro 5. Stato psicologico	Aspecifico Non adesione Assente Instabile Presenza di ansia	Specifico Adesione Sviluppato Stabile Assenza di ansia
E) Fattori in relazione all'ambiente 1. Spazio 2. Affollamento 3. Luminosità 4. Tempo di prestazione 5. Disponibilità immediata presidi prevenzione 6. Controllo attivo del responsabile	Ridotto Presente Scarso Ridotto Assente Assente	Sufficiente Assente Elevato Sufficiente Presente Presente

2. CENNI DI LEGISLAZIONE

Un fertile dibattito di etica e deontologia professionale ed uno sviluppo della normativa si è sviluppato negli anni ottanta a seguito della spinta emozionale collettiva determinata dalla comparsa della epidemia di AIDS che ha risvegliato la presa di coscienza del problema delle patologie infettive diffuse. Le moderne misure di prevenzione hanno ridotto il rischio di infezione crociata ad un livello accettabile; non è necessaria inoltre nessuna specializzazione o particolare attrezzatura per trattare questi pazienti. È scientificamente ed eticamente inaccettabile non trattare un paziente portatore di malattia infettiva solo sulla base del proprio sierostato e l'utilizzo di tali argomentazioni rappresenta un pretesto per mascherare una ingiustificabile discriminazione. Il libero professionista, a cui si

riconosce la discrezionalità della prestazione, eserciterebbe in tal modo una discriminazione eticamente censurabile e sanzionabile come responsabilità deontologica dall'Ordine professionale; l'incaricato di pubblico servizio commetterebbe il reato di omissione di atti d'ufficio (art. 328 c.p.). L'interruzione del piano di terapia deve essere motivato dalla rottura del rapporto fiduciario non diversamente da altri pazienti (mancati appuntamenti, mancato pagamento della parcella, divergenze sul piano terapeutico, aperte critiche). La decisione di non trattare è giustificabile qualora sia presa nell'interesse del paziente sulla base di criteri di prudenza analoghi a quelli utilizzati su pazienti con altre patologie oppure qualora il dentista ritenga di non essere in grado di trattare correttamente il paziente per assenza di attrezzature, conoscenza, esperienza o in presenza di condizioni sistemiche che presentino un rischio perioperatorio non accettabile. In questi casi, previa una onesta discussione ed accordo, il paziente può essere inviato ad un collega disponibile al trattamento o a strutture pubbliche dove sia possibile un trattamento gravato da minori costi.

Il dentista affetto da malattie infettive trasmissibili rappresenta un problema sociale e di etica professionale il cui approccio potrà registrare futuri cambiamenti sotto la pressione dell'opinione pubblica. Secondo l'attuale legislazione italiana un operatore sanitario con infezione a trasmissione ematica può continuare ad esercitare; non ha l'obbligo di informare i propri pazienti; non ha l'obbligo di sottoporsi ad accertamenti ematochimici periodici o preassunzione; è naturalmente obbligatoria l'adozione delle misure di barriera.

L'etica professionale suggerisce comunque di limitarne l'attività escludendo le manovre invasive, potenziale fonte di incidenti ed infezione crociata.

Nel caso contrario, quando, cioè, il sanitario sia contagiato nel corso della terapia da un paziente consapevole di essere affetto da una malattia infettiva e diffusiva che non abbia dichiarato il proprio stato, non sussiste responsabilità stante l'obbligo del sanitario ad adottare le precauzioni universali.

Per completezza di seguito riportiamo un compendio non esaustivo di riferimenti legislativi in materia di prevenzione dell'infezione, individuazione della responsabilità e sanzionabilità penale e civile.

- a) *Legge 10-2-1989, n. 45: "Norme per lo smaltimento dei rifiuti provenienti da strutture sanitarie"*

La legge obbliga ad eliminare i taglienti in contenitori rigidi, rifiuti anatomici in sacchetti rinforzati con sostanze disinfettanti; istituisce un albo di ditte specializzate per lo smaltimento dei rifiuti con obbligo di un registro di carico e scarico e la dichiarazione annuale.

- b) *Legge 5/6/1990, n. 135 "Programma di interventi urgenti per la prevenzione e la lotta contro l'AIDS"*

Gli articoli 5 e 6 sanciscono il diritto all'anonimato per il paziente HIV-positivo; vietano la discriminazione del malato in attività sportive, scolastiche e lavorative.

- c) *D.M. 28 settembre 1990 (pubblicato sulla G.U. 8-10-90): "Norme di protezione dal contagio professionale da HIV nelle strutture sanitarie e assistenziali pubbliche e private"*

Il testo indica norme per l'eliminazione di aghi e altri taglienti (art.2); l'obbl-

go di adozione delle misure universali, i compiti di informazione, formazione e sorveglianza dei preposti e di adempimento dei lavoratori.

L'art. 1 *Precauzioni di carattere generale* indica l'obbligatorietà dell'utilizzazione delle precauzioni universali per tutti gli operatori sanitari.

L'art. 2 indica norme specifiche sulla prevenzione degli incidenti e l'eliminazione di aghi e taglienti.

L'art. 4 *Norme per operatori odontoiatrici* si riferisce specificatamente alla categoria odontoiatrica e sancisce l'obbligo di adozione delle precauzioni universali, di utilizzazione di guanti, di sterilizzazione e disinfezione dello strumentario, divieto di ricappucciare aghi e manipolare taglienti infetti.

L'art. 8 *Obblighi degli organi preposti rivolti a preposti a strutture assistenziali pubbliche e private titolari di studi professionali e laboratori* sancisce che il responsabile deve attivarsi per rendere edotti ed informare gli operatori dei rischi a cui sono sottoposti; assicurare mezzi, presidi, e materiali per la protezione; disporre e vigilare affinché le norme per la prevenzione del contagio siano utilizzate dal personale.

D.M. 28 SETTEMBRE 1990 (PUBBL. G.U. DEL 08.10.1990) "Norme di protezione dal contagio professionale da HIV nelle strutture sanitarie ed assistenziali pubbliche e private".

- Art. 1: (Precauzioni di carattere generale): *"Tutti gli operatori, nelle strutture sanitarie e assistenziali, pubbliche e private, inclusi i servizi di assistenza sanitaria in condizioni di emergenza e i servizi per l'assistenza ai tossicodipendenti, nonché quanti partecipano alle attività di assistenza e trattamento domiciliare dei pazienti, debbono adottare misure di barriera idonee e prevenire l'esposizione della cute e delle mucose nei casi in cui sia prevedibile un contatto accidentale con il sangue o altri liquidi biologici"*.

- Art. 4: (Precauzioni per gli operatori odontoiatrici): *"Gli operatori odontoiatrici, oltre ad osservare le precauzioni di carattere generale, debbono indossare i guanti durante le manovre che possono comportare contatto con mucose, sangue, saliva e fluido gengivale, sostituendoli per ogni singolo paziente. I manipoli, gli ablatori ad ultrasuoni, le siringhe aria/acqua, le frese e qualsiasi altro strumento che venga a contatto con le mucose, dopo l'utilizzo, se riutilizzabili, vanno sterilizzati per ogni singolo paziente. Nei casi in cui la sterilizzazione non sia tecnicamente possibile, è obbligatoria la disinfestazione degli strumenti con sostanze chimiche di riconosciuta efficacia sull'HIV. Tutti i rifiuti dei gabinetti dentistici debbono essere eliminati secondo la procedura di cui alla Legge 10 Febbraio 1989 n. 45"*.

- Art. 8: (Obblighi degli organi preposti): *"Gli organi preposti alle strutture sanitarie ed assistenziali pubbliche e private, i titolari di studi professionali e laboratori... debbono:*

- 1) *rendere edotti con adeguati strumenti di informazione, gli operatori dei rischi specifici a cui sono esposti e portare a loro conoscenza le norme di prevenzione di cui al presente decreto;*
- 2) *assicurare agli operatori mezzi, presidi, e materiali per l'attuazione delle presenti norme;*
- 3) *disporre e vigilare affinché gli operatori osservino le precauzioni stabilite ed usino i mezzi di protezione messi a loro disposizione*

- Art. 9 (Obblighi degli operatori): "Tutti gli operatori di cui all'articolo 1 debbono:
- 1) osservare le norme del presente decreto nonché le misure correntemente riconosciute idonee per il controllo delle infezioni;
 - 2) usare nelle circostanze previste dal presente decreto, i mezzi di protezione messi a loro disposizione;
 - 4) comunicare immediatamente all'organo preposto l'accidentale esposizione a sangue o ad altri liquidi biologici per l'adozione degli opportuni provvedimenti;..."
- d) *Decreto Ministeriale 4/10/1991: "Offerta gratuita della vaccinazione contro l'epatite B alle categorie a rischio"*
Nell'art. 1 sono inclusi i soggetti che svolgono attività di lavoro nell'ambito della sanità pubblica e privata.
- e) *Legge 25/2/1992, n. 210 e Circolare Ministeriale 10/4/1992, n. 500 "Indennizzo a favore dei soggetti danneggiati da complicanze di tipo irreversibile a causa di vaccinazioni obbligatorie, trasfusioni ed emoderivati"*
Rientrano tra le categorie gli operatori sanitari che abbiano contratto infezione da HIV a seguito di esposizione professionale o danneggiati a seguito di vaccinazioni.
- f) *Decreto Legislativo 626/94*
Rappresenta la norma di chiusura del sistema giuridico sulla salute nell'ambiente di lavoro e recepisce le direttive dell'Unione Europea; deve essere applicato a tutti i settori di attività pubblici e privati indipendentemente dal numero di persone occupate; la protezione dall'esposizione ad agenti biologici è espressamente richiamata: la presenza o assenza delle attrezzature di sicurezza acquista una rilevanza essenziale ed è punibile con la multa e/o la reclusione.
- g) *Denuncia di malattie infettive*
La denuncia è obbligatoria per le malattie infettive o diffuse e va indirizzata al coordinatore sanitario dell'USSL competente per il territorio (art. 254 T.U.L.S.); le patologie sono specificate nell'elenco emanato con D.M. 5-7-1975 aggiornato con D.M. 29-11-1986.
Secondo l'interpretazione letterale, la legge esegue esplicito riferimento alla figura del medico chirurgo; tuttavia riteniamo che una diversa interpretazione possa comprendere anche il dentista del quale comunque si devono tenere presenti le limitate competenze diagnostiche.
- h) *Codice Penale*
I riferimenti normativi specifici prevedono il reato di epidemia nel caso di ipotesi dolosa (art. 438 c.p. *Epidemia*) e colposa (art. 452 c.p. *Delitti colposi contro la salute pubblica*). Nei casi isolati può realizzarsi il reato di lesioni personali colpose (art. 590 c.p. *Lesioni personali colpose*) ed omicidio colposo (art. 589 c.p. *Omicidio colposo*). L'omissione delle attività di prevenzione può costituire comportamenti professionali difformi dalle disposizioni dell'Autorità giudiziaria per inosservanza dei provvedimenti (art. 650 c.p. *Inosservanza dei provvedimenti dell'Autorità*).

i) *Codice Civile*

La responsabilità civile e l'obbligo di risarcimento da fatto illecito derivano dall'art.1228 c.c. *Responsabilità per fatto degli ausiliari* e art. 2043 c.c. *Risarcimento per fatto illecito* per la responsabilità verso i pazienti; per quanto riguarda gli operatori e ausiliari il fondamento dell'obbligo generale di tutela per la sicurezza dei lavoratori è ricavabile dall'art. 2087 c.c. *Tutela delle condizioni di lavoro*.

3. IL NESSO DI CAUSALITÀ TRA INFORTUNIO E INFEZIONE OCCUPAZIONALE

La terapia odontoiatrica è una pratica invasiva che espone l'operatore al rischio di trasmissione diretta attraverso la via cutanea, mucosa e parenterale; le possibili vie di esposizione parenterale a liquidi biologici nella pratica odontoiatrica identificabili e prevenibili con una corretta condotta sono: la ferita accidentale, la contaminazione di lesioni cutanee, l'esposizione di mucose e congiuntive.

Anche la via indiretta attraverso l'ambiente esterno riveste una notevole importanza: per via aerea (data la posizione ravvicinata dell'operatore) o tramite veicoli (vestiti, superfici dell'ambiente di lavoro) in relazione alla resistenza del microrganismo all'ambiente esterno.

Per evidenziare il problema delle infezioni occupazionali risulta utile introdurre il concetto di rischio relativo in modo da quantificare l'associazione tra l'esposizione lavorativa e lo sviluppo della malattia.

Il rischio relativo (RR) è il rapporto tra l'incidenza di una patologia in soggetti esposti e non esposti allo stesso fattore di rischio; se il fattore non ha influenza sulla malattia il rapporto risulta pari o inferiore a 1; il valore è superiore a 1 se vi è associazione statistica (tab. 14).

Nella maggior parte dei casi di operatori sanitari infettati, non è possibile con l'anamnesi risalire ad un episodio di esposizione parenterale (ferita, taglio o puntura) responsabile del contagio ed in questi casi si ammette che l'infezione sia avvenuta attraverso lesioni difficilmente individuabili della cute e delle mucose (via parenterale inapparente) o per comportamenti a rischio (promiscuità sessuale, tossicodipendenza, etc.) dell'operatore stesso.

Del resto l'adozione di precauzioni universali non elimina il rischio di esposizione a materiale biologico infetto che può avvenire accidentalmente per gli operatori sanitari nel corso di normali manovre di assistenza.

In questo caso è utile chiarire un protocollo preciso di comportamento che permetta di agire con tempestività e ridurre lo stato d'ansia (tab. 15-16).

Tali considerazioni introducono due diversi problemi: la responsabilità del datore di lavoro in caso di infortunio sul lavoro a cui consegua una infezione occupazionale; il problema della tutela assicurativa.

L'importanza di tali osservazioni è evidente se ci soffermiamo a considerare che in uno studio libero-professionale il dentista riassume in sé la figura di responsabile del servizio e direzione sanitaria su cui ricade l'obbligo di sicurezza dell'ambiente di lavoro e sorveglianza sanitaria.

Il comportamento di base da tenere in caso di esposizione accidentale è indicato nelle tabelle 15 e 16 in cui è sottolineata l'importanza di registrare e comprovare con esami sierologici periodici (sorveglianza sanitaria) e immediatamente a seguito di esposizione accidentale lo stato di salute dell'operatore al momento dell'infortunio per poter dimostrare il nesso di causalità tra evento e malattia professionale.

Per ottenere e attivare la garanzia assicurativa è importante dimostrare il nesso di causalità materiale tra infortunio e malattia conseguente, visto che in ambito infortunistico non vige il principio di presunzione legale di origine.

Secondo l'orientamento giuridico prevalente, nel caso di epatite virale l'alto rischio depone a favore del lavoratore anche in difetto di prova come ribadito da varie sentenze dalla corte di Cassazione "... *causa violenta in occasione di lavoro anche l'azione di fattori microbici e virali che penetrando nell'organismo umano ne determinino l'alterazione dell'equilibrio anatomico-fisiologico, purchè la suddetta azione sia in rapporto accettabile anche in presunzione semplice con lo svolgimento dell'attività lavorativa... il ricorso a presunzioni semplici e la concorrenza di determinate circostanze obiettive può essere in tali casi sufficiente per la formazione del convincimento...*"(Cass. Sent. n. 5746/1982).

Analoga è la sentenza della Sezione Lavoro n. 3090 del 13/3/1992 relativa al caso di un infermiere che si era visto negare dall'INAIL una rendita di invalidità permanente per epatite virale cronicizzata per la mancata individuazione dell'evento lesivo "... *è certamente viziata la sentenza impugnata, nella quale, pur ammettendo la possibilità di ricollegare l'affezione con l'espletamento delle mansioni svolte dall'appellante, si nega l'esistenza di un rapporto causale tra la prima e la seconda sulla base di argomentazioni del tutto fragili, come la mancata individuazione di un preciso evento, 17/9/1983, e la conclamazione della malattia, 22/9/83, attese le difficoltà di cui si è detto scientificamente riconosciute; come il rilievo circa la notevole distanza di tempo tra l'asserito infortunio e la data di denuncia dello stesso, 8/8/96...*".

Tale presunzione non è operante nel caso di infezione da HIV per il basso rischio professionale e la difficoltà di escludere altre cause come comportamenti a rischio; diviene quindi fondamentale la segnalazione di infortunio all'INAIL o all'assicurazione per comprovare il nesso di causalità.

Tale comportamento è oltretutto un dovere giuridico (art.9 *Obblighi degli operatori* del D.M. Sanità 28 Settembre 1990).

Da ultimo riportiamo la Sentenza del Pretore di Torino del 22 Marzo 1989 su di un caso di infezione occupazionale che ci riporta al problema dell'infortunio sul lavoro e la responsabilità del dentista in quanto datore di lavoro.

Una infermiera in servizio presso l'Ospedale Maggiore di Torino, reparto di rianimazione, mentre accompagnava una paziente nel reparto di radiologia, a seguito della rottura di un trasduttore di pressione arteriosa veniva investita nell'occhio da un getto di sangue.

Il paziente era affetto da HIV nel periodo finestra (non evidenziabile con le ricerche sierologiche di anticorpi anti HIV) e l'infermiera fu contagiata.

Il primario fu processato e condannato per lesioni colpose perché: la dotazio-

Tabella 14

RISCHIO RELATIVO DI INFEZIONE OCCUPAZIONALE

Patologia	Prevalenza nella popolazione generale	Prevalenza negli odontoiatri	Rischio relativo occupazionale stimato
Infezione da HIV	1/1000	0,57/1000	1
Infezione da HBV	0,5%-1,2%	21%*	20-40
Infezione da HCV	0,7%-1,4%	1,75%	4

* Prevalenza di anti-HBs in dentisti non vaccinati

** Prevalenza antiHCV

Tabella 15

ESPOSIZIONE DEGLI OPERATORI SANITARI

L'Operatore Sanitario esposto deve immediatamente:		
ESPOSIZIONE PARENTERALE (taglio o puntura, esposizione a cute lesa)	Aumentare il sanguinamento, detergere la ferita con acqua e sapone, disinfettare (povidone-iodio 7,5%, clorossidante elettrolitico 5-10%)	<ol style="list-style-type: none"> 1. Informare il Responsabile del Servizio 2. Avisare il paziente per ottenere il consenso a eseguire ricerche sierologiche 3. Denunciare l'infortunio (INAIL)
ESPOSIZIONE MUCOSA (schizzi in bocca e occhi)	Lavare con acqua corrente, collutorio	<ol style="list-style-type: none"> 4. Richiedere alla Direzione Sanitaria di avviare le procedure di profilassi
La Direzione Sanitaria deve:		
Se il paziente è infetto, rifiuta di eseguire il test o non è identificabile	<ol style="list-style-type: none"> 1. Informare l'operatore sul rischio 2. Sottoporre l'operatore a valutazione clinica e sierologica (0-1-3-6-12 mesi) 3. Informare l'operatore sul protocollo di profilassi 	
L'Operatore sanitario esposto dovrà successivamente:		
Nel periodo di sorveglianza: (12 mesi consecutivi)	<ol style="list-style-type: none"> 1. Avere rapporti sessuali protetti e non avere gravidanze 2. Non donare sangue 3. Comunicare alla direzione sanitaria eventuale sintomatologia 	

Tabella 16

**COMPORTEMENTO IN CASO DI ESPOSIZIONE
NELLO STUDIO ODONTOIATRICO**

Compiti del titolare dello studio	Scopi
Profilassi della ferita	Detersione e/o disinfezione
Invio a struttura pubblica competente territorialmente (Ser.T., Reparto Malattie Infettive, Gruppo C, Ufficio di Igiene e Profilassi)	Esami sierologici seriati Informazione dell'operatore esposto Attuazione di un protocollo di profilassi
Denuncia infortunio (INAIL, assicurazioni private)	Attivazione prudenziale della garanzia assicurativa

ne di mezzi era insufficiente (occhiali); il primario non aveva disposto ed preteso che i singoli lavoratori portassero i mezzi di protezione messi a loro disposizione; il personale non era stato adeguatamente informato ed addestrato.

4. CONSIDERAZIONI

Il problema della trasmissione dell'infezione nello studio odontoiatrico riguarda il sanitario dal punto di vista medico-legale sotto l'aspetto della responsabilità professionale e quello degli adempimenti obbligatori per legge. Il problema della responsabilità professionale si configura sotto il duplice aspetto penale e civile nei confronti del paziente, del personale dipendente e collaboratore, di qualsiasi altra terza persona, compresi i familiari.

Nell'ipotesi di trasmissione di una grave infezione nel corso di terapie odontoiatriche si configura una colpa professionale per imprudenza e negligenza derivante da atteggiamento omissivo nella applicazione delle norme universali di protezione, riconducibile ad uno dei seguenti atteggiamenti:

- Insufficiente presenza di presidi ambientali e strumentali che assicurino sterilizzazione e asepsi dello strumentario (sterilizzatrici, autoclavi, centro di sterilizzazione)
- Assenza di utilizzazione di misure di barriera (camice, guanti, mascherina, occhiali schermo) in quanto non fornite, non disponibili
- Assenza di istruzione e sorveglianza del personale e sull'uso delle norme universali.

I presupposti fondamentali ci portano a considerare i problemi del nesso di causalità materiale tra danno conseguito, evento infortunio occorso nello studio odontoiatrico e la dimostrata responsabilità dell'operatore (art. 40 c.p. *Rapporto di causalità*; art. 2043 c.c. *Risarcimento per fatto illecito*).

La possibilità di trasmettere una infezione crociata durante la terapia odontoiatrica per diverse malattie è ampiamente dimostrata; tuttavia nel singolo caso può risultare complesso o impossibile ricostruire la catena epidemiologica per dimostrare il nesso di

causalità tra condotta dell'operatore odontoiatrico e contagio. A tale proposito ricordiamo che la maggior parte delle infezioni avviene in presenza di anamnesi negativa per infortuni o esposizioni evidenti a materiale biologico (infezione inapparente) e che le malattie possono decorrere in modo asintomatico per lunghi periodi di tempo.

Per la diagnosi di infezione crociata certa, in modo tale che siano dimostrati i requisiti necessari per ricostruire una relazione diretta tra l'evento a rischio e lo stato di malattia, proponiamo di utilizzare i criteri della tabella 17. La dimostrazione di un nesso causale certo non è agevole ed in molti casi l'assenza dei presupposti indicati in precedenza porterà a conclusioni di indimostrabilità o mera possibilità.

In questi casi, comunque, parte del quesito formulato dal magistrato e dell'indagine medico-legale verterà sulla richiesta di provare se nello studio siano state rispettate le disposizioni idonee a prevenire un contatto accidentale tra cute e mucose e materiali biologici a rischio in ottemperanza alla attuale legislazione.

Appare chiaro che indipendentemente dall'accertamento del rapporto causale, la dimostrazione di un mancato utilizzo di mezzi di barriera o altre misure atte a prevenire un contagio potrebbe essere sufficiente a promuovere un procedimento giudiziario e la richiesta di un risarcimento in sede civile e/o penale.

Tabella 17

CRITERI PER L'ACCERTAMENTO DI INFEZIONE CROCIATA

1. Documentata esposizione a materiale biologico appartenente a paziente con infezione accertata
2. Assenza di altri fattori di rischio (prima dell'incidente e durante il follow up)
3. Sieronegatività precedente documentata (esame sierologico negativo a distanza di pochi giorni dall'incidente)
4. Sieroconversione dimostrata in un tempo compatibile
5. Somiglianza genomica (tipizzazione).

Bibliografia

1. AMERICAN ASSOCIATION FOR STUDY OF LIVER DISEASE: *Le epatiti virali dalla A alla F*, Jansen-Cilag Spa, 1995
2. BARBUTI S., BELLETTI E., FARA GM., GIANMMANCO G.: *Igiene e medicina preventiva*, a vol. 2 Monduzzi Ed. 1994: 221-260.
3. BUZZI F.: *Contagio di HIV da emotrasfusioni ed emoderivati: considerazioni medico-legali e medico-sociali in prospettiva europea*, Riv. it. med. leg., 1992: 15
4. DESSI A.: *AIDS, contagio e responsabilità*. Resp. civ. e prev., 1990: 859
5. EBBESON P., et al.: *Lack of antibodies to HTLV III / LAV in Danish dentists*, JAMA, 1986, 256:2199
6. FLORES A.: *L'infezione post-trasfusionale da HIV: aspetti epidemiologici, diagnostico-preventivi e riflessi medico-legali*, Riv. it. med. leg., 1990: 1075
7. IPPOLITO G.: *L'infezione professionale da HIV per gli operatori sanitari: rischi e strategie di prevenzione*, in "Il libro italiano dell'AIDS", MC GROW- HILL, 1994
8. KLEIN R. et al.: *Occupational risk for hepatitis C virus infection among New York city dentists*, The Lancet 1991 338: 1539, 1542
9. KLEIN R.: *Low occupational risk of HIV infection among dental professionals*, N Engl J Med 1988, 318: 86-90
10. LANPHEAR-BRUCE P.: *Post exposure prophylaxis for hepatitis B*. Lancet 1989, Oct. 7,2 (8667): 860

11. LEGGE 5/6/1990, N. 135 IN G.U. (Giugno,n.132): *Programmi di interventi urgenti per la prevenzione dell'AIDS.*
12. LIFSON A.R., et al.: *National surveillance of AIDS in health care workers.* JAMA,1986, 256:3231-34
13. MONTAGNA F.:*Prevenzione delle infezioni in odontoiatria: epatiti e AIDS*, Promoass Ed., Roma, 1997
14. MONTAGNA F., SERPELLONI G.: *Droga, AIDS, epatiti in odontoiatria*, Guttenberg Ed., Verona, 1996
15. ROTA M.C., GRECO D.: *Infezioni da HIV e Sindrome da Immunodeficienza Acquisita*, Rapporti ISTISAN, 93/5 Pt.

5. LE EMERGENZE MEDICHE

P.O. Carli, F. Montagna

La maggior parte dei dentisti esercita in regime libero-professionale eseguendo abitualmente interventi complessi senza, quindi, la reperibilità di specialisti medici, come avviene nei reparti ospedalieri; tale situazione li pone in condizioni di precarietà nei confronti di complicanze sistemiche, a causa di fattori di rischio legati alle condizioni generali del paziente ed alla terapia odontoiatrica (tab. 1).

Le emergenze che possono verificarsi nello studio odontoiatrico sono state sintetizzate nella tab. 2 basata su una indagine svolta su un campione di 2704 dentisti a cui è stato inviato un questionario che chiedeva di descrivere le situazioni a rischio verificatesi negli ultimi dieci anni della loro professione.

L'analisi evidenzia che la maggior parte delle emergenze è di natura benigna e tende a risoluzione spontanea, ma che un numero significativo è riferito a complicazioni cardiovascolari, cerebrovascolari e respiratorie potenzialmente pericolose per la vita.

Emergenze minori (lipotimie, convulsioni, agitazioni psicomotorie) presentano una incidenza di circa 1/200 prestazioni e sono costituite nella quasi totalità dei casi da lipotimie; le emergenze maggiori, che possono giungere sino al decesso, risultano più rare: una ricerca svolta su 110.000 casi di anestesia locale ha registrato un totale di 227 decessi, di cui solo 58 mostravano un rapporto di causalità diretta e 169 di concausalità con la terapia odontoiatrica (Malamed). In Italia si calcola che avvengano circa 4-5 decessi all'anno in studi odontoiatrici (Damia).

Il problema delle emergenze mediche nello studio odontoiatrico sotto il profilo medicolegale si concreta essenzialmente in una obbligazione di mezzi e comportamento che presuppongono l'adozione di misure specifiche atte a garantire la sicurezza del paziente in due direzioni:

- a) Le misure di prevenzione sono costituite dall'esame medico preliminare alla terapia specialistica (anamnesi e sommario esame obiettivo) in modo da pervenire ad una valutazione del rischio perioperatorio ed adeguare il piano di trattamento alle condizioni generali del paziente

Tabella 1

FATTORI DI RISCHIO NELLA TERAPIA ODONTOIATRICA

Malattie sistemiche
 Invecchiamento
 Entità del trauma operatorio (invasività, durata dell'intervento e decorso postoperatorio)
 Entità dello stress operatorio (dolore, ansia)
 Terapia farmacologica (effetti collaterali e interazioni)
 Situazione operativa (possibilità di eseguire monitoraggio perioperatorio e di affrontare una emergenza).

Tabella 2
EMERGENZE MEDICHE
 (10 anni di attività in 2704 dentisti, riportato da MalAmed)

Tipo di emergenza	N. riportato
Lipotimia-sincope	4160
Reazione allergica lieve	2583
Ipotensione posturale	2475
Iperventilazione	1326
Ipoglicemia	709
Epilessia (grande male)	644
Angina pectoris	584
Attacco asmatico	385
Reazioni da anestetico (iperdosaggio)	204
Infarto miocardico	187
Anafilassi	169
Arresto cardiaco	148
Insufficienza cardiaca acuta	104
Ictus cerebro-vascolare	68
Insufficienza acuta corticosurrenale	25
Crisi tireotossica	4
Numero Totale	13755

- b) Le misure di terapia d'urgenza che sono costituite da un comportamento idoneo a garantire la rapida disponibilità dello strumentario di assistenza, le conoscenze di pronto soccorso e la loro tempestiva applicazione nel caso si verifichi una emergenza medica.

1. LA PREVENZIONE

La prevenzione consiste nella valutazione dello stato di salute generale del paziente e del rischio perioperatorio in modo da adeguare la programmazione dell'intervento terapeutico specialistico; analizzeremo di seguito le singole componenti che devono guidare il giudizio dell'operatore prima di intraprendere una terapia specialistica e che si configurano come un comportamento prudente e diligente ai fini della responsabilità professionale.

1.1 L'anamnesi e l'esame medico

Lo scopo della valutazione medica risiede nel venire a conoscenza di uno stato patologico suscettibile di interferire con il trattamento terapeutico o di provocare una situazione di emergenza (tab. 3).

Nello studio odontoiatrico identificare il paziente a rischio e classificarne la gravità per adottare adeguate misure preventive nel corso delle terapie specialistiche deve costituire una rapida procedura, di facile esecuzione ed attuabile nella pratica quotidiana senza appesantire ed intralciare inutilmente l'attività clinica ed assistenziale: l'utilizzazione di una

scheda di rilevazione medica, che preveda una essenziale anamnesi ed un esame obiettivo semplificato del paziente, sono un presupposto clinico e medico-legale indispensabile. Nei casi in cui sia confermato un concreto rischio perioperatorio; si deve considerare inoltre l'opportunità di richiedere una consulenza medica ed eventuali indagini ematochimiche.

Tabella 3

SCOPI DELLA VALUTAZIONE MEDICA

Diagnosi di patologie ignorate

Valutazione del rischio medico in presenza di patologie diagnosticate

Idoneità alla terapia odontoiatrica ambulatoriale

Valutazione del piano di cura e alternative terapeutiche

Prevenzione delle emergenze.

L'anamnesi può essere svolta con diversi sistemi che presentano reciproci vantaggi e svantaggi; una soluzione valida è rappresentata dalla compilazione scritta da parte del paziente, da solo o con l'assistenza del personale, di un questionario prestampato che consente di mirare a una successiva, più approfondita indagine per interrogatorio nei casi nei quali siano emersi dati rilevanti.

Sono disponibili in letteratura molte forme di questionari brevi e lunghi; consigliamo che l'utilizzazione di questionari sintetici sia eseguita dal dentista stesso per la maggior padronanza nella comprensione del colloquio anamnestico (tab.4); invece, nel caso l'anamnesi sia eseguita da personale ausiliario e/o su questionario compilato dal paziente, è più sicura l'adozione di un questionario dettagliato (tab.5) sulla cui base il dentista potrà mirare a successive domande per acquisire ulteriori informazioni in presenza di rischio medico (tab. 6)

Da ultimo devono essere enfatizzati alcuni punti di rilevanza medico-legale:

- La cartella clinica deve essere aggiornata, quale sia il metodo adottato, all'inizio di ogni nuovo ciclo di cura
- La firma in calce al questionario compilato dal paziente non è un elemento sufficiente a sollevare l'odontoiatra dall'obbligo di un accurato esame preliminare
- Oltre alla segnalazione di malattie che possono rappresentare fattore di rischio alla terapia odontoiatrica va conferito rilievo alla anamnesi farmacologica in modo da evitare interazioni tra terapia medica e odontoiatrica
- Nulla vieta a nostro avviso che l'anamnesi venga delegata a personale assistente attraverso un questionario prestampato, ma il dentista ha l'obbligo di accertarsi, attraverso un colloquio preliminare all'atto terapeutico, che il paziente abbia esattamente compreso le finalità delle richieste anamnestiche e si sia reso conto della importanza della corretta compilazione del questionario.

L'esame obiettivo è semplificato ed è limitato alla competenza del dentista:

- All'aspetto generale
- All'esame del capo e del collo
- Alla registrazione dei parametri vitali in condizioni di riposo che possono essere necessari a fornire un termine di raffronto in caso di emergenza (frequenza del polso e della respirazione, pressione sanguigna).

La consulenza medica ed eventuali esami ematochimici possono servire per quantifi-

care il rischio quando siano necessari interventi estesi in pazienti che presentino: patologie con elevato rischio di complicazioni; instabilità evidenziata da sintomi frequenti e recenti peggioramenti; difficile controllo medico rappresentato da terapie multifarmacologiche, recenti aggiustamenti posologici e assenza di visite mediche recenti.

La richiesta di consulenza medica deve specificare il motivo e le indicazioni richieste spiegando in particolare al medico: il tipo di trattamento odontoiatrico proposto (entità del trauma operatorio e complicanze possibili); la rinviabilità, l'urgenza e i trattamenti alternativi possibili. Gli esami ematochimici di interesse per il dentista non sono numerosi e tra i quali ricordiamo: glicemia; esami della coagulazione (PT,PTT, Tempo di Emorragia) e conta piastrinica; emocromo (conta eritrocitaria, emoglobina, ematocrito, conta dei leucociti) e formula leucocitaria; funzionalità epatica (transaminasi); esami sierologici (HBsAg, Anti-HBsAg, anti-HCV, anti-HIV).

Per l'anamnesi medica consigliamo di utilizzare la scheda breve o quella lunga (tab. 4, 5), secondo le preferenze. Nella tabella 6 abbiamo riportato le linee guida per l'esame obiettivo approfondito che deve essere eseguito nel caso siano state identificate patologie sistemiche all'anamnesi.

Tabella 4		
SCHEDA DI INDIVIDUAZIONE (a tutti i pazienti)		
Nome e Cognome:		Data nascita:
Indirizzo:	N. tel:	Medico curante:
Anamnesi sommaria		
Ha malattie?		SI NO
Quali?		
Ha fatto nell'ultimo anno visite mediche?		SI NO
Perché?		
Ha avuto ricoveri ospedalieri, negli ultimi due anni?		SI NO
Perché?		
Ha avuto interventi chirurgici, negli ultimi due anni?		SI NO
Quali?		
Ha fatto esami ematochimici, nell'ultimo anno?		SI NO
Quali?		
Utilizza medicinali?		SI NO
Quali?		
È allergico?		SI NO
A quali sostanze?		
È in gravidanza		SI NO
Ha avuto complicazioni in precedenti interventi odontoiatrici (emorragie, svenimenti, infezioni)?		SI NO
.....		
Conclusioni		
Patologia		SI NO
Rischio medico		SI NO
Osservazioni		

1.2 La valutazione del rischio e il piano terapeutico

La sintesi dei dati ottenuti deve condurre alla quantificazione del rischio perioperatorio ed alla individuazione delle precauzioni da adottare per prevenire emergenze mediche o aggravamenti dello stato di salute del paziente. La classificazione del rischio è un procedimento di valutazione individuale che richiede, da parte dell'operatore, esperienza nella valutazione di molteplici fattori in modo da operare una terapia sicura scevra da rischi inutili o eccessivi allarmismi: capacità dell'operatore, gravità della patologia sistemica ed entità del trauma operatorio rappresentano le discriminanti principali.

Per alcune patologie sono disponibili in letteratura delle stadiazioni consolidate dall'uso (come ad esempio quelle della New York Heart Association per le cardiopatie); per altre si deve adottare uno schema logico in base alla gravità del rischio: assente, lieve, non trascurabile, elevato.

Uno schema semplice di quantificazione del rischio utile nella pratica quotidiana è la classificazione proposta dalla Società Americana di Anestesiologia (ASA) riportata nella tabella 8. Le categorie che interessano l'odontoiatra sono la ASA 2 e 3: il primo gruppo comprende pazienti a basso rischio che possono essere curati in un normale ambulatorio adottando le precauzioni specifiche indicate per il particolare tipo di patologia; il secondo gruppo può essere trattato in un ambulatorio esterno in presenza di personale addestrato ed in grado di curare eventuali emergenze prevedibili. Nei pazienti nei quali la classificazione clinica sia di difficile realizzazione è opportuno limitarsi inizialmente all'intervento di urgenza; successivamente eseguire una valutazione medica del caso richiedendo un eventuale consulto medico; esaudite queste condizioni e quantificato il rischio operatorio, si possono programmare gli interventi valutando eventualmente la riduzione del piano di cura in relazione alle condizioni cliniche del paziente. È sconsigliabile, invece, trattare in ambulatorio il paziente classificato ASA 4; in questi pazienti è opportuno eseguire una terapia medica palliativa ed ospedalizzare per ulteriori interventi.

Un importante fattore da considerare per la quantificazione del rischio perioperatorio è costituito dalla valutazione dell'entità del trauma dell'intervento; a tal fine è possibile classificare gli interventi odontoiatrici in diverse tipologie sulla base del trauma chirurgico, invasività, durata, decorso postoperatorio, interferenza con l'alimentazione e possibili complicanze.

Alcuni fattori soggettivi possono comunque variare la valutazione, come ad esempio la capacità dell'operatore, l'atteggiamento psicologico del paziente (ansia, paura), la possibilità di scindere l'intervento in più sedute.

Le terapie non invasive sono sempre eseguibili senza particolari precauzioni indipendentemente dalle patologie.

Le terapie non chirurgiche, semplici ed estese, sono causa di uno stress ridotto al seguito delle quali può comparire una batteriemia transitoria nei casi di contatto con la mucosa, possono essere eventualmente suddivisi in più sedute nei pazienti con problemi sistemici.

Le terapie chirurgiche si accompagnano sempre a batteriemia transitoria e rischio di emorragia ed infezione; in particolare le terapie complesse ed estese rappresentano causa di stress elevato per durata nel tempo (superiore ad un'ora) ed entità del trauma chirurgico; richiedono una valutazione specifica nel paziente con patologie siste-

niche e devono essere eseguite in condizioni di elezione, operando una programmazione dell'appuntamento.

Una trattazione estesa delle misure di profilassi indicate per le singole patologie non è proponibile in questo ambito; per tale motivo ci limiteremo a riportare alcune tabelle con le raccomandazioni per la prevenzione delle emergenze in alcune malattie sistemiche di più frequente riscontro ed applicazione clinica.

Tabella 5 QUESTIONARIO MEDICO (ADA long form medical history)			
A) Anamnesi medica			
Data		Cognome e Nome	
Indirizzo		Telefono	
Stato civile		Lavoro	
Data di nascita	Sesso	Altezza	Peso
B) Indicazioni			
Risponda alle seguenti domande e completando gli spazi dove richiesto. Le risposte alle domande sono strettamente confidenziali e necessarie per il nostro archivio.			
1) Gode di buona salute?		Si	No
- Ha avuto modificazioni dello stato di salute nell'ultimo anno?		Si	No
2) Data dell'ultima visita medica			
3) È attualmente in terapia medica?		Si	No
- Quale malattia sta trattando?			
4) Nome e indirizzo del medico curante.			
- Ha mai sofferto di malattie gravi od operazioni chirurgiche?		Si	No
- Tipo di malattie e/o operazioni			
5) Ha avuto malattie gravi od operazioni negli ultimi cinque anni?		Si	No
- Tipo di malattie e/o operazioni.			
6) Soffre o ha sofferto di una delle seguenti malattie?			
- Reumatismo articolare acuto o cardiopatia reumatica		Si	No
- Cardiopatie congenite		Si	No
- Patologie cardiovascolari (problemi cardiaci, insufficienza coronarica, pressione alta, arteriosclerosi, infarto)		Si	No
- Ha dolore al torace dopo sforzo fisico?		Si	No
- Le manca il respiro dopo esercizio fisico lieve?		Si	No
- Si gonfiano le gambe?		Si	No
- Le manca il respiro quando si corica o ha bisogno di due cuscini quando dome?		Si	No
- Allergia		Si	No
- Asma o febbre da fieno		Si	No
- Allergia cutanea o orticaria		Si	No
- Svenimenti o convulsioni		Si	No
- Diabete			
- Deve urinare più di sei volte al giorno?		Si	No
- Ha spesso sete?		Si	No
- Ha spesso la bocca secca?		Si	No
- Epatite, ittero o malattie del fegato		Si	No
- Artrite		Si	No
- Artrosi		Si	No
- Ulcera, gastrite		Si	No
- Malattie renali		Si	No
- Tubercolosi		Si	No
- Tosse persistente o con sangue		Si	No
- Pressione bassa		Si	No

- Malattie veneree	Si No
- Altro	
7) Ha mai avuto emorragie a seguito di estrazioni, interventi chirurgici o traumi?	Si No
8) Ha facilmente ematomi o ecchimosi?	Si No
9) Ha mai subito trasfusioni?	Si No
- Se sì, per quali motivi.	
10) Ha mai sofferto di malattia del sangue come l'anemia o la leucemia?	Si No
11) Si è mai sottoposto ad operazioni chirurgiche o radioterapia per tumori o altre patologie della testa e del collo?	Si No
12) Sta prendendo medicine?	Si No
- Se sì, quali	
13) Sta prendendo qualcuno dei seguenti farmaci?	
- Antibiotici o sulfamidici	Si No
- Anticoagulanti (mantenere il sangue fluido)	Si No
- Medicine per la pressione	Si No
- Cortisone (steroidi)	Si No
- Tranquillanti, sonniferi, sedativi	Si No
- Aspirina	Si No
- Insulina, o ipoglicemizzanti orali	Si No
- Digitale o farmaci per il cuore	Si No
- Trinitrina	Si No
- Antistaminici	Si No
- Contraccettivi orali o altre terapie ormonali	Si No
- Altro	
14) Soffre di allergia o ha avuto reazioni allergiche a:	
- Anestetici locali	Si No
- Penicillina e altri antibiotici	Si No
- Sulfamidici	Si No
- Barbiturici, sedativi, sonniferi	Si No
- Aspirina	Si No
- Composti contenenti iodio	Si No
- Codeina o narcotici	Si No
- Altro	
15) Ha avuto problemi durante precedenti cure dentistiche?	Si No
- Se sì, quali? (emorragie, infezioni, svenimenti, altro)	
16) Soffre di qualche altra malattia che non è stata chiesta e che dovrei conoscere?	Si No
- Se sì, quale?	
17) È esposto per motivi di lavoro a radiazioni (raggi X o ionizzanti)?	Si No
18) Porta lenti a contatto	Si No
DONNE	
19) È in gravidanza?	Si No
20) Soffre di problemi mestruali?	Si No
<i>Motivo della visita dentistica:</i>	
<i>Firma del paziente:</i>	
<i>Firma del dentista:</i>	

Tabella 6

SCHEDA DI APPROFONDIMENTO
(mirata ai pazienti con patologia, individuata con anamnesi tab. 4-5)

Nome e Cognome:

Data nascita:

Indirizzo:

N. tel:

Medico curante:

Patologia:

1. Anamnesi mirata

Segni e sintomi (tipo, frequenza, stabilità, recenti peggioramenti).....

Terapia medica (tipo di farmaci, posologia, recenti mutamenti posologici).....

Ultimo controllo medico (data, motivo).....

Altri dati emersi dal colloquio:

.....

2. Esame obiettivo semplificato

- Facies: Cute:

- Postura: Deambulazione

- Pressione arteriosa: Polso (ritmo, frequenza, forza)

- Respirazione (numero, caratteristiche).....

- Temperatura.....

- Esame del capo e del collo

- Sintomatologia orale

- Altri segni e sintomi:

3. Documentazione medica

- Consulenza medica (diagnosi, indicazioni, data):.....

- Esami ematochimici (tipo, data):.....

4. Sintesi

- Diagnosi medica e stadiazione della patologia:

- Classificazione del rischio perioperatorio:

- Piano di trattamento

- Profilassi

- Osservazioni

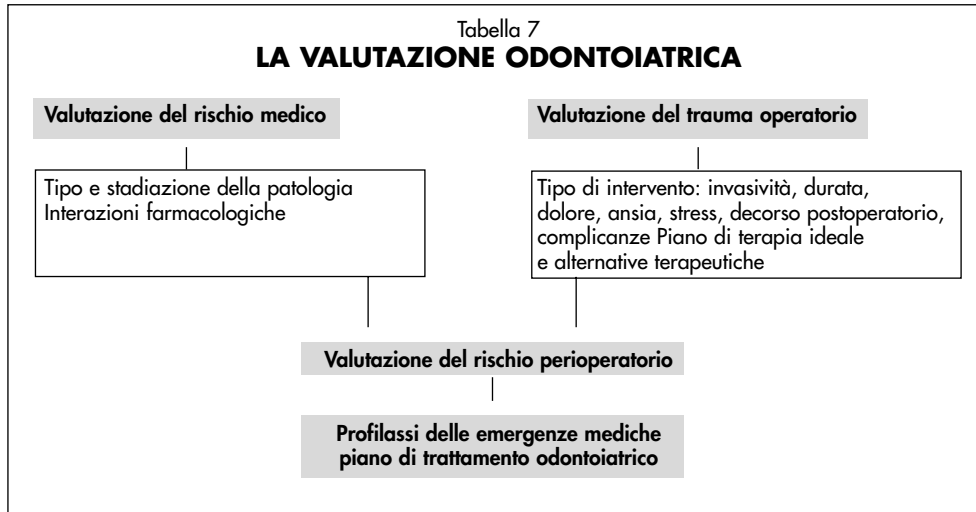


Tabella 8
VALUTAZIONE DEL RISCHIO MEDICO E ADEGUAMENTO DEL PIANO DI TRATTAMENTO ODONTOIATRICO

Rischio medico	Stadiazione della patologia	Modificazioni del trattamento odontoiatrico
RIDOTTO (ASA 2)	<i>Patologia compensata, stabile; età <60 anni:</i> pazienti asintomatici con buona riserva funzionale e senza limitazione dell'attività, sotto controllo medico e buona risposta alla terapia	Eeguire il normale trattamento senza limitazioni in base alle necessità odontoiatriche ed aspettative del paziente
MODERATO (ASA 3)	<i>Patologia in stadio avanzato, in progressione; non stadiata, o dubbia; più patologie associate; età > 80 anni:</i> pazienti sintomatici con ridotta riserva funzionale e limitazione dell'attività; privi di controllo medico o con scarsa risposta alla terapia medica	Eeguire terapie semplici (necessarie e d'urgenza) adottando precauzioni specifiche per patologia Richiedere consulenza medica Programmare o differire gli interventi complessi o estesi (di elezione) in relazione alle indicazioni mediche e trauma operatorio. Proporre piani di terapia definitiva realistici (alternativi o ridotti)
ELEVATO (ASA 4)	<i>Patologie scompensate e potenziali emergenze con pericolo di vita:</i> pazienti sintomatici con grave limitazione dell'attività e inabilità; patologia con scarsa risposta alla terapia; complicazioni recenti	Controindicazione al trattamento ambulatoriale esterno Eeguire terapia medica palliativa Inviare per terapia in centri ospedalieri per garantire monitoraggio intraoperatorio, terapia intensiva in caso di urgenza, controllo postoperatorio.

Tabella 9
**VALUTAZIONE DEL TRAUMA OPERATORIO
 DEI PRINCIPALI TRATTAMENTI ODONTOIATRICI**

Tipo di terapia	Descrizione	Trauma
TERAPIE NON CHIRURGICHE		
Non invasive	Visita, radiografie, istruzione all'igiene orale, modelli di studio, aggiustamenti di protesi mobile	Assente
Semplici (terapie d'urgenza, necessarie, brevi; in assenza di contatto con la gengiva)	Detartrasi sopragengivale; medicazioni, otturazioni, pulpotomia, su singoli denti, regolazione di apparecchi ortodontici	Ridotto
Estese (terapie di elezione, complesse, durata <60 min)	Levigatura radicolare, conservativa a quadranti, endodonzia, protesi, bandaggio ortodontico	Ridotto
TERAPIE CHIRURGICHE		
Semplici (brevi interventi d'urgenza o necessari, privi di difficoltà, in un'unica sede)	Estrazioni isolate e semplici, curettaggio, gengivoplastica, drenaggio di ascesso	Ridotto
Complesse (interventi di elezione in un'unica sede, durata <30-60 min, rapida guarigione e decorso postoperatorio)	Estrazioni multiple, estrazioni singole di denti in inclusione ossea, interventi con lembo, chirurgia endodontica, impianti singoli	Moderato
Estese (interventi in più sedi, guarigione e decorso postoperatorio prolungato)	Estrazioni multiple di denti in inclusione ossea, bonifica di un'arcata, impianti multipli, interventi estesi e complessi	Elevato

Tabella 10

CARDIOPATIA ISCHEMICA

Eziologia	Sintomatologia sistemica
Aterosclerosi coronarica	- Angina pectoris - Infarto miocardico
Sintomatologia orale	Rischio perioperatorio
Assente	Il sovraccarico di lavoro cardiaco causato da reazione adrenergica (stress, dolore conseguente a intervento odontoiatrico) può scatenare crisi acute: - dolore precordiale - insufficienza cardiocircolatoria acuta
Profilassi	Terapia d'urgenza
<ul style="list-style-type: none"> - Riduzione dello stress e del dolore (mantenere polso e pressione costante) - Assicurare pronta disponibilità farmaci d'urgenza (trinitrina e antidolorifici maggiori) - Rimandare l'intervento in presenza di angina instabile o infarto recente (3-6-mesi) per rischio di reinfarto (37%) - Evitare o ridurre i vasocostrittori (1-2 fiale di anestetico con vasocostrittore 1:100.000; dose massima di vasocostrittore 0,04 - 0,2 mg.) - Valutare diatesi emorragica causata da terapia farmacologica (antiaggreganti piastrinici, TAO) - Premedicazione sedativa indicata in presenza di angina scatenata da sforzo moderato o spontanea: protossido d'azoto; benzodiazepine (diazepam 5-10 mg per os. 1 ora prima) 	<p><i>Crisi di dolore precordiale:</i></p> <p>Primo intervento:</p> <ul style="list-style-type: none"> - ossigeno (5-6 l/min) - trinitrina 0,3-0,6 mg sublinguale <p>In caso di persistenza del dolore oltre i 5-10 minuti sospettare infarto miocardico:</p> <ul style="list-style-type: none"> - antidolorifici maggiori (pentazocina 30 mg s.c. o e.v.); diazepam 10 mg i.m.; - ricovero d'urgenza in unità coronarica

Tabella 11
ALLERGIA

Eziologia	Sintomatologia sistemica
<p><i>Reazioni di ipersensibilità:</i></p> <ul style="list-style-type: none"> - tipo 1 immediata o da IgE - tipo 2 anticorpo dipendente di tipo citotossico - tipo 3 mediata da immunocomplessi - tipo 4 ritardata o cellulomediata 	<p>Reazioni lievi: sintomi cutanei isolati (prurito, eritema, orticaria)</p> <p>Reazioni moderate: modesta sintomatologia respiratoria (broncospasmo, tosse, asma) e cardiovascolare (ipotensione, tachicardia), nausea</p> <p>Reazioni gravi: shock anafilattico, insufficienza respiratoria acuta per edema della glottide</p> <p>Altri sintomi: differiti da poche ore ad una settimana (glomerulonefrite, anemia emolitica e trombocitopenia, febbre, artralgie)</p>
Sintomatologia orale	Rischio perioperatorio
<ul style="list-style-type: none"> - Rash eritematoso - Ponfi urticariodi - Edema angioneurotico 	<ul style="list-style-type: none"> - Reazione allergica di varia entità scatenata da farmaci o materiale utilizzati dall'odontoiatra - Reazione anafilattica: la reazione è più grave ed a rapida insorgenza per farmaci somministrati per via parenterale
Profilassi	Terapia d'urgenza
<ul style="list-style-type: none"> - Accertare la presenza di allergia con l'anamnesi - Non somministrare farmaci causa di precedenti reazioni utilizzando principi alternativi - Evitare farmaci con affinità strutturali in grado di determinare reazioni crociate: betalattamici (penicillina, cefalosporina); gruppo para (anestetici esterei, sulfamidici) - Non causano reazioni crociate lidocaina, eritromicina, fosfomicina, clindamicina - Evitare sostanze dotate di maggior potere antigenico (penicillina, ASA, anestetici esterei, nickel cromo) - Inviare dall'allergologo per eseguire Test di provocazione 	<p>Reazioni lievi:</p> <p>antistaminici di sintesi per os o topici</p> <ul style="list-style-type: none"> - corticosteroidi topici, per os, ev (idrocortisone 100 mg.) <p>Reazioni moderate:</p> <ul style="list-style-type: none"> - corticosteroidi ad alte dosi (idrocortisone 1 gr. ev.) - aereosol con betastimolanti (con broncospasmo Salbutamol spray) <p>Reazioni gravi (shock anafilattico):</p> <ul style="list-style-type: none"> - paziente supino - mantenere pervie le vie respiratorie - adrenalina 1ml/l: 1000 sc - antistaminici (Clorfeniramina 10 mg ev) - corticosteroidi (idrocortisone emisuccinato 50 mg /Kg ev) - amine simpaticomimetiche (Noradrenalina 1mg ev o dopamina) - somministrare ossigeno - tracheotomia (edema della glottide)

Tabella 12
ACCIDENTI CEREBROVASCOLARI (ACV)

Eziologia	Sintomatologia sistemica
<ul style="list-style-type: none"> - Ictus (emorragia, ischemia per trombosi o embolia) - Attacco ischemico transitorio (AIT) - Disturbo neurologico ischemico reversibile (RIND) - Drop attack 	<ul style="list-style-type: none"> - Paralisi - Afasia - Sincope - Vertigini - Caduta - Disturbi visivi
Sintomatologia orale	Rischio perioperatorio
<ul style="list-style-type: none"> - Paralisi di tipo centrale del nervo facciale (impossibilità a chiudere le palpebre dal lato malato, deviazione della bocca dal lato sano; deviazione della lingua in protrusione dal lato malato; conservato l'aggrottamento delle sopracciglia e fronte) 	<ul style="list-style-type: none"> - Complicanze legate a ipertensione arteriosa labile (crisi ipertensive, - Interazioni farmacologiche (convulsioni per uso di vasocostrittori in pazienti in terapia con IMAO o antidepressivi triciclici - Emorragia (trattamento con antiaggreganti piastrinici e TAO)
Profilassi	Terapia d'urgenza
<ul style="list-style-type: none"> - Controllare la pressione arteriosa - Riduzione dello stress (mantenere costanti pressione arteriosa, frequenza cardiaca) - Far alzare lentamente il paziente al termine delle cure (ipotensione ortostatica) - Ridurre uso di farmaci depressori del SNC - Evitare vasocostrittori in pazienti in trattamento con IMAO e antidepressivi triciclici (crisi ipertensiva) - Profilassi antiemorragica nei pazienti in terapia anticoagulante orale - Valutare situazione cardiologica (frequente l'associazione con cardiopatia tromboembolica) - Evitare terapia di elezione impegnativa e richiedere consulenza medica in pazienti ad elevato rischio (ACV da meno di sei mesi; AIT e RIND frequenti o in progressivo aumento) - Non far iperestendere il capo (drop attack per artrosi cervicale) 	<p><i>Sincope di origine cerebrovascolare: ricovero ospedaliero</i></p>

Tabella 13
EPILESSIA

Eziologia	Sintomatologia sistemica
<ul style="list-style-type: none"> - Idiopatica <i>Sintomatica secondaria a:</i> - patologia organica (iperpiressia, infezioni cerebrali, traumi, lesioni espansive cerebrali, accidenti cerebro-vascolari) - alterazione metabolica (farmaci, anossia, ipoglicemia) 	<ul style="list-style-type: none"> - Grande male (convulsioni tonico-cloniche generalizzate con perdita di coscienza per 2-5 min.) - Piccolo male (perdita di coscienza o assenza per 10-30 sec.) - Attacchi psicomotori (fenomeni focali motori associati a intensa allucinazione sensoriale o emozione) - Crisi focale (mioclonie localizzate con progressiva estensione)
Sintomatologia orale	Rischio perioperatorio
Iperplasia gengivale da fenilidantoina	<ul style="list-style-type: none"> - Scatenamento della crisi a seguito di stress, ansia e dolore causati dall'intervento odontoiatrico - Lesioni durante la crisi convulsiva (traumi da caduta, morsicatura della lingua, deglutizione o inalazione di strumenti o materiali odontoiatrici) - Stato di male convulsivo sino all'arresto cardiorespiratorio (crisi subentranti di durata superiore ai 5 min. senza interruzione)
Profilassi	Terapia d'urgenza
<ul style="list-style-type: none"> - Rimandare terapia e chiedere consulenza neurologica in pazienti con crisi frequenti (frequenza >1 mese) - Riduzione dello stress durante l'intervento - Prevenire il rischio di inalazione o aspirazione di materiali in caso di crisi (utilizzare la diga, preferire protesi fissa, progettare protesi mobili con copertura intera del palato e connettori metallici) - Non utilizzare farmaci depressori il SNC - Non utilizzare tetraciline (accelerato metabolismo epatico per induzione enzimatica causata dai barbiturici) <p><i>Trattamento iperplasia gengivale:</i> istruzione e controllo dell'igiene orale, richiami frequenti, gengivectomia; sostituzione del regime terapeutico nei casi di difficile risoluzione.</p>	<p><i>Crisi convulsiva:</i></p> <p>Prevenire i traumi</p> <ul style="list-style-type: none"> - sdraiare il paziente a terra e contenere i movimenti durante la fase clonica - porre divaricatore tra i denti (evitare morsi alla lingua) <p>Prevenire l'anossia</p> <ul style="list-style-type: none"> - assicurare la pervietà delle vie aeree: sgombrare la bocca, iperestendere il capo - decubito laterale sinistro durante la fase di recupero - controllare decorso della crisi (durata delle fasi di apnea) - somministrare ossigeno con maschera (5-6 l / min.) <p>Evoluzione favorevole (durata inferiore ai 5 min. e recupero di coscienza soddisfacente): tenere sotto osservazione un'ora e dimettere con persona responsabile</p> <p>Evoluzione sfavorevole (stato di male convulsivo):</p> <ul style="list-style-type: none"> - diazepam 5-10 mg im; se ev. infusione lenta (rischio di depressione cardio-respiratoria) - ricovero in ospedale

Tabella 14
GRAVIDANZA

Sintomatologia orale	Rischio perioperatorio
<ul style="list-style-type: none"> - Parodontopatia gravidica (gengivite, epulide) 	<p>Primo trimestre</p> <ul style="list-style-type: none"> - Ostacolo ad interventi rappresentato da nausea e vomito (iperemesi) - Elevata incidenza di aborti (15%) potenzialmente aumentata da interventi odontoiatrici (stress e batteriemia). - Rischio di teratogenesi indotta da farmaci e radiazioni <p>Secondo trimestre</p> <p>Il secondo trimestre è il periodo più indicato per limitati interventi; il feto è sviluppato, l'ingombro uterino e richieste funzionali sono ridotte.</p> <p>Terzo trimestre</p> <ul style="list-style-type: none"> - Ingombro fetale ed aumentata richiesta funzionale causano diminuita resistenza allo stress, problemi respiratori (respirazione frequente e superficiale) cardiovascolari (anemia, tachicardia, ipertensione arteriosa, diminuito ritorno venoso) - Rischio di sofferenza fetale e parto prematuro.
Profilassi	Indicazioni di terapia
<ul style="list-style-type: none"> - Limitare la terapia ad interventi indispensabili non dilazionabili; posporre le terapie di elezione. - Limitare radiografie ai casi di necessità utilizzando schermi di protezione. - Ridurre lo stress operatorio (riduzione dei tempi di attesa, interventi brevi, controllo del dolore). - Limitare l'uso di farmaci ai casi di effettiva necessità; utilizzare farmaci ritenuti sicuri (anestetici locali, penicilline, paracetamolo). - Evitare l'uso di vasocostrittori, perchè possono ridurre la perfusione placentare e aumentano contrazioni uterine (1-2 fiale con concentrazione massima norepinefrina 1: 100.000). - Nel terzo trimestre lavorare con la paziente in posizione seduta (in posizione sdraiata la compressione dell'utero sulla vena cava diminuisce il ritorno venoso e può causare lipotimie). - Farmaci controindicati: sedativi, tetraciclina (deposito nei tessuti fetali); acido acetilsalicilico e FANS (emorragia e teratogenesi); macrolidi (epatotossicità per il bambino in allattamento). 	<ul style="list-style-type: none"> - Programmare trattamento intensivo di igiene orale per prevenire le parodontopatie gravidiche - Somministrare fluoro (carioprofilassi del nascituro). - Nelle pazienti in terapia con estroprogestinici - Nelle pazienti in terapia con estroprogestinici xper os. possono interferire con l'assorbimento di estroprogestinici

2. LO STRUMENTARIO E LA CONDOTTA

Il dentista è tenuto a disporre della strumentazione ed essere in grado di erogare le manovre assistenziali necessarie per le emergenze la cui realizzazione sia fondatamente e concretamente prevedibile nel corso della sua attività professionale; con ciò intendiamo dire che gli obblighi inerenti a

I soccorsi variano in relazione al tipo di prestazioni erogate, alle capacità ed addestramento dell'operatore. Per tale motivo possiamo dividere la dotazione necessaria alla rianimazione ed alla terapia delle emergenze in successivi moduli.

- Critico o essenziale formato, da equipaggiamento che rappresenta la dotazione minima per qualsiasi operatore.
- Non critico o secondario, indicato per personale addestrato con specifici corsi di preparazione; per chiunque utilizzi la sedazione per via parenterale.
- Avanzato, costituito da farmaci d'urgenza a somministrazione endovenosa che devono essere utilizzati da personale medico specificatamente addestrato per la rianimazione cardiopolmonare (generalmente in ambito ospedaliero): adrenalina intracardiaca; antiaritmici (lidocaina o procainamide; verapamile), antipotesivi (dopamina).
- Antagonisti, indicati per il trattamento del sovradosaggio di farmaci somministrati per via endovenosa, intramuscolare o anestesia generale; sono di competenza di medici anestesisti e/o con specifico addestramento in ambito ospedaliero (antagonisti dei narcotici, antagonisti delle benzodiazepine).

Possiamo quindi affermare che lo studio odontoiatrico generico abbia l'obbligo di disporre esclusivamente della dotazione essenziale di attrezzature, strumentario e far-

Tabella 15

DOTAZIONE ESSENZIALE NELLO STUDIO DENTISTICO

Cognizioni e addestramento di terapia d'urgenza	Farmaci
Essere in grado di porre diagnosi di emergenza Essere in grado di eseguire semplici manovre riabilitative (assistenza ventilatoria, massaggio cardiaco esterno, iniezione di farmaci)	Iniettabili Antiallergico (epinefrina) Antistaminico (clorfeniramina)
Strumentario	
Diagnosi Sfigmomanometro e fonendoscopio	Non iniettabili Vasodilatatore (trinitrina) Ossigeno
Rianimazione Bombola ossigeno, pallone di Ambu, pinza di Magill, aspiratore alta velocità	
Medicazione Materiale per iniezione (lacci emostatici, aghi e siringhe) Soluzioni disinfettanti, garze e cerotti	

maci nonché della necessaria competenza per il loro appropriato impiego; lo scopo è di assicurare un primo intervento in attesa del Pronto Intervento Medico a cui è delegata la terapia medica.

È comunque consigliabile disporre di un corredo farmacologico adeguato alle proprie capacità potendosi ipotizzare che il singolo operatore aggiunga all'equipaggiamento essenziale farmaci diversi in base al tipo di attività ed esperienza clinica.

L'atteggiamento del dentista si baserà su più azioni successive tese ad assicurare il controllo, la rianimazione cardiopolmonare ed il ricovero ospedaliero; in definitiva dovrebbero essere garantite le seguenti manovre di soccorso:

- mantenimento della pervietà delle vie aeree
- respirazione artificiale, trattamento dello shock
- trattamento dell'arresto cardiocircolatorio
- trattamento delle convulsioni
- trattamento dell'ipoglicemia acuta.

Non sono richiesti al dentista atti medici potenzialmente pericolosi quali, ad esempio, la tracheostomia, somministrazione di eparina o terapia di aritmie con farmaci endovena.

In caso di ripresa il paziente potrà continuare le cure o essere inviato a domicilio valutando la necessità di accompagnamento e di controlli medici a distanza; nei casi con sintomatologia grave e/ o persistente si provvede al ricovero ospedaliero per la terapia necessaria. Si ricorda, inoltre, che l'odontoiatra ha l'obbligo di dimettere il paziente integro e può essere ritenuto responsabile per incidenti o emergenze differite che avvengano anche al di fuori dello studio dentistico.

Tabella 16

EQUIPAGGIAMENTO NON CRITICO O SECONDARIO
(indicato per personale con specifico addestramento)

Equipaggiamento	Farmaci
Kit per cricotomia Cannule naso e oro-faringee Laringoscopio e tubo endotracheale	<p>Iniettabili:</p> <p>Anticonvulsivante (midazolam o diazepam) Analgesico (morfina o meperdina) Vasopressore (metossamina) Antipoglicemico (destrosio soluzione 50%) Corticosteroide (idrocortisone succinato o desametasone) Antipertensivo (labetalolo o propranololo) Anticolinergico (atropina)</p> <p>Non iniettabili:</p> <p>Antipoglicemico (carboidrati) Broncodilatatore (salbutamolo) Antipertensivo (Nifepidina) Stimolante la respirazione (ammoniaca o similare)</p>

Tabella 17
CONDOTTA IN CASO DI EMERGENZA

Interruzione della terapia specialistica**Diagnosi e valutazione della gravità****Terapia d'urgenza****In caso di emergenza minore e/o risoluzione spontanea si deve:**

terminare la cura, inviare a domicilio, sollecitare controllo medico

In caso di emergenza maggiore e/o sintomatologia persistente si deve eseguire:

- terapia o rianimazione per il mantenimento delle funzioni vitali respiratoria e circolatoria
- Pronto allertamento di unità di pronto intervento
- Terapia farmacologica specifica in presenza di personale medico

Tabella 18
FARMACI NELLE EMERGENZE

Emergenza	Principio farmacologico	Farmaco e dosaggio
SHOCK ANAFILATTICO O IPERSENSIBILITÀ IMMEDIATA CON INSUFFICIENZA RESPIRATORIA	Amine simpatico mimetiche	Adrenalina 1:1000 (0,3-0,5 mg s.c.)
	Antispasmodici	Clorfeniramina (10 mg. im/ev) o difenidramina o prometazina (50 mg. im/ev)
	Corticosteroidi	Idrocortisone succinato sodico (100-500 mg. im/ev) o betametasona (4-8 mg. im/ev) o dexametasona (10 mg. sublinguale cp) sodico (20-40 mg. im/ev)
SHOCK IPOTENSIVO	Anime vasopressorie	Noradrelina (1 mg. im/ev) o metossamina (10 mg. im/ev) o fenilefrina (10 mg. im/ev)
CRISI DI IPERTENSIONE ARTERIOSA	Antipertensivi	o furosemide (40-80 mg. ev)
BRADICARDIA	Parasimpaticolitici	(0,5 mg. sc/im/ev)
ANGINA PECTORIS	Vasodilatatori	Trinitrina (0,3 mg. sublinguale cp)
INFARTO CARDIACO	Antidolorifici	Solfato di morfina (10 mg. im/ev) o meperidina (50 mg. im/ev) o pentazocina (30-60 mg. im/ev)
ATTACCO ASMATICO ACUTO	Broncodilatatori	Salbutamolo o metoproterenolo (1-2 inalazioni) o adrenalina 1:1000 (0,3-0,5 mg. sc) o aminofillina (250 mg. ev lenta)
CONVULSIONI	Benzodiazepine	Diazepan (10 mg. im/ev lenta)
SHOCK IPOGLICEMICO	Iperglicemizzanti	Glucosio (30 gr. per os nel paziente cosciente) o soluzione destrosio 50% (20-40 ml. ev) o glucagone (1 mg. im)

3. LE MOTIVAZIONI DELLA RESPONSABILITÀ

Ricordiamo alcune motivazioni che evidenziate dall'indagine medico-legale possono supportare l'ipotesi di responsabilità professionale a carico del dentista:

3.1 Intervento in situazioni a rischio

Eeguire, su pazienti a rischio medico, interventi contraddistinti da elevato trauma operatorio presuppone l'accettazione del rischio e può configurarsi come un atteggiamento imprudente.

In queste situazioni sono motivi di censura l'assenza di anamnesi o di registrazioni sulla cartella clinica, l'accettazione del rischio oltre i limiti di sicurezza anche in presenza di consenso del paziente, l'assenza di attrezzature e cognizioni essenziali.

3.2 Soccorso inefficiente

Il ritardo o la mancata assistenza sono censurabili quando per imperizia del sanitario o mancata istruzione del personale parasanitario da questi dipendente, non siano stati attivati i protocolli di assistenza riconosciuti validi ed approvati dalla letteratura scientifica.

Aspetti particolari di responsabilità professionale a carico del dentista comprendono la preparazione specifica e l'impegno del personale ausiliario nel corso della seduta operatoria e la responsabilità derivante dall'azione di questo quando è incaricato di svolgere determinati compiti.

L'applicazione deve tenere conto della situazione concreta, delle capacità e specializzazione dell'operatore.

L'obbligo di prevenire le emergenze e disporre dei mezzi di terapia rappresenta un obbligo per il dentista la cui inosservanza rappresenta evidente responsabilità sempre condannabile nei casi in cui le complicazioni fossero prevedibili; intendiamo dire che il dentista deve dimostrare di avere eseguito una valutazione medica sommaria e di aver adeguato la terapia odontoiatrica per prevenire complicazioni.

Il comportamento verificatosi a seguito dell'emergenza (diagnosi e terapia d'urgenza) rappresenta invece materia di responsabilità in quanto il dentista ha l'obbligo di diagnosticare le emergenze e tempestivamente porre in atto le misure necessarie di assistenza limitatamente alle proprie capacità operative ed ambito di competenza.

Di fronte ad una emergenza non sono richiesti interventi eroici e sconsigliate terapie potenzialmente pericolose se non in casi eccezionali; le lesioni causate in questi frangenti esonerano comunque qualunque responsabilità del sanitario.

3.3 Assenza di continuità assistenziale

A tale proposito si ricorda che l'obbligo di sicurezza comprende le conseguenze dirette dell'intervento durante la seduta operatoria ma anche emergenze o incidenti differiti dopo la dimissione del paziente non in buone condizioni psicofisiche; tipico il caso in cui si dimetta un paziente non in buone condizioni psicofisiche, al di fuori dello studio dentistico, che subisca complicazioni mediche o incidenti.

Negligenza e imprudenza possono essere individuate nel caso di dimissione prematura ed incauta del paziente al termine delle cure in situazioni che richiedono una particolare prudenza del sanitario e impongono un periodo di osservazione clinica pro-

tratta; citiamo ad esempio come il caso di pazienti sottoposti ad interventi estesi, pazienti che abbiano avuto complicanze intraoperatorie, pazienti con gravi patologie.

Nella documentazione sanitaria relativa a casi dimessi contro il parere dei sanitari deve essere obiettivamente la capacità di intendere e volere del paziente in forma di sottoscrizione firmata della cartella clinica (meglio se avallata da testimoni) della consapevolezza del proprio stato, dei rischi potenziali della scelta e della opposizione alla prosecuzione delle cure o controlli successivi.

Affidare il paziente ai famigliari rappresenta nella maggior parte dei casi una valida soluzione; va ricordato però che può essere giudicato errato affidare il paziente ai famigliari, al di fuori delle comuni incombenze, per una sorveglianza che richieda anche minime implicazioni diagnostiche e/o impegni curativi (imprudenza per delega a persone incompetenti).

4. CONSIDERAZIONI

Qualora si concretizzi un danno a seguito di una emergenza medica il dentista può essere chiamato a rispondere in materia penale e/o civile quando non sia dimostrata la corretta attuazione di procedure di carattere preventivo o terapeutico.

Per i profili di responsabilità civile e penale rimandiamo ai capitoli specifici e ci limitiamo a eseguire in questa sede alcune osservazioni: imprudenza e negligenza costituiscono errori sempre inescusabili; l'imperizia va valutata in relazione alla difficoltà del caso e capacità medie richieste in base alla qualifica professionale; limitatamente quindi a questo campo la responsabilità del medico esercente l'odontoiatria sarà quindi superiore a quella dell'odontoiatra, in quanto si presuppone una disparità di preparazione e quindi di intervento con manovre mediche.

La responsabilità civile è giudicata in base all'1228 c.c. (*Responsabilità per fatto degli ausiliari*) art. 1176 c.c. (*Diligenza nell'adempimento*) e art. 2043 c.c. (*Risarcimento per fatto illecito*).

Alcune sentenze sostanziano l'attuale orientamento giurisprudenziale: conferma che l'onere del risarcimento permane anche quando l'azione doverosa omessa avrebbe impedito con probabilità il verificarsi dell'evento lesivo (criterio di probabilità e giurisprudenza del 30%, già indicato in precedenza).

Alquanto improbabile appare l'ipotesi di un processo penale nel caso si verificano lesioni colpose e questo per la ordinaria regressione delle complicanze minori della terapia e la non perseguibilità d'ufficio ma a querela della persona offesa (*Lesioni personali* art. 590 c.p.); comunque nel caso di una morte del paziente sulla poltrona, l'eccellenza provoca l'intervento dell'autorità giudiziaria penale con procedimento d'ufficio nell'ipotesi di responsabilità professionale (art. 589 c.p. *Omicidio colposo*). In questi casi la responsabilità deriva dall'obbligo di agire che è di tipo etico-deontologico (art. 7 capo II c.d. *Prestazioni d'urgenza*) e giuridico (art.40 c.p. *Condotta omissiva*).

Collateralmente è assolutamente pacifico un altro capo di imputazione che si configura diversamente in relazione al ruolo del sanitario: per il libero professionista, in quanto esercente un servizio di pubblica necessità, l'omissione di soccorso (art. 593 c.p.); per il dipendente dello Stato in quanto pubblico ufficiale o incaricato di pubblico servizio il rifiuto d'atti d'ufficio (art. 328 c.p.). Ricordiamo che tale ipotesi di reato prescinde dalle possibili conseguenze negative dell'evento ed è sufficiente che sia ricorso

indipendentemente dal peggioramento delle condizioni del paziente.

Strumentario e condotta terapeutica presentano come denominatore comune l'obbligo della sicurezza e rivestono un ruolo di rilievo per ridurre le complicazioni che possono conseguire ad una emergenza; si configurano due diverse possibilità di colpa per omissione:

- la prima riguarda l'ambiente, l'attrezzatura e lo strumentario disponibile;
- la seconda la condotta terapeutica a fronte dell'emergenza.

L'indagine medico-legale deve verificare se il danno si sia verificato per colpa del dentista e sia in rapporto causale con il comportamento colposo; presupponendo l'obbligazione di sicurezza e di mezzi riferita all'emergenza presuppone vari aspetti; a seconda delle circostanze di comparsa si possono distinguere diverse situazioni che devono essere recepiti dall'indagine medico-legale.

- a) la messa in atto delle misure di prevenzione necessarie ad evitare le complicazioni
- b) l'attuazione dei mezzi terapeutici idonei nel caso di concretamento del rischio.

4.1 Le emergenze fortuite non prevedibili e non prevenibili

In questa definizione sono comprese le emergenze che non presentano rapporto causale con il trattamento odontoiatrico: l'intervento rappresenta l'occasione o la coincidenza per il verificarsi di un evento già maturo del quale non causa l'avvenimento e non aggrava le conseguenze; in questa categoria vanno incluse anche le emergenze per patologie sistemiche preesistenti ignorate, non diagnosticate in cui l'intervento odontoiatrico può essere definito come momento rivelatore.

In questi casi, esiste cioè un nesso di causalità materiale ma è assente la colpa. L'indagine medico-legale potrà comunque evidenziare errori nella terapia d'urgenza; va precisato, comunque, che non sono richiesti al dentista interventi a carattere specifico di altre specialità ma cognizioni e prestazioni di carattere medico generico.

4.2 Le emergenze iatrogene prevedibili e prevenibili

In questa definizione raggruppiamo gli incidenti dovuti al trattamento odontoiatrico in rapporto causale o concausale tra i quali possiamo annoverare varie possibilità:

- Incidenti dovuti a farmaci utilizzati o prescritti dal dentista in presenza di controindicazioni accertate
- Incidenti dovuti ad azione meccanica traumatica per inalazione e deglutizione di corpi estranei, caduta, scossa elettrica, ecc.
- Patologie sistemiche precedentemente diagnosticate precipitate dall'intervento odontoiatrico (cardiopatía ischemica, crisi ipertensiva, aritmia, ecc.).

In questi casi l'indagine medico-legale dovrà chiarire il nesso di causalità o concausalità tra intervento odontoiatrico ed emergenza e valutare la condotta di intervento successiva.

Si deve verificare preliminarmente se vi sia stato un comportamento negligente o imprudente, cioè un atteggiamento omissivo per inosservanza dell'obbligo di sicurezza; invece, qualora il danno conseguente a incidenti si sia verificato malgrado le preventive precauzioni ed il rispetto delle regole imposte dalla disciplina, dovrà escludersi la responsabilità del professionista.

Secondariamente si deve analizzare la condotta del sanitario a seguito della comparsa della complicazione.

L'indagine medico-legale deve definire se il trattamento odontoiatrico sia causa esclusiva con rapporto diretto o indiretto, concausa concomitante o concorrente (mo-

mento acceleratore o aggravatore); da tali situazioni potendo derivare diversi gradi di colpa (ordinaria o grave) con diversi riflessi in ambito civile e penale.

Tabella 19
**OBBLIGHI ETICI, DEONTOLOGICI E MEDICO-LEGALI NELLA PREVENZIONE
E TERAPIA DELLE COMPLICAZIONI MEDICHE**

Prevenzione	Terapia
<ul style="list-style-type: none"> - Identificare il paziente a rischio (anamnesi, esame obiettivo semplificato, richiesta di consulenza medica ed esami diagnostici) - Attuare misure preventive specifiche in presenza di patologie sistemiche - Adeguare gli interventi terapeutici e farmacologici in base alle condizioni generali del paziente - Inviare a strutture specializzate per interventi ad elevato rischio - Dimettere il paziente in condizioni psicofisiche ottimali o con accompagnatore - Fornire indicazioni su terapie e condotta postoperatoria 	<ul style="list-style-type: none"> - Disporre di sufficienti attrezzature e strumentario per la rianimazione e terapia d'urgenza - Dotarsi di un corredo farmacologico aggiornato e controllato - Possedere preparazione e competenza per erogare la terapia - Applicare con tempestività le manovre indispensabili nel caso di emergenza concretata

Tabella 20
MATERIA DI CONTESTAZIONE

<ul style="list-style-type: none"> - Scatenamento di un'emergenza prevedibile e prevenibile per assenza di precauzioni perioperatorie - Esecuzione di terapie in pazienti a rischio (accettazione del rischio) - Mancata o ritardata diagnosi di una emergenza - Mancata o ritardata terapia (soccorso inefficiente, assenza di attrezzature e preparazione, assenza di chiamata di unità mediche o invio in ospedale) - Incidente differito dopo la dimissione (paziente non in buone condizioni psicofisiche) - Prescrizione di farmaci controindicati alla patologia sistemica (interferenze farmacologiche ed effetti collaterali prevedibili)
--

Bibliografia

1. ASTLEY HOPE H.D., HELLIER M.D.: *Odontoiatria e medicina interna*, Masson Ed., Milano, 1986
2. BARGNESI R., RONDI C.: *Aspetti medico-legali della emergenza odontoiatrica*, *Il dentista moderno*, 3, 1986: 506
3. DALL'OPPIO L., WEINSTEIN R.: *Handicappato e paziente a rischio in odontoiatria*, Masson Ed., Milano, 1990
4. DAMIA G., SALVATO A., DAMIA L.: *Emergenze ambulatoriali odontoiatriche: prevenzione e cura*, Ed. Minerva Medica, Torino, 1992
5. DANESINO P., TAVANI M., PRATI A.: *Eccezionali conseguenze dannose a seguito di estrazione dentaria: Segnalazione di un caso di difficile valutazione medico-legale*, *Arch. Med. Leg. Ass.*, 7, 1985: 139

6. DURANTE MANGONI E.: *Aspetti medico-legali delle emergenze e delle urgenze in odontostomatologia*, *Rass. Medico-forense*, 25, 1987: 9
7. GOLDMAN V.: *Death in the dental chair*, *Med. Sci. Law.*, 13, 1973: 39
8. HARRISON.: *Principi di medicina interna*, Ed. Mc Graw-Hill, Libri Italia SI, MI 1992: 505, 2875-2897
9. HELLER A., GROSS R.: *Il medico di pronto soccorso*, Mediserve, Milano, 1994
10. LUBIN M., KENNETH WALKER H., SMITH R.: *Il trattamento medico del paziente chirurgico*, Piccin Ed., Padova, 1987
11. LYNCH M., BRIGHTMAN V., GREENBERG M.: *Trattato di medicina orale*, Piccin Ed., Padova, 1992
12. MALAMED S.: *Sedazione*, Piccin Ed., Padova, 1990
13. MALAMED S.: *Medical emergencies in the dental office*. Mosby Ed., 1993
14. MONTAGNA F.: *Prevenzione delle infezioni in odontoiatria: epatiti e AIDS*. Promoass Ed., Roma 1997
15. NEGRI M.: *Emergenze mediche nello studio odontoiatrico*, Il Pensiero Scientifico Editore, Roma, 1987
16. FEDERAZIONE NAZIONALE DEGLI ORDINI DEI MEDICI-CHIRURGHI E DEGLI ODONTOIATRI: *Criteri organizzativi delle emergenze e delle urgenze in campo sanitario*, In: *Soccorso ed emergenza nella sanità pubblica: basta un decreto per organizzare un servizio valido?*, *Mecosan 2/2*, 1993: 45
17. GARETTO A.: *La nuova Medicina d'Urgenza: il riconoscimento, gestione, trattamento delle urgenze extra ed intraospedaliere*, CG Ed. Medico Scientifiche, Torino, 1994
18. GOMBI F.: *Gli aspetti legali del primo soccorso*. In: Aloisi D., Cinelli P., Menarini M., *Lezioni di primo soccorso*, Croce Rossa Italiana, Comitato Provinciale di Bologna, 1993: 220-224

6. IL PROTOCOLLO ED IL PIANO TERAPEUTICO

P.O. Carli, F. Montagna

Allo stato attuale possiamo affermare che la terapia odontoiatrica ha raggiunto un elevato grado di standardizzazione essendo stati sperimentati, per ogni patologia, le alternative terapeutiche ed i tipi di trattamento chiarendone: indicazioni, tecniche operative, percentuali di successo, tempi di guarigione, criteri di valutazione clinica, controlli di distanza, statistiche di successo immediato e stabilità nel tempo.

Le differenze legate alle singole scuole sono limitate a variazioni di tecnica operativa tendenti ad ottenere particolari soluzioni senza variazioni sostanziali sui principi ed obiettivi terapeutici che rispondono a comuni acquisizioni di fisiologia e patologia orale.

La conoscenza dello stato dell'evoluzione scientifica, nonché delle singole fasi tecniche, costituisce la base dei criteri utilizzati in medicina-legale per verificare l'ipotesi di errore professionale; il metodo di analisi consiste nel ripercorrere mentalmente tutto l'iter terapeutico, analizzando il modo in cui il sanitario ha proceduto nella prestazione in base alle indicazioni terapeutiche, il piano di trattamento, l'esecuzione tecnica, i protocolli di terapia accreditati sulla base delle conoscenze scientifiche disponibili all'epoca dei fatti.

Del resto in campo terapeutico l'impiego di protocolli e linee guida rappresenta un valido metodo per assicurare uno standard assistenziale omogeneo e coordinare le attività ed i comportamenti degli operatori sanitari.

Il ruolo di tali direttive di comportamento si identifica nel potere di indirizzo e rappresenta, solo entro certi limiti, un vincolo per gli operatori; al sanitario, infatti, è riconosciuta piena autonomia nella scelta della cura e quindi la possibilità di discostarsi, in maniera motivata, dal protocollo quando formuli il piano di terapia per uno specifico paziente (discrezionalità).

Protocolli e linee guida, infatti, sono concepiti per un paziente medio, e in medicina non possono esistere metodi univoci di valutazione e terapia a causa del verificarsi di varianti cliniche e reazioni impreviste dell'organismo umano.

Con il termine protocollo terapeutico si intende una direttiva generale di condotta di diagnosi e/o cura, basata su fonti scientifiche ed esposta in ordine sequenziale tale da essere recepita ed applicata in modo univoco dagli operatori sanitari; rappresenta quindi una norma di riferimento per il sanitario con potere di indirizzo e di aiuto nelle decisioni terapeutiche.

Per l'applicazione alle singole realtà operative, diverse per necessità e risorse disponibili (personale, attrezzature) il protocollo è generalmente tradotto in linee guida che contengono informazioni dettagliate e algoritmi a scopo di istruzione e formazione; rappresentano uno strumento finalizzato alla risoluzione di problemi pratici e devono essere discusse da tutto il personale componente la squadra clinica per verificarne applicabilità ed efficacia.

Il piano di terapia rappresenta il piano di lavoro individualizzato fondato sul giudizio clinico del sanitario in base alla valutazione delle particolarità dello specifico caso clinico e costituisce la libertà discrezionale del medico.

Per quanto attiene l'aspetto medico-legale devono comunque essere evitati meccanismi automatici di ragionamento nell'apprezzamento della responsabilità, considerando la posizione estremamente delicata in cui viene ad operare il sanitario: da un lato il discostarsi dal protocollo terapeutico da parte del sanitario presuppone una accettazione del rischio e delle potenziali conseguenze che ne derivino; dall'altro esiste la necessità di esercitare la propria discrezionalità terapeutica nei casi non inquadrabili nelle direttive generali.

1. LE FASI DEL PIANO DI TERAPIA

A seguito della aumentata educazione sanitaria la maggior parte dei pazienti richiede al dentista una terapia globale che assicuri nel tempo il mantenimento funzionale di tutte le componenti dell'apparato odontostomatologico attraverso l'attuazione di piani di trattamento piuttosto che singole prestazioni d'urgenza. La maggior parte dei pazienti necessita di un piano di trattamento semplice costituito da alcune ricostruzioni conservative e di profilassi; per altri, con gradi avanzati di patologia a carico delle diverse componenti anatomiche, saranno necessari piani complessi che ricorrano a tutte le specializzazioni dell'odontoiatria.

Il piano di lavoro deve riconoscere un certo grado di flessibilità applicato alle necessità dei singoli casi; inoltre la mancanza di risposta alle singole fasi di terapia e le ricadute durante il periodo di osservazione clinica, in attesa della guarigione e stabilizzazione del caso, possono richiedere rivalutazioni e variazioni del progetto iniziale in corso d'opera (adattamenti e cambi del piano iniziale).

Di seguito è schematizzata la sequenza di un piano di trattamento ideale per il trattamento dei casi più complessi, precisando comunque che pur non esiste una regola generale universalmente applicabile circa l'ordine da seguire (tab. 1).

1.1 La fase diagnostica

1. Anamnesi ed esame obiettivo medico per evidenziare patologie sistemiche limitanti il trattamento odontoiatrico
2. Anamnesi odontostomatologica per evidenziare pregresse patologie, motivo della visita e richiesta di trattamento
3. Esame obiettivo odontostomatologico per evidenziare le necessità di trattamento: carie, parodontopatia, malocclusione, edentulia, disfunzione delle articolazioni temporomandibolari, malattie delle mucose orali
4. Sussidi diagnostici: radiografie, modelli di studio, registrazione della relazione occlusale, esami gnatologici.
5. Studio del caso
6. Piano di terapia (ideale o alternativo)
7. Informazione del paziente e discussione del caso per illustrare necessità e possibilità terapeutiche, tempi di esecuzione e costi (consenso).
8. Formulazione di piano di terapia individualizzato
9. Consenso ed accettazione da parte del paziente
10. Programmazione delle fasi e coordinazione degli operatori (igieniste dentali, odontoiatri e odontotecnici)

1.2 La fase del trattamento

1. Trattamento d'urgenza nei casi sintomatici (pulpotomia, estrazione, medicazione)
2. Igiene orale (detartrasi, istruzione e motivazione all'igiene)
3. Terapia conservativa ed endodontica (otturazioni e devitalizzazioni)
4. Esodonzia e chirurgia orale (estrazione di denti irrecuperabili, chirurgia endodontica e preprotetica)
5. Fissaggio temporaneo (fissazioni di elementi mobili, protesi provvisorie)
6. Terapia parodontale (levigatura delle radici, curettaggio gengivale, chirurgia)
7. Ortodonzia
8. Protesi provvisoria e definitiva
9. Istruzione del paziente per il mantenimento e la cura successiva

1.3 La fase di mantenimento

1. Richiami a distanza per eseguire profilassi e igiene orale, controlli radiografici per verificare la guarigione e stabilità della patologia trattata.
2. Interventi di riparazione e manutenzione di protesi

Tabella 1
SEQUENZA DEL PIANO DI TERAPIA

Diagnosi	Trattamento	Mantenimento e controlli
- Anamnesi ed esame medico	- Trattamento d'urgenza	- Richiami e visite periodiche di controllo
- Anamnesi ed esame odontoiatrico	- Igiene orale	- Igiene orale
- Piano di terapia (ideale o alternativo)	- Conservativa e endodonzia	- Riparazione e manutenzione di protesi
- Consenso alle cure	- Esodonzia e chirurgia orale	
	- Terapia parodontale	
	- Ortodonzia	
	- Protesi	

2. LE MOTIVAZIONI DELLA RESPONSABILITÀ

Errori forieri di responsabilità professionale possono verificarsi in ogni fase del trattamento e riporteremo di seguito una schematizzazione.

2.1 La diagnosi

Una corretta diagnosi è la base della programmazione terapeutica: una diagnosi precoce, in presenza di patologie progressive, permette interventi tempestivi con elevate probabilità di successo e guarigione; una mancata o ritardata diagnosi causa un ritardo terapeutico che permette il progredire della patologia sino a quadri clinici irrecuperabili; una diagnosi errata del tipo di patologia o della sua stadiazione può determinare la conseguente applicazione di terapie inutili (ipertrattamento).

Quando, a causa di una errata o mancata diagnosi, derivi un danno al paziente può essere addebitata la responsabilità al dentista conseguente a colpa in omettendo per negligenza o imperizia; in questi casi l'assenza di esami diagnostici e di una completa cartella clinica risulta decisiva.

2.2 La scelta del piano terapeutico

Per valutare la correttezza della scelta operativa in seguito applicata si deve valutare il rispetto delle indicazioni al trattamento determinato da un complesso di situazioni dipendenti dal paziente, dall'operatore e dalla patologia:

- la necessità del trattamento terapeutico in base al tipo di patologia preesistente, le indicazioni in letteratura e la richiesta del paziente
- la tecnica operatoria utilizzata in relazione ad eventuali alternative terapeutiche considerandone le rispettive percentuali di successo, il rapporto rischio beneficio, le capacità e le attrezzature dell'operatore; il tutto va rapportato alle conoscenze disponibili all'epoca dei fatti.

I motivi di addebito di responsabilità professionale di più frequente riscontro in questo ambito sono i seguenti: scelta ingiustificata di tecniche con elevato rischio operatorio; scelta terapeutica non adeguata alle capacità, all'esperienza ed alle attrezzature a disposizione dell'operatore; sperimentazione clinica di nuove tecniche prive di supporto scientifico adeguato; carenza di aggiornamento dell'operatore con conseguente utilizzazione di tecniche segnalate come scorrette, inutilmente rischiose al momento dell'utilizzazione, superate dall'evoluzione tecnica e scientifica.

È da sottolineare che nel caso sia scelta una specifica corretta terapia, previo consenso del paziente, devono essere evitate le critiche a posteriori basate su preferenze personali di chi è chiamato a giudicare; si deve infatti riconoscere al sanitario la discrezionalità nella impostazione del piano di terapia.

2.3 La sequenza del piano di trattamento

Questa valutazione prevede un giudizio globale sulla metodologia di lavoro applicato dal dentista in relazione al rispetto dei protocolli operativi riportati in letteratura all'epoca dei fatti in giudicato.

Le contestazioni sul piano di trattamento possono essere molteplici:

- mancato rispetto delle fasi di terapia come non esecuzione o inversione delle sequenze previste dai protocolli accreditati in letteratura
- mancato rispetto dei tempi di esecuzione e controllo indispensabili a garantire la guarigione clinica delle singole fasi prima di procedere alle successive

2.4 L'esecuzione tecnica

Si valuta la tecnica operativa e le complicazioni perioperatorie; nel caso di complicazioni che abbiano condizionato il successo terapeutico si deve valutare la prevedibilità e prevenibilità, la condotta e le misure applicate dall'operatore. L'analisi può evidenziare errori inescusabili di tecnica operatoria (colpa grave), errori lievi (colpa ordinaria), complicità fortuite non diversamente evitabili e prevedibili che escludono la responsabilità professionale.

Motivi imputabili al paziente in grado di determinare un insuccesso terapeutico ostacolando la realizzazione tecnicamente corretta sono: la scarsa o assente collaborazione durante la terapia e l'interruzione del rapporto unilateralmente prima del termine (cause di giustificazione).

2.5 Il controllo e rivalutazione

Si valutano i controlli e le prestazioni fornite al paziente nel periodo immediatamente successivo all'intervento terapeutico potendo sorgere contestazioni in diverse situazioni:

- Assenza di controllo o assistenza durante le fasi di guarigione da un intervento o di adattamento di una protesi
- Assenza di tempestiva valutazione che abbia causato un ritardo nell'intervento e conseguenti complicanze
- Prosecuzione del piano di terapia in presenza di mancata guarigione della fase precedente per assenza di controllo e rivalutazione del proprio operato e/o di complicanze successive; atteggiamento al quale consegue una terapia inutile o incongrua.

2.6 Il mantenimento

La durata di una riabilitazione orale e lo stato di salute orale sono subordinati ad una corretta manutenzione da parte del paziente e l'esecuzione di visite di controllo e interventi periodici. Può configurarsi una responsabilità esclusiva di una delle parti contrattuali o solidale del sanitario e del paziente qualora non sia assicurato il mantenimento dello stato di salute orale a seguito di una riabilitazione per: l'assenza di igiene orale ed incuria da parte del paziente; mancata istruzione del paziente da parte del dentista sulla necessità di controlli periodici e manutenzione.

3. CONSIDERAZIONI

L'operatore sanitario deve concepire i protocolli come strumenti non di vincolo ma di aiuto allo scopo di ovviare o ridurre i rischi di possibili omissioni o errori; nel momento in cui il sanitario esercita la sua libertà discrezionale nell'applicare o disattendere un protocollo, si modifica contestualmente la configurabilità della responsabilità professionale:

a) L'errore conseguente a inosservanza non motivata dei protocolli configura una colpa specifica per inosservanza di leggi, regolamenti, ordini, direttive e discipline. Gli operatori che si discostano dal protocollo, quindi, devono operare con un parere motivato e si assumono la responsabilità in caso di contenzioso.

b) L'osservanza del protocollo costituisce una validazione scientifica delle procedure adottate ma non esonera dall'ipotesi responsabilità qualora non vengano rispettate le normali regole tecniche di prudenza, diligenza e perizia dettate dalla scienza e dall'esperienza. L'applicazione pedissequa di un protocollo senza interpretazione critica dei problemi può causare, nell'eventualità di danno, l'attribuzione di colpa generica per imperizia, imprudenza e negligenza.

Per il medico-legale protocolli e linee guida rappresentano riferimenti utili per configurare la responsabilità professionale in caso di contenzioso: perché, costituendo procedure validate ed accettate scientificamente, permettono di definire la competenza media esigibile dal professionista; rappresentano, cioè, un termine affidabile di paragone per confrontare il piano di terapia adottato con gli standard normali di assistenza vigenti all'epoca dei fatti.

Non è possibile giudicare un piano di terapia esclusivamente sulla base della cor-

retta applicazione dei protocolli terapeutici poichè, dato il loro valore di indirizzo, essi limitano la libertà discrezionale del medico senza escluderla.

Possiamo concludere quindi affermando che dal punto di vista giuridico i protocolli rappresentano uno strumento utile ma marginale nel configurare la responsabilità professionale e non sono totalmente affidabili ai fini della tutela dell'operatore sanitario e della sicurezza del giudizio medico- legale.

La dimostrazione della colpa professionale consiste nell'analizzare concretamente il modo in cui il dentista ha attuato il piano di terapia attraverso tre criteri cardine di confronto.

In base al criterio della regola tecnica si analizzano le scelte ed il modo con cui è stata eseguita la prestazione, stabilendo di quanto si sia discostata dalle direttive teoriche e pratiche scientificamente collaudate all'epoca dei fatti: la differenza cioè tra piano di terapia e protocollo terapeutico.

Seguendo il criterio della media preparazione l'errore tecnico (imperizia) viene giudicato sul metro della preparazione media della categoria odontoiatrica, vale a dire confrontata con le capacità dei colleghi di pari esperienza e preparazione media; prudenza e diligenza sono invece giudicati con rigore.

Secondo il criterio delle circostanze oggettive e soggettive il comportamento non va giudicato in senso astratto nè assoluto ma per ogni singolo fatto in concreto e relativo alle circostanze di tempo, luogo e capacità e personalità del soggetto.

Nella tabella 2 sono riassunti i motivi di contestazione che sono riportati con maggior frequenza a carico del dentista nel corso di controversie legali.

Fase	Errore
DIAGNOSI	Errata, non eseguita
PIANO DI TRATTAMENTO	Inutile, inopportuno, controindicato Obsoleto (mancanza di aggiornamento) Rischioso (assenza rapporto costo beneficio) Errato (non rispetto della sequenza delle fasi e tempi di terapia)
ESECUZIONE TECNICA	Errori di tecnica operatoria
CONTROLLO E RIVALUTAZIONE	Assenza di rivalutazione Prosecuzione del piano di terapia in assenza di guarigione
MANTENIMENTO E CONTROLLO	Assenza di istruzioni al paziente Assenza di rivalutazione e diagnosi durante le visite di controllo successive

Bibliografia

1. FRESA R.: *Il consenso informato in odontoiatria: legislazione e guida pratica*, ANDI, Ravenna, 1997.
2. KETTERL W.: *Fondamenti di clinica odontostomatologica*, Ed. USES, Torino, 1991
3. MANNA A.: *Trattamento medico chirurgico*, *Enciclopedia del Diritto*, Ed. Giuffrè, Milano, 1995
4. MARRA A.: *L'odontoiatra nella legislazione e nella giurisprudenza*, Ed. Mediamix, Milano, 1991

7. LA CHIRURGIA ORALE

P.O. Carli, F. Montagna

Negli ultimi anni l'evoluzione tecnica e scientifica ha creato la possibilità di eseguire sempre più complessi interventi di chirurgia orale nell'ambulatorio odontoiatrico, in passato destinati alla esecuzione in ambito ospedaliero. Tale situazione, pur in presenza di protocolli terapeutici standardizzati e consolidati dall'uso, ha aumentato la possibilità che possano configurarsi situazioni di responsabilità professionale da cui possono derivare risvolti di carattere penale, civile ed assicurativo.

In questo capitolo tratteremo le complicanze conseguenti a chirurgia orale ambulatoriale dovute ad errori di tecnica operatoria e ne illustreremo i criteri di giudizio medico-legale.

Innumerevoli sono le tecniche di intervento utilizzate in chirurgia orale ed una loro trattazione esula dallo scopo di questo capitolo; per esigenze di semplificazione proponiamo una schematizzazione dei principali tipi di intervento in relazione al campo di applicazione (tab. 1).

Tabella 1 TIPI DI INTERVENTI DI CHIRURGIA ORALE	
Estrazione dentaria	Asportazione di cisti (cistectomia, cistostomia)
Reimpianto e trapianto dentario	Biopsia
Chirurgia endodontica (retrograda, a cielo aperto)	Chirurgia preprotetica
Chirurgia parodontale (mucogengivale, osteoresettiva, rigenerativa)	Implantologia
Emisezione ed amputazione radicolare (rizotomia e rizectomia)	Chirurgia preimplantare (rialzo del seno mascellare, aumento della cresta ossea)
	Chiusura di comunicazione oroantrale

Schematicamente si può affermare che tutti gli interventi di chirurgia orale devono seguire un comune aspetto metodologico che permette una divisione in fasi nelle quali devono essere rispettate alcune indicazioni di ordine clinico e medico-legale.

1. LA PIANIFICAZIONE DELL'INTERVENTO

Valutazione preoperatoria e consenso informato rappresentano i momenti fondamentali in questa fase dei quali è consigliabile rimanga traccia sulla cartella clinica; infatti, anche se la base del trattamento è costituita dal rapporto fiduciario che si instaura durante il colloquio, tuttavia solo parametri obiettivi registrati sulla cartella clinica e la disponibilità di esami diagnostici possono essere utili al medico nella ipotesi di contenzioso per responsabilità.

1.1 La valutazione preoperatoria e limiti alla chirurgia ambulatoriale in ambito extra-ospedaliero

La pianificazione terapeutica è svolta sulla base dei dati emersi dall'esame medico ed odontoiatrico; le indicazioni, la terapia perioperatoria, la scelta dell'anestetico e l'esecuzione ambulatoriale possono essere condizionate da eventuali malattie sistemiche da cui il paziente è affetto.

In presenza di patologie sistemiche si deve tenere conto dei parametri di laboratorio limite, che sconsigliano l'esecuzione di interventi in ambulatori esterni alle strutture ospedaliere dove non sono normalmente garantite efficaci terapie di supporto medico e controllo postoperatorio in caso di complicanze.

Tabella 2
ESAMI EMATOCHIMICI PER LA CHIRURGIA ORALE

Esame	Valore normale*	Rischio di complicanze
Granulociti neutrofilii	3000-6000/mm ³	<500/mm ³
Linfociti CD4+	500-1660/mm ³	<100/mm ³
Emoglobina	12-16 gr./dl.	<7 gr./dl.
Piastrine	1500000-3000000/mm ³	<50000/mm ³
Tempo di protrombina (PT)*	Tempo 11-15 sec.	>25-30 sec. (> 2 volte v.n.)
Attività protrombinica	Tasso 80-120%	<30%
International Normalized Ratio (INR)	1 UI	>2,5-3 UI
Tempo di Tromboplastina Parziale (PTT)	25-35 sec.	>40-50 sec.
Tempo di Emorragia*	1-7 minuti	>20 minuti

* Variazioni possibili in base alla tecnica di laboratorio

Dopo aver eseguito l'anamnesi, esami clinici e diagnosi ed aver stabilito la necessità di una terapia chirurgica, occorre valutare se l'intervento può essere eseguito ambulatorialmente nello studio odontoiatrico o richiede l'invio a strutture ospedaliere; la decisione dipende essenzialmente da quattro fattori:

- tipo di estensione dell'intervento
- esperienza dell'operatore nella terapia delle complicanze
- disponibilità di spazio, materiale, strumenti
- tollerabilità dell'intervento da parte del paziente, fattori di rischio.

La raccolta dei dati anamnestici e la registrazione dei dati strumentali e/o di laboratorio sulla cartella clinica è un importante aspetto di medicina legale poiché, nella eventualità di una citazione in giudizio, una documentazione lacunosa potrebbe generare l'impressione di superficialità nella pianificazione preoperatoria.

1.2 Il consenso

Il consenso deve pervenire dal titolare di un diritto disponibile cioè con la maggiore età e la capacità di intendere e di volere. È sufficiente un consenso implicito cioè sottinteso con la stessa richiesta di prestazione da parte del paziente, per gli interventi di noto e comune utilizzo; mentre è necessario l'acquisizione in forma esplicita, cioè espressamente richiesta ed ottenuta dal sanitario anche in forma scritta, in presenza

di interventi complessi che sottendano un aumentato rischio.

Quest'ultimo presuppone l'obbligo dell'informazione e per tale motivo si consiglia di utilizzare nella spiegazione materiale ausiliario, far firmare al paziente il piano di cura e far controfirmare la cartella clinica dai collaboratori presenti in modo da documentare l'avvenuta corretta spiegazione. Si deve ricordare che il dovere di dare spiegazioni da parte del medico e la prova scritta dell'avvenuta spiegazione sta assumendo sempre maggior importanza dal punto di vista legale, pur non tutelando completamente il sanitario; la dimostrazione di aver ottenuto un corretto consenso informato ha infatti solo un valore accessorio in quanto costituisce un importante presupposto, ma non tutela il sanitario dalla responsabilità di eventuali errori tecnici successivi.

La spiegazione per ottenere un consenso informato deve essere obiettiva, completa e comprensibile; adeguandola all'intelligenza ed al grado di cultura del paziente dovrebbe contenere i seguenti contenuti specifici in relazione al tipo di intervento:

- Spiegazione del quadro patologico
- Tipo, grado di necessità dell'intervento
- Possibili complicanze e sequele
- Possibilità alternative al trattamento

È consigliabile fornire le spiegazioni durante la seduta precedente l'intervento (almeno 24 ore prima); devono inoltre essere discusse la possibilità di lavorare e guidare dopo l'intervento e la necessità di accompagnamento dopo la dimissione.

2. LA PREPARAZIONE, L'ESECUZIONE DELL'INTERVENTO, IL CONTROLLO POSTOPERATORIO

La preparazione del paziente consiste in una terapia farmacologica eventualmente necessaria (sedazione, profilassi antibiotica ed antiedemigena), nella disposizione del paziente sul riunito e preparazione del campo operatorio (isolamento, disinfezione, antisepsi).

La preparazione del personale e dell'operatore consiste nell'adottare le norme universali di prevenzione per le infezioni crociate attraverso l'applicazione dell'igiene delle mani e delle misure di barriera (guanti, mascherina, occhiali, indumenti monouso). La preparazione degli strumenti consiste nella disinfezione o sterilizzazione degli oggetti a seconda del livello di rischio (sterilizzazione di articoli critici, semicritici; disinfezione dei non critici) e nella loro distribuzione, identificando le zone pulite e contaminate nella zona operatoria.

Le operazioni da svolgere durante la procedura chirurgica sono nell'ordine: anestesia, esposizione della regione (incisione della mucosa, ostectomia), rimozione del reperto patologico, pulizia ed emostasi, trattamento della ferita (tamponamento, drenaggio, sutura).

Il trattamento postoperatorio prevede successive misure:

- Le istruzioni postoperatorie comprendono istruzione del paziente circa la cura domiciliare postoperatoria come, ad esempio, l'alimentazione, le misure fisiche (impacchi di ghiaccio, compressione, sciacqui), il comportamento in caso di emorragia, la limitazione dell'attività.
- Il trattamento farmacologico con antibiotici, antinflogistici, antipiretici, antisettici del cavo orale
- Per grossi interventi chirurgici ambulatoriali è necessario un controllo postopera-

torio (circa 30 minuti), la dimissione con accompagnatore ed il divieto di guida.

Il controllo ha la funzione di sorvegliare l'insorgenza di eventuali complicanze postoperatorie ed istituire tempestivamente una corretta terapia; la frequenza dipende dal tipo di intervento:

- Interventi semplici richiedono il controllo solo in presenza di complicazioni con decorso operatorio diverso dalla norma
- Interventi complessi richiedono un controllo entro i primi tre giorni (solitamente dopo 24 ore); la rimozione dei punti dopo 7-10 giorni; successivi controlli sino alla guarigione avvenuta.

3. LE COMPLICANZE

Le complicanze possono verificarsi in fase intraoperatoria per lesioni di strutture anatomiche contigue o per complicanze postoperatorie successive a infezione, emorragia, necrosi. Nella tabella 2 sono classificate ed analizzate le più frequenti complicanze, differenziando i fattori favorenti in grado di rendere tali complicanze inevitabili o probabili anche nel corso di una chirurgia correttamente eseguita, dalle situazioni in cui può essere individuata responsabilità professionale.

Le indicazioni riportate di seguito rivestono un carattere orientativo, in quanto nu-

Tabella 3
COMPLICANZE IN CHIRURGIA ORALE

Complicanza	Fattori favorenti	Errore più comune
Denti da estrarre		
Estrazione di dente errato	Patologie plurime contigue; sintomatologia non individualizzata (pulpiti)	Assenza di radiografie preoperatorie
Frattura	Denti indeboliti da vaste carie, devitalizzati, anchilosati	Tecnica di lussazione errata
Estrazione incompleta (ritenzione di radice)	Estrazioni multiple in denti con carie destruyente	Assenza di controllo radiografico postoperatorio
Denti contigui		
Sublussazione e lussazione	Parodontopatia Denti contigui isolati	Errata tecnica d'uso di leve o pinze; mancanza di precauzione (stabilizzazione dei denti contigui)
Frattura della corona o radice	Preesistenti otturazioni o carie	
Tessuti molli		
Ferite (labbra, guance, lingua)	Movimenti accidentali del paziente; ristrettezza di spazio	Incongruo uso di strumenti senza assicurare protezione e divaricazione dei tessuti

Enfisema sottocutaneo (penetrazione di aria sotto il lembo)	Uso di turbine e siringhe ad aria compressa	Utilizzazione di turbine per la chirurgia ossea (preferibile il micromotore)
Ossa mascellari		
Fratture (processo alveolare, tuber maxillae, mandibola, mascella)	Osteoporosi, osteiti, cisti	Eccessivo uso di forza Assenza di radiografie preoperatorie
Comunicazione oroantrale	Rapporti anatomici di continuità con il seno mascellare	Condotta omissiva dopo la complicanza (mancata immediata chiusura chirurgica o invio a strutture specializzate)
Penetrazione nel seno mascellare di materiale estraneo (frammenti dentali)	Contiguità anatomica; erosione della corticale del seno per infezioni croniche	Uso errato di leve
Infezioni locali e sistemiche		
Osteiti, ostomielite, alveolite postestrattiva, flemmone, ascesso, angina di Ludwig)	Chirurgia contaminata Pazienti immunocompromessi o defedati	Ritardata diagnosi, mancata prescrizione di profilassi o terapia antibiotica
Processi infettivi (setticemia, endocardite batterica)	Chirurgia di tipo contaminato Pazienti defedati o immunocompromessi Valvulopatie e protesi valvolari cardiache	Non applicazione della profilassi antibiotica Condotta omissiva per mancata o tardiva individuazione della complicanza e prescrizione di terapia antibiotica
Emorragia		
Sanguinamento prolungato, ematoma, ecchimosi.	Flogosi, vasodilatazione reattiva al vasocrostrittore, alterazioni dell'emostasi	Assenza di anamnesi o controllo in pazienti con difetti dell'emostasi Insufficienti misure emostatiche topiche
Ghiandole salivari		
Scialoadenite (obliterazione del dotto escretore)	Cicatrici obliterate, contiguità anatomica	Sutura del dotto escretore di ghiandole salivari maggiori
Lesione neurologica		
Ipo-anestesia (nervo alveolare inferiore, mentoniero, linguale); parestesi (nervo facciale)	Contiguità anatomica	Errata tecnica chirurgica
Articolazione temporomandibolare		
Lussazioni e sublussazioni	Lassità legamentosa	Incongrua applicazione di forza

merose sono le variabili che possono concorrere a determinare l'insuccesso della prestazione odontoiatrica; per questo motivo un atteggiamento di cautela ed un approccio libero da impostazioni preconcepite deve guidare l'indagine medico-legale nei casi di responsabilità. Nella tabella 3 sono riportate le eventualità più frequenti di contestazione medico-legale.

4. CONSIDERAZIONI

Quando debbano essere giudicati esiti negativi conseguenti ad un intervento di chirurgia orale il medico valutatore deve considerare diverse possibilità che implicano differenti criteri di valutazione ai fini di determinare la responsabilità dell'operatore.

4.1 Le complicanze prevedibili e prevenibili

Sono costituite perlopiù da interventi di elezione nei quali si affrontano rischi calcolati, affrontati coscientemente in ragione del vantaggio terapeutico. In questi casi si deve accertare l'entità del rapporto costo-beneficio: indicazione all'intervento, metodo adottato per eseguirlo, risultato atteso. Una concreta finalità terapeutica, basata su tecniche di noto e comune utilizzo, distingue l'attività clinica da quella sperimentale o non rivolta a fini non strettamente terapeutici per le quali devono essere considerate regole più severe. Ricordando che il sanitario è tenuto ad una obbligazione di mezzi e non di risultati, l'indagine medico-legale tende a valutare se sia stata eseguita una corretta valutazione diagnostica preoperatoria, acquisito il consenso informato da parte del paziente, eseguita una tecnica corretta, predisposta ed eseguita la terapia delle complicanze verificatesi.

Una casistica personale costituita da numerosi interventi ad esito favorevole, anche in pazienti a rischio, non giustifica la sopravvalutazione delle proprie capacità chirurgiche e organizzative, né a livello legale né nell'opinione del paziente.

4.2 Le complicanze imprevedibili e imprevenibili

Costituiscono eventi fortuiti che possono avvenire indipendentemente da ogni precauzione presa; in questo caso la condotta del dentista può essere valutata solamente analizzando la condotta successiva all'evento per verificare se sia stata eseguita una diagnosi e terapia immediata adeguata o sia stato predisposto l'invio a struttura specializzata. Infatti, per quanto esistano incidenti inevitabili, imprevedibili e fortuiti, l'obbligo di sicurezza richiede che vengano sempre tenuti presenti tanto l'incidente che il modo di scongiurarlo.

In alcune branche dell'odontoiatria è possibile valutare la prestazione a distanza di tempo attraverso parametri standardizzati di corretta esecuzione e durata (otturazioni, protesi): in questi casi l'errore tecnico è individuabile. In chirurgia orale, una volta eseguito l'intervento e rigenerati i tessuti la modificazione dell'assetto anatomico e biologico può rendere difficile la dimostrazione dell'errore professionale. Sulla base della ricostruzione anamnestica dell'intervento non sempre ci si potrà esprimere in termini tassativi sulla qualità della prestazione: si potrà dunque parlare di errore certo, probabile, possibile, inesistente o indimostrabile.

Tabella 4
CRITERI DI GIUDIZIO IN CHIRURGIA ORALE

Fase	Parametri da valutare	Considerazioni
VALUTAZIONE PREOPERATORIA	Cartella e documentazione clinica (medica, odontoiatrica, radiologica)	La cartella clinica è obbligatoria per strutture pubbliche e case di cura private; non obbligatoria per il libero professionista. In caso di assenza o incompletezza genera l'impressione di negligenza
PIANIFICAZIONE TERAPEUTICA (SCELTA DELLA TECNICA)	Indicazioni tecniche all'intervento, rapporto costo beneficio, alternative terapeutiche	La pianificazione deve considerare le capacità dell'operatore e le necessità terapeutiche: colpa per imprudenza è costituita dall'affrontare interventi per i quali non si dispone di alternative ed esperi, senza.
	Finalità dell'intervento	Per interventi a scopo estetico può configurarsi l'obbligo di risultato; un rapporto rischio beneficio sfavorevole genera l'impressione di imprudenza
	Tecnica standardizzata o sperimentale	L'utilizzazione di tecniche sperimentali presuppone l'accettazione del rischio; sconsigliata in ambito privato.
CONSENSO	Implicito	Sufficiente per tecniche di noto e comune utilizzo con ridotto rischio
	Esplicito	Necessari nei casi di aumentato rischio
TECNICA OPERATORIA	Modalità dell'esecuzione tecnica	Varia nei singoli interventi: discostarsi da un protocollo terapeutico presuppone di accettare la responsabilità. Per l'errore tecnico è difficilmente invocabile la particolare difficoltà.
CONTROLLO POSTOPERATORIO	Istruzione del paziente, modalità di dimissione, controllo a distanza, terapia delle complicanze	Verificare l'esecuzione di: sorveglianza postoperatoria, rivalutazione del caso e tempestivo reintervento in caso di complicanze o invio a strutture specializzate.

4.3 La metodologia dell'analisi

Riassumiamo i problemi che si possono presentare nella pratica chirurgica in tre settori:

Nella fase pre-chirurgica eventuali errori di diagnosi e preparazione dell'intervento rappresentano colpa in omettendo per negligenza che è sempre considerata ine-

scusabile e quindi fonte di responsabilità contrattuale; il giudizio è formulabile attraverso l'esame della documentazione clinica e degli esami preliminari (anamnesi, radiografie, pianificazione terapeutica).

Il non aver considerato complicanze prevedibili, non aver inviato ad altro sanitario più competente casi complessi oltre la propria capacità rappresentano elementi di colpa in quanto implicano l'accettazione del rischio da parte del professionista e quindi imprudenza inescusabile.

Per verificare la fase chirurgica si devono valutare le complicanze imputabili a fattori favorevoli (come ad esempio processi patologici preesistenti) e da errori di tecnica. L'imperizia (errore tecnico) può costituire errore scusabile o inescusabile; comunque la severità con cui attualmente la magistratura giudica la colpa professionale determina l'apprezzamento di responsabilità nella maggior parte dei casi. Nella fase post-chirurgica possono realizzarsi complicanze per inadeguato controllo postoperatorio che può configurare colpa per imprudenza e negligenza inescusabili, tra le quali ricordiamo: incidenti per dimissione di paziente non in perfette condizioni psicofisiche; omessa diagnosi e/o ritardata terapia di complicanza infettiva, comunicazione bucco-sinusale.

Bibliografia

1. BARNI M., SANTOSUOSSO A.: *Medicina e diritto. Prospettive e responsabilità della professione medica oggi*, Ed. Giuffrè, Milano, 1995
2. BILANCETTI M.: *La responsabilità civile e penale del medico*, Ed. Cedam, Padova, 1995
3. DIMITROUS G.: *Compendio di piccola chirurgia orale*, Ed. Dompè, Milano, 1997
4. ROBETTI I.: *Il consenso in odontoiatria, Professione, Sanità Pubblica e Medicina Pratica*, Ed. EMS, Torino, 3, 1996: 57-59
5. SABBATINI A.: *Denti inclusi: diagnosi e terapia*, ISBS, Castelnuovo Don Bosco (Asti), 1989

8. IL RESTAURO CONSERVATIVO

P.O. Carli, F. Montagna

La conservativa rappresenta la terapia odontoiatrica di più frequente utilizzazione nella pratica clinica per il recupero di elementi dentari danneggiati dalla patologia cariosa; comprende due diversi campi come l'endodonzia e la ricostruzione che nella pratica clinica si sovrappongono ma saranno analizzati in capitoli separati per esigenze di trattazione.

In questo capitolo analizzeremo i problemi inerenti la valutazione medico-legale inerente al contenzioso in tema di responsabilità professionale per ricostruzioni conservative.

1. L'EZIOLOGIA E LA PATOGENESI DELLA CARIE

La carie è una patologia ad eziologia infettiva causata da Streptococchi (*mutans*, *faecalis*, *salivarius*), Lattobacilli e Actinomiceti la cui patogenesi è influenzata da meccanismi plurifattoriali (alimentazione e resistenza dell'ospite).

È comunemente accettata la tesi secondo la quale l'insorgenza iniziale del processo carioso è il risultato di uno spostamento dell'equilibrio tra la demineralizzazione e la mineralizzazione dello smalto.

Lo smalto subisce cicli alterni di demineralizzazione superficiale e rimineralizzazione: ogni qualvolta un substrato alimentare fermentabile (saccarosio, mono e disaccaridi), viene metabolizzato dai microrganismi della placca batterica e convertito in prodotti finali acidi (acido lattico), causa una diminuzione del pH orale e la demineralizzazione dei cristalli di idrossiapatite.

La rimineralizzazione della superficie dello smalto avviene negli intervalli tra i pasti, quando i sistemi tampone della saliva riportano il pH a valori di neutralità (valore normale 6,7-7,2) e, seguendo il gradiente di concentrazione, si inverte la diffusione di ioni calcio e fosfato. Quando l'acidità orale rimane per lunghi periodi inferiore al valore critico (pH 5) avviene la formazione di nicchie che permettono l'insediamento dei batteri patogeni e la progressione della patologia cariosa.

L'incidenza della patologia è il risultato di una complessa interazione tra agenti eziologici, o primari, e fattori favorenti, o secondari: pur essendo la carie una patologia infettiva, la variabilità dello sviluppo individuale dipende dalla presenza ed importanza di ognuno dei fattori di rischio esposti nella tabella 1.

Tabella 1
EZIOPATOGENESI DELLA CARIE

Fattore eziologico primario	
PLACCA BATTERICA	Caratteristiche (acidoresistenza e adesività) Capacità metaboliche (microrganismi acidogeni)
Fattori secondari o favorenti	
FATTORI LEGATI ALLO SMALTO DENTALE	Caratteristiche di superficie (fessurazioni, solchi e depressioni dello smalto) Difetti di mineralizzazione per patologie sistemiche
FATTORI LEGATI ALLA SALIVA	Quantità del flusso salivare Immunità specifica umorale e cellulare Attività antibatterica aspecifica Efficacia dei sistemi tampone
FATTORI LEGATI ALL'AMBIENTE	Educazione sanitaria (igiene orale) Facilità di accesso alla terapia (condizioni socioeconomie e psicologiche)
FATTORI LEGATI ALLA DIETA	Carenze alimentari Assunzione di fluoro Educazione alimentare e potenziale cariogeno degli alimenti (quantità di carboidrati, viscosità, adesività, acidità; frequenza di assunzione del cibo)
FATTORI LEGATI A PATOLOGIE ORALI	Tipo di occlusione (malocclusioni) Parodontopatia (carie al colletto) Numero di denti

Il ruolo di alcuni fattori favorenti necessita di alcune precisazioni per una miglior comprensione del meccanismo eziopatogenetico.

La saliva costituisce un sistema di protezione in virtù di una attività diretta antibatterica aspecifica (lisozima, lattoferrina, sialoperossidasi); una attività immunitaria umorale e cellulare veicolata dall'essudato gengivale attraverso l'epitelio crevicolare (IgG, IgA, IgM, linfociti, neutrofili, monociti) o secreta dal tessuto linfoide associato alla mucosa (MALT e IgA secretorie); una capacità tampone (acido carbonico - bicarbonato, fosfati, proteine, urea, ammoniaca).

La clearance orale individuale è il tempo necessario ad eliminare il cibo dalla cavità orale ed è in relazione alle condizioni dell'apparato dentario intese come possibilità di detersione, masticazione e ritenzione di residui.

Un ultimo fattore che influisce sulla eziopatogenesi della carie è la struttura dello

smalto che può mutare la suscettibilità individuale. Di seguito sono riportate alcune situazioni locali e sistemiche in grado di alterare la struttura dentale aumentando la cariorecettività:

- Patologie genetiche (amelogenesi imperfetta, trisomia 21, etc.)
- Patologie congenite agenti nel periodo della gravidanza (malattie esantematiche, deficienze dietetiche materne, lue, etc.)
- Patologie acquisite (patologie gastroenteriche causa di rigurgito acido, stati carenziali da malassorbimento intestinale, disendocrinie e disturbi del ricambio minerale, patologie causa di xerostomia).

Esistono inoltre differenze nella espressività della patologia in relazione all'età: nel soggetto adulto risultano interessate dalle carie più le superfici radicolari e cervicali che le superfici coronali come avviene nel bambino. Nell'adulto inoltre la retrazione gengivale espone le superfici radicolari che sono più suscettibili alla carie a causa della minor mineralizzazione, la presenza di concavità, solchi, fessure e linee di frattura; esiste quindi un rapporto diretto tra parodontopatia e carie.

2. I TIPI DI RESTAURO CONSERVATIVO E LA DURATA

I vari materiali disponibili per la ricostruzione conservativa sono sintetizzati nella tabella 2 e nel proseguo saranno trattati estensivamente solo quelli di più frequente applicazione ricordando comunque che non esiste al momento attuale un materiale ideale.

a) Amalgama

L'amalgama si ottiene mescolando con il mercurio una lega composta da argento (65-75%), stagno (25-27%), rame (12-30%) e zinco (0-2%); l'otturazione è eseguita inserendo nella cavità preparata la massa plastica che successivamente indurisce.

Questo materiale, utilizzato da oltre un secolo, presenta buona tollerabilità biologica e assicura una lunga durata del restauro poiché garantisce nel tempo un valido sigillo marginale dell'interfaccia tra dente e otturazione attraverso vari meccanismi: plasticità ed adattamento alle pareti dentinali durante lo zeppamento; espansione durante la fase di indurimento; ridotta corrosione nel tempo migliorata con l'introduzione delle amalgame non gamma 2 (ridotto legame tra mercurio e stagno); mantenimento della impermeabilità nel tempo attraverso il riempimento della fessura marginale con prodotti di ossidazione.

Pur rimanendo attualmente il materiale di prima scelta per la ricostruzione dei settori latero-posteriori, progressivamente l'amalgama ha perso la sua posizione di principale materiale da otturazione ed è attualmente impiegato nel 50-60% dei restauri per la colorazione inestetica.

L'operatore deve eliminare l'amalgama come rifiuto tossico, evitare il contatto con le mani o l'inalazione di particelle o vapori che si sviluppano durante la rimozione di vecchie otturazioni o la miscelazione); il materiale necessita di preparazioni mutilanti che assicurino ritenzione meccanica e sono più distruttive rispetto alle resine composite; le parti di smalto sottominate dalla carie e non sostenute dalla dentina sana devono essere abbattute. Non è dimostrata tossicità per il paziente.

Allo stato attuale ricordiamo che non esistono dati scientifici che dimostrino la tossi-

cià del mercurio contenuto nell'amalgama per il paziente o che limitino l'utilizzazione di tale materiale che è ancora attualmente il più affidabile mezzo di restauro conservativo.

b) Resine composite

Le otturazioni estetiche con materiale plastico sono eseguite con resine composte costituite da tre fasi: trama organica (resina liquida a base di BIS-GMA), catalizzatore, fase inorganica (quarzo e ceramica 70-90%). L'otturazione di denti anteriori rappresenta l'indicazione principale di tale materiale che è tuttavia utilizzato con sempre maggior frequenza nei settori posteriori per i suoi vantaggi di esteticità e ridotta necessità di preparazione dei tessuti dentali. La ritenzione è assicurata chimicamente con la tecnica della mordenzatura che consiste nel creare microporosità con un acido (ad esempio ortofosforico 30-37%), che servono da ancoraggio alla resina liquida componente il materiale. Lo svantaggio principale è rappresentato dalla limitata durata nel tempo legata alle caratteristiche stesse del materiale: la retrazione durante la polimerizzazione causa la formazione di fessure marginali tra dente e otturazione che facilitano l'infiltrazione batterica con conseguente carie recidiva (percolazione); scarsa resistenza meccanica e usura nel tempo; porosità motivo di discolorazioni e discromie progressive.

c) Intarsio

Con il termine di intarsio (inlay) si intende un tipo di ricostruzione che richiede la preparazione, l'impronta della cavità, l'esecuzione di un manufatto in laboratorio e la successiva cementazione.

Tale soluzione è eseguibile con diversi materiali estetici nei settori anteriori (ceramica, resina); comunque ancora oggi le ricostruzioni metalliche fuse con leghe ad elevato titolo aureo rappresentano la maggior affidabilità nei versanti latero-posteriori.

Gli intarsi sono poco utilizzati nella pratica clinica a causa del costo elevato para-

Tipo	Materiale	Commenti
OTTURAZIONE	Amalgama	Costo contenuto, lunga durata, indicata nei settori posteriori
	Composito	Costo contenuto, durata ridotta, indicato nei settori anteriori
	Oro coesivo	Attualmente poco utilizzato, costo elevato
INTARSIO	Metallo fuso	Costo elevato, lunga durata, indicata nei settori posteriori per il colore metallico
	Ceramica	Costo elevato, di recente introduzione, possibilità di frattura, estetica soddisfacente
	Resina	Utilizzazione non frequente, caratteristiche simili ad una otturazione

gonabile alla protesi unitaria con corone complete, presentano tuttavia alcuni vantaggi biomeccanici rispetto altri materiali da otturazione: precisione della chiusura marginale che riduce la percentuale di carie secondarie; riproduzione accurata della morfologia occlusale e delle superfici di contatto interprossimali; rigidità e possibilità di copertura della struttura residua dentale (inlay-onlay) che protegge dal rischio di frattura; resistenza agli stimoli chimici (limitata corrosione); durezza e resistenza agli stimoli meccanici (resistenza all'usura).

Nella tabella 3 sono stati sintetizzate le fasi di esecuzione tecnica di un restauro conservativo indicando gli scopi dei singoli procedimenti e gli errori più frequenti in modo da fornire i parametri di controllo e giudizio di una corretta esecuzione.

La schematizzazione delle fasi è indicativa e non considera le variazioni specifiche richieste dalle singole tecniche e in casi specifici.

Nella tabella 4 abbiamo raccolto i dati inerenti alla durata media prevedibile delle tecniche di ricostruzione conservativa utilizzate con maggior frequenza nella pratica clinica (otturazioni in amalgama e composito, intarsi in oro) tralasciandone altre di ridotta applicazione o di recente introduzione per le quali non sono disponibili in letteratura studi prospettici su vasti campioni di popolazione per un sufficiente periodo di osservazione clinica (orificazioni, intarsi in resina e ceramica).

Sulla base di tali dati proponiamo i seguenti valori come durata media prevedibile di una ricostruzione conservativa utilizzabile ai fini della previsione di spesa per rifacimenti futuri, considerando che l'estensione delle ricostruzioni riduce la durata prevedibile: 10-15 anni per le otturazioni in amalgama e 5-7 anni per le otturazioni in composito; 10-20 anni per intarsi in oro in analogia con la durata prevedibile indicata per la protesi fissa e considerando che interventi unitari garantiscono una maggior durata rispetto a ponti estesi.

Tabella 3

FASI DI ESECUZIONE DI UNA RICOSTRUZIONE CONSERVATIVA

Fase	Scopo	Errore	Effetto
PREPARAZIONE DELLA CAVITÀ	Eliminazione del tessuto carioso	Permanenza di materiale infetto	Recidiva di carie
	Forma di ritenzione * (pareti parallele o convergenti)	Insufficiente forma ritentiva	Distacco del restauro
	Forma di stabilità e resistenza * (angoli interni arrotondati; fondo piatto; asportare smalto non sostenuto da dentina)	Insufficiente spessore del materiale o delle pareti dentali; fondo inclinato	Frattura del dente
	Protezione del dente contiguo (matrice)	Lesione dei denti vicini con strumenti rotanti	Carie secondaria su denti contigui
PROTEZIONE DELLA POLPA	Protezione dei canalicoli dentinali dalla infiltrazione batterica sul fondo della cavità (idrossido di calcio, vernici)	Assenza di applicazione in cavità profonde	Sensibilità termica, necrosi pulpale
INSERIMENTO DEL MATERIALE	Chiusura marginale	Contaminazione salivare Bolle e difetti per scorretto zeppamento del materiale	Recidiva di carie
	Materiale compatto e con caratteristiche fisiche omogenee	Insufficiente polimerizzazione (compositi) Errato zeppamento (amalgama) Errata cementazione (intarsi)	Frattura del materiale

	Bordo di chiusura cervicale detergibile	Debordo marginale	Lesione parodontale
	Estetica	Scelta del tipo di materiale e colore	Inesteticità
	Contatto occlusale	Insufficiente contatto	Estrusione del dente antagonista e interferenze in masticazione
MODELLAZIONE	Punti di contatto interprossimali	Mancanza di contatto	Migrazione dentale, accumulo di cibo nello spazio interdentale con patologia parodontale o recidiva di carie
	Forma	Scorretta	Difficoltà di igiene e masticazione; inestetismo
LUCIDATURA E RIFINITURA	Favorire la detersione	Superficie ruvida, sottosquadri	Accumulo di placca e recidiva di carie
* Criteri applicabili all'amalgama (per i compositi è sufficiente una preparazione limitata alla asportazione della carie e bisellatura)			

Tabella 4
DURATA MEDIA DI RICOSTRUZIONI CONSERVATIVE

Autore	Materiale	Durata
Letzel e Vrij hoef 1982	Amalgama non gamma 2	Superiore a 10 anni
Ketterl 1987	Intarsio oro Resina composita	20 anni 3-5 anni
Vanini 1991	Resina composita	7-10 anni
Marci e Galasso 1990	Resina composita	4-5 anni

3. LE MOTIVAZIONI DELLA RESPONSABILITÀ

La richiesta di risarcimento per responsabilità professionale per cattiva esecuzione di restauri conservativi non è frequente, probabilmente a causa del limitato danno biologico e della possibilità di sovrapposizione di innumerevoli altre concause.

Di seguito analizzeremo due situazioni tipiche di controversia indicandone le linee guida nella valutazione.

3.1 La recidiva di carie

Definizione e causa

Formazione di carie su un dente già otturato in precedenza secondo molteplici eventualità: nuova carie su una superficie non trattata; distacco parziale o totale di otturazione; carie sul bordo di precedente otturazione.

La durata nel tempo di una ricostruzione conservativa è influenzata da molteplici fattori: il tipo di materiale utilizzato per il restauro, le sue caratteristiche ed il suo degrado nel tempo; la cariorecettività del paziente ed il regime di igiene orale applicato; errori tecnici del dentista durante l'esecuzione; l'estensione della carie e l'indebolimento dentale causato dalla patologia.

Trattamento e responsabilità

La riesecuzione di una nuova terapia conservativa tempestivamente eseguita dopo la recidiva non produce un peggioramento della situazione; interventi tardivi invece possono richiedere la terapia canalare, ricostruzioni complesse e la successiva protizzazione con corona.

Gli effetti materiale, dentista, paziente e carie possono costituire concause in grado di sovrapporsi nel tempo riducendo la durata media prevedibile della prestazione; tale situazione ostacola la valutazione medico-legale che consiste nell'identificare gli insuccessi clinici che presentino un nesso di causalità con un errore del dentista nei confronti dello stato di conoscenze all'epoca dei fatti ed alle capacità di un operatore medio.

Alla luce di tali considerazioni riteniamo che nella maggior parte dei casi l'identificazione di una scorretta esecuzione sia possibile solamente per complicazioni precoci (1-2 anni) dal termine del trattamento ed in presenza di errori evidenti e diffusi a più elementi trattati, indice di cattiva applicazione terapeutica per mancato rispetto dei principi di base.

In pratica il giudizio risponde a criteri quantitativi più che a qualitativi; la responsabilità è da escludersi nel caso di carie su superficie dentali non precedentemente trattate o in pazienti con cattiva igiene orale.

3.2 La frattura dentale

Si devono distinguere i denti vitali da quelli non vitali, presentando questi ultimi maggior frequenza e gravità di complicazioni.

a) Denti vitali

Definizione e causa

La frattura di sostanza dentale può essere di varia gravità dopo l'esecuzione di una otturazione e può complicarsi con l'esposizione della polpa dentale con conseguente necessità di terapia canalare.

Una delle situazioni più frequenti è costituita dalla frattura che avviene in presenza di ricostruzioni di grosse lesioni cariose che lascia pareti dentali sottili.

Per otturazioni in amalgama è importante eliminare le pareti di smalto non sostenute da dentina; per otturazioni in composito l'adesività del materiale consente di conservare zone più vaste di materiale dentale.

Trattamento e responsabilità

L'utilizzazione di ritenzioni accessorie (pernini dentinali e solchi) è necessaria con l'impiego di amalgama su elementi vitali; attualmente si registra in aumento la tendenza di molti dentisti, rispetto al passato, ad utilizzare materiali adesivi che: non necessitano di ritenzioni (minor rischio di lesioni pulpari durante la preparazione della cavità); permettono un maggior risparmio di sostanza dentale in presenza di grosse ricostruzioni (maggior facilità di modellazione anatomica); diminuiscono il rischio di frattura grazie alla adesività sulle pareti dentali (minor rischio di frattura).

Ricordiamo comunque che la frattura è conseguente alla preesistente patologia e non può quindi essere addebitata al dentista responsabilità professionale.

B) Denti devitalizzati

Definizione e causa

Il dente devitalizzato può presentare fratture orizzontali della corona o longitudinali della radice in quanto la corona diviene fragile ed è soggetta a frattura in seguito a diversi fattori: distruzione dell'architettura coronaria conseguente alla carie; demolizione necessaria per eseguire la terapia canalare; disidratazione delle strutture dentinali secondaria alla perdita della vascolarizzazione assicurata dal tessuto pulpare.

Per evitare il rischio di frattura di denti devitalizzati è consigliabile eseguire una protesizzazione con corona ed eventuale perno endocanalare in modo da evitare l'effetto cuneo rappresentato dalle forze occlusali sulla otturazione intracoronale.

L'ancoraggio a perno può essere eseguito con vari metodi: perno preconfezionato per otturazioni in denti con struttura coronale residua e perno moncone in caso di perdita completa della corona; il perno serve ad assicurare la ritenzione e dovrebbe essere lungo dalla metà a due terzi della radice con una sezione trasversale non superiore ad un quarto di quella radicolare.

Trattamento e responsabilità

La frattura di dente avitale provoca spesso una grave amputazione coronale in cui la frattura sottogengivale o longitudinale della radice può condizionare l'estrazione; nella eventualità della perdita del dente il danno diviene rilevante e per tale motivo rappresenta più frequente motivo di contestazione di responsabilità professionale.

In caso di frattura durante il trattamento (strumentazione endodontica o avvita-mento di perni) o successiva (spontaneamente sotto il carico masticatorio) si deve considerare che la complicazione è possibile in presenza di corretto trattamento.

Esiste un obbligo deontologico di avvertire il paziente del rischio di frattura e delle necessità di protesizzazione di denti indeboliti; non è però prospettabile responsabilità, anche nel caso di mancata informazione considerando che tale rischio rappresenta nozione comune, sicuramente nota alla maggior parte dei pazienti.

Improprio è la responsabilità per non aver proceduto alla terapia protesica, considerando che la discrezionalità terapeutica del dentista è limitata dal consenso e da

motivazioni economiche che per il paziente possono rappresentare un fattore determinante la prosecuzione e/o la scelta delle cure.

In ogni caso, non può essere pacificamente imputata responsabilità al dentista in quanto l'indebolimento è conseguente ad una patologia preesistente ed alla necessaria terapia; rimarchiamo inoltre che la necessità di protesizzare un dente avitale per evitarne la frattura è una nozione comune, che non richiede particolari spiegazioni e che non può rappresentare un danno imputabile all'operatore.

3.3 La necrosi pulpare

Definizione e causa

La comparsa di parodontite apicale (pulpite, ascesso, granuloma apicale) successivamente ad un trattamento conservativo può avvenire immediatamente o a distanza; talvolta la complicità è sequenziale ad una persistente sensibilità a stimoli termici o chimici del dente (freddo, caldo, salato, zuccherato) configurando una continuità fenomenologica.

In presenza di carie dentinali profonde che arrivino in prossimità della polpa esiste un elevato rischio di necrosi pulpare successiva all'intervento conservativo per svariati motivi conseguenti ad irritazione chimica, fisica o infiltrazione batterica:

- Sviluppo di calore durante la preparazione della cavità con la fresa
- Percolazione di batteri attraverso la fessura marginale compresa tra la parete dentinale e materiale d'otturazione (l'otturazione non è mai ermetica).
- Insufficiente protezione pulpare con sottofondo
- Irreversibile stato degenerativo della polpa anche preesistente la cura conservativa
- Lesione della polpa causata dalla necessità di sistemi di ritenzione ausiliari in grosse lesioni cariose (solchi, ritenzioni accessorie, pernini dentinali)
- Lesioni involontarie eseguite dal dentista con l'intenzione di asportare tutto il materiale carioso (apertura accidentale della camera pulpare).

Trattamento e responsabilità

Considerando i vantaggi presentati da un dente vitale nei confronti di un elemento avitale (maggiore resistenza e minor costo economico delle cure) il tentativo di mantenere vitale la polpa dentaria è giustificabile ricorrendo a tecniche codificate che presentano comunque un possibile margine di insuccesso (protezione della polpa con sottofondo di idrossido di calcio; incappucciamento diretto e indiretto; amputazione vitale).

In questi casi il paziente deve essere avvertito; inoltre il dente non deve essere compreso in riabilitazioni protesiche sino alla risoluzione della prognosi (test di vitalità positivi in assenza di sintomatologia a 40-60 giorni di distanza).

La comparsa di complicazioni immediate o a distanza sotto forma di parodontiti periapicali infrequentemente è foriera di responsabilità professionale poiché la complicità rappresenta un rischio connesso alla terapia necessaria per una patologia preesistente.

Ipotesi di responsabilità sono improbabili in quanto una eventuale colpa è di difficile dimostrazione e il danno peraltro limitato; il contenzioso si origina più frequentemente nel caso il dentista abbia proceduto a protesizzare il dente senza aver applicato un adeguato periodo di controllo clinico; in questi casi l'entità del danno è limitata come valore massimo alle spese inutilmente sostenute.

Lesioni endodontiche a carico di denti privi di terapia canalare con otturazioni profonde o preparazioni protesiche possono comparire a distanza a seguito del trauma

ma operatorio: l'aver avvertito il paziente e documentato radiograficamente il caso rappresentano i presupposti per escludere una responsabilità professionale.

3.4 Il distacco dell'otturazione

Definizione e causa

Il distacco parziale o totale dell'otturazione può essere dovuto a svariati motivi:

- Carie destruenti con insufficiente materiale dentale residuo per la ritenzione dell'otturazione
- Insufficiente ritenzione meccanica durante la preparazione della cavità come ad esempio: eccessiva convergenza delle pareti negli intarsi; assenza di divergenza o ritenzioni ausiliarie nelle otturazioni in amalgama.
- Errata manipolazione dei materiali adesivi, come, per esempio, la contaminazione salivare della superficie mordenzata e mancata polimerizzazione.

Tabella 5 MOTIVI DI CONTESTAZIONE E CRITERI DI GIUDIZIO		
Motivo	Risarcibilità	Commento
RECIDIVA DI CARIE	NO Recidive a distanza di tempo; scarsa igiene del paziente; esecuzione corretta; difetti dello smalto	Il giudizio a distanza di tempo superiore all'anno è complesso; può essere identificata responsabilità professionale solo nei casi recenti con evidenti errori; il criterio è quantitativo più che qualitativo.
	SI Recidive multiple a breve distanza di tempo dalla terapia (entro 12 mesi), in presenza di evidenti errori di esecuzione e buon livello di igiene orale	
DISTACCO DELL'OTTURAZIONE	SI Distacchi multipli, ravvicinati nel tempo; errori di tecnica	Le contestazioni sono infrequenti per danni limitati; il criterio è quantitativo più che qualitativo; l'aggravamento della patologia non è da attribuire al dentista nel caso si sia verificato un ritardo nella riesecuzione delle terapie per incuria del paziente.
	NO Distacco isolato di otturazione; a distanza nel tempo	
FRATTURA	SI Evidenti e inescusabili errori di tecnica	Per elevato rischio di frattura dei denti devitalizzati e/o con grosse ricostruzioni è consigliabile avvertire il paziente
	NO In presenza di corretta ricostruzione; ricostruzioni estese	
NECROSI PULPARE	NO In presenza di tecnica corretta; rischio accettato	Consigliabile avvertire il paziente del rischio in presenza di carie profonde
	SI Nei casi con evidenti errori di tecnica e di diagnosi	

- Sforzi di masticazione esercitati durante il periodo di indurimento del materiale che è di 24 ore per l'amalgama.
- Errata modellazione occlusale con permanenza di precontatti occlusali.

Trattamento e responsabilità

Il paziente deve essere avvertito di limitare la funzione nelle ore successive alla terapia dopo otturazioni in amalgama; ritornare al controllo in caso di otturazioni in sovraocclusione (alte).

Risponde a criteri quantitativi più che qualitativi: fratture isolate non sono indice di responsabilità professionale e peraltro raramente terreno di contestazione a causa della limitatezza del danno; distacchi multipli su otturazioni recenti rappresentano ipotesi di responsabilità professionale.

Dopo il distacco di un'otturazione, nel caso il paziente non si rechi dal dentista per la tempestiva riesecuzione della terapia, la progressione e l'aggravamento della patologia è da addebitarsi al paziente stesso (concorso di causa), potendosi, anche nel caso di dimostrata responsabilità professionale, ricondurre al dentista la sola spesa inutilmente pagata e non spese emergenti e future per nuove terapie conseguenti all'aggravamento. Si deve infatti considerare che la tempestiva riesecuzione dell'otturazione evita ulteriori danni, come, ad esempio, l'interessamento del tessuto pulpare con conseguente necessità di terapia canalare.

4. CONSIDERAZIONI

Nella prassi medico-legale sono infrequenti i contenziosi per responsabilità professionale nell'ambito della conservativa. Tale dato è probabilmente in relazione alla sovrapposizione di molteplici fattori:

- ridotto costo e conseguente inconsistenza del danno economico (conseguente alla esecuzione di nuove terapie conservative)
- conseguenze limitate a pochi denti nel caso di lesioni
- concorso causale di molteplici fattori imputabili in parte al paziente ed in parte a patologie preesistenti (assenza di controlli periodici, scarsa igiene orale, elevata cario-recettività individuale).

Nella tabella 5 sono riassunti i motivi più frequentemente implicati come motivo di contestazione in tema di responsabilità professionale.

Bibliografia

1. ANDERLINI G.: *Moderni orientamenti per la valutazione dentale*, Ed. Martina, Bologna, 1993
2. HUPFAUF L.: *La protesi fissa*, USES, Torino, 1989: 61-67, 262-263
3. KETTERL W.: *Odontoiatria conservativa I*, USES, Torino, 1991: 188-189
4. KETTERL W.: *Devisalitation und gangran behandlung an ankerzähnen, indication und verfahren*, Dtsch.zahnartztl 21, 8 (1966), 885
5. LETZEL H., VRIJHOEF M.: *Experimental clinical research on dental restorations*, Biomaterials, 1982: 341
6. MARCI V., GALASSO F., GIANNONI M.: *Valutazione medico-legale di fratture dei denti anteriori*, Il Dentista Moderno, 2, 1990: 239-246
7. TOFFENETTI F.: *La conservativa*, ICA, Milano, 1984
8. VANINI L.: *Nuovo approccio nella ricostruzione complessa del dente anteriore vitale o trattato endodonticamente*, G. It. Endo, 1991: 130

9. L'ENDODONZIA

P.O. Carli, F. Montagna, D. De Leo

L'endodonzia costituisce una terapia odontoiatrica contraddistinta da una elevata percentuale di successo, estensivamente applicata per il recupero di singoli denti o nel contesto di articolati interventi riabilitativi e protesici. Poiché non infrequentemente dà luogo a contestazioni nell'ambito di valutazioni medico-legali dell'operato del dentista, abbiamo ritenuto utile proporre un protocollo valutativo per il consulente medico-legale per la corretta determinazione dei profili di responsabilità professionale e per la quantificazione del danno eventualmente residuale.

1. LA TECNICA E I CRITERI DI VALUTAZIONE

L'endodonzia studia l'anatomia, la fisiologia, la patologia e la terapia della polpa dentaria e della regione periapicale e rappresenta un momento fondamentale per il recupero di elementi dentari ed una tappa basilare per successivi trattamenti conservativi e protesici.

Nella tabella 1 sono sintetizzate le cause che richiedono la terapia endodontica nella pratica clinica in ordine di frequenza.

Tabella 1 EZIOLOGIA DELLE LESIONI ENDODONTICHE	
CARIE TRAUMI	IATROGENE: - <i>preparazione protesica</i> - <i>otturazioni profonde e/o scorrette</i> - <i>trattamenti endodontici scorretti</i>

La terapia endodontica prevede diversi tipi di trattamento raggruppabili in due gruppi:

- a) Le terapie conservative (incappucciamento diretto ed indiretto) che tendono a mantenere la vitalità della polpa; di utilizzazione limitata nella pratica clinica e gravate da diverse percentuali di successo, raramente rappresentano motivo di contestazione in ambito medico-legale;
- b) La terapia canalare, che prevede l'eliminazione del tessuto pulpare, costituisce una terapia estensivamente utilizzata e presenta, correttamente eseguita, una percentuale di successo del 90-100%; è frequentemente implicata in ipotesi di responsabilità professionale e, nel caso determini il fallimento di protesizzazioni successive, rappresenta un pesante onere risarcitorio. Nella tabella 2 sono riassunte le fasi procedurali del trattamento endodontico.

La valutazione del successo di un trattamento endodontico integra il dato clinico con il dato radiografico e va effettuato dopo 6-12 mesi dalla terapia, tempo medio necessario per la scomparsa di una osteolisi periapicale evidenziabile come radiotrasparenza.

Tabella 2
FASI DELLA TERAPIA CANALARE

Apertura della camera pulpare
Asportazione della polpa dentaria
Modellazione, lavaggio e disinfezione del canale radicolare
Otturazione del canale in modo da sigillare il forame (giunzione cemento-dentinale) ed il terzo medio e apicale della radice.

Tabella 3
CLASSIFICAZIONE DI GUARIGIONE DEI TRATTAMENTI ENDODONTICI

Successo

Non segni o sintomi clinici presenti alla visita di controllo
Completa risoluzione della lesione radiologica con riformazione di una lamina dura continua o uno spazio della membrana parodontale di apparenza normale

Incerto

Non segni o sintomi clinici presenti alla visita di controllo
La lesione patologica iniziale sulla radiografia non si è risolta completamente, ma è diminuita o è rimasta della stessa grandezza

Insuccesso

Segni o sintomi clinici presenti alla visita di controllo.
La grandezza radiografica della lesione iniziale è aumentata dopo il trattamento.
Il dente in questione necessita di ulteriori trattamenti.

Tabella 4
INCIDENTI E LESIONI IATROGENE IN CORSO DI TERAPIA

Otturazione incompleta	Frattura del dente
Otturazione in eccesso	Inalazione o deglutizione dello strumento
Frattura di strumenti	Mancata guarigione
Falsa strada	Altre

2. LE MOTIVAZIONI DELLA RESPONSABILITÀ

Nella tabella 4 sono sintetizzate le situazioni che con maggior frequenza richiedono una valutazione medico-legale per verificare una ipotesi di responsabilità professionale.

2.1 L'otturazione incompleta

Definizione e causa

L'insufficiente otturazione del lume del canale radicolare con permanenza di materiale settico determina una infezione periapicale (periodontite apicale acuta o cronica); a tale evenienza sono da imputare la maggior parte degli insuccessi endodontici (cure canalari corte, difetti di riempimento).

La causa più frequente è imputabile a errata esecuzione da parte dell'operatore; alcune situazioni, comunque, possono rendere impossibile una corretta terapia:

- Denti in precedenza scorrettamente trattati (gradini, false strade, materiali non asportabili)
- Canali non sondabili per sclerosi o pulpoliti (pazienti anziani, denti abrasi, fenomeni infiammatori cronici)
- Anomalie anatomiche (canali con curvature accentuate); parzialmente superabili con gli attuali strumenti dotati di elevato modulo di elasticità

Trattamento e responsabilità

Nei casi in cui esiste una lesione periapicale preoperatoria, se la parte apicale non può essere raggiunta e trattata, la prognosi è sfavorevole e si dovrebbe considerare un intervento di chirurgia apicale endodontica o l'estrazione. Al termine di una terapia canalare si deve eseguire un controllo radiologico immediato ed a distanza (6-12 mesi). Denti con terapie canalari preesistenti incomplete, privi di lesione, costituiscono elementi a rischio e non dovrebbero essere utilizzati come pilastro di protesi; in caso di necessità si può derogare avvertendo il paziente del rischio, ritentando comunque la terapia e programmando controlli a distanza.

La responsabilità è invocabile in presenza di otturazioni canalari incomplete, quando non siano state documentate motivazioni tecniche che abbiano ostacolato la corretta esecuzione della terapia. Per la valutazione a posteriori della terapia risultano importanti gli accertamenti radiografici intraoperatori ed i controlli a distanza di tempo: in particolare l'assenza di radiografie intraoperatorie deve essere letta in termini di grave censura dell'operato del dentista.

Da segnalare inoltre che fattori d'ostacolo all'esecuzione di una terapia completa, possibili complicazioni e limitazioni del piano di terapia devono essere tempestivamente comunicate dal dentista al paziente.

2.2 L'otturazione in eccesso del canale radicolare

Definizione e causa

Alcune tecniche prevedono l'uscita di modica quantità di materiale di otturazione canalare oltre il forame apicale; invece la immissione di materiale da otturazione oltre

il forame apicale in quantità considerevole o in zone a rischio per complicanze (canale n. mandibolare) rappresenta un incidente tecnico dovuto ad errata misurazione della profondità di lavoro con radiografie intraoperatorie o sovrastrumentazione (svasamento e alesatura del forame apicale, uso scorretto dello spingipasta).

Tale situazione è generalmente priva di conseguenze ma può causare complicanze in alcuni casi:

- Acute transitorie infettive (dolore, ascesso, batteriemia)
- Granuloma da corpo estraneo
- Complicazioni particolari in alcuni distretti anatomici (lesione neurologica del mandibolare, sinusite per penetrazione nel seno mascellare).

Trattamento e responsabilità

Nella maggior parte dei casi non è necessario alcun trattamento; nei casi con complicanze infettive persistenti si deve ricorrere ad asportazione del materiale con chirurgia endodontica.

La rimozione deve essere precoce in caso di materiale a contatto con il nervo mandibolare per il rischio di danno irreversibile; l'utilizzazione di cementi canalari non inerti aumenta il rischio di lesione neurologica.

Il danno dipende dalla quantità, dalla natura del materiale e dalla posizione anatomica; piccole quantità sono ammissibili potendo avvenire durante fasi tecniche correttamente eseguite come la compattazione del materiale; all'opposto, quantità elevate rappresentano un errore di tecnica ingiustificabile che in taluni casi può tuttavia rimanere privo di effetti dannosi e dunque di oneri risarcitori (colpa senza danno).

La contiguità di strutture anatomiche (nervo mandibolare e seno mascellare) richiede particolare attenzione e l'immissione di materiale oltre apice in queste circostanze risulta ben più pericoloso per la realizzazione di un danno (danno neurologico, sinusiti). In siffatte situazioni, a nostro avviso, la colpa va presunta nel verificarsi della complicanza e potrebbe essere ulteriormente avvalorata e se possibile rafforzata, in virtù della omessa diagnosi ed attuazione di procedure terapeutiche d'urgenza finalizzate a prevenire il danno (come ad esempio, indirizzare il paziente ad altra struttura specialistica per la rimozione del materiale).

2.3 La frattura di strumenti

Definizione e causa

La rottura di strumenti nel lume canalare radicolare durante l'alesatura meccanica rappresenta l'incidente più frequente e può essere causato da diverse condizioni:

- Manualità scorrette (utilizzazione di forza, manovre di avvitamento, scorretta preparazione della cavità di accesso con abnorme flessione durante l'uso, utilizzazione non in ordine sequenziale di grandezza)
- Cattiva manutenzione (sterilizzazioni ad alte temperature) e mancata eliminazione di strumenti affaticati dall'uso
- Strumenti difettosi per costruzione
- Denti con curvature radicolari accentuate

Trattamento e responsabilità

La rimozione dello strumento non è sempre possibile; talvolta è possibile passare a lato del frammento terminando con successo la terapia; nel caso di frattura dello strumento in un elemento senza lesione infettiva è possibile attuare una terapia di attesa e controlli a distanza avvertendo il paziente; nel caso di dente infetto in cui la frattura dello strumento impedisca l'accesso all'apice si deve considerare un intervento di chirurgia endodontica (otturazione retrograda) o l'estrazione.

La rottura dello strumentario in sé considerata non comporta automaticamente l'affermazione di colpa professionale: ad esempio in presenza di curvature radicolari abnormi che comportino elevate sollecitazioni dello strumento, tale evento è possibile in assenza di errore.

Nella maggior parte dei casi la colpa è comunque difficilmente documentabile se non in presenza di evenienze plurime contemporanee (fratture multiple di strumenti in denti diversi) perché è legata a procedimenti operativi limitati nel tempo; essa si basa principalmente sull'analisi della condotta dopo l'incidente, incombendo sul dentista l'onere di avvertire il paziente e programmare controlli a distanza.

Va evitata l'utilizzazione del dente come pilastro di protesi sino alla risoluzione del caso; pertanto un comportamento opposto merita puntuale censura.

La condotta ideale in presenza di lesione periapicale richiede di verificare la guarigione con radiografie a distanza prima di proseguire con la protesi, o perlomeno di avvertire il paziente del rischio di insuccesso e della necessità di controlli.

Protesizzare un dente con una lesione senza attenderne o verificarne la guarigione rappresenta ipotesi di responsabilità professionale.

L'esame dello strumentario residuo o fratturato può permettere di evidenziare la causa della rottura.

La conservazione dello strumentario appare un accorgimento quanto mai opportuno per il professionista al fine di dimostrare l'imprevedibilità dell'avvenuto; la responsabilità professionale è dimostrata dal rilievo di materiale affaticato dall'uso e deformato per sforzi eccessivi in torsione, osservando lo strumento con una normale lente di ingrandimento. Difficilmente sono dimostrabili errori di costruzione che riportino la responsabilità al produttore dello strumentario.

2.4 La falsa strada

Definizione e causa

La perforazione accidentale della parete radicolare o del pavimento della camera pulpare durante le fasi di alesatura o fresatura è una complicazione che crea una sintomatologia immediata (dolore, sanguinamento, infezione) ed è verificabile attraverso il controllo radiologico.

Può avvenire per cause predisponenti legate alla patologia o per errori di manualità del dentista; tra queste ultime ricordiamo l'eccessivo uso di forza con strumenti manuali o meccanici non nel centro del canale; avviene con maggior frequenza durante l'utilizzazione di strumenti rotanti meccanici (frese per perni endocanalari) o con strumenti manuali in canali curvi.

Trattamento e responsabilità

Il trattamento dipende dal livello della perforazione: intervento parodontale per le perforazioni del terzo gengivale della radice; apicectomia e otturazione retrograda o estrazione per le lesioni del terzo medio e apicale; in alcuni casi è possibile eseguire una chiusura per via endocanalare della perforazione.

La responsabilità è a carico del medico nella quasi totalità dei casi con l'esclusione di alcune particolari situazioni (movimenti improvvisi del paziente, riassorbimenti interni del canale radicolare, preesistenze per precedenti interventi).

2.5 La frattura del dente**Definizione e causa**

La frattura della radice o della corona nel corso di manovre odontoiatriche o a distanza di tempo rappresenta una evenienza frequente; a tale proposito ricordiamo che l'elemento dentale avitale dovrebbe essere protetto con una corona, poichè tende a fratturarsi nel tempo a causa dell'indebolimento causato dalla patologia, dalla terapia e dalla perdita di resistenza causata dalla assenza della vascolarizzazione pulpale.

Trattamento e responsabilità

Le possibilità terapeutiche e quindi il recupero dell'elemento dentario dipendono dal tipo di frattura (ricostruzione conservativa, protesizzazione, intervento parodontale, rizectomia, rizotomia, estrazione).

Si può ipotizzare responsabilità professionale nella eventualità di frattura della radice durante l'avvitamento di un perno radicolare con forza eccessiva; la dimostrazione è comunque difficile. Un caso particolare di responsabilità può essere rappresentato dalla prosecuzione di terapie inutili a causa di mancata diagnosi di frattura radicolare (ritrattamenti in presenza di fistola causata da frattura radicolare).

L'endodonzia rappresenta una fase intermedia nel recupero di denti che successivamente è consigliabile protesizzare per evitarne la frattura. È da escludere quindi la responsabilità professionale per fratture a distanza su denti trattati endodonticamente e non protesizzati; particolarmente nel caso tali fratture avvengano durante il periodo di osservazione clinica necessario per valutare l'avvenuta guarigione delle lesioni endodontiche e quindi il successo della terapia canalare.

2.6 L'inalazione o deglutizione di strumenti**Definizione e causa**

L'eventualità che durante il trattamento dentistico lo strumento venga aspirato nell'apparato respiratorio o deglutito nel tubo digerente è già stata riportata nella casistica clinica

Tale situazione può verificarsi quando si esegua un trattamento endodontico in assenza di precauzioni atte a prevenire l'incidente (la diga di gomma o legatura al dito degli strumenti);

l'esecuzione di endodonzia meccanica riduce attualmente il rischio.

Trattamento e responsabilità

Il dentista ha l'obbligo di avvertire il paziente ed inviare ad un Pronto Soccorso per una valutazione medica e le opportune terapie.

Il trattamento è di pertinenza medico-specialistica in ambito ospedaliero per l'individuazione e l'eventuale rimozione (radiografia di torace e addome, broncoscopia, esofago-gastrosocopia). L'aspirazione è una evenienza grave che richiede un intervento immediato in broncoscopia ma è infrequente in pazienti coscienti con i riflessi tutelari conservati; la deglutizione rappresenta l'evenienza più frequente ed è consigliabile eseguire un controllo endoscopico iniziale, mantenere sotto controllo il paziente, seguire con radiografie la progressione dello strumento in attesa di espulsione spontanea; la chirurgia è indicata in caso di complicanze (perforazione intestinale e rischio di peritonite acuta).

Il non avere adottato le precauzioni necessarie comporta l'ipotesi di responsabilità professionale.

Pur nella eccezionalità della casistica si tratta di complicanze estremamente pericolose per le possibili conseguenze: lesioni a carico dell'apparato respiratorio e digerente (toracotomia e resezione di segmenti polmonari, laparotomia e resezioni segmentarie di anse intestinali).

Preso atto che l'uso delle precauzioni sopracitate con rientra nelle prassi operative diffuse nella categoria odontoiatrica, si deve prendere atto della enorme sproporzione fra natura della terapia e complicanza d'organo. Appare inverosimile anche solo in termini di equità ipotizzare che una siffatta complicanza non dia luogo a risarcimenti di sorta (responsabilità oggettiva).

Quanto detto anche in relazione al fatto che l'uso della diga, ad esempio, concorre alla miglior esecuzione della terapia endodontica agevolando la pulizia e la non contaminazione del campo operatorio con inquinanti batterici che, come si è visto, rappresentano fattori di insuccesso della terapia endodontica.

Si devono sottolineare alcune situazioni nelle quali la responsabilità potrebbe essere attenuata senza peraltro escludere l'obbligazione risarcitoria: impossibilità ad utilizzare la diga (monconi, o radici, non ritentivi per i quali non è indicata la ricostruzione, rifiuto da parte del paziente); distacco accidentale di strumentario rotante da manpoli e turbine nell'esecuzione di alesaggio meccanico.

2.7 Mancata guarigione**Definizione e causa**

Con tale termine intendiamo la mancata guarigione di una lesione preesistente, o la comparsa di una parodontite apicale in un dente precedentemente trattato, pur in presenza di una terapia canalare correttamente eseguita.

È da rilevare che la radiografia, che mostra una otturazione in apice, non necessariamente indica una cura canalare corretta: una alesatura incompleta può lasciare residui di materiale necrotico ed infetto sulle pareti (fango dentinale); un riempimento non accurato può lasciare zone infette non visibili (bolle, fessure, ellitticizzazione del forame apicale).

Trattamento e responsabilità

L'otturazione tridimensionale del canale attraverso tecniche di compressione del materiale (verticale e/o laterale) è sicuramente la tecnica che garantisce una più elevata per-

centuale di successo permettendo la chiusura del canale principale e dei canalicoli laterali o accessori. Una domanda che ci si pone in ambito medico-legale è la seguente: a distanza di quanto tempo da una corretta terapia canalare è opportuno protesizzare un elemento dentario per escludere la persistenza o la formazione di una infezione periapicale che renderebbe inutile la spesa protesica? Dopo gangrena pulpare in presenza di rarefazione periapicale, evidenziabile radiologicamente, soltanto dopo 6 mesi è possibile decidere se il dente in questione guarisce e può essere protesizzato; dopo una estirpazione di polpa vitale il tempo di attesa è di quattro settimane, tempo accettabile per la formazione di una lesione endodontica. In molti casi può essere esclusa la responsabilità del sanitario adducendo, come causa di giustificazione, l'aleatorietà del risultato in campo medico pur in presenza di una corretta condotta terapeutica; la presenza di difetti di trattamento già segnalati e il mancato rispetto di un periodo di sorveglianza clinica prima della protesizzazione possono comunque costituire motivi di responsabilità.

2.8 Altre

Alcune complicazioni che possono dipendere da manualità scorrette o complicanze terapeutiche non rappresentano generalmente materia di contestazione derivandone danni limitati nel tempo generalmente privi di postumi:

- Enfisema sottomucoso o sottocutaneo causato dall'immissione forzata di aria nel canale radicolare utilizzando attrezzatura pneumatica (siringa ad aria).
- Parodontite apicale cronica riacutizzata causata da materiale settico oltre apice durante la strumentazione del canale.
- Necrosi tissutale e/o ascesso causato dalla immissione forzata di liquidi sotto pressione durante il lavaggio (acqua ossigenata, antisettici).

3. IL RISARCIMENTO

Nella valutazione del danno e quantificazione del risarcimento devono essere considerate le condizioni preesistenti, distinguendo denti perfettamente curabili (ad esempio un pilastro sano devitalizzato per motivi protesici) da elementi con anomalie anatomiche, patologie e terapie antecedenti, che possono ostacolare l'esecuzione di una terapia corretta (calcificazioni endocanalari, sclerosi, pulpiti per patologia cariosa; false strade o gradini da trattamenti precedenti).

La tecnica operativa deve essere analizzata sulla base della documentazione radiologica intra e postoperatoria; importante inoltre il rispetto dei protocolli clinici, come il rispetto dei tempi di esecuzione ed i controlli clinici a distanza, in particolare modo nei casi in cui il piano di terapia procede con la successiva protesizzazione.

In presenza di complicanze o impossibilità ad eseguire la terapia è importante analizzare il comportamento del professionista che deve sempre avvertire il paziente e consigliare il controllo clinico a distanza.

Si possono ipotizzare soluzioni diverse di risarcimento a seconda delle situazioni elencate e riassunte di seguito nella tabella 5:

- a) Nessun risarcimento è dovuto nei seguenti casi: corretta condotta terapeutica; tentativo di salvare un dente difficilmente recuperabile, previo il consenso informato

- del paziente; complicazioni fortuite non evitabili o non imputabili al dentista, come ad esempio la frattura a distanza di un dente non protesizzato o false strade per movimento del paziente durante le cure
- b) Nel caso di terapia canalare non corretta, in assenza di lesione, resta opinabile l'esistenza di un danno risarcibile e su quale soggetto cada l'onere risarcitorio per il rifacimento della terapia endodontica: il costo relativo potrebbe ricadere sul professionista con restituzione dell'onorario a suo tempo percepito o sulla società assicurativa che lo garantisce nel caso l'evento sia interpretato come pregiudizio all'integrità fisica del paziente. In ogni caso appare logico l'orientamento della giurisprudenza in alcune sentenze in merito alla doverosità di una restituzione dell'onorario da parte del professionista per la cura che non sia risultata adeguata (Trib. di Verona 15-11-89, Pres. Abate; App. Cagliari 10-4-89 Pres. Fenoglio est. Corona, Piccian c. Biggio). Si ricorda inoltre per questi casi la prescrizione decennale ex art. 2946 c.c. per cui cade l'ipotesi risarcitoria
 - c) Rifusione delle spese per nuove cure nei casi di lesioni periapicali, causate da incongrua terapia, recuperabili con un nuovo corretto intervento
 - d) Nel caso di perdita del dente, risarcimento del danno biologico attraverso il costo delle protesi con successivi rifacimenti nell'arco della vita ed eventualmente, ad integrazione, con riconoscimento di invalidità permanente nei casi con probabile aggravamento nel tempo o pregiudizio psicofisico (come ad esempio la necessità di passare da una protesi fissa ad una mobile).

4. CONSIDERAZIONI

L'endodonzia è una branca dell'odontoiatria estensivamente applicata nella pratica clinica come terapia isolata per il recupero del singolo elemento dentario o inserita in complessi programmi di riabilitazione orale; per tale scopo è frequente motivo di richieste di risarcimento danni per ipotesi di responsabilità professionale a carico del dentista.

A causa della estrema specializzazione del settore il consulente medico-legale deve possedere conoscenze specifiche di odontoiatria e medicina legale al fine di distinguere le situazioni colpose che ammettono il risarcimento da quelle fortuite non altrimenti evitabili, che escludono l'ipotesi di responsabilità professionale e la conseguente risarcibilità del danno.

Questo capitolo ha inteso assolvere un triplice scopo: richiamare l'attenzione del dentista sul corretto comportamento deontologico e su riflessi medico-legali della sua violazione; fornire medico legale; fornire ai consulenti medico-legali alcune linee guida per modulare correttamente l'ammontare del risarcimento economico in relazione all'entità del pregiudizio psicofisico alla persona; infine, richiamare l'attenzione sui limiti della garanzia assicurativa individuando i casi dove è possibile che l'onere risarcitorio ricada direttamente sul dentista.

In estrema sintesi si possono isolare tre ambiti di condotta colposa in endodonzia: non rispetto degli obiettivi biomeccanici della preparazione, esecuzione di otturazioni canalari inadeguate, utilizzo di materiali tossici (in particolare oltre apice). In questi casi è il sanitario che deve provare la sopravvenuta impossibilità della prestazione o comunque di ogni ragione giustificativa del suo inadempimento (responsabilità contrattuale). Per

parlare di responsabilità professionale occorre si sia verificato un danno a seguito di condotta scorretta del dentista: in presenza di inadeguata terapia e per cure scorrette in assenza di lesione può essere avanzata la richiesta di risolvibilità del contratto per inadempimento (art. 1453 c.c. *Risolvibilità del contratto per inadempimento*).

All'infuori delle ipotesi di complicanze sorte a seguito di condotta scorretta, va osservato come possano concretamente prospettarsi evenienze di colpa senza apparente danno: per tutte valga l'esemplificazione del riscontro, tutt'altro che infrequente di, "cura corta".

Tabella 5
MOTIVI DI CONTENZIOSO MEDICO-LEGALE IN ENDODONZIA

Risarcibilità	Motivazione	Quantificazione del danno	Onere risarcitorio	Commento
TERAPIA CONGRUA IN PRESENZA DI LESIONE				
NO	Obbligazione di mezzi e non di risultati	—	—	Assenza di responsabilità professionale in presenza di condotta terapeutica corretta
TERAPIA INCONGRUA IN ASSENZA DI LESIONE				
SI In assenza di ostacoli a corretta terapia	Inadempienza contrattuale	Costi per il rifacimento della cura canalare. N.B. Maggior costo per denti già trattati per maggior difficoltà della terapia	Opinabile l'esistenza del danno e l'individuazione del soggetto cui spetta l'obbligo di risarcimento	Il dentista può essere condannato alla restituzione della parcella; la società assicuratrice al risarcimento del pregiudizio dell'integrità psicofisica del paziente paciente qualora si verifichi
NO In presenza di condizioni d'ostacolo alla terapia	Impossibilità ad eseguire una cura corretta: (cause di giustificazione)	—	—	Ostacolo documentato alla (pregressi trattamenti, pulpoliti, sclerosi, anomalie anatomiche); obbligo di avvertire il paziente prima di procedere a protesizzazione

TERAPIA INCONGRUA IN PRESENZA DI LESIONE				
SI In assenza di motivi che ostacolano la terapia	Responsabilità professionale per imperizia, negligenza, inosservanza leggi e regolamenti	Spese per nuove cure in caso di dente recuperabile; in caso di perdita del dente protesi con rifacimenti nell'arco della vita o punteggio di invalidità (danno biologico)	Onere a carico dell'assicurazione	Il risarcimento varia a seconda: il dente sia recuperabile con successo; il dente irrecuperabile debba essere estratto e rimpiazzato con protesi
NO In presenza di motivi che ostacolano la terapia	Impossibilità ad eseguire la cura corretta	—	—	Aver eseguito una protesi su dente non recuperabile richiede la restituzione della parcella da parte del dentista; non risarcibile il danno biologico, poiché indipendente dall'azione del dentista

Bibliografia

1. ALLISON D., WEBBER C., WALTON R.: *The influence of the method of canal preparation on the quality of apical and coronal obturation*, J. Endod. 5, 298, 1979
2. CASTELLUCCI A.: *Endodonzia*, Ed. Il Tridente Odontoiatriche, Prato, 1993
3. COHEN S., BURNS R.C.: *Clinica e terapia delle pulpopatîe*, Piccin, Padova, 1985
4. FILICORI R., BONORA F., DONDI DALL'OROLOGIO G.: *La misurazione elettronica dei canali radicolarî*, Min. Stom. 31, 1982: 327
5. GORACCI G., CANTATORE G., BIFARETTI B.: *Cause e rimedi degli incidenti tecnici in endodonzia*, Il Dentista Moderno, 7, 1987: 1387
6. GROSSMAN L.I.: *Paresthesia from N2 or N2 Substitute*, Oral Surg, 45, 1978: 114
7. IACOBELLI L., IACOVELLI R., SODANO A., FERRARO M.: *La lunghezza radiologica di lavoro in endodonzia*, Il Dentista Moderno, 10, 1988: 2257
8. INGLE J.I., BEVERIDGE E.E. *Endodontic Lea e Febiger*, Philadelphia, 1976

10. LA PARODONTOLOGIA

F. Montagna, A. Nicolin

Le malattie parodontali hanno una elevata prevalenza nella popolazione generale e sono quindi presenti in un elevato numero degli individui che vengono visitati negli studi odontoiatrici.

La parodontologia rappresenta inoltre una fase preliminare ad altre terapie e risulta pertanto essenziale che l'odontoiatra sia in grado di diagnosticare e trattare le afezioni parodontali considerando che anche nell'ambito di questa branca dell'odontoiatria possono sussistere ipotesi di responsabilità professionale.

1. L'EZIOPATOGENESI, L'EPIDEMIOLOGIA E LA CLASSIFICAZIONE DELLA PATOLOGIA PARODONTALE

Il fattore eziologico della malattia parodontale è costituito dalla placca batterica aspecifica ed una serie di fattori generali e locali accelerano l'evoluzione della patologia (tab. 1).

Tabella 1 FATTORI EZIOPATOGENETICI DELLA MALATTIA PARODONTALE	
Fattore eziologico:	Cofattori patogenetici:
PLACCA BATTERICA	<div style="display: flex; justify-content: space-between;"> <div style="width: 45%;"> <p>a) Generali</p> <p>1) <i>Genetici</i> (meiopragia tissutale, sindrome di Papillon-Lefevre, deficienze immunitarie)</p> <p>2) <i>Acquisiti</i> - endocrini (diabete, disturbi del metabolismo fosfo-calcico e degli ormoni sessuali, gravidanza, pubertà) - ematici (leucemia, anemia, mielopatie, stati di immunodepressione) - farmacologici (difenilidantoina, nifepidina, ciclosporina) - nutrizionali (carenze vitaminiche, denutrizione)</p> </div> <div style="width: 45%;"> <p>b) Locali:</p> <p>1) <i>Tartaro</i></p> <p>2) <i>Disgnazie</i></p> <p>3) <i>Tabagismo</i></p> <p>4) <i>Iatrogeni</i> - otturazioni e corone debordanti - ganci protesici - assenza di punti di contatto - superfici ruvide (alterazioni della superficie dentale, carie)</p> <p>5) <i>Alterazioni della saliva</i> (composizione e flusso)</p> <p>6) <i>Respirazione orale</i></p> <p>7) <i>Trauma meccanico</i> (trauma oclusale, errato spazzolamento)</p> </div> </div>

Limitatamente ad alcune forme, come la parodontite cronica dell'adulto, si ammette che la malattia evolva, attraverso fasi alterne di riacutizzazione e quiescenza, da gengivite a forme progressivamente più gravi di parodontite in un lungo periodo di tempo.

In Italia su una popolazione di 21352 soggetti esaminati con età compresa tra i 35 e 44 anni il 3% presentava condizioni di salute parodontale, il 4% gengivite, il 45% tartaro, il 36% tasche poco profonde di 4-5 mm. ed il 12% tasche profonde maggiori di 5mm.

La Federazione Europea di Parodontologia ha suggerito una classificazione delle malattie parodontali semplificata con quattro entità nosografiche basate sulla gravità della distruzione parodontale in relazione all'età:

- a) Le gengiviti sono infiammazioni della gengiva marginale in assenza di perdita di attacco parodontale; clinicamente si presentano con eritema del margine gengivale, sanguinamento, ipertrofia e iperplasia
- b) Le parodontiti dell'adulto si manifestano clinicamente con distruzione della porzione marginale del legamento parodontale cui fa seguito una migrazione apicale del livello di attacco clinico; sono le forme più diffuse e sono accompagnate da formazione di tasche e/o recessione del margine gengivale, sanguinamento al sondaggio e riassorbimento dell'osso alveolare
- c) Le parodontiti ad insorgenza precoce rappresentano forme di distruzione parodontale che insorgono durante l'infanzia e l'adolescenza, caratterizzate da notevole gravità del quadro clinico e talvolta associate a compromissioni sistemiche
- d) Le parodontiti necrotizzanti sono caratterizzate dalla presenza di lesioni ulcerative del margine gengivale e delle papille interdentali a rapida progressione che possono giungere sino al sequestro osseo; clinicamente si osserva dolore intenso, alitosi, sanguinamento.

2. LA DIAGNOSI E IL PIANO DI TERAPIA

Particolarmente in parodontologia è importante il rispetto dei protocolli terapeutici e l'osservanza del paziente nel tempo per valutare la progressione e/o stabilità della patologia.

Un rapido test di screening completo della bocca per la patologia parodontale può essere eseguito in pochi minuti utilizzando appositi sistemi come ad esempio il CPITN (Community Periodontal Index of Treatment Need) proposto dalla Organizzazione Mondiale della Sanità (WHO), o sue modificazioni come il PSR (Periodontal Screening and Recording System) ideato nel 1992 dalla Accademia Americana di Parodontologia (AAP) e dalla Associazione Dentaria Americana (ADA) per essere applicabile in ogni studio dentistico.

I pazienti positivi allo screening vanno sottoposti ad una valutazione parodontale approfondita con anamnesi, esame obiettivo, sondaggio parodontale ed esame radiografico. La sintesi diagnostica ed il piano di cura è successivamente illustrato al paziente; va spiegata la evolutività della patologia, la necessità di terapia e il modo di procedere al trattamento in modo da saggiare la motivazione del paziente, la volontà di collaborare ed il consenso alle cure. Il piano terapeutico dipende da numerosi fattori clinici (entità della patologia parodontale e prognosi, altre patologie concomitanti) ed

Tabella 2
TERMINOLOGIA (Linde)

Diagnosi	Criteri
Gengivite	Nessuna perdita dei tessuti di sostegno, pseudo tasche
Parodontite lieve	Perdita orizzontale dei tessuti di sostegno inferiore a 1/3 della lunghezza radicolare
Parodontite grave	Perdita orizzontale superiore a 1/3 della radice
Parodontite complicata	Difetti ossei angolari (crateri ossei e tasche infraossee), coinvolgimento della forcazione di II° - III°

Tabella 3
CPITN - COMMUNITY PERIODONTAL INDEX TREATMENT NEED

Codice	Indice parodontale (CPI)	Necessità di trattamento (TN)
0	Assenza di patologia	Nessun trattamento
1	Sanguinamento al sondaggio	Istruzione igiene orale
2	Tasche inferiori a 3 mm.; placca e tartaro	Detartrasi, levigatura e curettaggio
3	Tasche fino a 5 mm.	
4	Tasche parodontali superiori a 5.5 mm.	Trattamento complesso (chirurgia parodontale)

individuali del paziente (possibilità finanziarie, disponibilità a collaborare). Indipendentemente dal tipo di patologia riscontrato il protocollo di cura presenta una progressione analoga potendosi limitare le fasi in relazione alla gravità del caso senza però alterarne l'ordine sequenziale.

Il tempo medio che intercorre tra la partenza e la fine del trattamento iniziale deve permettere la riduzione dell'infiammazione e l'apprendimento di una corretta igiene orale (programma intensivo d'igiene orale): non dovrebbe essere inferiore alle 4-6 settimane con intervallo di tempo tra le singole sedute tra le 2-4-settimane eseguendo parallelamente altri trattamenti conservativi.

Dopo la prima fase possono verificarsi diverse possibilità:

a) Guarigione e presenza di una situazione mantenibile, che costituiscono indicazione a visite di controllo e ripetizione delle misure a distanza a seconda della gravità del caso

b) Scarsa collaborazione o non disponibilità del paziente che suggeriscono l'interruzione di terapia

c) Persistenza di lesioni potenzialmente evolutive che rappresentano indicazione alla chirurgia. Le indicazioni alla chirurgia parodontale attualmente sono fissate dalla maggior parte degli autori nei casi nei quali è impossibile la terapia di mantenimento

e/o in presenza di tasche parodontali superiori ai 4-5 mm. Eseguita la chirurgia si deve attendere un tempo medio di osservazione clinica prima della rivalutazione o la prosecuzione con una eventuale terapia protesica; i tempi medi sono: 1-2 mesi per le gengivectomie; 6-6 mesi per la chirurgia mucogengivale e osteoresettiva; 6-10 mesi per la chirurgia ossea rigenerativa.

Tabella 4
PIANO DEL TRATTAMENTO IN PARODONTOLOGIA

Fase	Finalità	Tecnica
DIAGNOSI	Individuare i soggetti a rischio Stadiare la patologia Stabilire prognosi e piano di terapia	Anamnesi (fattori di rischio) Esame dentale (mobilità, biforcazioni sondabili, difetti mucogengivali, recessioni) Sondaggio parodontale Radiografie Esame occlusale
PREPARAZIONE INIZIALE	Ristabilire buone condizioni igieniche e funzionali Ridurre l'infiammazione	Motivazione e istruzione all'igiene orale Asportazione placca e tartaro (detartrasi, levigatura radicolare, curettaggio) Eliminazione cofattori locali (otturazioni e margini di corone debordanti, assenza di punti di contatto) Terapia occlusale (molaggio di precontatti e interferenze) Terapia ortodontica Fissazioni provvisorie
RIVALUTAZIONE	Rideterminare prognosi e terapia definitiva in relazione a risultati e collaborazione ottenuti	Nei casi di non risposta alla terapia rieseguire le fasi iniziali Sospendere le cure in caso di scarsa collocazione
TERAPIA CHIRURGICA	Correggere: - le alterazioni morfologiche residue - situazioni non mantenibili con igiene domiciliare - tasche oltre i 4-5 mm.	Ch. Gengivale Ch. Mucogengivale Ch. ossea (resettiva, rigenerativa)
MANTENIMENTO	Controllo e prevenzione delle recidive Assicurare la stabilità Rimotivare all'igiene orale	Richiami periodici (programma differenziato in base alla gravità ogni 3, 6 o 12 mesi) Trattamento delle recidive

3. LE MOTIVAZIONI DELLA RESPONSABILITÀ

In questo capitolo analizzeremo i principali motivi di contestazione in tema di responsabilità professionale giunti alla nostra osservazione e ne indicheremo i criteri di giudizio.

Tabella 5 MOTIVI DI CONTESTAZIONE	
Trattamento ingiustificato Lesione iatrogena	Alterazioni estetiche Insuccesso nel trattamento

3.1 Trattamento ingiustificato

Definizione e cause

L'ipertrattamento consiste nell'esecuzione o la prosecuzione di un piano di terapia in assenza di indicazioni o di possibilità di successo; quando cioè non sono rispettate le indicazioni al trattamento o non è eseguita la rivalutazione nei tempi e modalità indicate in letteratura (protocollo di trattamento).

Errori di diagnosi iniziale, eccessiva aggressività terapeutica o prosecuzione del piano di terapia iniziale in assenza di rivalutazione possono causare un ipertrattamento.

Trattamento e responsabilità

In molti casi a seguito della preparazione iniziale e motivazione del paziente è possibile ottenere il controllo della patologia e assicurarne la stabilità attraverso il raggiungimento di una igiene orale ineccepibile; si renderà cioè superflua l'indicazione di un intervento chirurgico che inizialmente era stato prospettato al paziente per ottenere il consenso al piano di cura.

In alcuni casi, stadi avanzati di patologia tali da precludere la possibilità di guarigione possono costituire controindicazione a terapie aggressive e richiedere terapie di attesa o mantenimento attraverso protocollo di richiamo per igiene orale periodica.

La chirurgia parodontale è, invece, indicata nei casi in cui siano state messe in atto tutte le terapie di tipo conservativo senza raggiungere il risultato desiderato ed il paziente abbia dimostrato la sua capacità e la sua disponibilità a mantenere un livello ottimale di igiene orale.

La responsabilità è di difficile accertamento a posteriori, essendo possibile solo nei casi in cui sia dimostrabile l'assenza o la scorretta indicazione terapeutica in base alla documentazione radiologica dello stato preesistente; tra queste ricordiamo i casi contraddistinti da prognosi sfavorevole sin dall'inizio con possibilità di recupero scarse o limitate, nei quali il paziente sia stato sottoposto ad un piano di terapia ingiustificatamente aggressivo, in assenza di un consenso informato.

Infatti, nei casi gravati da un elevato rischio di insuccesso terapeutico o trattati con terapie di compromesso è indispensabile da parte del dentista ottenere il consenso informato del paziente e custodire una valida documentazione allegata alla cartella clinica, per evitare situazioni di presunta responsabilità in caso di contenzioso.

3.2 Lesione iatrogena

Definizione e cause

Le lesioni parodontali possono essere causate o aggravate da incongrue terapie odontoiatriche, come ortodonzia, terapie conservative e protesiche.

I fattori iatrogeni sono rappresentati da errori tecnici che determinino zone non detergibili per errata modellazione (cofattori locali), che impediscano il mantenimento dell'igiene orale e che facilitino la ritenzione di placca batterica e detriti alimentari: otturazioni e margini protesici debordanti; la mancanza di punti di contatto interdentali; apparecchiature ortodontiche sottogengivali con eccesso di cemento non asportato.

Trattamento e responsabilità

Il trattamento delle parodontopatie iatrogene consiste nella corretta esecuzione delle terapie che permettano un'adeguata igiene orale come ad esempio la rifinitura e lucidatura dei margini o la sostituzione di terapie incongrue. Alla eliminazione dei cofattori si affiancherà la terapia parodontale delle lesioni determinatesi.

È opportuno ricordare inoltre l'associazione frequente di infiltrazioni del margine protesico e carie recidive che riconoscono gli stessi cofattori e possono sommarsi alla patologia parodontale.

Per determinare la responsabilità si devono considerare più fattori eziologici attribuibili al paziente ed alla terapia del dentista, potendosi realizzare concause e concorso di colpa in molte situazioni:

- a) La lesione parodontale richiede un lungo periodo di tempo per instaurarsi dopo l'esecuzione di una terapia incongrua e non sono addebitabili al trattamento terapeutico le lesioni che siano identificate precocemente, la cui natura è da attribuirsi a lesioni preesistenti e non diagnosticate
- b) Lesioni localizzate in presenza di evidenti errori tecnici di terapia sono probabile indice di responsabilità medica
- c) Al contrario lesioni diffuse a tutto l'ambito orale sono imputabili al paziente e correlabili a cause locali (ad esempio la scarsa igiene orale, il tabagismo), malattie sistemiche, meiodragia tissutale o involuzione fisiologica legata all'età
- d) Le lesioni a distanza non sono sempre giudicabili in punto di responsabilità; la causa più frequente è rappresentata dall'assenza di controlli periodici e/o di una accurata igiene orale da parte del paziente.

3.3 Conseguenze estetiche

Definizione e cause

Il paziente si lamenta per inestetismo comparso successivamente al trattamento, conseguente a: denti allungati; margini protesici visibili a seguito di preparazioni extragengivali; spazi interdentali aperti.

Occorre considerare le conseguenze della parodontopatia che causa una perdita di supporto osseo e recessioni gengivali. La stessa terapia inoltre che richiede un rimodellamento e riposizionamento della gengiva apicalmente per eliminare la tasca; di conseguenza molto spesso le corone cliniche risultano allungate rispetto alla situazione iniziale al termine di un trattamento corretto.

Trattamento e responsabilità

Il paziente deve essere informato di tutto questo nel corso del pre-trattamento, poiché molti hanno l'illusione che tutto si normalizzerà; il paziente va posto davanti alla alternativa di "conservare i propri denti più lunghi o non più a lungo". La possibilità di igiene di una riabilitazione ha un ruolo decisivo ed il paziente va convinto preventivamente delle necessità di sacrificare l'estetica.

In presenza di una corretta informazione sugli effetti indesiderati di tipo estetico conseguenti alle cure è da escludersi responsabilità del sanitario; del resto anche problemi estetici che siano inaspettatamente sorti a seguito di una corretta e necessaria terapia difficilmente potranno dare luogo a ipotesi di responsabilità professionale, se si considera che il postumo estetico costituisce la normale evoluzione di una patologia cronica preesistente di cui la terapia tende a limitare non tanto gli effetti già realizzati quanto il peggioramento ulteriore o futuro.

3.4 Insuccesso nel trattamento**Definizione e cause**

A fronte di un paziente che lamenti la ripresa della patologia e/o la mancata guarigione dopo il termine della terapia si deve ricordare che la parodontopatia tende a recidivare e presenta una progressiva evoluzione attraverso periodiche riacutizzazioni e fasi di stasi.

Tale eventualità va distinta dagli insuccessi che possono essere attribuiti a lesioni non diagnosticate correttamente (come nel caso di lesioni endoparodontali e fratture radicolari) o a terapie scorrette.

Trattamento e responsabilità

È necessaria eseguire un corretto e sequenziale piano di terapia e la rivalutazione periodica dei casi. Poiché la maggior parte delle contestazioni avvengono a seguito di riabilitazioni protesiche è consigliabile non includere elementi a rischio in protesi definitive.

In presenza di parodontopatie generalizzate, si rende talvolta necessario includere nelle protesi denti a rischio con ridotto supporto osseo e mobilità residua. In questi casi si consiglia l'informazione del paziente sul rischio connesso ed eventualmente l'attuazione di soluzioni semipermanenti o provvisorie.

Il paziente parodontale deve essere richiamato per sedute di igiene professionale e motivazione all'igiene domiciliare periodicamente al fine di prevenire le recidive; la frequenza dei richiami può variare da 3 a 12 mesi, a seconda della situazione clinica.

Data la natura della prestazione sono difficilmente dimostrabili errori di tecnica chirurgica a distanza dall'intervento; la persistenza di fattori e cofattori di patologia non trattati (persistenza di tartaro o margini debordanti di otturazioni e corone) può indicare una scorretta esecuzione della terapia.

Errore può essere ipotizzato quando all'anamnesi emergano errori di pianificazione terapeutica, come non rispetto dei tempi necessari, inversioni delle fasi di terapia, assenza di periodi di controllo.

La responsabilità del sanitario è da escludersi nel caso di pazienti che non si sottopongono a controlli periodici, considerando che la causa più frequente di ripresa della patologia è la scarsa igiene orale.

3.5 Assenza di diagnosi

Definizione e cause

L'assenza di diagnosi può causare la progressione della patologia sino a quadri irreversibili o di difficile recupero della dentatura.

Il motivo più frequente, in pazienti che si rechino a visite periodiche dal dentista, è rappresentato dalla mancata esecuzione di un metodico esame parodontale che abbia lasciato indagnosticate patologie parodontali gravi.

Trattamento e responsabilità

I pazienti devono essere sottoposti sistematicamente ad un esame clinico di screening della situazione parodontale utilizzando appositi sistemi di rilevazione rapida (CPITN; PSR); nei casi in cui si evidenzino lesioni parodontali avanzate il dentista deve proseguire con una valutazione parodontale approfondita (anamnesi, sondaggio, esame radiologico).

L'esame parodontale approfondito è obbligatorio prima di piani di terapia protesici per evitare insuccessi per assenza di diagnosi.

Dato che la patologia è preesistente, può essere addebitato un concorso di colpa al dentista per omissione solo nei casi di pazienti che si siano regolarmente sottoposti a periodiche visite di controllo presso lo stesso professionista, per il dimostrato aggravamento di lesioni verificatesi in pazienti ignari o non avvertiti della situazione in cui la terapia avrebbe permesso una fondata probabilità di guarigione o stabilità.

L'assenza di diagnosi parodontale in un paziente sottoposto ad un piano di riabilitazione protesica costituisce colpa del professionista in quanto la prosecuzione delle cure impone una valutazione e rivalutazione parodontale.

4. CONSIDERAZIONI

La patologia parodontale è caratterizzata da una eziologia plurifattoriale con un lento e progressivo peggioramento nel tempo, in cui la mancanza di igiene orale rappresenta il fattore eziologico primario imputabile per lo più al paziente; per tale motivo la responsabilità del dentista è spesso irrilevante ed infrequente il contenzioso giuridico riferito specificatamente alla parodontologia.

La chiamata in causa del dentista in tema di responsabilità contrattuale avviene in commistione con altre branche specialistiche odontoiatriche e specificatamente in alcune situazioni che risultano di più frequente riscontro:

- a) Per aver causato delle lesioni parodontali con terapie di tipo conservativo, ortodontico o protesico, si configura l'obbligo del risarcimento del danno causato da incongrua terapia (danno biologico).
- b) Per aver eseguito terapie complesse su pilastri affetti da patologia parodontale non diagnosticata, si configura un errato piano di trattamento o mancata rivalutazione (omissione di diagnosi) che obbliga alla restituzione della somma inutilmente pagata (restituzione delle spese inutilmente sostenute).

Tabella 6
MOTIVI DI CONTESTAZIONE IN PARODONTOLOGIA

Motivo	Risarcibilità	Commento
TRATTAMENTO INGIUSTIFICATO	SI	Difficile dimostrazione
LESIONE IATROGENA	SI Difetto localizzato in relazione a terapia incongrua e un sufficiente lasso di tempo	Distinguere le lesioni iatrogene da quelle provocate da malattia
CONSEGUENZE ESTETICHE	NO Esito della patologia SI Clinica e terapeutica	Conseguenza della terapia necessaria per la preesistente patologia; Assoluta l'informazione del paziente
INSUCCESSO DEL TRATTAMENTO	NO Corretto piano di trattamento SI Scorretto piano di trattamento e/o insufficiente tempo di osservazione clinica	La non osservanza del corretto piano di trattamento e tempi di osservazione
ASSENZA DI DIAGNOSI	NO Per scarsa igiene orale e assenti visite di controllo SI In caso di controlli periodici e esecuzione di protesi	L'esecuzione di protesi su elementi con patologia parodontale, non diagnosticata, implica la restituzione del corrispettivo inutilmente pagato. Considerando la patologia preesistente il ruolo del dentista può essere assente o concausale

Bibliografia

1. AINAMO J., BARMES D, BEAGRIE B., CUTRESS T., MARTIN J., SARDO-INFIRRI J.: *Development of the World Health Organization (WHO) Community Periodontal Index Treatment Need (CPITN)*, International dental Journal 32, 1982: 281-291.
2. CALANDRIELLO M., CARNEVALE G., RICCI G.: *Parodontologia*, Ed. CIDES ODONTO, Torino, 1986
3. CHECCHI L., ALESSANDRI BONETTI G., PELLICIONI G.A.: *Malpractice in parodontologia*, Dental Cadmos, 16, 1996: 70-76
4. GLICKMAN I., SMULOV J.B.: *La malattia parodontale*, Ed. Piccin, Padova, 1981
5. LANG N.P., KARRING TH.: *Proceedings of the 1st European Work Shops on Periodontology*, Quintessence books, Berlin, 1994
6. PILOT T., BARMES D., LECLERCQ M., MC COMBIE B., SARDO-INFIRRI J.: *Periodontal conditions in adults 35-44 years of age: an overview of CPITN data in the WHO global oral data bank*; Community dentistry and oral epidemiology 14, 1986: 310-312.
7. PILOT T., BARMES D., LECLERCQ M., MC COMBIE B., SARDO-INFIRRI J.: *Periodontal conditions in adolescents 15-19 years of age: an overview of CPITN data in the WHO global oral data bank*, Community dentistry and oral epidemiology, 15, 1987: 336-338.
8. POLSON A.M.: *Periodontal regeneration current status and directions*, Quintessence books, Hong-Kong, 1994

11. L'ORTOGNATODONZIA

F. Montagna, D. De Leo

L'obiettivo principale della terapia ortognatodontica risiede nell'eliminazione delle malocclusioni e conseguentemente delle anomalie morfologiche, dei disturbi funzionali e delle patologie da esse causate.

L'ortognatodonzia riveste principalmente il ruolo di profilassi facilitando l'igiene orale ed eliminando il trauma occlusale, importanti cofattori in grado di facilitare l'insorgenza di carie, parodontopatie e artropatie della articolazione temporomandibolare.

Le motivazioni per le quali il paziente richiede un trattamento ortognatodontico possono essere molteplici e risultano in relazione diretta con l'aumentata consapevolezza dello stato di salute orale nella popolazione generale; di seguito sono elencate le richieste che con maggior frequenza sostanziano la richiesta di un trattamento:

- a) Disgnazia e profilassi di patologie
- b) Anomalie morfostrutturali e motivi estetici
- c) Disturbi funzionali (terapia di parodontopatie e artropatie)
- d) Preparazione per procedure conservative, protesiche e chirurgiche
- e) Chiusure di spazi edentuli o diastemi per agenesie o estrazioni
- f) Eliminazione di deformazioni determinate da apparecchi ortopedici (busti tipo Milwaukee portati per lunghi periodi).

Parallelamente all'aumentata richiesta di trattamenti ortognatodontici si registra negli ultimi anni un incremento delle controversie in ambito giudiziale anche in questa materia; la valutazione medico-legale di questi casi presenta particolare difficoltà data la natura altamente specialistica della prestazione, il lungo tempo richiesto dalla terapia e la frequente applicazione su pazienti di minore età.

1. LA TERMINOLOGIA

Nel tempo sono stati proposti innumerevoli tipi di classificazione delle malocclusioni da diversi autori e l'effetto di sovrapposizione ha creato problemi di terminologia; di seguito è riportata la classificazione di uso frequente presso la maggior parte degli ortodontisti, per facilitare l'interpretazione delle diagnosi specialistiche e la loro comprensione.

Le malposizioni dentali

Sono malocclusioni riferite ai singoli elementi dentari: rotazione, inclusione, estrusione, versioni (inclinazione); la direzione di una versione è identificata da un prefisso (mesio-versione, distoversione, linguoversione, labioversione). La discrepanza dento-alveolare è costituita da una differenza di lunghezza tra la somma dei diametri mesiodistali dei denti ed il perimetro d'arcata ed è causa di affollamento dentario o diastemi.

Le malocclusioni dento-alveolari

Descrivono anomalie di posizione dei denti e processi alveolari nei tre piani dello

spazio e possono combinarsi in modo diverso nei singoli casi: al suffisso alveolia si aggiunge il prefisso che identifica la direzione (proalveolia, retroalveolia, endoalveolia, esoalveolia, infraalveolia, supraalveolia). L'osso basale può esprimersi indipendentemente dalla componente alveolare ed è quindi possibile una differenza tra classe dentale ed ossea nello stesso paziente: la dentatura può compensare la malocclusione scheletrica (compensazione dento-alveolare) o aggravarla. Nelle malocclusioni dentoalveolari anteroposteriori le posizioni del singolo settore alveolare nei confronti delle altre ossa facciali e piani cefalometrici è descritta come proalveolia e retroalveolia specificando il distretto (ad esempio retroalveolia incisiva inferiore). Con il termine comunemente usato di morso inverso si designano gli incisivi superiori in linguo-posizione rispetto gli inferiori (terza classe dentale). Le classi dentoalveolari invece descrivono la relazione anteroposteriore (sagittale) delle arcate dentali rispettivamente tra di loro; si utilizza la classificazione di Angle:

- I° classe dentoalveolare: normale relazione anteroposteriore
- II° classe dentoalveolare: relazione distale della dentatura mandibolare rispetto alla mascellare
- III° classe dentoalveolare: relazione mesiale della dentatura mandibolare rispetto alla mascellare.

Nelle malocclusioni dentoalveolari trasversali la posizione del singolo settore alveolare è descritta con i termini di esoalveolie ed endoalveolie specificando il settore interessato (ad esempio esoalveolia mascellare destra).

Alcuni termini sono utilizzati frequentemente nella pratica clinica e sono di seguito specificati:

- Morso crociato: i denti mandibolari sono in vestibolocclusione rispetto ai mascellari (cross bite)
- Morso a forbice: i denti sono in vestibolo occlusione completa con assenza di contatto occlusale.

Nelle malocclusioni dentoalveolari sul piano verticale la posizione dei singoli settori è descritta come infralveolie e supralveolie specificandone la sede (ad esempio infralveolia incisiva superiore); sono utilizzati nella pratica clinica anche altri termini di seguito riportati:

- Morso profondo o coperto: eccessivo sovramorso in cui l'incisivo superiore copre più di un terzo della superficie vestibolare dell'inferiore
- Morso aperto dentale: non occlusione, con mancanza di contatto dentale.

Le anomalie scheletriche

Descrivono le anomalie di posizione dell'osso basale nei confronti delle ossa craniche per anomalie di posizione o di forma della mandibola e della mascella; si verificano nei tre piani dello spazio (sagittale o anteroposteriore, verticale, coronale o trasversale) combinandosi in modo diverso nei singoli casi.

Le anomalie scheletriche anteroposteriori si verificano sul piano anteroposteriore (sagittale) e si definiscono le seguenti anomalie di posizione della mascella e della mandibola nei confronti dell'asse del cranio e dei relativi piani cefalometrici:

- Prognazia mascellare: mascella avanzata
- Prognazia mandibolare: progenismo o mandibola avanzata
- Retrognazia mascellare: mascella arretrata

- Retrognazia mandibolare: retrogenismo, micrognazia mandibolare, mandibola arretrata

I casi più gravi di anomalie morfologiche presentano una posizione sagittale contrapposta basale e dentoalveolare (retrognazia mascellare e prognazia mandibolare; retrognazia mandibolare e prognazia mascellare).

La posizione rispettiva delle basi ossee tra di loro sul piano sagittale senza identificare la responsabilità delle singole ossa può essere definita con le classi scheletriche:

- I classe scheletrica: normale relazione anteroposteriore
- II classe scheletrica: posizione avanzata della mascella sulla mandibola
- III classe scheletrica: posizione avanzata della mandibola sulla mascella

Quando si usa tale classificazione si deve precisare anche la base ossea responsabile: II classe scheletrica per prognazia mascellare, ad esempio).

Infatti una II classe scheletrica può dipendere da un mascellare avanzato (prognazia mascellare) o da una mandibola retrusa (retrognazia mandibolare); una III classe scheletrica può dipendere da un mascellare arretrato (ipoplasia mascellare) o da una mandibola avanzata (progenismo mandibolare).

Le anomalie scheletriche trasversali si verificano sul piano coronale (trasversale) e si definiscono con il termine di laterognazia o morso crociato scheletrico.

Le anomalie scheletriche verticali si presentano sul piano verticale e identificano la tipologia determinata dalla direzione di crescita dell'asse facciale. Sono definiti con morso aperto scheletrico (sinonimo di open bite, dolico facciale con crescita in senso orario) i pazienti con crescita eccessiva in direzione verticale del terzo medio e inferiore del viso (long face syndrome). Sono definiti con morso coperto (sinonimo di deep bite, brachifacciale, crescita antioraria) i pazienti con diminuita crescita verticale del terzo e medio inferiore del viso (faccia corta).

Tabella 1
TERMINOLOGIA

MALOCCLUSIONI DENTARIE	Rotazione, inclusione, estrusione, versione
ANOMALIE DENTOALVEOLARI	Sagittali: proalveolia, retroalveolia, classi dento-alveolari Trasversali: esovalveolia, endovalveolia, morso crociato, morso a forbice Verticali - <i>in eccesso</i> : morso aperto dentale, infralveolia, Verticali - <i>in difetto</i> : morso coperto dentale, supralveolia
ANOMALIE BASALI	Sagittali: prognazia, retrognazia, classe scheletrica Trasversali: laterognazia, morso crociato scheletrico Verticali - <i>in eccesso</i> : morso aperto scheletrico, dolico facciale, open bite, crescita oraria Verticali - <i>in difetto</i> : deep bite, morso coperto scheletrico, crescita antioraria

2. IL PIANO DI TERAPIA

Il piano di terapia in ortodonzia segue un flusso standardizzato, come è riassunto nella tabella 2. La diagnosi ortodontica procede in maniera sistematica per definire le indicazioni al trattamento, le possibilità di successo, il tipo e la gravità della malformazione.

La cartella ortodontica contiene generalmente una serie di esami che possono essere integrati in relazione alla gravità del caso:

- Modelli in gesso delle arcate dentali con riferimento occlusale
- Radiografie (ortopantomografia, teleradiografia cranio in posizione laterolaterale)
- Tracciato cefalometrico
- Altri esami (studio della funzione articolare, radiografie del cranio in proiezione antero-posteriore e basale, radiografie della mano, montaggio in articolatore).

Lo scopo della diagnosi è di permettere la pianificazione della terapia individuando le fasi del trattamento e progettando le apparecchiature. Successivamente possono determinarsi situazioni che richiedono la rivalutazione e modifiche del piano di cura originario, la diagnosi quindi deve essere iterativa e può richiedere, nel corso del trattamento, ulteriori esami diagnostici per una rivalutazione.

Fasi	Finalità
VISITA	Esami clinici, strumentali, cartella clinica
DESCRIZIONE DELLA MALOCCLUSIONE	Problemi funzionali, tipologia facciale, malocclusione dentaria, altri
DEFINIRE GLI OBIETTIVI TERAPEUTICI	Necessità di estrazioni, rieducazione funzionale, ortopedia, ortodonzia, chirurgia ortopedica
DEFINIRE IL FLUSSO TERAPEUTICO	Tipo di apparecchiature e tempo di azione
ESECUZIONE DELLA TERAPIA	Rivalutazioni periodiche del risultato e difficoltà
CONTENZIONE	Stabilizzazione
CONTROLLO	Sorveglianza

2.1 Tipi di trattamento, tempo, durata

L'inizio del trattamento viene stabilito in base alla disgnazia, al grado di sviluppo della dentatura (età dentale, dentizione precoce o tardiva) ed allo sviluppo generale del paziente (crescita ed età scheletrica). In linea di principio il trattamento deve essere il più breve possibile, in modo da ottenere la massima collaborazione dal paziente e contenere il costo economico. In base allo sviluppo della dentatura si riconoscono tre periodi di trattamento:

Tabella 3
TIPI DI TRATTAMENTO

DENTATURA DECIDUA E MISTA	Trattamento precoce	Profilassi Intercezione
DENTATURA DEFINITIVA CON CRESCITA	Trattamento principale	Ortopedia Ortodonzia
DENTATURA DEFINITIVA AL TERMINE DELLA CRESCITA	Trattamento tardivo	Ortodonzia Chirurgia maxillofacciale ortopedica

a) Il trattamento precoce o intercettivo

È eseguito in dentatura decidua e consiste in un trattamento a breve termine (1-2 anni), mirato ad una causa precisa e seguito da una pausa prima di valutare la necessità di un successivo trattamento principale in dentatura definitiva.

Le indicazioni sono rappresentate da malocclusioni che andrebbero incontro ad un peggioramento funzionale o altererebbero la crescita: mioterapia e rieducazione funzionale per correggere abitudini viziate come anomalie della deglutizione, respirazione orale, suzione delle dita o delle labbra; molaggio dentale e apparecchi mobili per correggere morsi crociati o inversi; mantenitori di spazio per evitare la mesializzazione dei denti contigui ad un sito di estrazione e conservare lo spazio per la dentatura definitiva.

b) Il trattamento principale

Inizia prima del picco di crescita prepuberale e può prevedere due diverse fasi eventualmente associate a seconda del grado di disgnazia:

Il trattamento ortopedico è eseguito con apparecchiatura mobile (attivatori) o fissa rimovibile (maschera di Delaire, trazione extraorale) per guidare e stimolare la crescita delle basi ossee malposizionate nei casi di discrepanza.

In particolare, nel caso si debbano correggere anomalie scheletriche, è importante eseguire il trattamento ortopedico durante il picco di crescita puberale valutando l'età scheletrica con una radiografia della mano (10-12 anni per le femmine e 12-14 anni per i maschi); in questo modo è possibile influire sulla crescita dei mascellari.

Il trattamento ortodontico è eseguito con terapia fissa (attacchi adesivi e bande) o mobile, per correggere la posizione dei denti e delle arcate (malposizione dentale, affollamenti dentoalveolari, classi oclusali sagittali).

Attualmente si tende ad iniziare il trattamento fisso in fase di permuta dentale inoltrata, poco prima della permuta dei secondi molari decidui, per sfruttare l'abbondanza di spazio (leeway space) e quindi tra i dieci ed i tredici anni a seconda dello sviluppo della dentatura (età dentale). L'intervallo tra le visite di controllo è compreso tra le due e le quattro settimane.

La durata del trattamento si svolge in un periodo di 2/4 anni, comprendendo la fase attiva e la contenzione; la terapia può considerarsi conclusa con l'eruzione dei secondi molari al termine della crescita puberale. Al termine di un trattamento si esegue la contenzione per stabilizzare i risultati ottenuti e prevenire le recidive. Il passaggio dal trattamento alla contenzione e dalla contenzione al solo controllo deve avvenire in

modo fluido, considerando la prognosi del singolo caso, in un periodo di tempo di uno o due anni e seguendo alcuni accorgimenti:

- Portare la contenzione inizialmente tutto il giorno, diminuire progressivamente e lentamente ed infine sospendere; la durata dipende dall'esito dei controlli: la sensazione di costrizione al reinserimento dell'apparecchio dopo una sospensione temporanea e la presenza di movimenti depone per la tendenza alla recidiva
- Continuare i controlli sino ad accrescimento corporeo concluso (13-14 anni)
- Possono essere utilizzati diversi tipi di apparecchi di contenzione (mobili passivi, mobili attivi, mobili funzionali, posizionatori, fissazioni linguali).

c) Il trattamento tardivo

È eseguito dopo la pubertà quando il potenziale di crescita e le possibilità di ottenere modificazioni dello scheletro con la terapia ortopedica non sono più praticabili, mentre resta possibile lo spostamento dentale; per tale motivo nell'adulto le possibilità terapeutiche sono limitate alla correzione ortodontica di malocclusioni dentoalveolari o alla compensazione dentoalveolare solamente nei casi più lievi di disgnazia delle ossa basali.

Nelle disgnazie non risolvibili con il trattamento ortodontico si ricorre alla correzione chirurgica, utilizzando una terapia associata ortodontica e chirurgica: nella maggior parte dei casi si tratta di gravi anomalie di tipo scheletrico, come il progenismo e il morso aperto scheletrico causati da una crescita abnorme delle basi ossee.

Il trattamento prevede la collaborazione e la pianificazione congiunta tra ortodontista e chirurgo maxillo-facciale: il lavoro ortodontico consiste nell'eseguire una decompensazione dentoalveolare e modificare le arcate in modo da garantire al chirurgo la possibilità di creare una occlusione stabile durante l'intervento chirurgico.

Nei pazienti in età evolutiva devono essere individuate le forme non risolvibili con apparecchiature ortopediche modificando la direzione di crescita, in modo da evitare, per quanto possibile, trattamenti ingiustificati ed inutili.

3. LE MOTIVAZIONI DELLA RESPONSABILITÀ

Nella tabella 4 sono state sintetizzate le situazioni che, secondo la nostra esperienza, più frequentemente possono determinare materia di controversia in ambito medico-legale; successivamente i singoli punti sono analizzati singolarmente e per esteso in modo da facilitare una miglior comprensione della materia.

Tabella 4 SITUAZIONI DI CONTROVERSIA	
Lesioni delle corona Lesioni radicolari Lesioni parodontali Lesioni della articolazione tempo mandibolare	Lesioni dei tessuti orofacciali Trattamenti scorretti Recidive

3.1 Lesioni della corona anatomica dentale

Causa e definizione

Le lesioni sono costituite da fratture di cuspidi o della corona anatomica e fresature dello smalto eseguite durante la rimozione degli apparecchi fissi; carie comparse durante il trattamento.

Durante un trattamento ortodontico fisso risulta complesso mantenere una corretta igiene orale per la ritenzione di cibo e la difficoltà di detersione causata dall'apparecchiatura.

Con la tecnica degli attacchi adesivi le superfici a rischio sono gli spazi interdentali e le aree localizzate perifericamente all'attacco che risultano di difficile pulizia e facilitano la ritenzione di placca batterica cariogena; inoltre la scementazione non diagnosticata di bande ed attacchi adesivi favorisce l'infiltrazione ed il ristagno di placca batterica e la decalcificazione di vaste aree dello smalto; danni pulpari con necessità di devitalizzazione possono determinarsi per carie non diagnosticate.

Alcuni particolari tipi di lesione possono determinarsi durante la rimozione della apparecchiatura fissa al termine della terapia: fratture parcellari o complete della corona dentale possono determinarsi durante la rimozione degli attacchi e delle bande per lo sforzo di trazione e torsione; fresature dello smalto possono determinarsi per un incongruo uso di strumenti rotanti durante la lucidatura e pulizia a fine trattamento.

Trattamento e responsabilità

L'ortodontista deve prevenire il maggior rischio di incidenza cariosa durante la terapia istituendo un programma di prevenzione ed igiene: eseguire controlli periodici; programmare sedute di igiene professionale e fluoroprofilassi; motivare il paziente ad una corretta igiene domiciliare; avvertire il paziente e sospendere la terapia nei casi non controllabili.

Altri accorgimenti devono essere attuati durante la fissazione ed il controllo delle apparecchiature: durante il posizionamento delle apparecchiature fisse l'operatore deve sforzarsi di togliere gli eccessi di materiale di fissazione (cementi e resine) in modo da creare una zona di passaggio liscia tra bordi dell'attacco e dente e impedire la ritenzione di placca batterica cariogena; controllare periodicamente durante le visite di controllo la cementazione delle bande e degli attacchi.

La rimozione delle apparecchiature al termine della terapia deve essere eseguito da personale addestrato utilizzando le apposite pinze ortodontiche in modo da evitare sforzi eccessivi in torsione.

La pulizia al termine della terapia per rimuovere i materiali adesivi di fissazione deve essere svolta con strumentario rotante poco abrasivo (frese a grana fine, dischi e coppette da lucidatura) in modo da ridurre al minimo il danno allo smalto.

Causa sufficiente per il verificarsi della patologia cariosa è la carenza di igiene da parte del paziente ed a tale motivo devono essere ascritti la maggior parte dei casi; al dentista può essere attribuito un ruolo concausale in presenza di un elevato numero di carie, nel caso sia inequivocabilmente dimostrata dalla cartella clinica la compresenza di una serie di omissioni: l'assenza di controlli, di istruzione all'igiene orale, di comunicazione ai genitori della aumentata e progressiva incidenza di patologia (il paziente ed i genitori, in caso di minori, devono essere avvertiti del rischio). Si deve infatti ri-

cordare che una insufficiente igiene orale da parte del paziente può rappresentare un giustificato motivo di interruzione della terapia per evitare patologie cariose. Per quanto riguarda le lesioni dello smalto causate dall'uso improprio di strumenti rotanti durante la rimozione dei materiali di fissaggio e la lucidatura al termine della terapia si deve notare che anche una procedura si traduce in pratica in una lieve ameloplastica; la responsabilità risponde in questo caso a criteri quantitativi più che qualitativi ed è da considerarsi in presenza di lesioni gravi e/o diffuse riconducibili a manualità scorrette. La frattura di parti dello smalto può verificarsi in modo fortuito in assenza di responsabilità professionale durante la rimozione delle apparecchiature fisse in alcune situazioni: denti con otturazioni; linee di frattura dello smalto (ad esempio per precedenti traumi); denti sani su cui siano state eseguite di necessità ripetute fissazioni che abbiano indebolito la struttura dentale (ad esempio in presenza di denti inclusi o mal posizionati con impossibilità ad eseguire un unico fissaggio in posizione corretta sono necessari ripetute mordenzature con acido per aderire gli attacchi). In caso di frattura del dente l'ipotesi di responsabilità richiede la dimostrazione di una manualità scorretta con eccessiva applicazione di forza e vanno escluse le concause preesistenti.

3.1 Lesioni radicolari

Definizione e causa

Il riassorbimento del cemento radicolare da parte degli osteoclasti è definito rizalisi esterna e può presentarsi in due posizioni:

- 1) Apicale che costituisce una lesione permanente con accorciamento del dente
- 2) Laterale che tende a guarire per neoapposizione cementizia.

Una forza ortopedica in grado di modificare la crescita ossea è nell'ordine di 400-800 grammi; le forze ortodontiche, per spostare i singoli denti, vanno mantenute entro limiti fisiologici (100 gr. per cm quadrato di superficie radicolare interessata al movimento).

Tali forze sono in grado di assicurare un riassorbimento osseo diretto e permettere lo spostamento dei denti senza danni; si deve ricordare, comunque, che un minimo riassorbimento nei soggetti sottoposti a terapia ortodontica può essere documentato nelle zone di maggior pressione ed essere presente senza rappresentare errore o responsabilità. Per contro l'utilizzazione di una forza eccessiva causa ischemia, ialinizzazione del legamento parodontale e riassorbimento osseo indiretto: in questi casi l'eccessiva attivazione osteoclastica può causare la rizalisi.

Trattamento e responsabilità

Il dente dovrebbe essere mosso con forze lievi, continue, attraverso la midollare ossea, evitando movimenti e basculamento in diverse direzioni, per evitare la comparsa di un riassorbimento radicolare esterno o rizalisi. Gli incisivi superiori sono i denti più frequentemente e gravemente interessati da riassorbimento apicale, in seguito a movimento di intrusione con forze inadeguate.

Si parla di danno biologico in correlazione alla entità e gravità del fenomeno secondario alla utilizzazione di forze eccessive, movimenti indesiderati di oscillazione della radice, impattamento nelle corticali ossee.

La dimostrazione della responsabilità iatrogena richiede la dimostrazione di errori di

tecnica: l'utilizzazione di forze eccessive, il movimento dei denti in direzioni opposte, l'utilizzazione di sistemi di ancoraggio insufficienti nella zona dove si è verificata la risalita.

Tali errori possono essere ragionevolmente desunti, all'interno di una valutazione medico-legale a posteriori, quando i termini quantitativi (più che qualitativi) della complicità caratterizzano il caso (responsabilità altamente probabile).

3.3 Lesioni parodontali

Definizione e causa

Le lesioni parodontali sono costituite da gengiviti e parodontiti aggravate e comparse durante il trattamento; la sintomatologia è la seguente: sanguinamento, mobilità accentuata, recessioni gengivali, tasche e perdita dei tessuti di supporto parodontale.

Il trattamento ortodontico è utilizzato in alcuni casi per migliorare le condizioni parodontali: ad esempio il raddrizzamento di un dente inclinato o l'estrusione in un elemento per ridurre una tasca infraossea. Per alcuni motivi, le lesioni parodontali che compaiono durante il trattamento ortodontico presentano un meccanismo patogenetico particolare con rapido aggravamento.

La comparsa di recessioni gengivali e tasche parodontali si configura essenzialmente in quanto le apparecchiature favoriscono l'accumulo di placca batterica, fattore primario eziologico della patologia parodontale; l'applicazione di forze e precontatti occlusali che si determinano durante il trattamento ortodontico rappresentano un cofattore aggravante: il trauma occlusale causa un allargamento dello spazio parodontale accelerando il riassorbimento osseo e la formazione di tasche. Si ammette, invece, che in presenza di una buona igiene orale e assenza di placca, il trauma occlusale non sia in grado di determinare lesioni parodontali.

Ricordiamo inoltre altri due meccanismi nella genesi della lesione parodontale: l'intrusione di un dente coperto di placca comporta la comparsa di una tasca; l'eccessiva vestibolarizzazione di denti in posizione periferica rispetto al processo alveolare può determinare delle perdite di supporto osseo evidenziata dalla comparsa di recessioni gengivali.

Trattamento e responsabilità

L'ortodontista, per evitare lesioni parodontali, deve ottenere il controllo della placca batterica attraverso l'applicazione metodica di varie misure di profilassi:

- Ottenere la massima collaborazione per l'igiene orale
- Non applicare bande in sede sottogengivale
- Utilizzare apparecchi semplici da pulire
- Togliere l'adesivo in eccesso uscito dalla base degli attacchi
- Eseguire la detartrasi periodica.

La responsabilità delle lesioni parodontali va generalmente addebitata al paziente. L'ortodontista può rivestire un ruolo causale, peraltro limitato, nel caso non operi in modo da favorire il controllo di placca, ritardi la diagnosi peggiorando con il trattamento la distruzione parodontale.

La responsabilità professionale è accertata nei casi in cui si verificano recessioni gengivali in pazienti con scarso supporto osseo a seguito di vestibolarizzazioni eccessive; soprattutto nei casi in cui l'esame clinico e l'analisi cefalometrica permettevano

preventivamente di verificare e quantificare il rischio.

Si ricordi che l'assenza di collaborazione del paziente nel seguire una metodica igiene orale può costituire un motivo sufficiente per interrompere il trattamento; la decisione di continuare nel caso di minori deve essere discussa con i genitori.

3.4 Lesioni della articolazione temporo- mandibolare

Definizione e causa

La sindrome algico-disfunzionale è una mioartropatia delle articolazioni temporo-mandibolari caratterizzata da dolore dei muscoli masticatori e/o alle articolazioni temporomandibolari, rumore articolare (schiocco, clicking, sfregamento), limitazione dei movimenti funzionali.

La sindrome riconosce una genesi multifattoriale, tra le quali la malocclusione e l'occlusione patologica conseguenti ad errate terapie odontoiatriche rappresentano solo due delle cause.

Trattamento e responsabilità

Per il dentista ricordiamo che nel caso si tratti di un paziente con disturbi dell'articolazione temporo mandibolare si deve considerare che mentre nel paziente giovane esiste una capacità di crescita articolare ed adattamento che influenza positivamente la prognosi, nel paziente adulto, invece, non sempre la terapia è in grado di migliorare o guarire i sintomi. In questi casi è opportuno avvertire il paziente della possibilità di insuccesso terapeutico ed eseguire preventivamente una preterapia con placche gnatologiche per valutare la situazione.

L'ipotesi di responsabilità professionale può essere posta nel caso compaia una sindrome algico-disfunzionale nel corso di una terapia ortodontica in un paziente precedentemente asintomatico;

un'altra ipotesi è rappresentata dalla mancata guarigione di un paziente che si sia sottoposto a terapia ortognatodontica per risolvere una mioartropatia.

Analisi strumentali possono essere utilizzate ad integrazione dell'analisi clinica. Il mancato rispetto dei parametri nella costruzione di una corretta occlusione costituisce la base per la dimostrazione di responsabilità professionale. Per una trattazione più estesa si rimanda al capitolo sulle mioartropatie.

3.5 Lesioni orofacciali

Definizione e causa

In questo gruppo si classificano le lesioni dei tessuti molli orali (mucose, labbra, lingua), periorali e facciali (cute, occhi) causati dalle apparecchiature accidentalmente.

Gli apparecchi ortodontici possono causare lesioni per attivazioni eccessive, deformazioni e rotture accidentali, errata costruzione o progettazione. Lesioni delle mucose causate da archi di espansione, archi, legatura rappresentano l'eventualità più frequente ma di ridotta importanza. Le apparecchiature ortopediche (trazioni extraorali, fionde mentoniere, apparecchio di Delaire) sono collegate con trazioni elastiche alla dentatura; in caso di dislocazione possono causare delle lesioni particolarmente gravi per ritorno elastico, fra le quali le più temute sono quelle a carico dei bulbi oculari.

Trattamento e responsabilità

La costruzione ed il disegno dei dispositivi terapeutici deve essere eseguita secondo le indicazioni in letteratura per evitare rotture accidentali; la riattivazione deve essere eseguita con cautela, poiché può causare zone di affaticamento del metallo meno resistenti alla rottura. Per quanto riguarda le trazioni extraorali (headgear) e le fionde mentoniere, attualmente si tende a sostituire la fascia elastica con sistemi tarati per lo sgancio in caso di eccessiva tensione derivante da dislocazione accidentale in modo da eliminare la possibilità di lesione da ritorno elastico. L'apparecchio di Delaire prevede saldature e legature interdentali di fissazione per minimizzare il rischio di ferite da rotture accidentali.

Le lesioni di tessuti orali e periorali sono frequenti, ma di limitata entità e raramente costituiscono materia di contestazione. Le lesioni oculari sono rare ma rappresentano un danno rilevante; in questi casi per quanto la rottura avvenga accidentalmente al di fuori dello studio può essere ipotizzata responsabilità professionale nei casi in cui la apparecchiatura sia stata eseguita in modo scorretto o difforme dalle indicazioni in letteratura.

La mancata utilizzazione di sistemi di sicurezza, disponibili sul mercato ed indicati in letteratura, in questi casi costituisce una accettazione cosciente del rischio connesso alla terapia da parte del sanitario, per cui può risultare difficile negare la colpa.

3.6 Recidive

Definizione e causa

La recidiva è una modificazione sfavorevole con ritorno dei denti alla posizione iniziale al termine del trattamento ortognatodontico.

Le cause di recidiva dopo trattamento ortognatodontico sono molteplici e possono essere individuate in uno dei seguenti fattori:

- Accrescimento residuo sfavorevole
- Persistenza di disfunzioni labiali o linguali non controllate e attive al termine del trattamento (deglutizione atipica, respirazione orale, suzione del dito)
- Età adulta in quanto esiste una maggior memoria parodontale e permanenza di disfunzioni
- Correzione troppo rapida, senza adeguata contenzione; in questo caso le parti molli circostanti non si adattano nello stesso periodo di tempo ed allo stesso modo, alle nuove posizioni dento-alveolari; in linea generale la contenzione deve durare tanto quanto il trattamento attivo; comunque nel caso il trattamento sia rapido la contenzione deve essere prolungata per annullare la memoria elastica dei tessuti.
- Correzione incompleta o correzione parziale con permanenza di difetto occlusale o precontatto (spaziature, intercuspidazione non corretta, asse dentale non corretto, posizioni limite).

Per completezza si riportano le cause più frequentemente implicate nella recidiva dopo trattamento associato ortodontico-chirurgico:

- Assenza di una buona occlusione e sovramorso frontale insufficiente
- Insufficiente fissazione delle superfici ossee durante l'intervento
- Esistenza di una funzione e volume della lingua sfavorevoli (ad esempio variazioni di volume conseguente a intervento di prognatismo) (8).

Trattamento e responsabilità

Il trattamento deve terminare oltre il periodo di crescita puberale (12-14 anni) in modo da sorvegliare una eventuale crescita residua sfavorevole. La rieducazione funzionale di parafunzioni e disfunzioni muscolari deve essere considerata parte integrante del piano di trattamento ortodontico per impedire la recidiva causata dalla scorretta funzione.

Il passaggio dal trattamento alla ritenzione e dalla ritenzione al solo controllo dovrebbe avvenire in modo fluido considerando la prognosi del singolo caso in un periodo di tempo di uno o due anni in modo da controllare la comparsa di eventuali assestamenti sfavorevoli e recidive.

In presenza di parafunzioni residue (respirazione orale, deglutizione atipica; succhiamento del dito o delle labbra) la parziale recidiva è frequente e non rappresenta un errore di terapia. La comparsa di affollamento terziario a carico degli incisivi mandibolari in concomitanza con l'eruzione dei denti del giudizio ai 18-20 anni è frequente e causato dalla crescita residua mandibolare e dall'azione di spinta dell'eruzione dei denti del giudizio; può costituire indicazione all'estrazione dei denti del giudizio ma non rappresenta ipotesi di responsabilità professionale. La responsabilità del dentista invece è confermata nei casi nei quali non sia stata terminata correttamente la terapia poiché una malocclusione non completamente corretta non è stabile e tende a recidivare.

Scarsa collaborazione da parte del paziente nel portare la contenzione o nel mancare agli appuntamenti di controllo dopo il termine della terapia deve essere dimostrata dal dentista per poter costituire valida causa di giustificazione.

3.7 Insuccessi terapeutici**Definizione e causa**

In questo gruppo si raccolgono diverse entità che hanno in comune una errata diagnosi o piano di terapia che si traduce in esecuzione di trattamenti non necessari, incompleti, ingiustificatamente prolungati, errati.

L'ortognatodonzia richiede l'applicazione di un flusso diagnostico e di trattamento sequenziale e coerente, articolato in successive fasi lungo un prolungato periodo terapeutico:

- In una prima fase si analizzano i dati raccolti con l'esame clinico e strumentale per porre una diagnosi del tipo di malocclusione, problemi funzionali e tipo scheletrico
- In una seconda fase si pianifica il piano di terapia stabilendo il tipo di meccanica terapeutica generale da applicare (rieducazione funzionale, ortopedia, ortodonzia, trattamenti combinati o chirurgia), gli obiettivi delle singole fasi terapeutiche e lo specifico tipo di apparecchi da utilizzare
- In una terza fase si esegue la terapia secondo il programma terapeutico eseguendo delle rivalutazioni periodiche inserendo eventuali modificazioni del piano di terapia
- In una quarta fase si esegue la contenzione sino al termine della terapia.

Trattamento e responsabilità

Il mancato rispetto delle singole fasi o la mancata valutazione di sopravvenute difficoltà causa degli insuccessi terapeutici.

Per evitare inutili allungamenti di terapia il momento di inizio delle cure deve es-

sere programmato in relazione alla età dentale e scheletrica. La possibilità di raggiungere l'obiettivo terapeutico deve essere giudicata realisticamente in base alle capacità operative dell'operatore ed alla situazione anatomica.

In presenza di complicazioni o difficoltà sopravvenute che impediscono il raggiungimento dell'obiettivo terapeutico è necessario rivalutare il caso e proporre tempestivamente variazioni del piano di terapia, per raggiungere una situazione di compenso stabile.

La motivazione più frequentemente utilizzata per giustificare un insuccesso terapeutico è la scarsa collaborazione del paziente; tale affermazione deve comunque essere sostanziata dalla cartella clinica ed essere stata oggetto di discussione con il paziente per risultare attendibile.

La responsabilità dell'operatore è agevolmente dimostrabile in alcune situazioni: casi di media difficoltà irrisolti in presenza di collaborazione da parte del paziente; errata scelta di tempo nel momento di inizio della terapia con immotivato allungamento del tempo di cura; piani di terapia in aperta contraddizione con le indicazioni fornite dall'esame clinico e strumentale; obiettivi terapeutici di difficile realizzazione perseguiti a lungo in evidente mancanza di risultato o presenza di effetti indesiderati.

4. CONSIDERAZIONI

La quantificazione del risarcimento in ortognatodonzia, in presenza di danno iatrogeno conseguente a responsabilità professionale odontoiatrica, è complessa, perché diverse possono essere le situazioni che si presentano.

Il danno biologico conseguente alla perdita di un elemento dentario, quale può avvenire a seguito dell'estrazione dentaria nell'ambito di un piano di terapia scorretto, è risarcibile con il costo della riabilitazione protesica e successivi rifacimenti protesici; in alternativa, eventualmente integrando con un punteggio percentualizzato di danno biologico; va considerata, inoltre, la possibilità di chiudere gli spazi edentuli mesializzando la dentatura residua proseguendo con una ulteriore correzione ortodontica.

La risalita in base all'entità può configurarsi come un danno non risarcibile o essere quantificata con una cifra equitativa a seconda della gravità del caso.

In caso di recidiva conseguente a terapia incompleta devono essere riconosciute le spese del nuovo trattamento ed un danno biologico temporaneo per il prolungamento ingiustificato della terapia può essere configurato in termini di danno nella misura media del 10-20%. Particolare attenzione richiede questo punto in quanto il paziente in terapia ortodontica può eseguire le proprie normali attività ed il danno biologico deve essere determinato in una misura del 10-20% del totale.

Per periodi lunghi non essendo giustificate cifre esorbitanti si deve temperare tale criterio con una somma equitativa.

Nella tabella 5 sono riassunte le linee guida per la valutazione di responsabilità professionale e risarcimento in ortognatodonzia.

L'ortognatodonzia è una terapia specialistica, eseguita in condizioni di elezione, nella maggior parte dei casi su un minore, lungo un arco di tempo protratto ed in quanto tale offre lo spunto a interessanti considerazioni.

Il consenso deve essere informato e fornito dai genitori o dal tutore in forma espli-

Tabella 5
LINEE GUIDA PER LA VALUTAZIONE DELLA RESPONSABILITÀ IN ORTODONZIA

Complicanza	Risarcimento e motivazione	Quantificazione	Onere risarcitorio	Commento
LESIONI DENTALI				
Carie	SI (Lesioni diffuse in assenza di controlli, profilassi, comunicazione ai genitori)	Spese per cure conservative (50% o meno)	Società assicuratrice	Responsabilità del paziente; ruolo concausale dell'ortodontista per insufficiente controllo
	NO (Lesioni isolate)			Responsabilità del paziente per insufficiente collaborazione e igiene orale
Frattura	SI (manovre incongrue su denti sani) e rifacimenti	Spese per cure conservative o protesi	Società assicuratrice	Danno biologico da incongrua manualità
	NO (Denti indeboliti per carie, otturazioni, traumi, ripetuti interventi)			Lesione fortuita causata durante terapia necessaria su un elemento precedentemente indebolito
LESIONI RADICOLARI	SI (Rizalisi apicali diffuse gravi in presenza di errori di tecnica)	Spese protesiche per perdita del dente nei casi con evoluzione sfavorevole prevedibile	Società assicuratrice	Il risarcimento risponde ad un criterio quantitativo; in molti casi non è ipotizzabile il verificarsi di perdita del dente
	NO (Rizalisi di modica entità)			Danno probabile non risarcibile; può avvenire anche in terapie corrette
LESIONI PARODONTALI	SI (Assenza di controllo, profilassi e diagnosi da parte del medico)	50% delle spese di terapia (o meno)	Società assicuratrice	Limitato ruolo concausale del dentista per insufficiente controllo, aggravato dalla scarsa igiene del paziente
	NO (Scarsa collaborazione da parte del paziente)	Il ruolo causale principale è da addebitare al paziente per scarsa		

LESIONI ATM	SI (Lesioni insorte per scorretta terapia)	collaborazione Spese per nuove cure DBT 10-20% per il periodo di cura inutile	Società assicuratrice	Per valutare il trattamento controllare che la terapia abbia rispettato i corretti parametri occlusali
	NO (Mancata guarigione in presenza di terapia corretta; comparsa di patologia in presenza di terapia corretta)			Presenza di lesione latente o non diagnosticata in paziente predisposto
LESIONI OROFACCIALI	SI (Errori di costruzione tecnica)	Danno biologico temporaneo o permanente	Società assicuratrice	Rare ma gravi le lesioni oculari da apparecchiature ortopediche
	NO (Lesioni fortuite non evitabili)			
RECIDIVE	SI (Non applicazione della contenzione, terapia non completa o errata)	DBT 10-20% per il tempo di terapia inutile; spese per nuove cure o restituzione della parcella	Società Assicuratrice	La società assicuratrice copre il danno biologico; il dentista può essere condannato a restituire la parcella
	NO (Scarsa collaborazione del paziente o permanenza di parafunzioni importanti)			Impossibilità ad eseguire un corretto piano terapeutico; permanenza di parafunzioni nonostante la rieducazione funzionale
INSUCCESSI TERAPEUTICI	SI (Errori di diagnosi, programmazione, esecuzione del piano di terapia)	Invaldità temporanea parziale 10-20%; spese per nuove cure o restituzione della parcella percepita	Società assicuratrice	DBT è di grado ridotto ma prolungata per il periodo delle cure inutilmente eseguite; può raggiungere cifre elevate.
	NO (Scarsa collaborazione del paziente; particolare difficoltà)			La particolare difficoltà deve essere rilevata all'inizio e nel corso della terapia ed essere comunicata ai genitori
DBT = Danno biologico temporaneo				

cita, preferenzialmente con formalizzazione scritta.

L'informazione, con la massima obiettività e chiarezza, deve illustrare: la forma morbosa, le possibilità evolutive, soluzioni alternative e rischi connessi a ciascuna scelta.

Si dovranno anche indicare il momento ottimale di inizio della cura, i rischi connessi ad interruzioni o intempestiva interruzione, la necessità di controlli periodici, corretto impiego delle apparecchiature e mantenimento di una rigorosa igiene.

Il consenso informato deve essere garantito anche durante il trattamento per variazioni del piano di trattamento, complicanze e patologie sopravvenute.

A tal riguardo si sottolinea l'importanza della documentazione diagnostica iniziale e della cartella clinica lungo tutto l'arco della terapia come elemento probante di una corretta condotta.

L'errore può verificarsi nelle diverse fasi: accertamento diagnostico, scelta del trattamento, progettazione e realizzazione delle apparecchiature, esecuzione della terapia attiva, contenzione.

La responsabilità contrattuale potrà configurarsi in agendo per un errato trattamento, quando per applicazione di forze incongrue come entità e direzione si determini un'anomalia mascellare più grave della preesistente; per terapie inefficienti non terminate correttamente o terapie ritardate o non eseguite. In questo settore specifico la dimostrata e documentata scarsa collaborazione del paziente per ridefinire, durante la terapia da parte del professionista può escludere o ridimensionare la responsabilità attraverso una rilettura del caso in termini concausali (art. 1227 c.c.).

La responsabilità extracontrattuale può essere invocata e si verifica quando si inserisca per colpa un fatto estrinseco produttivo di danno non specificatamente previsto dal contratto: trasmissione dell'infezione, lesioni accidentali causate da apparecchi (deglutizione, inalazione, ferite oculari).

A tal proposito si sconsiglia l'uso di archi di piccole dimensioni fissate su due soli attacchi in modo non sicuro o apparecchiature ortopediche con attivazione elastica in grado di causare lesioni da dislocazione e ritorno; il tipo di lesione accidentale da tali apparecchi può causare danni gravi oculari che possono drammaticamente arrivare sino alla perdita della vista.

Bibliografia

1. BALDONI M., MECCATI F., CACCIANIGA G.L.: *La problematica parodontale nel trattamento ortodontico del paziente adulto*, Odontostomatologia, 2, 1995: 212-17
2. ENLOW D. H.: *Crescita cranio facciale*, Cides odonto, Torino, 1986
3. LANGLADE M.: *Diagnosi ortodontica*, Scienza e Tecnica Dentistica, Ed. Internazionali, Milano, 1986
4. LANGLADE M.: *Cefalometria*. Scienza e Tecnica Dentistica, Ed. Internazionali, Milano, 1986
5. LANGLADE M.: *Terapia ortodontica*, Scienza e Tecnica Dentistica, Ed. Internazionali, Milano, 1986
6. MOYERS R.: *Manuale di ortodonzia*, Scienza e Tecnica Dentistica, Ed. Internazionali, Milano, 1991
7. SCHMUTH G.: *Ortognatodonzia*, vol.1-2, USES, Ed. Scientifiche, Firenze, 1990
8. THURLOW R. C.: *Tecnica ortodontica Edgewise*, Masson Ed., Milano, 1989

12. L'IMPLANTOLOGIA

F. Montagna, D. De Leo

L'impiego di impianti dentari come pilastri di protesi ha rappresentato per molto tempo una metodica priva di scientificità, affidata ad una serie di tecniche sperimentali non sostenute da ricerche, studi clinici ed istologici.

L'utilizzazione di materiali diversi poneva quesiti di tollerabilità biologica, resistenza alla corrosione ed alla rottura; vari autori proponevano forme e tecniche chirurgiche diverse pubblicando statistiche di successo che riportavano risultati variabili e talvolta contrastanti con altri dati in letteratura.

Tale situazione ha causato nel passato numerosi insuccessi terapeutici, motivo di richieste di risarcimento per ipotesi di responsabilità professionale del dentista.

Attualmente, in seguito a recenti acquisizioni, la tecnica implantare appare standardizzata ed è utilizzata con frequenza da un elevato numero di dentisti al punto tale da essere talvolta proposta dai consulenti medico-legali come ipotesi risarcitoria per emendare un danno biologico conseguente alla perdita di elementi dentari naturali. Abbiamo, per tale motivo, ritenuto utile fornire alcune indicazioni sulla valutazione medico-legale nell'ambito dell'implantologia.

1. L'EVOLUZIONE TECNICA

Gli impianti proposti nel corso degli anni in relazione alla forma possono essere schematicamente suddivisi in quattro categorie:

- a) Endodontici utilizzati per trasfissione del dente naturale lungo l'asse verticale
- b) Inserti intramucosi impiegati per stabilizzare una protesi mobile
- c) Sottoperiostali caratterizzati da una struttura a sella adattata alla superficie dell'osso alveolare ed utilizzata nei pazienti con grave riassorbimento osseo
- d) Endossei (a lama, vite, cilindro) che si inseriscono in profondità nell'osso.

Il meccanismo di guarigione verificato e comunemente accettato negli anni 70-80 consisteva nella interposizione di tessuto fibroso tra osso e impianto; la durata della fibrointegrazione non era prevedibile, poiché la membrana di interposizione tendeva ad espandersi sotto sollecitazione di carichi masticatori ed agenti infettivi, causando in alcuni casi importante osteolisi.

Attualmente l'analisi della letteratura, sull'insieme dei risultati ottenuti in passato, secondo i diversi autori e le differenti tecniche, mostra una media di insuccessi implantari, dal 40 al 70% per un periodo di osservazione compreso tra i dieci ed i quindici anni. Tale dato avvalorava l'ipotesi che anche un impianto parzialmente osteointegrato o fibrointegrato possa risultare clinicamente valido per molti anni.

Dopo le applicazioni iniziali la tecnica degli impianti ha continuato ad evolversi sotto la spinta della ricerca scientifica ed industriale e nell'ultimo decennio: gli impianti endodontici e intramucosi sono stati abbandonati; gli impianti sottoperiostali sono utilizzati da una ridotta schiera di operatori; invece gli impianti endossei a cilindro han-

no subito una particolare evoluzione rappresentando, al momento attuale, l'applicazione più frequente.

Affidabilità e prevedibilità degli impianti comparvero in seguito alle ricerche di P.I. Branemark che introdusse il concetto di osteointegrazione caratterizzato dal contatto diretto tra osso e impianto con rimodellamento osseo sotto carico funzionale senza trasformazione fibrosa. Numerosi sistemi implantari basati sul principio dell'osteointegrazione attualmente commercializzati sono caratterizzati da materiali, tecnologie industriali e tecniche chirurgiche sovrapponibili; i risultati sono suffragati dalla ricerca scientifica in modo tale da essere considerati una valida alternativa alla protesi tradizionale e da suggerire la possibilità di applicare in futuro ancoraggi permanenti nei mascellari.

In passato sono stati utilizzati svariati diversi materiali (acciaio, ceramica, etc.); attualmente il materiale più studiato ed utilizzato per la sua compatibilità e la possibilità di osteointegrazione è il titanio, talvolta ricoperto in superficie con idrossiapatite.

2. I PROTOCOLLI OPERATIVI

La base per raggiungere una elevata percentuale di successo consiste nel rispetto delle singole fasi di protocolli operativi standardizzati e sperimentati; nella tabella 1 abbiamo schematizzato le fasi per l'esecuzione di impianti cilindrici a tecnica sommersa che rappresentano attualmente l'alternativa maggiormente utilizzata dalla maggior parte degli operatori.

Tabella 1 FASI DEL PROTOCOLLO OPERATIVO IN IMPLANTOLOGIA	
Selezione del paziente	Progettazione del caso
Fase chirurgica	Protesizzazione
(inserimento, attesa, riapertura)	Mantenimento

2.1 La selezione del paziente

La selezione del paziente per l'implantologia orale deve essere eseguita dopo aver vagliato altre procedure protesiche convenzionali che rappresentano la strategia di prima scelta confortata del tempo nel trattamento delle edentulie.

I criteri di selezione che devono guidare le valutazioni preoperatorie sono di seguito elencati ed analizzati

Le condizioni sistemiche di salute generale del paziente devono essere indagate attraverso l'anamnesi e l'esame medico. Molte malattie croniche (diabete, artrite, malattie vascolari cardiache, terapia steroidea) non rappresentano una controindicazione assoluta alla chirurgia implantare, se l'esame medico conferma che il paziente risponde ai requisiti generali per la chirurgia. Controindicazioni assolute sono le stesse indicate per interventi di chirurgia generale in situazioni di elezione: patologie ematiche sistemiche, disturbi psichiatrici, terapia radiante pregressa del capo e del collo, nefro-

patie, altre gravi patologie sistemiche o stati di defedazione.

La condizione locale delle ossa mascellari impone valutazioni preoperatorie. In particolare devono essere assenti infezioni delle mucose e dell'osso; le caratteristiche morfologiche dell'osso devono essere valutate in quantità (altezza verticale della cresta e forma; limiti anatomici come i forami mentonieri, nervo mandibolare, seni mascellari, cavità piriforme) e qualità (presenza di corticale ossea compatta ed omogenea; osso trabecolare denso sono elementi favorevoli). Dal punto di vista qualitativo si ricorda che l'osso può essere classificato in 4 categorie a seconda delle caratteristiche radiologiche (presenza maggiore o minore di corticale e radiopacità).

Per quanto attiene le motivazioni del paziente vanno considerati candidati alla implantologia i pazienti che presentano condizioni cliniche che precludono la possibilità di applicare una protesi mobile funzionalmente valida o che rifiutino tecniche convenzionali protesiche.

2.2 La progettazione

Di seguito sono analizzati i fattori che guidano la progettazione implantoprotesica come tipo, posizionamento e numero di impianti:

- a) Gli impianti endossei sono tecniche di profondità che richiedono una adeguata quantità di osso. Le zone ideali per l'implantologia sono rappresentate dalla zona mandibolare anteriore tra i due forami mentonieri e la zona mascellare anteriore davanti ai seni mascellari al di sotto della cavità piriforme in pazienti edentuli con corticali ossee spesse ed osso trabecolare ben calcificato. L'applicazione di impianti in situazioni diverse può essere gravata da maggiori percentuali di insuccesso.
- b) Il numero di impianti previsti deve essere in rapporto di 1:1 o 1:2 con il numero di denti mancanti sostituiti variando in relazione alla lunghezza degli impianti utilizzati
- c) In presenza di insufficiente volume osseo l'esecuzione di implantologia necessita di interventi complessi per i quali diminuisce l'aspettativa di successo ed attualmente non sono disponibili valutazioni conclusive (rialzo del seno, arricchimenti ossei con trapianti di materiale osseo o sintetico, rigenerazione ossea con membrane, ricostruzione di cresta).

2.3 La fase chirurgica

La fase chirurgica prevede più momenti distanziati nel tempo secondo protocolli stabiliti:

Per l'inserimento dell'impianto dopo la preparazione di un lembo si prepara l'alloggiamento implantare che deve risultare preciso per permettere la stabilità primaria dell'impianto e lasciare il minor spazio morto possibile per facilitare la rigenerazione ossea perimplantare; le frese standardizzate sono utilizzate in modo da non ledere con il calore gli osteoblasti (40-80 giri al minuto; raffreddamento interno); alcuni impianti richiedono la maschiatura del sito implantare per favorirne l'alloggiamento. Successivamente l'impianto è posizionato e coperto con la mucosa.

Il periodo di attesa del tempo necessario alla osteointegrazione varia a seconda alla posizione (mascellare o mandibola) e situazione anatomica (qualità e quantità dell'osso): 3-4 mesi nella mandibola; 6 mesi nel mascellare; 8-12 mesi in caso di utiliz-

zazzione di tecniche osteoriproduttive (innesti per rigenerazione guidata, tecniche di rialzo del seno mascellare).

La riapertura o l'esposizione chirurgica avviene con un intervento a lembo o con un opercolo (perforazione della mucosa) in modo da scoprire l'impianto e posizionare una vite di guarigione che permetta alla mucosa di guarire attorno al profilo emergente del pilastro implantare per un periodo di 15-30 giorni prima di procedere alla protesizzazione definitiva. In questa fase si valuta la situazione di osteointegrazione e si rimuovono eventuali impianti non osteointegrati.

2.4 La protesizzazione

Alcuni autori preferiscono evitare di fissare la dentatura naturale e gli impianti nella stessa protesi nel rispetto della diversa fisiologia e la mobilità: inoltre, una protesi su impianti dovrebbe non coinvolgere, per quanto possibile, la dentatura naturale in modo da salvaguardare la mutilazione dei tessuti duri dentali sani.

Numerosi disegni e progettazioni protesiche sono utilizzate per la riabilitazione in analogia alle soluzioni adottate su pilastri naturali; in linea generale, sono preferite strutture amo-inamovibili (ad esempio strutture avvitate o cementate provvisoriamente) per permettere la rimozione, l'igiene ed il controllo clinico a distanza da parte del dentista.

Alcuni autori preferiscono applicare protesi definitive con masticazione in resina per ottenere un effetto di ammortizzamento del carico occlusale; in questi casi, a causa dell'usura e della pigmentazione delle resine, si consiglia la sostituzione del rivestimento estetico ogni 5-6 anni, mantenendo la struttura metallica.

2.5 Il mantenimento

Malattie intercorrenti locali (parodontopatie, periodontite apicale su denti contigui) e assenza di igiene orale possono causare il fallimento implanto-protetico. Per tale motivo il paziente deve essere edotto sulla necessità di richiami e controlli periodici.

3. I CRITERI DI VALUTAZIONE

Numerosi articoli in letteratura registrano, per impianti cilindrici osteointegrati, percentuali di successo del 90-95% nel mascellare superiore e del 95-98% nella mandibola per un periodo di osservazione di 5-10 anni. La scuola svedese ha mostrato casistiche con una percentuale di successo superiore all'80% sul mascellare ed al 90% sulla mandibola dopo un periodo di osservazione clinica di 15 anni.

Le casistiche riportate in letteratura rappresentano percentuali medie ottenute su campioni selezionati di casi ideali eseguiti da personale specializzato; tale situazione non può rappresentare la norma nella media professionale e quindi le percentuali di successo nella pratica ambulatoriale devono essere considerate inferiori alla letteratura.

I dati disponibili hanno portato alla revisione dei criteri di valutazione del successo degli impianti ed attualmente possono essere ritenuti accettabili i parametri di giudizio espressi nella tabella:

Tabella 2
CRITERI DI VALUTAZIONE DEL SUCCESSO IMPLANTARE

1. L'impianto singolo risulta immobile alle prove cliniche
2. Le radiografie retroalveolari non evidenziano zone radiotrasparenti
3. L'impianto non mostra segni o sintomi persistenti o irreversibili (dolore, infezione, lesioni neurologiche)
4. La perdita ossea è inferiore a 0,2 mm. all'anno dopo il primo anno; in relazione al trauma chirurgico il riassorbimento osseo nel primo anno può essere di 1-2 mm.
5. La percentuale minima di risultati positivi è fissata nell'85% al termine di un periodo di osservazione di cinque anni e nell'80% a dieci anni.

4. LE MOTIVAZIONI DELLA RESPONSABILITÀ

I motivi di contestazione più frequentemente invocati in ambito della responsabilità professionale del dentista sono riassunti nella tabella 3 e di seguito analizzati singolarmente allo scopo di fornire linee guida per la valutazione medico-legale.

Tabella 3
MATERIA DI CONTESTAZIONE

Insuccessi implantari
Sinusiti mascellari

Lesione neurologiche
Perdita di supporto osseo

4.1 Gli insuccessi

Definizione e causa

Contrattare dei successi sono i fallimenti implantari che richiedono la rimozione dell'impianto: rappresentano una percentuale del 5-10% e compaiono nella quasi totalità entro il primo anno dalla protesizzazione; successivamente gli impianti appaiono stabili e la percentuale di insuccesso mostra ridotte variazioni percentuali.

Le cause locali che vengono addotte in caso di insuccesso sono tipicamente alcune:

- a) Errori nella fase chirurgica che pregiudicano la realizzazione della osteointegrazione, come ad esempio una scorretta preparazione del letto implantare e quindi mancanza di stabilità; un riscaldamento eccessivo e necrosi ossea a causa di pressione eccessiva dello strumento rotante (utilizzare lentamente a 40-80 giri al minuto).
- b) Carico precoce dell'impianto prima che si sia verificata l'osteointegrazione.
- c) Errato carico masticatorio per uno schema oclusale scorretto della protesi e conseguenti precontatti che possono causare la perdita della osteointegrazione.
- d) L'evoluzione di un impianto una volta inserito segue il destino della dentatura naturale ed una insufficiente igiene orale può causare infezione ed infiammazione pa-

rodontale che possono causare la perdita della osteointegrazione.

In caso di insuccesso la perdita dell'impianto può avvenire in diversi momenti. Negli insuccessi precoci la perdita avviene durante il periodo di osteointegrazione nei primi 4-6 mesi; un impianto sommerso che, al momento della connessione con la protesi, sia mobile deve essere considerato un insuccesso, in quanto fibrointegrato, ed essere estratto; a distanza di tempo (3-6 mesi) si può eseguire un nuovo impianto nella zona medesima.

Gli impianti corti (7-8 mm) presentano percentuali di insuccesso più elevate mentre la prognosi di durata migliora con l'aumentare della lunghezza.

Negli insuccessi tardivi (mobilità, dolore, infiammazione ed infezione) il fallimento si manifesta dopo il carico protesico. Alcuni autori consigliano di prolungare la riabilitazione protesica provvisoria sino ad un anno dalla fase chirurgica di impianto per diminuire la possibilità di insuccesso dopo la consegna delle protesi definitive.

Trattamento e responsabilità

L'insuccesso terapeutico non è sinonimo di insuccesso, data l'aleatorietà tipica del risultato in campo chirurgico determinata da fattori di ordine biologico.

La responsabilità professionale è ipotizzabile in svariate situazioni che sono riassunte nella tabella 4; non è ipotizzabile colpa per il dentista nei casi di assenza di igiene orale da parte del paziente

Tabella 4 IPOTESI DI RESPONSABILITÀ PROFESSIONALE PER INSUCCESSO IN IMPLANTOLOGIA	
SELEZIONE DEL PAZIENTE	Controindicazioni sistemiche alla chirurgia di elezione
PROGETTAZIONE	Numero insufficiente di impianti Posizione sfavorevole Patologie infettive contigue non trattate Impossibilità ad eseguire igiene orale
FASE CHIRURGICA	Inserzione in posizione errata non utilizzabile Eccessivo sviluppo di calore con frese
PROTESIZZAZIONE	Carico precoce Errato schema occlusale

4.2 L'infezione dei seni mascellari

Definizione e causa

La porzione apicale dell'impianto dopo aver perforato la corticale ossea è alloggiata nella cavità nasale o del seno mascellare e causa complicanze infettive.

La sintomatologia è rappresentata da sinusiti acute e croniche (dolore, tumefazione, rinorrea purulenta, piressia).

Le lesioni possono verificarsi intraoperatoriamente per un errore tecnico o in un secondo momento per infossamento causato dall'osteolisi secondaria ad una infezio-

ne perimplantare; in particolare, questa seconda eventualità è riportata per impianti a griglia sottoperiosteali.

L'inserzione di un impianto nel seno mascellare o cavità piriforme rappresenta un errore da evitare in quanto foriero di complicanze infettive (sinusiti mascellari, etmoiditi, comunicazioni oroantrali) che possono richiedere interventi riparatori complessi di chirurgia maxillofacciale (chiusura di fistola oroantrale; interventi di Caldwell-Luc; etmoidectomia anteriore).

Lo spazio disponibile deve essere valutato con radiografie preoperatorie e l'alloggiamento dell'impianto deve essere controllato al termine dell'intervento (endorali, ortopantomografia, stratigrafie, TAC). Inoltre attualmente sono disponibili frese standardizzate con tacche di profondità per facilitare il controllo intraoperatorio ed evitare errori.

Trattamento e responsabilità

Durante l'intervento il dentista dovrebbe essere in grado di percepire la perforazione della corticale ossea del seno mascellare e del pavimento nasale che offrono una resistenza apprezzabile seguita da affondamento nel vuoto, leggero dolore ed emorragia alla perforazione delle mucose.

La perforazione obbliga l'operatore a posizionare un impianto più corto per permettere la guarigione della breccia; da segnalare inoltre che nel caso l'impianto rimanga sottomucoso può essere ben tollerato.

Attualmente sono applicate con successo tecniche di rialzo del seno mascellare (creazione di breccia ossea, scollamento della mucosa sinusale ed inserimento nello spazio ottenuto di materiale osteoriproduttore) che permettono di superare i limiti anatomici e di spazio tradizionali; tali tecniche richiedono periodi di attesa più lunghi di 8-12 mesi per la valutazione del risultato.

La responsabilità professionale è dimostrata nella eventualità di posizionamento dell'impianto nella cavità nasale o sinusale in assenza di tecniche specifiche (rialzo del seno mascellare); inoltre la non esecuzione o richiesta da parte del dentista di radiografie preoperatorie per la progettazione del caso e postoperatorie di controllo costituisce una importante presunzione di colpa. Il consenso informato del paziente è determinante nel caso di applicazione di tecniche complesse gravate da rischio di insuccesso.

La sinusite può comparire a distanza mantenendo comunque inalterato il nesso di causalità per posizionamento colposo nel seno mascellare.

Sinusiti comparse a distanza per infezione e affossamento dell'impianto possono portare a riconoscere un ruolo causale o concausale a carico del paziente nel caso di assenza di controlli o procrastinata rimozione.

4.3 La lesione neurologica

Definizione e causa

La lesione è essenzialmente a carico del ramo alveolare inferiore della branca mandibolare del nervo trigemino, eccezionalmente a carico di altri nervi; nella totalità dei casi è riconducibile a cause iatrogene quando compaia immediatamente a seguito dell'intervento.

La lesione è causata da una errata ed eccessiva profondità di lavoro e può essere provocata da sezione diretta del nervo con frese rotanti durante la preparazione della

sede dell'impianto o con bisturi durante l'incisione del lembo; compressioni e stiramenti causate dall'alloggiamento contiguo al canale mandibolare di impianti; compressioni indirette possono avvenire anche senza contatto del nervo per compressioni risultanti da emorragie e dislocazione di frammenti ossei.

La sintomatologia è varia in relazione alla localizzazione della lesione sul nervo (ipoestesia, anestesia o parestesia e disestesia del labbro inferiore; ristagno di cibo nel fornice inferiore; morsicature del labbro e della lingua). Il tempo di recupero varia in relazione alla lesione anatomica (neuroaprassia, assonotmesi, neurotmesi) tra le 4-8 settimane e 12 mesi.

Trattamento e responsabilità

La ricostruzione chirurgica del nervo è di difficile realizzazione e bassa percentuale di successo; le terapie mediche di supporto di non dimostrata utilità (vitamina B12).

La responsabilità professionale è pacifica nei casi di lesione diretta del nervo; può essere invocata nei casi di lesione indiretta nei quali il dentista abbia utilizzato una profondità di lavoro non necessaria e rischiosa. Dobbiamo ricordare che anche se il paziente avvertito di tale possibilità è più propenso ad accettare l'evenienza e attendere la risoluzione, tale fatto non esclude la responsabilità nel caso non sia rispettato il rapporto costo beneficio nella valutazione del rischio.

La valutazione del danno deve essere eseguita a distanza di un anno dall'evento; l'invalidità permanente può oscillare tra il 1-3% per menomazioni sensitive esclusivamente soggettive; sino al 5% in caso di parestesie dolorose o con sintomatologia oggettiva come difficoltà di masticazione e di eloquio.

4.4 La perdita di supporto osseo

Definizione e causa

La lesione è costituita da una osteolisi infiammatoria con riassorbimento osseo perimplantare e perdita di osso alveolare nella zona contigua. In alcuni casi può verificarsi, come eventualità rara ma causa di danni rilevanti, una osteomielite e una frattura ossea.

La causa è data dalla persistenza di infezioni perimplantari per ritardata od omessa rimozione di impianti non riusciti ed infetti.

Trattamento e responsabilità

In caso di insuccesso l'impianto deve essere rimosso precocemente per evitare l'osteolisi causata dalla infezione perimplantare: quanto più a lungo si mantiene un impianto fallito in bocca tanto maggiore sarà la distruzione dell'osso di supporto e la difficoltà a realizzare successivamente una protesi funzionale ed estetica.

La dentatura naturale può essere danneggiata per la diffusione dell'infezione alle zone contigue o per il trauma occlusale e sovraccarico funzionale causato dalla mobilità della protesi non sorretta dagli impianti.

Il dentista ha alcuni obblighi in questo specifico caso: deve consigliare controlli periodici al paziente che risulterà responsabile nel caso si sottragga alle visite; deve consigliare la rimozione di impianti infetti spiegando al paziente i rischi derivanti dal procrastinare.

Tabella 5
PARAMETRI DI RISARCIBILITÀ

Complicanza	Risarcibilità	Quantificazione	Onere risarcitorio	Commento
Insuccesso	NO	Costo degli impianti non risarcibile in assenza di evidenti errori tecnici	—	Obbligazione di mezzi e non di risultati
	SI	Opinabile la restituzione della parcella protesica in caso di insuccesso precoce	Dentista	Scorretta valutazione della integrazione implantare ed esecuzione di cure protesiche inutili
Sinusite mascellare	SI	Spese per interventi chirurgici; invalidità parziale temporanea	Società assicuratrice (danno biologico)	Non risarcibili casi a seguito di tecniche corrette (rialzo del seno mascellare)
Lesione neurologica	SI	2-5% di invalidità permanente secondo la gravità del danno	Società assicuratrice (danno biologico)	Valutare la lesione dopo un anno; risarcibile il danno diretto e indiretto
Perdita di supporto osseo	SI	Spese per innesto osseo; in alternativa punteggio di invalidità permanente	Società assicuratrice (danno biologico)	Mancata rimozione da parte del dentista dopo l'evidenziazione di insuccesso
	NO	—	—	Possibile ruolo causale o concausale del paziente che causi ritardi di rimozione; assenti visite di controllo

La responsabilità del dentista è dimostrata nel caso non consigli e procrastini la rimozione di impianti infetti al paziente; al paziente sarà riconosciuto un ruolo causale o concausale nella genesi del danno nel caso di rifiuto o ritardo nella rimozione degli impianti.

5. IL RISARCIMENTO

Per la valutazione del danno iatrogeno forniremo alcune indicazioni scaturite dalla nostra personale esperienza sull'argomento fornendo alcune indicazioni logiche. L'insuccesso di un impianto non dà luogo necessariamente a risarcimento in quanto esiste una percentuale di insuccesso anche per interventi correttamente eseguiti; inoltre data la natura chirurgica dell'intervento il dentista è tenuto ad una obbligazione di mezzi e non di risultati. Nel caso di insuccesso implantare precoce (1-2 anni) dopo la protesizzazione il dentista potrebbe essere tenuto alla restituzione della parcella limitatamente alla parte protesica, per avere male valutato l'integrazione dell'impianto ed aver proceduto con terapie inutili. Sinusiti mascellari anche comparse a distanza e causate dal posizionamento nel seno di impianti, lesioni neurologiche comparse senza soluzione di continuità a seguito dell'intervento implantare sono sicuri motivi di responsabilità professionale; trattandosi di danno biologico l'onere cade sulla società assicuratrice. La perdita di supporto osseo è imputabile al dentista nel caso in cui, accertato l'insuccesso e la necessità di rimozione dell'impianto, ne procrastini immotivatamente la rimozione; in questi casi il risarcimento deve prevedere in alternativa il costo per il trattamento chirurgico (innesto o rigenerazione ossea) o in alternativa un punteggio di danno biologico permanente. Nel caso il paziente ritardi la rimozione o si astenga da visite di controllo, dovrà essere addebitato un ruolo causale o concausale diverso, considerando i singoli casi.

6. CONSIDERAZIONI

L'implantologia e la protesi sono i tipi di attività che recano il maggior apporto al contenzioso giudiziario odontostomatologico; al momento attuale comunque l'implantologia costituisce una procedura complessa estesamente applicata e contraddistinta da una buona affidabilità clinica e scientifica priva della intrinseca pericolosità pretesa nel passato che richiedeva particolare prudenza (art. 2050 c.c. *Responsabilità per l'esercizio di attività pericolose*). Come intervento di elezione l'implantologia deve soddisfare le più ampie garanzie preventive all'intervento: consenso informato esplicito preferenzialmente formalizzato per iscritto, corretta selezione del paziente in assenza di controindicazioni locali e sistemiche, attenta valutazione del rapporto rischio beneficio. Possiamo classificare le contestazioni in due grandi categorie: incidenti chirurgici e insuccessi.

Gli incidenti chirurgici si configurano come lesioni involontarie di strutture anatomiche limitrofe come il seno mascellare e canale mandibolare nella maggior parte dei casi; la responsabilità emerge chiaramente senza difficoltà per errore imputabile dell'operatore e va considerata di tipo contrattuale ed extracontrattuale a seconda dei casi.

Gli insuccessi terapeutici sono dovuti a infezioni perimplantari, non realizzazione o perdita di osteointegrazione o possono dipendere sia da errore dell'operatore (quindi responsabilità contrattuale foriera di risarcimento) sia da variabilità delle reazioni biologiche in assenza di errore e quindi non risarcibili.

Questi casi sono di più difficile valutazione e richiedono un'analisi completa del piano di cura, dell'iter terapeutico; l'errore medico può essere nella diagnosi, proget-

tazione, fase chirurgica, esecuzione della sovrastruttura protesica; possibile concorso di colpa da parte del paziente (art. 1227 c.c. *Concorso del fatto colposo del creditore*) può essere individuato in un insufficiente mantenimento dell'igiene orale.

Una particolare forma di responsabilità contrattuale sussiste nel caso si usino impianti artigianali progettati e commissionati dal dentista; sconsigliamo tale situazione poiché in questo caso il dentista come produttore risponde anche per le caratteristiche di progettazione e fabbricazione del manufatto; a tale proposito ricordiamo il D.P.R. 16-3-1986 n.128 in materia di produzione e commercio dei presidi medico-chirurgici e la legge 46/97 (applicazione delle direttive comunitarie 93/42/CE) di prossima applicazione che stabiliscono l'obbligo di autorizzazione al Ministero della Sanità e certificato di conformità; il mancato rispetto prevede sanzioni economiche anche nel caso la stessa mancanza di applicazione sia ipotesi di un illecito o reato più grave

Bibliografia

1. ALBREKTSSON T., ZARB G., WORTHINGTON P., ERIKSSON A.: *The long term efficacy of currently used dental implant. A review and proposed criteria for success*. Int J Oral Maxillofac Imp., 1,1986: 11-25
2. BERT M., PICARD B., TOUBOL J.: *Implantologia*, Ed. Masson, Milano, 1994: 8,26,124.
3. BORDIGNON D., TOSITTO R.: *Responsabilità professionale in implantoprotesi*, 1988: 18,88
4. BOVERA M., POLCAN S., SIMION M., PESCARMONA G.: *Impianto osteointegrato Screwent*, 1987:1992.
5. BRANEMARK P., ZARB G., ALBREKTSSON T.: *Osteointegrazione tissutale*, Quintessenza biblioteca, 1987
6. CORTIVO P., BETTI D., BORDIGNON D., TOSITTI R.: *Il consenso in implantoprotesi*, Dental Cadmos, 16, 1988: 88
7. CORTIVO P., BETTI D., BORDIGNON D., TOSITTI R.: *Sul rimedio del danno dentario mediante implantoprotesi.*, Riv. it. med. leg., X, 1988: 1130-1133.
8. FALLSCHUSSEL G.: *Implantologia odontoiatrica*, Scienza e Tecnica Dentistica, Ed. Int., 1989: 330-332, 406-430
9. FAVERO G.A.: *Osteointegrazione clinica: i principi di Branemark*, Ed. Masson, Milano, 1994.
10. HOBO S., ICHIDA E., GARCIA L.: *Osteointegrazione e riabilitazione oclusale*, Ed. USES, Scienza e Tecnica Dentistica, Milano, 1993: 14, 23-30
11. OCHI S., MORRIS H., WINKLER S.: *Patient demographics and implant survival at uncovering: dental implant clinical research group interim*, Implant Dentistry, 4, 1994: 247-251
12. PIERAZZINI A.: *Implantologia*, Ed. USES, 1992: 219-220
13. POSO V.A.: *L'insostenibile leggerezza dei medici: colpa professionale grave e risarcimento dei danni a seguito di errate operazioni di implantologia e di protesi dentarie?*, Nuovo diritto, 1988: 437
14. SALONEN M., OIKARINEN K., VIRTANEN F., PERNU H.: *Mancata osteointegrazione di impianti endossej*, Quintessence international, 10: 735-739
15. TORSTEN J., LEKHOLM U.: *Ricostruzione mediante impianti in mascellari posteriori parzialmente edentuli: relazione su un follow up di 5 anni*, Quintessence international, 4, 1994: 301-308
16. TRHULAR R., MORRIS H., OCHI S., WINKLER S.: *Second stage failures related to bone quantity in patients receiving endosseous dental implants:dicrg interim*, Implant dentistry, 4: 252-255

13. LA PROTESI FISSA

P.O. Carli, F. Montagna

L'inserimento di una protesi fissa è un valido mezzo terapeutico per comodità e durata funzionale; tale soluzione, richiedendo un elevato impiego di tempo e finanziario da parte del paziente e, non essendo di solito riparabile o estensibile dopo l'applicazione, dovrebbe garantire un lungo periodo di durata funzionale: in pratica, una protesi fissa deve essere costruita per durare 10-15 anni e nei casi di compromesso nei quali si preveda una durata inferiore ai 6-8 anni, si dovrebbero utilizzare soluzioni protesiche alternative di minor impegno.

Tali dati presentano un duplice riscontro: da una parte la durata media prevista in ambito medico- legale per una protesi fissa a ponte può essere messa, con ragionevole sicurezza, attorno ai 10 anni; d'altra parte, in caso di insuccessi precoci, possono sorgere problemi di responsabilità professionale nei confronti del dentista. Di fronte a insuccessi precoci è generalmente possibile dimostrare una eventuale responsabilità professionale soprattutto in pazienti che si sottopongono a regolari controlli, presentano una buona cura ed igiene orale ed accusano lesioni localizzate esclusivamente sul settore trattato; difficile, invece, risulta dimostrare una responsabilità professionale in caso di insuccessi tardivi a causa del sovrapporsi di molteplici fattori come l'invecchiamento fisiologico e patologie ad insorgenza successiva (assestamenti occlusali, retrazione della gengiva e carie cervicali). In particolare un concorso di cause ed una responsabilità del paziente sono probabili quando le condizioni orali siano alterate in tutti i settori e le lesioni siano diffuse ed estese a tutta la bocca, a testimonianza di una scarsa cura dell'igiene orale.

1. LE INDICAZIONI E I FATTORI DI PROGETTAZIONE

La realizzazione di una corona è un intervento che influisce significativamente sulla funzione e la biologia dell'apparato masticatorio e per questo motivo il trattamento protesico scelto deve essere utilizzato quando necessario ed essere il meno invasivo possibile. Poiché la realizzazione di una corona richiede il sacrificio di tessuti dentali duri e può anche comportare l'eventualità di difetti tecnico-costruttivi, ne consegue che la miglior corona è nessuna corona.

In alternativa al trattamento protesico convenzionale con corone si deve preliminarmente prendere in considerazione piani di terapia alternativi, come ad esempio: otturazioni, sbiancamento dei denti devitalizzati, ortodonzia, impianti come pilastri di ponte, trattamenti con obiettivi più limitati (come ad esempio accettare di mantenere una masticazione accorciata).

Le controindicazioni per le ricostruzioni fisse devono intendersi relative considerando che la durata di una corretta protesi dipende, oltre che da fattori di esecuzione tecnica, soprattutto dallo stato di affidabilità e patologia preesistente degli elementi dentali interessati: i denti possono essere divisi in sicuri, dubbi, non curabili e vige il principio basilare di non costruire una casa sulla sabbia.

Tabella 1
INDICAZIONI E CONTROINDICAZIONI ALLA PROTESI FISSA

Indicazioni	Controindicazioni
Carie profonda	Lesioni Endodontiche Denti con polpa necrotica non sottoposti a cura canalare o con lesioni periapicali
Carenze morfologiche (ipoplasia dello smalto, denti conoidi, diastemi, agenesia dentale)	Non corretta igiene orale , parodontopatia
Traumi (frattura, avulsione dentaria)	Gravi ostacoli occlusali e morso patologico
Discromie (traumatica, da farmaci, da devitalizzazione, da otturazioni non correttamente eseguite)	Tenuta insufficiente (denti corti; numero, condizione e distribuzione dei pilastri sfavorevole)
Anomalie di posizione (rotazione, versione)	Situazione socio-economica deficitaria
Abrasione (difetti cuneiformi, da spazzolino, digrignamento)	
Erosioni (fattori dietetici - cibi acidi, anoressia Correzioni occlusali (morso aperto, morso crociato)	
Pilastri di ponte	

Le protesi fisse a ponte sono costituite da ancoraggi fissati su denti pilastro ed elementi di sostituzione che costituiscono la travata; nella tab. 2 è riportata la nomenclatura utilizzata nella pratica clinica per diversi tipi di manufatti.

Tabella 2
TIPI DI PROTESI

Elemento unitario e ancoraggio
Intarsio o otturazione fusi intracoronale (inlay, onlay mod) Corona parziale (3/4, 7/8, a perni dentinali) Corona completa (fusa, metallo e acrilico, metallo-ceramica, a giacca in ceramica, con perno tipo Richmond o perno moncone)
Ponte
Con pilastri terminali (protesi intercalata con travata intermedia ai pilastri) In estensione (con elemento libero terminale) Pluritravata (circolare e semicircolare) Igienico (elementi intermedi o senza contatto sulla mucosa) Adesivo (tipo Maryland) Su impianti

Un ponte fisso è sempre indicato se a seguito di una perdita dentale non possono essere escluse con sicurezza, o sono prevedibili, alterazioni o modificazioni funzionali del sistema stomatognatico (migrazioni dentali, alterazioni dell'occlusione, della masticazione, dell'estetica).

Una protesi fissa costruita *lege artis* non ha un grosso impatto biologico negativo sull'intero sistema dentale e deve essere considerata un mezzo terapeutico essenziale superiore alla protesi mobile come funzionalità, accettazione psicologica, profilassi di ulteriori patologie e mantenimento della salute dei tessuti orali.

Il ponte fisso non si manterrà funzionale indefinitamente per fattori di usura e patologie intercorrenti, e quando si costruiscono protesi costose, per assicurare la massima durata occorre considerare una serie di parametri orali in modo da assicurare una durata non inferiore ai 6-8 anni.

Le indicazioni per un ponte risultano fortemente limitate se per motivi morfologici (forma, numero e posizione dei denti e delle radici) e motivi funzionali un pilastro deve essere escluso dalla protesi fissa; in questi casi si deve ricorrere a soluzioni alternative (protesi su impianti, ponti adesivi, protesi provvisorie o di transizione) o ad una protesi rimovibile.

Di seguito sono schematizzati i fattori di progettazione da considerare per il trattamento con protesi fissa.

a) Numero di denti pilastro

Il numero dei pilastri deve essere correlato ai denti da rimpiazzare; in situazioni fisiologiche la superficie radicolare dei pilastri deve essere uguale o superiore a quella dei denti sostituiti (legge di Ante); attualmente si considera accettabile in condizioni ideali un ponte con un massimo di tre elementi intermedi per i settori posteriori e quattro per gli incisivi assicurando un numero identico di pilastri e denti sostituiti.

b) Distribuzione e posizione dell'asse dei pilastri

I denti pilastro dovrebbero essere caricati nella direzione del loro asse per evitare carichi supplementari negativi; un angolo tra i pilastri di 25-30° è giudicato accettabile mentre per differenze maggiori si consiglia di intervenire con altri trattamenti (ortodonzia, corona telescopica, protesi mobile).

Nelle protesi estese multitravata i pilastri devono essere distribuiti sul perimetro d'arcata, in modo da dividere omogeneamente il carico funzionale supplementare.

c) Superficie radicolare utile

La superficie radicolare valida è quella ricoperta da legamento parodontale e la diminuzione del supporto osseo causata da parodontopatia riduce la capacità di sostenere una protesi fissa; per quanto in letteratura sia stato dimostrato possibile eseguire protesi durature su denti con supporto parodontale ridotto assicurando il controllo della placca batterica, tali situazioni devono essere considerate ad elevato rischio.

Generalmente si considera come rapporto limite corona-radice (lunghezza radicolare extraossea ed intraossea) per l'applicazione di una protesi fissa un valore di 1:1.

d) Configurazione radicolare

Radici divergenti in multiradicolati, curvature o irregolarità radicolari, radici con se-

zione asimmetrica (non circolare) rappresentano fattori favorevoli che aumentano la resistenza dei denti pilastro al carico.

e) Patologie dentali

Denti a prognosi incerta non devono essere utilizzati come pilastro di protesi; una volta eseguita la terapia parodontale o endodontica i denti possono fungere da pilastro solo se ne è dimostrata la guarigione; per tale motivo si consiglia di distanziare la successiva terapia protesica nel tempo per un periodo di circa sei mesi nei casi di incerta guarigione. Si ricorda inoltre che i denti che abbiano subito un indebolimento meccanico conseguente alla terapia canalare devono essere ricostruiti per garantire una ulteriore stabilizzazione ed evitare fratture (ricostruzioni, perni radicolari, perno moncone).

f) Situazione dei denti contigui

I ponti fissi di solito non sono riparabili o estensibili o perlomeno ciò è estremamente complicato; per tale ragione è importante la prognosi della situazione periapicale, parodontale e oclusale dei denti contigui.

g) Altre indicazioni

La motivazione del paziente, la collaborazione, una scarsa igiene orale possono costituire limitazione al piano di terapia in quanto un atteggiamento negativo non permette di eseguire correttamente le fasi protesiche e la successiva manutenzione diminuendo la durata prevedibile nel tempo. Lo stato sociale ed economico del paziente, la richiesta e le aspettative possono influire sulla progettazione del caso senza peraltro sostituirsi alle indicazioni di tipo biologico; pazienti con patologie sistemiche gravi possono presentare incapacità o controindicazione a sostenere cicli di cura odontoiatrici complessi; nei soggetti minori la protesizzazione definitiva va differita al termine dell'accrescimento quindi non prima dei 14 anni e preferenzialmente oltre i 18.

h) Particolarità per ponti in estensione

Questo tipo di ponte rappresenta il trattamento per il prolungamento dell'arcata con uno o due premolari se l'estetica e la funzionalità masticatoria lo richiedono; per decenni l'incorporamento di ponti in estensione è stato criticato e considerato addirittura un errore di trattamento.

La pratica professionale supporta la reale difficoltà di esecuzione di questi lavori che riconoscono come causa di insuccesso più frequente la perdita di tenuta e la frat-

Tabella 3
FATTORI DI PROGETTAZIONE

Locali	Sistemici
Numero di denti pilastro Distribuzione e posizione dell'asse dei pilastri Superficie radicolare utile Configurazione radicolare Patologie dentali Situazione dei denti contigui	Età Patologie sistemiche Motivazione del paziente

tura radicolare (Landolt e Lang 1988); la letteratura comunque dimostra che, qualora correttamente eseguiti, le percentuali di successo sono sovrapponibili ai ponti con pilastro distale.

Tabella 4
REGOLE PER L'INCORPORAZIONE DI PONTI AD ESTENSIONE

Impiego di corone complete come ancoraggio
 Parallelizzazione dei pilastri
 Inclinazione delle preparazioni in direzione contraria a quella dell'estensione
 Nessun impiego di viti o perni prefabbricati
 Rinforzo con perni moncone fusi, lunghi e sottili
 Scelta di denti pilastro vitali

Tabella 5
FASI DI REALIZZAZIONE DI UNA PROTESI FISSA

Studio Odontoiatrico	Laboratorio Odontotecnico
<p>1. Preparazione</p> <ul style="list-style-type: none"> - Progettazione - Trattamento preparatorio (terapie conservative, endodontiche, parodontali, chirurgiche, ortodontiche e occlusali) - Preparazione dei denti pilastro - Costruzione dei provvisori - Rilevamento dell'impronta - Registrazione dell'occlusione <p>2. Preparazione del metallo</p> <ul style="list-style-type: none"> - Sviluppo dell'impronta (colatura del gesso) - Costruzione del modello di lavoro (monconi sfilabili unitari) - Montaggio in articolatore - Modellazione in cera - Fusione (rivestimento e colata) - Adattamento sul modello e rifinitura 	<p>3. Prove cliniche intermedie</p> <ul style="list-style-type: none"> - Prove e correzione della struttura fusa - Impronta di saldatura <p>4. Finitura</p> <ul style="list-style-type: none"> - Saldatura - Preparazione della parte estetica - Rifinitura, lucidatura - Prova di saldatura - Impronta di posizione - Registrazione dell'occlusione - Prove estetiche - Impronte di rimontaggio. <p>5. Fissazione</p> <ul style="list-style-type: none"> - Cementazione provvisoria - Cementazione definitiva - Istruzione del paziente - Controllo periodico

2. LE FASI DI ESECUZIONE

Il procedimento di costruzione di una protesi fissa a ponte è costituito da una serie complessa di procedimenti svolti nello studio dentistico e nel laboratorio odontotecnico ed errori possono risultare come somma di imprecisioni nelle singole fasi dei lavorazioni. Il dentista ha il compito di progettazione, preparazione della dentatura, controllo della correttezza della esecuzione tecnica del manufatto, fissazione, istruzione e motivazione del paziente all'igiene ed al controllo successivo.

Tabella 6
ERRORI DURANTE LA REALIZZAZIONE DI UNA PROTESI

Studio Odontoiatrico	Laboratorio Odontotecnico
<p>1. Preparazione</p> <ul style="list-style-type: none"> - Indicazione e progettazione errata - Trattamenti preparatori errati - Preparazione dei pilastri (pilastri non ritentivi con sottosquadri inclinati; insufficiente riduzione) - Impronta inadeguata (deformazioni, impronte incomplete) - Registrazione delle relazioni occlusali errata (posizioni eccentriche rispetto la occlusione centrica o abituale) <p>2. Preparazione del metallo</p> <ul style="list-style-type: none"> - Errata costruzione del modello (tipo di gesso e trattamento) - Dimensionamento ridotto del modello in cera o della struttura in metallo (imprecisione del margine di chiusura, insufficiente spessore della travata e del metallo) - Fusione e rivestimento errati (difetti di fusione) <p>3. Prova</p> <ul style="list-style-type: none"> - Non eseguita 	<ul style="list-style-type: none"> - Incompleta - Mancata evidenziazione di errori evidenti <p>5. Fissazione</p> <ul style="list-style-type: none"> - Inserimento forzato di protesi deformata (protesi instabili o basculanti per deformazioni, errori di fusione e saldatura) - Errori di cementazione - Correzione incompleta o inadeguata dell'occlusione (precontatti) <p>4. Finitura</p> <ul style="list-style-type: none"> - Lavorazione errata della fusione (scorretto adattamento al modello; alterazione del margine di chiusura) - Errori di saldatura (saldature porose, insufficiente spessore) - Errori durante la preparazione della parte estetica (errata preparazione del metallo, insufficienti ritenzioni; errata cottura della ceramica e polimerizzazione della resina). - Errori durante la lucidatura e finitura (indebolimento della struttura, alterazione del margine di chiusura)

L'odontotecnico ha il compito di costruire la protesi in laboratorio sulle impronte e le indicazioni fornite dal dentista.

Nella tabella 5 sono riportate le varie fasi di costruzione di una protesi fissa nello studio odontoiatrico e nel laboratorio odontotecnico; i passaggi sono stati schematizzati nell'ordine successivo in cui avvengono nella pratica clinica, divisi tra competenza dello studio odontoiatrico e laboratorio odontotecnico e numerati progressivamente.

Nella tabella 6 sono riportati gli errori che con maggior frequenza possono determinarsi nei vari procedimenti di lavorazione di una protesi fissa.

3. LE MOTIVAZIONI DELLA RESPONSABILITÀ

Nei prossimi paragrafi saranno analizzate le situazioni che, con maggior frequenza, rappresentano motivo di richiesta di risarcimento danni per responsabilità professionale civile odontoiatrica, cercando di indicarne gli errori più probabili durante le fasi di lavorazione.

Tabella 7
INSUCCESSO IN PROTESI FISSA

Insuccesso	Fattore favorente in assenza di responsabilità	Responsabilità per errore
INSUCCESSO BIOLOGICO FUNZIONALE		DENTISTA O PAZIENTE
Lesioni endodontiche	Trauma da preparazione	Patologia preesistente non trattata Esecuzione di terapia canalare incongrua Mancato controllo clinico dopo la cura in presenza di lesione
Scementazione	Sgretolamento o soluzione del cemento nel tempo	Errori di preparazione, impronta, cementazione
Rottura della parte estetica	Usura Traumi	Insufficiente ritenzione, errori di lavorazione, molaggio
S. algico disfunzionale	Sindrome preesistente	Errori di schema occlusale
Parodontopatia	Assenza di igiene	Margini protesici scorretti
Estetica insoddisfacente	Retrazione gengivale	Errori di preparazione e costruzione
Errata progettazione	Dentatura compromessa	Errata prognosi della durata dei denti Disegno errato
Frattura dei denti pilastro	Denti devitali, scarsa struttura dentaria	Perni voluminosi
INSUCCESSO TECNICO		ODONTOTECNICO O DENTISTA
Carie marginale	Assenza di igiene, retrazione gengivale	Errori di preparazione e impronta
Rottura del metallo (struttura e/o saldatura)	Usura nel tempo e affaticamento	Insufficiente spessore, errori di costruzione, fusione e saldatura

3.1 Le lesioni endodontiche

Definizione e causa

La comparsa di lesioni endodontiche (pulpiti, granulomi apicali ed ascessi) dopo la fissazione può causare il danneggiamento della protesi per l'esecuzione delle terapie e/o la rimozione.

Durante la preparazione dentale può verificarsi necrosi della polpa per vari motivi che non rappresentano necessariamente responsabilità professionale:

- Traumi termici durante la fresatura (gli strumenti rotanti possono raggiungere una velocità di 400.000 giri/minuto e sviluppare sino a 600 ° C di temperatura);

- Traumi termici durante la polimerizzazione delle resine per provvisori
- Apertura della camera ed esposizione pulpare;
- Traumi chimici per acidità dei cementi

In linea generale si ammette che non vi siano problemi rispettando una distanza minima dalla polpa, costituita da uno spessore di dentina di 0,5 mm; comunque, anche in questa eventualità, un margine di rischio permane considerando che la preparazione apre una vasta area di canalicoli dentinali ed il flusso di prodotti tissutali in disgregazione verso la polpa può mettere in pericolo la vitalità pulpare.

Inoltre la necrosi non è sempre evidente, potendo avvenire precocemente con sintomatologia evidente o in modo asintomatico manifestandosi a distanza di tempo.

Trattamento e responsabilità

Nel caso di preparazioni su denti in malposizione, preparazioni aggressive per motivi estetici (ad esempio per ottenere spazio per la ceramica) deve essere considerata la possibilità di una estirpazione vitale della polpa; la devitalizzazione se non indispensabile deve essere evitata, poichè il dente successivamente è più frequentemente soggetto a frattura ed è difficilmente controllabile biologicamente.

In presenza di denti con trattamento radicolare incompleto e lesione periapicale si deve procedere a terapia conservativa (trattamento endodontico) o chirurgica (apicectomia) dimostrando la guarigione prima di procedere alla protesi; la guarigione di norma avviene in sei mesi.

In presenza di denti con imperfetta otturazione radicolare senza alterazione patologica nei quali un ritrattamento non porta ad un miglioramento, il dentista dovrebbe evitare di includere i denti a prognosi incerta nella protesi o, in caso di impossibilità, eseguire controlli a distanza ed avvertire il paziente.

La responsabilità del dentista consiste nel protesizzare denti con patologie preesistenti, nell'aver eseguito trattamenti errati, nell'aver utilizzato elementi a prognosi incerta senza un adeguato periodo di osservazione clinica dopo la terapia (c.f.r. Mancata guarigione nel capitolo dell'Endodonzia).

Nella pratica non sempre tale periodo di tempo per l'osservazione clinica è rispettato e questo dato può essere determinante nell'ipotizzare una responsabilità professionale del dentista.

3.2 La scementazione

Definizione e causa

Il distacco della protesi ne causa la caduta; in alcuni casi la protesi può rimanere in posizione sostenuta dagli altri pilastri verificandosi infiltrazione cariosa e danni a carico dei pilastri sino alla perdita.

La scementazione ed il conseguente distacco di una protesi di recente esecuzione rappresenta il risultato possibile di molteplici fattori di preparazione, costruzione e cementazione che sono di seguito sintetizzati:

- Una preparazione dei pilastri scorretta priva di ritenzione e stabilità come nel caso di monconi corti, conici e senza accorgimenti per una ritenzione ausiliaria (cavità, scanalature e ancoraggi radicolari)
- La frattura di monconi sottili, fragili e friabili non opportunamente restaurati con

- terapie conservative o perni radicolari
- Una fusione incongrua o larga per deformazione dell'impronta o procedimenti di laboratorio errati (colatura del modello, ceratura e difetti di fusione)
- La presenza di tensioni e basculamenti può sollecitare la struttura in modo anormale (scorretto posizionamento o impronta di saldatura, deformazione della struttura)
- Una cementazione scorretta può alterare l'intero trattamento: un cemento troppo denso, scorrettamente miscelato con bolle d'aria, inumidito dalla saliva può favorire l'infiltrazione ed il distacco.

Trattamento e responsabilità

Si devono tenere presenti i seguenti criteri nel trattamento: la conicità della pareti assiali consigliata per pilastri di protesi è di 8-10 gradi; in caso di monconi corti si aggiungono ritenzioni accessorie come box, scanalature che aumentano la superficie di attrito e la ritenzione della corona; una struttura non stabile e non ritentiva non può essere mantenuta in loco dal cemento ed evidenzia continue e ripetute scementazioni.

Considerando che il dentista ha il compito di controllare l'adattamento delle protesi durante le prove cliniche, è frequente l'identificazione di responsabilità professionale per quest'ultimo.

Nel caso di distacco per errori di costruzione sarà risarcito il costo della protesi; se la scementazione causa danni ai pilastri deve essere riconosciuto l'intero danno a carico del dentista; nel caso il paziente ritardi le terapie che sarà riconosciuto ruolo concausale nella genesi del danno.

3.3 Le carie del pilastro

Definizione e causa

Carie marginali si possono formare sul punto di congiunzione tra protesi e dente; nel caso di assenza di diagnosi possono determinarsi vaste lesioni del moncone e radicolari con necessità di terapia endodontica o estrazione.

La causa che più frequentemente richiede la sostituzione di una protesi è rappresentata dalla infiltrazione del margine protesico e carie del pilastro.

Anche una protesi correttamente costruita mostrerà nel tempo una durata limitata: infatti, la retrazione fisiologica della gengiva espone il cemento radicolare e facilita la formazione di carie al colletto; inoltre, tutte le corone, per quanto ben eseguite, presentano una fessura marginale cervicale, nel punto di unione con il dente pilastro, dove è esposto il cemento di fissazione che tende ad andare in soluzione e facilitare l'infiltrazione della corona.

La presenza di errori a livello del margine cervicale della corona protesica sono le cause più frequenti di carie precoci dei pilastri: margini sovracontornati o sottocontornati (corti, larghi, debordanti), fusioni larghe (eccessiva espansione durante la fusione) creano delle zone di accumulo batterico difficilmente detergibili e cariogene. Le preparazioni dei pilastri con frese abrasive e non rifinite adeguatamente sul margine di chiusura con frese di finitura sono caratterizzate da ruvidità e ondulazioni che rendono difficile la riproduzione della superficie attraverso l'impronta e la fusione; ne possono conseguire consistenti difetti del margine (fessure), esposizione del cemento e rapida soluzione a contatto con la saliva.

Trattamento e responsabilità

Durante il trattamento protesico non deve crearsi nessun gradino tra corona e sostanza dentale in modo da facilitare la detersione ed evitare la ritenzione di placca batterica; la parte preparata deve essere coperta dal margine protesico senza difetti per non lasciare esposte zone di minus, nicchie o rugosità.

Corone con insufficiente chiusura marginale devono essere rieseguite durante le fasi cliniche intermedie di prova, per evitare lesioni al pilastro in futuro.

Nel caso di incongruenze del margine di chiusura la responsabilità è da addebitarsi al medico per insufficiente controllo del manufatto durante le fasi cliniche; la comparsa di lesioni precoci ed il riscontro di imprecisione lungo la chiusura marginale avvalorano la responsabilità del dentista; carie a distanza in assenza di igiene orale, recessioni gengivali, buona chiusura marginale delle corone permettono di attribuire il ruolo causale al paziente.

3.4 La rottura

La rottura di una protesi cementata rappresenta un argomento che può coinvolgere la responsabilità del dentista e dell'odontotecnico. La chiamata in causa del tecnico di laboratorio, da parte del dentista citato per risarcimento da un paziente, è un evento frequente ma spesso ingiustificato; si deve infatti considerare che il dentista durante le prove cliniche intermedie ha lo scopo di controllare le varie fasi della lavorazione e scartare i manufatti incongrui. Tuttavia si deve segnalare che esistono dei particolari che non sono controllabili durante le fasi cliniche e rappresentano una ipotesi di responsabilità per l'odontotecnico: come ad esempio una scorretta esecuzione di saldature (porosità e surriscaldamenti), un trattamento errato dei metalli (surriscaldamento), cottura e stratificazione scorretta delle ceramiche, insufficiente ritenzione del rivestimento estetico in resina.

Si possono dividere le rotture in due capitoli: le rotture della struttura metallica e della parte estetica.

3.4/1 Rotture della struttura metallica

Definizione e causa

Frattura della travata di ponte, delle corone di ancoraggio, delle saldature.

Le cause più frequenti di frattura della struttura metallica di una protesi fissa sono di seguito sintetizzate:

- La foratura delle corone può essere in relazione ad una preparazione scorretta (manovra di spazio protesico) che non permette un adeguato spessore di metallo per resistere alle forze occlusali; ulteriori cause sono costituite da molaggi occlusali eccessivi ed a difetti di fusione
- Porosità e alterazioni delle caratteristiche metallurgiche possono ridurre la resistenza del metallo ed essere determinate da difetti di rivestimento e fusione in laboratorio
- Saldature poco resistenti possono derivare da errate procedure di laboratorio (eccessivo riscaldamento, ossidazione, eccessiva distanza tra le parti da saldare, contaminazione del saldame)
- La flessione di un ponte aumenta in rapporto alla lunghezza: durante la costruzio-

ne deve essere aumentata l'altezza e la larghezza della travata per evitare flessioni, affaticamento del metallo e conseguente frattura.

Trattamento e responsabilità

Il ponte può essere rimosso e riparato per lesioni isolate che non coinvolgono tutta la struttura metallica; frequentemente la rimozione causa alterazioni della struttura metallica. Talvolta è necessario tagliare le corone per cui l'intero manufatto deve essere rieseguito.

Tutte le ipotesi presentate rappresentano possibile ipotesi di responsabilità professionale, poichè il ponte dovrebbe essere costruito per resistere alle forze occlusali. Il dentista ha il compito di controllare gli spessori del manufatto protesico ed è inoltre responsabile in caso di fratture imputabili a questi casi.

Errori di saldatura e nella fusione dei metalli non sono controllabili durante le fasi intermedie alla poltrona da parte del dentista e rappresentano responsabilità dell'odontotecnico.

Concause attribuibili al paziente nella genesi del danno sono rappresentate da parafunzioni con applicazione di forza (serramento, digrignamento, bruxismo); inoltre, nel caso i pilastri siano danneggiati dalla permanenza del ponte fratturato in bocca per negligente comportamento del paziente che ritardi le cure, ruolo concausale dovrà essere attribuito a quest'ultimo.

3.4/2 La frattura del rivestimento estetico

Definizione e causa

Attualmente si utilizzano due tipi di rivestimento estetico: la resina e la ceramica. I rivestimenti in resina sono facilmente riparabili in bocca ma presentano una superficie irregolare con rugosità, tendono ad assorbire liquidi, ad abradarsi e pigmentarsi nel tempo; data la scarsa durezza non sono adatti ad essere posti in occlusione in protesi fissa; la loro utilizzazione è in diminuzione ed è limitata alle protesi mobili o ad alcuni tipi di protesi fisse su impianti. I rivestimenti in ceramica sono attualmente preferiti per elevato valore estetico, stabilità occlusale, tollerabilità biologica, inalterabilità nel tempo.

Trattamento e responsabilità

Il distacco precoce di una faccetta estetica in resina mostra una frequenza del 6% ed è secondaria a insufficiente ritenzione o protezione dalla masticazione; pigmentazioni precoci possono derivare da una scorretta polimerizzazione; la pigmentazione ed il distacco delle faccette nel tempo è invece frequente per le caratteristiche stesse del materiale; le resine non sono adatte alla costruzione del tavolo occlusale in quanto presentano limitata durezza e sono soggette ad usura (utilizzabili alcune nuove resine per protesi su impianti).

La ceramica presenta tollerabilità tissutale superiore a tutti gli altri materiali ma non esistono reali possibilità di riparazione in caso di grosse rotture in bocca; materiale dotato di elevata durezza adatto a resistere ai carichi occlusali; stabile cromaticamente nel tempo per ricostruzioni ad elevato valore estetico e durata prolungata.

Nelle protesi in metallo ceramica si osservano fissurazioni e fratture in una percentuale variabile del 3-5% e le cause possono essere rappresentate da vari fattori:

- Errori di preparazione del pilastro che non permette di costruire una adeguata struttura metallica (il metallo si flette e la ceramica rigida si stacca)
- Errate dimensioni del telaio metallico che presenta angoli acuti o un insufficiente supporto: la ceramica con spessore superiore a due millimetri tende a fratturarsi
- Problemi occlusali (precontatti in masticazione e contatti in prossimità della giunzione tra metallo e ceramica)
- Errori di laboratorio durante la preparazione, il condizionamento della fusione e la ceramizzazione (errori di stratificazione, contaminazione della ceramica e del metallo, eccessiva ossidazione di leghe non nobili)
- Deformazione elastica e flessione della struttura del ponte sotto il carico masticatorio per inadeguato spessore in fase di modellazione o rifinitura
- Rottura traumatica e microtraumi ripetuti nel tempo per funzioni parafisiologiche o incidenti.

In caso di rottura di un rivestimento estetico in resina o ceramica può essere indicato a seconda l'entità del danno una delle misure:

- Molaggio per fratture di piccola entità
- Riparazione con resine composite in bocca per danni localizzati
- Rimozione della protesi e rifacimento della parte estetica in presenza di errori limitati al rivestimento estetico (rischio di danneggiare la struttura metallica durante la rimozione)
- Rifacimento dell'intero manufatto per difetti della struttura metallica.

Le rotture del rivestimento estetico possono dipendere da errori di esecuzione in laboratorio per errata costruzione della struttura metallica o cottura del materiale estetico. In particolare nei casi con diffuse lesioni in più zone del manufatto è possibile ipotizzare la responsabilità dell'odontotecnico in laboratorio non controllabile dal medico ed estesa ad una cattiva esecuzione di tutto il manufatto. Fratture isolate del rivestimento estetico possono dipendere da traumi accidentali, errato aggiustamento occlusale causa di precontatto ed eccessiva forza localizzata, errori di tecnica in laboratorio; in questi casi l'attribuzione di responsabilità è incerta.

Nei casi con precoce comparsa di problemi a carico del rivestimento estetico è probabile la responsabilità del dentista o dell'odontotecnico a distanza potendosi sovrapporre altre cause come traumi accidentali e fenomeni di usura del materiale.

3.5 La sindrome algico-disfunzionale

La sindrome algico-disfunzionale è caratterizzata da rumore articolare, dolore muscolare e limitazione funzionale ed il quadro clinico varia da iperattività muscolare e cefalee sino ad artrosi ed anchilosi delle articolazioni temporomandibolari.

Nella popolazione generale la presenza di disfunzioni articolari con sintomatologia clinica è del 3-5% e colpisce con maggior frequenza il terzo, quarto decennio di vita ed il sesso femminile (3:1); si stima comunque che il 70-90% della popolazione presenta una occlusione non ideale o una funzione parafisiologica correlata a disfunzioni articolari sintomatologicamente silenti. In alcuni di questi casi esiste una ridotta capacità di adattamento del sistema neuromuscolare e diversi fattori possono concorrere per precipitare una malocclusione o una funzione parafisiologica in una patologia: reazioni psicomotorie allo stress e fattori di disturbo occlusale. La responsabilità più spes-

so contestata al dentista consiste nello scatenare la patologia attraverso l'inserimento di disturbi occlusali rappresentati da una protesi. Per una specifica trattazione si rimanda al capitolo sulle mioartropatie odontogene.

3.6 Le lesioni parodontali

Definizione e causa

Le lesioni parodontali sono costituite da gengiviti e parodontiti causate dal ristagno di placca batterica (fattore eziologico primario) ed accelerate dal trauma occlusale (cofattore secondario, insufficiente da solo a causare patologia) o altri cofattori.

Svariati fattori possono sovrapporsi nella genesi di una parodontopatia nella maggior parte dei casi un paziente che non si sottoponga a controlli e detartrasi periodica o che non applichi una igiene domiciliare corretta può essere responsabile della patologia parodontale; un manufatto protesico che ostacoli la pulizia o eseguito su una patologia non diagnosticata rappresenta un fattore iatrogeno.

Nel valutare la competenza parodontale di una protesi si deve ricordare che una protesi definitiva deve rispettare il parodonto permettendo una corretta igiene: spazi interprossimali adeguati, assenza di sovra e sottocontorni (margini corti, debordanti, difetti e fessure marginali); in particolare il passaggio tra corona e radice deve essere continuo e privo di difetti e gradini.

Trattamento e responsabilità

La protesizzazione in presenza di parodontopatia preesistente deve essere preceduta da una terapia parodontale articolata in più fasi:

- Preparazione iniziale attraverso detartrasi, istruzione all'igiene orale, levigatura e curettaggio delle radici
- Valutazione dopo un periodo di attesa variabile di 1-2 mesi che abbia permesso la guarigione dello stato infiammatorio acuto
- Protesizzazione nei pazienti nei quali la situazione è giudicata mantenibile, seguita con terapia di mantenimento attraverso igiene professionale e richiami periodici ogni 3-6 mesi
- Nei casi resistenti al trattamento valutazione dei pazienti con difetti parodontali residui, chirurgia parodontale, stabilizzazione con protesi provvisorie e protesizzazione definitiva dopo una valutazione eseguita a tre-sei mesi di distanza per verificare la guarigione o alla necessità di reintervento o estrazione di elementi a prognosi incerta.

La responsabilità del dentista consiste nel comprendere nella protesi elementi dentari a prognosi parodontale incerta, che causino la rimozione precoce del ponte, come nelle seguenti eventualità:

- Non diagnosticare una patologia parodontale preesistente
- Non rispettare i tempi e le tecniche di una corretta terapia parodontale
- Costruire una protesi che non rispetti i tessuti parodontali

L'individuazione della responsabilità deve essere precoce per la possibile sovrapposizione di patologia imputabile a scarsa igiene da parte del paziente, con il proseguire del tempo; frequente la sovrapposizione di fattori ed il riconoscimento di un ruolo concausale.

3.7 L'estetica insoddisfacente

Definizione e causa

Contestazioni possono essere mosse dai pazienti in base alla forma, il colore, la visibilità di bordi metallici. La valutazione dell'estetica delle protesi rappresenta una materia di complessa soluzione. A tale riguardo si deve considerare che l'aspetto estetico di una nuova protesi è preminente nella zona frontale superiore per gli otto dialettori (incisivi, canini e primo premolare); la retrazione della gengiva negli anni è invece un fattore fisiologico d'invecchiamento o patologico per infiammazione. Si deve inoltre ricordare che le corone in metallo resina mostrano un degrado estetico nel tempo, correlato alla natura stessa del materiale e tali materiali ricoprono un valore estetico inferiore nei confronti della ceramica. Le cause imputabili al medico possono essere molteplici:

- Preparazione del pilastro inadeguata, che lascia uno spazio insufficiente per il materiale estetico o obbliga il tecnico alla modellazione di strutture sovracontornate, non detergibili che causano parodontopatia e retrazione gengivale
- Struttura metallica inadeguata con visibilità delle superfici metalliche approssimali
- Errori di stratificazione e cottura della ceramica o polimerizzazione delle resine
- Retrazioni gengivali precoci con visibilità del bordo metallico a seguito di preparazioni traumatiche da parte del dentista o bordi protesici sovracontornati che impediscono una accurata igiene
- Abrasione del rivestimento estetico per manovre di molaggio.

Trattamento e responsabilità

In casi di riabilitazioni estetiche in zona frontale superiore è consuetudine nascondere i bordi metallici nel solco gengivale (preparazione 0,5-1 mm. sottogengivale) e la ceramica è preferibile nei settori anteriori per stabilità, qualità estetica. Nelle zone posteriori, invece, possono essere privilegiate soluzioni funzionali ed il posizionamento extra-gengivale dei bordi metallici rappresenta una soluzione convenzionale ben sperimentata.

Poiché più fattori possono sovrapporsi nel tempo ad alterare l'estetica, imputabili al paziente (scarsa igiene orale, retrazione fisiologica dei tessuti per invecchiamento, usura e colorazioni), appare logico addebitare la possibile responsabilità al dentista solo per alterazioni che compaiono precocemente per difetti di materiale o errori di preparazione.

3.8 L'errata progettazione

Definizione e causa

Una serie di fattori preesistenti alla terapia sono in grado di diminuire la durata prevista teorica di un ponte fisso e devono essere considerati nella progettazione del piano di terapia protesico: numero, localizzazione topografica, capacità di sostegno e importanza dei denti pilastro; stato di conservazione della dentatura residua; lo stato di salute generale del paziente e collaborazione.

Il successo del trattamento protesico dipende da una pianificazione accurata che rispetti le premesse biologiche e la situazione funzionale orale; l'analisi dei singoli fattori deve influenzare sia la decisione di eseguire un ponte fisso o altri tipi di protesi, sia la scelta degli ancoraggi da utilizzare sui denti.

Una errata applicazione delle indicazioni può tradursi in un insuccesso a breve termine anche in presenza di una esecuzione tecnica successiva corretta ed i due aspetti, pur potendo coesistere e presentare effetti sovrapponibili, devono essere tenuti distinti nella valutazione medico-legale.

Trattamento e responsabilità

Nella progettazione di una protesi fissa devono essere considerati i seguenti punti per garantire un successo clinico duraturo:

- Prognosi della dentatura residua contigua per evitare che successivi interventi richiedano la demolizione e l'estensione del ponte in esame.
- Grado di igiene orale del paziente come segno della capacità di mantenere il ponte nel tempo
- Prognosi dei denti pilastro il cui ritrattamento o estrazione richiederebbe la rimozione della protesi (lesioni parodontali e terapie endodontiche incomplete)
- Supporto radicolare dei pilastri, considerando che gli elementi dentali di supporto ricevono carichi supplementari (rapporto corona-radice, forma delle radici, superficie radicolare utile, numero e distribuzione dei pilastri); ad esempio, in caso di denti malposizionati o con scarso supporto osseo può essere necessario utilizzare pilastri supplementari.
- Tipo ed estensione della protesi richiedono la progettazione di ancoraggi diversi sui pilastri dentali; ad esempio, ponti ad estremità libera sono gravati da percentuale di insuccesso maggiore e sono indicati in presenza di elementi sani con rapporti occlusali deboli a livello dell'elemento sostitutivo; per ponti lunghi offrono maggior ritenzione preparazioni coronali complete mentre preparazioni parziali o adesive sono indicate per ponti corti. La responsabilità del dentista è dimostrata nei casi in cui sia stata eseguita una protesi in assenza dei presupposti biologici e delle indicazioni necessarie. La progettazione protesica e la spiegazione del piano di terapia sono infatti parte integrante del compito del dentista sul quale ricade la responsabilità della costruzione di manufatti con una durata reale inferiore alla teorica prevista per cui sono stati progettati. In presenza di controindicazioni al trattamento con protesi fissa si deve optare per soluzioni fisse economiche di transizione (protesi provvisorie a lungo termine, adesive) o protesi costose alternative (rimovibili, su impianti). Per derogare da tale atteggiamento è opportuno poter dimostrare di aver adeguatamente informato il paziente ed ottenuto una autorizzazione in tal senso.

3.9 Le fratture dei pilastri

Definizione e causa

Le fratture possono essere longitudinali (sinonimo di estrazione) e trasversali (che permettono un recupero); si verificano prevalentemente su denti devitalizzati e otturati, pilastro di ponte in estensione (Nyman e Lindhe, 1979).

Trattamento e responsabilità

Per mantenere a bassi livelli il rischio di fratture è consigliabile, quando possibile, mantenere vitali i pilastri; nel caso di denti devitalizzati il canale deve essere rinforzato con un perno quanto più possibile lungo e sottile.

Inoltre, il rischio di frattura della radice è ulteriormente ridotto impiegando il rivestimento circolare del pilastro devitalizzato, che riduce la fragilità di circa 10 volte (Sass et coll., 1965); tale accorgimento è ottenuto quando la corona ha funzione di “collare”, cioè la preparazione è portata così profondamente da fare in modo che sia abbracciato il tessuto dentale apicalmente rispetto al perno.

L'esame della letteratura mostra come la frattura radicolare dei denti devitalizzati sia una complicanza spontaneamente possibile, pur con una ridotta percentuale di incidenza, dovuta ai carichi masticatori ed in assenza di errori tecnici del dentista:

- a) Sorensen e Martinoff (1984) su 245 denti ricostruiti con perno moncone registrarono 4 fratture
- b) Nyman e Lindhe (1979) hanno evidenziato 8 casi di frattura del dente pilastro su 332 ponti costruiti con l'elemento in estensione

4. CONSIDERAZIONI

Il risarcimento segue logiche diverse a seconda delle situazioni: nel caso di protesi scorrettamente eseguita o protesizzazione di denti precedentemente compromessi e che non abbia causato ulteriori danni dentali, deve essere restituita la parcella inutilmente pagata; nel caso di perdite o danneggiamento di elementi dentari a causa di una scorretta protesizzazione andrà riconosciuto il pagamento di una nuova protesi e successivi rifacimenti per estinguere il danno biologico. Il valore del risarcimento deve essere diminuito del valore imputabile a cure necessarie per precedenti patologie e protesi delle quali il paziente avrebbe comunque avuto bisogno indipendentemente dal fatto illecito che ha cagionato il danno.

I problemi che si possono presentare sono essenzialmente causati da errati nella progettazione e scelta dei materiali; preparazione nella fase preprotetica; condotta durante la fase esecutiva (dalla presa delle impronte alla realizzazione); cementazione del manufatto. A questi parametri tecnici possono aggiungersi vizi nel rapporto medico-paziente derivanti da: carente informazione su rischi e conseguenze; inadempimento contrattuale rispetto a una obbligazione di risultato pattuita preventivamente (obbligazione di mezzi dedotta da contratto).

Ricordiamo che la protesi dentaria è uno di quegli ambiti in cui è ancora aperto il dibattito sulla natura dell'obbligazione di mezzi o di risultato. A nostro avviso l'obbligo di risultato viene a concretarsi solo in alcuni casi: protesi a scopo estetico; per tutte le protesi limitatamente alle caratteristiche merceologiche e tecniche del manufatto; per accordi preventivi alla stipula del contratto. A tale proposito ci piace ricordare una salomonica sentenza “*Se l'obbligazione dedotta in contratto è un'obbligazione di risultato è sufficiente che il cliente dimostri il difetto dell'apparecchio od il suo cattivo funzionamento nel caso specifico*” (Sent. Corte di Appello di Milano 11-1-1983).

Da tale considerazione nasce la necessità di privilegiare gli aspetti funzionali durante l'informazione della terapia al paziente, in modo da non creare eccessive aspettative fonte di contrasti derivanti da promesse di cura irrealizzabili. Il contenzioso originato dall'attività protesica si caratterizza per natura prevalentemente contrattuale per le caratteristiche intrinseche della protesi: proprietà merceologiche, adeguatezza funzionale ed estetica, durata nel tempo. L'indagine del consulente tecnico dovrà quindi evidenziare

Tabella 8
SCHEMA RIEPILOGATIVO DEL RISARCIMENTO IN PROTESI FISSA

Motivo	Quantificazione	Onere	Commenti
Protesi scorrettamente eseguita che non abbia causato danni dentali; danni preesistenti	Restituzione della parcella	Dentista o società assicuratrice	Danno patrimoniale da inadempimento contrattuale (parcella inutilmente corrisposta) Assenza di danno biologico
Protesi scorretta che abbia causato danni e/o perdita dentale	Pagamento di una nuova protesi e successivi rifacimenti Prevedere un danno biologico residuo	Società assicuratrice (qualora presente)	I rifacimenti vanno previsti solo per la parte di protesi resasi necessaria a seguito dell'aggravamento Risarcire una tantum la parte necessaria in precedenza (stato preesistente) Utilizzare materiali analoghi ai presenti Il pagamento della protesi riduce della metà, un terzo il danno biologico da perdita dentaria

le finalità prevalenti (terapeutica o estetica), caratteristiche merceologiche e costruttive.

Per la valutazione dello specifico profilo di responsabilità del dentista e dell'odontotecnico rimandiamo al capitolo su "La responsabilità del dentista e dell'odontotecnico nell'insuccesso protesico."

Bibliografia

- BRUNHES J.: *Obligation de moyens, obligation de resultat en matiere de prothese dentaire*, Jour med, leg. Droit. Med., 24, 1981: 233
- CASTELLANI D.: *La preparazione dei pilastri per corone in metal-ceramica*, Ed. Martina, Bologna
- HUPFAUF L.: *La protesi parziale rimovibile*, USES, 1992: 292-294.
- HUPFAUF L.: *Mioartropatie*, USES, Firenze, 1989: 3, 29
- HUPFAUF L.: *La protesi fissa*, USES, Torino, 1989: 61-67, 262-263
- LANG N., GULDENER B.: *Corone e ponti*, Masson Ed., Milano, 1995
- MARTIGNONI M., SCHONENBERGER A.: *Precisione e contorno nella ricostruzione protesica*, Quintessen Verlags - Gmbh, 1987: 423-489
- PAMEIJER J.H.N.: *Fattori parodontali e occlusali nella costruzione di ponti e corone*, Ed. USES, 1985
- SHILLING BURG H., HOBO S., WHITSETT L.: *Basi fondamentali di protesi fissa*, Scienza e Tecnica Dentistica, Milano, 1980: 291-308
- SPIEKER MANN H.: *Implantologia*, Masson Ed., Milano, 1995

14. LA PROTESI MOBILE

P.O. Carli, F. Montagna

Sebbene l'utilizzazione di protesi rimovibili nella popolazione generale abbia registrato negli ultimi anni una progressiva riduzione, tale soluzione rappresenta ancora oggi la soluzione protesica più utilizzata in ambito geriatrico, per rapidità di esecuzione, scarsa invasività delle procedure di applicazione, facile estensibilità successiva e costo economico contenuto.

La protesi mobile è meno frequentemente implicata in procedimenti legali per responsabilità professionale per il basso costo e la minore probabilità di causare danno biologico permanente una volta rimossa; ciò nondimeno è opportuna una accurata disamina del problema per completare l'argomento protesico.

1. LE INDICAZIONI E I FATTORI DI PROGETTAZIONE

Lasciando a parte i casi di edentulia totale, le combinazioni possibili di denti e spazi edentuli nella stessa arcata sono innumerevoli e sono state proposte innumerevoli classificazioni delle quali nessuna è stata universalmente adottata dai dentisti; una delle più utilizzate è rappresentata dalla classificazione di Kennedy che riportiamo come terminologia di riferimento.

Classe	Descrizione	Caratteristiche
Prima	Aree edentule bilaterali distali ai denti rimasti	Appoggio dentoparodontale; basculamento distale bilaterale
Seconda	Area edentula unilaterale distale ai denti rimasti	Basculamento della protesi distalmente e monolateralmente
Terza	Area edentula unilaterale con denti anteriori e posteriori	Appoggio dentale; stabilità
Quarta	Una sola area edentula bilaterale (a metà arcata) anteriore ai denti rimasti	Appoggio dentoparodontale; basculamento mesiale

La protesi rimovibile ha indicazione d'uso in presenza di edentulie totali, di dentature residue molto ridotte e di lacune edentule delimitate da dentature con insufficiente residuo parodontale che indichino la necessità di ampliamento in un prossimo futuro.

I vantaggi derivanti dall'applicazione di una protesi rimovibile consistono nel reinte-

grare l'aspetto estetico, nel permettere una funzione masticatoria, nello stabilizzare la dentatura residua evitando inclinazioni ed estrusioni. Quando si operi una pianificazione terapeutica che preveda l'inserimento di una protesi mobile parziale, va considerata in alternativa la possibilità di eseguire ponti con protesi fisse intercalate o in estensione, protesi su impianti o mantenere una arcata raccorciata considerando il disagio per il paziente e possibili insuccessi inerenti a una protesizzazione rimovibile.

Infatti, una percentuale di pazienti tra il 6 ed il 20% non porta una protesi mobile; tale percentuale aumenta sino al 30% nei casi di prima classe di Kennedy (protesi con meno di sei elementi di sostituzione nei settori lateroposteriori in presenza di denti frontali al completo) ed al 50% nella seconda classe (sella libera monolaterale); inoltre, la maggior parte delle protesi non utilizzate sono mandibolari. Tali insuccessi evidenziano la tendenza di una parte di pazienti ad utilizzare in masticazione la dentatura residua e ad evitare, per quanto possibile, l'ingombro rappresentato da una protesi mobile. Nel piano terapeutico, quindi, va considerato preminente il mantenimento delle condizioni esistenti ed una totale reintegrazione del numero di denti appare di importanza secondaria; inoltre, prima di un intervento protesico va considerato il rapporto tra utilità e possibili danni indotti nel tempo dalla protesi mobile stessa, di seguito specificati:

- Irritazione della mucosa (stomatite da protesi, presente nel 40- 60% dei casi)
- Lesioni parodontali come flogosi, lassità dei denti e tasche parodontali (circa il 37% dei pazienti presenta una parodontopatia particolarmente nelle zone a contatto con la protesi rimovibile)
- Frequenza superiore di carie ed avulsioni dentarie nei pazienti portatori di protesi mobili rispetto a soggetti di controllo non protesizzati (le lesioni da gancio causano un aumento del 25% di carie nei confronti di elementi di controllo)
- Riassorbimento del processo alveolare a seguito del non fisiologico trasferimento di forze occlusali sull'osso; infatti, è dimostrato una maggiore deplezione ossea nei pazienti portatori di protesi mobile nei confronti di pazienti non protesizzati; inoltre, l'entità del riassorbimento è minore nei pazienti che non portano la protesi di notte).

Il trattamento con protesi mobili comprende tipi diversi di riabilitazione, che sono stati sintetizzati nella tabella 1 e successivamente illustrati, con una breve spiegazione.

a) Protesi scheletrata con ganci

La protesi è costituita da uno scheletro fuso in metallo formato da connettori maggiori (placche o barre), connettori minori, appoggi occlusali e ganci; i denti sono montati su una base in resina.

Tabella 2 TIPI DI PROTESI RIMOVIBILE	
Protesi parziale	<ul style="list-style-type: none"> a. Protesi scheletrata con ganci b. Protesi combinata (inamovibile con fresature, attacchi di precisione sistemi di ritenzione su corone) c. Protesi parziale in resina con ganci d. Protesi sovrapposta
Protesi totale	

Rappresenta una soluzione economica, di rapida esecuzione, facile estensibilità e modificazione in caso di avulsioni dentarie successive; non richiede preparazioni dentali complesse. Tale soluzione non è sempre applicabile in relazione a svariati motivi: morfologia e posizione del dente (impossibilità a costruire un gancio efficiente, presenza di forze orizzontali durante l'inserimento); suscettibilità alle carie (le protesi con ganci causano un aumento del 20-25% di carie a 5 anni dal loro inserimento); estetica e visibilità dei ganci.

Analisi svolte sulla durata funzionale clinica a 8-9 anni mostrano protesi stabili e valide nel 76% dei casi (1).

b) Protesi combinata

La protesi è costituita da una parte rimovibile scheletrata fusa congiunta con attacchi di precisione a corone protesiche fisse.

Tale soluzione rappresenta una riabilitazione costosa, valida per svariati motivi: comodità ed estetica, poichè permette una ritenzione efficiente mascherando gli attacchi; i pilastri dentali ricoperti con corone sono protetti dalla carie; il bloccaggio diretto (corone saldate o barre) o indiretto (corone telescopiche o conometriche) permette la stabilizzazione parodontale della dentatura residua; il carico supplementare è distribuito in modo uniforme sulla dentatura residua attraverso ancoraggi rigidi (appoggio parodontale e mucoso) e minimizza il sovraccarico funzionale ed il trauma occlusale. L'indicazione è rappresentata da particolari necessità estetiche o di protesizzazioni estese come nel caso di dentature usurate, necessità di correzione dell'occlusione, carie multiple, necessità di stabilizzazione dentale per ridotto supporto parodontale. La durata funzionale a 8-9 anni è del 77% nel mascellare e del 85% nella mandibola.

c) Protesi parziale in resina

La protesi è generalmente costituita da una base di materiale sintetico e ganci a filo trafilato; l'appoggio esclusivamente gengivale scarica la forza masticatoria sull'osso, causando un sovraccarico con conseguente riassorbimento alveolare ed affondamento della base con rapida perdita del contatto occlusale. Rappresenta una soluzione economica con limitate indicazioni come protesi provvisoria o protesi subtotale modificabile a breve termine.

Tale soluzione presenta una riduzione significativa di durata funzionale nei confronti di altri tipi di protesi parziali rimovibili (64-68% a 8-9 anni).

d) Protesi sovrapposta

In presenza di una dentatura ridotta inferiore a 3-4 elementi è possibile costruire una protesi di transizione successivamente trasformabile in protesi completa.

La costruzione è simile ad una protesi totale, i denti sono limati a livello della gengiva e fungono da supporto o ancoraggio attraverso attacchi su cappe radicolari; forma ed estetica sono simile alla protesi totale garantendo però una migliore stabilità e ritenzione. La durata è in relazione alle condizioni della dentatura ma non è elevata.

e) La protesi totale

Nei casi di edentulia totale la protesizzazione è attuata con protesi totale costituita da una base in resina sulla quale sono montati denti preformati in resina o ceramica.

L'appoggio mucoso richiede un' ampia estensione delle basi e la copertura completa del palato.

2. LA MANUTENZIONE E IL RIFACIMENTO

Accanto al concetto di durata utile per definire rinnovi e risarcimenti dei costi protesici a scopo medico-legale si deve porre il concetto di capacità funzionale, inteso come valido supporto alla masticazione in assenza di sovraccarico e danni a denti e mucose.

A seguito di rotture, abrasione dentaria, e riassorbimento alveolare, usura degli attacchi, la protesi rimovibile mostra una progressiva diminuzione di capacità funzionale, evidenziando una graduale perdita di ritenzione, perdita di aderenza delle basi di appoggio, movimenti di basculamento ed azioni traumatiche sulle mucose e di denti pilastro; inoltre, alle alterazioni croniche e traumatiche vengono a sovrapporsi altri fattori correlati al comportamento del portatore (cura, manutenzione etc.), che causano un progressivo deterioramento della protesi.

Per questo motivo la durata di una protesi mobile (circa 7-10 anni) è inferiore ad una fissa (circa 10-15 anni); inoltre, in una protesi mobile vanno previsti adattamenti e controlli frequenti per mantenere una adeguata capacità funzionale.

Dal punto di vista clinico la capacità funzionale di una protesi rimovibile fusa viene valutata sui 6-10 anni considerando che in questo periodo di tempo medio il 50% delle protesi ha richiesto una nuova modifica (1):

- Un terzo delle protesi fuse con ganci presenta frattura degli elementi (ganci, appoggi, connettori) entro 5 anni
- Protesi fuse con attacchi o ganci presentano una frequenza di riparazioni e rotture sovrapponibile (35-45% per periodi di osservazione di 6-10 anni)
- Dopo 5 anni la metà delle protesi richiede revisione tecnica (ribasature ed adattamenti occlusali) mentre tutte richiedono interventi tecnici estesi dopo 10 anni (rifacimenti delle basi in resina e rimontaggio dei denti).

Il riassorbimento osseo è maggiore nella mandibola ed è più elevato nel corso del primo anno: è consigliato quindi un ribasamento iniziale dopo due anni e successivamente ogni 4-5; devono essere previste inoltre riparazioni nell'arco di durata della protesi. Nonostante quanto evidenziato nella pratica clinica si osserva un aumento del periodo di impiego mediante un continuo adattamento della dentatura residua e si può considerare la durata di una protesi mobile con ganci o attacchi per circa 8-10 anni. In molti casi, inoltre, la prognosi di durata appare più legata alla tollerabilità dei tessuti ed al grado di controllo di placca eseguito con l'igiene dal paziente che ai principi di costruzione e progettazione odontoiatrica: non esiste proporzione tra il costo della costruzione e la durata del periodo funzionale, intendiamo dire che protesi non fisiologiche di tipo sociale possono mostrare durata superiore a soluzioni complesse ben costruite.

3. LE MOTIVAZIONI DELLA RESPONSABILITÀ

I disturbi lamentati dai pazienti in caso di controversie legali riferite alle protesi mobili sono rappresentati da: difetti di funzione (fonazione, masticazione, aumentato riflesso del vomito, mutamenti dell'aspetto estetico, la protesi cade o batte i denti); rot-

ture delle basi, della struttura metallica, di ancoraggi (attacchi e ganci) e distacco dei denti; dolori muscolari o articolari per errori nella impostazione dello schema oclusale di intercuspidação. In questi casi per le protesi in resina e scheletrati i difetti sono facilmente correggibili (rimontaggio, ribasamento, rifacimento) con spese ridotte; protesi complesse di tipo inamovibile presentano problematiche più complesse essendo costituite da corone fisse e parte mobile ed i loro problemi sono simili alla protesi fissa.

La maggior parte delle caratteristiche della parte rimovibile (occlusione, caratteristiche di costruzione e del materiale) sono evidenziabili con l'esame macroscopico e per tale motivo riteniamo che la responsabilità nella quasi totalità dei casi sia da attribuire al mancato controllo da parte del dentista dell'operato dell'odontotecnico durante le fasi cliniche di prova. Eccezione a tale affermazione, e quindi ipotesi di trasferimento di responsabilità a carico dell'odontotecnico può essere costituita dalla presenza di difetti di fusione o di saldatura che indeboliscono la struttura metallica o la ritenzione di attacchi; tali difetti, infatti, possono non essere evidenziabili dal dentista e causare rotture della scheletro metallico.

Si deve sottolineare che l'insuccesso protesico (come ad esempio il mancato adattamento) può essere spesso imputabile al paziente piuttosto che al dentista; infatti la consegna di una protesi mobile rappresenta la prima fase di controllo. L'adattamento da parte del paziente richiede una elevata collaborazione la cui assenza rappresenta sicuro insuccesso. Si ricorda inoltre che, a causa del progressivo degrado delle protesi rimovibili per usura, la possibilità di accertare una responsabilità professionale è ridotta ad insuccessi precoci limitati nel tempo dopo la consegna della protesi.

Nella tabella sono sintetizzati gli errori che sono imputabili a fasi di tecniche errate durante la realizzazione clinica o in laboratorio.

4. CONSIDERAZIONI

Per la valutazione dello specifico profilo di responsabilità del dentista e dell'odontotecnico rimandiamo al capitolo su *“La responsabilità del dentista e dell'odontotecnico nell'insuccesso protesico.”*

In questa sede ci limitiamo a ricordare che: la responsabilità contrattuale per il dentista si configura nei casi di errata progettazione e preparazione della dentatura, costruzione ed assistenza durante la fase di adattamento necessaria dopo la consegna al paziente; nei casi di errori di tecnica costruttiva in laboratorio non controllabili con le usuali sedute cliniche di prova da parte del dentista, si realizza la possibilità di rivalsa sull'odontotecnico.

Certamente l'aspetto più peculiare della protesi mobile è rappresentato dal fatto che essa non è tollerata da molti pazienti, in media uno su cinque, o lo è parzialmente per motivi di tipo psicologico o fisico: rifiuto del corpo estraneo, reazioni psichiche, vomito, scarsa collaborazione e capacità di adattamento. A fronte di una esecuzione e condotta corretta da parte del dentista in questi casi non è individuabile colpa professionale a causa della imprevedibilità a priori del risultato.

Tabella 3
INSUCCESSO IN PROTESI MOBILE

Disturbo	Riscontro clinico	Causa	Errore	Trattamento
INSTABILITÀ	La protesi tende a cadere	Insufficiente precisione della base	Impronta iniziale non adeguata Deformazione durante la polimerizzazione	Ribasamento
		Errata estensione della base	Base iperestesa interferisce con la muscolatura	Riduzione delle flange
			Base ipoestesa	Ribasamento ed allungamento
			Registrazione dell'occlusione non corretta	Molaggio, rimontaggio
		Errata occlusione	Errori di polimerizzazione e ceratura; mancato controllo clinico, chiusura errata della muffola	
			Contrazione della cera ha allontanato i denti dalle loro impronte	
	Sistemi di ritenzione inattivi	Ganci, attacchi non attivati; fissati in posizione errata, rotti	Attivare, sostituire i sistemi di ritenzione	
ASPETTO FISIONOMICO	Alterazione dell'aspetto estetico	Errata determinazione della dimensione verticale	Dimensione verticale alta Dimensione verticale bassa	Rimontaggio
		Errori di montaggio	Denti montati in protrusione o retrusione	
		Errata scelta dei denti	Denti non in armonia con la forma del viso e colore della cute	Sostituzione dei denti

FONAZIONE	Difetti di pronuncia	Montaggio dei denti frontali errato	Errato rapporto tra denti e labbra	Rimontaggio
		Eccessivo spessore della base della protesi	Spessore superiore a 2 mm in zona palatina anteriore	Ridurre lo spessore del palato anteriore
RIFLESSO DEL VOMITO	Conati e nausea	Lunghezza del palato nella zona posteriore	La base oltrepassa il velopendolo	Ridurre la lunghezza
ROTTURE	Distacco dei denti	Errato montaggio in laboratorio	L'isolante è stato pennellato sulle superfici inferiori dei denti artificiali Sono rimasti residui in cera sulle superfici inferiori dei denti artificiali	Rimontaggio
	Frottura delle basi	Errori di modellazione e polimerizzazione	Protesi porose o sottili	Rifare la parte in resina
	Frottura della struttura metallica	Rottura o deformazione di parti dello scheletro metallico per inadeguato spessore, difetti di fusione o manualità incongrue del paziente.	Errata lavorazione in laboratorio; torsione da parte del paziente	Rifacimento della protesi
ULCERAZIONI	Ferite e tagli causati dal bordo protesico	Basi sovraestese	Errato disegno	Ridurre
		Difetti occlusali	Vaste aree di pressione	Molaggio
		Basi non precise	Errata impronta o polimerizzazione della resina	Ribasamento
SINDROME ALGICO-DISFUNZIONALE	Dolore, rumore (schiocco, scroscio), limitazione funzionale	Errata occlusione	Errore nella registrazione dell'occlusione e controllo clinico	Rimontaggio

Bibliografia

1. HUPFAUF L.: *La protesi parziale rimovibile*, Ed. USES, 1992: 275-295
2. HUPFAUF L.: *La protesi totale*, Ed. USES, 1991: 239-242
3. MORROW R., RUDD K., EISSMANN H.: *Trattato di odontotecnica*, Ed. Piccin, 2-3, Padova, 1982

15. LE MIOARTROPATIE DI ORIGINE ODONTOGENA

F. Montagna

Il numero di pazienti sofferenti di dolori facciali e cefalici a causa di mioartropatie di origine odontogena che si rivolge al dentista è costantemente in aumento e tale situazione ha progressivamente richiesto agli operatori odontoiatrici un adeguamento delle competenze diagnostiche e terapeutiche. La miglior comprensione del meccanismo eziopatogenetico ha condizionato gli aspetti della terapia e consensualmente all'ampliamento delle conoscenze sono aumentate le responsabilità medico-legali e le controversie in ambito giuridico. Lo scopo di questo capitolo, consiste nell'analizzare le mioartropatie di origine odontogena a carico della muscolatura masticatoria e delle articolazioni temporomandibolari per discriminarne le basi di giudizio medico- legale utili ad identificare la responsabilità professionale ed i conseguenti riflessi in ambito civilistico.

1. L'EPIDEMIOLOGIA, L'EZIOPATOGENESI E I QUADRI CLINICI

Il sistema stomatognatico è un apparato funzionale (insieme di organi deputati a una stessa funzione) costituito dai muscoli masticatori (pterygoideo esterno ed interno, massetere, temporale, digastrico), dalle ossa mascellari (mandibola, mascella, articolazione temporomandibolare) e dall'occlusione (denti e parodonto). Dal punto di vista giuridico un apparato funzionale viene definito *organo* (organo in termine giuridico = apparato anatomico in medicina) e tale definizione è completamente diversa dal concetto di organo anatomico, come viene inteso in medicina (insieme di tessuti con le stesse caratteristiche istologiche); vale a dire che il sistema stomatognatico in medicina legale viene denominato *organo masticatorio* e comprende tutti gli organi che partecipano alla funzione della masticazione (muscoli, denti, ossa mascellari ed articolazioni). I problemi disfunzionali a carico dell'apparato masticatorio furono descritti per la prima volta da Costen e successivamente definiti in modo diverso da numerosi autori; utilizzeremo la definizione di mioartropatia per la sindrome clinica composta da una tipica triade sintomatologica:

- Dolore delle articolazioni temporomandibolari e/o della muscolatura masticatoria
- Rumore articolare (schiocco o scroscio)
- Limitazione e/o deviazione dei movimenti funzionali della mandibola.

Nella popolazione generale la presenza di disfunzioni articolari con sintomatologia clinica è del 3-5% e colpisce con maggior frequenza il terzo/quarto decennio di vita ed il sesso femminile (3:1).

Si stima comunque che il 70-90% della popolazione presenti una occlusione non ideale o una funzione parafisiologica che rappresentano una situazione di sovraccari-

co funzionale dell'apparato stomatognatico e che quindi costituisce un fattore predisponente alla possibile insorgenza di una mioartropatia della articolazione temporo-mandibolare. In questi pazienti esiste una ridotta capacità di adattamento del sistema neuromuscolare e diversi fattori possono concorrere per precipitare una disfunzione sintomatologicamente silente in una patologia franca.

Numerose situazioni sono in grado di alterare il fisiologico funzionamento del sistema instaurando una disfunzione; in assenza di un trauma accidentale evidente il meccanismo più frequente è costituito dal microtrauma ripetuto che deriva da un sovraccarico causato da una funzione anomala; tale situazione è in grado di sviluppare progressivamente la disfunzione muscolare in patologia organica delle articolazioni. In base all'eziopatogenesi i pazienti disfunzionali possono essere classificati in gruppi, ricordando comunque che la patologia ha un'origine multicausale e soltanto in un numero esiguo di situazioni predomina chiaramente un fattore patogeno.

a) Fattori occlusali primari

In circa la metà dei casi la mioartropatia dipende da fattori di disturbo costituiti dalla posizione dei denti, che comportino instabilità dell'occlusione e condizionino la ricerca di una compensazione muscolare e fenomeni di adattamento: malocclusioni e disgnazie per patologie della crescita; denti migrati e inclinati per estrazioni pregresse; protesi scorrette o non più funzionali; terapie odontoiatriche scorrette. Questo primo gruppo rappresenta il maggior interesse in medicina legale poiché comprende le mioartropatie odontogene di origine iatrogena, cioè causate da terapie scorrette del dentista implicate nei casi di responsabilità professionale.

b) Effetto stressogeno cronico

In un terzo dei casi gli stati di tensione psichica e lo stress provocano un ipertono muscolare; è dimostrato, ad esempio, in alcuni soggetti si verifica l'aumento del tono dei muscoli masticatori e il digrignare i denti per alleggerirsi del proprio carico psico-fisico, sino all'instaurarsi di una miopatia automantenentesi.

c) Malattie psichiche

In una minoranza di casi depressioni ossessive fissano sull'occlusione la sede primitiva di tutti i disturbi. In questi casi un intervento odontoiatrico può scatenare una depressione latente; il paziente desidera il trattamento e se il dentista lo esegue programma l'insuccesso.

d) Fattore articolare primario

Rare, invece, risultano le affezioni primarie delle articolazioni temporo-mandibolari che possono essere rappresentate da malattie reumatiche, artropatie o da traumi.

La reazione patologica compare nei tessuti dove si verifica la massima concentrazione di energia e la minor resistenza, una volta che siano state superate le capacità di adattamento del sistema; nel sistema stomatognatico il cedimento può avvenire a carico di denti, muscoli e articolazioni separatamente o sovrapponendosi (occlusopatia, artropatia, miopatia).

Il quadro clinico evolve progressivamente da quadri disfunzionali a patologia fun-

Tabella 1

FATTORI EZIOLOGICI DELLA DISFUNZIONE DELL'APPARATO STOMATOLOGICO

Fattore	Considerazioni
FATTORE OCCLUSALE PRIMARIO	
Malocclusioni	Anomalie di sviluppo (morso crociato, 2° classe 2° divisione, etc.)
Terapie iatrogene	Migrazioni dentali a seguito di estrazioni e parodontopatia Occlusioni patologiche per protesi non funzionali terapie conservative o ortodontiche scorrette
ALTRI FATTORI	
Reazioni psicomotorie	Aumento dell'attività muscolare da stress cronico Depressione e nevrosi occlusale
Traumi	Diretti (cadute, percosse, incidenti) Indiretti (colpo di frusta)
Patologie primitive dell'ATM	Poliartrosi, spondiloartrosi, poliartriti e malattie reumatiche

zionale di tipo muscolare (ipertono muscolare, spasmo, contratture dolorose, ipertrofia muscolare), in patologia organica delle articolazioni temporomandibolari (lussazione condilo-meniscale, artrosi).

Distingueremo più quadri clinici nella nostra sintetica trattazione.

1.1 I disturbi muscolari

Disturbi muscolari (Myofascial pain dysfunction o disordini extracapsulari) sono costituiti da ipertono, spasmo, miosite dei muscoli masticatori (massetere, temporale, pterigoideo interno, pterigoideo esterno, digastrico) e della muscolatura del collo (sternocleidomastoideo e trapezio). La patologia si manifesta con inizio improvviso, rapidi cambiamenti, episodi ricorrenti; la regressione è rapida a seguito della rimozione delle cause. Il paziente riferisce dolore associato alla palpazione muscolare e al movimento mandibolare con limitazione dei movimenti funzionali; nei casi di cronico sovraccarico può verificarsi ipertrofia delle fibre muscolari con asimmetria del profilo. Cause limitate nel tempo possono essere contrazioni antalgiche (trisma) conseguenti a lunghe sedute odontoiatriche, interventi di chirurgia orale, infezioni locali, dolori viscerali profondi per malattie sistemiche. Maggiore importanza medico-legale rivestono invece i fattori cronici:

- Una occlusione patologica può determinare un ipertono muscolare asintomatico per anni e poi l'esecuzione di lavori odontoiatrici incongrui può precipitare una situazione di precario equilibrio in un quadro patologico conclamato.
- Un notevole aumento dello stress (vicissitudini familiari, economiche, problemi affettivi e di lavoro) può aumentare la tensione emotiva ed è sufficiente a sostenere quadri patologici muscolari in assenza di malocclusione.

Quando lo spasmo suscita dolore si può creare una situazione autoperpetuantesi che diviene indipendente dai fattori eziologici che l'hanno creata e mantenere nel tempo un sovraccarico funzionale sino a causare una patologia organica dell'articolazione temporomandibolare.

1.2 I disturbi articolari

L'incoordinazione condilomeniscale (internal derangement o disturbo intracapsulare) è caratterizzata dal malallineamento dei componenti della articolazione temporo-mandibolare (menisco, condilo e superficie articolare del processo zigomatico dell'osso temporale); pur non comprendendo tutte le malposizioni possibili, la definizione più completa ci sembra quella di Farrar e Mc Carthy: "spostamento anteriore del disco articolare associato con uno spostamento posterosuperiore del condilo nella posizione chiusa delle mascelle". Le varianti più comuni di sintomatologia clinica sono:

- Lo schiocco mandibolare (click) che si determina quando il condilo ricattura il menisco dislocato anteriormente
- Il rumore di sfregamento (crepitio), che è causato dallo scorrimento delle superfici articolari ruvide per degenerazione e flogosi cronica (artrosi).
- Il blocco articolare (locking acuto o cronico) determinato dalla dislocazione completa anteriore del disco (senza riduzione) che ostacola i movimenti di traslazione dell'articolazione; rimangono possibili solo i movimenti di rotazione con una apertura limitata (<25-30 mm). L'evoluzione, determinata dalla persistenza degli stimoli, può essere un' anchilosi con riduzione dei movimenti o il recupero di una funzione quasi normale attraverso una riorganizzazione dei tessuti patologici (patofunzione per meniscizzazione dei tessuti).

2. LE MIOARTROPATIE ODONTOGENE

In condizioni ideali negli individui privi di disfunzione il carico funzionale è equamente distribuito tra dentatura, articolazione temporo-mandibolare e muscolatura masticatoria.

La condizione ideale si verifica quando la mandibola dalla posizione di riposo (bocca semiaperta con uno spazio libero tra le arcate di 2-4 mm), in assenza di contrazione muscolare, chiuda sui denti in posizione di massima intercuspidação (occlusione centrica) mentre il condilo è in posizione fisiologica centrato nelle fosse glenoidi a contatto con la superficie anterosuperiore dell'eminanza articolare del processo zigomatico dell'osso temporale attraverso l'interposizione del menisco (relazione centrica). La mioartropatia odontogena può essere definita come una patologia dei muscoli masticatori e/o lesioni delle articolazioni temporo-mandibolari scatenata da una alterazione dell'occlusione. La presenza di precontatti (in centrica) o interferenze (durante i movimenti funzionali) può alterare la postura mandibolare, causando: un sovraccarico della muscolatura masticatoria e delle articolazioni temporo-mandibolari; la distribuzione dei carichi masticatori sui singoli denti.

Per il tipo di evoluzione clinica è importante il ruolo svolto dalla resistenza individuale nella genesi della patologia: un minimo precontatto può scatenare gravi quadri patologici in individui particolarmente predisposti o in tempi diversi nello stesso individuo; mentre situazioni più gravi possono rimanere silenti in altri.

La mioartropatia odontogena si manifesta quando il paziente ricerca una nuova occlusione tentando di evitare l'ostacolo costituito dal fastidioso precontatto o interferenza; lo sforzo muscolare e articolare richiesti rappresentano un microtrauma ripetuto in grado di causare una patologia muscolare prima e articolare poi: cioè il passaggio da una alterazione funzionale a una organica.

Con la mioartropatia frequentemente coesiste una occlusione traumatica che si verifica quando il paziente, attraverso una pressione, cerca di rimuovere l'ostacolo (digrignamento e serramento non a scopo funzionale, definito bruxismo) per eliminare le superfici dentali di disturbo o spostare il dente, generando un trauma occlusale; in tale situazione si verificano lesioni dentali (faccette di usura ed abrasioni) e/o parodontali (mobilità e migrazione dentale, recessioni gengivali, accelerazione della parodontopatia preesistente) che si associano alla sintomatologia muscolare articolare.

Nella maggioranza dei casi l'anamnesi e l'esame clinico consentono di formulare un piano di lavoro; ulteriori esami strumentali complessi sono indicati quando non sia possibile formulare una diagnosi clinica soddisfacente.

La diagnosi clinica si fonda sul reperto di una occlusione patologica che può agire in due modi: attraverso precontatti che impediscano una corretta chiusura; attraverso interferenze dinamiche che possono alterare la cinematica mandibolare, come ad esempio l'assenza di guida incisiva e canina.

La sindrome riconosce una genesi multifattoriale e l'occlusione patologica, conseguente ad errate terapie odontoiatriche rappresenta solo una delle cause; stress e ipertono muscolare, parafunzioni, precontatti dentari, alterazioni della postura, malocclusioni preesistenti, mioartropatie primitive rappresentano altre cause che esigono una diagnosi differenziale potendo richiedere trattamenti terapeutici e/o integrati al trattamento odontoiatrico. Quando si esegue un esame clinico funzionale dell'apparato stomatognatico si devono accertare i fattori indice di funzione occlusale ottimale. L'occlusione statica deve presentare le seguenti caratteristiche:

a) *Relazione verticale*

Lo spazio libero interocclusale in posizione di riposo può variare, nel soggetto adulto normale, tra i 2-4 mm

b) *Contatti occlusali*

In posizione di massima intercuspidação i contatti devono essere distribuiti su tutti i denti (lieve contatto incisivo) e diretti lungo l'asse verticale del dente; in modo tale da assicurare la stabilizzazione passiva della mandibola in una unica posizione senza dislocazione.

c) *Relazione armonica tra muscoli, articolazioni e denti*

È considerata ottimale sotto il profilo biomeccanico la situazione ideale in cui esista una identità di posizione tra relazione centrica (condili ben posizionati nelle fosse glenoidi) e massima intercuspidação (posizione di contatto occlusale) in assenza di contrazione muscolare (occlusione centrica con muscoli a riposo senza contrazioni). Tale posizione dovrebbe essere idealmente determinata osservando la chiusura mandibolare spontanea o guidando il movimento con la mano senza forzare. Una discrepanza con scivolamento anteriore di 1-2 mm. tra relazione centrica e massima intercuspidação è ritenuta accettabile (centrica lunga) ed è di riscontro frequente e nella norma; in questi casi comunque il movimento di scivolamento tra posizione retrusa e posizione di intercuspidação dovrebbe avvenire senza interferenze, diretto sagittalmente in avanti, senza dislocazioni laterali.

L'occlusione dinamica deve assicurare la presenza di guide dentali durante i movimenti eccentrici della mandibola:

a) Guida canina o di gruppo

I canini da soli (guida canina) o insieme ai premolari e molari (guida di gruppo) devono guidare il movimento di lateralità sul lato lavorante (lato verso cui ci si sposta), mentre devono essere assenti precontatti sul lato opposto (lato bilanciante o medio-trusivo); devono cioè essere assenti interferenze dinamiche, lavoranti e bilancianti

b) Guida incisiva

I denti incisivi guidano la protrusione con un contatto simmetrico in assenza di precontatti sui denti posteriori; in presenza di morso aperto-incisivo si ritiene una valida soluzione di compromesso la presenza di un contatto simmetrico sui posteriori.

La dentatura non deve mostrare faccette di usura indice di bruxismo, parafunzione caratterizzata da digrignamento e/o serramento. La muscolatura deve essere indenne da dolori spontanei o alla palpazione del muscolo temporale, massetere, pterigoideo interno ed esterno, digastrico, trapezio; assenza di parafunzioni (deglutizione atipica, suzione). I movimenti devono essere costituiti da tragitti funzionali (apertura, chiusura, lateralità, protrusione) rettilinei, simmetrici, in assenza di limitazioni con una apertura buccale misurata tra i margini incisali di 40 mm nell'adulto e 35 mm nel bambino, una lateralità e protrusione di 1cm. circa.

In corrispondenza della articolazione temporo-mandibolare devono essere assenti rumori articolari (schiocchi o scrosci) e dolore spontaneo o alla palpazione.

3. I PRINCIPI DELLA TERAPIA OCCLUSALE

La terapia delle mioartropatie si svolge con tecniche diverse a seconda della gravità del caso (tab. 3) e richiede un piano sequenziale in molti casi comprendente più fasi.

La creazione di una occlusione artificiale può essere ottenuta attraverso diversi metodi terapeutici (molaggio, ortodonzia, protesi) e influenza tutta la funzione del sistema stomatognatico; la profilassi dei disturbi disfunzionali e delle lesioni iatrogene consiste nel creare una occlusione armonica in grado di lavorare in condizioni ortofunzionali.

Nel caso di patologia preesistente, prima di eseguire una protesizzazione, il dentista deve eseguire una terapia occlusale con dispositivi di guida e supporto (placche), operare una stabilizzazione con protesi provvisorie e quindi procedere alla protesizzazione definitiva dopo un adeguato periodo di osservazione clinica (6-12 mesi).

Una terapia con placche dura in media 1-6 mesi e al suo termine l'occlusione va corretta con molaggio selettivo, ortodonzia o protesi a seconda dei casi; la protesi definitiva va eseguita a guarigione clinica avvenuta, dopo un congruo periodo per valutare la stabilità del caso.

In assenza di patologia il dentista, invece, manterrà l'occlusione abituale eseguendo una modellazione fisiologica che rispetti la situazione del soggetto, cercando di eliminare eventuali interferenze o precontatti occlusali. In questo caso una tecnica ideale è la riduzione occlusale mirata procedendo ad una riabilitazione per singoli settori senza alterare la posizione abituale del paziente e perdere i riferimenti della precedente occlusione tollerata dal paziente.

Tabella 2
DIAGNOSI DI MIOARTROPATIA ODONTOGENA

Esame	Oggetto	Sintomo
Anamnesi	Sintomi Patologie sistemiche	Tipo e ricorrenza del dolore Diagnosi differenziale delle cefalee
ESAME INTRAORALE		
Dentatura	Morfologia dei denti	Abrasioni, difetti cuneiformi, mobilità, migrazioni
Occlusione statica	Posizione retrusa (relazione centrica o RC) Posizione di massima intercuspidação (PIM) Posizione muscolare (PM)	Tipo di occlusione Precontatti in PIM (occlusione centrica) Scivolamento tra RC, PIM, PM (accettabile 1-2 mm di scivolamento anteriore)
Occlusione dinamica	Contatti dentali nei movimenti Deviamenti di intercuspidação nel movimento	Interferenze durante i movimenti di protrusione e lateralità; tipo di guide
Relazione verticale	Posizione di riposo	Spazio libero interarcate a riposo diminuito o aumentato (accettabile 2 mm di differenza tra posizione di riposo e massima intercuspidação)
ESAME EXTRAORALE		
Mobilità della mandibola	Simmetria Coordinamento Velocità (rallentamenti, accelerazioni) Entità del movimento (valore standard: apertura 40 mm, protrusione 7 mm, lateralità 11 mm)	
Muscolatura	Muscoli masticatori (massetere, pterigoideo est. e int., temporale, digastrico) Muscoli della testa e del collo (sternocleidomastoideo, trapezio)	Contratture Dolorabilità Ipertrofia, ipotrofia Edema
Articolazione temporomandibolare	Palpazione e auscultazione del polo laterale	Rumori articolari (scroscio, crepitii, schiocco) Dolorabilità
DIAGNOSI STRUMENTALE		
Montaggio in articolatore	Analisi funzionale della occlusione statica e dinamica	Precontatti, interferenze, tipo di guide, differenza tra RC, PIM, PM
Registrazione dei movimenti condilari	Tecniche grafiche (assiografia, pantografia, arco gotico intraorale) Tecniche elettroniche (sirognatografato, assiografia elettronica)	Irregolarità dei tracciati condilari
Esame delle muscolatura	Elettromiografia Kinesiografia	Alterazione del tono muscolare e movimenti
Radiografia	Radiografia trancraniale Stratigrafia (tomografia laterale) Artrografia Tomografia computerizzata Risonanza magnetica	Dislocazione, modificazione di forma e struttura del condilo e/o del menisco articolare
Artroscopia Ecografia		

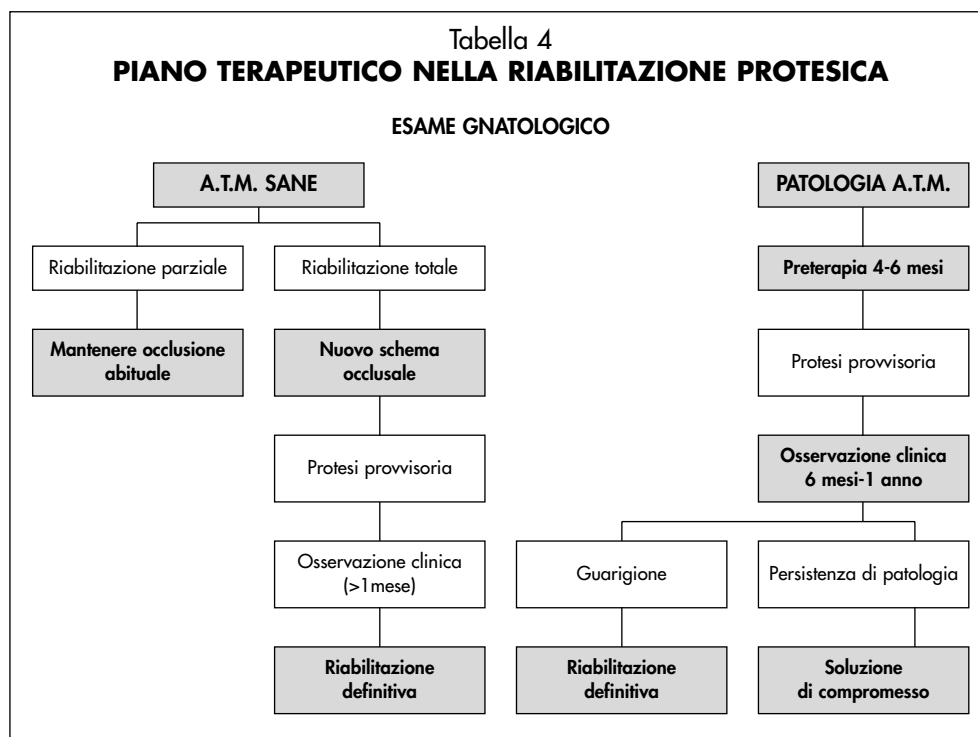
Tabella 3
TERAPIA DELLE MIOARTROPATIE

Tipo	Modalità	Indicazione
TERAPIA DI SOSTEGNO		
Educazione (autocontrollo) Fisioterapia	Termoterapia, crioterapia, elettroterapia, massaggio, terapia motoria	Sostegno a terapie eziologiche; Indicata come unica soluzione nelle mioartropatie stressogene
Farmacoterapia	Analgesici, miorilassanti, psicofarmaci	A breve termine, affiancata a terapie eziologiche
PRETERAPIA		
Sussidi occlusali	Placche di rilassamento muscolare Placche di posizionamento articolare	Decondizionamento per preparare e programmare la terapia definitiva
TERAPIA OCCLUSALE		
Molaggio selettivo	Limatura della superficie occlusale per eliminare interferenze eccentriche e precontatti in centrica	Applicabile in casi con alterazioni limitate
Ortodonzia	Fissa e mobile	Nor
Protesi	Fissa e mobile	malocclusione dentale e/o scheletrica Compensazione delle zone di sostegno; correzione di casi con alterazioni medie

3.1 I principi della terapia protesica nei pazienti con ATM asintomatiche

Prima di iniziare un piano di terapia protesica un rapido esame clinico permette di escludere la presenza di disfunzione, verificando la presenza di movimenti funzionali regolari e rettilinei, di ampiezza normale, in assenza di deviazione, dolore e rumore articolare. Attualmente si ritiene che piccoli disturbi clinici (click) dell'ATM senza nessun altro sintomo clinico non necessitino di alcun tipo di trattamento. Il dentista potrà trovarsi ad affrontare situazioni diverse a seconda del tipo ed estensione della protesi.

- 1) Nei casi di riabilitazione parziale la terapia tenderà a mantenere l'occlusione abituale. La preparazione a settori in tempi successivi, cementando un ponte prima di passare al successivo rappresenta la tecnica ideale per non perdere punti di riferimento per la modellazione occlusale: procedere per fasi aiuta ad evitare errori e la loro sommazione (cementazione, imperfetto posizionamento, errori nella registrazione occlusale). I casi più semplici sono costituiti dalla protesi fissa intermedia ad elementi posteriori ed anteriori rimasti intatti: in questi casi la vecchia occlusione abituale è mantenuta dagli stop centrici dei denti non preparati che serviranno da guida per la morfologia occlusale della protesi. Si ricorda che nei casi di riabilitazione parziale permane comunque la necessità di correggere il piano di occlusione e la curva di Spee antagonista, se non ottimali nel settore in cui si è intervenuti.
- 2) Maggior difficoltà presentano i casi di riabilitazione con protesi estese che richiedano la preparazione dei denti terminali, nei quali durante la terapia il condilo è privato dell'appoggio posteriore con la conseguente possibilità di uno spostamen-



to: in tali eventualità la registrazione dell'occlusione va fatta in modo da non comprimere i tessuti parodontali o articolari e si deve applicare un provvisorio con adeguata morfologia oclusale e altezza verticale pari alla precedente, in modo da non perdere le informazioni della dentatura naturale e non squilibrare il sistema.

- 3) Nei casi riabilitazione completa, quando non è rimasto alcun punto di riferimento la ricostruzione seguirà regole fonetiche ed estetiche (linea del sorriso, sostegno del labbro) avvalendosi di sensazioni soggettive sia da parte dell'operatore che del paziente. Successivamente si costruiscono dei provvisori in resina che devono essere cementati provvisoriamente, provati per qualche settimana e poi riprodotti nelle protesi definitive. Nei casi di riabilitazione fissa completa generalmente si preferisce seguire un ordine nella protesizzazione eseguendo prima i ponti anteriori e successivamente i posteriori: infatti realizzare l'anatomia oclusale posteriore dopo aver definito la guida frontale riduce la necessità di eseguire eccessivi aggiustamenti oclusali per interferenze nei movimenti eccentrici. Al termine della terapia i ritocchi finali sono sempre effettuati in bocca per sfruttare la sensibilità percettiva del paziente; nei casi complessi si può eseguire un rimontaggio in articolatore.

3.2 I principi di terapia protesica nei pazienti con patologia dell'ATM

I pazienti che presentano una situazione disfunzionale devono essere sottoposti ad una terapia preliminare alla riabilitazione protesica definitiva per essere riportati in una funzionale accettabile, stabile e più simile possibile a quella fisiologica.

Tale terapia è generalmente eseguita con placche di rilassamento muscolare o riposizionamento condilare; una volta raggiunto e stabilizzato l'obiettivo terapeutico si procede come indicato nel capitolo precedente; la finalizzazione consiste nel far corrispondere l'occlusione protesica alla posizione terapeutica raggiunta con la placca; una situazione ideale difficilmente raggiungibile è costituita dalla costruzione di una occlusione centrica in cui coincidano la posizione di massima intercuspidação dentale (PMI) con la chiusura muscolare (miocentrica) e quella guidata dai condili (relazione centrica)

Al termine della preterapia possono verificarsi diverse situazioni:

- a) Nel caso di guarigione stabile della sintomatologia ottenuta attraverso un buon riposizionamento mandibolare è indicata la finalizzazione con protesi definitive
- b) Nei casi di remissione stabile della patologia in una posizione terapeutica non ideale a causa della presenza di danni articolari nei quali non sia possibile una restituito ad integrum, lo scopo consiste nel raggiungimento di una condizione clinica più confortevole possibile; è accettabile la costruzione di una protesi definitiva a seguito di un prolungato periodo di osservazione clinica che abbia permesso di valutare la stabilità della patologia (6-12 mesi)
- c) In presenza di patologia instabile e/o evolutiva devono essere considerate soluzioni provvisorie a basso costo o addirittura la possibilità di lasciare una placca a tempo indeterminato

Ricordiamo infine che: l'indicazione al trattamento gnatologico è costituita principalmente dalla presenza di dolore e limitazione funzionale piuttosto che da rumori articolari; la durata e la difficoltà della terapia sono proporzionali al periodo di persistenza della disfunzione e al grado di alterazione anatomica.

Così, ad esempio, il riposizionamento condilare è ottenibile quanto più il paziente è giovane e quanto più è precoce il click; se il paziente non è giovane o presenta un click tardivo (oltre i 2/2,5 cm di apertura) conviene prendere in considerazione terapie alternative che non ne includano l'eliminazione.

4. LE MOTIVAZIONI DELLA RESPONSABILITÀ

I fattori dislocanti possono essere idealmente suddivisi in tre gruppi: iatrogeni (terapie odontoiatriche) traumatici, dovuti a malocclusioni (genetiche, acquisite). Tra i fattori iatrogeni bisogna considerare in particolare le terapie ortodontiche e l'inserzione di protesi non corrette che rappresentano la maggior parte dei casi di contestazione in ambito giudiziale e assicurativo. La comparsa di una sindrome disfunzionale può rappresentare un incidente fortuito e non rappresenta necessariamente un errore professionale, poiché alcune situazioni latenti possono essere smascherate nel corso della terapia; il problema della risarcibilità si pone in presenza di evidenti errori o programmazioni contrarie alle indicazioni terapeutiche.

4.1 I traumi durante le sedute dentistiche

Definizione e cause

Le mioartropatia conseguenti a manovre odontoiatriche possono verificarsi in quanto lo stesso intervento dentistico rappresenta un microtrauma dei muscoli in gra-

do di causare ipertono o spasmo muscolare; a tale riguardo basti pensare a sedute dentistiche lunghe e ripetute o all'apertura esagerata della bocca durante interventi di chirurgia orale che richiedono una iperestensione di muscoli e legamenti. In queste situazioni ulteriore aggravante è la contrazione antalgica riflessa stimolata da dolori che partono dalla cavità orale nel periodo postoperatorio; inoltre, un trauma diretto può manifestarsi nel corso di manovre terapeutiche come estrazioni indaginose, ad esempio con leve che richiedono applicazione di forza. Tali situazioni globalmente possono iperestendere i muscoli e smascherare una patologia latente o costituire un trauma articolare diretto sufficiente a dislocare i condili e danneggiare i legamenti.

Trattamento e responsabilità

La patologia esito di un trauma acuto tende a risoluzione spontanea nella maggior parte dei casi con terapia medica e limitazione temporanea della funzione.

Riteniamo che in questi casi la responsabilità del dentista sia esclusa nella quasi totalità dei casi, poiché trattasi di complicanza fortuita durante una necessaria terapia; può essere ipotizzata responsabilità solo a seguito di manovre abnormi e ingiustificate.

4.2 Gli esiti di estrazioni pregresse

Definizione e cause

L'estrazione di un dente è seguita nel tempo da arrangiamenti della posizione dei denti residui (migrazione, mesializzazione, inclinazione, estrusione) che creano una nuova posizione oclusale in grado di scatenare una mioartropatia. Le possibilità sono numerose e non è prevedibile il verificarsi di una patologia, poiché dipende da vari fattori: il tipo di intercuspide, maggiore o minore tendenza alla mesioinclinazione, attività muscolare presente ed adattabilità a livello condilare. Questa situazione può creare delle interferenze e precontatti oclusali che costituiscono un microtrauma che agisce in continuazione ogni volta che il paziente serra i denti nella posizione abituale e non può essere evitato.

Trattamento e responsabilità

Per tale motivo è consigliata l'esecuzione di una protesi di sostituzione che mantenga lo schema oclusale ed escluda mutamenti della posizione dei denti. Le modificazioni avvengono gradualmente nel tempo e riguardano solo il settore interessato dall'estrazione (spostamento ed inclinazione dei denti contigui ed antagonisti allo spazio edentulo) o possono ripercuotersi sull'intero assetto oclusale (restringimento dell'arcata; perdita di dimensione verticale).

È opportuno avvertire il paziente della necessità di eseguire una protesi a seguito di una estrazione, ma non si può addebitare colpa al dentista nel caso non ottemperi a questo comportamento in quanto la necessità di sostituzione protesica è un concetto comune noto alla totalità dei pazienti.

Inoltre, non è ipotizzabile la responsabilità del dentista, poiché la lesione è conseguenza dello spontaneo e progressivo tentativo di adattamento para-fisiologico messo in atto dall'organismo per compensare la perdita dei denti.

4.3 L'ortodonzia

Definizione e cause

La comparsa di mioartropatia nel corso di trattamento ortodontico può essere motivo di contenzioso.

Alcuni tipi di malocclusione rappresentano fattori di instabilità oclusale obbligando ad una continua necessità di compenso muscolare o causando migrazioni e spostamenti dentali (stato anteriore). Alcune situazioni di tipo ortognatodontico in particolare predispongono al graduale superamento delle capacità di adattamento neuromuscolare e sono associate ad una aumentata incidenza di mioartropatie ad insorgenza progressiva nell'arco della vita: la malocclusione di 2° classe 2° divisione ed il morso crociato mono o bilaterale.

Per quanto riguarda i problemi articolari derivanti da terapie ortodontiche non corrette è facile immaginare come spostamenti massicci dei denti possano influenzare la posizione dei condili. La comparsa di una mioartropatia durante il trattamento ortognatodontico non è infrequente anche in assenza di colpa a causa della comparsa di interferenze oclusali che scatenino ipertono muscolare e parafunzioni: comunque la comparsa di mioartropatia significa per l'ortodontista la necessità di una rivalutazione e/o modificazione della terapia.

Trattamento e responsabilità

L'ipotesi di responsabilità professionale può essere posta nel caso compaia una sindrome algico disfunzionale al termine o nel corso di una terapia ortodontica in un paziente precedentemente asintomatico.

Quando si valuti un paziente che lamenti un danno a seguito della terapia dobbiamo ricordare che poiché l'obiettivo della terapia ortodontica è di creare una occlusione fisiologica in armonia con la funzione condilare e muscolare; al termine del trattamento ortodontico la costruzione di una occlusione scorretta non in armonia con la funzione articolare rappresenta un fattore iatrogeno; il mancato rispetto dei parametri nella costruzione di una corretta occlusione costituisce la base per la dimostrazione di responsabilità professionale ed una forte presunzione di colpa (errore terapeutico). Una ipotesi è rappresentata dalla mancata guarigione di un paziente che si sia sottoposto a terapia ortognatodontica per risolvere una mioartropatia; In presenza di una sindrome algico disfunzionale della articolazione temporomandibolare una terapia funzionale preliminare rappresenta una valida metodica per raccogliere informazioni relative: reattività del paziente, alterazione della occlusione abituale rispetto l'occlusione centrica ed entità dello spostamento necessario. In questi casi è opportuno avvertire il paziente della possibilità di insuccesso terapeutico ed eseguire preventivamente una preterapia con placche gnatologiche per valutare la situazione.

A tale proposito si devono eseguire alcune considerazioni delle quali il paziente deve essere informato preventivamente: mentre nel paziente giovane esiste una capacità di crescita articolare ed adattamento che influenza positivamente la prognosi, nel paziente adulto non sempre la terapia è in grado di migliorare o guarire i sintomi; quadri patologici avanzati o perduranti da molto tempo si accompagnano ad alterazioni anatomiche e sono di difficile risoluzione.

I casi più frequenti in cui può essere ipotizzata una responsabilità professionale so-

no l'errore diagnostico, l'errore terapeutico e la manovra di controllo clinico:

- L'insufficiente vestibolarizzazione incisiva nei casi di malocclusione di 2° classe 2° divisione che causa la permanenza di una retroposizione mandibolare e ostacolo alla funzione masticatoria rappresenta un errore terapeutico per insufficiente correzione
- Conseguenza di apparecchiature utilizzate senza controllo che esercitino una spinta in direzione posteriore sul mento facilitando la dislocazione posteriore del condilo mandibolare (tipo mentoniera)
- Correzione ortodontica con compensazione dentoalveolare di lievi terze classi scheletriche e pseudo-terze classi (retroposizione condilare) in cui sia dimostrabile una scorretta indicazione dell'ortodonzia rispetto la chirurgia
- Utilizzazione di forze eccessive con elastici intermascellari in assenza di controllo clinico
- Insufficiente o errata correzione della malocclusione (errore terapeutico)

Prima di iniziare il trattamento ortodontico è opportuno documentare la assenza o presenza di mioartropatia con una valutazione diagnostica clinica. L'analisi strumentale (montaggio in articolatore, elettromiografia e kinesiografia, assiografia, etc.), in casi particolari, può integrare la diagnosi clinica ma rappresenta l'eccezione più che la regola.

4.4 La protesi

Definizione e cause

L'applicazione di una protesi con uno schema oclusale scorretto può causare una patologia nel settore dell'apparato stomatognatico con minori capacità di adattamento (occlusopatia, miopatia, artropatia).

Logicamente sono infinite le possibilità di spostamenti cui può andare incontro la mandibola dopo l'applicazione di una protesi (o anche l'esecuzione di sole terapie conservative) per l'effetto dei piani inclinati cuspidali che si incontrano.

Nella maggior parte dei casi l'inserimento di una protesi con uno scorretto schema oclusale spinge il paziente ad assumere una occlusione di comodo che realizza una dislocazione condilare nel giro di qualche giorno. La comparsa di sintomatologia può verificarsi con modalità e tempi diversi: in pazienti con buona riserva funzionale e capacità di adattamento non si avranno problemi; in altri casi si verifica un microtrauma cronico e la patologia può evidenziarsi dopo un periodo variabile di tempo (mesi o anni); invece, se la disarmonia oclusale sorpassa in modo eccessivo le possibilità di un adattamento, insorge una patologia immediata a carico del sistema muscolare, testimone della reazione di difesa da parte dell'organismo di fronte a cambiamenti propriocettivi troppo rapidi.

Nel considerare il fattore protesico come causa scatenante mioartroparie, prenderemo di seguito in esame le situazioni che ci sembrano più dimostrative, ricordando comunque che, al di là della esemplificazione, i movimenti sono quasi sempre combinati in diverse direzioni dello spazio.

a) Errata altezza protesica

L'esecuzione di una protesi eccessivamente alta o bassa è generalmente conseguente ad errori di registrazione oclusale durante le fasi di prova o ad una decisione

terapeutica programmata scorretta: il paziente può riferire di battere i denti durante la funzione in caso di protesi alta; in caso di protesi bassa lo spazio libero interocclusale appare eccessivo

b) Errata occlusione statica

Una occlusione avanzata o lateralizzata può essere causata da errori di registrazione occlusale ed errato montaggio in articolatore, non controllati durante le fasi di prova e /o non rettificati con molaggio occlusale.

Clinicamente si osserva una differenza tra la chiusura non guidata del paziente e l'occlusione condizionata dalla protesi (precontatti in centrica).

c) Eccessiva pendenza della guida incisiva

Tale situazione, definita anche muro anteriore, crea un funzionamento verticale dei cicli masticatori ed un dislocamento posteriore del condilo con la comparsa di uno schiocco articolare o di ipertono muscolare. Clinicamente si osserva una modellazione anatomica errata della superficie palatina degli incisivi superiori e dei piani inclinati cuspidali.

d) Errata occlusione dinamica

L'assenza di guide anteriori nei movimenti eccentrici (lateralità e protrusione) causa la presenza di interferenze nei settori posteriori durante la funzione; per evitare tali errori è consigliabile l'utilizzazione di articolatori durante la modellazione. Si ricordi che il controllo e l'aggiustamento occlusale mediante molaggio selettivo in bocca al paziente è uno dei compiti fondamentali del dentista e consiste nel controllo ed adattamento della protesi. Nei casi in cui sia impossibile realizzare corrette guide occlusali (come ad esempio nel caso di morso aperto) si devono prevedere degli schemi occlusali di compenso.

e) Esecuzione di protesi provvisorie scorrette

È necessario supportare l'occlusione con protesi provvisorie durante le fasi intermedie di terapia, dopo la preparazione dei pilastri distali di ponti posteriori; nel caso si utilizzino protesi provvisorie o se ne applichino di scorrette si può determinare una situazione temporanea di assenza di supporto occlusale con conseguente comparsa di incoordinazione condilomeniscale e dislocamento condilare in alto ed indietro.

Trattamento e responsabilità

Se prima di una protesizzazione è diagnosticata una sindrome algico-disfunzionale, va eseguita una terapia occlusale con dispositivi di guida e supporto (placche gnatologiche) per detendere la muscolatura, centrare e stabilizzare il menisco articolare. Una terapia con placche dura in media tra 1 6 mesi ed al suo termine l'occlusione va corretta con molaggio selettivo, ortodonzia o protesi a seconda dei casi.

Nel caso di patologia preesistente il dentista deve eseguire una terapia con placche, operare una stabilizzazione con protesi provvisorie e quindi procedere alla protesizzazione definitiva, dopo un adeguato periodo di osservazione clinica (6 mesi -1 anno), costruendo una occlusione terapeutica diversa dalla preesistente.

In assenza di patologia il dentista, invece, manterrà l'occlusione abituale eseguendo

do una modellazione fisiologica che rispetti la situazione del soggetto, cercando di eliminare eventuali interferenze o precontatti occlusali. In questo caso una tecnica ideale è la riduzione occlusale mirata procedendo ad una riabilitazione per singoli settori senza alterare la posizione abituale del paziente.

Nel caso che, a seguito di una protesizzazione, il paziente lamenti l'insorgenza di una sindrome algico-disfunzionale si dovranno vagliare più aspetti, per poter valutare l'eventuale presenza di responsabilità iatrogena:

- La situazione occlusale iniziale: ad esempio, malocclusioni dentarie possono costituire concause preesistenti sullo stato anteriore
- L'occlusione costruita dal medico deve essere valutata precisando se sia stata costruita una nuova occlusione terapeutica o mantenuta la intercuspide abituale
- L'esame dell'occlusione deve mostrare una occlusione centrica o abituale stabile e ben distribuita con guide dei movimenti eccentrici, in assenza di interferenze, iperbilanciamenti e precontatti.

Si possono quindi configurare tre diverse situazioni:

- a) In presenza di pazienti asintomatici precedentemente all'intervento, riabilitati in occlusione abituale secondo criteri corretti, è logico pensare ad una patologia non causata dalla terapia odontoiatrica o comunque non evitabile anche con una corretta condotta.
- b) Chiaramente censurabile è l'esecuzione di protesi senza istituire una adeguata terapia gnatologica in pazienti che si siano rivolti al dentista per la terapia di una mioartropatia odontogena preesistente. Infatti, nei pazienti che presentassero una sintomatologia clinica preesistente all'inizio delle cure o anche la comparsa durante l'esecuzione dello stesso ciclo di terapia, è necessario che il dentista rispetti il corretto piano di terapia, sia nella sequenza delle fasi di cura che nel tempo necessario alla rivalutazione del caso.

5. CONSIDERAZIONI

Nel caso origini un contenzioso tra dentista e paziente a causa della insorgenza di una mioartropatia odontogena a seguito di trattamenti odontoiatrici è importante seguire un approccio metodologico corretto che consideri tutti gli aspetti possibili per poter valutare l'eventuale presenza di responsabilità iatrogena:

- Fattori presenti nella situazione occlusale iniziale (ad esempio malocclusioni dentarie, parafunzioni) in grado di costituire concause preesistenti (stato anteriore)
- L'occlusione costruita dal medico deve essere valutata precisando se sia stata costruita una nuova occlusione terapeutica o mantenuta la intercuspide abituale
- L'esame dell'occlusione deve mostrare una occlusione centrica o abituale stabile e ben distribuita con guide dei movimenti eccentrici, in assenza di interferenze e precontatti
- L'iter terapeutico eseguito deve aver seguito i principi, le fasi ed i tempi di terapia indicati in precedenza (terapia di sostegno, preterapia, osservazione clinica, terapia definitiva).

Ci preme sottolineare alcuni criteri utili per un corretto approccio al problema:

- a) La comparsa di una sintomatologia a breve termine da una terapia odontoiatrica

- è probabile indice di una alterazione consistente che ha superato le capacità di adattamento del paziente e quindi di un probabile errore; la responsabilità del dentista risulta nella maggior parte dei casi altamente probabile o certa
- b) Patologie preesistenti da lungo tempo, presenza di alterazioni dei tessuti ossei, rumori di schiocco oltre i 2,5 mm. sono spesso indice di alterazioni irreversibili, causata da risposta parziale alla terapia (prognosi sfavorevole); per tale motivo il paziente deve essere avvertito dell'elevata possibilità di insuccesso e informato su eventuali soluzioni di compromesso.
 - c) In caso di preesistenza di una patologia, i pazienti sottoposti ad un piano di terapia complesso e periodo di osservazione clinica (6-12 mesi) devono essere avvertiti dell'elevato rischio di recidive a distanza
 - d) Indicazione principale alla terapia oclusale è costituita dalla presenza di dolore; sono quindi corrette le ricostruzioni eseguite su pazienti asintomatici in presenza di rumori articolari
 - e) Il dentista ha l'obbligo di verificare la situazione oclusale e l'assenza di patologie disfunzionali prima di procedere a terapie complesse (responsabilità contrattuale). Per quanto attiene la responsabilità e il risarcimento è importante considerare alcuni elementi.

1) Pazienti asintomatici

Nel caso di pazienti asintomatici precedentemente alla terapia la responsabilità del sanitario può essere esclusa: nel caso sia stata eseguita una riabilitazione mantenendo lo schema oclusale preesistente; nel caso ne sia stato impostato un nuovo schema corretto e sia stato valutato attraverso un adeguato periodo di osservazione clinica. La constatazione di uno schema oclusale errato è invece sinonimo di responsabilità professionale; ne consegue l'obbligo di risarcimento.

2) Pazienti sintomatici

Nel caso di pazienti sintomatici che si siano sottoposti a terapia per risolvere la patologia; si deve valutare la correttezza del piano terapeutico da parte del dentista (pre-terapia, osservazione clinica per 6-12 mesi, riabilitazione definitiva).

In presenza di una terapia correttamente eseguita la responsabilità del dentista può essere esclusa anche in caso di persistenza della patologia (obbligazione di mezzi e non di risultato).

In caso di errore terapeutico il risarcimento può prevedere la restituzione del corrispettivo inutilmente pagato o il danno emergente riconosciuto una sola volta nella vita; non sono ipotizzabili invece rifacimenti futuri considerando che il paziente necessitava comunque di terapia in relazione allo stato anteriore.

3) Quantificazione del risarcimento

Il danno biologico permanente attribuibile per una mioartropatia iatrogena segue le tabelle riportate nel capitolo "*La valutazione del danno biologico*", che adottano come indice principale di riferimento la capacità funzionale residua commisurata alla riduzione del movimento mandibolare.

Il periodo di danno biologico temporaneo può essere risarcito con una cifra equitativa o con una percentuale di danno biologico temporaneo parziale (generalmente

compreso tra il 15-30%) di durata proporzionale al periodo di malattia e terapia e direttamente attribuibile alla responsabilità del dentista; si devono evitare di conteggiare periodi di ritardo terapeutico dovuti alla paziente o altri curanti. L'accertamento di responsabilità professionale in presenza di mioartropatie dell'organo masticatorio è terreno complesso di pertinenza dello specialista in materia odontoiatrica a causa delle difficoltà di documentare il corretto iter terapeutico, concause preesistenti e sopravvenute nella dimostrazione del nesso di causalità (tabella 5).

Critero	Responsabilità	Risarcimento	Commento
Comparsa o persistenza di sindrome algica disfunzionale a seguito di trattamento odontoiatrico	SI In presenza di: - errori del trattamento oclusale - mancato rispetto delle fasi e tempi di terapia	SI Danno biologico temporaneo (15-30% per il periodo di malattia) Danno biologico permanente (tabelle) Danno emergente per spese sanitarie	Restituzione del corrispettivo in pazienti con patologia preesistente Spese sanitarie una tantum in pazienti asintomatici in precedenza
	NO In presenza di: - trattamento oclusale corretto - rispetto delle fasi terapeutiche	NO	Obbligazione di mezzi e non di risultato

Bibliografia

1. COSTEN: *Neuralgias and ear symptome associated with disturbed function of temporo mandibular joint*, J. Amer. Med. Ass., 25, 1936: 1072
2. HUPFAUF L.: *Mioartropatie*, Ed. USES, Firenze, 1989: 3, 29
3. JAGER K., GRABER G.: *Epidemiologische untersuchungen uber die atiologie faktoren dysfunktioneller erkrankungen in stomatognathen system*, Dtschzahnartzl, Z 43, 1988: 17
4. KEITH F.A.: *Chirurgia dell'articolazione temporomandibolare*, Momento medico Ed., Salerno, 1991
5. LOTZMANN V.: *Guide oclusali e altri ausili di masticazione*, Resch Ed., Verona, 1989
6. SCHOTTL W.: *La preterapia presupposto della riabilitazione*, Resch Ed., Verona, 1987
7. SLAVICEK R.: *De funktionellen determinationen des kavorgans*, Zahnartzlich-Medizinsches Schrifttum, Munchen, 1984

16. IL DANNO IATROGENO NEUROLOGICO

F. Montagna

Il danno iatrogeno della branca mandibolare del nervo trigemino rappresenta un motivo frequente di richieste di risarcimento alle compagnie di assicurazione e di cause giuridiche per responsabilità civile nei confronti di odontoiatri.

Le lesioni sono nella quasi totalità dei casi determinate a carico del ramo linguale, mentoniero ed alveolare inferiore; la frequenza di lesioni permanenti varia secondo alcuni autori tra 1:89000 e 1:54000 considerando come eventi dannosi gli interventi chirurgici e le anestesie locali.

1. LA LESIONE

La lesione iatrogena del nervo periferico si manifesta con una sintomatologia monolaterale limitata al territorio del ramo lesa ed i sintomi più frequenti sono costituiti da parestesia, ipoestesia e anestesia; ipogeusia ed ageusia si sommano in presenza di una lesione del nervo linguale; iperestesia, disestesia, nevralgie atipiche e causalgie possono talvolta complicare il quadro clinico.

La localizzazione in caso di lesione del ramo linguale è limitata ai due terzi anteriori della lingua ed alla mucosa del pavimento della bocca.

Nel caso di lesione del ramo alveolare inferiore la sintomatologia interessa la cute del labbro e del mento, la gengiva buccale e la sensibilità dentaria; in questo caso il paziente può lamentare perdita di saliva e cibo dall'angolo della rima orale, morsi durante la masticazione e modesta disartria soggettiva. La diagnosi differenziale deve escludere altre malattie neurologiche, osteomielite, neoplasie primitive dei mascellari o metastatiche.

Sul piano anatomo-funzionale possiamo distinguere tre tipi o gradi lesionali a seguito di trauma acuto di un nervo periferico con possibilità diverse di recupero anatomico-funzionale:

a) Neuroaprassia o blocco della conduzione

È generalmente causata da una compressione che determina una degenerazione circoscritta alla guaina nervosa esterna (di Schwann) senza discontinuità anatomica. La sofferenza funzionale è temporanea e di breve durata; la ripresa funzionale è completa ed avviene spontaneamente entro un periodo compreso entro alcuni giorni e 2-4 mesi.

b) Assonotmesi

La causa è generalmente una compressione prolungata o una ischemia che determina una interruzione anatomica degli assoni con conseguente degenerazione del moncone distale (degenerazione walleriana) senza che si verifichi una discontinuità completa del nervo poiché rimangono intatte le strutture connettivali (tubo endoneurale). La sintomatologia è caratterizzata dalla interruzione completa delle funzioni ed è

proporzionale al numero di assoni colpiti; la reinnervazione procede in senso prossimo-distale e la rigenerazione degli assoni richiede un tempo lungo; la ripresa funzionale è pressochè perfetta in 4-6 mesi.

c) Neurotmesi

Una lesione diretta causa una distruzione di grado variabile della guaina, assoni e tubo endoneurale e può giungere sino alla sezione totale. I monconi si retraggono a causa della elasticità longitudinale del nervo e gli assoni deviano dalla direzione ideale di rigenerazione (confusione assonale); per questo motivo la continuità del tronco nervoso è raramente ripristinata e con facilità si formano neuromi o fibrosi. La rigenerazione molto difficilmente porta a reinnervazione e ripresa funzionale completa.

2. LA VALUTAZIONE E IL TRATTAMENTO

Il nervo mandibolare ha funzione somato-sensitiva e gustativa ed è privo di effenze motorie; per tale motivo l'indagine clinica che debba identificare la reale entità di menomazione residua nel caso di deficienza parziale può risultare complessa.

La valutazione può essere eseguita attraverso prove di semeiotica clinica o strumentale: le prime mancano di obiettività ma sono facilmente eseguibili in uno studio medico o odontoiatrico; le seconde forniscono dei reperti obiettivi ma richiedono personale specializzato operante in laboratori di neurologia (tab. 1). Nella maggior parte dei casi comunque la quantificazione dell'entità del danno viene valutata clinicamente senza l'ausilio di riscontri diagnostici strumentali.

A scopo prognostico è utile, una volta determinatasi la lesione, controllare nel tempo l'evoluzione del quadro clinico e della sintomatologia, nella direzione di un progressivo recupero, registrando alcuni parametri come gravità ed estensione della sintomatologia.

Per una valutazione che segua nel tempo le variazioni dell'ampiezza della zona sintomatica si può eseguire una mappatura su schema anatomico e/o fotografare l'area interessata tratteggiata sulla cute con matita dermografica.

Per valutare il grado della sintomatologia si può eseguire le prove cliniche attribuendo dei valori numerici alla percezione degli stimoli per le singole sensibilità e sommandoli costruire un punteggio clinico: 0 sensibilità normale, 1 sensibilità diminuita (ipoalgesia, ipoestesia, parestesia), 2 sensibilità assente (anestesia, analgesia). Il

Tabella 1
SEMEIOTICA NEUROLOGICA

1. Prove di semeiotica clinica	2. Prove di semeiotica strumentale
Sensibilità tattile superficiale	Elettrogeusimetria
Sensibilità termica cutanea	
Sensibilità dolorifica cutanea	Potenziali evocati somatosensitivi
Sensibilità gustativa	
Esame di vitalità pulpale	

trattamento d'elezione consiste in una terapia d'attesa per un periodo minimo di 6-12 mesi per permettere l'attivazione dei meccanismi di compenso costituiti dalla rigenerazione spontanea del nervo leso e la reinnervazione sussidiaria di nervi limitrofi; a distanza di un anno le possibilità di recupero sono limitate e la situazione può essere considerata stabile.

La terapia farmacologica (preparati vitaminici B) è indifferente ai fini della rigenerazione nervosa; la terapia con analgesici ed iniezioni curative di anestetici possono essere utili in presenza di disestesie. Le ricostruzioni microneurochirurgiche sono rappresentate da interventi di neurolisi, neuroanastomosi ed innesti nervosi e registrano una percentuale di successo limitata al 50%. Le indicazioni all'intervento sono le seguenti: intervento immediato in presenza di cause rimovibili (frammenti radicolari o cementi endodontici nel canale mandibolare); ricostruzione secondaria precoce a distanza di 3-4 settimane nel caso sia accertata una lesione diretta del nervo da parte dell'operatore; ricostruzione secondaria a distanza di sei mesi in presenza di sintomatologia dolorosa persistente (nevriti, causalgie, neuromi).

3. LE MOTIVAZIONI DELLA RESPONSABILITÀ

Di seguito saranno considerati i quadri clinici che con maggior frequenza richiedono una diagnosi differenziale clinica o una valutazione medico-legale nella pratica lavorativa. La sintomatologia clinica è, in molti casi, sovrapponibile e le possibilità di ripresa funzionale variano a seconda dell'entità del danno anatomico.

3.1 L' endodonzia

Definizione e cause

L'immissione di cemento endodontico oltre l'apice radicolare nel canale mandibolare può causare una lesione del nervo alveolare inferiore per compressione o per effetto citotossico e neurotossico di disinfettanti.

Trattamento e responsabilità

In questi casi il materiale deve essere rimosso il più presto possibile con un intervento che prevede la apertura del canale mandibolare. La ripresa funzionale dipende dalle caratteristiche del materiale e al tempo di permanenza a contatto con il nervo; nel caso di cementi contenenti paraformaldeide la lesione può essere irreversibile dopo pochi giorni.

L'immissione di cemento canalare endodontico nel canale mandibolare rappresenta un inescusabile errore indice di responsabilità professionale; nel caso si determini un danno biologico il dentista o la società assicurativa sono tenuti al risarcimento economico.

Per ulteriori chiarimenti si rimanda al capitolo sull'endodonzia.

3.2 L'anestesia

Definizione e cause

L'anestesia di conduzione al forame mandibolare può compromettere i nervi alveolare inferiore e linguale con meccanismi diversi:

- a. Una lesione diretta del nervo con l'ago, causata da una iniezione intraneurale, può causare schiacciamento e lacerazione delle fibre; un ago spuntato a seguito di appoggio sul tavolo osseo può creare lesioni nervose da taglio.
- b. La puntura dell'arteria o vena alveolare inferiore può causare una emorragia ed un ematoma che esercita una compressione.
- c. In caso di iniezione endoneurale il paziente avverte una scossa e la comparsa improvvisa di anestesia; l'operatore deve interrompere l'iniezione e retrarre l'ago per evitare lesioni. È possibile comunque che dopo una iniziale infiltrazione di anestetico a seguito di un movimento del paziente o dell'operatore l'ago lesioni il nervo senza sintomi.

Trattamento e responsabilità

Generalmente, nel corso dell'anestesia, non si verifica una soluzione completa di continuità e la rigenerazione permette il ripristino della funzione in un periodo variabile di tempo; possono verificarsi comunque postumi permanenti.

L'anestesia può essere classificata come manovra invasiva a cielo coperto indispensabile per l'esecuzione di terapie successive; è eseguita attraverso una tecnica standardizzata e la lesione è possibile anche a seguito di una corretta tecnica operatoria.

In base a tali considerazioni la lesione neurologica da anestesia deve essere considerata nella quasi totalità dei casi come danno fortuito, non altrimenti evitabile che non rappresenta responsabilità professionale e quindi non è risarcibile.

3.3 L'estrazione del dente del giudizio

Definizione e cause

Il nervo alveolare inferiore è particolarmente esposto a lesioni nel corso di manovre di estrazione del dente del giudizio a causa dei rapporti anatomici con il canale mandibolare: il nervo può essere contiguo, decorrere tra le radici o attraversare un canale intraradicolare.

Le lesioni possono verificarsi per contusione, compressione, cicatrizzazione o sezione del nervo:

- Una contusione può verificarsi durante la lussazione del dente con leve nel caso, ad esempio, in cui l'apice radicolare ruotando comprime il canale nervoso direttamente o indirettamente dislocando frammenti ossei.
- Gli strumenti chirurgici possono sezionare il nervo durante l'estrazione.
- Frammenti radicolari ed ossei possono essere spinti nel canale radicolare.
- La lesione del nervo linguale è possibile per perforazione con strumenti rotanti della corticale linguale o incisione inadeguata eseguita sul versante linguale (l'incisione corretta per l'avulsione di un dente del giudizio inferiore incluso è in posizione vestibolare).

Trattamento e responsabilità

Poiché a posteriori può essere difficile ricostruire la tecnica chirurgica ed eventuali errori, il giudizio si basa prevalentemente su criteri di probabilità o possibilità.

I seguenti criteri possono permettere di escludere responsabilità professionale: l'esecuzione di indagini preoperatorie che consentano la valutazione del rapporto rischio beneficio; la discussione col paziente delle possibili complicazioni neurologiche causate dall'intervento per ottenere un consenso informato; l'esistenza di corretta indicazione all'estrazione chirurgica.

Invece l'assenza di documentazione ed indagini radiografiche preoperatorie rafforza l'impressione di una presunta responsabilità professionale a cui consegue l'obbligo risarcitorio.

3.4 L' implantologia

Definizione e cause

Durante la preparazione della sede per impianti endossei la ricerca di profondità per garantire una maggior stabilità può causare la perforazione del tetto del canale mandibolare e la lesione del nervo. La comparsa di una copiosa emorragia del letto implantare suggerisce all'operatore la compromissione del fascio vascolo-nervoso contiguo al nervo alveolare inferiore e la possibilità di lesione neurologica: l'impianto, in questi casi, deve essere tolto o svitato e collocato in posizione più alta per non interferire con i processi rigenerativi.

La lesione neurologica può essere causata dall'intervento implantare anche in assenza di contatto o lesione diretta del nervo con un meccanismo indiretto responsabile di alterazioni della sensibilità di vario grado: la presenza di lacune ossee nelle vicinanze del canale può causare un edema, una emorragia o un ispessimento della parete del canale osseo durante la fase di guarigione.

Interventi particolari come la trasposizione del nervo alveolare sono gravati da percentuali elevate di danno neurologico.

Trattamento e responsabilità

L'implantologia rappresenta un intervento di chirurgia elettiva per la quale deve essere eseguito preventivamente uno studio radiografico del sito osseo interessato ed un bilancio preoperatorio del rapporto rischio beneficio.

La comparsa di una lesione neurologica a seguito di un intervento implantare rappresenta costantemente una chiara indicazione di errore e responsabilità professionale.

Da notare che l'esecuzione di impianti posizionati in rapporto di contiguità o stretta vicinanza con il canale mandibolare possono causare danni neurologici indiretti costituendo responsabilità professionale con obbligo di risarcimento riconducibile a imprudenza.

3.5 La chirurgia orale

Definizione e cause

A seguito di interventi di chirurgia orale possono determinarsi lesioni neurologiche diverse per eziologia raggruppabili in due gruppi: complicazioni ed errori di tecnica.

Tra le complicazioni in grado di causare lesioni neurologiche ricordiamo cicatrici, edema, ematoma, infezioni postoperatorie. Una compressione cronica lieve può risultare a seguito della retrazione cicatriziale di una ferita che intrappola un tronco nervoso e la risoluzione può richiedere un intervento di microneurochirurgia per decomprimere il nervo (neurolisi). Un ematoma può causare una lieve compressione estrinseca su nervo: la conseguente occlusione dei vasi arteriosi intraneuronali può causare un blocco metabolico della conduzione di natura ischemica, generalmente di natura transitoria. L'edema conseguente al trauma operatorio può causare parestesia transitoria che può essere un sintomo iniziale di osteomielite (sintomo di Vincent). Il chirurgo orale può causare lesioni neurologiche di diverso grado nelle varie fasi di intervento per errori di tecnica operatoria: sezione del ramo mentoniero con strumenti taglienti durante l'incisione di un lembo o l'esecuzione di drenaggi; trazione e compressione conseguente a manovre di scollamento e divaricazione; compressione per sutura.

Trattamento e responsabilità

Lesioni neurologiche conseguenti a complicazioni non imputabili ad errata tecnica (retrazione cicatriziale, edema, ematoma, infezioni) rappresentano eventi fortuiti non altrimenti evitabili e quindi non risarcibili. Lesioni derivanti da errata tecnica sono forieri di responsabilità professionale ed obbligano al risarcimento. L'assenza di documentazione ed indagini preoperatorie radiografiche rafforza l'impressione di una presunta responsabilità professionale.

4. CONSIDERAZIONI

Gli interventi gravati dalla possibile incidenza di lesioni neurologiche sono riassunti nella tabella 2; la determinazione del nesso di causalità non riconosce particolari difficoltà utilizzando i normali criteri di riferimenti eziologico. Nella tabella 3 sono state

Tabella 2 INTERVENTI CAUSA DI LESIONI NEUROLOGICHE	
Cause di lesione del nervo linguale	Sutura Interventi di chirurgia preprotetica nel pavimento orale Lesioni con strumenti durante l'estrazione del dente del giudizio Anestesia (iniezioni intraneurali) Ematoma
Cause di lesione del nervo alveolare inferiore e mentoniero	Cementi endodontici (nel canale mandibolare) Manovre di scollamento, divaricazione e sutura di lembi Incisione per drenaggio o interventi a lembo (in posizione errata) Ematoma da lesione della vena o arteria alveolare inferiore Anestesia (iniezioni intraneurali) Chirurgia ortognatodontica Asportazione di neoplasie Estrazioni dentarie Apicectomie Cistectomie

Tabella 3
VALUTAZIONE DEL DANNO NEUROLOGICO E RISARCIBILITÀ

Branca odontoiatrica	Causa	Risarcibilità	Commento
Endodonzia	Cemento canalare oltre apice in prossimità del nervo	SI	È consigliabile utilizzare cautela ed evitare l'uso di cementi medicati in prossimità del canale mandibolare
Anestesia	Lesione da ago; compressione da emorragia o edema	NO	Lesione fortuita in manualità necessaria a cielo coperto
Implantologia	Lesione diretta o indiretta (edema, ematoma) del nervo	SI	Errore inescusabile in intervento di elezione
Chirurgia orale (estrazioni, interventi di chirurgia ossea e a lembo)	Complicanze (ematoma, edema, cicatrici, infezione)	NO	Lesioni fortuite a seguito di tecnica e indicazioni chirurgiche corrette
	Errori di tecnica o assenza di indagini preoperatorie Indicazioni chirurgiche scorrette, mancata analisi del rapporto rischio-beneficio	SI	Errore inescusabile in intervento di elezione

riassunte le linee guida per la valutazione di responsabilità professionale e risarcibilità del danno neurologico conseguente a interventi odontoiatrici; poiché la lesione neurologica rappresenta un danno biologico, l'onere risarcitorio ricade sulla società assicuratrice eventualmente chiamata in causa.

La valutazione dell'invalidità permanente ai fini del risarcimento del danno biologico deve essere eseguita a distanza di un anno dall'evento dannoso, quando si siano stabilizzati i postumi; il danno è del 5-8% a seconda dell'estensione della sintomatologia:

- I casi di parestesia in assenza di turbe delle funzione saranno liquidati con percentuali di danno biologico minori
- I casi con turbe funzionali (difficoltà della parola, perdita di saliva dall'angolo del labbro, morsicature durante la masticazione, nevralgie) richiederanno valutazioni maggiori

L'invalidità lavorativa specifica deve essere valutata in casi eccezionali (attori, presentatori, modelle, etc.) e non rappresenta la regola.

Bibliografia

1. BERMAN CL.: *Prevalence of altered sensations associated with mandibular implant surgery (letter)*, Int J Oral Maxillofac Implants, Mar-Apr., 9, (2), 1994: 145-6
2. BLONDEAU F.: *Paresthesia: incidence following the extraction of 455 mandibular impacted third molars*, J Can Dent Assoc, 60, 11, 1994: 991-4
3. CADE TA.: *Paresthesia of the inferior alveolar nerve following the extraction of the mandibular third molars: a literature review of its causes, treatment, and prognosis*, Mil Med, (8), 157, 1992: 92-389
4. COLIN W., DONOFF RB.: *Restoring sensation after trigeminal nerve injury: a review of current management (see comments)*, J Am Dent Assoc., 123, (12), 1992: 80-5.

5. COLONNA M., DALL'OPPIO L., FINESCHI V., MARTINI P., MORELLI G.A.: *Medicina legale in odontoiatria* in Kettel W., *Odontoiatria conservatrice*, USES, 1987
6. COUSIN GC., ILANKOVAN V.: *Mental nerve anaesthesia as a result of mandibular metastases of prostatic adenocarcinoma*, *Br Dent J.*, Nov 19, 177, (10), 1994: 382-4.
7. DAY RH.: *Diagnosis and treatment of trigeminal nerve injuries*, *J Calif Dent Assoc.*, Jun. 22 (6), 1994: 48-51, 53
8. ELLIES LG., HAWKER PB.: *The prevalence of altered sensation associated with implant surgery (see comments)*, *Int J Oral Maxillofac Implants*, 8, (6), 1993: 674-9
9. FALLSCHUSSEL G.: *Implantologia odontoiatrica*, *Scienza e Tecnica Dentistica Ed. int.*, 1989:330-332; 406-430
10. FEIFEL H., RIEDIGER D., GUSTORF-AECKERLE R.: *High resolution computed tomography of the inferior alveolar and lingual nerves*, *Neuroradiology*, 36 (3), 1994: 236-8.
11. HEGTVEDT AK.: *Evaluation and management of orofacial sensory nerve injury*, *Ohio Dent J.*, Spring-Summer. 66 (1), 1992: 16-7, 19-25.
12. HORCH H.: *Chirurgia ortognatodontica e maxillo facciale 1*, USES Ed., Torino, 1993:169-241
13. JAASKELAINEN S., PELTOLA J.: *Clinical application of the blink reflex with stimulation of the mental nerve in lesions of the inferior alveolar nerve*, *Neurology*, 1994: 2356- 2361
14. KRAFFT TC., HICKEL R.: *Clinical investigation into the incidence of direct damage to the lingual nerve caused by local anaesthesia*, *J Craniomaxillofac Surg.*, (5), 1994: 294-6.
15. KROGH PH., WORTHINGTON P., DAVIS WH., KELLER EE.: *Does the risk of complication make transpositioning the inferior alveolar nerve in conjunction with implant placement a "last resort" surgical procedure?*, *Int J Oral Maxillofac Implants*, 9 (2), 1994: 249-54.
16. POGREL MA., KABAN LB.: *Injuries to the inferior alveolar and lingual nerves*, *J Calif Dent Assoc.*, 21 (1), 1993: 50-4.
17. POGREL MA., MOUHABATY D., DODSON T., RAMPIL I., GRECCO M.: *Trigeminal somatosensory evoked potentials: a normal value study*, *J Dent.*, (5), 1992: 298-301.
18. ROBINSON PP., SMITH KG., JOHNSON FP., COPPINS DA.: *Equipment and methods for simple sensory testing*, *Br J Oral Maxillofac Surg.*, (6), 1992: 387-9.
19. SAKKAL S., GAGNON A., LEMIAN L.: *Paresthesia of the mandibular nerve caused by endodontic treatment: a case report.*, *J Can Dent Assoc.*, 60, (6), 1994: 556-8.
20. SCHULTZE-MOSGAU S., REICH RH.: *Assessment of inferior alveolar and lingual nerve disturbances after dentoalveolar surgery, and of recovery of sensitivity*, *Int J Oral Maxillofac Surg.*, 22 (4), 1993: 214-7.
21. SILVERSTEIN LH., SZIKMAN M., MELKONIAN R., DUBOVSKY D.: *Mental neuropathy associated with malignant disease: a case report*, *J Oral Implantol.*, 20 (1), 1994: 63-4.
22. STACY GC., HAJJAR G.: *Barbed needle and inexplicable paresthesias and trismus after dental regional anesthesia*, *Oral Surg Oral Med Oral Pathol.*, 77, (6), 1994: 585-8.
23. PALMIERI L., SIRIGNANO A., FEDELI P.: *Il danno biologico da lesione nervosa periferica*, *Medicina Legale Quaderni Camerti*, 2, 1994: 429-475

PARTE G

**I CONSIGLI PER
IL LIBERO PROFESSIONISTA**

1. LA PREVENZIONE DEL CONTENZIOSO

F. Montagna, A. Rigoli

Lungi dal voler rappresentare un vademecum sul come comportarsi per essere protetto dal punto di vista medico-legale (e nessuno più del medico legale sa come gli atti medici fatti, non nell'interesse del paziente ma per evitare possibili censure, sono proprio quelli che, per la illogicità che li connota, espongono il professionista a rilievi anche importanti), abbiamo in conclusione ritenuto utile sottolineare quei comportamenti che, nella nostra esperienza forense, hanno contribuito a smorzare ma più frequentemente a stimolare il contenzioso fra dentista e paziente.

Deve essere premesso che nella eventualità di un danno conseguente a presunta responsabilità professionale, il ricorso ad un procedimento giudiziario per risarcimento danni dovrebbe essere l'eventualità meno frequente; in pratica esistono più possibilità di recupero del rapporto medico-paziente a seguito di un errore; intendiamo dire che, data la natura stessa della prestazione odontoiatrica sono rari i casi di lesioni tali da non essere compensati attraverso un accordo extragiudiziale.

Per contro, nella maggior parte dei casi che giungono in tribunale, sono stati eseguiti una serie di errori dei quali l'aspetto tecnico è solo il primo e talvolta il minore rispetto a fattori comportamentali e psicologici che hanno determinato l'inizio di un procedimento giudiziario.

In base alla nostra pratica forense, senza pretesa di essere esaustivi sull'argomento, riteniamo importante fornire alcuni consigli, in forma di precetti o linee guida, che possano risultare utili nella gestione quotidiana della professione.

La maggior parte delle contestazioni possono essere evitate in buona sostanza in due modi:

- Seguendo alcune semplici regole di etica e deontologia medica o più semplicemente di buon senso ed educato comportamento
- Erogando prestazioni tecnicamente corrette, in quanto una buona odontoiatria costituisce la miglior medicina legale.

1. L'EVITARE DI CRITICARE L'OPERATO DI ALTRI COLLEGHI

La maggior parte del contenzioso giudiziario è mosso da critiche o affermazioni più o meno motivate di colleghi che amplificano il danno e la responsabilità del precedente sanitario per incrementare la propria clientela.

Tale atteggiamento, peraltro molto diffuso, è condannato dal codice di Deontologia Medica (art. 58 c.d.) e si ritorce contro tutta la categoria: aumenta la sfiducia del paziente che da quel momento verificherà puntualmente anche l'operato di chi sta criticando; promuove richieste di risarcimento danni esorbitanti; rende difficile una successiva composizione della vertenza.

L'apprezzamento sulla qualità delle prestazioni fornite da altri colleghi viene generalmente stimolata da pazienti scontenti dei risultati di precedenti terapie o "traumatizzati" dall'entità della parcella. In questa seconda ipotesi vi è manifesto il tentativo da parte del paziente di valutare la possibilità di recuperare almeno parte degli importi corrisposti iniziando una azione di responsabilità. Il professionista deve rigorosa-

Tabella 1

SUGGERIMENTI PER EVITARE L'INSORGERE DI CONTENZIOSO

Evitare di criticare l'operato di altri colleghi
 Ottenere il consenso alle cure
 Instaurare e mantenere un corretto rapporto medico-paziente
 Delegare interventi che esulano la propria competenza
 Interrompere le cure di pazienti neglienti
 Documentare la propria attività
 Valutare l'opportunità di azione legale per il recupero del credito

mente astenersi da ogni commento sulla congruità delle spese posto che non esiste vincolo di parcellazione se non per gli onorari minimi sotto i quali si ritenga compromesso il decoro professionale.

Ben diversa e più delicata è la gestione dei casi clinici nei quali vi sia la chiara percezione di errori inescusabili: da un lato vige il principio di solidarietà tra colleghi (art. 60 c.d.); dall'altro la necessità, forse di vincolo anche maggiore, di avvertire il paziente delle proprie condizioni cliniche ed indirizzarlo verso l'opportuna terapia (art. 17 c.d.).

Certo è che il dentista con le sue asserzioni potrà rinforzare le istanze risarcitorie del paziente e proprio per tale motivo le sue conclusioni devono essere estremamente ponderate e documentate. In ogni caso, appare consigliabile, anche se si tratta di ipotesi alquanto inusuale, un ruolo di mediazione chiarificatrice tra precedente sanitario e paziente in modo da favorire spiegazioni, accordi, soluzioni amichevoli.

Un atteggiamento corretto consiste certamente nell'avvertire il paziente delle proprie condizioni che possono fornire le basi per la valutazione dell'entità del danno e di una possibile responsabilità professionale; doveroso comunque consigliare al paziente di recarsi dal precedente curante in modo da favorire un accordo o spiegazione.

2. L'INSTAURARE E MANTENERE UN CORRETTO RAPPORTO TRA MEDICO E PAZIENTE

Il rapporto tra medico e paziente riconosce una dinamica complessa soggetta a rivalutazioni successive. È necessario acquisire e mantenere il consenso del paziente alle cure lungo tutto l'arco della terapia sia per le fasi cliniche che per i risvolti economici; per tale motivo è importante: eseguire preventivi corretti e parcellate dettagliate; spiegare il piano di cura e le alternative terapeutiche; avvertire dei cambiamenti e complicazioni fornendo ampie motivazioni e giustificazioni.

Nel caso si verifichi un danno, la prima cosa che il dentista deve fare è spiegare l'accaduto al paziente in modo da escludere la responsabilità o ammetterla e proporre una compensazione; in questo caso la maggior parte dei pazienti mantiene la fiducia nel loro curante e sono disposti ad accettare l'errore, qualora venga emendato con buona volontà, senza esose richieste.

In presenza di contestazioni si deve accettare la discussione con il paziente per affrontarne e comprenderne i motivi; atteggiamento controproducente è costituito dal non riconoscere il problema, ignorarlo volutamente, o reagire negativamente considerando indebito o immotivato l'atteggiamento del paziente. La maggior parte delle cause nasce dalla indisponibilità al dialogo tra le parti; per tale motivo si consi-

glia al dentista di mantenere, nei limiti del possibile, un atteggiamento corretto e comprensivo per instaurare un rapporto medico-paziente ideale. Nel caso di scarsa collaborazione da parte del paziente, tale da ostacolare il buon esito delle cure, è consigliabile limitare il piano di terapia richiedendo il saldo delle prestazioni eseguite e facendo attenzione a non danneggiare il paziente con l'interruzione delle cure. Si deve evitare di proseguire con un trattamento incompleto e/o scorretto, potenziale fonte di danno e dunque di responsabilità professionale.

Il problema si collega parzialmente alla tematica della cartella clinica in quanto è necessario annotarvi: le comunicazioni fatte ai pazienti o ai loro tutori legali; eventuali difficoltà insorte durante il trattamento che rendano sconsigliabile o impossibile la prosecuzione del piano di terapia stabilito secondo gli accordi iniziali.

La documentazione è il presupposto fondamentale per la valutazione preliminare del caso, la formulazione di un piano di terapia, la valutazione del risultato terapeutico e la sola valida difesa del proprio operato in caso di contestazioni.

3. IL DELEGARE INTERVENTI CHE ESULANO DALLA PROPRIA COMPETENZA

È necessario accettare pareri e consulti di altri specialisti in specifici settori di intervento che esulino dalla propria competenza; per contro è necessario aggiornarsi costantemente sull'evoluzione scientifica della materia (art. 16 c.d.). A questa tematica si collega direttamente il problema dell'aggiornamento professionale e della sperimentazione di tecniche operative e materiali.

3.1 Sperimentazione

La sperimentazione di farmaci e tecniche è indispensabile al progresso medico e scientifico e connaturata all'istinto intellettuale che spinge l'uomo alla conquista di una sempre migliore condizione; il problema presenta importanti riflessi etici, morali, deontologici e giuridici.

Non esiste ancora una normativa organica in materia e l'argomento presenta una legislazione ancora in divenire. Per il paziente sussiste l'obbligo di tutelare la propria integrità fisica (art. 5 c.c. *Atti di disposizione del proprio corpo*); la legge, inoltre, affida all'Istituto Superiore di Sanità ed al Sistema Sanitario Nazionale il compito di stabilire una disciplina di sperimentazione, produzione e distribuzione dei farmaci (Legge 7 agosto 1973, n.519; Legge 23 dicembre 1978, n.833).

I fondamentali riferimenti attuali sono di natura deontologica ed etica per i quali la sperimentazione clinica deve essere ispirata (Codice Internazionale di Etica Medica Helsinki Giugno 1964; Carta di Venezia 1969):

- Come condizione fondamentale al consenso informato del paziente
- Come condizioni giustificative alla fondatezza dei presupposti scientifici
- Come finalità al principio del maggior bene per il paziente nell'impossibilità di utilizzare alternative più adeguate e sicure, come si verifica ad esempio nel caso di fallimento di precedenti cure.

La sperimentazione si distingue in biologica quando è eseguita a scopo di ricerca senza fini di utilità sul soggetto passivo; terapeutica quando viene applicata nella speranza di un beneficio per la salute.

La sperimentazione di farmaci o materiali per i quali non è autorizzata la vendi-

ta al pubblico, tecniche che si discostino molto da quelle comunemente accettate, non è illecita ma è sconsigliabile per il libero professionista; tale attività dovrebbe essere riservata a strutture di ricerca e programmata secondo adeguati protocolli della cui validità ed esperibilità siano garanti apposite commissioni etico- scientifiche (art.52 c.d.).

Nell'esercizio della libera professione possono comunque essere ammesse sperimentazioni di tecniche nelle quali il rischio sia di minime proporzioni, riconducibile ad una esposizione a pericolo perfettamente controllabile e privo di incidenza negativa sul decorso della malattia; in tali casi la mancata informazione non dovrebbe ritenersi la violazione di un obbligo propriamente detto.

A tale proposito ricordiamo che esiste nella pratica clinica un aspetto peculiare: il verificarsi di un danno al paziente conseguente all'utilizzazione di farmaci o presidi medico-chirurgici privi di controlli e autorizzazioni; tale situazione è fortemente suggestiva di responsabilità civile riconducibile ad attività pericolosa (art. 2050 c.c. *Responsabilità per l'esercizio di attività pericolose*).

Ancora oggi sono in commercio materiali dentari che risultano privi di autorizzazioni, specifiche di composizione e supporto di ricerca clinica; per il dentista che utilizza senza controllare tali materiali può essere ipotizzata una situazione analoga alla attività sperimentale.

3.2 Aggiornamento

Il sanitario ha l'obbligo deontologico di adeguare le proprie conoscenze nell'ambito di una formazione professionale permanente (art. 23 c.d.) per garantire al paziente la tutela alla salute; un ulteriore sprone è costituito dalla responsabilità penale che può derivare dall'imperizia e dal fatto che, quanto maggiore è la qualifica, maggiore è la severità con cui è richiesto e giudicato dal magistrato l'uso della massima perizia, prudenza e diligenza.

Per i dentisti dipendenti o convenzionati con il SSN esiste un preciso obbligo di aggiornamento attraverso corsi istituiti dalle USL: il dipendente ha obbligo di frequentare periodicamente corsi di aggiornamento scientifico professionale permanente (art. 46 DPR 20-12-1979, n. 761 Stato giuridico dei dipendenti USL; legge 833/78 Riforma sanitaria); per lo specialista ambulatoriale convenzionato con il SSN l'aggiornamento è stato regolamentato con l'accordo collettivo nazionale (art. 21 DPR n. 316/90).

Il dentista libero professionista non ha vincoli e deve provvedere personalmente, secondo scienza e coscienza, all'aggiornamento nei suoi diversi aspetti; in particolare devono essere curate:

- La preparazione del professionista in modo da evitare i limiti delle conoscenze per insufficiente preparazione o mancanza di aggiornamento continuo, in quanto procedure operative riconosciute scorrette o superate sono chiaramente censurabili.
- L'addestramento del personale ausiliario di cui il professionista è responsabile (art. 2232 c.c. *Esecuzione dell'opera*).
- Il possesso e la manutenzione di strumentario e supporti tecnologici efficienti e al passo con le conoscenze scientifiche e tecniche; vanno eliminati quindi materiali e dispositivi obsoleti.

4. IL VALUTARE L'OPPORTUNITÀ DI UNA AZIONE LEGALE PER IL RECUPERO DEL CREDITO

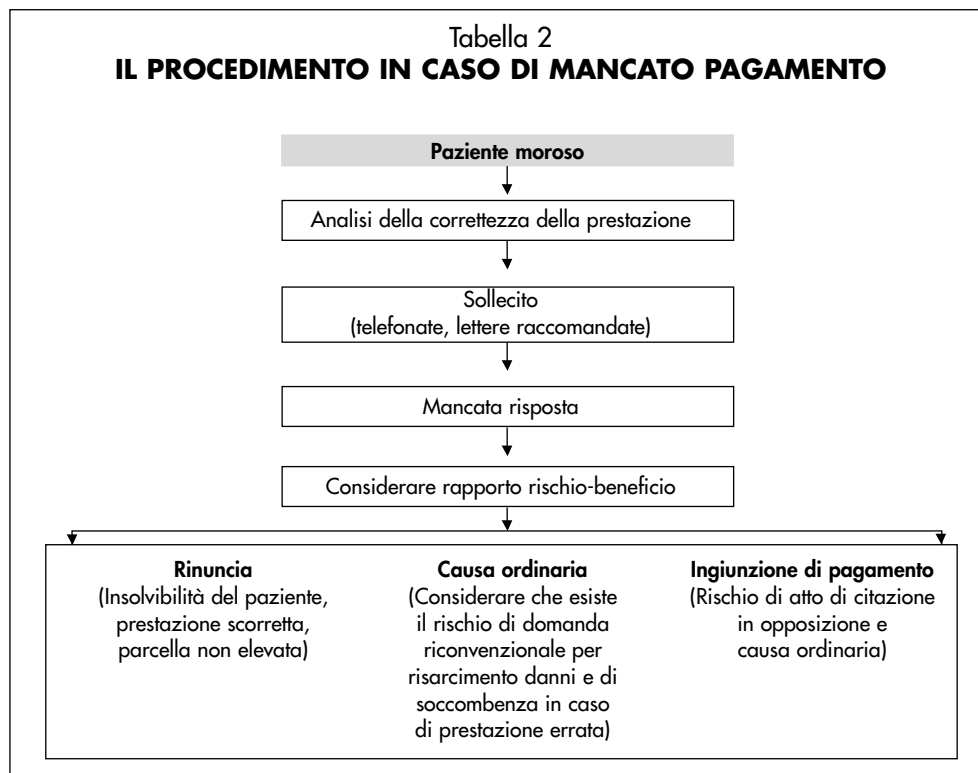
Una delle situazioni che con maggior frequenza si risolve in un'arma a doppio taglio per il professionista è l'ingiunzione di pagamento ad un paziente moroso.

Il professionista nei casi di morosità del paziente (ritardato o mancato pagamento) ha tre anni di tempo per chiedere il pagamento della parcella, periodo oltre cui si perde il diritto alla riscossione perché il debito cade in prescrizione per decorrenza oltre i limiti di tempo (art. 2956 c.c. *Prescrizione di tre anni*). La prescrizione incorre dal momento in cui il diritto può essere fatto valere, identificato come il termine delle prestazioni o la richiesta di saldo documentalmente comprovata (ad esempio con una lettera raccomandata con ricevuta di ritorno).

Non è sempre corretto procedere alla riscossione del credito perché possono configurarsi alcune situazioni in cui è preferibile la rinuncia in quanto non l'azione non è giustificata dal rischio di aumentato esborso economico: insolvibilità del paziente, prestazione non corretta, parcella non elevata.

Nel caso la parte debitrice rifiuti il pagamento, il professionista può procedere con lettere a solleciti e successivamente promuovere una causa ordinaria o in alternativa una ingiunzione di pagamento.

Ricordiamo peraltro che, l'azione giudiziale per il recupero del credito non è necessariamente subordinata all'esito dell'eventuale contenzioso circa la qualità della pre-



stazione effettuata, che fosse stata promossa dal paziente nei riguardi del sanitario.

Il paziente che, ritenendo di aver avuto una prestazione non corretta, voglia opporsi ad un decreto ingiuntivo di pagamento sarà costretto ad iniziare una causa legale per danni; ne deriva che il dentista si troverà a dover affrontare una lite nella quale, imprevedibilmente rispetto alle attese, si viene a discutere del suo operato professionale come parte convenuta in giudizio in ipotesi di responsabilità professionale.

Per tale motivo è indispensabile controllare preventivamente e procedere solo nei casi dove si disponga di documentazione clinica che comprovi la corretta esecuzione tecnica.

Per quanto riguarda l'ingiunzione di pagamento è interessante notare come tale azione spesso abbia un esito esattamente opposto a quanto sperato dal dentista: è frequente, infatti, osservare che il ricorso a tale prerogativa abbia avuto, in molte occasioni, l'effetto di spingere pazienti, che avevano ricevuto terapie inadeguate e non avrebbero promosso un contenzioso civile, a opporsi con una domanda riconvenzionale di risarcimento danni per non vedersi costretti a pagare prestazioni scorrette. Si verifica cioè una situazione in cui l'ingiunzione di pagamento provoca un procedimento civile per responsabilità professionale nei propri confronti, rovesciando i termini della questione ed i risultati attesi dall'azione legale; per tale motivo consigliamo di verificare con estrema attenzione la correttezza della prestazione protesica in modo da non promuovere cause per crediti inesigibili.

2. IL COMPORTAMENTO NELLE FASI DEL CONTENZIOSO

A. Rigoli, F. Montagna, S. Sperandio

Nel nostro Paese attraversiamo ciclicamente dei periodi nei quali si assiste ad una vera e propria recrudescenza del contenzioso nei confronti di singole realtà professionali e anche la figura del medico odontoiatra, non vi è dubbio, è entrata da tempo a pieno diritto in questa “classifica” che vede, sempre più sovente, chiamato in giudizio il dentista per eventi attinenti alla sua responsabilità professionale.

Come comportarsi, quindi, nel caso in cui il paziente abbia, è il caso di dirlo, il dente avvelenato nei confronti del vostro operato?

Anche in professionisti di buon livello abbiamo visto, nella nostra esperienza, il reiterarsi di comportamenti illogici o francamente autolesionisti:

- Assenza completa di polizza assicurativa per responsabilità professionale che obbliga il professionista in prima persona al risarcimento dei danni
- Polizze inadeguate che non garantiscono specifiche tipologie di prestazioni erogate (ad esempio l'implantologia) o con massimali inadeguati che richiedono una integrazione da parte del dentista del risarcimento corrisposto dalla compagnia assicurativa al paziente.
- Assenza di assistenza legale prevista come integrazione della polizza; con il risultato di dover pagare in tutto o in parte le spese di giudizio
- Omessa o ritardata denuncia di sinistro alla compagnia di assicurazione con conseguente perdita del diritto di surroga e manleva da parte di quest'ultima
- Mancata o ritardata costituzione in giudizio per non aver tempestivamente incaricato un legale e/o la compagnia assicurativa con il risultato di essere condannati in contumacia o perdere alcuni diritti della difesa
- Adottare posizioni ingiustificatamente rigide (ad esempio escludendo la propria colpa e possibilità di transazione) o demandare la gestione della lite a legali e consulenti tecnici inutilmente polemici e/o inesperti con la conseguenza di aumentare il contraddittorio, i tempi e i costi di procedimenti giuridici insostenibili per il professionista.

Nel corso di un procedimento civile è invece importante attuare una corretta condotta, in modo da facilitare una corretta risoluzione giuridica del caso e tutelare i propri diritti.

Tabella 1

SUGGERIMENTI PER EVITARE IL CONTENZIOSO GIURIDICO SFAVOREVOLE

Prevedere i possibili sviluppi giudiziari
 Avvertire l'assicurazione e valutare l'efficacia della garanzia
 Valutare l'esistenza di responsabilità
 Seguire il caso
 Tentare la conciliazione extragiudiziale (transazione)

1. IL COMPORTAMENTO A SEGUITO DI UNA RICHIESTA DI RISARCIMENTO

La richiesta è costituita generalmente da una lettera del paziente o del legale, segna l'inizio formale del contenzioso in quanto rappresenta la costituzione in mora cioè l'intenzione del creditore-paziente di esigere il proprio credito dal creditore-dentista (artt.1206-1229 c.c.).

Costituisce un avvertimento per il sanitario della necessità di attivarsi prontamente: la cosa assolutamente da evitare è quella di ignorare o chiudere nel cassetto della scrivania eventuali lettere raccomandate di richiesta, seppur generica, di risarcimento danni.

1.1 Valutare la situazione

Il numero di complicazioni aumenta proporzionalmente con il progresso scientifico, l'affinarsi delle tecniche e l'elevato numero di interventi complessi eseguiti; intendiamo dire che è inevitabile commettere in buona fede qualche errore nella propria attività professionale.

A tal riguardo è opportuno ricordare che in caso di contestazioni o presunto errore è difficile mantenere la propria obiettività ed è consigliabile verificare il parere di un consulente medico-legale prima di inasprire la propria posizione.

L'errore peggiore consiste comunque nel non riconoscere, per presunzione, i propri errori; non valutare serenamente il caso impedisce di adottare le necessarie misure terapeutiche o trasferire informazioni utili alla mediazione della controversia. Nel caso si accerti la presenza di responsabilità professionale, il punto nodale della questione è rappresentato dalla valutazione: chi risarcisce, quanto si risarcisce, è possibile la transazione extragiudiziale o è inevitabile un procedimento civile?

Le variabili che determineranno l'evolversi della situazione sono numerose: disponibilità al dialogo delle parti; obiettiva valutazione del danno e fondatezza delle richieste e delle offerte risarcitorie.

Ricordiamo infine la opportunità di valutare il rapporto rischio/beneficio considerando che i riflessi negativi di un procedimento legale per responsabilità professionale sono per il dentista molteplici. La perdita della parcella dovuta è solo un aspetto marginale considerando altri rischi.

Il riflesso più immediato consiste nella perdita di credibilità della propria immagine professionale nei confronti di pazienti e della cerchia di persone che verranno a conoscenza del contenzioso o per la pubblicità indotta dal procedimento legale: il danno complessivo quindi può risultare amplificato e imprevedibilmente più vasto di quanto si possa immaginare.

1.2 Avvertire la compagnia assicurativa e valutare l'efficacia della garanzia

La situazione di assenza di copertura assicurativa non dovrebbe mai verificarsi in quanto pone il dentista in una posizione delicata in cui dovrà difendersi in prima persona con estrema accortezza.

Una volta che pervenga una raccomandata di richiesta danni da parte del paziente o del suo legale (l'effetto è identico), è buona norma notificare tempestivamente la compagnia di assicurazione dove avete stipulato la polizza di responsabilità professionale; quindi non appena ricevuta la richiesta generica di risarcimento danni, recatevi

subito dal vostro agente assicurativo o inviate via fax o per raccomandata la denuncia di sinistro fornendo tutti gli elementi storico - documentali che possono servire ad istruire adeguatamente il fascicolo che verrà aperto.

Il dentista deve trasmettere tempestivamente la richiesta di risarcimento del paziente alla propria assicurazione, cioè entro 1 anno dalla richiesta danni documentata, come ad esempio con una lettera raccomandata con ricevuta di ritorno (art. 2952 c.c. *Prescrizione in materia di assicurazione*); è evidentemente opportuno fornire copia della documentazione clinica accompagnata da una relazione sul caso.

La polizza che avete sottoscritto, infatti, prevede un dovere di collaborazione dell'assicurato che deve agevolare il compito del liquidatore designato a prendere in esame la pratica vera e propria.

Il contatto con la Compagnia Assicurativa permette inoltre di verificare la presenza ed i limiti della polizza stipulata di responsabilità civile: si deve verificare se la prestazione contestata sia coperta o esclusa dalla garanzia assicurativa; in caso negativo sarete invitati a gestire in prima persona la situazione facendo intervenire un legale di vostra fiducia.

I diritti derivanti dal contratto di assicurazione per la responsabilità civile si prescrivono in un anno, con decorrenza dal giorno in cui il terzo danneggiato ha richiesto il risarcimento all'assicurato (art. 2952 c.c. *Prescrizione in materia di assicurazione*); la comunicazione alla Compagnia entro tale termine dal momento in cui si riceve la lettera richiesta di risarcimento, è importante per evitare la prescrizione del diritto di manleva che lascerebbe il sanitario privo di copertura assicurativa.

L'assicurazione provvederà alla nomina di un consulente medico-legale per la valutazione del caso e procedere ad una proposta di risarcimento.

Nei casi in cui non è certa la copertura assicurativa è opportuno nominare un proprio consulente di parte tecnico e legale poiché la compagnia non è tenuta a difendere il professionista al di fuori della garanzia prevista: nel caso la compagnia assicurativa ritenga il sinistro estraneo alla garanzia può negare o ritardare il suo intervento in attesa di essere chiamata in causa durante il processo.

In alcuni casi esiste il rischio che il dentista si trovi a pagare il risarcimento di tasca propria:

- Decorrenza dei termini per la denuncia del sinistro alla compagnia (controllare i dati esposti in polizza)
- Decorrenza dei termini per la chiamata in causa durante il procedimento civile
- Assenza della copertura assicurativa, come ad esempio il professionista che non sia assicurato in toto o nello specifico campo di applicazione della prestazione contestata (ad esempio, l'implantologia)
- Risarcimento eccedente l'ammontare della copertura assicurativa prevista nel caso di massimale basso in presenza di danni rilevanti, come ad esempio la morte del paziente
- Condanna alla restituzione della parcella per risoluzione del contratto
- Danno non coperto dalla polizza; a tal proposito ricordiamo che la maggior parte delle polizze prevedono la garanzia solo per il danno biologico emendabile economicamente; non è assicurabile il danno economico per terapie scorrette in assenza di lesione o la restituzione della parcella percepita.

1.3 Valutare la opportunità di consulenti legali e medico-legali propri

La documentazione disponibile deve essere raccolta e valutata criticamente; poiché non è sempre agevole giudicare la situazione sono a tal fine indispensabili le consultazioni con un avvocato e un medico-legale per decidere la condotta da tenersi.

Le compagnie assicurative dispongono di professionisti fiduciari per svolgere tale valutazione ma essi difendono primariamente gli interessi della Compagnia; nei casi dubbi è decisamente consigliabile farsi parte diligente indicando o nominando in aggiunta, di vostra iniziativa, un medico-legale specialista del settore, la cui opera, in molti casi, si rivela essenziale per la strategia difensiva.

Quando è opportuno contattare personalmente un avvocato e un medico legale?

Nel caso in cui la vostra polizza non copra il sinistro la compagnia non può farvi da scudo nei confronti delle pretese economiche della controparte.

In questi casi è opportuno nominare propri consulenti che esaminino la questione sotto ogni profilo sia per prendere contatto con la controparte, sia per verificare se effettivamente la vostra polizza escluda la copertura per quel determinato rischio: bisogna tenere presente, infatti, che può anche capitare che la vostra compagnia di assicurazione abbia negato la copertura su un presupposto frutto di errate interpretazioni di clausole, oppure di discutibili valutazioni medico-legali. È assolutamente normale che si possano verificare tali situazioni, ed è per questo che è opportuno un secondo filtro della situazione dato dal parere del vostro avvocato e medico-legale.

Detto questo, e nell'ipotesi in cui vi sia la necessità o la scelta di rivolgersi al proprio avvocato per una difesa in giudizio o per un parere tecnico, bisogna tenere presente quali siano i diritti ed i doveri reciproci, al fine di ingrandire e mettere a fuoco quello che solitamente sono le classiche preoccupazioni del "cliente": i costi e la durata del procedimento.

Il compenso della prestazione dell'attività professionale è liberamente determinabile (art. 2233 c.c. *Compenso*); in assenza di tale convenzione tra avvocato e cliente, la terminazione è affidata alle tariffe, agli usi, o, previo parere del Consiglio dell'Ordine, all'Autorità Giudiziaria. In ogni caso, poi, il compenso deve essere adeguato all'importanza dell'opera svolta ed al decoro della professione (art. 2233 secondo comma del codice civile *Compenso*).

I minimi di tariffa sono comunque inderogabili ed è vietato il cosiddetto patto di quota lite, cioè è vietato per l'avvocato stipulare, neppure per interposta persona, alcun patto relativo ai beni che formano oggetto delle controversie affidate al suo patrocinio, sotto pena di nullità e dei danni (art. 2233 terzo comma *Compenso*).

Il compenso, poi, è sempre dovuto dal cliente all'avvocato anche quando nessuna somma sia stata liquidata dal Giudice a carico del cosiddetto soccombente (in sostanza, se la causa è stata vinta, ma per particolari ragioni il Giudice ritenga di operare la cosiddetta compensazione delle spese di lite, oppure per semplice dimenticanza non abbia provveduto, il cliente deve comunque pagare il compenso all'avvocato). Qualora non vi sia stata una diretta pattuizione con il cliente per la misura del compenso l'avvocato stende la parcella contenente la specifica di spese, diritti ed onorari relativi all'attività prestata, applicando le tariffe professionali per l'opera svolta avanti quel determinato organo giudicante, secondo il valore e l'importanza del lavoro fatto. La parcella costituisce (Cass. N. 4409 del 1979) prova presuntiva delle prestazioni svolte e può essere soggetta a contestazioni.

Per quanto concerne la durata dei procedimenti, a parte il contenzioso pendente avanti i Giudici di Pace che è ancora risolto in tempi brevi, in Pretura, in Tribunale, Corte d'Appello e Cassazione, i tempi sono irriferribili in termini di anni e il problema, difatti, appare di difficilissima soluzione per i molteplici aspetti tecnici e politici che lo compongono.

1.4 La conciliazione extragiudiziale: la transazione e l'arbitrato irrituale

In caso di responsabilità evidente è opportuno verificare la possibilità di conciliazione extragiudiziale piuttosto che accedere ad un procedimento giudiziario, probabilmente perso, che determinerà un aumento dei costi; comunque la risoluzione richiede esperienza e buon senso, doti la cui mancanza è spesso alla base di procedimenti giudiziari inutili.

Gli ostacoli all'esecuzione di una conciliazione sono di molteplici ordini non sempre componibili in quanto:

- Non è sempre possibile transare a fronte di pretestazioni di danni inesigibili o richieste esagerate; a questo riguardo può essere determinante un atteggiamento corretto dei Consulenti Tecnici che valutino con equità il danno e lo spieghino alle Parti.
- Atteggiamenti di intolleranza e rigidità possono nascere da errori di valutazione nel caso il dentista ritenga, erroneamente, di non aver commesso un errore o di essere completamente coperto dalla garanzia assicurativa per la prestazione inadeguata.

La transazione extragiudiziale è certamente la modalità di conclusione più frequente del contenzioso odontoiatrico.

La nozione di transazione consiste in un contratto scritto in cui le parti risolvono o prevengono una lite facendosi reciproche concessioni (art. 1965 c.c. *Nozione*; art. 1966 c.c. *Capacità a transigere e disponibilità dei diritti*).

La transazione anche una volta eseguita è annullabile quando sia eseguita su documenti falsi o dolosamente occultati, pretese dimostrate in seguito temerarie (art. 1971 c.c. *Transazione su pretesa temeraria*; art. 1974 c.c. *Annullabilità per cosa giudicata*; art. 1975 c.c. *Annullabilità per scoperta di documenti*).

La transazione inoltre non conclude definitivamente la vertenza potendo essere annullata nel caso compaiano successivi aggravamenti non previsti della patologia o ulteriori errori professionali forieri di responsabilità non precedentemente individuati.

La transazione può essere eseguita personalmente dal dentista o affidando il caso alla propria assicurazione; in questo ultimo caso, comunque, si deve considerare la possibilità di un conflitto di interessi tra assicurato e assicuratore che potrebbe impedire il pacifico contenimento del contenzioso.

A tale riguardo sottolineiamo come sia talvolta necessario per il dentista intervenire economicamente ad integrazione del risarcimento proposto dalla Compagnia di assicurazione al danneggiato per coprire eventuale pregiudizio economico non garantito dalla polizza come ad esempio: la restituzione della parcella inutilmente pagata, danni non assicurati da estensioni (danno estetico, danno implantologico).

Da ultimo, ricordiamo che la cifra proposta per la transazione deve essere: adeguata e proporzionata al danno; sufficientemente ampia da garantire giustamente il danneggiato considerando non solo il danno patito ma anche le spese sostenute dal

danneggiato per consulenti medici e legali; tale considerazione è particolarmente valida nei casi in cui la prosecuzione in ambito giudiziario del contenzioso si risolverebbe con l'onere delle spese di soccombenza.

Vogliamo sottolineare che l'errore più frequente giunto alla nostra osservazione e che ha determinato l'avvio di contenzioso con esito sfavorevole, consiste nella proposta di una insufficiente offerta risarcitoria a fronte di una posizione compromessa in punto di responsabilità.

Quantificare correttamente il danno, chiedere risarcimenti equi e proporre tempestivamente un adeguato risarcimento risolvono la maggior parte dei problemi; effetto contrario sortiscono il ritardare la liquidazione del danneggiato ed il proporre cifre ridotte di risarcimento non proporzionato al danno. Come soluzione alternativa alla transazione si può utilizzare una soluzione, sicuramente di più difficile attuazione, rappresentata dall'arbitrato, che nel caso di lite già sorta prende il nome di compromesso. L'arbitrato è un procedimento mediante cui le parti si accordano per demandare il giudizio delle controversie insorte a persone da loro designate; sono previste dal Codice Civile due forme denominate arbitrato rituale e arbitrato irrituale; in questo caso si può ipotizzare la forma irrituale di più semplice esecuzione: le parti nominano un collegio di arbitri in numero dispari alla cui decisione (lodo) si vincolano per la risoluzione della vertenza.

È ferma convinzione degli Autori che sarà di fondamentale importanza in futuro fornire delle vere e proprie commissioni di conciliazione operanti entro l'ordine professionale, così come previsto da alcune proposte di legge attualmente all'esame del parlamento.

2. IL COMPORTAMENTO NEL CORSO DEL PROCEDIMENTO CIVILE

Se per indisponibilità delle parti, richieste eccessive, dubbia presenza di responsabilità il contenzioso non è componibile, l'atto di citazione segna l'inizio del procedimento civile.

La notificazione (artt.137-159 c.p.c.; 148-171c.p.p.) è il mezzo con cui si porta a conoscenza del destinatario il contenuto della citazione; la consegna è normalmente eseguita dall'ufficiale giudiziario; in ambito civile può anche avvenire dall'avvocato o procuratore legale con consegna diretta o tramite posta (L. 21 gennaio 1994, n.53).

a) Trasmettere l'atto di citazione alla compagnia assicurativa

Per gli atti giudiziari che vi siano stati notificati, la primissima cosa da fare è quella di rivolgersi alla propria Compagnia di Assicurazione (oppure ad un legale) per la costituzione in giudizio; onde evitare che scadano termini perentori per svolgere eventuali difese, cosa che potrebbe rivelarsi gravemente pregiudizievole per una corretta impostazione della strategia processuale.

La costituzione in giudizio deve avvenire almeno 20 giorni prima dell'udienza e quindi la comunicazione ai consulenti deve essere data per tempo.

b) Produrre documentazione

È importante redigere una memoria dei fatti utile alla difesa e raccogliere la documentazione del caso (cartella clinica, esami radiografici, modelli). Ricordiamo infatti che

spesso nella pratica avviene l'opposto: il paziente presenta una documentazione rilevante mentre il dentista non fornisce nessun dato utile ad organizzare una difesa. Insistiamo sul consiglio per il dentista di duplicare la documentazione da consegnare in copia ai consulenti, trattenendo per sé gli originali per evitarne il possibile smarrimento.

Per quanto attiene la documentazione, ricordiamo che nel caso il paziente, affetto da patologia di probabile origine iatrogena, abbia urgenza di procedere a nuove cure, può chiedere, come procedura d'urgenza prima del giudizio, un accertamento tecnico preventivo per fissare la situazione prima di successivi mutamenti che renderebbero difficile una successiva valutazione (art. 692 c.p.c. *Assunzione di testimoni*; art. 693 c.p.c. *Istanza*; art. 694 c.p.c. *Ordine di comparizione*; art. 695 c.p.c. *Ammisione del mezzo di prova*; art. 696 c.p.c. *Accertamento tecnico e ispezione giudiziale*).

c) Seguire gli sviluppi del procedimento giudiziario

Fatta questa prima serie di attività preliminari, è opportuno, poichè non vi dimentichiate del sinistro ma gli dedicate l'attenzione che merita, seguendo gli sviluppi in relazione alla sua complessità.

Se la vostra polizza assicurativa ha un massimale elevato, che vi mette al riparo da rischi di natura personale, potrete stare tranquilli; in presenza di garanzia assicurativa efficace la compagnia provvede alla difesa nominando un collegio difensivo.

È chiaro che, qualora non pendesse nei vostri confronti un processo penale per l'evento di cui si tratta e qualora la polizza avesse un massimale adeguato in rapporto alla richiesta della controparte, la situazione potrà tranquillamente essere gestita dalla vostra compagnia di assicurazione che vi tutelerà al meglio.

Diversa la situazione, invece, di massimale insufficiente in rapporto alla richiesta della controparte o se vi sia stata anche una querela nei vostri confronti, che sarà destinata a sfociare, presumibilmente, in un processo nel quale sarete imputati, per esempio, di lesioni colpose.

Nel caso di massimale inadeguato e/o querela è più che opportuno chiarire con la compagnia di assicurazione quale strategia sia la più idonea da adottare nel prosieguo della lite: non sempre, infatti, gli interessi di compagnia ed assicurato coincidono (contrasto di interessi).

Non coincidono, per esempio, nel momento in cui il massimale sia inadeguato e, quindi, si possa verificare che la Compagnia scelga di liberarlo in favore dell'avente diritto, lasciandovi a fronteggiare da soli le ulteriori richieste della controparte. Non coincidono, per esempio, anche nel caso in cui alla Compagnia possa interessare, in sede penale, la prospettiva di un patteggiamento da parte vostra, per poi discutere solo in sede civile il quantum della pretesa, cosa che a voi potrebbe risultare non accettabile ritenendo che sussistano ottime ragioni per sostenere un processo penale con valide possibilità di assoluzione piena.

Talvolta si verifica il caso contrario: qualora l'assicurato non abbia la minima intenzione di affrontare il dibattimento penale, mentre la compagnia ravvisi profili e strategie difensive percorribili in giudizio.

Per tali motivi è opportuno, nei casi all'evidenza più delicati, avere a disposizione un collegio di difesa (legale della compagnia e legale di fiducia) che vi possa chiarire i pro ed i contro di una strategia difensiva piuttosto che un'altra.

Tutte queste segnalazioni non vogliono essere il frutto di diffidenza generalizzata, ma, viceversa, intendono costituire una forma di autodifesa nei confronti di un sistema burocratico-tecnico-giudiziario che, affinandosi sempre più e complicandosi di conseguenza, richiede una vigilanza più attenta da parte del soggetto in questione.

Come detto è senz'altro possibile, nei casi giudiziari più delicati, affiancare, previo accordo con la propria compagnia di assicurazione, un legale di fiducia (il cui pagamento rimarrà a vostro carico) piuttosto che, a posteriori, pentirsi di aver trascurato la vicenda, magari incolpando la compagnia di assicurazione di atteggiamenti processuali non adeguati o addirittura in contrasto con i propri interessi.

d) Valutare la consulenza tecnica d'ufficio

Ricordiamo la possibilità di ruscare un consulente d'ufficio nominato dal Tribunale prima dell'assunzione dell'incarico, nel caso esistano le condizioni che impediscano un giudizio sereno e corretto (art. 63 c.p.c. *Obbligo di assumere l'incarico e ruscita del consulente*). Le parti possono intervenire alle operazioni di consulenza di persona o a mezzo di propri consulenti tecnici o difensori e presentare istanze ed osservazioni (art. 194 c.p.c. *Attività del consulente*); le condizioni migliori si verificano quando si dispone di un collegio composto da un medico legale affiancato da un dentista. Dopo il deposito della CTU è importante verificarne l'esito e analizzare la metodologia utilizzata per arrivare alle conclusioni in modo da individuare errori metodologici o arbitrarietà che si prestino a controdeduzioni utili a diminuire o escludere la responsabilità professionale.

Nel caso di CTU corretta e sfavorevole al dentista si può ancora considerare la possibilità di proporre una transazione giudiziale o lasciare progredire il processo fino a sentenza; nel caso di CTU incompleta si devono eseguire le controdeduzioni e richiedere un supplemento di indagine medico- legale o chiarimenti; nel caso di consulenza scorretta si può valutare la possibilità di richiedere la sostituzione del CTU (art.196 c.p.c. *Rinnovazione delle indagini e sostituzione del consulente*).

e) Valutare la sentenza

Nel caso le parti non si adeguassero alla decisione si può proporre ricorso al grado successivo (Appello, Cassazione) previa valutazione del rapporto rischio beneficio e l'opportunità.

La sentenza di condanna in un procedimento civile può comportare diverse conseguenze di tipo economico:

- a) Risoluzione del contratto e restituzione della parcella da parte del professionista
- b) Risarcimento del danno a carico dell'assicurazione entro i limiti delle condizioni di polizza ed a carico del professionista per rischio non coperto
- c) Spese legali diversamente divise secondo parere del magistrato a carico della parte soccombente, ripartite tra le parti, a carico del danneggiato nel caso di causa temeraria.

Si deve considerare che le spese aumentano proporzionalmente al numero dei consulenti tecnici e dei legali chiamati in causa e ordinariamente il magistrato pone le spese legali e di giudizio a carico della parte soccombente. Si consideri ancora che nella pratica, proprio per l'atteggiamento radicato di maggior garantismo nei confronti del paziente/cliente, anche nel caso di soccombenza di questo il magistrato può deci-

dere per la compensazione delle spese di giudizio tra le parti. È del tutto eccezionale, in definitiva, che sia riconosciuta al paziente la temerarietà dell'iniziativa processuale, condizione questa necessaria perchè tutti i costi processuali siano a suo carico.

Ciò vuol dire, in buona sostanza, che il dentista dovrà essere pronto ad affrontare certe spese quand'anche gli venga riconosciuta ragione piena; costi di lite non raramente prossimi se non francamente superiori all'oggetto del contendere, così da rappresentare, una volta che la lite si sia radicata, un ostacolo ad una equilibrata soluzione transattiva.

Tabella 1 COMPORAMENTO NELLE FASI DEL PROCESSO CIVILE	
RICHIESTA DI RISARCIMENTO	Lettera del legale o del paziente (costituisce l'inizio formale del contenzioso giuridico o costituzione in mora)
DENUNCIARE IL SINISTRO ALL'ASSICURAZIONE	Verificare presenza e validità della garanzia assicurativa (massimale, franchigia, prestazioni previste) Evitare la prescrizione del diritto di manleva (1 anno)
VALUTARE IL CASO	Raccogliere la documentazione (duplicare) Stendere memoria Fornire documentazione ai consulenti della assicurazione Nei casi dubbi affiancare propri consulenti (conflitto d'interessi)
TENTARE CONCILIAZIONE STRAGIUDIZIALE	Nei casi di evidente responsabilità professionale tentare la soluzione rapida; in alcuni casi è consigliabile integrare la proposta della assicurazione con la restituzione della parcella percepita (transazione)
PROCEDIMENTO CIVILE	Inviare l'atto di citazione all'assicurazione Produrre documentazione e memoria (in copia) Valutare la necessità di consulenti propri Valutare la CTU (eseguire controdeduzioni o chiedere la sostituzione del CTU) Valutare la possibilità di conciliazione giudiziale (transazione)
SENTENZA	Valutare la sentenza Adeguarsi alla decisione o ricorrere al grado successivo

Bibliografia

1. BARNI M., SANTOSUOSSO A.: *Medicina e diritto. Prospettive e responsabilità della professione odontoiatrica oggi*, Ed. Giuffrè, Milano, 1995
2. BILANCETTI M.: *La responsabilità penale e civile del medico*, Cedam, Padova, 1995
3. CALCAGNI C., ORBAN F.: *Osservazioni medico-legali sull'attività professionale odontoiatrica*. *Zacchia*, 56, 149, 1983.
4. MARRA A.: *L'odontoiatra nella legislazione e nella giurisprudenza*, Ed. Mediamix, Milano, 1991
5. ROMANO C., BUCCELLI C.: *Problemi di responsabilità professionale nell'esercizio della professione odontoiatrica*, *Min. Med.Leg.*, 107, 217: 1987

PARTE H

TRAUMATOLOGIA

1. LA METODOLOGIA DI APPROCCIO MEDICO-LEGALE

P.O. Carli, F. Montagna

L'inserimento di alcuni capitoli di traumatologia in un libro preminentemente dedicato alla responsabilità professionale potrebbe apparire ultroneo, ma ci ha condizionati in tale scelta un duplice ordine di considerazioni che dimostrano la necessità da parte del dentista di conoscere, oltre il protocollo clinico di trattamento dei traumi, anche i risvolti medicolegali in campo assicurativo e giuridico.

Data la natura specialistica della materia odontoiatrica, il dentista può essere chiamato in ambito civilistico come consulente tecnico d'ufficio, in ambito forense, o di parte in ambito assicurativo per la valutazione del danno all'apparato masticatorio conseguente ad un incidente.

Nella prassi professionale non infrequentemente si verifica l'eventualità di prestare terapie d'urgenza a pazienti che presentino lesioni dentarie conseguenti a trauma e che, contestualmente, richiedano una certificazione del danno per ottenere il risarcimento da parte delle compagnie di assicurazione o per sostenere una possibile futura costituzione di parte civile per ipotesi di responsabilità.

L'interesse di tale sezione è quindi evidente considerando che è precipuo interesse della Associazione Nazionale Dentisti Italiani, attraverso cui saranno distribuite la maggior parte delle copie di questo manuale, favorire una omogenea preparazione dei propri associati in modo da garantire livelli uniformi di assistenza sul territorio nazionale; soprattutto considerando come sia probabile che, per molti colleghi, questo libro venga a costituire il parametro di riferimento più facilmente disponibile per una rapida consultazione.

Intendendo per trauma una alterazione prodotta da una causa lesiva meccanica, ci apprestiamo a porre le basi metodologiche dello studio medico-legale della traumatologia che comprende tutti i problemi peritali che concernono le lesioni prodotte dall'urto del corpo umano con oggetti in movimento o resistenze fisiche.

L'accertamento della esistenza di un danno è un giudizio diagnostico che si fonda sulla sintomatologia clinica; l'accertamento della sua origine traumatica è invece un problema valutativo che deve fondarsi su dati anamnestici analizzati alla luce del nesso di causalità.

Intendiamo dire che la possibilità teorica di rapporto tra trauma e lesione costituisce solo una premessa necessaria ma non sufficiente alla risarcibilità del danno, la cui origine dal trauma necessita di essere dimostrata secondo i principali criteri del nesso di causalità; inoltre nessuno dei seguenti criteri ha valore assoluto, poiché è necessaria la convergenza e la concordanza di tutti per conferire loro sufficiente peso:

- 1) Criterio cronologico che è fondato sulla conoscenza dei limiti di tempo entro i quali può svilupparsi la lesione e la conseguente menomazione produttiva di danno
- 2) Criterio topografico che si riferisce alla identità esistente tra la sede del trauma e la sede dell'organo leso
- 3) Criterio di sufficienza lesiva che concerne la violenza traumatica indagata per esi-

- stenza, modalità di azione, gravità in modo che sia adeguata a produrre la lesione
- 4) Criterio di continuità che richiede un'ininterrotta serie di sintomi dal momento del trauma alla comparsa del danno
 - 5) Criterio di esclusione che si basa sulla impossibilità che abbiano agito altre cause non traumatiche e la dimostrazione della inesistenza di malattie prima del trauma
 - 6) Criteri contingenti che si presentano in determinati casi, poggiati su sintomi speciali caratterizzanti l'effetto del trauma

1. LA CERTIFICAZIONE DEL TRAUMA

Non infrequentemente pazienti che abbiano subito delle lesioni all'apparato masticatorio a seguito di un trauma richiedono al dentista, a cui si siano rivolti per la terapia, una certificazione per documentare il danno a scopo assicurativo e/o in ipotesi di responsabilità civile.

Si tratta di una certificazione facoltativa dalla quale con difficoltà il dentista potrà esimersi e che riconoscerà una importanza fondamentale ai fini del risarcimento; infatti se compilata in modo inesatto o incompleto potrebbe dar luogo conseguenze negative sia per il paziente che per il dentista.

- a) Nell'interesse del paziente devono essere evitati certificati inesatti e/o erronei, cioè viziati da errore diagnostico o prognostico che ne inficierebbero la validità sulla efficacia causale del trauma e sulla reale entità del danno (*an et quantum debeatur*); tali situazioni alimentano e prolungano il contenzioso rendendone difficile la risoluzione pur senza comportare conseguenze per il dentista.
- b) Conseguenze dirette per il dentista possono invece derivare dal rilascio di certificazioni false eseguite con la volontà di contraffare la essenza dei fatti scrivendo intenzionalmente obiettivazioni o dati non rispondenti alla realtà; in tali situazioni è ipotizzabile il reato di falsità ideologica e/o falsità in atti (art. 481 c.p. *Falsità ideologica*).

In caso di incidente ricordiamo che la quasi totalità delle lesioni è di origine accidentale o colposa e che quindi l'obbligo del referto è eccezionale in quanto sussiste solo nei casi che possono presentare i caratteri di delitto perseguibile d'ufficio (modifiche dell'art.590 apportate dalla legge 689/91).

Pur trattandosi nella maggior parte dei casi di un unico documento è possibile dividere due parti relative a finalità diverse che possono talora essere distinte: la certificazione della lesione; la valutazione medicolegale del danno.

1.1 Descrizione della lesione

Tale funzione non richiede competenze specifiche di medicina legale, può essere svolta da qualunque dentista con relativa facilità e la logica nella compilazione è sovrapponibile a quella indicata per l'accertamento tecnico in sede civile.

La certificazione deve essere redatta in modo analitico prescrivendo o eseguendo gli esami ed i rilievi necessari per cogliere tutti gli elementi diagnostici e prognostici utili e/o di difficile apprezzamento futuro; lo scopo consiste nell'evitare successive contestazioni sulla efficienza lesiva dell'evento dimostrando: la presenza del danno e la sua entità; dati in grado di dimostrare il nesso di causalità tra meccanismo dell'evento dannoso ed entità del trauma

Devono essere riportati i seguenti dati:

- a) Data
- b) Generalità del danneggiato
- c) Circostanze e meccanica del trauma riferiti dal paziente
- d) Descrizione analitica delle lesioni
- e) Documentazione che riporti la data di esecuzione e i dati identificativi dell'esecutore e del paziente (fotografie endorali e del viso; radiografie endorali e panoramiche; modelli in gesso)
- f) Elementi prognostici concretamente prevedibili al momento della visita.

1.2 Valutazione del danno

La metodologia richiede competenze medicolegali e dovrebbe essere delegata a persone con esperienza e conoscenze specifiche; ricalca i principi utilizzati nella consulenza tecnica d'ufficio in sede civile dovendosi analizzare la situazione alla luce dei principi fondamentali del nesso di causalità e della quantificazione del danno; lo scopo consiste nel giungere a una valutazione personalizzata del danno alla persona, evitando simulazioni e/o pretestazioni e individuando l'evento o il soggetto responsabile.

Ricordiamo in particolare l'importanza di alcuni principi ai fini della valutazione dei postumi:

Fase	Analisi	Considerazioni medico legali
Incidente	Meccanismo, dinamica, forza del trauma	Efficienza, sufficienza lesiva Rapporto causale (diretto, indiretto)
Lesione	Localizzazione, tipo e gravità	Causa esclusiva Concausa di lesione (preesistenti, concomitanti, sopravvenute)
Menomazione	Malattia acuta Deficit funzionali permanenti Evolutività, peggioramenti futuri Possibilità di miglioramento con terapia o protesi	Periodo di malattia Postumi Stabilità Emendabilità e/o riduzione del danno permanente
Danno	Patologie preesistenti nello stesso organo Lesioni multiple a organi diversi	Stato anteriore Concausa di invalidità concorrente Concausa di invalidità coesistente
Risarcimento	Conseguenze sulla vita quotidiana ordinaria Conseguenze nel caso specifico Attività lavorativa	Danno biologico temporaneo, permanente (tabelle) Fattori correttivi (sesso, età, professione, sindromi reattive) Invalidità lavorativa specifica (temporanea, permanente)

- a) Conoscenza dello stato anteriore (concausa di invalidità concorrente)
- b) L'avvenuta stabilizzazione in rapporto alla evolutività della lesione; infatti non è sempre possibile esprimere una valutazione del danno immediatamente successiva all'evento traumatico in quanto esistono una serie di lesioni eterogenee la cui evoluzione impone talora un consapevole rinvio.
- c) L'emendabilità cioè la riduzione del danno ottenibile con i trattamenti terapeutici o protesici.
- d) La iniziale valutazione del danno attraverso parametri generali (tabelle di valutazione) va in alcuni casi corretta considerando il ruolo di fattori correttivi (età, sesso, lavoro, ecc.) che conducano ad una quantificazione personalizzata del risarcimento.

Bibliografia

1. CORTIVO P., BETTI D., BORDIGNON D., PANIZZON S.: *Aspetti medico legali in traumatologia dentaria: obiettivazione e diagnosi di permanenza delle lesioni alla dentatura adulta*, Riv. it. med. leg., 1, 1990: 65-96
2. MARTUCCI E.: *La diagnosi degli esiti nei traumi maxillo facciali*, Jura Medica, 3, 1982: 525-538

2. I TRAUMI DENTALI

P.O. Carli, F. Montagna

1. L'EPIDEMIOLOGIA E LA MECCANICA DEL TRAUMA

Le cause di traumi della regione maxillo-facciale sono le più svariate (incidenti stradali, reati di violenza, cadute, attività sportive, gioco); in molti casi sono coinvolti più organi come tessuti molli, ossa, articolazioni temporo-mandibolari, dentatura, sistema nervoso centrale e periferico, occhi, rachide cervicale. I traumi possono agire con due diversi meccanismi:

- Diretto quando la lesione si sviluppa nello stesso punto di applicazione della forza, come ad esempio il diretto impatto di un solido sul dente
 - Indiretto quando la forza lesiva interessa una struttura in rapporto con il dente trasmettendogli la forza d'urto, tipico esempio è rappresentato dal trauma che agisce sulle ossa mascellari o su un corpo tenuto tra i denti (succhiotto, etc.).
- Gli effetti possono variare in relazione al verificarsi di diversi fattori:
- L'energia dell'impatto: quanto maggiore è la massa contundente e minore la velocità dell'impatto tanto più facilmente si determinano danni ai tessuti parodontali; velocità elevata e massa ridotta, invece, determinano fratture dentali.
 - La resistenza dell'oggetto: nel caso il trauma avvenga per un oggetto elastico o interposizione di materiale morbido (labbra, maglione) risultano più frequenti lesioni dei tessuti molli periorali, alveolari o parodontali; mentre, per un mezzo contundente non elastico, maggiori saranno i danni a carico di denti.
 - La forma dell'oggetto: un oggetto piccolo distribuisce la forza su una piccola superficie e determina con facilità fratture parcellari dei denti; mentre oggetti larghi e ottusi causano un aumento dell'area di resistenza e provocano danni complessi con fratture coronoradicolarie complicate.
 - L'angolo e direzione della forza d'urto sull'asse del dente è un ultimo fattore determinante: l'impatto sulla superficie vestibolare perpendicolare all'asse radicolare può causare uno spostamento in direzione linguale o una frattura coronale o coronoradicolare se il tessuto parodontale resiste; l'impatto sul margine incisale può causare l'intrusione del dente e/o la frattura coronale associata.

2. I TRAUMI DEI DENTI PERMANENTI

La classificazione delle lesioni traumatiche dei tessuti dentari e parodontali ed i trattamenti correlati sono stati schematizzati nelle tabelle 1, 2 e 3; è opportuno inoltre approfondire alcuni aspetti della terapia per facilitare una migliore comprensione dei problemi clinici e delle complicazioni che influiscono sulla valutazione medico-legale del danno:

- a) A seguito di lesioni dentali sono necessari controlli di vitalità pulpare e radiologici a distanza di 1-6 mesi in quanto sono possibili necrosi differite con percentuale di incidenza variabile nelle diverse lesioni. Un dente che presenti discromie o sintomatologia infettiva deve essere devitalizzato immediatamente; un dente traumatizzato può risultare negativo ai test di vitalità per alcuni mesi dopo il trauma riprendendo successivamente la sensibilità.

- b) In caso di frattura dentale complicata con esposizione pulpare in un dente immaturo con apice aperto si devono applicare i trattamenti endodontici che permettono la formazione della radice (incappucciamento diretto, pulpotomia) o la chiusura dell'apice (apicificazione); successivamente è consigliabile proporre al paziente la devitalizzazione per evitare la comparsa di complicanze.
- c) In presenza di frattura radicolare del terzo coronale generalmente è possibile il recupero della radice eseguendo un perno moncone e corona, talvolta preceduti da un trattamento per rendere la radice residua riutilizzabile (ortodonzia per estrudere e/o intervento di chirurgia parodontale).
- d) In presenza di frattura radicolare del terzo medio o apicale la conservazione della vitalità pulpare può permettere una riparazione dentino-cementizia; la necrosi pulpare comunque è un evento frequente; pur a seguito di terapia canalare le possibilità di guarigione sono ridotte e si dovrà in molti casi ricorrere all'estrazione entro un periodo più o meno lungo; talvolta nel caso di frattura apicale è possibile asportare il frammento con intervento chirurgico, mantenendo il dente (apicectomia).
- e) In presenza di lesioni parodontali la stabilizzazione va protratta per 6-8 settimane per permettere la guarigione delle fibre parodontali, delle fratture alveolari e delle strutture dentinali.
- f) Dopo una lussazione completa non è consigliabile formulare un giudizio prognostico superiore a 3-5 anni a seconda della valutazione del caso (condizioni dell'apice radicolare, la metodica di trasporto e conservazione, il tempo intercorso tra il trauma ed il reimpianto); le percentuali di successo a 5-10 anni variano dal 40 al 60%.
- g) Accanto alle lesioni di immediato riscontro a carico della corona, della radice e del parodonto possono comparire complicazioni a distanza: endodontiche (necrosi pul-

Tabella 1
FRATTURE CORONALI

Lesione	Definizione	Terapia	Esiti
Infrazione dello smalto	Linea di frattura dello smalto senza perdita di sostanza	Controlli clinici e radiografici della vitalità a distanza (6 mesi, 1 anno)	Generalmente talvolta
Frattura dello smalto	Fr. con perdita di smalto	Molaggio, levigatura Ricostruzione conservativa Controllo della vitalità a distanza	Nessuno; Necrosi pulpare
Frattura della dentina senza esposizione pulpare	Fr. di smalto e dentina con perdita di sostanza	Protezione pulpodentinale Ricostruzione conservativa Controlli vitalità a distanza	Nessuno; Necrosi pulpare
Frattura con esposizione della polpa	Esposizione della polpa in dente con apice non formato	Incappucciamento diretto Pulpotomia vitale e apicificazione Ricostruzione conservativa Terapia endodontica	Necrosi pulpare Frequente
	In dente maturo	Ricostruzione conservativa, protesi	

pare, calcificazione della polpa dentale, riassorbimento interno); parodontali (riassorbimento periferico, anchilosi, perdita di supporto osseo); occlusali (migrazione di elementi dentari contigui, estrusione degli antagonisti, diastemi, malocclusione).

Frattura	Definizione	Terapia	Esiti
Terzo cervicale	Fr. della gengiva marginale	Terapia endodontica Asportazione frammento Chirurgia parodontale o estrusione ortodontica Protesi	Recupero del dente e ricostruzione con corona
Terzo medio	Fr. a livello di metà radice	Stabilizzazione e controllo della vitalità; terapia endodontica in caso do necrosi Estrazione	Guarigione possibile Estrazione e sostituzione protesica frequente
Terzo apicale	Fr. dell'apice	Stabilizzazione e controllo della vitalità; terapia endodontica in caso do necrosi Asportazione frammento apicale (apicectomia) o estrazione	Estrazione e sostituzione protesica
Longitudinali	Fr. lungo l'asse verticale del dente	Estrazione	Estrazione e sostituzione protesica

3. I TRAUMI DELLA DENTATURA DECIDUA

Nella attività ambulatoriale odontoiatrica, la richiesta di assistenza clinica per un danno dentario di origine traumatica nei bambini rappresenta una eventualità frequente e la terapia segue protocolli sperimentati che appartengono alle conoscenze di ciascun operatore; particolari difficoltà invece insorgono nello stesso caso quando all'odontoiatra o al medico legale sia richiesta una valutazione per il risarcimento del danno biologico conseguente alla menomazione dentaria.

I dati epidemiologici mostrano una prevalenza dei traumi dentali nel bambino del 2% con la presenza di due picchi di frequenza:

- Il primo a carico della dentatura decidua, senza differente distribuzione tra i sessi, verso i 2-3 anni di età, quando il bambino inizia a camminare;
- Il picco di incidenza massima avviene in età scolare tra gli 8-12 anni in relazione ad attività ludiche e sportive e con una differenza significativa tra i sessi, con un rapporto maschio:
- Femmine di 2,2% rispetto a 1,6%; interessa la dentatura definitiva, più frequentemente gli incisivi centrali mascellari (90%) in pazienti con protrusione mascellare o dentoalveolare (61%).

Le situazioni sono costituite da cadute (45-50%), gioco (30-35%), bicicletta (10-15%) e altro (nuoto, ginnastica, liti).

Tabella 3
LESIONI PARODONTALI

Lesione	Definizione	Terapia	Esiti
Concussione	Contusione lieve con dolore alla percussione, lussazione senza dislocazione; mobilità patologica	Riposo funzionale (stabilizzazione 2-3 sett.); controllo della vitalità 6-12 mesi	Complicanze a distanza: necrosi pulpare o obliterazione del canale (2-32%)
Sublussazione	Lussazione con parziale dislocazione	Riposizionamento e stabilizzazione 6-8 sett.; ortodonzia; controllo vitalità pulpare 6/12 mesi	Necrosi pulpare, obliterazione del canale (35-41%)
Lussazione	Avulsione traumatica	Reimpianto; impianto alloplastico; protesi di sostituzione	Restitutio ad integrum; anchilosi; riassorbimento infiammatorio esterno; necrosi pulpare e riassorbimento interno
	Intrusione (lussazione centrale)	Riposizionamento; attesa di eruzione spontanea in denti con apice aperto	

Le fratture coronali nella dentatura decidua sono molto meno frequenti che nella permanente a causa della forma piccola e tozza delle corone e della ridotta consistenza ossea; con maggior frequenza, invece, si verificano lussazione o avulsione.

Le fratture coronali possono essere otturate; lussazioni e contusioni lievi non richiedono alcun trattamento; in caso di lussazioni importanti e fratture radicolari può essere considerata l'avulsione e la successiva applicazione di dispositivi mantenitori di spazio per evitare lo spostamento della dentatura contigua e la perdita di spazio in arcata.

In linea generale più è giovane il bambino più è opportuno cercare di conservare il dente, mentre dopo i 4-5 anni è indicata l'avulsione considerando che i decidui non hanno più la funzione di mantenere lo spazio per i permanenti.

Il trauma di un dente deciduo frontale può causare alterazioni dei denti permanenti riportate in letteratura con percentuali diverse dall'1-2% dei casi sino a 19-68%; in particolare le lesioni gravate dal maggior numero di complicanze sono le lussazioni con inclusioni e la dislocazione.

Nella genesi del danno al germe del dente permanente (incisivi, mascellari) ha importanza il tipo di trauma e l'età del soggetto:

- In un soggetto di due anni generalmente il trauma non comporta lesioni ai denti permanenti poiché a quell'età il germe del permanente è situato buccalmente (posteriormente rispetto al deciduo); un danno è possibile solo nel caso di traumi particolarmente forti.
- Dopo il quarto anno di età il germe dentario si spinge vestibolarmente durante il processo eruttivo e finisce col trovarsi al di sopra dell'apice del deciduo; per cui è

possibile che traumi diretti sul deciduo si ripercuotano sul permanente; tra i tipi di trauma la lussazione centrale è il tipo di lesione più frequentemente implicato per l'elevata possibilità di lesione diretta causata dall'intrusione.

Non si può prevedere quale sia l'entità della lesione e le sue conseguenze; dopo alcuni mesi sarà possibile evidenziare radiologicamente eventuali alterazioni dello sviluppo del germe ma la valutazione clinica definitiva è possibile solo a seguito dell'eruzione.

Tabella 4
**LESIONI DELLA DENTATURA DEFINITIVA CONSEGUENTE
A TRAUMI SUI DECIDUI**

LESIONE	DESCRIZIONE
Lesioni dirette	
Discromia sottosuperficiale e discromia superficiale ruvida	Macchie bianche dello smalto da ipocalcificazione; macchie giallo-brunastre dello smalto causate dalla degradazione dell'emoglobina in emosiderina per pregressa emorragia
Ipoplasia dello smalto e malformazione amelodentinale	Fossette simili a incisioni; banda orizzontale di dentina non ricoperta da smalto
Dilacerazione coronale o radicolare	Deformazione e curvatura della corona; angolazione vestibolare o laterale della radice (deformazione a baionetta o inginocchiamento); duplicazione della radice
Frammentazione del germe	Arresto parziale o totale di formazione della radice (radice rudimentale); malformazione tipo odontoma (massa solida con radiopacità simile al dente)
Degenerazione del germe	Arresto di formazione; distruzione del germe
Lesioni indirette	
Inclusione	Ritenzione per anchilosi o deformazione; perdita di spazio in arcata
Eruzione ectopica Eruzione prematura Eruzione ritardata	Dislocazione del germe; perdita dello spazio e in arcata

4. LE INDICAZIONI E LA DURATA DELLA RIABILITAZIONE

Le possibilità di riabilitazione sono costituite dalla conservativa, ortodonzia e protesi; il risarcimento richiede la conoscenza delle terapie specialistiche, l'indicazione alla loro applicazione, gli esiti e percentuali di successo della terapia ed i tariffari medi; ricordiamo di seguito alcune nozioni fondamentali.

a) *Terapia conservativa*

In caso di frattura della corona dentale non complicata la terapia consiste nella ri-

costruzione conservativa e, se necessaria nella terapia canalare. La maggior parte degli studi sulle otturazioni in composito si riferiscono a periodi sperimentali da tre a sei anni e le casistiche di osservazione su periodi superiori sono molto limitate; la durata delle ricostruzioni è indicata compresa tra i 4-8 anni. La durata di una otturazione estetica quindi dovrebbe essere valutata entro tale periodo di tempo considerando che, a causa della natura stessa dei materiali, l'abrasione meccanica, la pigmentazione e l'infiltrazione marginale rappresentano i principali problemi che richiedono un rifacimento del restauro conservativo dopo tale periodo di tempo. La durata di una otturazione in amalgama è indicata superiore ai 10 anni in letteratura ed è accettabile per una equa prognosi a fini medico-legali. In considerazione dell'elevato rischio di frattura del dente devitale, a seguito di terapia canalare deve essere prevista la protesizzazione.

b) Ortodonzia

In caso di avulsione dentale la chiusura dello spazio edentulo rappresenta una soluzione stabile e definitiva che richiede una apparecchiatura fissa multibande; gli svantaggi sono rappresentati dall'impegno rappresentato dalla terapia e dalla lunga durata (circa 2 anni); talvolta è necessario estrarre elementi sull'arcata antagonista per equilibrare il materiale dentario seguendo un piano di trattamento che preveda un miglioramento occlusale complessivo.

Le indicazioni alla chiusura ortodontica sono costituite da: un paziente adolescente con dentatura definitiva erotta; la perdita di un solo dente; la tendenza al morso aperto e schema dolicofacciale; la presenza di una malocclusione con sproporzione dento-alveolare e affollamento dentario.

c) Protesi

Nel paziente giovane si dovrebbero eseguire sostituzioni protesiche temporanee evitando la protesizzazione definitiva sino all'età di 18-20 anni. Sino a quest'età infatti si verificano processi di migrazione ed eruzione dentale, rimodellamento alveolare e dell'osso basale mandibolare e mascellare che impediscono la possibilità di ottenere un buon ancoraggio protesico e una valida stabilità del risultato estetico ed occlusale.

In letteratura si ritrovano alcune indicazioni che sono da ritenere valide ed accettabili nella maggior parte dei casi:

- Eseguire corone a giacca o in metallo resina come protesi provvisorie su denti singoli fratturati non recuperabili con restauro conservativo; in caso di frattura coronale è consigliabile utilizzare un perno moncone metallico definitivo e sovrapporre una corona provvisoria in attesa della protesi definitiva.
- Applicare una protesi parziale rimovibile o un mantenitore di spazio in caso di avulsione dentaria in presenza di dentatura decidua o in via di eruzione (sino ai 12-13 anni).
- Dopo i 14 anni vi è l'indicazione ad applicare protesi a ponte fisse provvisorie in resina acrilica o ponti adesivi. Le preparazioni protesiche devono essere eseguite rispettando la vitalità della accettando ponti lievemente sovracontornati in considerazione dell'ampiezza della camera pulpale e dei canalicoli dentinali.
- In caso di edentulia superiore a due elementi contigui è opportuno utilizzare una protesi rimovibile sino al 16-17esimo anno di età, per non influenzare lo sviluppo del sistema stomatognatico.

- La terapia implantare deve essere eseguita su pazienti adulti al termine della crescita, non prima del 18esimo anno di età (14esimo secondo alcuni Autori) e vanno utilizzate protesi provvisorie in resina.

La durata della terapia protesica fissa definitiva mostra una percentuale di successi del 90-95% a 8-10 anni in letteratura. Secondo questi dati, indicativamente il ricambio protesico per una protesi definitiva dovrebbe essere previsto ogni 10-15 anni; per una protesi provvisoria fissa ogni cinque anni, poichè eseguita con materiali di minor pregio e soggetta a maggiore usura.

5. CONSIDERAZIONI

Il trattamento terapeutico delle lesioni traumatiche dentarie segue protocolli terapeutici ben codificati che prevedono una terapia immediata, intermedia, definitiva e successivi rifacimenti.

La valutazione medico-legale attraverso punti percentuali di invalidità lavorativa permanente o danno biologico appare uno strumento poco duttile per la valutazione di un danno di limitate proporzioni (microinvalidità), come il danno dentario suscettibile di trattamenti conservativi con buona prognosi a lungo termine.

Tale incongruenza appare evidente nel caso di lesioni minime che richiederebbero ipotesi valutative percentualizzate con frazioni di punto ignorando il nucleo del danno rappresentato dal danno emergente patrimoniale, spesso di entità non trascurabile, rappresentato dal rimborso di spese di cura con la previsione di costi futuri certi o quantomeno probabili.

Del resto anche nel caso di avulsione dentaria la valutazione espressa con un punteggio percentuale di danno, pur nella sostanziale sovrapposibilità delle tabelle medico-legali proposte in letteratura e valutata economicamente con le tabelle utilizzate nelle diverse sedi di tribunale, raramente permette di coprire il reale esborso economico a cui andrà soggetto il danneggiato nell'arco della vita.

Per questo motivo in ambito civilistico, con sempre maggior frequenza, ai consulenti tecnici è posto il quesito di esprimere una valutazione economica globale che preveda la terapia ed i rifacimenti futuri ad estinzione completa del danno biologico alla persona. Tale atteggiamento a nostro avviso rappresenta un approccio dinamico al problema di estrema attualità e richiede conoscenze specifiche delle singole fasi di terapia e del costo medio professionale.

Consigliamo quindi di proporre un risarcimento economico per le spese sanitarie in modo prioritario. Il danno biologico residuo può essere emendato con un punteggio percentuale ridotto di 1/3 o $\frac{1}{3}$ a seguito della protesizzazione (come indicato nel capitolo sul danno biologico) ritenendo che tale soluzione trovi miglior collocazione nel risarcimento del danno futuro.

Non è mai abbastanza sottolineato, inoltre, che per garantire un equo e congruo risarcimento dovranno essere individuate le condizioni preesistenti come ad esempio: bruxismo, malocclusioni, carie e terapie preesistenti, anomalie strutturali (amelogenesi e dentinogenesi imperfetta, ipoplasia dello smalto, odontogenesi imperfetta).

Tali situazioni infatti portano alla introduzione di coefficienti correttivi del danno emergente con proporzionale riduzione del risarcimento in quanto avrebbero comunque richiesto delle terapie o accelerato l'usura fisiologica indipendentemente dal fatto traumatico causa della lesione.

Tra i casi in cui la valutazione definitiva deve essere differita dopo la stabilizzazione del danno, quando cioè non siano prevedibili ulteriori complicazioni ed aggravamenti ricordiamo:

- Le complicanze a carico della polpa dentale (necrosi pulpari, calcificazioni della polpa, riassorbimento esterno ed interno) che possono avvenire a distanza di 6-12 mesi dal trauma.
- La guarigione di lesioni endodontiche che richiede 6-12 mesi di tempo
- Le lesioni avvenute nei bambini in dentatura decidua che possono determinare danni ai denti definitivi (posizione e sviluppo) e devono essere valutati a permuta dentale conclusa
- I danni residui estetici per la permanenza di cicatrici e/o deformazioni che devono essere valutati a distanza di 6-12 mesi o dopo la chirurgia plastica
- Le lesioni neurologiche che possono regredire a distanza di 6-12 mesi per rigenerazione del nervo - I reimpianti dentali che non possono essere considerati una soluzione definitiva, anche con controlli a 2-3 anni di distanza.

Un problema particolare è rappresentato dai danni sulla dentatura permanente conseguenti a traumi su denti decidui, in quanto gli esami effettuati dal dentista nell'immediatezza dell'evento traumatico non forniscono elementi prognostici sul manifestarsi di future lesioni, finché non sia avvenuta la loro eruzione.

In linea teorica tale situazione non essendo prospettabile in via di certezza o di probabilità ma delineandosi solo in termini sostanzialmente possibilistici, configura un danno aleatorio o eventuale o possibile e come tale non risarcibile immediatamente ma solo a dentizione ultimata, una volta verificato il danno reale.

A nostro avviso in questi casi è opportuno prevedere la possibilità di un risarcimento dopo l'eruzione dei denti permanenti; consigliamo quindi di:

- Fornire una documentazione, nell'immediatezza del trauma, che attesti il probabile nesso di causalità in relazione al manifestarsi di danni futuri ad anni di distanza
- Indicare sulla certificazione il tempo di osservazione a distanza necessario in modo da giustificare la richiesta di un eventuale risarcimento del danno a distanza

Tabella 5
GUIDA ALLA VALUTAZIONE

Tipo di trauma	Valutazione	Risarcimento
Dentatura decidua	Evidenziare malocclusioni preesistenti Attendere permuta dentaria per valutare danni sui denti definitivi	Spese per cure immediate odontoiatriche Danno biologico temporaneo per il periodo di edentulia (10-20% o cifra equitativa) Protesi ortodontiche per stabilizzare l'occlusione (mantenitori di spazio) Valutazione differita del possibile danno biologico permanente
Dentatura definitiva	Evidenziare lo stato preesistente Attendere la stabilizzazione (6 mesi-1 anno) prima della quantificazione	Spese per cure d'urgenza Spese per cure future e rifacimenti Danno biologico permanente residuo (1/2,1/3 del valore tabellare)

- Informare il genitore o il tutore in modo chiaro ed esauriente sul fatto che non si può quindi rispondere in modo certo alla domanda sulla conseguenza del trauma
- Segnalare all'ente assicurativo eventualmente presente la necessità di differire la liquidazione del danno.

Bibliografia

1. ANDREASEN J. O.: *Lesioni traumatiche dei denti*, Piccin, Padova, 1982: 258-261
2. ANDREASEN J.O., ANDREASEN F.M.: *Le lesioni traumatiche dei denti*, Ed. Ermes, Milano, 1992
3. CORTIVO P., BORDIGNON D., BETTI D., BERTAGGIA R.: *Possibili effetti menomanti sull'assetto definitivo dell'apparato stomatognatico dopo lesioni traumatiche alla dentatura decidua e permanente giovane*, Riv. it. med. leg., X, 1988: 50-62.
4. CORTIVO P., BORDIGNON D., BETTI D., BERTAGGIA R.: *Sulla stabilizzazione delle lesioni traumatiche alla dentatura decidua e permanente giovane ai fini della valutazione del danno*, Riv. it. med. leg., X, 1988.
5. CORTIVO P., BORDIGNON D., BETTI D., BERTAGGIA R.: *Le alterazioni traumatiche della dentatura decidua non produttive di menomazione permanente. Aspetti clinici e medico-legali*, Riv. it. med. leg, X, 1988.
6. CORTIVO P., BORDIGNON D., BETTI D., FAVERO L.: *Il risarcimento del danno in traumatologia dentaria*, Piccin Ed., Padova, 1990.
7. CORTIVO P., BORDIGNON D., BETTI D., FAVERO L.: *Il risarcimento del danno da trauma alla dentatura decidua e permanente giovan*, Ed. Piccin, Padova, 1992.
8. CORTIVO P., BETTI D., BORDIGNON D., PANIZZON S.: *Aspetti medico-legali in traumatologia dentaria: obiettivazione e diagnosi di permanenza delle lesioni alla dentatura adulta*, Riv. it. med. leg, 1, 1990: 65-96

3. I TRAUMI MAXILLO-FACCIALI

F. Montagna

1. LE LESIONI DEI TESSUTI MOLLI

La peculiarità dei tessuti molli del viso è costituita dalla stretta interconnessione tra funzionalità ed estetica e quindi dalla frequente comparsa di postumi che causino deturpazioni del viso e perdita della mimica. Infatti, poiché i collegamenti settali tra cute della faccia e muscolatura mimica e l'elevata vascolarizzazione regolata tramite il sistema nervoso autonomo rendono possibile l'espressione del viso, ne consegue che le cicatrici causano un inestetismo importante per la vita di relazione.

Le lesioni dei tessuti molli, che con elevata frequenza possono associarsi a fratture cranio-facciali, possono essere di molteplice tipologia (tab. 1).

Generalmente le lesioni sono di tipo lacero-contuso, causate dall'urto con corpi contundenti costituiti da oggetti senza specifiche peculiarità (a superficie piana o convessa o con spigoli non taglienti); nei grandi traumatismi, come ad esempio negli incidenti stradali, si possono sommare vari meccanismi traumatologici in cui alle azioni contusive si sommano altre azioni a seguito di caduta, precipitazione, investimento. Come fattore prognostico per la gravità delle cicatrici è importante sottolineare la presenza di linee di tensione della cute (RST Relaxed Skin Tension), che sono determinate dalla muscolatura mimica e sono perpendicolari alla direzione di trazione; corrispondono alle rughe e sono in grado di mascherare le cicatrici quando queste abbiano analoga direzione; nel caso di ferite divergenti, invece, le forze elastiche della pelle allontanano i margini e facilitano l'evidenziarsi delle cicatrici.

Tabella 1
LESIONI TRAUMATICHE FREQUENTI

Tipo	Descrizione
AZIONE CONTUSIVA:	
Ferita lacero contusa	Margini strappati, schiacciati irregolari, con lacerti e retrazione.
Escoriazione	Asportazione degli strati più superficiali di epidermide e mucose
Ecchimosi	Interruzione dei vasi sanguigni con infiltrazione dei tessuti circostanti (ematoma, petecchie, soffiusioni, vibici, suggellazioni)
Fratture ossee	Infrazioni; fratture parcellari, complete, comminute, chiuse, esposte, a becco di flauto, a spirale, ecc.
AZIONE DA PUNTA	Ferita profonda con orifizio di entrata e tramite; senza perdita di sostanza
AZIONE DA TAGLIO	Ferita a margini netti per recisione (forma lineare e sottile, estremità appuntite a codetta, assenza di briglie e lacerti)

Tabella 2
ESITI DI LESIONI DEI TESSUTI MOLLI

Esito	Osservazioni
Cicatrici	Cicatrici atrofiche ipertrofiche (cheloidi), retrazioni, pterigi, discromie
Perdita apparato pilifero	Capelli, sopracciglia
Perdita di tessuti	Franimento di naso, orecchie, labbra; depressioni circoscritte
Atrofia delle palpebre	Ectropion, mancata chiusura, perdita di mobilità, Ptosi
Tatuaggi indelebili	Inclusioni di frammenti di corpi estranei
Alterazioni vegetative	Alterazioni della vascolarizzazione, irrorazione e sudorazione (sindrome di Frey)
Lesioni neurologiche	Ipomotilità, paresi (N. facciale) Ipoestesia, parestesia, anestesia (N. trigemino)

2. LE LESIONI DELLO SCHELETRO MAXILLO-FACCIALE

Il tipo di lesione ossea può essere classificato in varie tipologie che presentano implicazioni diverse.

a) *La contusione*

È la conseguenza minore della forza traumatica che si verifica in zone protette da un sottile tessuto sottocutaneo; consiste in sanguinamento al di sotto del periostio (ematoma sottoperiosteo).

b) *La fissurazione*

Definita anche con il termine di infrazione, interessa solo un lato della corticale, mentre viene mantenuta la continuità dell'osso; una forma particolare è la frattura a legno verde in cui il rivestimento periosteo impedisce la dislocazione.

c) *La frattura*

È definita come completa ed incompleta; chiusa ed esposta. Nelle fratture complete può verificarsi lo spostamento delle estremità che è definito dislocazione diretta, quando è causata dall'azione della forza lesiva, indiretta quando è causata dalla trazione muscolare. Si parla di frattura diretta qualora l'osso si fratturi nel punto di applicazione della forza; indiretta quando la rima di frattura compare in un altro punto. Per quanto riguarda la localizzazione delle lesioni ricordiamo che lo scheletro facciale, o splancnocranio, è comunemente diviso in tre parti:

- a) Il terzo inferiore è costituito dalla mandibola; le fratture del terzo inferiore del viso sono le più frequenti ammontando al 65-70% del numero complessivo delle fratture cranio-facciali: il 55-60% riguardano la sola mandibola e il 5-10% sono combinate con altri distretti.

- b) Il terzo medio si estende dai denti superiori sino al margine superiore dell'orbita e la radice del naso (tra glabella o sutura fronto-nasale e il piano occlusale) ed è composto dalle ossa mascellari, palatine, nasali, malari, ponte zigomatico; questo sistema è formato da un sistema di cavità delimitato da robusti pilastri ossei che sono determinanti per la resistenza. Per questo motivo le azioni traumatiche portano a fratture in grandi frammenti in punti tipici che permettono una classificazione in base a linee di frattura ricorrenti. La percentuale delle fratture cranio-facciali nel distretto del terzo medio è del 35-40% del numero complessivo.
- c) Il terzo superiore comprende una regione il cui limite impreciso arriva sino alla linea del capillizio; i traumi si accompagnano a lesioni del neurocranio che esulano dalla competenza maxillo-facciale.

Nel trattamento delle fratture bisogna distinguere tra terapia conservativa e chirurgica:

- La terapia conservativa si serve di legature con ferule, o fili metallici, applicate legando assieme i denti delle due arcate; utilizzando l'intercuspidazione dei denti come ausilio per ottenere una fissazione intermascellare in normocclusione. La immobilizzazione intermascellare rigida dura 4-6 settimane ed obbliga il paziente ad un'alimentazione esclusivamente liquida.
- La terapia chirurgica è eseguita con placche, viti di trazione, fili di sospensione nel corso di un intervento chirurgico; è indicata nelle fratture con dislocazione, mandibole parzialmente o totalmente edentule, fratture comminute, fratture del terzo

Tabella 3
FRATTURE MANDIBOLARI

Regione	Forma di frattura	Sintomatologia
MENTO	Mediana e paramediana	
REGIONE CANINA, DENTI POSTERIORI	Laterale	
ANGOLO MANDIBOLARE	Goniaca	Lesioni di tessuti molli Deformazione del profilo
RAMO MANDIBOLARE	Posizioni diverse: longitudinale, trasversale, processo goniaco, collo	Mobilità abnorme dei capi ossei Crepitio Malocclusione
CORONOIDE	Coronoide	Tumefazione Trisma
PROCESSO CONDILOIDEO	Posizioni diverse: intracapsulare, parte centrale, base processo condilare.	Deficit neurologico (n. trigemino)
MULTIPLE	Combinazioni più frequenti: mento + 2 condili canino + angolo controlaterale canino + condilo controlaterale bilaterale mento	

medio della faccia che richiedono riposizione e fissazione mediante chirurgia; con questo tipo di terapia il bloccaggio intermascellare è ridotto o non necessario a seconda dei casi.

Tabella 4
FRATTURE DEL TERZO MEDIO

Localizzazione	Forma di frattura	Sintomatologia
REGIONE CENTRALE	Processo alveolare e denti	Lesioni dentali Precontatti occlusali
	Le Fort I (distacco del complesso dento-alveolare sopra il palato duro)	Morso aperto Appiattimento del viso (pseudoprogenismo)
	Le Fort II (osso mascellare separato dallo scheletro facciale)	Morso aperto Allungamento e appiattimento del viso
	Scheletro nasale (naso-mascellare, naso-etmoidale)	Dismorfia nasale Stenosi nasale
	Non classificabili	Diversi sintomi
REGIONE LATERALE	Arco e osso zigomatico	Appiattimento zigomi Trisma (per blocco della coronoide) Diplopia Sinusiti mascellari
	Orbita (margine laterale, pareti)	Infossamento oculare Disturbi visivi (diplopia)
	Complesse (zigomatico-orbitale, zigomatico -mascellari, zigomatico-mandibolari)	Cfr fratture orbita e arco zigomatico
REGIONE MEDIA E LATERALE COMBINATA	Le Fort III (distacco dell'intera regione mediofaciale dalla base cranica) Altre combinazioni	Cfr Le Fort I e II; lesioni craniche (liquorrea); lesioni oculari (diplopia, amaurosi, protrusione oculare per ematomi retrobulbari).
BASE CRANICA ANTERIORE E LATERALE	Fronto-mascellare (distacco della regione del terzo medio e della base cranica anteriore)	Cfr. Le Fort II e III
	Latero-basale (ossotemporale e rocca petrosa)	Disturbi di udito ed equilibrio Paralisi del facciale

3. LE LESIONI DELLE ARTICOLAZIONI TEMPORO-MANDIBOLARI

I traumi rappresentano una importante causa di mioartropatie i cui effetti possono essere molteplici e diversi in relazione all'entità, alla modalità e alla direzione.

Il trauma è definito diretto quando la forza agisce nella zona della lesione, come nel caso di percosse o cadute; indiretto quando la forza agisce in un distretto a distanza, come avviene nelle lesioni da contraccollo tipiche del colpo di frusta.

a) La contusione

Le due superfici articolari si urtano una contro l'altra causando schiacciamento della cartilagine e del disco articolare con possibili lacerazioni dei legamenti articolari ed ematoma. L'esame clinico immediato evidenzia tumefazione e dolore alla pressione della regione articolare, limitazione della mobilità (trisma); un'alterazione temporanea dell'occlusione può essere causata da postura antalgica, versamento articolare o ematoma intracapsulare (spazio articolare allargato in radiografia). L'osservazione a distanza raramente permette di apprezzare danni permanenti o postumi invalidanti che risultano peraltro rari.

b) La distorsione

Consiste in uno spostamento di breve durata (oltre la mobilità fisiologica degli elementi articolari) che causa iperestensione e possibile lacerazione della capsula e dei legamenti articolari. Tale lesione è spesso priva di esiti sfavorevoli ma possono conseguire alcuni postumi: lo stiramento e la lacerazione dei legamenti possono causare lassità legamentosa ed instabilità articolare; una emorragia intrarticolare può evolvere durante la guarigione in aderenze fibrose che limitano la mobilità articolare. Clinicamente e radiologicamente la distorsione è indistinguibile dalla contusione; nella maggior parte dei casi si verifica una guarigione senza esiti.

c) La lussazione

È uno spostamento persistente dei capi articolari che non regredisce spontaneamente: nella lussazione completa il capo articolare esce dall'acetabolo; nella sublussazione permane un contatto parziale tra acetabolo e capo articolare. La diagnosi si fonda sulla evidente malposizione evidenziabile clinicamente e radiologicamente. Ad una lussazione traumatica può residuare una lassità legamentosa con lussazione abituale. Nella lussazione abituale i legamenti sono talmente lassi che i normali rapporti articolari sono modificati anche da sollecitazioni fisiologiche, presentandosi frequenti recidive durante i movimenti funzionali (apertura della bocca, sbadiglio).

d) La sindrome algico-disfunzionale

Può verificarsi, oltre che cronicamente per motivi dovuti al trauma occlusale, per dislocazione acuta traumatica del disco articolare nel corso di un incidente. La lacerazione della capsula e dei legamenti permette al muscolo pterigoideo laterale di dislocare il menisco articolare dalla sua posizione fisiologica tra condilo e superficie articolare dell'eminenza glenoide. Il quadro si presenta come mioartropatia acuta che tende a cronicizzare, evidenziata da rumore articolare come schiocco e crepitio, limitazione funzionale e dolore accentuato dai movimenti mandibolari. La dislocazione trasversale del menisco deve essere ricordata poiché si accompagna tipicamente a morso laterale aperto sul lato malato.

e) La frattura

In caso di frattura intracapsulare del condilo, la trazione del muscolo pterigoideo laterale determina frequentemente la dislocazione del frammento condilare. La perdita di supporto osseo può causare una dislocazione della mandibola e conseguente malocclusione acuta. Tra le complicanze più temute ricordiamo: l'anchilosi dell'articolazione per guarigione con saldatura dei frammenti; necrosi e formazione di un sequestro per distacco del tessuto connettivo deputato alla vascolarizzazione e nutrizione. Il mancato trattamento o il rimodellamento e accorciamento condilare determinano la guarigione in posizione anomala stabilizzando la malocclusione. Nella terapia delle lesioni articolari sono indicate prevalentemente le terapie conservative. In fase acuta si esegue inizialmente la terapia medica, terapia fisica, limitazione della funzionalità, dispositivi occlusali di decompressione; successivamente si devono effettuare esercizi attivi per evitare l'instaurarsi di una riduzione permanente della funzionalità. Le procedure chirurgiche sono prese in considerazione qualora i metodi conservativi non consentano di ottenere alcun risultato funzionale sufficiente.

Postumi	Osservazioni
Sindrome algico-disfunzionale	Dislocazione traumatica del disco articolare transitoria e/o permanente
Anchilosi	<i>Diversi quadri anatomopatologici:</i> aderenze, fibrosi, cicatrici dei legamenti; saldatura ossea di frammenti condilari dislocati.
Malocclusione dentaria	<i>Transitoria:</i> edema, ematoma articolare, posizione antalgica; <i>Permanente:</i> dislocazione laterale del menisco, perdita di supporto osseo condilare.
Artrosi deformante	Consequente a sollecitazioni errate per lunghi periodi di tempo
Sublussazione e lussazione abituale	Alla lacerazione dei legamenti residua lassità legamentosa

3.1 Le lesioni articolari da colpo di frusta

Il termine colpo di frusta sintetizza una lesione della muscolatura cervicale da contraccolpo (indiretta) determinata da incidenti in grado di provocare una violenta iperflessione - iperestensione della testa.

Il meccanismo patogenetico muta con il variare della direzione della forza scatenante:

- 1) In un tamponamento automobilistico l'impatto iniziale provoca lo spostamento improvviso in avanti del capo, mentre la testa si inarca rapidamente ed energicamente indietro con successivo ed altrettanto rapido rimbalzo in avanti
- 2) In una collisione frontale in corso di un incidente stradale lo spostamento è inverso, la iperestensione del capo avverrà dopo la iperflessione.

La sintomatologia prevalente è lo spasmo a carico dei muscoli delle spalle e del

collo (trapezio, elevatore della scapola e sternocleidomastoideo) con dolore cervicale e dorsale, limitazione dei movimenti della testa ed alterazioni della postura (cifosi, lordosi, torcicollo); talvolta si associa una sintomatologia a carico dei muscoli masticatori e delle articolazioni temporomandibolari che può comparire giorni o settimane dopo l'incidente scatenante.

Per spiegare l'insorgenza di una mioartropatia delle articolazioni temporomandibolari a distanza dall'incidente è utile chiarire la concatenazione di eventi che vengono a determinarsi. A seguito del trauma consegue una posizione antalgica della testa in flessione o estensione; questo comporta che l'infortunato dovrà riposizionare la postura del capo mediante un piegamento della colonna cervicale per mantenere parallelamente al terreno la linea di visione. Il conseguente cambiamento delle forze muscolari agenti sulla mandibola ne realizza uno spostamento in direzione distale con comparsa di malocclusione e dislocamento posteriore del condilo.

Da ricordare inoltre che la comparsa di dolore articolare è frequente durante la terapia utilizzata per il colpo di frusta poiché il collare (es. tipo Schantz); il collare ortopedico per tenere esteso ed immobilizzare il collo preme sulla mandibola e comprime l'articolazione.

4. LA VALUTAZIONE DEL DANNO

La valutazione del danno conseguente ad un trauma maxillo-facciale attribuisce un danno biologico temporaneo (o una invalidità lavorativa specifica temporanea) proporzionale alla durata della malattia acuta, convalescenza e tempo necessario alle terapie di riabilitazione; generalmente si riconosce un primo periodo di inabilità totale e successivamente parziale. Per i postumi si calcola un danno biologico permanente (o una invalidità specifica permanente) estrapolando i dati delle singole lesioni coesistenti in ambito maxillo-facciale e sistemico e facendole confluire in una valutazione globale in base al pregiudizio funzionale:

- Lesioni neurologiche (nevralgie, parestesie, ipoestesia del trigemino; paresi del facciale)
- Sinusopatie (generalmente i versamenti endosinuziali tendono a riassorbirsi senza reliquati di ordine funzionale; possono residuare comunque sinusiti croniche)
- Deformazioni estetiche (cicatrici, infossamenti della regione malare e del profilo del setto nasale, processi osteomielitici con marcate retrazioni cicatriziali e fistolizzazioni).
- Lesioni dell'apparato respiratorio (stenosi nasali)
- Danni oculari (stenosi del dotto lacrimale, riduzione della motilità oculare, diminuzione e perdita della vista)
- Danni orali (lesioni articolari con diminuita apertura della bocca; perdite dentali).

In ragione di quanto si è detto risulta evidente che gli esiti di fratture craniche e maxillo facciali, di per sé considerati, infrequentemente possono comportare conseguenze invalidanti. Intendiamo dire quindi che soltanto l'eventuale concomitanza di segni di sofferenza a carico di altre strutture porterà a una valutazione della invalidità permanente.

Per le tabelle di valutazione rimandiamo al capitolo sul danno biologico riportandone alcune indicazioni desunte dalla letteratura, riguardanti specifiche forme di danno e precedentemente non citate.

Si deve ricordare comunque che il punteggio di danno biologico può essere ridotto riconoscendo le spese emergenti per interventi sanitari ai quali è presumibile che il paziente si sottoponga per rifurre l'invalidità.

Il danno estetico spesso pretestato per lesioni odontoiatriche è da considerarsi ricompreso nel danno biologico riconosciuto per la perdita dentaria e irrilevante, una volta riabilitato protesicamente. Rilevante invece può essere in caso di traumi maxillo-facciali per la valutazione del danno estetico che deve essere calcolata secondo i seguenti presupposti:

- La sussistenza di un danno estetico risarcibile richiede il superamento della soglia di apprezzabilità;

Tabella 6
DANNO ESTETICO (Bargagna et al.)

Classe I (< 5%)

Il pregiudizio estetico è da pressochè nullo a molto lieve

L'anormalità è limitata ad esiti rilevabili ad un'osservazione generica, ma che non mutano in assoluto l'espressività del soggetto. Si tratta cioè di esiti di minime alterazioni delle strutture di supporto del volto e/o alterazioni cutanee limitate.

Rientrano in quest'ambito: piccole cicatrici visibili e/o pigmentazione anomala al volto, modesta deviazione della piramide nasale, perdita parziale di un padiglione auricolare, strabismo in forma lieve. Cicatrici lineari al collo bene evidenti, cicatrici lineari anche di grandi dimensioni al tronco o agli arti.

Classe II (6-10%)

Il pregiudizio estetico complessivo è da lieve a moderato

Il pregiudizio estetico complessivo è più rilevante e si accompagna ad una coscienza della menomazione resa obiettiva dal giudizio negativo di chi osserva il soggetto. Esiti di perdite circoscritte di strutture di supporto al volto e/o alterazioni cutanee poco importanti.

Rientrano in quest'ambito: cicatrici lineari piane di piccole dimensioni al volto, depressioni circoscritte della fronte o della guancia, modeste asimmetrie facciali, marcata deformazione della piramide nasale, perdita di un padiglione auricolare, strabismo assai evidente. Evidenti esiti cicatriziali al collo, estese aree cicatriziali al tronco o agli arti.

Classe III (11-15%)

Il pregiudizio estetico complessivo è da moderato ad importante

Il pregiudizio estetico è difficilmente emendabile ed ha una notevole rilevanza sull'espressione del volto. Si tratta degli esiti di perdite di sostanza al volto di maggiori dimensioni e/o alterazioni cutanee importanti.

Rientrano in quest'ambito: cicatrici dai caratteri molto evidenti comprese tra sopracciglia e labbro superiore, aree cicatriziali estese, asimmetrie facciali marcate, perdita di gran parte del naso.

Classe IV (16-35%)

Il pregiudizio estetico complessivo è molto importante

Si tratta di esiti che determinano un massivo sovvertimento della preesistente anatomia facciale, la cui deformazione può essere tanto severa da precludere l'accettazione sociale.

Aree cicatriziali al volto molto estese, perdita di entrambi i padiglioni auricolari, del naso o delle labbra, esiti di scotennamento completo o quasi.

- L'avvenuta stabilizzazione deve essere attesa prima della valutazione definitiva (almeno 6 mesi dall'ultimo trattamento terapeutico specifico)
- La conoscenza dello stato anteriore può ridurre l'incidenza del danno ascrivibile al trauma.

L'analisi delle caratteristiche della lesione estetica deve considerare le componenti oggettive e soggettive ed in particolare:

Tabella 7 DANNO RESPIRATORIO (Bargagna et al.)	
Grave diminuzione della pervietà nasale	(>50%)
- bilaterale	12%
- unilaterale	5%
<p>La riduzione di portata di una o ambedue le fosse nasali al di sotto del 50% ha effetti trascurabili sulla respirazione e non danno luogo a danno apprezzabile; invece stenosi maggiori interferiscono con la filtrazione, umidificazione e riscaldamento dell'aria inspirata facilitando processi infettivi e alterando lo sforzo respiratorio. La diagnosi può essere eseguita con la rinomanometria.</p>	

Tabella 8 DANNO OCULARE (Bargagna et al.)	
Stenosi dei dotti lacrimali	
- monolaterale	2-6%
- bilaterale	6-12%
Ptosi palpebrale	5-8%
Diplopia	>25%
Cecità	
- bilaterale	85%
- monolaterale	35%

- Sede (volto, collo, zone ad attrazione sessuale) e rilevabilità (cicatrici, deformazioni scheletriche e alterazione dell'espressione del viso)
- Risentimenti di ordine psichico permanenti, reattivi al postumo, intesi come patologia clinicamente accertata e plausibile
- Emendabilità attraverso trattamenti correttivi (chirurgia plastica o protesi). Il limite massimo del danno estetico è stato stabilito al 35% ed il processo valutativo considererà i correttivi (età, sesso) con oscillazioni in eccesso o in difetto non superiori a 1/3. Per deformazioni rilevanti dobbiamo considerare che si accompagnano sempre esiti funzionali che devono essere sommati ai difetti estetici nell'apprezzamento della indicazione percentuale complessiva.

Tabella 9
DANNO ALLA DEGLUTIZIONE (Bargagna et al.)

Lesioni di lingua, palato, ghiandole salivari, orofaringe, rami nervosi possono causare alterazioni della funzione deglutitoria. Un utile indice orientativo per l'apprezzamento di tale deficit è rappresentato dalle prescrizioni dietetiche necessarie.

Classe I (< 5%)

Sintomi e segni clinici lievi con carattere di saltuarietà
Stato generale: nessuna modificazione
Trattamento dietetico e/o farmacologico non necessari o, se necessari, altamente efficaci.
Nessuna interferenza sulle attività quotidiane

Classe II (6-20%)

Sintomi e segni clinici apprezzabili con carattere di remittenza.
Stato generale: non segni evidenti di malnutrizione
Trattamento dietetico e/o farmacologico necessari.
Minima interferenza sulle attività quotidiane

Classe III (21-35%)

Sintomi e segni clinici marcati, continui o sub-continui
Stato generale: compromesso; perdita di peso tra il 10% ed il 20% rispetto a quello ideale
Trattamento farmacologico, dietetico e/o chirurgico necessari
Apprezzabile interferenza sulle attività quotidiane

Classe IV (36-60%)

Sintomi e segni clinici gravi, continui o sub-continui
Stato generale: marcata compromissione; perdita di peso superiore al 20% rispetto a quello ideale
Trattamento farmacologico, dietetico e/o chirurgico necessari e non del tutto efficaci
Notevole interferenza sulle attività quotidiane pur permettendo l'autonomia personale.

Classe V (> 60%)

Sintomi e segni clinici tali da evidenziare una grave compromissione dello stato generale
Trattamento con risultati modesti o nulli, con sola attenuazione della sintomatologia
Grave interferenza sulle attività quotidiane, notevolmente limitate, fino alla totale invalidità ed alla necessità di assistenza continua.

5. CONSIDERAZIONI

Nel politraumatizzato la terapia maxillo-facciale deve inserirsi nella strategia generale d'intervento; è quindi frequente che la presenza di gravi lesioni sistemiche, in cui il dispendio di tempo per trattamento locale non sia giustificato, comporti la rinuncia al trattamento primario immediato delle lesioni maxillo facciali, differendo la correzione degli esiti a distanza (trattamento secondario).

Tale situazione rende particolarmente frequente la necessità di eseguire valutazioni medico-legali per postumi deturpanti conseguenti a traumi maxillo-facciali; in questi casi è opportuno procrastinare la valutazione del danno a notevole distanza temporale dal trauma per attendere la stabilizzazione degli esiti e/o dopo l'esecuzione degli interventi secondari necessari per ripristinare la funzionalità e l'estetica facciale.

Una netta distinzione, inoltre, deve essere operata eseguendo l'analisi dello stato anteriore per evitare di valutare danni fittizi o pretestati, ingiustamente attribuiti al trauma: per

Tabella 10
DANNO STOMATOGNATICO (Luvoni, Mangili, Bernardi)

Danno	R.C. (%)	Danno	R.C. (%)
Perdita del processo alveolare di una mascella superiore	4	Perdita totale o subtotale della mandibola	20
Perdita totale del processo alveolare della mandibola	6	Perdita di sostanza delle labbra con restringimento della rima orale	8
Perdita totale del processo alveolare dei superiori	8	Perdita di un emilabbro	10
Perdita totale dei processi alveolari dei due mascellari superiori e della mandibola	12	Perdita di un labbro	15
Perdita di uno dei mascellari superiori	12	Perdita totale di ambedue le labbra	20
Paralisi totale del nervo facciale			
a) monolaterale	8	*	
b) bilaterale	18		
Perdita di sostanza della volta palatina			
a) con possibilità di applicazione di protesi	10		
b) senza possibilità di applicazione di protesi	15		

Tabella 11
**DANNO BIOLOGICO PERMANENTE
 PER TRAUMI MAXILLO FACCIALI E CRANICI**

Brecce craniche (a seconda l'estensione)	≤ 15%
Distorsione rachide cervicali o dorsale (colpo di frusta con rachialgia segmentaria associata a limitazione funzionale)	≤ 2%
Esiti di frattura di un vertebra (con rachialgia, limitazione del movimento, contatture muscolari)	5-12%
Esiti di frattura di due vertebre (come sopra)	8-20%
Esiti di frattura marginale e/o apofisaria di vertebre (senza apprezzabili risentimenti funzionali)	≤ 4%
Sindrome soggettiva del traumatizzato cranico (cefalea con esami diagnostici negativi)	≤ 5%
Esiti di frattura extrarticolari mal consolidate (con sintomatologia dolorosa e con callo deforme e dolente)	≤ 5%

la valutazione del danno estetico si devono valutare i dismorfismi congeniti o acquisiti nel corso della crescita; in caso di perdita di denti o protesi si deve evidenziare la preesistenza di parodontopatia cronica o protesi inefficienti. Particolarmente per le lesioni articolari si deve tenere presente che un sovraccarico o una disfunzionalità di una articolazione traumatizzata possono causare anche modificazioni dell'articolazione controlaterale; nel caso di lesioni articolari dopo un trauma va considerato se lo stato sia attribuibile a tale trauma o ad una origine indipendente (malocclusione o artropatia preesistente). In questi casi generalmente l'esame clinico permette di individuare la presenza di una mioartropatia, cause e concause persistenti come migrazioni dentali conseguenti ad estrazioni, malocclusioni, parafunzioni, protesi scorrette o edentule. Ai fini della valutazione ricordiamo che:

- Nel caso di contemporanea presenza di lesioni maxillo-facciali con esiti a carico di altri organi sistemici determinati dallo stesso incidente, la valutazione percentuale va conglobata senza eseguire la somma aritmetica (concause di invalidità coesistenti)
- Se l'incidente aggrava lo stato anteriore dell'apparato stomatognatico e/o maxillo-facciale già compromesso da una preesistente patologia (concausa di invalidità concorrente), la valutazione va diminuita proporzionalmente alla gravità dello stato anteriore
- Se l'incidente aggrava uno stato anteriore patologico ma asintomatico (concausa di lesione), il risarcimento non deve essere ridotto poiché il peggioramento autonomo della patologia in assenza del trauma è da considerarsi ipotetico; a tale riguardo ricordiamo, come tipico esempio, il caso di aggravamento a seguito di un trauma di una preesistente mioartropatia odontogena clinicamente asintomatica per una situazione di adattamento neuromuscolare in occlusione abituale nonostante la presenza di fattori predisponenti occlusali.

Bibliografia

1. BUCCELLI C., RUIZ S., DI MONDA G., ESPOSITO M., QUAREMBA G.: *Proposta di un metodo di valutazione tabellare del danno fisionomico da cicatrici e comparazione con altri baremes*, *Mi-nerva Medicolegale*, 4, 1993: 163-176
2. BUZZI F.: *Occlusione, rachide e postura: esegesi delle relative competenze diagnostico-terapeuti-che sotto il profilo medico-legale e deontologico*, *Archivio di Medicina legale e delle Assicurazioni*, 4, 1991: 396-405
3. CALDERAZZI A., CAMELLA D., BATTOLLA L., FERRARI P., STEFANI R., CERETTI E., MAN-ZOTTI P., GIUCA M.R., MARRAPESE E., RITROVATO R.: *Traumi dell'articolazione temporo-man-dibolare (A.T.M.): valutazione con Risonanza Magnetica*, *Odontostomatologia e Implantoprotesi*, 4, 1992: 286-289
4. CORTIVO P., GIRARDI G., MARTINI Z., BORDIGNON D., CRESTANI C., PECORARO M.: *Sulla permanenza degli esiti cicatriziali delle ferite al viso. Presupposti fisiopatologici e clinici e pro-blematica medico-legale*, *Rivista it. med. leg.*, 1, 1987: 117-139.
5. FARMALLI A.: *Denti in Saggio di comparazione tra alcuni barèmes. Seconda versione con pro-poste per una guida italiana*. A cura di: PISTORESI T., PIEROTTI S., Tipografia Editrice Pisana, Pi-sa, 1992: 155-164.
6. FORNACIARI M., PEROTTI S.: *Lesioni da colpo di frusta cervicale: considerazioni valutative su 132 casi*, *Archivio di Medicina Legale e delle Assicurazioni*, 3, 1989: 298-312
7. LUCIA G., MAINENTI E.: *Il "colpo di frusta". Rilievi statistici e valutazioni medico-legali*, *Jura Me-dica*, 2, 1994: 273-278
8. MARTUCCI E.: *La diagnosi degli esiti nei traumi maxillo-facciali*. *Jura Medica*, 3, 1992: 525-538
9. PRADELLA F., BORDIGNON D., BETTI D., CORTIVO P.: *La dimostrazione del nesso di causalità materiale e la valutazione della permanenza nelle menomazioni post-traumatiche dell'articola-zione temporo-mandibolare: aspetti clinici e medico-legali*, *Riv. it. med. leg.*, 1, 1995: 123-140

PARTE I

APPENDICE LEGISLATIVA

1. CODICE PENALE

Titolo II° DELLE PENE

19. (*Pene accessorie: specie*). Le pene accessorie (20, 77, 166; 662 c.p.p.; 1082 c.n.) per i delitti sono:

- 1) l'interdizione dai pubblici uffici (28, 29; coord. 14, 15, 16);
- 2) l'interdizione da una professione o da un'arte (30, 31);...omissis...

Le pene accessorie per le contravvenzioni sono:

- 1) la sospensione dall'esercizio di una professione o di un'arte (35);
- 2) la sospensione dagli uffici direttivi delle persone giuridiche e delle imprese (35 bis).

Pena accessoria comune ai delitti e alle contravvenzioni è la pubblicazione della sentenza penale di condanna (36; 543 c.p.p.).

La legge penale determina gli altri casi in cui le pene accessorie stabilite per i delitti sono comuni alle contravvenzioni (671).

20. (*Pene principali e accessorie*). Le pene principali sono inflitte dal giudice con sentenza di condanna; quelle accessorie conseguono di diritto alla condanna, come effetti penali di essa (77, 139, 140; 662 c.p.p.).

30. (*Interdizione da una professione o da un'arte*). L'interdizione da una professione o da un'arte priva il condannato della capacità di esercitare, durante l'interdizione, una professione, arte, industria, o un commercio o mestiere, per cui è richiesto uno speciale permesso o una speciale abilitazione, autorizzazione o licenza dell'Autorità e importa la decadenza del permesso o dell'abilitazione, autorizzazione, o licenza anzidetti.

L'interdizione da una professione o da un'arte non può avere una durata inferiore a un mese, né superiore a cinque anni, salvi i casi espressamente stabiliti dalla legge (31, 33, 79, 139, 140; 15 ss. coord.; 662 c.p.p.; 216, 217 l. fall.; 11 T.U. di P.S.).

30. (*Condanna per delitti commessi con abuso di un pubblico ufficio o di una professione o di un'arte. Interdizione*).

...omissis...Ogni condanna per delitti commessi con l'abuso dei poteri, o con la violazione dei doveri inerenti a una pubblica funzione... omissis

Titolo III° DEL REATO

35. (*Sospensione dall'esercizio di una professione o di un'arte*). La sospensione dell'esercizio di una professione o di un'arte priva il condannato delle capacità di esercitare, durante la sospensione, una professione, arte, industria, o un commercio o mestiere, per i quali è richiesto uno speciale permesso o una speciale abilitazione, autorizzazione o licenza dell'Autorità (14 ss.coord.).

La sospensione dall'esercizio di una professione o di un'arte non può avere una durata inferiore a quindici giorni, né superiore a due anni (79, 139, 14.).

Essa consegue a ogni condanna per contravvenzione, che sia commessa con abuso della professione, arte, industria, o del commercio o mestiere (689, 691, 727), ovvero con violazione dei doveri ad essi inerenti, quando la pena inflitta non è inferiore a un anno d'arresto.

40. (*Rapporto di casualità*). Nessuno può essere punito per un fatto preveduto dalla legge come rea-

to, se l'evento dannoso o pericoloso, da cui dipende la esistenza del reato, non è conseguenza della sua azione od omissione.

Non impedire un evento, che si ha l'obbligo giuridico di impedire, equivale a cagionarlo.

41. (*Concorso di cause*). Il concorso di cause preesistenti o simultanee o sopravvenute, anche se indipendenti dall'azione od omissione del colpevole, non esclude il rapporto di causalità fra l'azione od omissione e l'evento (62, n. 5, 110, 113).

Le cause sopravvenute escludono il rapporto di causalità quando sono state da sole sufficienti a determinare l'evento. In tal caso, se l'azione od omissione precedentemente commessa costituisce per sé un reato, si applica la pena per questo stabilita.

Le disposizioni precedenti si applicano anche quando la causa preesistente o simultanea o sopravvenuta consiste nel fatto illecito altrui.

42. (*Responsabilità per dolo o per colpa o per delitto preterintenzionale. Responsabilità obiettiva*). Non può essere punito con una azione od omissione preveduta dalla legge come reato, se non l'ha commessa con coscienza e volontà.

Nessuno può essere punito per un fatto preveduto dalla legge come delitto, se non l'ha commesso con dolo, salvi i casi di delitto preterintenzionale o colposo espressamente preveduti dalla legge (27 Cost.).

La legge determina i casi nei quali l'evento è posto altrimenti a carico dell'agente come conseguenza della sua azione od omissione.

Nelle contravvenzioni ciascuno risponde della propria azione od omissione cosciente e volontaria, sia essa dolosa o colposa.

43. (*Elemento psicologico del reato*). Il delitto:

è doloso, o secondo l'intenzione, quando l'evento dannoso o pericoloso, che è risultato dell'azione od omissione e da cui la legge fa dipendere l'esistenza del delitto, è dall'agente preveduto e voluto come conseguenza della propria azione od omissione;

è preterintenzionale, o oltre la intenzione, quando dall'azione od omissione deriva un evento dannoso o pericoloso più grave di quello voluto dall'agente (584);

è colposo, o contro l'intenzione, quando l'evento, anche se preveduto, non è voluto dall'agente e si verifica a causa di negligenza o imprudenza o imperizia, ovvero per inosservanza di leggi, regolamenti, ordini o discipline (259, 326, 335, 350, 355, 387, 391, 449, 450, 451, 500, 527, 589, 590).

La distinzione tra reato doloso e reato colposo, stabilita da questo articolo per i delitti, si applica altresì alle contravvenzioni, ogniquale per queste la legge penale faccia dipendere da tale distinzione un qualsiasi effetto giuridico (99 n. 1, 101, 104, 133 n. 3).

44. (*Condizione obiettiva di punibilità*). Quando, per la punibilità del reato, la legge richiede il verificarsi di una condizione, il colpevole risponde del reato, anche se l'evento, da cui dipende il verificarsi della condizione, non è da lui voluto (158).

45. (*Caso fortuito o forza maggiore*). Non è punibile chi ha commesso il fatto per caso fortuito o per forza maggiore.

46. (*Costringimento fisico*). Non è punibile chi ha commesso il fatto per esservi stato da altri costretto, mediante violenza fisica, alla quale non poteva resistere o comunque sottrarsi (54, 111, 611). In tal caso, del fatto commesso dalla persona costretta risponde l'autore della violenza.

47. (*Errore di fatto*). L'errore sul fatto che costituisce il reato esclude la punibilità dell'agente. Non dimeno, se si tratta di errore determinato da colpa, la punibilità non è esclusa, quando il fatto è preveduto dalla legge come delitto colposo (43).

L'errore sul fatto che costituisce un determinato reato non esclude la punibilità per un reato diverso. L'errore su una legge diversa dalla legge penale esclude la punibilità, quando ha cagionato un errore sul fatto che costituisce il reato (5, 48, 49, 59, 60, 82).

48. (*Errore determinato dall'altrui inganno*). Le disposizioni dell'articolo precedente si applicano anche se l'errore sul fatto che costituisce il reato è determinato dall'altrui inganno: ma, in tal caso, del fatto commesso dalla persona ingannata risponde chi l'ha determinata a commetterlo (111).

50. (*Consenso dell'avente diritto*). Non è punibile chi lede o pone in pericolo un diritto, col consenso della persona che può validamente disporre (579; 5 c.c.).

51. (*Esercizio di un diritto o adempimento di un dovere*). L'esercizio di un diritto o l'adempimento di un dovere imposto da una norma giuridica o da un ordine legittimo della pubblica Autorità, esclude la punibilità.

Se un fatto costituente reato è commesso per ordine dell'Autorità, del reato risponde sempre il pubblico ufficiale (357) che ha dato l'ordine.

Risponde del reato altresì chi ha eseguito l'ordine, salvo che, per errore di fatto (47, 59), abbia ritenuto di obbedire a un ordine legittimo.

Non è punibile chi esegue l'ordine illegittimo, quando la legge non gli consente alcun sindacato sulla legittimità dell'ordine (55).

52. (*Difesa legittima*). Non è punibile chi ha commesso il fatto per esservi stato costretto dalla necessità di difendere un diritto proprio od altrui contro il pericolo attuale di una offesa ingiusta, sempre che la difesa sia proporzionata all'offesa (55, 59; 2044 c.c.; 42 c.p.m.p.).

54. (*Stato di necessità*). Non è punibile chi ha commesso il fatto per esservi stato costretto dalla necessità di salvare sé od 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 (384).

Questa disposizione non si applica a chi ha un particolare dovere giuridico di esporsi al pericolo.

La disposizione della prima parte di questo articolo si applica anche se lo stato di necessità è determinato dall'altrui minaccia; ma, in tal caso, del fatto commesso dalla persona minacciata risponde chi l'ha costretta a commetterlo (55, 59, 111, 611; 2045 c.c.; 44 c.p.m.p.).

81. (*Concorso formale. Reato continuato*).

...omissis...punito con la pena che dovrebbe infliggersi per la violazione più grave aumentata fino al triplo chi con una sola azione od omissione viola diverse disposizioni di legge ovvero commette più violazioni della medesima disposizione di legge (att. c.p.p. 137).

Alla stessa pena soggiace chi con più azioni od omissioni, esecutive di un medesimo disegno criminoso, commette anche in tempi diversi più violazioni della stessa o di diverse disposizioni di legge (att. c.p.p. 137)...omissis...

Titolo IV° DEL REO E DELLA PERSONA OFFESA DAL REATO

110. (*Pena per coloro che concorrono nel reato*). Quando più persone concorrono nel medesimo reato, ciascuna di esse soggiace alla pena per questo stabilita, salvo le disposizioni degli articoli seguenti.

113. (*Cooperazione nel delitto colposo*). Nel delitto colposo (43), quando l'evento è stato cagionato dalla cooperazione di più persone, ciascuna di queste soggiace alle pene stabilite per il delitto stesso (114).

La pena è aumentata (64) per chi ha determinato altri a cooperare nel delitto, quando concorrono le condizioni stabilite nell'articolo 111 e nei numeri 3 e 4 dell'articolo 112.

124. (*Termine per proporre la querela. Rinuncia*). Salvo che la legge disponga altrimenti (338)

c.p.p.), il diritto di querela non può essere esercitato, decorsi tre mesi dal giorno della notizia del fatto che costituisce il reato.

Il diritto di querela non può essere esercitato se vi è stata rinuncia espressa (339 c.p.p.) o tacita da parte di colui al quale ne spetta l'esercizio.

Vi è rinuncia tacita, quando chi ha facoltà di proporre querela ha compiuto fatti incompatibili con la volontà di querelarsi (597).

La rinuncia si estende di diritto a tutti coloro che hanno commesso il reato.

Titolo V° DELLA MODIFICAZIONE, APPLICAZIONE ED ESECUZIONE DELLA PENA

133. (*Gravità del reato: valutazione agli effetti della pena*). Nell'esercizio del potere discrezionale indicato nell'articolo precedente, il giudice deve tener conto della gravità del reato, desunta:

- 1) dalla natura, dalla specie, dai mezzi, dall'oggetto, dal tempo, dal luogo e da ogni altra modalità dell'azione;
- 2) dalla gravità del danno o del pericolo cagionato alla persona offesa dal reato;
- 3) dalla intensità del dolo o dal grado della colpa.

Il giudice deve tener conto, altresì, della capacità a delinquere del colpevole e dal carattere del reato (203);

...omissis...

2) dai precedenti penali e giudiziari e, in genere, dalla condotta e dalla vita del reo, antecedenti al reato;

3) dalla condotta contemporanea o susseguente al reato;

4) dalle condizioni di vita individuale, familiare e sociale del reo (203)

Titolo VII° DELLE SANZIONI CIVILI

185. (*Restituzioni e risarcimento del danno*). Ogni reato obbliga alle restituzioni, a norma delle leggi civili (2043 ss. c.c.).

Ogni reato, che abbia cagionato un danno patrimoniale o non patrimoniale (2059 c.c.), obbliga al risarcimento il colpevole e le persone che, a norma delle leggi civili (2047 ss. c.c.), debbono rispondere per il fatto di lui (187, 190; 74 ss., 83, 540 c.p.p.).

Titolo VIII° DELLE MISURE AMMINISTRATIVE DI SICUREZZA

215. (*Specie*). Le misure di sicurezza personali si distinguono in detentive e non detentive.

Sono misure di sicurezza detentive:

- 1) l'assegnazione a una colonia agricola o ad una casa di lavoro (216-218);
- 2) il ricovero in una casa di cura e di custodia (219-221);
- 3) il ricovero in un manicomio giudiziario (222);
- 4) il ricovero in un riformatorio giudiziario (223-227).

Sono misure di sicurezza non detentive:

- 1) la libertà vigilata (228-232);
- 2) il divieto di soggiorno in uno o più Comuni, o in una o più Province (233);
- 3) il divieto di frequentare osterie e pubblici spacci di bevande alcoliche (234);
- 4) l'espulsione dello straniero dallo Stato (235).

Quando la legge stabilisce una misura di sicurezza senza indicarne la specie, il giudice dispone che si applichi la libertà vigilata (228-232), a meno che, trattandosi di un condannato per delitto, ritenga di disporre l'assegnazione di lui a una colonia agricola o ad una casa di lavoro (216-218).

Titolo II° DEI DELITTI CONTRO LA PUBBLICA AMMINISTRAZIONE

314. (*Peculato*). Il pubblico ufficiale (357) o l'incaricato di un pubblico servizio (358), che, avendo per ragione del suo ufficio o servizio il possesso o comunque la disponibilità di denaro o di altra cosa mobile altrui, se ne appropria, è punito con la reclusione da tre a dieci anni (317 *bis*, 323 *bis*).

317. (*Concussione*). Il pubblico ufficiale (357) o l'incaricato di un pubblico servizio (358), che, abusando della sua qualità o dei suoi poteri, costringe o induce taluno a dare o a promettere indebitamente, a lui o a un terzo, denaro od altra utilità, è punito con la reclusione da quattro a dodici anni (317 *bis*, 323 *bis*).

318. (*Corruzione per un atto d'ufficio*). Il pubblico ufficiale (357), che, per compiere un atto del suo ufficio, riceve, per sé e per un terzo, in denaro o altra utilità, una retribuzione che non gli è dovuta, o ne accetta la promessa, è punito con la reclusione da sei mesi a tre anni (321).
Se il pubblico ufficiale riceve la retribuzione per un atto d'ufficio da lui già compiuto, la pena è della reclusione fino a un anno (32 *quarter*, 320 *ss.*, 323 *bis*).

323. (*Abuso d'ufficio*). Il pubblico ufficiale (357) o l'incaricato di un pubblico servizio (358), che, al fine di procurare a sé o ad altri un ingiusto vantaggio non patrimoniale o per arrecare ad altri un danno ingiusto, abusa del suo ufficio, è punito, se il fatto non costituisce più grave reato, con la reclusione fino a due anni (323 *bis*).
Se il fatto è commesso per procurare a sé o ad altri un ingiusto vantaggio patrimoniale, la pena è della reclusione da due a cinque anni (323 *bis*).

326. (*Rivelazione ed utilizzazione di segreti di ufficio*). Il pubblico ufficiale (357), o la persona incaricata di un pubblico servizio (358), che, violando i doveri inerenti alle funzioni o al servizio, o comunque abusando della sua qualità, (323, 325) rivela notizie di ufficio, le quali debbano rimanere segrete (201 c.p.p.), o ne agevola in qualsiasi modo la conoscenza, è punito con la reclusione da sei mesi a tre anni.
Se l'agevolazione è soltanto colposa (43), si applica la reclusione fino a un anno.
Il pubblico ufficiale (357) o la persona incaricata di un pubblico servizio, (358) che, per procurare a sé o ad altri un indebolito profitto patrimoniale, si avvale illegittimamente di notizie di ufficio, le quali debbano rimanere segrete, è punito con la reclusione da due a cinque anni. Se il fatto è commesso al fine di procurare a sé o ad altri un ingiusto profitto non patrimoniale o di cagionare ad altri un danno ingiusto, si applica la pena della reclusione fino a due anni.

328. (*Rifiuto di atti d'ufficio. Omissione*). Il pubblico ufficiale (357), o l'incaricato di un pubblico servizio (358), che indebitamente rifiuta un atto del suo ufficio che, per ragioni di giustizia o di sicurezza pubblica, o di ordine pubblico o di igiene e sanità, deve essere compiuto senza ritardo, è punito con la reclusione da sei mesi a due anni (31).
Fuori dei casi previsti dal primo comma, il pubblico ufficiale (357) o l'incaricato di un pubblico servizio (358), che entro trenta giorni dalla richiesta di chi vi abbia interesse non compie l'atto del suo ufficio e non risponde per esporre le ragioni del ritardo, è punito con la reclusione fino a un anno o con la multa fino a lire due milioni. Tale richiesta deve essere redatta in forma scritta ed il termine di trenta giorni decorre dalla ricezione della richiesta stessa.

331. (*Interruzione di un servizio pubblico o di pubblica necessità*). Chi, esercitando imprese di servizi pubblici (358) o di pubblica necessità (359), interrompe il servizio, ovvero sospende il lavoro

nei suoi stabilimenti, uffici o aziende, in modo da turbare la regolarità del servizio, è punito con la reclusione da sei mesi a un anno e con la multa non inferiore a lire un milione (332, 635 n. 2).

I capi, promotori od organizzatori sono puniti con la reclusione da tre a sette anni e con la multa non inferiore a lire sei milioni.

Si applica la disposizione dell'ultimo capoverso dell'articolo precedente.

348. (*Abusivo esercizio di una professione*). Chiunque abusivamente esercita una professione, per la quale è richiesta una speciale abilitazione dello Stato (2229 c.c.), è punito con la reclusione fino a sei mesi o con la multa da lire duecentomila a un milione (498).

357. (*Nozione del pubblico ufficiale*). Agli effetti della legge penale, sono pubblici ufficiali coloro i quali esercitano una pubblica funzione legislativa, giudiziaria o amministrativa.

Agli stessi effetti è pubblica la funzione amministrativa disciplinata da norme di diritto pubblico e da atti autoritativi e caratterizzata dalla formazione e dalla manifestazione della volontà della pubblica amministrazione o dal suo svolgersi per mezzo di poteri autoritativi o certificativi.

358. (*Nozione della persona incaricata di un pubblico servizio*). Agli effetti della legge penale, sono incaricati di un pubblico servizio coloro i quali, a qualunque titolo, prestano un pubblico servizio. Per pubblico servizio deve intendersi un'attività disciplinata nelle stesse forme della pubblica funzione, ma caratterizzata dalla mancanza dei poteri tipici di questa ultima, e con esclusione dello svolgimento di semplici mansioni di ordine e della prestazione di opera meramente materiale.

359. (*Persone esercenti un servizio di pubblica necessità*). Agli effetti della legge penale, sono persone che esercitano un servizio di pubblica necessità:

1) i privati che esercitano professioni forensi o sanitarie, o altre professioni il cui esercizio sia per legge vietato senza una speciale abilitazione dello Stato, quando dell'opera di essi il pubblico sia per legge obbligato a valersi;

2) i privati che, non esercitando una pubblica funzione, né prestando un pubblico servizio, adempiono un servizio dichiarato di pubblica necessità mediante un atto della pubblica Amministrazione (360).

Titolo III° DEI DELITTI CONTRO L'AMMINISTRAZIONE DELLA GIUSTIZIA

361. (*Omissa denuncia di reato da parte del pubblico ufficiale*). Il pubblico ufficiale (357), il quale omette o ritarda di denunciare all'Autorità giudiziaria (347 c.p.p.), o ad un'altra Autorità che a quella abbia obbligo di riferirne, un reato di cui ha avuto notizia nell'esercizio o a causa delle sue funzioni (363), è punito con la multa da lire sessantamila a un milione (384).

...omissis...Le disposizioni precedenti non si applicano se si tratta di delitto punibile a querela della persona offesa (120-126).

362. (*Omissa denuncia da parte di un incaricato di pubblico servizio*). L'incaricato di un pubblico servizio (358), che omette o ritarda di denunciare all'Autorità indicata nell'articolo precedente (347 c.p.p.) un reato del quale abbia avuto notizia nell'esercizio o a causa del servizio, è punito con la multa fino a lire duecentomila (363, 384; 331 c.p.p.)...omissis...

365. (*Omissione di referto*). Chiunque, avendo nell'esercizio di una professione sanitaria prestato la propria assistenza ad opera in casi che possono presentare i caratteri di un delitto per il quale si debba procedere d'ufficio (334 c.p.p.), omette o ritarda di riferirne all'Autorità indicata nell'art. 361, è punito con la multa fino a lire un milione.

Questa disposizione non si applica quando il referto esporrebbe la persona assistita a procedimento penale (384).

366. (*Rifiuto di uffici legalmente dovuti*). Chiunque, nominato dall'Autorità giudiziaria perito (221 c.p.p.; 61 c.p.c.), interprete (143 c.p.p.; 122 c.p.c.), ovvero custode di cose sottoposte a sequestro del giudice penale (259 c.p.p.), ottiene con mezzi fraudolenti l'esenzione dall'obbligo di comparire o di prestare il suo ufficio, è punito con la reclusione fino a sei mesi o con la multa da lire sessantamila a un milione (384).

Le stesse pene si applicano a chi, chiamato dinanzi all'Autorità giudiziaria per adempiere ad alcuna delle predette funzioni, rifiuta di dare le proprie generalità, ovvero di prestare il giuramento richiesto, ovvero di assumere o di adempiere le funzioni medesime.

Le disposizioni precedenti si applicano alla persona chiamata a deporre come testimonia (196 ss. c.p.p.; 244 ss. c.p.c.) dinanzi alla Autorità giudiziaria e ad ogni altra persona chiamata ad esercitare una funzione giudiziaria (133, 376, 399, 497 ss. c.p.p.).

Se il colpevole è un perito (221 c.p.p.; 61 c.p.c.) o un interprete (143 c.p.p.; 122 c.p.c.), la condanna importa l'interdizione dalla professione o dall'arte (30).

373. (*Falsa perizia o interpretazione*). Il perito (220 c.p.p.; 61 c.p.c.) o l'interprete (143 c.p.p.; 122 c.p.c.), che, nominato dall'Autorità giudiziaria, dà parere o interpretazione mendaci, o afferma fatti non conformi al vero, soggiace alle pene stabilite nell'articolo precedente (375 - 377, 384).

La condanna importa, oltre l'interdizione dai pubblici uffici (28, 31), la interdizione dalla professione o dall'arte (30).

374. (*Frode processuale*). Chiunque, nel corso di un procedimento civile o amministrativo, al fine di trarre in inganno il giudice in un atto d'ispezione (244 - 246 c.p.p.) o di esperimento giudiziale (218, 219 c.p.p.), ovvero il perito nella esecuzione di una perizia (220 ss. c.p.p.), immuta artificialmente lo stato dei luoghi o delle cose o delle persone, è punito, qualora il fatto non sia preveduto come reato da una particolare disposizione di legge, con la reclusione da sei mesi a tre anni (375, 384).

La stessa disposizione si applica se il fatto è commesso nel corso di un procedimento penale, o anteriormente ad esso; ma in tal caso la punibilità è esclusa, se si tratta di reato per cui non si può procedere che in seguito a querela (120; 336 c.p.p.), la richiesta (8 - 12, 127, 313; 342 c.p.p.) o istanza (9, 10; 341 c.p.p.) e questa non è stata presentata.

... Omissis

374. bis (*False dichiarazioni o attestazioni in atti destinati all'autorità giudiziaria*). Salvo che il fatto costituisca più grave reato, è punito con la reclusione da uno a cinque anni chiunque dichiara o attesta falsamente in certificati o atti destinati a essere prodotti all'autorità giudiziaria condizioni, qualità personali, trattamenti terapeutici, rapporti di lavoro in essere o da instaurare, relativi all'imputato, al condannato o alla persona sottoposta a procedimento di prevenzione. Si applica la pena della reclusione da due a sei anni se il fatto è commesso da un pubblico ufficiale, da un incaricato di un pubblico servizio o da un esercente la professione sanitaria.

377. (*Subornazione*). Chiunque offre o promette denaro o altra utilità alla persona chiamata a rendere dichiarazioni davanti all'autorità giudiziaria ovvero a svolgere attività di perito, consulente tecnico o interprete, per indurlo a commettere i reati previsti dagli artt. 371 bis, 372 e 373, soggiace, qualora l'offerta o la promessa non sia accettata, alle pene stabilite negli articoli medesimi, ridotte dalla metà ai due terzi.

La stessa disposizione si applica qualora l'offerta o la promessa sia accettata, ma la falsità non sia commessa.

La condanna importa l'interdizione dai pubblici uffici (28, 29).

378. (*Favoreggiamento personale*). Chiunque, dopo che fu commesso un delitto per il quale la legge stabilisce la pena di morte o l'ergastolo o la reclusione, e fuori dei casi di concorso nel medesimo (110), aiuta taluno a eludere le investigazioni dell'Autorità, o a sottrarsi alle ricerche di questa, è punito con la reclusione fino a quattro anni.

Quando il delitto commesso è quello previsto dall'articolo 416 bis, si applica, in ogni caso, la pena della reclusione non inferiore a due anni.

Se si tratta di delitti per i quali la legge stabilisce una pena diversa (307), ovvero di contravvenzioni, la pena è della multa fino a lire un milione.

Le disposizioni di questo articolo si applicano anche quando la persona aiutata non è imputabile (88, 97, 98) o risulta che non ha commesso il delitto (379, 384).

380. (*Patrocinio o consulenza infedele*). Il patrocinatore (96 c.p.p.; 82 c.p.c.) o il consulente tecnico (225 c.p.p.; 201 c.p.c.), che, rendendosi infedele ai suoi doveri professionali, arreca nocumento agli interessi della parte da lui difesa, assistita o rappresentata dinanzi all'Autorità giudiziaria, è punito con la reclusione da uno a tre anni e con la multa non inferiore a lire un milione.

La pena è aumentata (64):

1) se il colpevole ha commesso il fatto, colludendo con la parte avversaria;

2) se il fatto è stato commesso a danno di un imputato.

Si applicano la reclusione da tre a dieci anni e la multa non inferiore a lire due milioni, se il fatto è commesso a danno di persona imputata di un delitto per il quale la legge commina [la pena di morte o] l'ergastolo ovvero la reclusione superiore a cinque anni (383).

Titolo VI° DEI DELITTI CONTRO L'INCOLUMITÀ PUBBLICA

437. (*Rimozione od omissione dolosa di cautele contro infortuni sul lavoro*). Chiunque omette di collocare impianti, apparecchi o segnali destinati a prevenire disastri o infortuni sul lavoro, ovvero li rimuove o li danneggia, è punito con la reclusione da sei mesi a cinque anni (32 quarter, 449, 451). Se dal fatto deriva un disastro o un infortunio, la pena è della reclusione da tre a dieci anni.

438. (*Epidemia dolosa*). Chiunque cagiona un'epidemia mediante la diffusione di germi patogeni è punito con l'ergastolo...omissis...

443. (*Commercio o somministrazione di medicinale guasti*)

Chiunque detiene per il commercio, pone in commercio o somministra medicinali guasti o imperfetti è punito con la reclusione da sei mesi a tre anni e con la multa non inferiore a lire duecentomila (448,452)

445. *(Somministrazione di medicinali in modo pericoloso per la salute pubblica)*

Chiunque esercitando, anche abusivamente, il commercio di sostanze medicinali, le somministra in specie, qualità o quantità non corrispondente alle ordinazioni mediche, o diversa da quella dichiarata o pattuita, è punito con la reclusione da sei mesi a due anni e con la multa da duecentomila a due milioni (448,452)

451. *(Omissione colposa di cautele o difese contro disastri o infortuni sul lavoro).* Chiunque, per colpa (43, 437), omette di collocare, ovvero rimuove o rende inservibili apparecchi o altri mezzi destinati alla estinzione di un incendio, o al salvataggio o al soccorso contro disastri o infortuni sul lavoro, è punito con la reclusione fino a un anno o con la multa da lire duecentomila a un milione (113; 1124 c.n.).

Titolo VII° DEI DELITTI CONTRO LA FEDE PUBBLICA

476. *(Falsità materiale commessa dal pubblico ufficiale in atti pubblici).* Il pubblico ufficiale (357), che, nell'esercizio delle sue funzioni, forma, in tutto o in parte, un atto falso o altera un atto vero (491), è punito con la reclusione da uno a sei anni.

Se la falsità concerne un atto o parte di un atto, che faccia fede fino a querele di falso (2699 ss. c.c.), la reclusione è da tre a dieci anni (482, 490, 492, 493).

477. *(Falsità materiale commessa dal pubblico ufficiale in certificati o autorizzazioni amministrative).* Il pubblico ufficiale (357), che, nell'esercizio delle sue funzioni, contraffà o altera certificati o autorizzazioni amministrative, ovvero, mediante contraffazione o alterazione, fa apparire adempite le condizioni richieste per la loro validità, è punito con la reclusione da sei mesi a tre anni (480, 492, 493).

478. *(Falsità materiale commessa dal pubblico ufficiale in copie autentiche di atti pubblici o privati e in attestati del contenuto di atti).* Il pubblico ufficiale (357), che, nell'esercizio delle sue funzioni, supponendo esistente un atto pubblico o privato, ne simula una copia e la rilascia in forma legale, ovvero rilascia una copia di un atto pubblico o privato (492) diversa dall'originale, è punito con la reclusione da uno a quattro anni.

Se la falsità concerne un atto o parte di un atto, che faccia fede fino a querela di falso (2699 ss. c.c.), la reclusione è da tre a otto anni.

Se la falsità è commessa dal pubblico ufficiale (357) in un attestato sul contenuto di atti, pubblici o privati, la pena è della reclusione da uno a tre anni (482, 493).

479. *(Falsità ideologica commessa dal pubblico ufficiale in atti pubblici).* Il pubblico ufficiale (357), che, ricevendo o formando un atto nell'esercizio delle sue funzioni, attesta falsamente che un fatto è stato da lui compiuto o è avvenuto alla sua presenza, o attesta come da lui ricevute dichiarazioni a lui non rese, ovvero omette o altera dichiarazioni da lui ricevute, o comunque attesta falsamente fatti dei quali l'atto è destinato a provare la verità, soggiace alle pene stabilite nell'articolo 476 (487, 493; 1127 c.n.).

480. *(Falsità ideologica commessa dal pubblico ufficiale in certificati o in autorizzazioni amministrative).* Il pubblico ufficiale (357), che, nell'esercizio delle sue funzioni, attesta falsamente, in certificati o autorizzazioni amministrative, fatti dei quali l'atto è destinato a provare la verità, è punito con la reclusione da tre mesi a due anni (487, 493).

481. *(Falsità ideologica in certificati commessa da persone esercenti un servizio di pubblica necessità).* Chiunque, nell'esercizio di una professione sanitaria o forense, o di un altro servizio di pubblica necessità (359), attesta falsamente, in un certificato, fatti dei quali l'atto è destinato a provare la verità, è punito con la reclusione fino a un anno o con la multa da lire centomila a un milione. Tali pene si applicano congiuntamente se il fatto è commesso a scopo di lucro.

482. (*Falsità materiale commessa dal privato*). Se alcuno dei fatti prevenuti dagli articoli 476, 477 e 478 è commesso da un privato, ovvero da un pubblico ufficiale (357) fuori dall'esercizio delle sue funzioni, si applicano rispettivamente le pene stabilite nei detti articoli, ridotte di un terzo (490).

483. (*Falsità ideologica commessa dal privato in atto pubblico*). Chiunque attesta falsamente al pubblico ufficiale (357), in un atto pubblico (2699 c.c.), fatti dei quali l'atto è destinato a provare la verità, è punito con la reclusione fino a due anni (492).
Se si tratta di false attestazioni in atto dello stato civile, la reclusione non può essere inferiore a tre mesi (495).

493. (*Falsità commesse da pubblici impiegati incaricati di un servizio pubblico*). Le disposizioni degli articoli precedenti sulle falsità commesse da pubblici ufficiali si applicano altresì agli impiegati dello Stato, o di un altro ente pubblico, incaricati di un pubblico servizio (358) relativamente agli atti che essi redigono nell'esercizio delle loro attribuzioni.

498. (*Usurpazione di titoli o di onori*). Chiunque abusivamente porta in pubblico la divisa o i segni distintivi di un ufficio o impiego pubblico, o di un Corpo politico, amministrativo o giudiziario, ovvero di una professione per la quale è richiesta una speciale abilitazione dello Stato (348), ovvero indossa abusivamente in pubblico l'abito ecclesiastico, è punito con la multa da lire duecentomila a due milioni (XIV trans. Cost.).

Alla stessa pena soggiace chi si arroga dignità o gradi accademici, titoli, decorazioni o altre pubbliche insegne onorifiche, ovvero qualità inerenti ad alcuno degli uffici, impieghi o professioni, indicati nella disposizione precedente.

La condanna importa la pubblicazione della sentenza (36).

Titolo IX° DEI DELITTI CONTRO LA MORALITÀ E IL BUON COSTUME

519. (*Della violenza carnale*). Chiunque, con violenza o minaccia, costringe taluno a congiunzione carnale è punito con la reclusione da tre a dieci anni.

Alla stessa pena soggiace chi si congiunge carnalmente con persona la quale al momento del fatto:

- 1) non ha compiuto gli anni quattordici;
- 2) non ha compiuto gli anni sedici, quando il colpevole ne è l'ascendente o il tutore, ovvero è un'altra persona a cui il minore è affidato per ragioni di cura, di educazione, d'istruzione, di vigilanza o di custodia;
- 3) è malata di mente, ovvero non è in grado di resistergli a cagione delle proprie condizioni d'inferiorità psichica o fisica, anche se questa è indipendente dal fatto del colpevole;
- 4) è stata tratta in inganno, per essersi il colpevole sostituito ad altra persona.

521. [(*Atti di libidine violenti*)]. Chiunque, usando dei mezzi o valendosi delle condizioni indicate nei due articoli precedenti, commette su taluno atti di libidine diversi dalla congiunzione carnale, soggiace alle pene stabilite nei detti articoli, ridotte di un terzo.

Alle stesse pene soggiace chi, usando dei mezzi o valendosi delle condizioni indicate nei due articoli precedenti, costringe o induce taluno a commettere gli atti di libidine su se stesso, sulla persona del colpevole o su altri.

Titolo XI° DELITTI CONTRO LA FAMIGLIA

571. (*Abuso dei mezzi di correzione o di disciplina*). Chiunque abusa dei mezzi di correzione o di disciplina in danno di una persona sottoposta alla sua autorità, o a lui affidata per ragione di educa-

zione, istruzione, cura, vigilanza o custodia, ovvero per l'esercizio di una professione o di un'arte, è punito, se dal fatto deriva il pericolo di una malattia nel corpo o nella mente, con la reclusione fino a sei mesi.

Se dal fatto deriva una lesione personale, si applicano le pene stabilite negli articoli 582 e 583, ridotte a un terzo; se ne deriva la morte, si applica la reclusione da tre a otto anni (572).

572. (*Maltrattamenti in famiglia o verso fanciulli*). Chiunque, fuori dei casi indicati nell'articolo precedente, maltratta una persona della famiglia (540), o un minore degli anni quattordici, o una persona sottoposta alla sua autorità, o a lui affidata per ragione di educazione, istruzione, cura, vigilanza o custodia, o per l'esercizio di una professione o di un'arte, è punito con la reclusione da uno a cinque anni.

Se dal fatto deriva una lesione personale grave (583), si applica la reclusione da quattro a otto anni; se ne deriva una lesione gravissima (583), la reclusione da sette a quindici anni; se ne deriva la morte, la reclusione da dodici a venti anni.

Titolo XII° DEI DELITTI CONTRO LA PERSONA

575. (*Omicidio*). Chiunque cagiona la morte di un uomo è punito con la reclusione non inferiore ad anni ventuno (276, 295, 301, 306, 576, 577, 579; 116 att. c.p.p.; 1150 c.n.).

582. (*Lesione personale*). Chiunque cagiona ad alcuno una lesione personale, dalla quale deriva una malattia nel corpo o nella mente, è punito con la reclusione da tre mesi a tre anni (583, 585, 587; 1151 c.n.).

Se la malattia ha una durata non superiore ai venti giorni e non concorre alcuna delle circostanze aggravanti previste dagli artt. 583 e 585, ad eccezione di quelle indicate nel n. 1 e nell'ultima parte dell'articolo 577, il delitto è punibile a querela (120; 336 c.p.p.) dalla persona offesa.

583. (*Circostanze aggravanti*). La lesione personale (582) è grave, e si applica la reclusione da tre a sette anni:

1) se dal fatto deriva una malattia che metta in pericolo la vita della persona offesa, ovvero una malattia o un'incapacità di attendere alle ordinarie occupazioni per un tempo superiore ai quaranta giorni;

2) se il fatto produce l'indebolimento permanente di un senso o di un organo;

3) se la persona offesa è una donna incinta e dal fatto deriva l'acceleramento del parto.

La lesione personale (582) è gravissima, e si applica la reclusione da sei a dodici anni, se dal fatto deriva:

1) una malattia certamente o probabilmente insanabile;

2) la perdita di un senso;

3) la perdita di un arto, o una mutilazione che renda l'arto inservibile, ovvero la perdita dell'uso di un organo o della capacità di procreare, ovvero una permanente e grave difficoltà della favella;

4) la deformazione, ovvero lo sfregio permanente del viso;

[5 l'aborto della persona offesa (545, 585, 587).

584. (*Omicidio preterintenzionale*). Chiunque, con atti diretti a commettere uno dei delitti preveduti dagli articoli 581 e 582, cagiona la morte di un uomo, è punito con la reclusione da dieci a diciotto anni (43, 585, 586, 1151 c.n.).

585. (*Circostanze aggravanti*). Nei casi preveduti dagli artt. 582, 583 e 584, la pena è aumentata da un terzo alla metà, se concorre alcuna delle circostanze aggravanti prevedute dall'articolo 576; ed è aumentata fino a un terzo, se concorre alcuna delle circostanze aggravanti prevedute dall'articolo 577, ovvero se il fatto è commesso con armi o con sostanze corrosive.

Agli effetti della legge penale, per "armi" s'intendono:

1) quelle da sparo e tutte le altre la cui destinazione naturale è l'offesa alla persona;

2) tutti gli strumenti atti ad offendere, dei quali è dalla legge vietato il porto in modo assoluto, ovve-

ro senza giustificato motivo (42 T.U. di P.S.).

Sono assimilate alle armi le materie esplodenti e i gas asfissianti o accecanti.

586. (*Morte o lesioni come conseguenza di altro delitto*). Quando da un fatto preveduto come delitto doloso deriva, quale conseguenza non voluta dal colpevole, la morte o la lesione (582) di una persona, si applicano le disposizioni dell'articolo 83, ma le pene stabilite negli articoli 589 e 590 sono aumentate (64, 571, 572, 584, 591, 593, 630).

589. (*Omicidio colposo*). Chiunque cagiona per colpa (43) la morte di una persona è punito con la reclusione da sei mesi a cinque anni.

Se il fatto è commesso con violazione delle norme sulla disciplina della circolazione stradale o di quelle per la prevenzione degli infortuni sul lavoro la pena è della reclusione da uno a cinque anni.

Nel caso di morte di più persone, ovvero di morte di una o più persone e di lesioni (582) di una o più persone, si applica la pena che dovrebbe infliggersi per la più grave delle violazioni commesse aumentata fino al triplo, ma la pena non può superare gli anni dodici.

590. (*Lesioni personali colpose*). Chiunque cagiona ad altri, per colpa (43), una lesione personale (582) è punito con la reclusione fino a tre mesi o con la multa fino a lire seicentomila.

Se la lesione è grave (583) la pena è della reclusione da uno a sei mesi o della multa da lire duecentoquarantamila a un milione duecentomila; se è gravissima (538), della reclusione da tre mesi a due anni o della multa da lire seicentomila a due milioni quattrocentomila.

Se i fatti di cui al precedente capoverso sono commessi con violazione delle norme sulla disciplina della circolazione stradale o di quelle per la prevenzione degli infortuni sul lavoro, la pena per le lesioni gravi (583) è della reclusione da due a sei mesi o della multa da lire quattrocentottantamila a un milione duecentomila; e la pena per lesioni gravissime (583) è della reclusione da sei mesi a due anni o della multa da lire un milione duecentomila a due milioni quattrocentomila.

Nel caso di lesioni di più persone si applica la pena che dovrebbe infliggersi per la più grave delle violazioni commesse, aumentata fino al triplo; ma la pena della reclusione non può superare gli anni cinque.

Il delitto è punibile a querela (120; 336 c.p.p.) della persona offesa, salvo nei casi previsti nel primo e secondo capoverso, limitatamente ai fatti commessi con violazione delle norme per la prevenzione degli infortuni sul lavoro o che abbiano determinato una malattia professionale.

593. (*Omissione di soccorso*). Chiunque, trovando abbandonato o smarrito un fanciullo minore degli anni dieci, o un'altra persona incapace di provvedere se stessa, per malattia di mente o di corpo, per vecchiaia o per altra causa, omette di darne immediato avviso all'Autorità, è punito con la reclusione fino a tre mesi e con la multa fino a lire seicentomila.

Alla stessa pena soggiace chi, trovando un corpo umano che sia o sembri inanimato, ovvero una persona ferita o altrimenti in pericolo, omette di prestare l'assistenza occorrente o di darne immediato avviso all'Autorità.

Se da siffatta condotta del colpevole deriva una lesione personale (582), la pena è aumentata (64); se ne deriva la morte, la pena è raddoppiata.

605. (*Sequestro di persona*). Chiunque priva taluno della libertà personale è punito con la reclusione da sei mesi a otto anni.

La pena è della reclusione da uno a dieci anni, se il fatto è commesso:

- 1) in danno di un ascendente, di un discendente (540; 75 c.c.) o del coniuge;
- 2) da un pubblico ufficiale (357), con abuso dei poteri inerenti alle sue funzioni (323, 606).

610. (*Violenza privata*). Chiunque, con violenza o minaccia, costringe altri a fare, tollerare od omettere qualche cosa è punito con la reclusione fino a quattro anni.

La pena è aumentata (64) se concorrono le condizioni prevedute dall'articolo 339

613. (*Stato di incapacità procurato mediante violenza*). Chiunque, mediante suggestione ipnotica o in veglia, o mediante somministrazione di sostanze alcoliche o stupefacenti, o con qualsiasi altro

mezzo, pone una persona, senza il consenso di lei (50), in stato d'incapacità d'intendere o di volere, è punito con la reclusione fino a un anno (690, 691, 728).

Il consenso dato dalle persone indicate nell'ultimo capoverso dell'articolo 579 non esclude la punibilità.

La pena è della reclusione fino a cinque anni:

- 1) se il colpevole ha agito col fine di far commettere un reato;
- 2) se la persona resa incapace commette, in tale stato, un fatto preveduto dalla legge come delitto (86).

622. (*Rivelazione di segreto professionale*). Chiunque, avendo notizia, per ragione 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 lire sessantamila a un milione (326).

Il delitto è punibile a querela della persona offesa (120; 336 c.p.p.).

Titolo I° DELLE CONTRAVVENZIONI DI POLIZIA

650. (*Inosservanza dei provvedimenti dell'Autorità*). Chiunque non osserva un provvedimento legalmente dato dall'Autorità per ragioni di giustizia o di sicurezza pubblica, od ordine pubblico od igiene, è punito, se il fatto non costituisce un più grave reato, con l'arresto fino a tre mesi e con l'ammenda fino a 40.000 lire.

2. CODICE DI PROCEDURA PENALE

Titolo II MEZZI DI PROVA

200. (*Segreto professionale*). Non possono essere obbligati a deporre su quanto hanno conosciuto per ragione del proprio ministero, ufficio o professione, salvi i casi in cui hanno l'obbligo di riferirne all'autorità giudiziaria (331,334):...omissis...

c) i medici e i chirurghi, i farmacisti, le ostetriche e ogni altro esercente una professione sanitaria;...omissis.

201. (*Segreto di ufficio*). 1. Salvi i casi in cui hanno l'obbligo di riferire all'autorità giudiziaria (331), i pubblici ufficiali (357 c.p.), i pubblici impiegati e gli incaricati di un pubblico servizio (358 c.p.) hanno l'obbligo di astenersi dal deporre su fatti conosciuti per ragioni del loro ufficio che devono rimanere segreti (204; 326 c.p.)...omissis.

Titolo III MEZZI DI RICERCA DELLA PROVA

256. (*Dovere di esibizione e segreti*). 1. Le persone indicate negli artt. 200 e 201 devono consegnare immediatamente all'autorità giudiziaria, che ne faccia richiesta, gli atti e i documenti, anche in originale se così è ordinato, e ogni altra cosa esistente presso di esse per ragioni del loro ufficio, incarico, ministero, professione o arte, salvo che dichiarino per iscritto che si tratti di segreti di Stato (202) ovvero di segreto inerente al loro ufficio o professione (200).

2. Quando la dichiarazione concerne un segreto di ufficio o professionale (200), l'autorità giudiziaria, se ha motivo di dubitare della fondatezza di essa e ritiene di non potere procedere senza acquisire gli atti, i documenti o le cose indicati nel comma 1, provvede agli accertamenti necessari. Se la dichiarazione risulta infondata, l'autorità giudiziaria dispone il sequestro...omissis.

Titolo I MISURE CAUTELARI PERSONALI

287. (*Condizioni di applicabilità delle misure interdittive*). 1. Salvo quanto previsto da disposizioni particolari, le misure previste in questo capo possono essere applicate solo quando si procede per delitti per i quali la legge stabilisce la pena dell'ergastolo o della reclusione superiore nel massimo a tre anni (288, 289, 290, 308).

Titolo II NOTIZIA DI REATO

331. (*Denuncia da parte di pubblici ufficiali e incaricati di un pubblico servizio*). 1. Salvo quanto stabilito dall'art. 347, i pubblici ufficiali (357 c.p.) e gli incaricati di un pubblico servizio (358 c.p.) che, nell'esercizio o a causa delle loro funzioni o del loro servizio, hanno notizia di un reato perseguibile di ufficio, devono farne denuncia per iscritto, anche quando non si individua la persona alla quale il reato è attribuito (361, 362 c.p.).

2. La denuncia è presentata o trasmessa senza ritardo al pubblico ministero o a un ufficiale di polizia giudiziaria (57).

3. Quando più persone sono obbligate alla denuncia per il medesimo fatto, esse possono anche redigere o sottoscrivere un unico atto.
4. Se, nel corso di un procedimento civile o amministrativo, emerge un fatto nel quale si può configurare un reato perseguibile di ufficio, l'autorità che procede redige e trasmette senza ritardo la denuncia al pubblico ministero (295 ss. c.p.c.: att. 106; coord. 221).

334. (*Referto*). 1. Chi ha l'obbligo del referto (365, 384 c.p.) deve farlo pervenire entro quarantotto ore o, se vi è pericolo nel ritardo, immediatamente al pubblico ministero (51) o a qualsiasi ufficiale di polizia giudiziaria (57) del luogo in cui ha prestato la propria opera o assistenza ovvero, in loro mancanza, all'ufficiale di polizia giudiziaria più vicino.

2. Il referto indica la persona alla quale è stata prestata assistenza e, se è possibile, le sue generalità, il luogo dove si trova attualmente e quanto altro valga a identificarla, nonché il luogo, il tempo e le altre circostanze dell'intervento: dà inoltre le notizie che servono a stabilire le circostanze del fatto, i mezzi con i quali è stato commesso e gli effetti che ha causato o può causare.

3. Se più persone hanno prestato la loro assistenza nella medesima occasione, sono tutte obbligate al referto, con facoltà di redigere e sottoscrivere un unico atto.

Titolo V ATTIVITÀ DEL PUBBLICO MINISTERO

359. (*Consulenti tecnici del pubblico ministero*). 1. Il pubblico ministero, quando procede ad accertamenti, rilievi segnaletici, descrittivi o fotografici e ad ogni altra operazione tecnica per cui sono necessarie specifiche competenze, può nominare e avvalersi di consulenti, che non possono rifiutare la loro opera (348, 366 c.p. e 141 bis).

2. Il consulente può essere autorizzato dal pubblico ministero ad assistere a singoli atti di indagine (att. 73).

Titolo I GIUDICATO

654. (*Efficacia della sentenza penale di condanna o di assoluzione in altri giudizi civili o amministrativi*). 1. Nei confronti dell'imputato (60), della parte civile (76 ss.) e del responsabile civile che si sia costituito o che sia intervenuto nel processo penale (86), la sentenza penale irrevocabile di condanna o di assoluzione pronunciata in seguito a dibattimento (648) ha efficacia di giudicato nel giudizio civile o amministrativo quando in questo si controverte intorno a un diritto o a un interesse legittimo il cui riconoscimento dipende dall'accertamento degli stessi fatti materiali che furono oggetto del giudizio penale, purché i fatti accertati siano stati ritenuti irrilevanti ai fini della decisione penale e purché la legge civile non ponga limitazioni alla prova della posizione soggettiva controversa (460).

3. CODICE CIVILE

Titolo I DELLE PERSONE FISICHE

5. (*Atti di disposizione del proprio corpo*). Gli atti di disposizione del proprio corpo sono vietati quando cagionino una diminuzione permanente dell'integrità fisica, o quando siano altrimenti contrari alla legge, all'ordine pubblico o al buon costume (1343, 1354, 1418; 32 Cost.).

10. (*Abuso dell'immagine altrui*). Qualora l'immagine di una persona o dei genitori o del coniuge o dei figli sia stata esposta o pubblicata fuori dei casi in cui l'esposizione o la pubblicazione è dalla legge consentita, ovvero con pregiudizio al decoro, o alla reputazione della persona stessa o dei detti congiunti, l'autorità giudiziaria, su richiesta dell'interessato, può disporre che cessi l'abuso, salvo il risarcimento dei danni.

Titolo XII DELL'INFIRMITÀ DI MENTE DELL'INTERDIZIONE E DELL'INABILITAZIONE

414. (*Persone che devono essere interdette*). Il maggiore di età e il minore emancipato, i quali si trovano in condizioni di abituale infermità di mente che li rende incapaci di provvedere ai propri interessi, devono essere interdetti.

424. (*Tutela dell'interdetto e cura dell'inabilitato*). Le disposizioni sulla tutela dei minori e quelle sulla tutela dei minori emancipati si applicano rispettivamente alla tutela degli interdetti e alla curatela degli inabilitati...omissis.

Sezione I DELL'ADEMPIMENTO IN GENERALE

1176. (*Diligenza nell'adempimento*). Nell'adempire l'obbligazione il debitore deve usare la diligenza del buon padre di famiglia. Nell'adempimento delle obbligazioni inerenti all'esercizio di un'attività professionale, la diligenza deve valutarsi con riguardo alla natura dell'attività esercitata (1218).

1218. (*Responsabilità del debitore*). Il debitore che non esegue esattamente la prestazione dovuta (1176, 1181, 1197) è tenuto al risarcimento del danno (1223 ss.), se non prova che l'inadempimento o il ritardo è stato determinato da impossibilità (1256 ss.) della prestazione derivante da causa a lui non imputabile.

1223. (*Risarcimento del danno*). Il risarcimento del danno per l'inadempimento o per il ritardo (1218 ss., 1274) deve comprendere così la perdita subita dal creditore come il mancato guadagno (2056), in quanto ne siano conseguenza immediata e diretta (1382, 1518, 1589, 1591, 1696, 1905, 2056 ss.).

1224. (*Danni nelle obbligazioni pecuniarie*). Nelle obbligazioni che hanno per oggetto una somma di denaro (1277 ss.), sono dovuti dal giorno della mora gli interessi legati (1284), anche se non erano dovuti precedentemente e anche se il creditore non prova di aver sofferto alcun danno (1282; 55,

56 l. camb.; 50, 51 l. ass.). Se prima della mora erano dovuti interessi in misura superiore a quella legale (1284), gli interessi moratori sono dovuti nella stessa misura (1950).

Al creditore che dimostra di aver subito un danno maggiore spetta l'ulteriore risarcimento. Questo non è dovuto se è stata convenuta la misura degli interessi moratori (1382).

1226. (*Valutazione equitativa del danno*). Se il danno non può essere provato nel suo preciso ammontare, è liquidato dal giudice con valutazione equitativa (2056).

1227. (*Concorso del fatto colposo del creditore*). Se il fatto colposo (2043) del creditore ha concorso a cagionare il danno, il risarcimento è diminuito secondo la gravità della colpa e l'entità delle conseguenze che ne sono derivate (2055, 2056; 484, 966 c.n.).

Il risarcimento non è dovuto per i danni che il creditore avrebbe potuto evitare usando l'ordinaria diligenza (1176).

1228. (*Responsabilità per fatto degli ausiliari*). Salva diversa volontà delle parti, il debitore che nell'adempimento dell'obbligazione si vale dell'opera di terzi, risponde anche dei fatti dolosi o colposi di costoro (1229, 1717, 1785 bis, 2049).

1229. (*Clauseole di esonero da responsabilità*)...omissis...nullo qualsiasi patto che esclude o limita preventivamente la responsabilità del debitore per dolo o per colpa grave (1341, 1490, 1579, 1681, 1694, 1713, 1785 quater, 1838, 1900, 1917)...omissis...nullo altresì qualsiasi patto preventivo di esonero o di limitazione di responsabilità per i casi in cui il fatto del debitore (1519) o dei suoi ausiliari (1228) costituisca violazione di obblighi derivanti da norme di ordine pubblico (1580, 2087)...omissis.

Titolo II DEI CONTRATTI IN GENERALE

1321. (*Nozione*). Il contratto è l'accordo di due o più parti (1420, 1446, 1459, 1466) per costituire, regolare o estinguere tra loro un rapporto giuridico patrimoniale (1174, 1325, 1326).

1370. (*Interpretazione contro l'autore della clausola*). Le clausole inserite nelle condizioni generali di contratto (1341) o in moduli o formulari (1342) predisposti da uno dei contraenti s'interpretano, nel dubbio, a favore dell'altro (1366).

1372. (*Efficacia del contratto*). Il contratto ha forza di legge tra le parti (1321, 1374). Non può essere sciolto che per mutuo consenso o per cause ammesse dalla legge (1373, 1453, 1671, 2227). Il contratto non produce effetto rispetto ai terzi che nei casi previsti dalla legge (1239, 1300, 1301, 1411 ss.).

1373. (*Recesso unilaterale*). Se a una delle parti è attribuita (1341) la facoltà di recedere dal contratto (1453), tale facoltà può essere esercitata finché il contratto non abbia avuto un principio di esecuzione (1385).

Nei contratti a esecuzione continuata o periodica, tale facoltà può essere esercitata anche successivamente, ma il recesso non ha effetto per le prestazioni già eseguite o in corso di esecuzione (1671, 2227).

Qualora sia stata stipulata la prestazione di un corrispettivo per il recesso, questo ha effetto quando la prestazione è eseguita (1386)...omissis...salvo in ogni caso il patto contrario...omissis.

1375. (*Esecuzione di buona fede*). Il contratto deve essere eseguito secondo buona fede (1175, 1337, 1358, 1366, 1391, 1460).

1448. (*Azione generale di rescissione per lesione*). Se vi è proporzione tra la prestazione di una

parte e quella dell'altra, e la sproporzione è dipesa dallo stato di bisogno di una parte, del quale l'altra ha approfittato per trarne vantaggio, la parte danneggiata può domandare la rescissione del contratto (763, 1462, 1964, 1970, 2922; 644 c.p.).

L'azione non è ammissibile se la lesione non eccede la metà del valore che la prestazione eseguita o promossa dalla parte danneggiata aveva al tempo del contratto...omissis.

1453. (*Risolubilità del contratto per inadempimento*). Nei contratti con prestazioni corrispettive, quando uno dei contraenti non adempie le sue obbligazione, l'altro può a sua scelta chiedere l'adempimento (1176 ss., 1454) o la risoluzione del contratto (1455, 1878, 1976), salvo, in ogni caso, il risarcimento del danno (1218, 1223, 1517, 1479, 1480, 1489, 1492, 1497, 1867, 2286, 2652, n. 1).

La soluzione può essere domandata anche quando il giudizio è stato promosso per ottenere l'adempimento; ma non può più chiedersi l'adempimento quando è stata domandata la risoluzione (972, 1286, 1492).

Dalla data della domanda di risoluzione l'inadempiente non può più adempiere la propria obbligazione (1288, 1432, 1450, 1458, 1492; 72 l. fall.).

1454. (*Diffida ad adempiere*). Alla parte inadempiente l'altra può intimare per iscritto di adempiere in un congruo termine, con dichiarazione che, decorso inutilmente detto termine, il contratto s'intenderà senz'altro risolto (1456, 1482, 1662, 1901).

Il termine non può essere inferiore a quindici giorni, salvo diversa pattuizione delle parti o salvo che, per la natura del contratto (1182, 1326, 1392, 1330, 1333, 1360, 1369, 1389, 1469, 1569, 1800 o secondo gli usi, risulti congruo un termine minore.

Decorso il termine senza che il contratto sia stato adempiuto, questo è risolto di diritto (1333, 1399, 1456, 1457, 1482, 1901).

1467. (*Contratto con prestazioni corrispettive*). Nei contratti a esecuzione continuata o periodica (1360, 1373, 1458) ovvero a esecuzione differita, se la prestazione di una delle parti è divenuta eccessivamente onerosa per il verificarsi di avvenimenti straordinari e imprevedibili, la parte che deve tale prestazione può domandare la risoluzione del contratto, con gli effetti stabiliti dall'art. 1458 (1450, 1879).

La risoluzione non può essere domandata se la sopravvenuta onerosità rientra nell'alea normale del contratto (1469).

La parte contro la quale è domandata la risoluzione può evitarla offrendo di modificare equamente le condizioni del contratto (1450, 1468, 1623, 1664).

1469 bis. (*Clausole vessatorie nel contratto tra professionista e consumatore*). Nel contratto concluso tra il consumatore e il professionista, che ha per oggetto la cessione di beni o la prestazione di servizi, si considerano vessatorie le clausole che, malgrado la buona fede, determinano a carico del consumatore un significativo squilibrio dei diritti e degli obblighi derivanti dal contratto.

In relazione al contratto di cui al primo comma, il consumatore è la persona fisica che agisce per scopi estranei all'attività imprenditoriale o professionale eventualmente svolta. Il professionista è la persona fisica o giuridica, pubblica o privata, che, nel quadro della sua attività imprenditoriale o professionale, utilizza il contratto di cui al primo comma.

Si presumono vessatorie fino a prova contraria le clausole che hanno per oggetto o per effetto di:

- 1) escludere o limitare la responsabilità del professionista in caso di morte o danno alla persona del consumatore, risultante da un fatto o da un'omissione del professionista;
- 2) escludere o limitare le azioni o i diritti del consumatore nei confronti del professionista o di un'altra parte in caso di inadempimento totale o parziale o di adempimento inesatto da parte del professionista;
- 3) escludere o limitare l'opponibilità da parte del consumatore della compensazione di un debito nei confronti del professionista con un credito vantato nei confronti di quest'ultimo;
- 4) prevedere un impegno definitivo del consumatore mentre l'esecuzione della prestazione del professionista è subordinata ad una condizione il cui adempimento dipende unicamente dalla sua volontà;
- 5) consentire al professionista di trattenere una somma di denaro versata al consumatore se quest'ul-

timo non conclude il contratto e ne recede, senza prevedere il diritto del consumatore di esigere dal professionista il doppio della somma corrisposta se è quest'ultimo a non concludere il contratto oppure a recedere;

6) imporre al consumatore, in caso di inadempimento o di ritardo nell'adempimento, il pagamento di una somma di denaro a titolo di risarcimento, clausola penale o altro titolo equivalente d'importo manifestamente eccessivo;

7) riconoscere al solo professionista e non anche al consumatore la facoltà di recedere dal contratto, nonché consentire al professionista di trattenere anche solo in parte la somma versata dal consumatore a titolo di corrispettivo per prestazioni non ancora adempiute, quando sia il professionista a recedere dal contratto;

8) consentire al professionista di recedere da contratti a tempo indeterminato senza un ragionevole preavviso, tranne nel caso di giusta causa;

9) stabilire un termine eccessivamente anticipato rispetto alla scadenza del contratto per comunicare la disdetta al fine di evitare la tacita proroga o rinnovazione;

10) prevedere l'estensione dell'adesione del consumatore a clausole che non ha avuto la possibilità di conoscere prima della conclusione del contratto;

11) consentire al professionista di modificare unilateralmente le clausole del contratto, ovvero le caratteristiche del prodotto o del servizio da fornire, senza un giustificato motivo indicato nel contratto stesso;

12) stabilire che il prezzo dei beni e dei servizi sia determinato al momento della consegna o della prestazione;

13) consentire al professionista di aumentare il prezzo del bene o del servizio senza che il consumatore possa recedere se il prezzo finale è eccessivamente elevato rispetto a quello originale convenuto;

14) riservare al professionista il potere di accertare la conformità del bene venduto o del servizio prestato a quello previsto nel contratto o conferirgli il diritto esclusivo d'interpretare una clausola qualsiasi del contratto;

15) limitare la responsabilità del professionista rispetto alle obbligazioni derivanti dai contratti stipulati in suo nome dai mandatari o subordinare l'adempimento delle suddette obbligazioni al rispetto di particolari formalità;

16) limitare o escludere l'opportunità dell'eccezione di inadempimento da parte del consumatore;

17) consentire al professionista di sostituire a sé un terzo dei rapporti derivanti dal contratto, anche nel caso di preventivo consenso del consumatore, qualora risulti diminuita la tutela dei diritti di quest'ultimo;

18) sancire a carico del consumatore decadenze, limitazioni della facoltà di opporre eccezioni, deroghe alla competenza dell'autorità giudiziaria, limitazioni all'allegazione di prove, inversioni o modificazioni dell'onere della prova, restrizioni alla libertà contrattuale nei rapporti con i terzi;

19) stabilire come sede del foro competente sulle controversie località diversa da quella di residenza o domicilio elettivo del consumatore;

20) prevedere l'alienazione di un diritto o l'assunzione di un obbligo come subordinati ad una condizione sospensiva dipendente dalla mera volontà del professionista a fronte di un'obbligazione immediatamente efficace del consumatore.... *omissis*... fatto salvo il disposto dell'articolo 1355... *omissis*...

1469 ter. (*Accertamento della vessatorietà delle clausole*). La vessatorietà di una clausola è valutata tenendo conto della natura del bene o del servizio oggetto del contratto e facendo riferimento alle circostanze esistenti al momento della sua conclusione ed alle altre clausole del contratto medesimo o di un altro collegato o da cui dipende.

La valutazione del carattere vessatorio della clausola non attiene alla determinazione dell'oggetto del contratto, né all'adeguatezza del corrispettivo dei beni e dei servizi, purché tali elementi siano individuati in modo chiaro e comprensibile.

Non sono vessatorie le clausole che riproducono disposizioni di legge ovvero che siano riprodotte di disposizioni o attuative di principi contenuti in convenzioni internazionali delle quali siano parti contraenti tutti gli Stati membri dell'Unione europea o l'Unione europea.

Non sono vessatorie le clausole o gli elementi di clausola che siano stati oggetto di trattativa individuale.

Nel contratto concluso mediante sottoscrizione di moduli o formulari predisposti per disciplinare in

maniera uniforme determinati rapporti contrattuali, incombe sul professionista l'onere di provare che le clausole, o gli elementi di clausola, malgrado siano dal medesimo unilateralmente predisposti, siano stati oggetto di specifica trattativa con il consumatore.

1469 quater. (*Forma e interpretazione*). Nel caso di contratti di cui tutte le clausole o talune clausole siano proposte al consumatore per iscritto, tali clausole devono sempre essere redatte in modo chiaro e comprensibile.

In caso di dubbio sul senso di una clausola, prevale l'interpretazione più favorevole al consumatore.

1469. *quinqües.* (*Inefficacia*). Le clausole considerate vessatorie ai sensi degli articoli 1469 bis e 1469 ter sono inefficaci mentre il contratto rimane efficace per il resto.

Sono inefficaci le clausole che, quantunque oggetto di trattativa, abbiano per oggetto o per effetto di:

- 1) escludere o limitare la responsabilità del professionista in caso di morte o danno alla persona del consumatore, risultante da un fatto o da un'omissione del professionista;

- 2) escludere o limitare le azioni del consumatore nei confronti del professionista o di un'altra parte in caso di inadempimento totale o parziale o di adempimento inesatto da parte del professionista;

- 3) prevedere l'adesione del consumatore come estesa a clausole che non ha avuto, di fatto, la possibilità di conoscere prima della conclusione del contratto.

L'inefficacia opera soltanto a vantaggio del consumatore e può essere rilevata d'ufficio dal giudice.

Il venditore ha diritto di regresso nei confronti del fornitore per i danni che ha subito in conseguenza della declaratoria d'inefficacia delle clausole dichiarate abusive...omissis.

Titolo III DEI SINGOLI CONTRATTI

1668. (*Contenuto della garanzia per difetti dell'opera*). Il committente può chiedere che le difformità o i vizi (1667) siano eliminati a spese dell'appaltatore, oppure che il prezzo sia proporzionalmente diminuito, salvo il risarcimento del danno (1223) nel caso di colpa dell'appaltatore.

Se però le difformità o i vizi dell'opera sono tali da renderla del tutto inadatta alla sua destinazione, il committente può chiedere la risoluzione del contratto (1453, 2226).

1672. (*Impossibilità di esecuzione dell'opera*). Se il contratto si scioglie perché l'esecuzione dell'opera è divenuta impossibile in conseguenza di una causa non imputabile ad alcuna delle parti (1464), il committente deve pagare la parte dell'opera già compiuta...omissis..

1710. (*Diligenza del mandatario*). Il mandatario è tenuto a eseguire il mandato (2030, 2392, 2407, 2608) con la diligenza del buon padre di famiglia (1176); ma se il mandato è gratuito, la responsabilità per colpa è valutata con minor rigore (2030).

Il mandatario è tenuto a rendere note al mandante le circostanze sopravvenute che possono determinare la revoca o la modificazione del mandato (1723 ss.).

1717. (*Sostituto del mandatario*). Il mandatario che, nell'esecuzione del mandato, sostituisce altri a se stesso, senza esservi autorizzato o senza che ciò sia necessario per la natura dell'incarico (1770, 1804), risponde dell'operato della persona sostituita (1228).

Se il mandante aveva autorizzato la sostituzione senza indicare la persona, il mandatario risponde soltanto quando è in colpa nella scelta (1710, 1856).

Il mandatario risponde delle istruzioni che ha impartite al sostituto.

Il mandante può agire direttamente contro la persona sostituita dal mandatario (1232, 1705).

1766. (*Nozione*). Il deposito è il contratto col quale una parte riceve dall'altra una cosa mobile (812) con l'obbligo di custodirla e di restituirla in natura.

1769. (*Responsabilità del depositario incapace*). Il depositario incapace è responsabile della con-

servazione della cosa nei limiti in cui può essere tenuto a rispondere per fatti illeciti (2046). In ogni caso il depositante ha diritto di conseguire la restituzione della cosa finché questa si trova presso il depositario (1443); altrimenti può pretendere il rimborso di ciò che sia stato rivolto a vantaggio di quest'ultimo (2039, 2041).

1899. (*Durata dell'assicurazione*). L'assicurazione ha effetto dalle ore ventiquattro del giorno della conclusione del contratto (1326) alle ore ventiquattro dell'ultimo giorno della durata stabilita nel contratto stesso. Se questa supera i dieci anni, le parti, trascorso il decennio e nonostante patto contrario, hanno facoltà di recedere dal contratto (1373), con preavviso di sei mesi, che può darsi anche mediante raccomandata.

Il contratto può essere tacitamente prorogato una o più volte, ma ciascuna proroga tacita non può avere una durata superiore a due anni (1932).

Le norme del presente articolo non si applicano alle assicurazioni sulla vita (1919).

1900. (*Sinistri cagionati con dolo o con colpa grave dell'assicurato o dei dipendenti*). L'assicuratore non è obbligato per i sinistri cagionati da dolo o da colpa grave del contraente, dell'assicurato o del beneficiario, salvo patto contrario per i casi di colpa grave (1229, 1917).

L'assicuratore è obbligato per il sinistro cagionato da dolo o da colpa grave delle persone del fatto delle quali l'assicurato deve rispondere (2047, 2048, 2049; 524 c.n.).

Egli è obbligato altresì, nonostante patto contrario, per i sinistri conseguenti ad atti del contraente, dell'assicurato o del beneficiario, compiuti per dovere di solidarietà umana o nella tutela degli interessi comuni all'assicuratore (1914; 522 c.n.).

1901. (*Mancato pagamento del premio*). Se il contraente non paga il premio o la prima rata di premio stabilita dal contratto, l'assicurazione resta sospesa fino alle ore ventiquattro del giorno in cui il contraente paga quanto è da lui dovuto.

Se alle scadenze convenute il contraente non paga i premi successivi, l'assicurazione resta sospesa dalle ore ventiquattro del quindicesimo giorno dopo quello della scadenza (1460, 1932, 2952).

Nelle ipotesi previste dai due commi precedenti il contratto è risolto di diritto (1453) se l'assicuratore, nel termine di sei mesi dal giorno in cui il premio o la rata sono scaduti, non agisce per la riscossione (1457⁹); l'assicuratore ha diritto soltanto al pagamento del premio relativo al periodo di assicurazione in corso e al rimborso delle spese. La presente norma non si applica alle assicurazioni sulla vita (1924, 1927, 1932).

1905. (*Limiti del risarcimento*). L'assicuratore è tenuto a risarcire, nei modi e nei limiti stabiliti dal contratto, il danno sofferto dall'assicurato in conseguenza del sinistro (1223, 1900, 1908, 1917).

L'assicuratore risponde del profitto sperato solo se si è espressamente obbligato.

1910. (*Assicurazione presso diversi assicuratori*). Se per il medesimo rischio sono contratte separatamente più assicurazioni presso diversi assicuratori, l'assicurato deve dare avviso di tutte le assicurazioni a ciascun assicuratore.

Se l'assicurato omette dolosamente di dare l'avviso, gli assicuratori non sono tenuti a pagare l'indennità.

Nel caso di sinistro, l'assicurato deve darne avviso a tutti gli assicuratori a norma dell' art. 1913, indicando a ciascuno il nome degli altri. L'assicurato può chiedere a ciascun assicuratore l'indennità dovuta secondo il rispettivo contratto, purché le somme complessivamente rimosse non superino l'ammontare del danno (1980).

L'assicuratore che ha pagato ha diritto di regresso (1299) contro gli altri per la ripartizione proporzionale in ragione della indennità dovute secondo i rispettivi contratti. Se un assicuratore è insolvente (5 l. fall.), la sua quota viene ripartita fra gli altri assicuratori (1299).

1911. (*Coassicurazione*). Qualora la medesima assicurazione o l'assicurazione di rischi relativi alle stesse cose sia ripartita tra gli assicuratori per quote determinate, ciascun assicuratore è tenuto al pagamento dell'indennità assicurata soltanto in proporzione della rispettiva quota, anche se unico è il contratto sottoscritto da tutti gli assicuratori (1314).

1913. (*Avviso all'assicuratore in caso di sinistro*). L'assicurato deve dare avviso del sinistro all'assicuratore o all'agente autorizzato a concludere il contratto (1903), entro tre giorni da quello in cui il sinistro si è verificato o l'assicurato ne ha avuto conoscenza (1915). Non è necessario l'avviso, se l'assicuratore o l'agente autorizzato alla conclusione del contratto interviene entro il detto termine alle operazioni di salvataggio (1914) o di constatazione del sinistro.

Nelle assicurazioni contro la mortalità del bestiame l'avviso, salvo patto contrario, deve essere dato entro ventiquattro ore (533 c.n.).

1914. (*Obbligo di salvataggio*). L'assicurato deve fare quanto gli è possibile per evitare o diminuire il danno (1227, 1915).

Le spese fatte a questo scopo dall'assicurato sono a carico dell'assicuratore, in proporzione del valore assicurato rispetto a quello che la cosa aveva nel tempo del sinistro (1907), anche se il loro ammontare, unitamente a quello del danno, supera la somma assicurata, e anche se non si è raggiunto lo scopo, salvo che l'assicuratore provi che le spese sono state fatte inconsideratamente (1932, 2031; 534 c.n.).

L'assicuratore risponde dei danni materiali direttamente derivanti alle cose assicurate dai mezzi adoperati dall'assicurato per evitare o diminuire i danni del sinistro, salvo che egli provi che tali mezzi sono stati adoperati inconsideratamente (1900).

L'intervento dell'assicuratore per il salvataggio delle cose assicurate e per la loro conservazione non pregiudica i suoi diritti.

L'assicuratore che interviene al salvataggio deve, se richiesto dall'assicurato, anticiparne le spese o concorrere in proporzione del valore assicurato (2031).

1915. (*Inadempimento dell'obbligo di avviso o di salvataggio*). L'assicurato che dolosamente non adempie l'obbligo dell'avviso (1910, 1913) o del salvataggio (1914) perde il diritto all'indennità.

Se l'assicurato omette colposamente di adempiere tale obbligo, l'assicuratore ha diritto di ridurre l'indennità in ragione del pregiudizio sofferto (1932).

1916. (*Diritto di surrogazione dell'assicuratore*). L'assicuratore che ha pagato l'indennità è surrogato, fino alla concorrenza dell'ammontare di essa, nei diritti dell'assicurato verso i terzi responsabili (1203, n. 5, 1589).

Salvo il caso di dolo, la surrogazione non ha luogo se il danno è causato dai figli, dagli affiliati (404 ss.), dagli ascendenti, da altri parenti (74 ss.) o da affini (78) dell'assicurato stabilmente con lui conviventi o da domestici (2240).

L'assicurato è responsabile verso l'assicurazione del pregiudizio arrecato al diritto di surrogazione.

Le disposizioni di questo articolo si applicano anche alle assicurazioni contro gli infortuni sul lavoro e contro le disgrazie accidentali.

1917. (*Assicurazione della responsabilità civile*). Nell'assicurazione della responsabilità civile l'assicuratore è obbligato a tenere indenne l'assicurato di quanto questi, in conseguenza del fatto accaduto durante il tempo dell'assicurazione, deve pagare a un terzo, in dipendenza della responsabilità dedotta nel contratto. Sono esclusi i danni derivanti da fatti dolosi (1229, 1900, 2952; 798 c.n.).

L'assicurazione ha facoltà, previa comunicazione all'assicurato, di pagare direttamente al terzo danneggiato l'indennità dovuta, ed è obbligato al pagamento diretto se l'assicurato lo richiede (1930, 2767; 1015 c.n.).

Le spese sostenute per resistere all'azione del danneggiato contro l'assicurato sono a carico dell'assicuratore nei limiti del quarto della somma assicurata. Tuttavia, nel caso che sia dovuta al danneggiato una somma superiore al capitale assicurato, le spese giudiziali si ripartiscono tra assicuratore e assicurato in proporzione del rispettivo interesse (1932).

L'assicurato, convenuto dal danneggiato, può chiamare in causa l'assicuratore (1932, 2951; 32, 106, 269 c.p.c.; 1015 c.n.).

1965. (*Nozione*). La transazione è il contratto col quale le parti, facendosi reciproche concessioni, pongono fine a una lite già incominciata o prevengono una lite che può sorgere tra loro (1976).

Con le reciproche concessioni si possono creare, modificare o estinguere anche rapporti diversi da

quello che ha formato oggetto della pretesa e della contestazione delle parti (1304, 1350, n. 12, 2643, n. 13, 2684, n. 4).

1966. (*Capacità a transigere e disponibilità dei diritti*). Per transigere le parti devono avere la capacità di disporre dei diritti che formano oggetto della lite (181, 320, 375, n. 4, 2393). La transazione è nulla se tali diritti, per loro natura o per espressa disposizione di legge, sono sottratti alla disponibilità delle parti (2113, 2937).

1967. (*Prova*). La transazione deve essere provata per iscritto (2702 ss., 2725), fermo il disposto del n. 12 dell'articolo 1350 (2643, n. 13).

1969. (*Errore di diritto*). La transazione non può essere annullata per errore di diritto (1429, n. 4) relativo alle questioni che sono state oggetto di controversia tra le parti.

1971. (*Transazione su pretesa temeraria*). Se una delle parti era consapevole della temerarietà della sua pretesa (96 c.p.c.), l'altra può chiedere l'annullamento della transazione (1441 ss.).

1973. (*Annulabilità per falsità di documenti*)...omissis...annullabile (1427, 1441 ss.) la transazione fatta, in tutto o in parte, sulla base di documenti che in seguito sono stati riconosciuti falsi (395, n. 2 c.p.c.)...omissis...

1974. (*Annulabilità per cosa giudicata*)...omissis...pure annullabile (1427, 1441 ss.) la transazione fatta su lite già decisa con sentenza passata in giudicato (2909), della quale le parti o una di esse non avevano notizia (324, 395, n. 5 c.p.c.)...omissis.

1975. (*Annulabilità per scoperta di documenti*). La transazione che le parti hanno conclusa generalmente sopra tutti gli affari che potessero esservi tra loro non può impugnarsi per il fatto che posteriormente una di esse venga a conoscenza di documenti che le erano ignoti al tempo della transazione, salvo che questi siano stati occultati dall'altra parte (1439). La transazione è annullabile (1427, 1441 ss.), quando non riguarda che un affare determinato e con documenti posteriormente scoperti si prova che una delle parti non aveva alcun diritto (395, n. 3 c.p.c.).

Titolo VIII DELL'ARRICCHIMENTO SENZA CAUSA

2041. (*Azione generale di arricchimento*). Chi, senza una giusta causa, si è arricchito a danno di un'altra persona è tenuto, nei limiti dell'arricchimento, a indennizzare quest'ultima della correlativa diminuzione patrimoniale (1185, 1443).

Qualora l'arricchimento abbia per oggetto una cosa determinata, colui che l'ha ricevuta è tenuto a restituirla in natura, se sussiste al tempo della domanda (2037; 67 l. camb.; 59 l. ass.).

Titolo IX DEI FATTI ILLECITI

2043. (*Risarcimento per fatto illecito*). Qualunque fatto doloso o colposo, che cagiona ad altri un danno ingiusto (1438), obbliga colui che ha commesso il fatto a risarcire il danno (2947; 185, 198 c.p.).

2045. (*Stato di necessità*). Quando chi ha compiuto il fatto dannoso vi è stato costretto dalla necessità di salvare sé o altri dal pericolo attuale di un danno grave alla persona, e il pericolo non è stato da lui volontariamente causato né era altrimenti evitabile (1447; 54 c.p.), al danneggiato è dovuta un'indennità (843², 924, 925, 1038, 1053, 1328, 2047), la cui misura è rimessa all'equo apprezzamento del giudice.

2049. (*Responsabilità dei padroni e dei committenti*). I padroni e i committenti sono responsabili per i danni arrecati dal fatto illecito dei loro domestici e commessi nell'esercizio delle incombenze a cui sono adibiti (1900, 2048).

2050. (*Responsabilità per l'esercizio di attività pericolose*). Chiunque cagiona danno ad altri nello svolgimento di un'attività pericolosa, per sua natura o per la natura dei mezzi adoperati, è tenuto al risarcimento, se non prova di avere adottato tutte le misure idonee a evitare il danno (1681, 2054).

2051. (*Danno cagionato da cosa in custodia*). Ciascuno è responsabile del danno cagionato dalle cose che ha in custodia, salvo che provi il caso fortuito (1215, 1256, 1588; 1611; 2056).

2055. (*Responsabilità solidale*). Se il fatto dannoso è imputabile a più persone, tutte sono obbligate in solido (1294) al risarcimento del danno. Colui che ha risarcito il danno ha regresso (1299) contro ciascuno degli altri, nella misura determinata dalla gravità della rispettiva colpa e dall'entità delle conseguenze che ne sono derivate (1227). Nel dubbio (2054), le singole colpe si presumono uguali (1298).

2056. (*Valutazione dei danni*). Il risarcimento dovuto al danneggiato si deve determinare secondo le disposizioni degli articoli 1223, 1226 e 1227. Il lucro cessante è valutato dal giudice con equo apprezzamento delle circostanze del caso (1226).

2057. (*Danni permanenti*). Quando il danno alle persone ha carattere permanente la liquidazione può essere fatta dal giudice, tenuto conto delle condizioni delle parti e della natura del danno, sotto forma di una rendita vitalizia (1872 ss.). In tal caso il giudice dispone le opportune cautele.

2058. (*Risarcimento in forma specifica*). Il danneggiato può chiedere la reintegrazione in forma specifica, qualora sia in tutto o in parte possibile. Tuttavia il giudice può disporre che il risarcimento avvenga solo per equivalente, se la reintegrazione in forma specifica risulta eccessivamente oneroso per il debitore.

2059. (*Danni non patrimoniali*). Il danno non patrimoniale deve essere risarcito solo nei casi determinati dalla legge (89² c.p.c.; 185², 187, 189 c.p.).

Titolo II DEL LAVORO NELL'IMPRESA

2086. (*Direzione e gerarchia nella impresa*). L'imprenditore è il capo dell'impresa e da lui dipendono gerarchicamente i suoi collaboratori (2094 ss., 2104, 2145).

2087. (*Tutela delle condizioni di lavoro*). L'imprenditore è tenuto ad adottare nell'esercizio dell'impresa le misure che, secondo la particolarità del lavoro, l'esperienza e la tecnica, sono necessarie a tutelare l'integrità fisica e la personalità morale dei prestatori di lavoro (37 Cost.).

2094. (*Prestatore di lavoro subordinato*)...omissis...prestatore di lavoro subordinato chi si obbliga mediante retribuzione a collaborare nell'impresa, prestando il proprio lavoro intellettuale o manuale alle dipendenze e sotto la direzione dell'imprenditore (2086, 2104; 36 ss. Cost.)...omissis.

2099. (*Retribuzione*). La retribuzione del prestatore di lavoro può essere stabilita a tempo o a cottimo e deve essere corrisposta nella misura determinata dalle norme corporative, con le modalità e nei termini in uso nel luogo in cui il lavoro viene eseguito (2103, 2955, n. 2, 2956, n. 1; 36, 37 Cost.). In mancanza di norme corporative o di accordo tra le parti, la retribuzione è determinata dal giudice, [tenuto conto, ove occorra, del parere delle associazioni professionali]. Il prestatore di lavoro può anche essere retribuito in tutto o in parte con partecipazione agli utili (2102) o ai prodotti (2121), con provvigione o con prestazioni in natura.

2104. (*Diligenza del prestatore di lavoro*). Il prestatore di lavoro deve usare la diligenza richiesta dalla natura della prestazione dovuta, dall'interesse dell'impresa e da quello superiore della produzione nazionale (1176).

Deve inoltre osservare le disposizioni per l'esecuzione e per la disciplina del lavoro impartite dall'imprenditore (2086) e dai collaboratori di questo dai quali gerarchicamente dipende (2094, 2106).

2105. (*Obbligo di fedeltà*). Il prestatore di lavoro non deve trattare affari, per conto proprio o di terzi, in concorrenza con l'imprenditore, né divulgare notizie attinenti all'organizzazione e ai metodi di produzione dell'impresa, o farne uso in modo da poter recare ad esso pregiudizio (2125).

2106. (*Sanzioni disciplinari*). L'inosservanza delle disposizioni contenute nei due articoli precedenti può dar luogo all'applicazione di sanzioni disciplinari, secondo la gravità dell'infrazione (96 att.) e in conformità delle norme corporative.

2119. (*Recesso per giusta causa*). Ciascuno dei contraenti può recedere dal contratto prima della scadenza del termine, se il contratto è a tempo determinato, o senza preavviso, se il contratto è a tempo indeterminato (2097), qualora si verifichi una causa che non consenta la prosecuzione, anche provvisoria, del rapporto. Se il contratto è a tempo indeterminato, al prestatore di lavoro che recede per giusta causa compete l'indennità indicata nel secondo comma dell'articolo precedente (2244)...omissis...

Titolo III DEL LAVORO AUTONOMO

2222. (*Contratti d'opera*). Quando una persona si obbliga a compiere verso un corrispettivo un'opera o un servizio, con lavoro prevalentemente proprio e senza vincolo di subordinazione nei confronti del committente, si applicano le norme di questo capo, salvo che il rapporto abbia una disciplina particolare nel libro V (1655 ss.).

2223. (*Prestazione della materia*). Le disposizioni di questo capo si osservano anche se la materia è fornita dal prestatore d'opera (1658), purché le parti non abbiano avuto prevalentemente in considerazione la materia, nel qual caso si applicano le norme sulla vendita (1470 ss.).

2224. (*Esecuzione dell'opera*). Se il prestatore d'opera non procede all'esecuzione dell'opera secondo le condizioni stabilite dal contratto e a regola d'arte (1176), il committente può fissare un congruo termine, entro il quale il prestatore d'opera deve conformarsi a tali condizioni (1454, 1662). Trascorso inutilmente il termine fissato, il committente può recedere dal contratto (1373), salvo il diritto al risarcimento dei danni (1218, 1372).

2225. (*Corrispettivo*). Il corrispettivo, se non è convenuto dalle parti e non può essere determinato secondo le tariffe professionali o gli usi, è stabilito dal giudice in relazione al risultato ottenuto e al lavoro normalmente necessario per ottenerlo (1657, 2233).

2226. (*Difformità e vizi dell'opera*). L'accettazione espressa o tacita dall'opera libera il prestatore d'opera dalla responsabilità per difformità o per vizi della medesima, se all'atto dell'accettazione questi erano noti al committente o facilmente riconoscibili, purché in questo caso non siano stati dolosamente occultati (1665).

Il committente deve, a pena di decadenza, denunciare le difformità e i vizi occulti (1167 ss.) al prestatore d'opera (1745, 2212) entro otto giorni dalla scoperta. L'azione si prescrive entro un anno dalla consegna.

I diritti del committente nel caso di difformità o di vizi dell'opera sono regolati dall'art. 1668.

2227. (*Recesso unilaterale del contratto*). Il committente può recedere dal contratto (1373), ancorché sia iniziato l'esecuzione dell'opera, tenendo indenne il prestatore d'opera delle spese, del lavoro eseguito e del mancato guadagno (1671, 1685, 1725, 1734, 1738, 2237).

2228. (*Impossibilità sopravvenuta dell'esecuzione dell'opera*). Se l'esecuzione dell'opera diventa impossibile per causa non imputabile ad alcuna delle parti (1463, 1464), il prestatore d'opera ha diritto ad un compenso per il lavoro prestato in relazione all'utilità della parte dell'opera compiuta (1672, 1686, 2231², 2237²).

2229. (*Esercizio delle professioni intellettuali*). La legge determina le professioni intellettuali per l'esercizio delle quali è necessaria l'iscrizione in appositi albi o elenchi (2062, 2231).

L'accertamento dei requisiti per la iscrizione negli albi o negli elenchi, la tenuta dei medesimi e il potere disciplinare sugli iscritti sono demandati alle associazioni professionali, sotto la vigilanza dello Stato (*), salvo che la legge disponga diversamente (2642).

Contro il rifiuto dell'iscrizione o la cancellazione dagli albi o elenchi, e contro i provvedimenti disciplinari che importano la perdita o la sospensione del diritto all'esercizio della professione è ammesso ricorso in via giurisdizionale nei modi e nei termini stabiliti dalle leggi speciali.

2230. (*Prestazioni d'opera intellettuale*). Il contratto che ha per oggetto una prestazione d'opera intellettuale è regolato dalle norme seguenti e, in quanto compatibili con questa e con la natura del rapporto, dalle disposizioni del capo precedente.

Sono salve le disposizioni delle leggi speciali.

2231. (*Mancanza d'iscrizione*). Quando l'esercizio di un'attività professionale è condizionata all'iscrizione in un albo o elenco, la prestazione eseguita da chi non è iscritto non gli dà azione per il pagamento della retribuzione (2034, 2041, 2126).

La cancellazione dall'albo o elenco risolve il contratto in corso, salvo il diritto del prestatore d'opera al rimborso delle spese incontrate e a un compenso adeguato all'utilità del lavoro compiuto (1672, 2228, 2237).

2232. (*Esecuzione dell'opera*). Il prestatore d'opera deve eseguire personalmente l'incarico assunto. Può tuttavia valersi, sotto la propria direzione e responsabilità (1228), dei sostituti e ausiliari, se la collaborazione di altri è consentita dal contratto o dagli usi e non è incompatibile con l'oggetto della prestazione (1717).

2233. (*Compenso*). Il compenso, se non è convenuto dalle parti e non può essere determinato secondo le tariffe o gli usi, è determinato dal giudice, sentito il parere dell'associazione professionale a cui il professionista appartiene (1657, 1709, 1755², 2225).

In ogni caso la misura del compenso deve essere adeguata all'importanza dell'opera e al decoro della professione (2751, n. 5). *Omissis*

2234. (*Spese e acconti*). Il cliente, salvo diversa pattuizione, deve anticipare al prestatore d'opera le spese occorrenti al compimento dell'opera e corrispondere, secondo gli usi, gli acconti sul compenso.

2235. (*Divieto di ritenzione*). Il prestatore d'opera non può ritenere le cose e i documenti ricevuti, se non per il periodo strettamente necessario alla tutela dei propri diritti secondo le leggi professionali (2961).

2236. (*Responsabilità del prestatore d'opera*). Se la prestazione implica la soluzione di problemi tecnici di speciale difficoltà, il prestatore d'opera non risponde dei danni, se non in caso di dolo o di colpa grave (1176).

2237. (*Recesso*). Il cliente può recedere dal contratto (1373), rimborsando al prestatore d'opera le spese sostenute e pagando il compenso per l'opera svolta (2227).

Il prestatore d'opera può recedere dal contratto per giusta causa. In tal caso egli ha diritto al rimborso delle spese fatte e al compenso per l'opera svolta, da determinarsi con riguardo al risultato utile che ne sia derivato al cliente (1672, 2228, 2231).

Il recesso del prestatore d'opera deve essere esercitato in modo da evitare pregiudizio al cliente.

2238. (*Rinvio*). Se l'esercizio della professione costituisce elemento di un'attività organizzata in forma d'impresa (2082), si applicano anche le disposizioni del titolo II. In ogni caso, se l'esercente una professione intellettuale impiega sostituti o ausiliari, si applicano le disposizioni delle sezioni II, III e IV del capo I del titolo II (2094 ss.).

Titolo II DELLE PROVE

2697. (*Onere della prova*). Chi vuol far valere un diritto in giudizio (99, 100 c.p.c.) deve provare i fatti che ne costituiscono il fondamento (1988, 2728; 115 c.p.c.). Chi eccepisce l'inefficacia di tali fatti ovvero eccepisce che il diritto si è modificato o estinto deve provare i fatti su cui l'eccezione si fonda (115 ss, 191 ss. c.p.c.).

2698. (*Patti relativi all'onere della prova*). Sono nulli (1418 ss.) i patti con i quali è invertito ovvero è modificato l'onere della prova, quando si tratta di diritti di cui le parti non possono disporre (5 ss.) o quando l'inversione o la modificazione ha per effetto di rendere a una delle parti eccessivamente difficile l'esercizio del diritto (1694, 2965).

2699. (*Atto pubblico*). L'atto pubblico è il documento redatto, con le richieste formalità, da un notaio o da altro pubblico ufficiale autorizzato ad attribuirgli pubblica fede nel luogo dove l'atto è formato (2700, 2701).

2700. (*Efficacia dell'atto pubblico*). L'atto pubblico fa piena prova, fino a querela di falso (221 ss. c.p.c.), della provenienza del documento dal pubblico ufficiale che lo ha formato, nonché delle dichiarazioni delle parti e degli altri fatti che il pubblico ufficiale attesta avvenuti in sua presenza o da lui compiuti (2729; 178, 775 c.n.).

Titolo V DELLA PRESCRIZIONE E DELLA DECADENZA

2934. (*Estinzione dei diritti*). Ogni diritto si estingue per prescrizione (2962, 2963), quando il titolare non lo esercita per il tempo determinato dalla legge (1242). Non sono soggetti alla prescrizione i diritti indispensabili (326, 1966, 2113) e gli altri diritti indicati dalla legge.

2935. (*Decorrenza della prescrizione*). La prescrizione comincia a decorrere dal giorno in cui il diritto può essere fatto valere (387, 2903).

2939. (*Opponibilità della prescrizione da parte dei terzi*). La prescrizione può essere opposta dai creditori e da chiunque vi ha interesse, qualora la parte non la faccia valere. Può essere opposta anche se la parte vi ha rinunciato (2900, 2937).

2943. (*Interruzione da parte del titolare*). La prescrizione è interrotta (107, 1310) dalla notificazione (137 ss. c.p.c.) dell'atto con il quale si inizia un giudizio, sia questo di cognizione (163, 638 c.p.c.) ovvero conservativo (669 ss.) o esecutivo (474 ss. 491 c.p.c.).

Omissis - pure interrotta dalla domanda proposta nel corso di un giudizio (2945; 34 ss., 105, 499 c.p.c.; 94 l. fall.).

L'interruzione si verifica anche se il giudice adito è incompetente (7 ss., 18 ss. c.p.c.).

La prescrizione è inoltre interrotta da ogni altro atto che valga a costituire in mora il debitore (1219, 1957) e dall'atto notificato con il quale una parte, in presenza di compromesso o clausola compromissoria, dichiara la propria intenzione di promuovere il procedimento arbitrale, propone la domanda e procede, per quanto le spetta, alla nomina degli arbitri.

2946. (*Prescrizione ordinaria*). Salvi i casi in cui la legge dispone diversamente, i diritti si estinguono per prescrizione con il decorso di dieci anni.

2947. (*Prescrizioni del diritto al risarcimento del danno*). Il diritto al risarcimento del danno derivante da fatto illecito (2043) si prescrive in cinque anni dal giorno in cui il fatto si è verificato. Per il risarcimento del danno prodotto dalla circolazione dei veicoli di ogni specie (2054) il diritto si prescrive in due anni (2767).

In ogni caso, se il fatto è considerato dalla legge come reato (2768) e per il reato è stabilita una prescrizione più lunga, questa si applica anche all'azione civile (157 ss. c.p.c.). Tuttavia, se il reato è estinto (150 ss. c.p.) per causa diversa dalla prescrizione o è intervenuta sentenza irrevocabile nel giudizio penale (648 c.p.p.), il diritto al risarcimento del danno si prescrive nei termini indicati dai primi due commi, con decorrenza dalla data di estinzione del reato e dalla data in cui la sentenza è divenuta irrevocabile (1449¹).

2952. (*Prescrizione in materia di assicurazione*). Il diritto al pagamento delle rate di premio si prescrive in un anno dalle singole scadenze (1901).

Gli altri diritti derivanti dal contratto di assicurazione (1882 ss.) si prescrivono in un anno e quelli derivanti dal contratto di riassicurazione (1928 ss.) in due anni dal giorno in cui si è verificato il fatto su cui il diritto si fonda.

Nell'assicurazione della responsabilità civile (1917), il termine decorre dal giorno in cui il terzo ha richiesto il risarcimento all'assicurato o ha promosso contro di questo l'azione.

La comunicazione all'assicuratore della richiesta del terzo danneggiato o dell'azione da questa proposta sospende il corso della prescrizione (2941) finché il credito del danneggiato non sia divenuto liquido ed esigibile oppure il diritto del terzo danneggiato non sia prescritto (2947).

La disposizione del comma precedente si applica all'azione del riassicurato verso il riassicuratore per il pagamento dell'indennità (1930; 547, 1020 c.n.).

2956. (*Prescrizione di tre anni*). Si prescrive in tre anni (2959, 2960) il diritto:

- 1) dei prestatori di lavoro, per le retribuzioni corrisposte a periodi superiori al mese (2099, 2955, n. 2);
- 2) dei professionisti, per il compenso dell'opera prestata e per il rimborso delle spese correlative (2229 ss.);
- 3) dei notai, per gli atti del loro ministero;
- 4) degli insegnanti, per la retribuzione delle lezioni impartite a tempo più lungo di un mese (2955, n. 1).

2957. (*Decorrenza delle prescrizioni presuntive*). Il termine della prescrizione decorre (2935) dalla scadenza della retribuzione periodica o dal compimento della prestazione (2958).

Per le competenze dovute agli avvocati, ai procuratori e ai patrocinatori legali il termine decorre dalla decisione della lite (324 c.p.c.), dalla conciliazione delle parti o dalla revoca del mandato (85 c.p.c.); per gli affari non terminati, la prescrizione decorre dall'ultima prestazione (633 c.p.c.).

2958. (*Corso della prescrizione*). La prescrizione decorre anche se vi è stata continuazione di somministrazioni o di prestazioni.

2959. (*Ammissioni di colui che oppone la prescrizione*). L'eccezione è rigettata, se chi oppone la prescrizione nei casi indicati dagli articoli 2954, 2955 e 2956 ha comunque ammesso in giudizio che l'obbligazione non è stata estinta (2961).

2964. (*Inapplicabilità di regole della prescrizione*). Quando un diritto deve esercitarsi entro un dato termine sotto pena di decadenza (2966), non si applicano le norme relative all'interruzione della prescrizione (2943 ss.). Del pari non si applicano le norme che si riferiscono alla sospensione (2941), salvo che sia disposto altrimenti (245, 489, 802, 2941; 168² l. fall.).

2965. (*Decadenze stabilite contrattualmente*)...omissis...nullo (1418) il patto con cui si stabilisco-

no termini di decadenza che rendono eccessivamente difficile a una delle parti l'esercizio del diritto (1341).

2969. (*Rilievo d'ufficio*). La decadenza non può essere rilevata d'ufficio dal giudice, salvo che, trattandosi di materia sottratta alla disponibilità delle parti, il giudice debba rilevare le cause d'improprietà dell'azione (112 c.p.c.).

4. CODICE DI PROCEDURA CIVILE

Capo I DEL GIUDICE

51. (*Astensione del giudice*). Il giudice ha l'obbligo di astenersi (78 att.):

- 1) se ha interesse nella causa o in altra vertenza su identica questione di diritto;
- 2) se egli stesso o la moglie è parente fino al quarto grado (74 ss. c.c.) [o legato da vincoli di affiliazione], o è convivente o commensale abituale di una delle parti o di alcuno dei difensori;
- 3) se egli stesso o la moglie ha causa pendente o grave inamicizia o rapporti di credito o debito con una delle parti o alcuno dei suoi difensori;
- 4) se ha dato consiglio o prestato patrocinante (82) nella causa, o ha deposto in essa come testimone, oppure ne ha conosciuto come magistrato in altro grado di processo o come arbitro (810, 815) o vi ha prestato assistenza come consulente tecnico (61);
- 5) se è tutore (343 ss. c.c.), curatore (392 c.c.), procuratore, agente o datore di lavoro di una delle parti; se, inoltre, è amministratore o gerente di un ente, di un'associazione anche non riconosciuta (36 ss. c.c.), di un comitato (39 c.c.), di una società (2247 ss. c.c.) o stabilimento che ha interesse nella causa.

In ogni altro in cui esistono gravi ragioni di convenienza, il giudice può richiedere al capo dell'ufficio l'autorizzazione ad astenersi; quando l'astensione riguarda il capo dell'ufficio, l'autorizzazione è chiesta al capo dell'ufficio superiore.

61. (*Consulente tecnico*). Quando è necessario, il giudice può farsi assistere, per il compimento di singoli atti o per tutto il processo, da uno o più consulenti di particolare competenza tecnica (87, 191 ss., 424, 441, 445).

La scelta dei consulenti tecnici deve essere normalmente fatta tra le persone iscritte in albi speciali formati a norma delle disposizioni di attuazione del presente codice (13 ss. att.).

62. (*Attività del consulente*). Il consulente compie le indagini che gli sono commesse dal giudice e fornisce, in udienza e in camera di consiglio, i chiarimenti che il giudice gli richiede a norma degli articoli 194 e seguenti, e degli articoli 441 e 463.

63. (*Obbligo di assumere l'incarico e ricusazione del consulente*). Il consulente scelto tra gli iscritti in un albo ha l'obbligo (366 c.p.) di prestare il suo ufficio (19 ss. att.), tranne che il giudice riconosca che ricorre un giusto motivo di astensione (192).

Il consulente può essere ricusato dalle parti per i motivi indicati nell'art. 51.

Della ricusazione di consulente conosce il giudice che l'ha nominato (89 att.).

64. (*Responsabilità del consulente*). Si applicano al consulente tecnico le disposizioni del codice penale relative ai periti (314 ss., 366, 373 ss. c.p.).

In ogni caso, il consulente tecnico che incorre in colpa grave nell'esecuzione degli atti che gli sono richiesti, è punito con l'arresto fino a un anno o con l'ammenda fino a lire venti milioni (179). Si applica l'art.35 del codice penale. In ogni caso è dovuto il risarcimento dei danni causati alle parti.

Titolo III DELLE PARTI E DEI DIFENSORI

90. (*Onere delle spese*). Salve le disposizioni relative al gratuito patrocinio, nel corso del processo ciascuna delle parti deve provvedere alle spese (306, 310) degli atti che compie e di quelli che chiede, e deve anticiparle per gli altri atti necessari al processo quando l'anticipazione è posta a suo carico dalla legge o dal giudice.

91. (*Condanna alle spese*). Il giudice, con la sentenza che chiude il processo davanti a lui, condanna la parte soccombente al rimborso delle spese a favore dell'altra parte e ne liquida l'ammontare insieme con gli onorari di difesa (93, 216; 75, 152², 152 att.; 2877 c.c.). Eguale provvedimento emette nella sua sentenza il giudice che regola la competenza (49).

92. (*Condanna alle spese per singoli atti. Compensazione delle spese*) Il giudice nel pronunciare la condanna di cui all'articolo precedente, può escludere la ripetizione delle spese sostenute dalla parte vincitrice, se le ritiene eccessive o superflue; e può, indipendentemente dalla soccombenza, condannare una parte al rimborso delle spese anche non ripetibili...omissis... Se vi è soccombenza reciproca o concorrono altri giusti motivi, il giudice può compensare parzialmente o per intero le spese tra le parti...omissis.

96. (*Responsabilità aggravata*) Se risulta che la parte soccombente ha agito o resistito in giudizio con malafede o colpa grave, il giudice su istanza dell'altra parte, la condanna, oltre che alle spese, che liquida anche d'ufficio nella sentenza.

Il giudice che accerta l'inesistenza del diritto per cui è stato eseguito un provvedimento cautelare, o trascritta domanda giudiziale, o iscritta ipoteca giudiziale, oppure iniziata o compiuta esecuzione forzata, su istanza della parte danneggiata condanna al risarcimento dei danni l'attore o il creditore procedente, che ha agito senza la normale prudenza.

97. (*Responsabilità di più soccombenti*). Se le parti soccombenti sono più, il giudice condanna ciascuna di esse alle spese e ai danni in proporzione del rispettivo interesse nella causa. Può anche pronunciare condanna solidale di tutte o di alcune tra esse (art.1292c.c.), quando hanno interesse comune. Se la sentenza non statuisce sulla ripartizione delle spese e dei danni, questa si fa per quote uguali.

Titolo V DEI POTERI DEL GIUDICE

114. (*Pronuncia secondo equità a richiesta da parte*). Il giudice, sia in primo grado che in appello, decide il merito della causa secondo equità quando esso riguarda diritti disponibili delle parti e queste gliene fanno concorde richiesta (822; 112, 118, 119 att.).

115. (*Disponibilità delle prove*). Salvi i casi previsti dalla legge il giudice deve porre a fondamento della decisione (97 att.) le prove proposte dalle parti (163 n. 5, 183, 184; 2797 c.c.) o dal pubblico ministero (72).

Può tuttavia, senza bisogno di prova, porre a fondamento della decisione le nozioni di fatto che rientrano nella comune esperienza.

Titolo I DEL PROCEDIMENTO DAVANTI AL TRIBUNALE

191. (*Nomina del consulente tecnico*). Nei casi in cui gli artt. 61 ss. il giudice istruttore, con l'ordinanza prevista nell'art. 187 ultimo comma o con altra successiva, nomina un consulente tecnico (22 ss., 89 att.) e fissa l'udienza nella quale questi deve comparire (201, 696).

Possono essere nominati più consulenti soltanto in caso di grave necessità o quando la legge espressamente lo dispone.

192. (*Astensione e ricasazione del consulente*). L'ordinanza è notificata (137) al consulente tecnico a cura del cancelliere, con invito a comparire all'udienza fissata dal giudice.

Il consulente che non ritiene di accettare l'incarico o quello che, obbligato a prestare il suo ufficio (366 c.p.), intende astenersi (63), deve farne denuncia o istanza al giudice che l'ha nominato almeno tre

giorni prima dell'udienza di comparizione; nello stesso termine le parti debbono proporre le loro istanze di riconsuazione (63), depositando nella cancelleria ricorso al giudice istruttore.

Questi provvede con ordinanza non impugnabile (177; 89 att.).

193. (*Giuramento del consulente*). All'udienza di comparizione il giudice istruttore ricorda al consulente l'importanza delle funzioni che è chiamato ad adempiere, e ne riceve il giuramento (366 c.p.) di bene e fedelmente adempiere le funzioni affidategli al solo scopo di fare conoscere al giudice la verità (19 ss., 89, 194 att.; 373 ss. c.p.).

194. (*Attività del consulente*). Il consulente tecnico assiste alle udienze alle quali è invitato dal giudice istruttore; compie, anche fuori della circoscrizione giudiziaria, le indagini di cui all'art. 62, da sé solo o insieme col giudice secondo che questi dispone. Può essere autorizzato a domandare chiarimenti alle parti, ad assumere informazioni da terzi e a eseguire piante, calchi e rilievi (261). Anche quando il giudice dispone che il consulente compia indagini da sé solo (90, 92 att.), le parti possono intervenire alle operazioni in persona e a mezzo dei propri consulenti tecnici (201; 91 att.) e dei difensori (82 ss.), e possono presentare al consulente, per iscritto o a voce, osservazioni e istanze.

195. (*Processo verbale e relazione*). Delle indagini del consulente si forma processo verbale (126), quando sono compiute con l'intervento del giudice istruttore, ma questi può anche disporre che il consulente rediga relazione scritta.

Se le indagini sono compiute senza l'intervento del giudice, il consulente deve farne relazione nella quale inserisce anche le osservazioni e le istanze delle parti (194; 92 att.).

La relazione deve essere depositata in cancelleria nel termine che il giudice fissa.

196. (*Rinnovazione delle indagini e sostituzione del consulente*). Il giudice ha sempre la facoltà di disporre la rinnovazione delle indagini e, per gravi motivi, la sostituzione del consulente tecnico (64).

197. (*Assistenza all'udienza e audizione in camera di consiglio*). Quando lo ritiene opportuno il presidente invita il consulente tecnico ad assistere alla discussione davanti al collegio e ad esprimere il suo parere in camera di consiglio in presenza delle parti, le quali possono chiarire e svolgere le loro ragioni per mezzo dei difensori.

198. (*Esame contabile*). Quando è necessario esaminare documenti contabili e registri, il giudice istruttore può darne incarico al consulente tecnico, affidandogli il compito di tentare la conciliazione delle parti. Il consulente sente le parti e, previo consenso di tutte, può esaminare anche documenti e registri non prodotti in causa. Di essi tuttavia senza il consenso di tutte le parti non può fare menzione nei processi verbali o nella relazione di cui all'articolo 195.

199. (*Processo verbale di conciliazione*). Se le parti si conciliano, si redige processo verbale della conciliazione, che è sottoscritto dalle parti e dal consulente tecnico e inserito nel fascicolo d'ufficio. Il giudice istruttore attribuisce con decreto (135) efficacia di titolo esecutivo al processo verbale (474).

200. (*Mancata conciliazione*). Se la conciliazione delle parti non riesce, il consulente espone i risultati delle indagini compiute e il suo parere in una relazione, che deposita in cancelleria nel termine fissato dal giudice istruttore.

Le dichiarazioni delle parti, riportate dal consulente nella relazione, possono essere valutate dal giudice a norma dell'art. 116 secondo comma.

201. (*Consulente tecnico di parte*). Il giudice istruttore, con l'ordinanza di nomina del consulente (191), assegna alle parti un termine entro il quale possono nominare, con dichiarazione ricevuta dal cancelliere, un loro consulente tecnico (87; 91, 145, 146 att.).

Il consulente della parte, oltre ad assistere a norma dell'art. 194 alle operazioni del consulente del giudice, partecipa all'udienza e alla camera di consiglio ogni volta che interviene il consulente del giu-

dice, per chiarire e svolgere, con l'autorizzazione del presidente, le sue osservazioni sui risultati delle indagini tecniche (197).

210. (*Ordine di esibizione alla parte o al terzo*). Negli stessi limiti entro i quali può essere ordinata a norma dell' art. 118 l'ispezione di cose in possesso di una parte o di un terzo, il giudice istruttore, su istanza di parte (94 att.), può ordinare all'altra parte o a un terzo di esibire in giudizio un documento (212) o altra cosa in cui ritenga necessaria l'acquisizione al processo (213, 670).

Nell'ordinare l'esibizione, il giudice dà i provvedimenti opportuni circa il tempo, il luogo e il modo dell'esibizione (258, 262; 95 att.).

Se l'esibizione importa una spesa, questa deve essere in ogni caso anticipata dalla parte che ha proposto l'istanza di esibizione (90).

Titolo I DEI PROCEDIMENTI SOMMARI

633. (*Condizioni di ammissibilità*). Su domanda (638, 640) di chi è creditore di una somma liquida di danaro o di una determinata qualità di cose fungibili (639), o di chi ha diritto alla consegna di una cosa mobile determinata, il giudice competente (637) pronuncia ingiunzione di pagamento o di consegna:

1) se del diritto fatto valere si dà prova scritta (634, 635; 2699 ss., 2702 ss. c.c.; 63 att. c.c.);...omissis...

3) se il credito riguarda onorari, diritti o rimborsi spettanti ai notai a norma della loro legge professionale, oppure ad altri esercenti una libera professione o arte, per la quale esiste una tariffa legalmente approvata (636).

L'ingiunzione può essere pronunciata anche se il diritto dipende da una controprestazione o da una condizione, purché il ricorrente offra elementi atti a far presumere l'adempimento della controprestazione o l'avveramento della condizione (1353, 1460 c.c.)...omissis.

636. (*Parcella delle spese e prestazioni*). Nei casi previsti nei nn. 2 e 3 dell'art. 633, la domanda (638) deve essere accompagnata dalla parcella delle spese e prestazioni, munita della sottoscrizione del ricorrente e corredata dal parere della competente associazione professionale. Il parere non occorre se l'ammontare delle spese e delle prestazioni è determinato in base a tariffe obbligatorie.

Il giudice, se non rigetta il ricorso a norma dell'art. 640, deve attenersi al parere dei limiti della somma domandata, salva la correzione degli errori materiali.

640. (*Rigetto della domanda*). Il giudice, se ritiene insufficientemente giustificata la domanda, dispone che il cancelliere ne dia notizia (136) al ricorrente, invitandolo a provvedere alla prova.

Se il ricorrente non risponde all'invito o non ritira il ricorso oppure se la domanda non è accoglibile, il giudice la rigetta con decreto motivato (135).

Tale decreto non pregiudica la riproposizione della domanda, anche in via ordinaria.

641. (*Accoglimento della domanda*). Se esistono le condizioni previste nell'art. 633, il giudice, con decreto motivato (135), ingiunge all'altra parte di pagare la somma o di consegnare la cosa o la quantità di cose chieste o invece di queste la somma di cui all'art. 639 nel termine di quaranta giorni, con l'espreso avvertimento che nello stesso termine può essere fatta opposizione a norma degli articoli seguenti e che, in mancanza di opposizione, si procederà a esecuzione forzata (483 ss.).

Quando concorrono giusti motivi, il termine può essere ridotto sino a dieci giorni, oppure aumentato a sessanta (154). Se l'intimato risiede [nelle province libiche o] in territori soggetti alla sovranità italiana, il termine non può essere minore di trenta, né maggiore di centoventi giorni.

Nel decreto, eccetto per quello emesso sulla base di titoli che hanno già efficacia esecutiva secondo le vigenti disposizioni, il giudice liquida le spese (91) e ne ingiunge il pagamento

642. (*Esecuzione forzata*). Se il credito è fondato su cambiale, assegno bancario, certificato di li-

quidazione di borsa, o su atto ricevuto da notaio o da altro pubblico ufficiale autorizzato (2699 ss.c.c.), il giudice su istanza del ricorrente, ingiunge al debitore di pagare o consegnare senza dilazione, autorizzando in mancanza l'esecuzione provvisoria del decreto e fissando il termine ai soli effetti dell'opposizione.

L'esecuzione provvisoria può essere concessa anche se vi è pericolo di grave pregiudizio nel ritardo, ma il giudice può imporre al ricorrente una cauzione (119,478,648,649).

In tali casi il giudice può anche autorizzare l'esecuzione senza l'osservanza del termine di cui all'art. 482 (649).

644. (*Mancata notificazione del decreto*). Il decreto d'ingiunzione diventa inefficace (188 att.) qualora la notificazione (643) non sia eseguita nel termine di sessanta giorni dalla pronuncia,...omissis...ma la domanda può essere riproposta.

645. (*Opposizione*). L'opposizione si propone davanti all'ufficio giudiziario al quale appartiene il giudice che ha emesso il decreto (637, 641), con atto di citazione (163) notificato al ricorrente nei luoghi di cui all'art. 638. Contemporaneamente l'ufficiale giudiziario deve notificare avviso dell'avviso dell'opposizione al cancelliere affinché ne prenda nota sull'originale del decreto.

In seguito all'opposizione il giudizio si svolge secondo le norme del procedimento ordinario davanti al giudice adito; ma i termini di comparizione sono ridotti a metà (163 bis, 166, 313, 318, 415, 442).

647. (*Esecutorietà per mancata opposizione o per mancata attività dell'opponente*). Se non è stata fatta opposizione nel termine stabilito (641), oppure l'opponente non si è costituito (165, 645), il giudice di pace, il pretore o il presidente, su istanza anche verbale del ricorrente, dichiara esecutivo il decreto (474, 654, 655). Nel primo caso il giudice deve ordinare che sia rinnovata la notificazione, quando risulta o appare probabile che l'intimato non abbia avuto conoscenza del decreto (164). Quando il decreto è stato dichiarato esecutivo a norma del presente articolo, l'opposizione non può essere più proposta né proseguita, salvo il disposto dell'art. 650 (656), e la cauzione eventualmente prestata (642²) è liberata.

692. (*Assunzione di testimoni*). Chi ha fondato motivo di temere che siano per mancare uno o più testimoni (244 ss.; 2721 ss. c.c.) le cui deposizioni possono essere necessarie in una causa da proporre (699), può chiedere che ne sia ordinata l'audizione a futura memoria (698).

696. (*Accertamento tecnico e ispezione giudiziale*). Chi ha urgenza di far verificare, prima del giudizio, lo stato di luoghi o la qualità o la condizione di cose può chiedere, a norma degli artt. 692 ss., che sia disposto un accertamento tecnico (61, 191 ss.) o un'ispezione giudiziale (118, 258 ss.; 1513, 1697 c.c.).

Il presidente del tribunale, il pretore o il giudice di pace provvede nelle forme stabilite negli artt. 694 e 695, in quanto applicabili, nomina il consulente tecnico e fissa la data dell'inizio delle operazioni (191 ss., 258 ss.).

Titolo VIII DELL'ARBITRATO

806. (*Compromesso*). Le parti possono far decidere da arbitri le controversie tra loro insorte...omissis.

807. (*Forma del compromesso*). Il compromesso deve, a pena di nullità, esser fatto per iscritto e determinare l'oggetto della controversia...omissis.

808. (*Clausola compromissoria*). Le parti, nel contratto che stipulano o in un atto separato, possono stabilire che le controversie nascenti dal contratto medesimo siano decise da arbitri...omissis.

809. (*Numero e modo di nomina degli arbitri*). Gli arbitri possono essere uno o più purchè in numero dispari... omissis.

815. (*Ricusa degli arbitri*). La parte può ricusare l'arbitro, che essa ha nominato per motivi indicati nell'art.51...omissis.

816. (*Svolgimento del procedimento*). Le parti possono stabilire nel compromesso, nella clausola compromissoria o con atto scritto separato, purchè anteriore all'inizio del giudizio arbitrale, le norme che gli arbitri devono osservare nel giudizio arbitrale. In mancanza di tali norme gli arbitri hanno facoltà di regolare lo svolgimento del giudizio nel modo che ritengono più opportuno...omissis.

820. (*Termini per la decisione*). Se le parti non hanno disposto altrimenti, gli arbitri debbono pronunciare il lodo nel termine di centottanta giorni dall'accettazione della nomina...omissis.

823. (*Deliberazione e requisiti del lodo*). Il lodo è deliberato a maggioranza di voti dagli arbitri riuniti in conferenza personale ed è quindi redatto per iscritto. Esso deve contenere: 1)l'indicazione delle parti; 2) L'indicazione dell'atto di compromesso della clausola compromissoria e dei requisiti relativi; 3) l'esposizione sommaria dei motivi; 4) il dispositivo; 5)l'indicazione della sede dell'arbitrato e del luogo e del modo in cui si è deliberato; 6) la sottoscrizione di tutti gli arbitri con l'indicazione del giorno, mese, anno... omissis... Il lodo ha efficacia vincolante tra le parti dalla data della sua ultima sottoscrizione.

827. (*Mezzi di impugnazione*). Il lodo è soggetto soltanto all'impugnazione per nullità (828-829), per revocazione o per opposizione di terzo.

I mezzi di impugnazione possono essere proposti indipendentemente dal deposito del lodo.

Il lodo che decide parzialmente il merito della controversia è immediatamente impugnabile, ma il lodo che risolve alcune delle questioni insorte senza definire il giudizio arbitrale è impugnabile solo unitamente al lodo definitivo.

828. (*Impugnazione per nullità*). L'impugnazione per nullità si propone (342), nel termine di novanta giorni dalla notificazione del lodo, davanti alla corte d'appello nella cui circoscrizione è la sede dell'arbitrato.

L'impugnazione non è più probabile decorso un anno dalla data dell'ultima sottoscrizione.

L'istanza per la correzione del lodo non sospende il termine per l'impugnazione: tuttavia il lodo può essere impugnato relativamente alle parti corrette nei termini ordinari, a decorrere dalla notificazione della pronuncia di correzione.

829. (*Casi di nullità*). L'impugnazione per nullità è ammessa, nonostante qualunque rinuncia, nei casi seguenti:

1) se il compromesso è nullo (807, 808);

2) se gli arbitri non sono stati nominati con le forme e nei modi prescritti nei capi I e II del presente titolo, purchè la nullità sia stata dedotta nel giudizio arbitrale;

3) se il lodo è stato pronunciato da chi non poteva essere nominato arbitro a norma dell'art. 812;

4) se il lodo ha pronunciato fuori dei limiti del compromesso o non ha pronunciato su alcuno degli oggetti del compromesso (806) o contiene disposizioni contraddittorie, salva la disposizione dell'art. 817;

5) se il lodo non contiene i requisiti indicati nei numeri 3), 4), 5) e 6) del secondo comma dell'art. 823, salvo il disposto del terzo comma di detto articolo;

6) se il lodo è stato pronunciato dopo la scadenza del termine indicato nell'art. 820, salvo il disposto dell'art. 821;

7) se nel procedimento non sono state osservate le forme prescritte per i giudizi sotto pena di nullità (156), quando le parti ne avevano stabilita l'osservanza a norma dell'art. 816 e la nullità non è stata sanata (157, 159);

8) se il lodo è contrario ad altro precedente lodo non più impugnabile o a precedente sentenza passata in giudicato tra le parti, purchè la relativa eccezione sia stata dedotta nel giudizio arbitrale;

9) se non è stato osservato nel procedimento arbitrale il principio del contraddittorio.

L'impugnazione per nullità è altresì ammessa se gli arbitri nel giudicare non hanno osservato le regole di diritto, salvo che le parti li avessero autorizzati a decidere secondo equità o avessero dichiarato il lodo non impugnabile (113, 114).

Nel caso previsto nell'art. 808, secondo comma, il lodo è soggetto all'impugnazione anche per violazione e falsa applicazione dei contratti e accordi collettivi.

5. COSTITUZIONE DELLA REPUBBLICA ITALIANA

2. La Repubblica riconosce e garantisce i diritti inviolabili dell'uomo sia come singolo sia nelle formazioni sociali ove si svolge la sua personalità, e richiede l'adempimento dei doveri inderogabili di solidarietà politica, economica e sociale

3. Tutti i cittadini hanno pari dignità sociale e sono uguali davanti alla legge, senza distinzione di sesso, di razza, di lingua, di religione, di opinioni politiche, di condizioni personali e sociali.

È compito della Repubblica rimuovere gli ostacoli di ordine economico e sociale, che, limitando di fatto la libertà e l'eguaglianza dei cittadini, impediscono il pieno sviluppo della persona umana e l'effettiva partecipazione di tutti i lavoratori all'organizzazione politica, economica e sociale del paese.

13. La libertà personale è inviolabile. Non è ammessa forma alcuna di detenzione, di ispezione o perquisizione personale, né qualsiasi altra restrizione della libertà personale, se non per atto motivato dell'autorità giudiziaria e nei soli casi e modi previsti dalla legge.

In casi eccezionali di necessità ed urgenza, indicati tassativamente dalla legge, l'autorità di pubblica sicurezza può adottare provvedimenti provvisori, che devono essere comunicati entro quarantotto ore all'autorità giudiziaria e, se questa non li convalida nelle successive quarantotto ore, si intendono revocati e restano privi di ogni effetto. È punita ogni violenza fisica e morale sulle persone comunque sottoposte a restrizioni di libertà. La legge stabilisce i limiti massimi della carcerazione preventiva.

15. La libertà e la segretezza della corrispondenza e di ogni altra forma di comunicazione sono inviolabili. La loro limitazione può avvenire soltanto per atto motivato dell'autorità giudiziaria con le garanzie stabilite dalla legge.

27. La responsabilità penale è personale. L'imputato non è considerato colpevole sino alla condanna definitiva. Le pene non possono consistere in trattamenti contrari al senso di umanità e devono tendere alla rieducazione del condannato. Non è ammessa la pena di morte, se non nei casi previsti dalle leggi militari di guerra.

32. La Repubblica tutela la salute come fondamentale diritto dell'individuo e interesse della collettività e garantisce cure gratuite agli indigenti. Nessuno può essere obbligato ad un determinato trattamento sanitario se non per disposizione di legge. La legge non può in nessun caso violare i limiti imposti dal rispetto della persona umana.

6. CODICE DEONTOLOGICO

GIURAMENTO

Consapevole dell'importanza e della solennità dell'atto che compio e dell'impegno che assumo giuro:

- Di esercitare in libertà e indipendenza di giudizio e di comportamento
- Di perseguire come scopi esclusivi la tutela della salute e della sofferenza, cui ispirerò con responsabilità e costante impegno scientifico, culturale e sociale, ogni mio atto professionale
- Di attenermi nella mia attività ai principi etici della solidarietà umana, contro i quali, nel rispetto della vita e della persona, non utilizzerò mai le mie conoscenze
- Di prestare la mia opera con diligenza, perizia e prudenza secondo scienza e coscienza ed osservando le norme deontologiche che regolano l'esercizio e quelle giuridiche che non risultino in contrasto con gli scopi della mia professione
- Di affidare la mia reputazione esclusivamente alla mia capacità professionale ed alle mie doti morali
- Di evitare, anche al di fuori dell'esercizio professionale, ogni atto e comportamento che possano ledere il prestigio e la dignità della professione. Di rispettare i colleghi anche in caso di contrasto di opinioni
- Di curare tutti i miei pazienti con eguale scrupolo e impegno indipendentemente dai sentimenti che essi mi ispirano e prescindendo da ogni differenza di razza, religione, nazionalità, condizione sociale, ideologia politica e malattia
- Di rispettare e facilitare in ogni caso il diritto del malato alla libera scelta, tenuto conto che il rapporto con il paziente è fondato sulla fiducia e in ogni caso sul reciproco rispetto
- Di osservare il segreto su tutto ciò che mi è confidato, che vedo o che ho veduto, inteso o intuito nell'esercizio della mia professione o in ragione del mio stato
- Di astenermi dall'"accanimento" diagnostico e terapeutico.

CODICE DEONTOLOGIA MEDICA

Titolo I Oggetto e campo di applicazione

Art. 1 - Definizione

La deontologia medica è l'insieme dei principi e delle regole che il medico-chirurgo e l'odontoiatra, di seguito indicato con il termine di medico, iscritti agli albi professionali dell'Ordine dei Medici Chirurghi e degli Odontoiatri, devono osservare nell'esercizio della professione, quali che siano l'ambito e lo stato giuridico in cui viene svolta.

Il comportamento del medico, anche al di fuori dell'esercizio della professione, deve essere consono al decoro e alla dignità della stessa. Il medico è tenuto alla conoscenza delle norme contenute nel presente Codice, la cui ignoranza non esime dalla responsabilità disciplinare.

Art. 2 - Obbligatorietà

L'inosservanza dei precetti, degli obblighi e dei divieti fissati dal presente Codice di deontologia medica e ogni azione od omissione, comunque disdicevoli al decoro o al corretto esercizio della professione, sono punibili con le sanzioni disciplinari previste dalle leggi vigenti.

Titolo II Compiti e doveri generali del medico

Cap. I INDIPENDENZA E DIGNITÀ DELLA PROFESSIONE

Art. 3 - Compiti del medico

Compito del medico è la difesa e il rispetto della vita, della salute fisica e psichica dell'uomo e il sollievo della sofferenza nel rispetto della libertà e della dignità della persona umana, senza discriminazioni di età, di sesso, di razza, di religione, di nazionalità, di condizione sociale, di ideologia, in tempo di pace come in tempo di guerra, quali che siano le condizioni istituzionali o sociali nelle quali opera. La salute è intesa nell'accezione biologica più ampia del termine come condizione, cioè il benessere fisico e psichico della persona.

Art. 4 - Libertà e indipendenza della professione

L'esercizio della medicina è fondato sulla libertà e sull'indipendenza professionale che costituiscono irrinunciabile diritto del medico nel rispetto dei diritti dell'individuo.

Art. 5 - Fini dell'attività professionale

Nell'esercizio della professione il medico deve ispirarsi alle conoscenze scientifiche e ai valori etici fondamentali, assumendo come principio il rispetto della vita, della salute psichica e fisica, della libertà e della dignità della persona; non deve soggiacere a interessi, imposizioni e suggestioni di qualsiasi natura. Il medico deve denunciare all'Ordine ogni iniziativa tendente a imporgli comportamenti non conformi alla deontologia professionale, da qualunque parte essa provenga.

Art. 6 - Limiti dell'attività professionale

In nessun caso il medico deve abusare della sua condizione professionale. Il medico che riveste cariche pubbliche non può avvalersene a scopo di vantaggio professionale e personale.

OMISSIS

Cap. III OBBLIGHI PROPRI DEL MEDICO

Art. 9 - *Segreto Professionale*

Il medico deve serbare il segreto su tutto ciò che gli è stato confidato o che può conoscere in ragione della sua professione; deve altresì conservare il massimo riserbo sulle prestazioni professionali effettuate o programmate. La rivelazione fatta a scopo di lucro, proprio o altrui, oppure con il fine specifico di arrecare nocumento, è particolarmente riprovevole dal punto di vista deontologico. La rivelazione del segreto è consentita:

- a) se imposta dalla legge (referti, denunce o certificazioni obbligatorie)
- b) se richiesta o autorizzata dall'interessato, dai legali rappresentanti del minore o incapace, previa adeguata informazione sull'opportunità o meno della rivelazione stessa.

Salvo che per i casi previsti al punto a) e all'ultimo comma del presente articolo, resta comunque al medico la valutazione sull'opportunità della deroga allorché sia in grave pericolo la salute o la vita di terzi. La morte del paziente non esime il medico dall'obbligo del segreto.

Il medico non deve rendere al Giudice testimonianza su ciò che gli è stato confidato o è pervenuto a sua conoscenza per ragioni dipendenti dalla sua professione.

Art. 10 - *Documentazione*

Il medico deve tutelare e garantire la riservatezza della documentazione in suo possesso riguardante i pazienti, anche se affidata a codici o sistemi informatici. Il medico deve informare i suoi collaboratori dell'obbligo del segreto professionale e deve vigilare perché essi vi si conformino. Nelle pubblicazioni scientifiche di dati clinici o di osservazioni relative a singoli pazienti il medico deve assicurare la non identificabilità degli stessi.

Analogamente il medico non deve diffondere, attraverso la stampa o altri mezzi di informazione, notizie che possano consentire la identificazione del soggetto cui si riferiscono. Nei casi particolari, in cui è richiesta la redazione di bollettini medici, il medico deve comportarsi con prudenza e discrezione.

Art. 11 - *Cartelle cliniche e documentazione*

Nella compilazione o trasmissione di qualsivoglia atto o documento relativo a singoli pazienti, anche se destinato a enti o autorità che svolgono attività sanitaria, il medico deve porre in essere ogni precauzione atta a garantire la tutela del segreto professionale, pur nel rispetto dei disposti di legge che regolamentano la materia. Il medico non può collaborare alla costituzione di banche elettroniche di dati sanitari, ove non esistano assolute garanzie di tutela della riservatezza, della sicurezza e della vita privata del paziente.

Cap. IV ACCERTAMENTI DIAGNOSTICI E TRATTAMENTI TERAPEUTICI

Art. 12 - *Prescrizione e trattamento terapeutico*

Al medico è riconosciuta piena autonomia nella scelta, nella applicazione e nella programmazione dell'iter dei presidi diagnostici e terapeutici, anche in regime di ricovero, fermi restando i principi della responsabilità professionale. Ogni prescrizione e ogni trattamento devono essere comunque ispirati alle aggiornate e sperimentate acquisizioni scientifiche, alla massima correttezza e all'osservanza del rapporto rischio-beneficio. Il medico è tenuto ad una adeguata conoscenza della natura e degli effetti dei farmaci, delle loro indicazioni, controindicazioni, interazioni e delle prevedibili reazioni individuali nonché delle caratteristiche di impiego dei mezzi diagnostici e terapeutici che prescrive e utilizza.

Il ricorso a terapie nuove è riservato all'ambito della sperimentazione clinica e soggetto alla relativa disciplina. Sono vietate l'adozione e la diffusione di terapie segrete, scientificamente infondate o non supportate da adeguata sperimentazione e documentazione clinico-scientifica, oppure atte a suscitare illusorie speranze. Il ricorso a trattamenti con effetto "placebo" è consentito solo se ispirato a criteri di beneficiabilità per il paziente.

Art. 13 - Accanimento diagnostico/terapeutico

Il medico deve astenersi dal cosiddetto "accanimento diagnostico-terapeutico", consistente nella ostinazione in trattamenti, da cui non si possa fondatamente attendere un beneficio per il paziente o un miglioramento della qualità della vita.

Art. 14 - Resistenza fisica o psichica

I trattamenti che comportino una diminuzione della resistenza fisica o psichica del malato possono essere attuati previo accertamento delle necessità terapeutiche, al fine di procurare un concreto beneficio clinico al paziente o di alleviarne le sofferenze.

Art. 15 - Fornitura medicinali

Il medico non può fornire i medicinali necessari alla cura, se non a titolo gratuito.

Cap. V**OBBLIGHI PROFESSIONALI****Art. 16 - Aggiornamento e formazione professionale permanente**

Il medico ha il dovere dell'aggiornamento e della formazione professionale permanente, onde garantire il continuo adeguamento delle sue conoscenze e competenze al progresso clinico scientifico.

Titolo III**Rapporti con il paziente****Capo I****REGOLE GENERALI DI COMPORTAMENTO****Art. 17 - Diritti del paziente**

Il medico nel rapporto con il paziente deve improntare la propria attività professionale al rispetto dei diritti fondamentali della persona.

Art. 18 - Competenza professionale

Il medico deve garantire al paziente impegno e competenza professionale. Egli deve affrontare i problemi diagnostici con il massimo scrupolo, dedicato al paziente il tempo necessario a un approfondito colloquio e a un adeguato esame obiettivo, avvalendosi delle necessarie indagini. Nel rilasciare le prescrizioni terapeutiche deve fornire in termini comprensibili tutte le idonee informazioni e, per quanto possibile, verificarne la corretta esecuzione. Il medico che si trovi di fronte a situazioni cliniche, alle quali non sia in grado di provvedere efficacemente, deve proporre al paziente l'intervento di adeguate specifiche competenze.

Art. 19 - Obiezione di coscienza, rifiuto opera professionale

Qualora venga richiesto di interventi sanitari che contrastino con la sua coscienza o con il suo convincimento clinico, il medico può rifiutare la propria opera, a meno che questo atteggiamento non sia di grave e immediato nocumento al paziente.

Art. 20 - Continuità delle cure

Il medico ha il dovere di assicurare al paziente la continuità delle cure. In caso di indisponibilità o impedimento deve garantire la propria sostituzione, affidandola a colleghi di competenza adeguata e informandone il paziente.

Qualora sia necessaria la collaborazione di altri medici o di altre figure professionali sanitarie riconosciute per legge, queste devono essere di sua fiducia.

Il medico non può abbandonare il malato ritenuto inguaribile, ma deve continuare ad assisterlo anche al solo fine di lenire la sofferenza fisica e psichica.

Art. 21 - Documentazione clinica

Il medico, ogni qualvolta lo richiama il caso particolare, ha il dovere, nell'interesse esclusivo del paziente, di mettere la documentazione clinica in suo possesso a disposizione del paziente stesso, dei suoi legali rappresentanti o di medici e istituzioni da essi indicati.

Art. 22 - Certificazione

Il medico non può rifiutarsi di rilasciare direttamente al paziente certificati relativi al suo stato di salute, fatto salvo quanto previsto dal quarto comma dell'art. 29. Il medico, richiesto di rilasciare un certificato, deve attestare dati clinici di competenza tecnica che abbia direttamente constatato.

Art. 23 - Denunce obbligatorie

Nella certificazione, nella redazione della denunce obbligatorie, nella compilazione delle cartelle cliniche e di ogni altra documentazione sanitaria, il medico è tenuto alla massima diligenza, alle più attente e scientificamente corrette registrazioni dei dati e formulazioni dei giudizi, nonché alla chiara esplicitazione dei propri dati identificativi.

Capo II

DOVERE DEL MEDICO E DIRITTI DEL PAZIENTE

Art. 24 - Libera scelta del medico e del luogo di cura

La libera scelta del medico costituisce principio fondamentale del rapporto medico-paziente; il medico deve rispettarla. È pertanto vietato qualsiasi accordo tra medici tendente a influire sul diritto del paziente alla libera scelta.

Art. 25 - Sfiducia del paziente

Qualora abbia avuto prova di sfiducia da parte del paziente o dei legali rappresentanti di minore o di incapace, il medico può rinunciare all'ulteriore trattamento, purchè ne dia tempestivo avviso; deve comunque prestare la sua opera sino alla sostituzione con altro collega, al quale fornirà le informazioni utili alla prosecuzione delle cure.

Art. 26 - Soccorso d'urgenza

Il medico che presti soccorso d'urgenza a un paziente curato da altro collega o che assista temporaneamente un paziente in assenza del curante, non può pretendere che gli venga affidata la continuazione delle cure.

Art. 27 - Consigli medici

Il medico può consigliare, ma non pretendere che il paziente si serva di determinati presidi, istituti o luoghi di cura.

OMISSIS

Capo IV

INFORMAZIONE E CONSENSO DEL PAZIENTE

Art. 29 - Informazione al paziente

Il medico ha il dovere di dare al paziente, tenendo conto del suo livello di cultura e di emotività e della sue capacità di discernimento, la più serena e idonea informazione sulla diagnosi, sulla prognosi, sulle prospettive terapeutiche e sulle verosimili conseguenze della terapia e della mancata terapia, nella consapevolezza dei limiti delle conoscenze mediche, anche al fine di promuovere la migliore adesione alle proposte diagnostiche-terapeutiche.

Ogni ulteriore richiesta di informazione da parte del paziente deve essere comunque soddisfatta.

Le informazioni relative al programma diagnostico e terapeutico, possono essere circoscritte a quegli elementi che cultura e condizione psicologica del paziente sono in grado di recepire e accettare, evitando su-

perflue precisazioni di dati inerenti gli aspetti scientifici.

Le informazioni riguardanti prognosi gravi o infauste o tali da poter procurare preoccupazioni e sofferenze particolari al paziente, devono essere fornite con circospezione, usando terminologie non traumatizzanti senza escludere mai elementi di speranza. La volontà del paziente, liberamente e attualmente espressa, deve informare il comportamento del medico, entro i limiti della potestà, della dignità e della libertà professionale. Spetta ai responsabili delle strutture di ricovero o ambulatoriali stabilire le modalità organizzative per assicurare la corretta informazione dei pazienti in accordo e collaborazione con il medico curante.

Art. 30 - *Informazione ai congiunti*

L'informazione ai congiunti è ammessa solo se il paziente la consente e fatto salvo quanto previsto all'art.9 allorchè sia in grave pericolo la salute o la vita di terzi.

Art. 31 - *Consenso informato*

Il medico non deve intraprendere attività diagnostica o terapeutica senza il consenso del paziente validamente informato.

Il consenso, in forma scritta nei casi in cui per la particolarità delle prestazioni diagnostiche o terapeutiche o per le possibili conseguenze sulla integrità fisica, si renda opportuna una manifestazione inequivoca della volontà del paziente, è integrativo e non sostitutivo del consenso informato di cui all'art.29.

Il procedimento diagnostico e il trattamento terapeutico che possano comportare grave rischio per l'incolumità del paziente, devono essere intrapresi, comunque, solo in caso di estrema necessità e previa informazione sulle possibili conseguenze, cui deve far seguito una opportuna documentazione del consenso.

In ogni caso, in presenza di esplicito rifiuto del paziente capace di intendere e di volere, il medico deve desistere da qualsiasi atto diagnostico e curativo, non essendo consentito alcun trattamento medico contro la volontà del paziente, ove non ricorrano le condizioni di cui al successivo articolo 33.

Art. 32 - *Consenso del legale rappresentante*

Allorchè il paziente è un minore o un infermo di mente, il consenso informato deve essere espresso dal rappresentante legale. In caso di opposizione a trattamenti necessari e indifferenti a favore dei minori o incapaci da parte del rappresentante legale, il medico è tenuto a informare l'autorità giudiziaria.

OMISSIS

Art. 34 - *Necessità e urgenza*

Allorchè sussistano condizioni di necessità e urgenza e in casi implicanti pericolo per la vita di un paziente, che non possa esprimere al momento una volontà contraria, il medico deve prestare l'assistenza e le cure indispensabili.

OMISSIS

Art. 43 - *Sperimentazione scientifica*

Il processo della medicina è fondato sulla ricerca che non può prescindere dalla sperimentazione scientifica sull'animale e sull'uomo, nei limiti dei principi generali e specifici dell'ordinamento giuridico.

Art. 44 - *Ricerca biomedica*

La ricerca biomedica e la sperimentazione sull'uomo devono ispirarsi all'inderogabile principio dell'invulnerabilità dell'integrità psicofisica e della vita del soggetto in esperimento; esse sono subordinate al consenso dell'interessato, che deve essere espresso per iscritto liberamente e consapevolmente, previa adeguata informazione sugli obiettivi, sui metodi, sui benefici previsti nonché sui rischi e disturbi potenziali e sul suo diritto di ritirarsi in qualsiasi momento della sperimentazione. Nel caso di soggetto minore o incapace è ammessa solo la sperimentazione con finalità terapeutica e il consen-

so è espresso dai legali rappresentanti.

Art. 45 - Limiti della sperimentazione clinica

In soggetti volontari sani non è attuabile alcuna sperimentazione allorchè ne possa derivare un pericolo per la vita ovvero un danno permanente della salute. Il consenso non ha in tale evenienza validità alcuna trattandosi di bene non disponibile.

Essa in particolare, non può essere esperita su soggetti minori, su infermi di mente o su soggetti che versino in condizioni di soggezione o dietro compenso di qualsiasi natura.

Art. 46 - Utilità diagnostica e terapeutica

La sperimentazione clinica, disciplinata dalle norme di buona pratica medica, può essere inserita in trattamenti diagnostici e/o terapeutici, solo in quanto sia razionalmente e scientificamente suscettibile di utilità diagnostica o terapeutica per i pazienti interessati. Nel caso di ogni studio clinico, il malato non potrà comunque essere deliberatamente privato dei consolidati mezzi diagnostici e terapeutici indispensabili al mantenimento e al ripristino dello stato di salute. La sperimentazione deve essere programmata secondo adeguati protocolli e dopo aver ricevuto il preventivo assenso di un comitato etico secondo la normativa vigente.

Art. 47 - Fini scientifici

La sperimentazione sull'animale è regolata da norme di legge e deve essere comunque giustificata da controllabili fini di effettivo significato scientifico e di una fondata aspettativa di progresso terapeutico e deve essere condotta con tutti i mezzi idonei a evitare ogni sofferenza.

OMISSIS

Capo IX ONORARI PROFESSIONALI

Art. 51 - Tariffa professionale

Nel rispetto dell'art. 2233 del Codice Civile, della tariffa professionale di cui alla Legge 21 febbraio 1963, n. 244 e DPR 17 febbraio 1992, nell'esercizio libero professionale vale il principio generale dell'intesa diretta tra un medico e paziente. Il medico è tenuto a far conoscere al proprio paziente il suo onorario che di norma va accettato preventivamente e se possibile sottoscritto da entrambi.

I compensi per le prestazioni medico-chirurgiche non possono essere subordinati ai risultati delle prestazioni medesime.

Gli onorari devono rispettare le tariffe minime professionali e devono essere comunque contenuti in misura equa rispetto alle stesse.

Art. 52 - Dicotomia, divieto

Ogni forma di dicotomia o di compensi estranei alla prestazione professionale, nei rapporti tra medici, strutture e istituzioni sanitarie, è vietata, con particolare riguardo ad ogni forma di appalto o di subappalto di clientela.

Capo X PUBBLICITÀ IN MATERIA SANITARIA E INFORMAZIONE AL PUBBLICO

Art. 53 - Limiti

Nel rispetto delle disposizioni di legge a difesa del pubblico cui è destinata, la pubblicità e le informazioni in materia sanitaria devono essere contenute entro i limiti del decoro professionale e ispirate a criteri di serietà scientifica e ai fini di tutela della salute.

Art. 54 - Scoperte scientifiche

La comunicazione di scoperte scientifiche in campo diagnostico e terapeutico deve essere fatta dal medico sulla stampa scientifica e professionale.

La divulgazione della notizia al pubblico potrà essere data solo dopo adeguata discussione critica nell'ambito della comunità scientifica e professionale e con la dovuta prudenza al fine di evitare nel pubblico infondate attese e illusorie speranze.

Art. 55 - Interviste, limiti

Il medico deve evitare lo sfruttamento pubblicitario di abilità e successi professionali a vantaggio personale di gruppo di scuola.

Il medico deve altresì astenersi dal provocare o dal consentire articoli di stampa o interventi radio-televisivi direttamente o indirettamente laudatori.

Art. 56 - Attività pubblicistica

I medici che svolgono attività pubblicistica continuativa od occasionale attraverso giornali, emittenti radio televisive, ovvero tengano conferenze a scopo di educazione, di prevenzione, informazione e divulgazione sanitaria, devono osservare la discrezione e la prudenza consone alla dignità professionale.

In particolare devono prendere in considerazione solo dati scientificamente certi, astenendosi dal dare notizia di metodi non ancora verificati.

Devono comunque astenersi dal fare pubblicità e promozione in merito alla propria attività ed evitare qualsiasi forma pubblicitaria personale o in favore di singole istituzioni pubbliche o private, sia pure in maniera indiretta anche attraverso articoli scientifici.

Art. 57 - Divieto di patrocinio

È vietato concedere il proprio patrocinio e il proprio avallo a pubblicità per istituzioni e prodotti sanitari e affini di esclusivo interesse promozionale e commerciale.

Titolo IV Rapporto con i colleghi

Capo I SOLIDARIETÀ TRA MEDICI

Art. 58 - Rispetto reciproco

I rapporti tra i medici devono ispirarsi ai principi del reciproco rispetto e della considerazione della rispettiva attività professionale.

L'opportuna comunicazione tra medici delle rispettive esperienze e pratiche professionali non deve assumere caratteristiche pubblicitarie.

Art. 59 - Contrasto di opinione

Il contrasto di opinioni non deve mai violare i principi di un collegiale comportamento e di un civile dibattito.

Art. 60 - Solidarietà tra colleghi

I rapporti tra i medici devono sempre ispirarsi ai principi della giusta solidarietà. Il medico deve essere solidale nei confronti dei colleghi sottoposti a ingiuste accuse.

Art. 61 - Cura dei colleghi

Il medico assiste - secondo la tradizione ippocratica - i colleghi senza fini di lucro salvo il diritto al recupero delle spese sostenute.

Art. 62 - Rapporti con il medico curante

Nel caso in cui un medico presti la propria opera a un paziente in cura presso un altro collega, è te-

nuto, salva esplicita opposizione del malato, a dare comunicazione dei propri indirizzi diagnostico-terapeutici e delle proprie valutazioni cliniche al medico curante. Ove ritenga necessario il ricovero il medico deve richiedere l'intervento del curante. In caso di urgenza deve dargli sollecita comunicazione dell'avvenuto ricovero.

Art. 63 - Medico specialista e curante

Il medico chiamato per ragioni di specifica competenza, può visitare il malato in assenza del medico curante. In tal caso deve informarlo sui risultati della visita. Qualora si ritengano necessarie ulteriori prestazioni, soprattutto nel caso di interventi chirurgici non aventi carattere d'urgenza, lo specialista deve consultarsi con il medico curante.

Capo II CONSULENZA

Art. 64 - Proposta di consulenze

Qualora il caso clinico o l'interesse del paziente lo esigano, o comunque quando sia necessario il ricorso a peculiari e adeguate competenze, il medico curante deve proporre la consulenza con altro collega o presso idonee strutture di specifica qualificazione.

Art. 65 - Consulenza contro la volontà del curante

Qualora la consulenza sia richiesta dal paziente o dai suoi familiari, il medico, che sia di contrario avviso, può astenersi dal partecipare alla consulenza fornendo comunque tutte le informazioni e l'eventuale documentazione relativa al caso.

Art. 66 - Rifiuto di continuare l'assistenza

Qualora il curante rifiuti di continuare l'assistenza, il consulente può subentrargli, dopo essersi accertato di tale rifiuto.

Art. 67 - Rapporti tra curante e consulente

Il modo e i tempi per la consulenza sono stabiliti tra il consulente e il curante secondo le regole della collegiale collaborazione.

Art. 68 - Divergenza tra curante e consulente

I giudizi espressi in sede di consulenza devono rispettare la personalità sia del curante che del consulente. In caso di divergenza di opinioni il curante può richiedere altra consulenza; qualora la richiesta non sia accolta può rinunciare al suo incarico professionale.

Art. 69 - Indirizzo terapeutico concordato

È affidato al medico curante il compito di seguire l'indirizzo terapeutico concordato con il consulente. Al medico curante spetta in ogni caso il giudizio su eventuali nuove indicazioni emergenti nel corso della malattia e il loro trattamento.

Art. 70 - Proposizione di quesiti al consulente

Il medico curante che invia il paziente allo specialista o al consulente deve proporre gli specifici quesiti corredandoli con la documentazione relativa al caso. Lo specialista o consulente che visiti il paziente in assenza del curante deve fornirgli una dettagliata relazione diagnostica e l'indirizzo terapeutico consigliato.

Capo III ALTRI RAPPORTI TRA MEDICI

Art. 71 - Supplenza

Il medico che sostituisce nell'attività professionale un collega è tenuto, cessata la supplenza, a fornire al sostituto le informazioni cliniche relative ai malati assistiti.

Art. 72 - Medico curante e ospedaliero

I rapporti professionali tra il medico curante e i medici dei reparti ospedalieri, nei quali il paziente è ricoverato, devono essere improntati a collegiale collaborazione.

Art. 73 - Giudizio clinico, rispetto della professionalità

I giudizi clinici comunque formulati durante la degenza in reparti clinico-ospedalieri e in case di cura devono essere espressi nel rispetto della professionalità del curante. La stessa condotta deve mantenere il medico curante dopo la dimissione del paziente.

Capo IV MEDICINA LEGALE

Art. 74 - Compiti e funzioni medico-legali

Nell'espletamento dei compiti e delle funzioni di natura medico-legale, il medico, consapevole delle implicazioni penali, civili, amministrative, che tali compiti e funzioni comportano, deve procedere, sul piano tecnico, in modo da soddisfare le esigenze giuridiche attinenti alla contingenza in esame, in aderenza alle indicazioni del Codice di Deontologia medica.

Art. 75 - Ambito giudiziario

La specifica attività degli esperti del settore medico-legale, nell'ambito giudiziario, trova la sua delimitazione, la sua peculiarità deontologica, e contestualmente la sua definizione di responsabilità, nell'impegno ritualmente assunto davanti al giudice di bene e fedelmente operare per la ricerca della verità.

Art. 76 - Visite fiscali

Nelle funzioni medico-legali di controllo il medico:

- Deve far conoscere al soggetto sottoposto all'accertamento la propria qualifica e la propria funzione
- Non deve rendere palesi al soggetto stesso le proprie valutazioni in merito alla diagnosi e alla terapia così come il curante in caso di contrasto di parere sulla prognosi
- Nell'interesse dell'infermo o in caso di contrasto di parere è legittimato a prendere contatto direttamente con il medico curante. In situazioni di urgenza o di emergenza clinica il medico di controllo deve adottare le necessarie misure, a tutela del paziente, dandone sollecita comunicazione al medico curante.

Capo V RAPPORTI TRA MEDICI E ORDINI

Art. 77 - Scorrettezze professionali

Il medico che constati, nell'operato di altri colleghi, gravi scorrettezze professionali, è tenuto a darne formale comunicazione al Presidente dell'Ordine.

Art. 78 - Reciproco rispetto

Il medico è tenuto in particolare a segnalare, con formale comunicazione, al Presidente dell'Ordine ogni infrazione delle regole di reciproco rispetto, di corretta collaborazione e di salvaguardia delle specifiche competenze che devono regolare i rapporti della professione medica con le altre professioni sanitarie.

Titolo V Rapporti con i terzi

Capo I RAPPORTI CON LE ALTRE CATEGORIE SANITARIE

Art. 79 - Attività in forma associativa

Gli accordi, i contratti e le convenzioni diretti allo svolgimento di attività professionali in forma associativa, anche utilizzando strutture di società per la prestazione dei servizi, devono essere sottoposti all'approvazione dell'Ordine competente per territorio.

Art. 80 - Accordo con le altre categorie sanitarie

Il medico non deve stabilire forme di accordo e di rapporto diretto o indiretto con altre categorie sanitarie o di arti ausiliarie delle professioni sanitarie che svolgano attività o effettuino iniziative di tipo industriale o commerciale inerenti all'esercizio professionale.

Capo II PARTECIPAZIONE ED ATTIVITÀ ECONOMICHE DENUNCIA DELL'ABUSIVISMO

Art. 81 - Modalità e forme di espletamento dell'attività professionale

Il medico non deve partecipare a imprese industriali, commerciali o di altra natura che ne condizionino la dignità e indipendenza professionale. Il medico può tuttavia utilizzare le strutture di società per la prestazione di servizi a mero supporto della sua attività professionale. L'attività professionale può essere svolta in forma associata. Il medico nell'ambito di ogni forma partecipativa o associativa dell'esercizio della professione comunque:

- È e resta responsabile dei propri atti e delle proprie prescrizioni
- Non deve subire condizionamenti della sua autonomia e indipendenza professionale da parte di non medici
- Non può accettare condizioni temporali e modali della propria attività nè forme di remunerazione in contrasto con le vigenti norme legislative e ordinistiche e lesive della dignità e della autonomia professionale.

Art. 82 - Pratiche alternative

La potestà di scelta di terapie e di metodi innovativi o alternativi rispetto alle consolidate esperienze scientifiche si esprime nell'esclusivo ambito della diretta e non delegabile responsabilità professionale.

È vietato al medico di collaborare a qualsiasi titolo o di favorire in qualsiasi modo che un non medico eserciti abusivamente anche nel settore delle cosiddette "pratiche alternative". Il medico, venuto a conoscenza di casi di esercizio abusivo o di favoreggiamento o collaborazione anche nel settore delle pratiche di cui al precedente comma, è obbligato a denunciarli all'Ordine professionale.

Titolo VI **Rapporti con il Servizio Sanitario Nazionale** **e con enti pubblici e privati**

Capo I OBBLIGHI DEONTOLOGICI DEL MEDICO A RAPPORTO DI IMPIEGO O CONVENZIONATO

Art. 83 - Medico dipendente o convenzionato

Il medico che presta la propria opera a rapporto d'impiego o di convenzione nell'ambito di strutture sanitarie pubbliche o private, stante l'obbligo di cui all'art.1, comma 1, del presente Codice, qualora si verifichi contrasto tra le norme deontologiche e quelle proprie dell'ente, pubblico e privato, per cui presta la propria attività professionale, deve chiedere l'intervento dell'Ordine, onde siano salvaguardati i diritti propri degli assistiti. In attesa della composizione della vertenza egli deve assicurare il servizio che gli compete, salvo i casi di grave violazione dei diritti e dei valori umani delle persone a lui affidate e della dignità, libertà e indipendenza della propria attività professionale.

Art. 84 - Rifiuto dell'opera

Il medico, al quale da parte di strutture pubbliche o private, vengano imposte prestazioni professionali non conformi a quanto stabilito dal Codice di deontologia medica o in contrasto con gli scopi della professione, è tenuto a rifiutare la propria opera e a richiedere l'intervento dell'Ordine.

Art. 85 - Collegialità

Nella salvaguardia delle attribuzioni, funzioni e competenze, i rapporti tra i medici dipendenti o convenzionati, operanti in una medesima struttura devono ispirarsi ai principi del reciproco rispetto e di collegialità.

Art. 86 - Cumulo di incarichi

Il medico dipendente o convenzionato deve esigere da parte della struttura per cui opera che le sue prestazioni si svolgano nella disponibilità di tempo e nelle condizioni idonee all'espletamento dei suoi compiti e secondo modalità atte a non alterare il rapporto di fiducia tra medico e paziente e a non violare il segreto professionale.

Il medico, altresì, deve sottrarsi al cumulo degli incarichi e all'accesso delle prestazioni, e denunciare le condizioni che possono pregiudicare l'efficacia e la sicurezza della sua opera professionale.

Il medico che opera nelle strutture pubbliche non può in alcun modo adottare comportamenti che possano favorire direttamente o indirettamente la propria attività libero-professionale.

Capo II ATTIVITÀ NEL CAMPO DELLA MEDICINA PUBBLICA

Art. 87 - Attività nell'interesse della società

Il medico è tenuto a partecipare, indipendentemente dalla sua posizione o dal suo inquadramento, all'attività e ai programmi previsti dalla legge ai fini della tutela della salute, nell'interesse della società

Art. 88 - Trattamento sanitario obbligatorio

Il medico deve, in particolare, conoscere e applicare le norme relative alla prevenzione, alla notifica, al trattamento delle malattie infettive e diffuse, delle malattie mentali, delle malattie da lavoro, deve svolgere i compiti assegnatigli dalla legge in tema di trattamenti sanitari obbligatori e deve curare con la massima diligenza e tempestività informativa alle autorità sanitarie e ad altre autorità nei modi, nei tempi e con le procedure e i metodi stabiliti, ivi compresa, quando prevista, la tutela dell'anonimato.

Art. 89 - Lotta contro le tossicodipendenze

La partecipazione del medico alla lotta contro la tossicodipendenza, per specifica competenza tecni-

ca e responsabilità morale, è essenziale nella prevenzione, nel recupero e nelle situazione d'urgenza ed emergenza.

Rigoroso custode dell'anonimato, il medico deve tuttavia operare in collegamento con i centri di tutela per le tossicodipendenze nel rispetto delle norme vigenti, nell'interesse del singolo e della collettività.

OMISSIS

7. GLOSSARIO GIURIDICO E MEDICO LEGALE

Arbitrato - l'arbitrato rituale è un procedimento che si svolge davanti ad arbitri che emettono una decisione (lodo); è disciplinato dagli artt. 806-840 c.p.c.

L'arbitrato irrituale è un componimento amichevole della controversia secondo ragioni di equità senza le norme sopraindicate.

Per deferire una controversia ad arbitri è necessario l'accordo tra le parti, che prende il nome di: compromesso se stipulato a lite già insorta; clausola compromissoria se stipulato preventivamente per le liti che possono insorgere nel corso di una relazione.

Atto di citazione - è l'atto, sottoscritto da un avvocato, mediante il quale viene dato inizio ad una causa civile. Esso contiene: l'esposizione dei fatti che sono a premessa della richiesta di risarcimento, e delle prove su cui tale richiesta si fonda; l'indicazione del Tribunale innanzi al quale è proposta la domanda di risarcimento; le generalità delle parti; la data della prima udienza.

La notifica deve essere eseguita almeno 60 giorni prima dell'udienza

Atto pubblico - è un documento redatto da un pubblico ufficiale autorizzato ad attribuirgli pubblica fede (artt. 2699, 2701 c.c.); è costitutivo di diritti e/o obblighi oppure documenta una attività del pubblico ufficiale o di terzi in sua presenza; fa piena prova fino a querela del falso sia relativamente alla provenienza del documento che alle dichiarazioni contenute.

Atto stragiudiziale - con questo termine si fa riferimento agli atti compiuti dalle parti al di fuori del procedimento e quindi non davanti al giudice

Avviso di garanzia - è una comunicazione che l'ufficio giudiziario effettua sia alla persona nei cui confronti vengono svolte indagini preliminari, o è esercitata l'azione penale, sia alla persona offesa dal reato

Caso fortuito - avvenimento imprevedibile ed inevitabile, indipendente dalla volontà del soggetto, in cui non può ravvisarsi né dolo né colpa. In materia civile libera il debitore dall'adempimento esatto dell'obbligazione (artt. 1256-1259 cc); in materia penale è un'esimente la responsabilità dell'agente che ha commesso il fatto costituente reato (art. 45 cp)

Causa spuria - è un nesso di causalità apparente tra due fenomeni indipendenti

Certificato - attestazione di pubblico ufficiale o incaricato di pubblico servizio circa la sussistenza di determinate condizioni o fatti giuridici; ha efficacia dichiarativa e non costitutiva; è redatto al fine di provare la realtà di determinate circostanze come tali, senza riguardo alcuno dei presupposti della condotta attestatrice.

Codice civile - è il testo base per la regolamentazione dei rapporti giuridici privati approvato con RD 16 Marzo 1942, n.262. Esso consta di 2969 articoli, oltre ai 31 che lo precedono contenenti le disposizioni sulla legge in generale e ai 256 che lo seguono contenenti le disposizioni per l'attuazione del codice e quelle transitorie.

Il codice civile è diviso in 6 libri e ciascuno è a sua volta diviso in titoli:

1. Diritto delle persone e della famiglia (14 titoli)
2. Successioni e donazioni (5 titoli)
3. Proprietà e gli altri diritti reali (9 titoli)
4. Obbligazioni e contratti (9 titoli)
5. Rapporti di lavoro (11 titoli)
6. Norme per la tutela dei diritti (cinque titoli)

Codice deontologico - è il testo contenente le regole relative ai doveri e compiti di una determinata categoria di professionisti aventi essenzialmente natura morale di onestà e correttezza. L'attuale codice di Deontologia Medica è stato approvato il 25 giugno 1995, è preceduto dal giuramento di Ippocrate, contiene 92 articoli divisi in 6 titoli, ognuno dei quali è a sua volta suddiviso in capi.

Codice penale - è il testo fondamentale per la materia penale approvato con R.D. 19 Ottobre 1930, denominato codice Rocco dal nome del ministro guardasigilli che lo propose.

Esso consta di 734 articoli ed è integrato da 57 articoli di norme di coordinamento e transitorie; è diviso in tre libri ciascuno suddiviso in titoli:

1. Dei reati in generale (8 titoli)
2. Dei delitti in particolare (13 titoli)
3. Delle contravvenzioni in particolare (3 titoli)

Coincidenza - il caso in cui vi sia l'azione contemporanea tra più cause indipendenti tra loro che provocano lesioni diverse.

Colpa (in materia civile) - è la mancanza della dovuta diligenza. La colpa contrattuale (art. 1218c.c.) si ha se il debitore non osserva la diligenza dovuta nell'adempimento di una obbligazione derivante da un contratto. La colpa extracontrattuale, o aquiliana (dalla lex Aquilia del codice romano), si ha allorché il soggetto, all'infuori di qualunque rapporto preesistente, viola il principio del *neminem laedere* (art. 2043 c.c.).

Colpa (in materia penale) - il delitto è colposo o contro l'intenzione quando l'evento, anche se è preveduto non è voluto dall'agente e si verifica a causa di negligenza o imprudenza o imperizia, ovvero per inosservanza di leggi, regolamenti, ordini o discipline.

Conciliazione - uno dei modi attraverso i quali porre fine ad una controversia civile o tributaria pendente attraverso un accordo transattivo

Concorso di colpe - si verifica quando il danneggiato concorre ad aumentare il danno causato dall'azione colposa del danneggiante; determina la diminuzione del risarcimento per i danni che il soggetto passivo avrebbe potuto evitare con una condotta diligente (art.1227 cc).

Consenso - nel contratto l'accordo è uno dei requisiti fondamentali del negozio giuridico: il contratto è concluso nel momento in cui chi ha fatto la proposta ha conoscenza dell'accettazione dell'altra parte (art. 1236 c.c.); la proposta, l'accettazione, la revoca, si reputano conosciute nel momento in cui giungono all'indirizzo del destinatario, se questi non prova di essere stato, senza sua colpa, nell'impossibilità di averne notizia (presunzione di conoscenza ex art. 1335 c.c.).

L'accettazione deve corrispondere esattamente alla proposta, giungere nel termine stabilito dal proponente (art.1326 cc.); può essere tacita ossia implicita nel fatto stesso con cui si dà corso all'esecuzione del contratto.

Il consenso viziato per errore, dolo e violenza è causa di annullamento del contratto (artt. 1427-1440 c.c.).

Consulente tecnico - è il soggetto munito di particolare competenza tecnica dal quale il giudice o la parte può farsi assistere nel corso del processo. Il consulente tecnico d'ufficio (CTU) è l'esperto nominato dal giudice civile; il perito è nominato dal giudice penale; il consulente tecnico di parte (CTP) è l'esperto nominato dalle parti in causa, sia in materia civile che penale. La nomina da parte del giudice avviene tra gli iscritti all'albo dei consulenti tecnici esistente presso ogni tribunale; per l'inserimento va presentata domanda al presidente del tribunale, corredata dai seguenti documenti: estratto dell'atto di nascita; certificato di residenza nella circoscrizione del tribunale; certificato del casellario giudiziario di data recente; certificato di iscrizione all'albo professionale; titoli e documenti che l'aspirante ritiene di esibire per documentare le proprie capacità.

Consuetudine o uso - è un modo generalizzato di agire che può acquisire efficacia di norma giuri-

dica quando è richiamato espressamente dalla legge (art. 8 c.c. *Disposizioni preliminari*) o se manchi una legge che disciplina una materia (diritto oggettivo).

Contratto d'opera - è il contratto col quale una persona si obbliga a compiere nei confronti del committente un'opera, o un servizio, con lavoro prevalentemente proprio senza vincolo di subordinazione dietro pagamento di un corrispettivo (art. 2222-2228 cc). L'oggetto principale dell'obbligazione desunta dal contratto è costituita da un'opera o oggetto della prestazione.

Contratto d'opera intellettuale - è il contratto avente per oggetto un'opera intellettuale (art.2230-2238 cc); il prestatore d'opera intellettuale deve seguire personalmente l'incarico assunto ma può giovarsi di sostituti e ausiliari sotto la propria responsabilità quando gli usi e il contratto lo consentano.

Contratto - è l'accordo di due o più parti per costituire, regolare o estinguere tra loro un rapporto giuridico patrimoniale; è un negozio molto importante ampiamente disciplinato dal codice civile i cui elementi essenziali sono l'accordo delle parti, la causa, l'oggetto e la forma (artt.1321-1986 cc). L'oggetto deve essere possibile, lecito, determinato o determinabile (art.1346 cc). Finchè il contratto non è concluso proposta e accettazione possono essere revocate, salvo l'indennizzo eventualmente dovuto (art.1328 cc).

Contravvenzione - è un reato previsto dal codice penale (art. 39) punibile con la reclusione e/o con un ammenda.

Contumacia - in materia civile è la mancata costituzione in causa di una delle parti. Il contumace può costituirsi in giudizio in ogni momento del procedimento fino all'udienza in cui la causa è rimessa al collegio, accettando la causa nello stato in cui si trova. Con la costituzione tardiva il convenuto perde la facoltà di proporre domanda riconvenzionale o di chiamare in giudizio un terzo

Corte d'Appello - ufficio giudiziario composto da tre magistrati con competenza territoriale su un distretto; ha competenza civile e penale: in campo civile è competente per gli appelli contro le sentenze emesse dal Tribunale; in campo penale è competente per gli appelli proposti contro le sentenze emesse da tribunali, pretori e giudici delle indagini preliminari.

Corte d'Assise - è organo di giudizio collegiale in materia penale composto da 1 magistrato d'appello, 1 magistrato di tribunale e 6 giudici popolari. In ogni distretto di Corte d'Appello sono istituite una o più Corti d'Assise che giudicano i reati attribuiti alla loro competenza. La corte di Assise di Appello giudica sull'appello proposto avverso le sentenze e gli altri provvedimenti emessi dalle Corti di Assise.

Corte di Cassazione - è organo di giudizio collegiale composta da 5 votanti ed è divisa in sezioni (3 civili, 1 di lavoro e 6 penali); ha sede a Roma e giudica in materia civile e penale. Di regola la cognizione non ricomprende il riesame della controversia ma è limitata alla risoluzione di questioni di diritto: giudica sulle sole questioni di diritto in relazione appunto all'interpretazione ed applicazione della legge; ove annulli la pronuncia impugnata, enuncia il principio al quale il giudice di rinvio deve attenersi.

Corte Costituzionale - organo composto da quindici giudici, nominati per un terzo dal Presidente della Repubblica, per un terzo dal Parlamento e per un terzo dalle supreme magistrature (Corte di Cassazione, Corte dei Conti, Consiglio di Stato); è competente per i giudizi relativi alla legittimità costituzionale delle leggi dello Stato e delle Regioni.

Cosa giudicata - è la sentenza non più suscettibile di impugnativa per decorrenza dei termini o per essere stati esperiti tutti i possibili mezzi di impugnazione

Costituzione delle parti in giudizio civile - è l'atto mediante il quale le parti entrano ufficial-

mente nel processo. Per l'attore consiste nel deposito in cancelleria della nota di iscrizione al ruolo, unitamente al proprio fascicolo; per il convenuto del deposito della comparsa di risposta, unitamente al proprio fascicolo (vedi contumacia).

Danno aleatorio e potenziale - forme di danno la cui realizzazione è solo possibile in futuro nel caso ricorrano particolari condizioni; risultano di difficile valutazione medico-legale poiché non quantificabili con certezza; non sono risarcibili.

Il danno aleatorio è rappresentato dalla evoluzione possibile che può o non può verificarsi nel tempo senza che vi siano elementi per una fondata previsione.

Il danno potenziale deriva da menomazioni costituite ma il cui potere menomante si realizzerà solo col ricorrere di determinate condizioni come la necessità di svolgere nuove funzioni.

Danno biologico - si intende il pregiudizio alla sfera individuale di integrità fisica e psichica subito a causa di un atto illecito altrui; rappresenta un *tertium genus* accanto al danno patrimoniale e morale; ricomprende alcune forme di danno non più separatamente risarcibili (danno estetico, danno alla vita di relazione, danno alla vita sessuale) secondo un principio di *reductio ad unitatem* delle voci risarcitorie.

Il danno biologico è risarcito con parametri di tipo indennitario attraverso l'erogazione di somma in denaro con parametri prefissati ed è uguale per tutte le persone, svincolato da ogni parametro reddituale; è sempre dovuto in presenza di un danno, si riconosce un danno biologico temporaneo ed uno permanente.

Danno emergente - è il danno che una persona subisce per una effettiva diminuzione patrimoniale causata dalle spese e determinata dal fatto illecito altrui: sono inerenti tutte le spese sostenute e da sostenersi nell'avvenire da parte del danneggiato (ad esempio le spese sanitarie per cure mediche, chirurgiche e protesiche). Le spese sono risarcibili se collegate al fatto illecito da nesso di causalità e riconosciute necessarie o utili per ridurre l'incidenza del danno.

Danno - questo termine indica pregiudizio, nocumento arrecato in qualunque modo a persona o cosa. Si distingue un danno patrimoniale (vedi *lucro cessante* e *danno emergente*), un danno non patrimoniale (morale) e un danno biologico. Il danno è risarcibile se è frutto, nel diritto civile, di un atto illecito (art. 2043 e 1218 c.c.).

Danno extrapatrimoniale (morale) - vi rientrano i turbamenti alla gioia di vivere, le preoccupazioni, le ansie, i dolori fisici e le angustie psichiche. La valutazione del danno morale è demandato al giudice ed è risarcibile nel caso sia astrattamente ipotizzabile un reato (artt. 2059 c.c. e 185 c.p.) senza comunque sia necessaria una querela o un procedimento penale.

Danno futuro o di previsione - è il danno patrimoniale rappresentato dalle spese che si renderanno necessarie per ogni spesa si rendesse fondatamente prevedibile all'atto della valutazione medico-legale; le spese devono essere prevedibili come certe in base agli elementi del caso concreto o come molto probabili su base statistica; in odontoiatria rappresenta spesso la parte più gravosa del risarcimento e ricomprendono i futuri rifacimenti protesici.

Danno patrimoniale - è la conseguenza della menomazione, valutabile in denaro e suscettibile di risarcimento economico (art. 1223 c.c. *Risarcimento del danno*); classicamente tale definizione comprende il danno emergente ed il lucro cessante.

D.L. - Decreto Legge: è un atto avente forza di legge con il quale il Governo può adottare provvedimenti di normale competenza del Parlamento; è ammesso solo in caso di necessità ed urgenza; entra in vigore con la pubblicazione sulla Gazzetta Ufficiale; deve comunque essere presentato alle Camere per la conversione in legge entro 60 giorni e la mancata conversione lo rende inefficace.

D. Lvo - Decreto Legislativo (Legge Delegata): avente forza di legge, è emanato dal Governo su delega delle Camere. Tale delega è conferita con apposita Legge di delega, la quale deve determina-

re i principi ed i criteri cui il Governo si deve uniformare nell'esercizio del potere delegato, e deve stabilire il tempo massimo entro cui detto potere deve essere esercitato. Ad esempio citiamo che il Parlamento ha delegato il Governo a recepire le direttive della CEE con D.Lvi, onde evitare che il nostro Paese sia oggetto di condanne per inadempienza comunitaria.

D.LvoC.P.S. - Decreto Legislativo del Capo Provvisorio dello Stato: si tratta di un DLvo emanato dopo la caduta della monarchia nel 1946 e prima che, in base alla Costituzione del 1948, venisse eletto in via definitiva il primo Presidente della Repubblica.

D.M. - Decreto Ministeriale: atto amministrativo formulato dal Ministro (anche "di concerto" con altri Ministri) nell'ambito delle proprie competenze. Come il D.P.C.M., anche il D.M. è subordinato ad una disposizione di legge o atto avente forza di legge.

D.P.C.M. - Decreto del Presidente del Consiglio dei Ministri: è un atto con il quale detto Presidente emana provvedimenti di carattere meramente amministrativo. L'emanazione di tali atti è comunque subordinata ad una disposizione di legge o atto avente forza di legge.

D.P.R. - Decreto del Presidente della Repubblica: atto con il quale il Presidente della Repubblica esercita sia l'attività amministrativa (emanazione di regolamenti, statuti, ecc), sia l'attività legislativa (emanazione di decreti aventi forza di legge). Gli atti del Presidente della Repubblica assumono la forma del D.P.R., realizzano le proposte dei ministri competenti per materia su argomenti di carattere tecnico. In epoca pre-repubblicana, all'attuale D.P.R. corrispondeva il Regio Decreto (R.D.).

Delitto - è un reato previsto dal codice penale (art. 39), punibile con la reclusione e/o con una ammenda. È classificabile in base agli elementi psicologici come: delitto colposo o indipendente dall'intenzione di chi lo commette; conseguenza di negligenza o imperizia o imprudenza o inosservanza delle leggi, regolamenti, ordini e discipline (art. 43); delitto preterintenzionale quando dalla azione o dalla omissione deriva un evento dannoso o pericoloso più grave di quello voluto (c.p. art. 43, II comma); delitto doloso avviene secondo una volontà consapevolmente rivolta a perseguire uno scopo ingiusto e dannoso.

Dis.L. - Disegno di Legge: proposta scritta di legge da sottoporre all'approvazione del parlamento; può essere presentato dal governo, dai parlamentari, dagli stessi cittadini se accompagnato da 500.000 firme.

Dottrina - con questo termine si fa riferimento al complesso di cognizioni fornite dagli studiosi a mezzo di loro opere o trattati.

Errore - in diritto significa imperfetta conoscenza o falsa rappresentazione della realtà. In materia civile l'errore è causa dell'annullamento del negozio quando è essenziale e riconoscibile (art. 1428 cc). L'errore è essenziale (art. 1429 cc.) quando: 1) Cade sulla natura e sull'oggetto del negozio; 2) Cade sulla identità o qualità dell'oggetto o della prestazione che deve ritenersi determinante del consenso; 3) Cade sull'identità o qualità della persona determinanti per il consenso; 4) Sia un errore di diritto cioè su una norma giuridica. L'errore si considera riconoscibile (art. 1431cc.) riguardo al contenuto, le circostanze e le qualità dei contraenti quando una persona di normale diligenza avrebbe potuto rilevarlo. In materia penale l'errore di fatto esclude la punibilità a meno che non sia previsto come delitto colposo (artt. 48,49 cp.)

Esimenti (scriminanti, cause di giustificazione, cause di liceità) - sono speciali situazioni codificate dal codice penale nelle quali un fatto vietato dalla legge penale non costituisce reato: consenso dell'avente diritto; esercizio di un diritto o adempimento di un dovere; difesa legittima; uso legittimo delle armi; stato di necessità (artt. cp 51-54).

Estinzione del processo civile - significa cessazione del procedimento per una causa che ne impedisca la prosecuzione, cioè per l'inattività delle parti o la rinuncia agli atti del giudizio (artt. 305-307 cpc)

Estinzione delle obbligazioni - significa cessazione dell'effetto vincolante delle obbligazioni attraverso vari modi: adempimento che è il modo normale di estinzione (artt. 1176 e ss cc); novazione che consiste nella sostituzione, per accordo delle parti, di una obbligazione nuova a quella originaria (artt 1230-1235 cc); remissione o rinuncia al proprio credito (artt 1236-1240 cc.); compensazione o estinzione dei debiti reciproci per quantità corrispondenti (artt 1241-1252 cc); confusione quando le qualità di debitore e creditore si riuniscono nella stessa persona (art 1253-1255 cc); impossibilità sopravvenuta per causa non imputabile al debitore (art.1256 cc); cessione dei crediti (art.1260 cc.); delegazione, espromissione, acollo cioè la trasmissione delle obbligazioni ad un diverso debitore (artt 1268-1273 cc.); annullamento del negozio giuridico per presenza di vizio congenito nell'atto costitutivo (artt.1418-1446 cc.); rescissione che consiste in uno scioglimento del contratto a prestazioni corrispettive per contratti chiusi in stato di bisogno o per sproporzione tra le contrapposte prestazioni (artt. 1447-1452 cc.); risoluzione per inadempimento, eccessiva onerosità, impossibilità sopravvenuta (artt.1453-1469 cc.); recesso per scioglimento per facoltà unilaterale (art.1373 cc.); prescrizione per decorsi limiti di tempo in cui far valere il diritto (artt.2934-2963 cc.)

Falsità in atti - nome dato dal legislatore a un gruppo di delitti che consistono nella esecuzione di falso documentale messo in opera per mutare gli effetti giuridici dell'atto. La falsità materiale si ha quando il documento viene alterato da qualunque persona nella sua essenza materiale (invenzione o contraffazione). Invece commette il delitto di falsità ideologica il pubblico ufficiale, chi esercita una professione sanitaria o forense o altro servizio di pubblica necessità che attesta falsamente in un atto, certificato o autorizzazione amministrativa, fatti dei quali è tenuto a provare la verità. Il falso ideologico non è punito se è commesso in scritture private.

Falsità in giudizio - denominazione di uso corrente che indica alcuni reati contro l'amministrazione della giustizia: falso giuramento della parte (art. 371 c.p.); false informazioni al pubblico ministero (art.371 bis c.p.); falsa testimonianza (art.372 c.p.); falsa perizia o interpretazione (art.373 c.p.); false dichiarazioni o attestazioni in atti destinati all'autorità giudiziaria (374 bis c.p.).

Fatto illecito - nel diritto civile "fatto" è sia un avvenimento (fatto naturale) che una manifestazione concreta di volontà (atto); in diritto processuale civile è l'insieme delle circostanze da cui deriva la lite; nel diritto penale è tutto quanto una persona (agente) compie dando origine ad esso. Fatti illeciti sono tutti quei fatti o atti contrari ad un precetto dell'ordinamento giuridico; possono essere colposi o dolosi e cagionare un danno ingiusto ad altri (artt.2043-2059 cc).

Forza maggiore - è una qualsiasi energia esterna che costringe il soggetto a tenere un certo comportamento, senza il concorso della sua volontà; è una esimente della responsabilità poiché esclude la punibilità dell'autore del fatto costituente reato per mancanza di dolo e colpa: sussiste il nesso di causalità ma non l'elemento psicologico del reato. Nel diritto civile esclude la colposità dell'inadempimento nelle obbligazioni specifiche (art.1256 cc).

Giudice di Pace - è competente a giudicare le cause relative a beni mobili di valore non superiore a lire 5 milioni e, per le cause del risarcimento del danno prodotto dalla circolazione di veicoli natanti, se il loro valore non supera i 30 milioni di lire (L. 21 novembre 1991, n. 374).

Grado di giurisdizione - si intende la fase nella quale un procedimento può trovarsi con riferimento alla possibilità di riesame della decisione; il nostro ordinamento accoglie il principio del doppio grado, secondo cui è ammesso un giudizio di merito per due volte: primo grado quello nel quale un procedimento viene portato per la prima volta all'esame del giudice; secondo grado quello di appello; il ricorso in cassazione non ha funzione come terzo grado di giudizio, essendo limitato a questioni di legittimità.

Incidente - termine tecnico che si riferisce alle questioni quasi sempre procedurali che sorgono nel corso di un giudizio (competenza, costituzione delle parti, etc.)

Ingiunzione - procedimento speciale (art. 633-636 cpc) in forza del quale il titolare di un credito li-

quido ed esigibile, fondato su prova scritta, può ottenere su semplice ricorso documentato, un provvedimento detto decreto di ingiunzione con cui il magistrato impone al debitore di adempiere all'obbligazione entro 20 giorni dalla notifica; il debitore può esercitare azione di opposizione iniziando una causa ordinaria.

Interpretazione analogica - È una modalità di interpretazione della norma giuridica alla quale si ricorre allorché una determinata situazione di fatto non è espressamente regolata da disposizioni di diritto positivo (art. 12 c.c.).

Indebolimento permanente (postumo) - danno anatomico-funzionale stabilizzato di un organo che si realizza dopo il periodo di malattia acuta e convalescenza; costituisce la base per la valutazione del danno permanente e deve essere valutato a distanza di tempo dall'evento dannoso quando siano esaurite le possibilità di evoluzione peggiorativa o migliorativa della malattia.

Integrazione di giudizio - consiste nella chiamata in giudizio di un terzo senza il quale il giudizio non può proseguire

Invalidità - Si distinguono una invalidità permanente ed una temporanea. Con il termine di invalidità temporanea si intende l'impossibilità di svolgere l'attività lavorativa limitatamente al periodo di malattia acuta e convalescenza indotto dalla lesione; può essere compreso in tale termine anche la perdita di tempo necessaria a nuove cure (ad esempio ore lavorative perse per sedute odontoiatriche); è indicata con la durata in giorni e la notazione percentuale (completo o parziale). L'invalidità permanente rappresenta la persistente perdita di validità causata dalla menomazione nell'arco della vita e si indica con notazione percentuale; le lesioni dentali causano nella maggior parte dei casi invalidità micropermanenti, cioè inferiori al 5%.

Invalidità generica - è la riduzione della capacità di lavoro generico cioè della capacità media di eseguire un lavoro remunerativo qualsiasi, indipendente dalle abilità e possibilità del soggetto danneggiato; secondo l'attuale orientamento giurisprudenziale tale parametro risarcitorio è ricompreso nel danno biologico.

Invalidità lavorativa specifica - si intende il mancato o ridotto guadagno nella attività professionale effettivamente svolta dal danneggiato conseguente alle lesioni subite (lucro cessante). L'invalidità temporanea è quantificata in giorni e notazione percentuale; è riconducibile allo stato di malattia acuta, convalescenza e tempo necessario alle terapie. L'invalidità permanente consiste nella impossibilità per il soggetto di continuare in futuro l'attività realmente esercitata prima dell'evento dannoso assicurando lo stesso reddito. È un danno eventuale, cioè non sempre presente, che deve essere calcolato risarcito sulla effettiva perdita di guadagno dimostrata in base alla dichiarazione fiscale del soggetto leso.

La riduzione della capacità di lavoro specifico per lesioni odontostomatologiche è da considerarsi eccezionale e limitato ad alcune categorie di lavoratori qualora ne sia dimostrata la effettiva incidenza sul reddito del soggetto (ad esempio lavoratori nel mondo dello spettacolo come suonatori di strumenti a fiato, cantanti, attori, presentatori).

Presenza, durata e incidenza percentuale sulla capacità produttiva, quando esistente, deve essere segnalata dal consulente medico-legale al magistrato a cui spetta la quantificazione procedendo al calcolo nei singoli casi.

L. = Legge: il testo della legge deve essere definitivamente approvato da entrambi i rami del Parlamento; se la seconda delle due camere apporta emendamenti al testo approvato dalla prima, il testo deve tornare alla camera che per prima ha approvato, e così via fino a che entrambe le Camere hanno approvato l'identico testo. La legge entra in vigore dopo essere stata promulgata dal Capo dello Stato e pubblicata sulla Gazzetta Ufficiale.

Lavoro autonomo - si ha lavoro autonomo quando una persona si obbliga a compiere, verso corrispettivo, un'opera o un servizio per un'altra (committente), con lavoro proprio e senza vincolo di subordinazione (art.2222 cc.); sono previste due forme di contratto da cui può sorgere un rapporto di

lavoro autonomo: contratto d'opera in generale, contratto d'opera intellettuale (artt. 2222-2238).

Lavoro subordinato - si ha lavoro subordinato quando una persona (prestatore di lavoro, lavoratore) si obbliga, verso retribuzione, a prestare il proprio lavoro intellettuale o manuale alle dipendenze di un'altra (art.2099cc.). Il codice civile rimanda tutti i tipi di lavoro subordinato alle norme che regolano il lavoro d'impresa (artt. 2239-2246-2099 cc.).

Lesione - è una modificazione peggiorativa della preesistente integrità psicofisica della persona e può essere costituita da una alterazione anatomica, funzionale, psichica.

Lesione personale - l'espressione fa riferimento ad alterazione anatomica o funzionale obiettivamente accertata sul corpo di una persona (art. 582, 583, 590 c.p.). Le lesioni volontarie sono punibili a querela della persona offesa sempre che la durata della malattia non superi i venti giorni e non concorrano circostanze aggravanti (artt. 583, 585 cp); d'ufficio negli altri casi.

Le lesioni colpose sono punibili a querela della persona offesa indipendentemente dalla durata della malattia che ne deriva; d'ufficio, limitatamente ai fatti commessi con violazione sulle norme per la prevenzione degli infortuni del lavoro o relative all'igiene del lavoro che abbiano determinato una malattia professionale.

Lodo arbitrale - è la decisione del collegio arbitrale espressa con un atto scritto.

Lucro cessante - è il mancato guadagno temporaneo o permanente futuro per diminuzione della capacità produttiva (capacità di lavoro e capacità di guadagno), vale a dire della possibilità che ha la persona di acquisire beni materiali con la propria attività personale.

Malattia - qualunque processo patologico o alterazione anatomica del corpo e della mente (ancorchè limitata e circoscritta e non impegnativa dello stato generale della persona) che determina un'apprrezzabile menomazione funzionale dell'organismo.

La durata della malattia è rappresentata dal periodo in cui l'alterazione anatomo-funzionale presenta carattere di evolutività.

Menomazione - è il decremento dell'efficienza psicofisica delle persone di fronte alle esigenze e normali attività della vita lavorativa, vegetativa e di relazione; è il presupposto biologico del danno.

Momento acceleratore - consiste in un evento occasionale o concausale che anticipa l'effetto di una causa senza modificarla quantitativamente; l'occasione o la circostanza che favorisce il concretarsi di un evento già maturo (la goccia che fa traboccare il vaso)

Momento aggravatore - è la concausa che modifica quantitativamente l'effetto di un'altra causa.

Momento rivelatore - è la circostanza che richiama l'attenzione su di un fenomeno prodotto da altri fattori già esistente ed inosservato

Obbligazioni - consiste in un rapporto (vincolo) giuridico patrimoniale in forza del quale un soggetto, detto debitore, è tenuto a una determinata prestazione verso un altro soggetto, detto creditore (artt.1173-1320 cc). Ogni obbligazione è costituita da: due soggetti determinati o determinabili; l'oggetto (cosa o servizio); una prestazione economicamente valutabile che è il contenuto dell'obbligazione (comportamento del debitore). La fonte predominante nel diritto moderno è costituita dalle obbligazioni derivanti da contratto (artt.1321-1935 cc).

Onere della prova - in materia civile l'onere della prova incombe a colui che vuol far valere un diritto in giudizio o eccepisce che un diritto si è modificato o estinto (art.2697 cc); l'onere della prova non può essere invertito quando ha effetto di rendere difficile l'esercizio del diritto a una delle parti (art.2698 cc); invece in tema di responsabilità contrattuale l'inversione dell'onere della prova è la regola (art. 1218 c.c.);

Organo - il termine giuridico intende il complesso delle strutture anatomiche deputate a svolgere una funzione complessa; equivale alla definizione anatomica di apparato.

Pagamento con surrogazione - consiste nel fatto del terzo il quale pagando invece e luogo del debitore subentra nei diritti del creditore; può avvenire per convenzione o per legge (artt. 1201-1205 cc).

Parte - con tale termine in materia civile si indica: chi promuove il giudizio (attore o parte attrice); chi lo subisce (convenuto o parte convenuta); chi interviene volontariamente (interventore volontario); chi è chiamato (chiamato in intervento). Il termine parte civile indica la parte lesa da un reato, che propone, nell'ambito del procedimento penale, un risarcimento del danno conseguente al reato.

Patteggiamento - indica l'accordo fra la difesa dell'imputato e il Pubblico Ministero, in virtù del quale le due parti chiedono al Giudice l'applicazione di una sanzione sostitutiva o ridotta rispetto a quella prevista per il reato.

Patto di gestione della lite - è contenuto nella polizza assicurativa e contiene il diritto, da parte della Compagnia, di condurre e trattare la vertenza con personale legale e medico legale di propria fiducia.

Potere discrezionale - è la facoltà di prendere provvedimenti insindacabili attribuita dalle leggi all'autorità giudiziaria e amministrativa.

Prescrizione - in materia civile è un modo generale di estinzione di diritti e indica la situazione in cui si estingue un diritto quando il titolare non lo esercita per il tempo definito dalla legge. Si estinguono in 10 anni tutti i diritti per i quali non è previsto un termine di prescrizione diverso, in particolare la responsabilità contrattuale; si prescrivono in 5 anni il diritto al risarcimento del danno da fatto illecito per responsabilità extracontrattuale. Si prescrivono in 3 anni i diritti derivanti da cambiale e assegno bancario (sono previsti anche termini di 1 anno e 6 mesi); ancora in tre anni il diritto dei professionisti per il compenso dell'opera prestata e per il rimborso delle eventuali spese occorse. Si prescrivono in 1 anno i diritti derivanti dai contratti di assicurazione, il diritto alla garanzia per vizi nel contratto di vendita, il diritto alla rescissione di qualunque contratto.

Prestazione - si indica non già l'oggetto di una obbligazione ma il comportamento al quale è obbligato il debitore diretto a dare una cosa o compiere un'azione a favore del creditore.

Presunzione - è la conseguenza che la legge o il giudice trae da un fatto noto per risalire a un fatto ignoto (artt. 2727-2729 cc); è una facoltà discrezionale lasciata alla prudenza del giudice in presenza di dati precisi e concordanti.

Pretestazione - consiste nell'attribuire il danno ad una causa diversa da quella che l'ha cagionato.

Pretore - è un organo giudiziario avente competenze di 1° grado in materia civile e penale. In materia civile ha natura di organo monocratico (1 solo giudice) ed è competente per le cause anche se relative a beni immobili di valore non superiore a 50 milioni di lire; è pure competente per le cause che gli sono attribuite per ragione di materia, qualunque ne sia il valore.

Procedimento civile - è il complesso di atti posti in essere davanti al giudice civile per ottenere con sentenza o altro provvedimento il riconoscimento di un diritto. La parte che prende l'iniziativa della causa assume il nome di attore o ricorrente e quella contro la quale la causa viene proposta assume il nome di convenuto. Viene proposto mediante un atto di citazione che contiene l'oggetto della domanda, indicazione dei mezzi di prova a sostegno della domanda stessa, l'invito alla parte avversa (convenuto) a costituirsi in giudizio entro un dato termine (cioè di farsi difendere da un legale). L'atto di citazione deve essere fatto notificare al convenuto dall'ufficiale giudiziario nei termini stabiliti (artt. 163 bis, 313 c.p.c.); l'attore deve costituirsi in cancelleria presentando la nota di iscrizione a ruo-

lo corredata dall'atto di citazione notificato ed eventuali documenti.

L'ufficio giudiziario è designato secondo regole di competenza, valore e territorio.

Nel procedimento civile si distinguono tre fasi (artt.163-281 c.p.c.):

1. L'introduzione costituita dalla notifica dell'atto di citazione, costituzione delle parti, verifica delle condizioni di procedibilità.
2. L'istruzione costituita dalla trattazione (orale o con compare) ed istruzione probatoria (assunzione delle prove, audizione dei testimoni)
3. La decisione in cui le parti precisano le rispettive conclusioni e chiedono l'assegnazione della causa (sentenza). Contro la sentenza può essere proposto un appello presso l'istanza giudicante superiore, ed in seguito, presso la Cassazione.

Procedimento penale - è il complesso degli atti attraverso i quali la notizia di un reato è esaminata dal giudice che si pronuncia sull'esistenza del reato e sulla colpevolezza del soggetto indicato come autore.

Il pubblico ministero invia l'informazione di garanzia ed effettua le indagini preliminari per verificare la notizia di reato; ne sottopone il risultato al giudice delle indagini preliminari (GIP) il quale, in una udienza apposita (udienza preliminare) con le parti verifica se esistono elementi per passare ad un giudizio vero e proprio.

Nel giudizio le parti, in contraddittorio tra loro, portano le prove, interrogano i testimoni e presentano le rispettive richieste al giudice; segue la sentenza. L'iter può essere accelerato nelle seguenti eventualità: l'imputato chiede di saltare l'udienza preliminare (richiesta di giudizio abbreviato; richiesta di giudizio immediato); l'imputato è condotto in flagranza al giudizio direttissimo; le parti patteggiano la pena.

Pubblico ufficiale - chi esercita una pubblica funzione. È considerata pubblica la funzione amministrativa disciplinata da norme di diritto pubblico e da atti autoritativi e caratterizzati dalla formazione e dalla manifestazione della volontà della pubblica amministrazione o del suo svolgersi per mezzo di poteri autoritativi e certificativi.

Incaricato di pubblico servizio - si intende chi è incaricato alla prestazione di un servizio alla comunità diretto al soddisfacimento di un interesse pubblico; il servizio è privo di potestà di impero e coercitiva riconosciuta al pubblico ufficiale. Incaricati di servizio di pubblica necessità sono i privati che esercitano professioni sanitarie, forensi o altre il cui esercizio sia vietato in assenza di una speciale abilitazione dello stato; nonché i privati che adempiono un servizio dichiarato con atto della pubblica amministrazione, di pubblica necessità.

Querela - è la dichiarazione all'autorità giudiziaria di chi, ritenendosi offeso da particolare reati, chiede che l'autore venga perseguito penalmente.

Rapporto di causalità - è la relazione esistente tra una azione od omissione e un evento dannoso o pericoloso da cui dipende l'esistenza di un reato del quale l'autore diventa causa efficiente (art. 40 cp)

Regresso (azione di) - è l'azione che la legge concede al titolare di un diritto contro il suo dante causa allorché di quel diritto egli sia stato spogliato da altri legittimamente; lo scopo dell'azione è quello di ottenere la restituzione della prestazione a suo tempo eseguita.

Ricetta - manca una definizione nel nostro diritto positivo; è definibile come una autorizzazione redatta dal sanitario per ottenere dalla farmacia la fornitura di specialità medicinali.

Richiesta di risarcimento - può essere avviata sia nel corso del processo penale costituendosi parte civile, sia dopo la chiusura del procedimento penale, anche in caso di archiviazione dei relativi atti penali; oppure, in assenza di un procedimento penale, iniziando una causa civile.

Riconvenzionale (azione) - è così denominata l'azione esercitata dal convenuto nel giudizio civile al-

lo scopo di contrapporre alla domanda dell'attore una propria domanda; si instaura così una seconda causa in un solo procedimento tra le stesse parti.

Ripetizione dell'indebito - restituzione concessa a chi ha eseguito un pagamento non dovuto di quanto pagato, nonché dei frutti e interessi maturati dal giorno del pagamento (artt. 2033-2040 cc).

Risarcimento - con questa espressione si fa riferimento all'obbligo giuridico di reintegrare il patrimonio di chi ha sofferto un danno in conseguenza di un fatto illecito. Può avvenire in forma specifica (ripristino della situazione precedente) o per equivalente (versamento di una somma).

Risoluzione del contratto - con tale termine si fa riferimento a un modo di scioglimento di un rapporto contrattuale a prestazioni corrispettive. La risoluzione può avvenire per mutuo consenso o per cause ammesse dalla legge (art. 1372 cc.); tra queste ultime ricordiamo:

- Per inadempimento in cui la parte inadempiente è tenuta al risarcimento del danno; se però l'inadempimento ha scarsa importanza la risoluzione non può essere ottenuta (art. 1453-1462 cc.)
- Per impossibilità sopravvenuta in seguito a causa non imputabile al debitore; quest'ultimo è tenuto a restituire quanto ricevuto secondo le norme di ripetizione dell'indebito (artt. 1256-1259 cc)
- Per eccessiva onerosità cioè quando per il verificarsi di avvenimenti straordinari ed imprevedibili la prestazione è divenuta eccessivamente onerosa (artt. 1467-1469 cc.)

Ruolo delle cause - in materia civile è il registro generale in cui vengono iscritte le cause nuove, più propriamente denominato ruolo generale degli affari contenziosi civili.

Scrittura privata - è un documento scritto caratterizzato dal fatto di contenere dichiarazioni firmate (artt. 2702, 2708 c.c.); fa piena prova, fino a querela del falso, della provenienza delle dichiarazioni se colui contro il quale la scrittura è prodotta ne riconosce la sottoscrizione.

Stato anteriore (preesistente) - tale termine indica lo stato di salute del danneggiato prima del verificarsi del danno da fatto illecito: cioè le condizioni psicofisiche preesistenti che costituiscono la base della valutazione a cui rapportare il risarcimento.

Terzo - qualunque soggetto estraneo ad un determinato rapporto giuridico ma che pretende di essere titolare di un diritto incompatibile con quello di una delle parti in causa. Nei fatti relativi alla responsabilità professionale del sanitario medico è una persona diversa da creditore (paziente) e debitore (sanitario); in campo assicurativo è colui che non è parte del contratto di assicurazione (è rappresentato in genere dal paziente danneggiato).

Transazione - è un contratto scritto con cui le parti, facendosi reciproche concessioni, pongono fine ad una lite già cominciata o ne prevengono una che sta per sorgere (artt. 1965-1976 cc).

Produce tra le parti gli stessi effetti di una sentenza passata in giudicato (cosa giudicata) e costituisce quindi un titolo esecutivo.

Per evitare che siano alimentate nuove controversie il codice prevede che la transazione non possa essere annullata né per errore di diritto né per causa di lesione; tuttavia è annullabile se: svolta su documenti in seguito riconosciuti falsi; quando una parte era cosciente della temerarietà della sua pretesa; fatta su lite già decisa con sentenza passata in giudicato; relativa a un contratto illecito.

Tribunale - è giudice collegiale operante in ogni circondario giudiziario. In materia civile è competente a conoscere delle cause di valore superiore a lire 50 milioni o di valore indeterminabile; sono previste inoltre alcune specifiche competenze. La decisione del Tribunale in composizione collegiale è stata limitata ad alcune competenze demandando tutte le altre al giudice istruttore in funzione di giudice unico (L. 26 novembre 1990, n. 353).

POSTFAZIONE

Mentre scrivo le ultime pagine di questo libro, ho superato i 130 casi di contenzioso analizzati in tema di responsabilità professionale odontoiatrica cioè la somma delle pagine, che ho scritto sull'argomento in diverse occasioni, supera per entità questo libro, che già di per se stesso, è sicuramente troppo voluminoso rispetto all'obiettivo iniziale.

Inizialmente mi ero riproposto l'idea di eseguire semplicemente una breve raccolta di sentenze e consulenze, divise per argomento, da fornire al lettore come linee guida; tuttavia questo progetto avrebbe eccessivamente schematizzato la materia e avrebbe tradito il principio, fondamentale in medicina legale, per cui ogni singolo caso va analizzato nella sua specifica individualità per meglio compenetrarne la verità.

Proprio in questi giorni ho intravisto una possibile futura direzione di lavoro, eseguendo una consulenza medico-legale formidabile per rapidità e chiarezza: un collega mi ha esposto per telefono gli estremi del contenzioso con un proprio paziente; gli ho risposto inviandogli per fax la sentenza di un caso, sovrapponibile al suo, in cui un altro dentista era stato assolto due anni prima nella stessa sede di tribunale. Questa singolare esperienza mi ha fatto pensare che se fosse possibile organizzare tramite l'ANDI un ufficio centrale di raccolta dati sul contenzioso in odontoiatria, quasi un osservatorio epidemiologico, si potrebbe invertire la tendenza attuale che vede il dentista soccombere nella quasi totalità dei casi di contenzioso civile con il conseguente impegno economico e la perdita d'immagine. Si potrebbero ideare polizze assicurative più aderenti alla realtà professionale in continua evoluzione con problematiche e necessità diverse dall'area medica in cui è attualmente inquadrata.

Se un amico mi chiedesse cosa ho imparato sull'argomento, risponderei d'istinto pensando alle situazioni in cui mi sono trovato a disagio nella mia esperienza forense e clinica di dentista; riassumerei le nozioni fondamentali in un decalogo di precetti semplice nel contenuto ma di difficile applicazione quotidiana.

Al dentista:

- 1) Una buona odontoiatria costituisce la miglior medicina legale; l'aggiornamento e l'impegno quotidiano rappresentano la diligenza e la prudenza
- 2) Essere sempre critici e modesti nel valutare le proprie capacità e i risultati raggiunti, ricordarsi cioè di essere prudenti.
- 3) Istituire un rapporto ideale medico-paziente vuol dire mantenere la propria disponibilità ad ascoltare e parlare con il paziente, poiché la franchezza costituisce la via più rapida per giungere ad un giusto accordo e previene quei comportamenti maleducati che sono spesso il motivo reale del contenzioso.
- 4) Negare a sé stessi l'evidenza dei fatti al fine di giustificare un errore professionale equivale a umiliare la propria intelligenza.
- 5) Non criticare i colleghi inutilmente poiché questo non aumenta le proprie capacità, tantomeno la considerazione del paziente nei confronti della categoria odontoiatrica.
- 6) Non paventare danni consistenti causati da un altro dentista per giustificare un proprio successivo costoso intervento, poiché tale situazione ha il solo risultato di esasperare i pazienti e promuovere un contenzioso irrisolvibile

Al consulente tecnico d'ufficio nominato in tribunale:

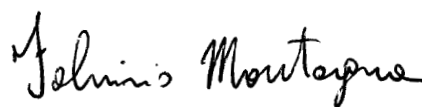
- 7) Impegnarsi nel cercare la verità senza pregiudizi e compromessi anche nei casi semplici e di poca importanza, come è la maggior parte del contenzioso in odontoiatria dove i danni solo eccezionalmente sono elevati e quasi sempre emendabili economicamente
- 8) Ricordarsi che il compito assegnato consiste nel fornire al magistrato un parere tecnico sul caso, cioè tradurre i fatti in una lettura comprensibile a un non specialista; il compito non è certo quello di pronunciare una sentenza.

Al consulente tecnico di parte, privato o assicurativo:

- 9) Evitare di difendere testardamente posizioni indifendibili, utilizzando la propria cultura per mascherare la ragione in discussioni interminabili e capziose dettate dall'interesse economico; questo significa sottostimare l'intelligenza degli altri
- 10) Nel confondere la difesa di un collega con una male interpretata difesa della professione.

Se questi concetti già vi appartengono e riuscite ad applicarli con continuità nel quotidiano allora non avete bisogno di questo libro e non vi servirà in futuro un medico legale o un avvocato; comunque dovete disporre di una copertura assicurativa per tutelarvi da tutti quelli eventuali, imponderabili, involontari errori che possono inaspettatamente verificarsi nella pratica professionale.

Sommacampagna, 31 gennaio 1998



*Prima est haec ultio: quod se
iudice nemo nocens absolvitur*

Il primo castigo è questo:
che nessun colpevole trovi indulgenza
di fronte a se stesso

GIOVENALE, SATIRE, XIII, 2-3

*Quid non mortalia cogis,
auri sacra fames!
Ahi de l'oro empia ed essecrabil fame!*

E che per te non osa, e non tenta
quest'umana ingordigia!

VIRGILIO, ENEIDE, III, 56-7; TR. IT.
ANNIBAL CARO

INDICE ANALITICO DELLE FONTI LEGISLATIVE

Di seguito sono state riportate in ordine cronologico le fonti legislative citate nel testo per facilitarne la rapida consultazione.

REGI DECRETI

- RD 31 maggio 1928, n.1334, Regolamento per l'esecuzione della legge 23 giugno 1227, n. 1264, sulla disciplina delle arti ausiliarie delle professioni sanitarie, pag. 191
- RD 27 luglio 1934, n. 1265, Testo Unico delle Leggi Sanitarie (T.U.L.S.), pag. 95, 393, 405,150,159

DECRETI LEGGE DEL CAPO PROVVISORIO DELLO STATO

- DLCPV 13 settembre 1946 n. 233, Legge sugli ordini professionali, pag. 91

DECRETI PRESIDENTE DELLA REPUBBLICA

- DPR 5 aprile 1950, art. 42, n. 231 (sanzioni disciplinari dell'ordine professionale), pag. 92-93
- DPR 27 aprile 1955, n. 547, Norme sulla prevenzione degli infortuni sul lavoro, pag. 385
- DPR 10 giugno 1955, n. 854 (autorizzazioni in materia sanitaria), pag. 95,159)
- DPR 19 marzo 1956, n.303 Norme generali per l'igiene sul lavoro, pag. 385
- DPR 10 gennaio 1957, n. 3, TU Disposizioni concernenti lo statuto degli impiegati civili dello stato, pag. 166-168
- DPR 4 agosto 1960 , n. 1055 (regolamento di attuazione per l'assicurazione dei medici per lesioni causate dai raggi X), pag. 150
- DPR 13 febbraio 1964, n. 185, Sicurezza degli impianti e protezione sanitaria dei lavoratori, pag. 385,150
- DPR 30 giugno 1965 n. 1124, Testo unico per l'assicurazione obbligatoria contro gli infortuni sul lavoro e le malattie professionali, pag. 381
- DPR 23 marzo 1969, n. 128, Ordinamento interno dei servizi ospedalieri, pag. 186
- DPR 26 ottobre 1972, n. 633, art. 5, 10 - IVA, pag. 205
- DPR 29 settembre 1973, n. 600-Accertamento, pag. 203-223
- DPR 29 settembre 1973, n. 602-Riscossione, pag. pag 202-223
- DPR 25 Novembre 1976, Tabella dei lavori vietati alle lavoratrici durante la gestazione, pag. 386
- DPR 761/79 (stato giuridico del personale sanitario delle USL), pag. 94-95
- DPR 13 marzo 1986, n.128 (normativa sulla produzione e commercio dei presidi medico chirurgici), pag. 394
- DPR 26 aprile 1986, n. 131, TUIR, pag. 203-223
- DPR 22 dicembre 1986, n. 1917- TUIR, pag. 203-223
- DPR 24 maggio 1988, n. 224, Responsabilità del produttore, pag. 396
- DPR 28 settembre 1990, n. 316 (Accordo nazionale), pag. 95, 169
- DPR 9 ottobre 1990, n.309 (prescrizione di stupefacenti), pag. 185
- DPR 25 gennaio 1991 (farmacovigilanza), pag. 403
- DPR 41/91 (ricette d'urgenza), pag. 185
- DPR 17 febbraio 1992 (aggiornamento della tariffa per medici generici e specialisti), pag. 83
- DPR 412/93 (impianti tremici), pag. 155
- DPR 13 aprile 1994, n. 336 (tabelle delle malattie professionali), pag. 381
- DPR 30 giugno 1995, n. 1224 - Testo unico per l'assicurazione obbligatoria contro gli infortuni professionali e le malattie sul lavoro, pag. 384

DECRETI MINISTERIALI

- DM 5 luglio 1975 (elenco delle malattie infettive soggette a denuncia), pag. 433
- DM 5 agosto 1977 - Determinazione dei requisiti tecnici delle Case di Cura private, pag. 186

- DM 26 gennaio 1988, n. 30 - Identificazione di profili professionali attinenti a figure nuove, atipiche e di dubbia ascrizione ai sensi dell'art. 1, IV comma, del DPR 20 dicembre 1979, n. 761 che regola lo stato giuridico del personale delle Unità Sanitarie Locali, pag. 144.
- DM 28 settembre 1990, Norme di protezione dal contagio professionale da HIV nelle strutture sanitarie e assistenziali pubbliche e private, pag. 431
- DM 4 ottobre 1991, Offerta gratuita della vaccinazione contro l'epatite B alle categorie a rischio, pag. 433
- DM 15 ottobre 1993, n. 519 (modalità e modelli per la denuncia di impianti a terra), pag. 158
- DM 3 maggio 1994 - Determinazione delle attrezzature tecniche e strumentali degli esercenti le arti ausiliarie sanitarie, pag. 96
- DM 14 settembre 1994, n. 669, Regolamento concernente la individuazione della figura e il relativo profilo professionale dell'igienista dentale, pag. 144
- DM 29 Novembre 1996 (elenco delle malattie infettive soggette a denuncia obbligatoria), pag. 433

DECRETI LEGGE

- DL 20 aprile 1991, (farmacovigilanza), pag. 403
- D.L. 27 aprile 1992, Disposizione sulla documentazione tecniche da presentare a corredo delle domande di autorizzazione delle emissioni in commercio di specialità medicinali per uso umano anche in attuazione alla direttiva n. 91/507 CEE, pag. 403
- DL 30 dicembre 1992, n. 502 (funzioni delle USL), pag. 386
- DL 539/92 (ricettazione di farmaci ospedalieri o specialistici), pag. 184
- DL 517/93 (funzioni delle USL), pag. 386
- DL febbraio 93, n. 29 (razionalizzazione dell'organizzazione delle amministrazioni pubbliche e revisione della disciplina in materia di pubblico impiego), pag. 167
- DL 17 marzo 1995, n. 230 - Attuazione delle direttive EURATOM 80/836, 84/467, 84/466, 89/618, 90/641, 92/3 - In materia di radiazioni ionizzanti, pag. 150
- DL 27 marzo 1996, Disposizioni urgenti in materia di sperimentazione e utilizzazione di medicinali, pag. 404
- DL 30 dicembre 1996 (decreto Ronchi sullo smaltimento dei rifiuti)

DECRETI LEGISLATIVI

- DLgs 31 ottobre 1990, n. 346 - TUI sulle successive donazioni, pag. 203-223
- DLgs 30 dicembre 1992, n. 504 - ICI, pag. 203-223
- DLgs 31 dicembre 1992, n. 546 - CT, pag. 203-223
- DLgs, n. 626 del 19 settembre 1994, Attuazione delle direttive CEE n. 89/391, 89/654, 89/655, 90/629, 90/270, 90/394, 90/679 riguardanti il miglioramento della sicurezza e della salute dei lavoratori negli ambienti di lavoro, pag. 160, 387
- Dlgs 17 marzo 1995, n. 230, Attuazione delle direttive EURATOM 80/836, 84/837, 84/466, 89/618, 90/641, 92/3 in materia di radiazioni ionizzanti, pag. 150
- Dlgs 19 marzo 1996(integrazioni Dlgs 626/94), pag. 160
- D.Lgs. 19 giugno 1997, n. 218 - Disposizioni in materia di accertamento con adesione e conciliazione giudiziale, pag. 203
- D.Lgs. 9 luglio 1997, n. 237 - Modifica della disciplina in materia dei servizi autonomi di cassa degli uffici finanziari, pag. 203
- D.Lgs. 9 luglio 1997, n. 241 - Norme sulla semplificazione dei contribuenti in sede di dichiarazione dei redditi e dell'imposta sul valore aggiunto, nonché di modernizzazione del sistema di gestione delle dichiarazioni, pag. 203
- D.Lgs. 2 settembre 1997, n. 313 - Norme in materia di imposta sul valore aggiunto, pag. 203
- D.Lgs. 2 settembre 1997, n. 314 - Armonizzazione, razionalizzazione e semplificazione delle disposizioni fiscali e previdenziali concernenti i redditi di lavoro dipendente e dei relativi adempimenti da parte dei datori di lavoro, pag. 203
- D.Lgs. 15 dicembre 1997, n. 446 - Istituzione dell'imposta regionale sulle attività produttive (Irap), revisione degli scaglioni, delle aliquote e delle detrazioni dell'Irpef e istituzione di una addizionale regionale a tale imposta, nonché riordino della disciplina dei tributi locali, pag. 203

- D.Lgs. 18 dicembre 1997, n. 462 - Unificazione ai fini fiscali e contributivi delle procedure di liquidazione, riscossione e accertamento, pag. 203
- D.Lgs. 18 dicembre 1997, n. 463 - Semplificazione in materia di versamenti unitari di tributi determinati dagli enti impositori e di adempimenti connessi agli uffici del registro, pag. 203
- D.Lgs. 18 dicembre 1997, n. 471 - Riforma delle sanzioni tributarie non penali in materia di imposte dirette, di imposta sul valore aggiunto e di riscossione dei tributi, pag. 203
- D.Lgs. 18 dicembre 1997, n. 472 - Disposizioni generali in materia di sanzioni amministrative, per le violazioni di norme tributarie, pag. 203
- D.Lgs. 18 dicembre 1997, n. 473 - Revisione delle sanzioni amministrative in materia di tributi sugli affari, sulla produzione e sui consumi, nonché di altri tributi indiretti, pag. 203

LEGGI

- L. 23 novembre 1939, n. 1815 (divieto di costituzione di società tra professionisti), pag. 89
- L.1 maggio 1941, n. 422 (modifica della sezione VII del TULS art 189), pag. 95, 393
- L. 20 febbraio 1958, n. 93, Sull'assicurazione dei medici contro le malattie e le lesioni causate dall'azione dei raggi X e dalle sostanze radioattive, pag. 150
- L. 21 febbraio 1963, n. 244 (istituzione di una tariffa unica nazionale per medici generici e specialisti), pag. 83
- L. 2 agosto 1965, n. 1103 (ordini professionali), pag. 91
- L. 15 luglio 1966 n. 604 (norme sui licenziamenti individuali), pag. 146
- L. 20 maggio 1970 , n.300 ,Statuto dei lavoratori, pag. 386
- L. 30 dicembre 1971 , n. 1204 Protezione delle donne durante il periodo di gravidanza e nei primi mesi di vita del bambino, pag. 386
- L. 7 agosto 1973, n. 519 Modifiche ai compiti, all'ordinamento e alle strutture dell'Istituto Superiore di Sanità, pag. 403
- L. 23 dicembre 1978, n. 833, Istituzione del servizio sanitario nazionale, pag. 386
- L. 13 maggio 1978, n. 180 (riguardante i trattamento sanitario obbligatorio), pag. 389
- L. 689/81 (procedibilità a querela del delitto di lesioni personali colpose), pag. 99
- L. 31 gennaio 1983, n.25 (estensione della tutela assicurativa a tecnici sanitari di radiologia medica), pag. 150
- L. 7 dicembre 1984, n.818, (prevenzione degli incendi), pag. 386
- L. 24 Luglio 1985, n. 409, Istituzione della professione sanitaria di odontoiatra e disposizioni relative al diritto di stabilimento ed alla libera prestazione dei servizi da parte di dentisti cittadini di Stati membri della Comunità Europea, pag. 81
- L. 29 dicembre 1987 , Disposizioni urgenti in materia sanitaria, pag. 403
- L. 31 ottobre 1988, n. 471 (esercizio dell'odontoiatria da parte di medici iscritti al corso di laurea anteriormente al 28 gennaio 1980), pag. 81
- L. 9 gennaio 1989, n. 13 (eliminazione delle barriere architettoniche), pag. 159
- L. 10 febbraio 1989, n. 45, Norme per lo smaltimento dei rifiuti, pag. 386,431
- L. 5 marzo 1990, n. 46 Norme sulla sicurezza degli impianti, pag. 386
- L. 5 giugno 1990, n. 135, Programma di interventi urgenti per la prevenzione e la lotta contro l'AIDS, pag. 390
- L. 12 giugno 1990 (regolamentazione del diritto di sciopero per i servizi pubblici essenziali), pag. 115
- L. 26 aprile 1990, n. 86 (interpretazione di alcune figure delittuose per i pubblici ufficiali e incaricati di pubblico servizio), pag. 115
- L. 46/90 (impianti elettrici), pag. 157
- L. 108/90 (licenziamenti individuali), pag. 147
- L. 175 del 5 febbraio 1992 (pubblicità in materia sanitaria), pag. 96
- L. 25 febbraio 1992 , indennizzo a favore di soggetti danneggiati da complicanze di tipo irreversibile a causa di vaccinazioni obbligatorie , trasfusione e emoderivati, pag. 433
- L. 23 ottobre 1992, n. 421 (razionalizzazione dell'organizzazione delle amministrazioni pubbliche), pag. 167
- L. 19 luglio 1993, n. 237 (prescrizioni di medicinali), pag. 184
- L. 31 dicembre 1996, n. 675, Tutela delle persone e altri soggetti rispetto al trattamento dei da-

- ti personali, pag. 106
- L. 24 febbraio 1997 n. 46 (applicazione delle direttive CEE sui dispositivi medici), pag. 394
- L. 7 agosto 1997, n. 266 (legge Bersani riguardante la costituzione di società tra professionisti), pag. 394

DIRETTIVE CEE

- Direttiva 85/374 (responsabilità oggettiva del fabbricante per danni causati da prodotti industriali), pag. 396
- Direttive n. 89/39, 89/654, 89/655, 90/269, 90/270, 90/394, 90/679 (miglioramento della sicurezza e della salute dei lavoratori sul luogo di lavoro), pag. 387
- Direttive n. 91/156, 91/689 (smaltimento di rifiuti pericolosi), pag. 149
- Direttiva n.91/507 (documentazioni tecniche da presentare per la domanda di commercializzazione di medicinali), pag. 403
- Direttiva n.93/42 (dispositivi medici), pag. 394
- Direttiva n.92/59 (sicurezza dei prodotti immessi sul mercato), pag. 396

INDICE ANALITICO

A

ABUSO D'UFFICIO 115-116, 647
 ACCERTAMENTO TECNICO PREVENTIVO
 - Casistica 68
 - Definizione 39, 226, 677
 AGGIORNAMENTO PROFESSIONALE 600
 AIDS 423,424,427
 ALLERGIA 409, 418, 452
 ANESTESIA
 - Casistica 57
 - Indicazioni d'uso 414-418
 ARBITRATO
 - Irrituale in ambito assicurativo 249
 - Irrituale nel contenzioso 608
 - Nozione di 701, 677-679
 ASSISTENTE DENTALE
 - Responsabilità dell' 143-144
 ASSOCIAZIONE PROFESSIONALE
 - Legislazione 88-89
 - Responsabilità degli associati 140
 AVVISO DI GARANZIA 697

B

BUON PADRE DI FAMIGLIA
 - Diligenza del 659

C

CAPACITÀ DI INTENDERE E DI VOLERE
 172-173
 CARDIOPATIA 451-458
 CARTELLA CLINICA
 - Obbligo della 186-187
 - Restituzione 188
 - Medica 444-448
 CASO FORTUITO 644,701
 CAUSALITÀ (vedi nesso eziologico)
 CERTIFICAZIONE
 - Per trauma 617
 - Responsabilità penale 180-184
 CHIRURGIA ORALE
 - Casistica 56-57, 70
 - Responsabilità in 473-478
 CIRCOSTANZE SOGGETTIVE E OGGETTIVE
 - Criterio delle 470
 COEFFICIENTE
 - Di capitalizzazione 364
 - Di correzione del danno biologico 328
 COLLABORATORE (DENTISTA)
 - Responsabilità del 140
 COLPA
 - In custodiendo 160

- In eligendo 141
 - In vigilando 141
 - Istruzioni errate 141
 - Per imperizia 275-276
 - Per imprudenza e negligenza 274-275
 - Probabile e possibile 285
 COLPO DI FRUSTA 634
 COMPENSO 83-84
 CONCORSO DI COLPA
 - Del creditore 606, 698
 CONFLITTO DI INTERESSI
 - Tra assicurato e assicuratore 248
 CONSENSO
 - Informato 176
 - Nei minori 173
 - Presunto 171
 - Per l'esecuzione di esami 389
 CONSULENZA TECNICA DI PARTE
 - Comportamento 288
 - Definizione 39
 - Responsabilità nella 311- 313
 CONSULENZA TECNICA D'UFFICIO
 - Definizione 40
 - Modalità di esecuzione 293-308
 - Parti della 298-300
 - Responsabilità nella 309-311
 CONTABILITÀ
 - Ordinaria 216
 - Semplificata 215-216
 - Supersemplificata 215
 - Regime forfettario 214
 CONTRATTO ASSICURATIVO
 - Costo 262-263
 - Esclusioni 262
 - Franchigia 257-258
 - Gestione della lite 259-260
 - Massimale 256-257
 - Premio 258-259
 COMUNICAZIONE DEL SINISTRO
 - All'assicurazione 250, 605
 CONCILIAZIONE 611, 698, 675
 (vedi arbitrato e transazione)
 CONFLITTO D'INTERESSI
 - Tra assicurato e assicurazione 248, 613
 CONTUSIONE 629, 630, 633
 COSTITUZIONE IN MORA 127
 CORTE DI CASSAZIONE
 - Nozione 699
 CREDITO
 - Recupero del 84-85
 - Prescrizione del 84

D

DANNO BIOLOGICO

- Coefficienti di correzione 328
- Emendabilità 321-323, 330
- Orientamenti nella valutazione 318-319
- Quantificazione del danno 353-366
- Tabelle del danno dentario 327-341

DENUNCIA

- All'Autorità giudiziaria 113
- Di malattie infettive 433

DEONTOLOGIA MEDICA

- Codice di 683-693, 698, 702

DIFFICOLTA'

- Della prestazione 301, 673

DIPENDENTE

- Dentista dipendente 140
- Personale dipendente 143-149

DIREZIONE SANITARIA 137, 167

DISPOSITIVI MEDICI

- Classificazione 395-397
- Legislazione 393-397
- Protesi 398-400

DOCUMENTO

- Di rilevanza pubblica 180
- Pubblico 179-180

E

EMERGENZA

- Equipaggiamento nell' 456-458
- Prevedibilità e prevenibilità 461
- Valutazione del rischio 449

ENDODONZIA

- Casistica 40-42
- Responsabilità in 493-501

EPATITE 425-428

EPILESSIA 454

ESERCIZIO ABUSIVO DI PROFESSIONE

- Casistica 73
- Responsabilità per 108-109

ESERCIZIO PROFESSIONALE

- Condizioni per 81-82

F

FALSITÀ IN ATTI 180, 186, 706

FARMACOTOSSICITÀ 407-409

FAVELLA

- Danno alla 337

FERITE

- Tipi di 629

FRATTURE OSSEE

- Nei traumi maxillofacciali 631-633

G

GIURISPRUDENZA

- Del 30% 31

- Orientamenti 30-32, 270-277

GIUSTA CAUSA E GIUSTIFICATO MOTIVO

- Licenziamento per 146

GRADO

- Della colpa 269-270, 277

GRAVIDANZA

- Farmaci in 413, 455
- Prevenzione degli infortuni sul lavoro in 386

I

IGIENISTA DENTALE

- Responsabilità dell' 144

IMPERIZIA 268

IMPIANTI ELETTRICI

- Verifica dell'impianto di messa a terra 157-158
- Verifica della resistenza di isolamento 158-159

IMPIANTI TERMICI 155-156

IMPRUDENZA 267-268

IMPLANTOLOGIA

- Casistica 51-55, 65-68
- Responsabilità in 531-540
- INADEMPIMENTO CONTRATTUALE 85-86

INCIDENZA

- Del contenzioso 26

INDEBOLIMENTO D'ORGANO

- Per lesione dentaria 101-102

INFORTUNIO

- Definizione 381
- Sul lavoro 382-392

INGIUNZIONE DI PAGAMENTO

- Modalità 85
- Opposizione a 601

INSERZIONI

- Pubblicità 97

INTERESSI

- Legali 373

INVALIDITÀ LAVORATIVA

- Definizione e orientamenti 319-321
- Quantificazione della invalidità specifica 367-369

I.V.A.

- Fatturazione 206
- Opzioni 208
- Registrazione 207

L

LAVORO

- Autonomo 87-88
- D'impresa 88-89
- Dipendente 145-148
- Subordinato 88

LESIONI PERSONALI

- Aggravanti 100, 653

LICENZIAMENTO

- Ingiusto 147-148
- Motivi di 146-147

LUCRO CESSANTE 351

M

MALATTIA

- Definizione 708

MALATTIA TRAUMATICA

- Criteri 619

MEDIA PREPARAZIONE

- Criterio di 470

MICROPERMANENTE

- Danno 366

MIOARTROPATIE

(Sindrome algico-disfunzionale)

- In ortodonzia 523-524
- In protesi 554
- In traumatologia 633
- Tabelle del danno biologico 339-341

N

NEGLIGENZA 268

NESSO DI CAUSALITA'

- Causalità 280-281
- Concausalità 281-282
- Nella responsabilità extracontrattuale 131
- Nelle infezioni crociate 434-438

O

OBBLIGAZIONE DI MEZZI E RISULTATI

- In generale 125-126
- In protesi 193-195

ODONTOTECNICO

- Profilo giuridico 91-93
- Responsabilità in protesi 195-201
- Casistica 45, 49-50, 73

OMISSIONE DI SOCCORSO 113, 116

ONERE DELLA PROVA 124-125, 704

ORGANO

- Definizione 705
- Indebolimento di 101

ORTODONZIA

- Casistica 55-56, 68-69, 74
- Responsabilità in 515-527

P

PERSONALE AUSILIARIO

(vedi assistente dentale, igienista dentale, odontotecnico)

PIANO TERAPEUTICO

- Fasi del 466-467
- In parodontologia 506-508
- Nelle sindromi algico disfunzionali 577

POLIZZA ASSICURATIVA

- Cessazione dell'attività 250

- Cessazione del rapporto 248

- Estensioni 250

- Limiti di indennizzo 248

- Oggetto 247-248

- Rischio 255-256

PRESCRIZIONE

- Breve e ordinaria 86, 197, 474-476

- Per contratto d'opera materiale 198, 672

- Per il diritto a richiedere la parcella 84

- Per l'odontotecnico in protesi 197-198

- Per la querela 103-104

PREVALENZA

- Del contenzioso 26

- Di responsabilità 26

- Tasso di 27

PREVENZIONE

- Del contenzioso 36

PRIVACY

- Tutela della 106-108

PROBABILITA' E POSSIBILITA' 282-285

PROFESSIONE INTELLETTUALE

- Definizione di 82

PROTESI

- Casistica 42-51, 61-65, 72-74

- Insuccessi biologico funzionali 196

- Insuccessi tecnici in 196-197

- Prescrizione della responsabilità in 197-198

PUBBLICO UFFICIALE 706

Q

QUERELA

- Nozione 103, 710

- Prescrizione 103-104

QUESITO

- Nella consulenza tecnica d'ufficio 296

R

RADIOPROTEZIONE

- Adempimenti per 150-155

- Esperto qualificato in 151-152

- Rischio da radiazioni 383

RAPPORTO

- All'Autorità giudiziaria 112

REFERTO

- Omissione di 111

- Orientamento della magistratura 112

REGOLA TECNICA

- Criterio della 470

RESPONSABILITA' CIVILE

- Presupposti della 123-124

RESPONSABILITA' CONTRATTUALE

- Considerazioni sulla 127-130

- Nozione di 119

RESPONSABILITA' DISCIPLINARE

- Dell'Ordine 91-97
- Per il dipendente di Enti 168
- Per il sanitario convenzionato 169
- RESPONSABILITA' EXTRACONTRATTUALE
- Considerazioni sulla 131-135
- Nozione di 120
- Strutturale o oggettiva dell'Ente 166-168
- RESPONSABILITA' MISTA
- Nozione di 121
- RESPONSABILITA' OGGETTIVA
- Nozione di 121-122
- Forme di 77-79
- RICETTA
- Prescrizione farmacologica 404-405
- Divieti posti dal TULS 405-406
- Responsabilità per 184-186, 419
(vedi falsità in atti)
- RIFIUTO ATTI D'UFFICIO 113-116
- RIFIUTI
- Smaltimento dei 149-150
- RISARCIMENTO
- In protesi fissa 347-348
- In protesi mobile 348-349
- Per spese di cura 302-305, 323, 368-369
- RIVALUTAZIONE MONETARIA 373

- S**
- SEGRETO PROFESSIONALE
- Divulgazione attraverso mezzi d'informazione 105
- Astensione da deposizione testimoniale 105
- Estremi di reato 106
- SICUREZZA
- Dei dispositivi medici 393-401
- Lavoratori e ambienti di lavoro 160-164, 381-392
- Responsabilità per 392
- SINUSITE
- In implantologia 536-537
- Danno biologico per 338

- SPERIMENTAZIONE
- Nella libera professione 603-604
- Di farmaci 403-404
- SPESE DI GIUDIZIO 374
- STUPEFACENTI
- Prescrizione di 185

- T**
- TABELLA
- Di valutazione del danno biologico 331-341
- Per la costituzione di rendite vitalizie 364
- Per quantificare il danno biologico 354-363
- TARGHE
- Pubblicità in 96
- TARIFFARIO
- Minimo professionale 370
- Per consulenti e periti 305-308
- TITOLARE DELLO STUDIO
- Responsabilità del 137-142
- TRANSAZIONE
- Nozione di 611, 615
- Casistica 71-74
- TRAUMATOLOGIA
- Casistica 71
- Certificazione in 620
- Risarcimento in 619-641
- TRIGEMINO
- Lesioni in chirurgia orale 591-592
- Lesioni in implantologia 537-538
- Tabelle del danno biologico 337
- TRUFFA 113-116

- V**
- VIDIMAZIONE
- Della parcella da parte dell'Ordine 84-85
(vedi recupero del credito)
- VITA
- Differenza tra vita biologica e lavorativa 367
(vedi invalidità lavorativa specifica)

Stampato nell'aprile 1998
dalla Cierre Grafica Verona
Tel. 045/8580900

Questo libro è stato concepito come un manuale di odontoiatria legale e forense ed intende ordinare le conoscenze scientifiche e le relative nozioni tecniche necessarie ai consulenti tecnici e periti per la disamina dei quesiti a base medicobiologica che si presentano nella pratica forense in ambito civile ed assicurativo. In alcuni punti si è di necessità sconfinati nell'odontoiatria giuridica lasciando aperti interrogativi che potranno influire sugli orientamenti giurisprudenziali futuri.

Scopo preminente, inoltre, consiste nel fornire al dentista una direttiva di comportamento nel rispetto dei doveri giuridici connessi all'esercizio della professione sanitaria ed alla comprensione dei criteri di giudizio e orientamenti giurisprudenziali per la valutazione dell'eventuale responsabilità professionale in ambito civile.

L'impostazione, in analogia ai testi di medicina legale, è stata svolta con una forma mista di ordinamento della materia attraverso la trattazione di argomenti tra loro autonomi che in pratica possono essere consultati con l'ordine che si preferisce: nella parte generale sono stati discussi temi riferentesi a speciali problemi giuridici come il risarcimento, il danno, la responsabilità professionale in generale; nella parte specialistica argomenti specificatamente odontoiatrici come la protesi, la conservativa, la parodontologia, etc; infine, in alcuni capitoli separati sono stati forniti principi di carattere generale e consigli utili per facilitare la comprensione della prassi giudiziaria al dentista libero professionista che si trovi ad affrontare situazioni di contenzioso con il paziente.

L'opera che, intende fornire un bagaglio comune di informazioni e terminologia, risulta particolarmente diretta ai dentisti e ai medici legali nel loro ruolo di consulenti tecnici d'ufficio del tribunale e periti delle assicurazioni; ma contiene comunque informazioni ed indicazioni utili anche per assicuratori, legali e magistrati che intendano approfondire la materia.

Lo scopo consiste nel fornire alle varie figure una aggiornata metodologia di valutazione al fine di ottenere coerenza e uniformità di giudizio sulla materia, presupposto indispensabile al corretto esercizio della professione e della giustizia.

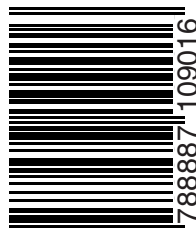
Adhuc sub iudice lis est

La questione è ancora sotto giudice

ORAZIO, ARS POETICA, 78

Questa opera della collana editoriale ANDI
è stata realizzata con il contributo della
Boehringer Mannheim Italia
dall'Associazione Nazionale Dentisti Italiani
quale servizio ai propri soci

ISBN 88-87109-01-X



L. 110.000

Supplemento al n. 1 - Gennaio 1997
di "Fronte Stomatologico Nazionale"
Spedizione in abbonamento postale
comma 27 - legge 549/75 - Roma