



RASSEGNA



DI

ODONTOLOGIA
FORENSE

BOLLETTINO DEL PROGETTO ODONTOLOGIA FORENSE



✧ Anno 2 ✧

✧ Numero 1 ✧

Marzo 2012

Speciale
Giornate di
Odontologia Forense

Rassegna di Odontologia Forense

Periodico virtuale scientifico-associativo, organo ufficiale del Progetto Odontologia Forense (ProOF) del Master in Odontologia Forense dell'Università degli Studi di Firenze.

DISTRIBUZIONE

La rivista viene distribuita con modalità virtuale ai soci del ProOF, nonché resa disponibile sul sito internet dell'associazione www.proofweb.eu

**Autorizzazione del Tribunale di Milano
N. 76 del 02/02/2011**

DIRETTORE RESPONSABILE

Alberto Castiglioni

Comitato di Redazione

Marco Scarpelli

Vilma Pinchi

Laura Farese

Stefano Garatti

Giulia Katsinas

Francesca Zangari

Progetto Odontologia Forense - ProOF

Il socio ProOF è tenuto all'aggiornamento professionale continuo mediante la frequenza di corsi e convegni organizzati o patrocinati dall'associazione e a fornire, secondo precisi criteri, attestazione della propria frequenza a tali corsi di aggiornamento pena la cancellazione dal Progetto.

La posizione del singolo socio è soggetta a revisione, con cadenza triennale, da parte di apposita Commissione Esaminatrice che verifica la continua rispondenza dello stesso ai requisiti richiesti.

Il **Pro.O.F.** è una associazione di medici odontoiatri che hanno acquisito specifica preparazione in ambito odontologico-forense. L'iscrizione all'associazione non è limitata o preclusa relativamente allo svolgimento della attività in regime libero-professionale o di dipendenza o di collaborazione con enti o strutture pubbliche o il servizio sanitario nazionale.

ORGANIGRAMMA

Presidente Prof. Gian Aristide Norelli

Vicepresidente Dott. Marco Lorenzo Scarpelli

Segretario Prof.ssa Vilma Pinchi

Consigliere Dott. Stefano Garatti

Consigliere Dott.ssa Laura Farese

Consigliere Dott.ssa Giulia Katsinas

Consigliere Dott.ssa Francesca Zangari

SEDE

Sezione Dipartimentale di Medicina Legale

dell'Università di Firenze

viale Morgagni 85, 50134 Firenze

Editoriale

DAL PRESIDENTE DEL PROGETTO ODONTOLOGIA FORENSE

In qualità di Presidente del PRO.O.F, forse, dovrei rifuggire da esprimere soddisfazione ed enfatizzare ciò che di ottimo è fatto all'interno dell'Associazione, ma in un tempo in cui il vecchio assioma "solo una brutta notizia è una notizia" mostra quotidianamente la sua perfida validità, mi piace andare contro-corrente, richiamando ciò che grazie all'impegno, soprattutto, degli "infaticabili" dell'Associazione (Pinchi, Scarpelli & C.) oltre, ovviamente al benemerito contributo organizzativo dell'ANDI (il cui Presidente Prada e l'Esecutivo tutto mi sembra opportuno ricordare in un grato abbraccio) è stato fatto in occasione del recente Convegno, tenutosi a Firenze dal 24 al 26 Novembre 2011. Come è



noto l'esito, certamente non scontato, è stata una approfondita, vasta e culturalmente ineccepibile discussione su temi assai delicati nell'ambito dell'Odontologia Forense (valutazione dell'età e implicazioni medicolegali nel trattamento con bifosfonati), cui ha fatto seguito un dibattito di elevato interesse e scientificamente stimolante, esitato in due documenti, positiva espressione della conferenza di consenso in cui si è tradotto il Convegno stesso. Al di là del risultato, peraltro, ciò che mi sembra opportuno sottolineare con enfasi è il metodo con cui il risultato stesso si è prodotto, che ne caratterizza ulteriormente e ne esalta il significato, il senso ed il valore. Al dibattito, infatti, hanno preso parte la

rappresentanza delle Associazioni Scientifiche più rappresentative nei settori in discussione, ciascuna esprimendo una posizione e formulando proposte nell'ottica scientifica che le risultava più congeniale; il tutto alla presenza di un nutrito numero di partecipanti che hanno perfettamente compendiato ciò che una conferenza, per essere veramente di consenso, dovrebbe esprimere: e cioè la presentazione del tema, da un lato, con la completezza scientifica che deve essere propria all'enunciazione di una materia complessa e variegata e dall'altro la partecipazione della professionalità e dell'esperienza che concretamente operano sulla materia in discussione. A presentazioni caratterizzate da una puntualità ed un rigore scientifico assolutamente encomiabili, dunque, ha fatto seguito un dibattito contraddistinto da un'evidente competenza operativa in una sintesi di scientificità e di pratica concretezza in

cui si riassume il migliore e più specifico significato della professionalità odontologico forense.

Di tanto non si può non esprimere piena soddisfazione e di tanto non si può non essere grati a tutti gli iscritti PRO.O.F. e all'ANDI, nel momento in cui, in occasioni siffatte, si riesce a tradurre con puntualità e determinazione il rigore scientifico e la irrinunciabile professionalità che connotano la significativa unicità del metodo proprio alla migliore tradizione applicativa della Medicina Legale.

Il Presidente del Progetto Odontologia Forense

Prof. Gian Aristide Norelli

A handwritten signature in black ink, appearing to read 'G. Norelli', written in a cursive style.

DAL PRESIDENTE NAZIONALE ANDI

Nell'ambito del progetto "Odontologia forense" l'alleanza tra l'Associazione Nazionale Dentisti Italiani e l'Istituto di Medicina Legale di Firenze, ormai in essere da più di un decennio, ha determinato, non solo la crescita di un grande progetto culturale che occupa a pieno titolo e rappresentandola, l'odontologia forense italiana, sia sul piano formativo accademico (la più parte degli Istituti di Medicina Legale Italiani contribuisce, con i propri docenti, alle lezioni del Master in Odontologia Forense, ma anche sul piano libero professionale). Non vi è chi non veda, ad esempio, come questo progetto abbia dato l'avvio ed infine sostenuto la "Polizza Convenzione in R.C. Professionale Odontoiatrica" che ANDI gestisce per più di diecimila colleghi iscritti.

Vi sono insomma motivi ed i più vari per constatare il successo di questo progetto; il passaggio delle recenti "Giornate" di Firenze è una ulteriore testimonianza di un impegno che coniuga, su temi caldi per l'esercizio professionale quotidiano, in questo caso la "questione Bifosfonati", gli interessi formativi dell'Università e della professione con l'obiettivo



di rafforzare le competenze dei colleghi, allo scopo di migliorare la quotidiana attività nei loro studi.

Sono lieto, come Presidente Nazionale, non solo di poter "gestire" tra i vari progetti che l'Associazione porta avanti, quello, prezioso, dell'Odontologia Forense, ma anche in questo caso, di poter presentare il frutto di un lavoro di grande qualità ed impegno su due argomenti ambedue di grande significato nell'attuale panorama odontologico forense ma anche, in senso più ampio, nel panorama dell'odontoatria italiana che, attraverso questo tipo di percorsi formativi indubbiamente si arricchisce.

Il Presidente Nazionale ANDI,
Dottor Gianfranco Prada

A handwritten signature in black ink, appearing to read "Gianfranco Prada". The signature is fluid and cursive, written in a professional style.

SOMMARIO

RASSEGNA DI ODONTOLOGIA FORENSE

n. 1 - MARZO 2012

3	EDITORIALE di G.A. Norelli - Presidente ProOF
5	EDITORIALE di G. Prada - Presidente Nazionale ANDI
7	GIORNATE DI ODONTOLOGIA FORENSE, La struttura del Convegno
9	DOCUMENTO CONGRESSUALE: Raccomandazioni per l'accertamento dell'età nel vivente in età evolutiva
11	DOCUMENTO CONGRESSUALE: Raccomandazioni odontologico-forensi per la tutela del professionista nella gestione del paziente in trattamento con bifosfonati
15	CORSI E CONGRESSI
21	ARTICOLO: L'obbligo di referto per il fiduciario di compagnia di assicurazione - spunti di riflessione di D. Betti, S. Sambin, R. El Mazloum, L. Favero
30	2013 INTERNATIONAL IOFOS SYMPOSIUM- First announcement
31	ARTICOLO - La selezione nella Polizia di Stato: criteri di valutazione dei requisiti di idoneità-inidoneità fisica, dei candidati ai concorsi per l'accesso ai ruoli della O. di S., per le malformazioni e le malattie della bocca di G. Marceca, V. Palazzo, G. Cuomo
33	RACCOLTA ESTRATTI DELLE COMUNICAZIONI - Giornate di Odontologia Forense 24 e 25 Novembre 2011
59	TESI DI MASTER - La raccolta e la conservazione dei dati clinici nei rapporti di collaborazione/consulenza in ambito odontoiatrico nella provincia di Bergamo di L. Givoia

La Struttura del Convegno



GIORNATE



DI ODONTOLOGIA FORENSE



CON IL PATROCINIO DELL'UNIVERSITÀ DEGLI STUDI DI FIRENZE
IN COLLABORAZIONE CON : GIAOF, ORTOMED, SICOI, SILO, SIMLA, SIOF, SIOH, SIPMO

Firenze, 24-26 Novembre 2011

AUDITORIUM CTO- AZIENDA UNIVERSITARIO-OSPEDALIERA CAREGGI

Presidente del Congresso: Prof. Gian-Aristide Norelli
Segreteria scientifica: Vilma Pinchi, Marco Scarpelli, Carlo Ghirlanda, Francesco Pradella, Stefano Garatti
Responsabile Scientifico ECM: Marco Scarpelli

PROGRAMMA

GIOVEDÌ 24 NOVEMBRE

08.30 Registrazione dei partecipanti

09.00 Saluto delle Autorità: Gianfranco Gensini (Presidente Facoltà Medicina), Gianfranco Prada (Pres. AN-DI Nazionale), Luca Barzagli (Pres. ANDI Toscana), Paolo Arbarello (Pres. SIMLA), Gabriella Ciabattini (Pres. ANDI Prov. Firenze).

IDENTIFICAZIONE DELL'ETA' NEL VIVENTE: METODI, LINEE GUIDA E QUESTIONI

Moderatori: Vittorio Fineschi, Carlo Ghirlanda
Discussant: Roberto Cameriere

09.30 Introduzione alle problematiche giuridiche
Maria Cannizzaro

10.00 IOFOS recommendations, adults and the Norwegian approach
Tore Solheim

11.00 Coffee time

11.30 Dental age estimation based on dental development
Patrick Thevissen

12.30 Discussione

13.15 Lunch

Moderatori: Elena Mazzeo, Stefano Mirengli

14.30 Confronto tra metodi di stima dell'età scheletrica a fini giudiziari
Ivan Nicoletti

15.15 Accertamento dell'età nell'esperienza italiana
Vilma Pinchi

15.45 Coffee time

VENERDÌ 25 NOVEMBRE

08.30 Registrazione dei partecipanti

BIFOSFONATI E TRATTAMENTO ODONTOIATRICO: NECESSITA' CLINICHE E DI PROTEZIONE DEL PROFESSIONISTA

Moderatori: Claudio Buccelli, Nicola Esposito
Discussant: Pietro Di Michele

09.00 Rischio di ONJ nelle terapie con bifosfonati: lo stato dell'arte
Michele Mignogna

10.15 Gestione del rischio di ONJ: indicazioni al trattamento e protocolli diagnostico-terapeutici
Paolo Vescovi

11.30 Coffee time

12.00 Discussione

13.00 Lunch

Moderatori: Gian-Aristide Norelli, Gerardo Ghetti

14.30 -18.30 Tavola Rotonda

Rischio di ONJ: raccomandazioni diagnostico-terapeutiche per la prevenzione e gestione del contenzioso

Relatori: Claudio Buccelli (GIAOF), Andrea Bianchi (SICOI), Maria Luisa Brandi (ORTOMED), Carlo Clauser (SIdP), Umberto Romeo (SILO), Paolo Vescovi (SIPMO), Pietro Di Michele (SIOF)

15.30 Coffee time

SABATO 26 NOVEMBRE

08.30 Registrazione dei partecipanti

CONSENSUS CONFERENCE SUI TEMI CONGRESSUALI

Moderatori: Fabio Buzzi, Marco Scarpelli

09.00 EBD, linee-guida e consensus: rilievo clinico e medico-legale
Alessandro Dell'Erba, Paola Frati

9.45 Presentazione resoconto Gruppo di Lavoro sulla Identificazione dell'età nel vivente

10.30 Discussione

11.00 Coffee time

11.15 Presentazione resoconto Gruppo di Lavoro sul Trattamento Odontoiatrico nel paziente in terapia con Bifosfonati

12.00 Discussione

12.30 Considerazioni conclusive
Gian-Aristide Norelli

13.00 Questionario ECM

13.30 Fine lavori

GIOVEDÌ 24 NOVEMBRE

VENERDÌ 25 NOVEMBRE

VENERDÌ 25 NOVEMBRE

- 16.15 - 18.30 Comunicazioni**
Moderatori: **Vilma Pinchi, Alberto Libero**
- ◆ **Rughe palatine e possibilità di identificazione odontologica, F. Pagliara, R. Cameriere**
 - ◆ **La determinazione dell'età del minore: conseguenze oggettive per il minore nel processo civile e minorile, R. Grandinetti, C. Q. Fiore**
 - ◆ **Identificazione su radiografia odontoiatrica: abilità a confronto, G. Fassina, C. Vincenti, F. Caputi**
 - ◆ **Classificazione dell'età mediante l'uso della soft-evidence in base allo sviluppo del terzo molare in un campione di adolescenti italiani, R. Manca, S. Garatti, V. Pinchi, F. Corradi**
 - ◆ **Comparazione di quattro metodi di stima dell'età dentale in un campione di bambini italiani da 11 a 15 anni, G. Vitale, D. Rugo, F. Pradella**
 - ◆ **Etica e diritto nell'accertamento dell'età nel minore, M. Focardi**
 - ◆ **La selezione nella Polizia di Stato: criteri di valutazione dei requisiti di idoneità/indoneità fisica dei candidati ai concorsi per l'accesso ai ruoli del personale della P di S per le malformazioni e le malattie della bocca, G. Marceca, V. Palazzo, G. Cuomo**
 - ◆ **L'obbligo di referto per il fiduciario di compagnia di assicurazione - spunti di riflessione, D. Betti, S. Sambin, R. El Mazloum, L. Favero**
 - ◆ **Il trattamento off-label ricorrente occasione di responsabilità professionale in odontoiatria, B. Defraia**
 - ◆ **Analisi del contenzioso odontoiatrico in una Azienda Pubblica, S. Garatti, L. Farese**
 - ◆ **Esperienze di prevenzione dell'errore nell'accertamento dell'età, F. De Luca**
- 18.30 Fine lavori**

- 14.15 - 18.00 Comunicazioni - Sessione Parallela - Aula n. 6 NIC Caroggi**
- Moderatori **Aurelio Bonetti, Mauro Rocchetti**
- ◆ **L'osteonecrosi dei mascellari da bifosfonati: revisione della letteratura e riflessioni medico-legali, P. Fiores, F. Buscardò, S. Zerbo, A. Argo, P. Procaccianti, G. Campisi**
 - ◆ **Ampliamento e gestione del paziente per ONJ, C. Bozzo, R. Sambo, F. Pittoritto, C. Sbuuet, C. Moreschi**
 - ◆ **Predisposizione di protocollo per trattamento odontoiatrico di pazienti in terapia con bifosfonati in ambito ospedaliero, L. Farese, S. Garatti**
 - ◆ **BRONJ criticità medico legali: presentazione di casi clinici, M. Manchisi**
 - ◆ **Gestione clinica delle lesioni da bifosfonati presso la SOC-Chirurgia Maxillo-Facciale- Azienda Ospedaliero-Universitaria Santa Maria della Misericordia di Udine, C. Bozzo, R. Sambo, A. Fanzutto, C. Sbuuet, C. Moreschi**
- 15:30 - 16:00 coffee time**
- ◆ **Esperienza clinica di un reparto per la prevenzione e terapia della BRONJ: analisi preliminare dei protocolli applicati, G. B. Ferreri, M. Cargnel, A. Peretti, M. Scarpelli, S. Abati**
 - ◆ **Il contenzioso in endodonzia: esperienze a confronto, F. Pradella, L. Gasparetto**
 - ◆ **La responsabilità professionale implantologica in una casistica consensuale, M. Focardi, M. Donati**
 - ◆ **La cura del minore: consenso dei genitori e titolarità dei diritti, C. Q. Fiore, Nicolò G. A. Pasqui**
 - ◆ **Applicazione del microscopio confocale nell'ambito di una identificazione cranica, C. Pagnini, V. Piredda**

- ◆ **L'evoluzione del contenzioso dopo l'introduzione del tentativo obbligatorio di mediazione, F. Zangari**
 - ◆ **La valenza del consenso del minore nei trattamenti odontoiatrici, C. V. Riolo**
 - ◆ **La responsabilità civile dell'odontoiatria - contratti e rapporti assicurativi, G. Fani, B. Bettazzi**
 - ◆ **Polizze RC professionali dell'odontoiatria: garanzie e criticità, S. Ferro, A. D'Addario**
- 18.30 Fine lavori**
20:30 Cena di gala

Gruppi di lavoro

Identificazione dell'età nel vivente:
Vilma Pinchi (coordinatore), **Laura Farese, Martina Focardi, Stefano Garatti, Roberto Manca, Francesco Pradella, Giulia Vitale.**

Bifosfonati:
Manca Scarpelli (coordinatore), **Alberto Bovioli, Laura Farese, Vittoria Fusco, Massima Manchisi, Carlo Alberto Rossi, Paola Vescevi**

RELATORI E MODERATORI

Bianchi Andrea Edoardo	Specialista in Chirurgia Maxillo-Facciale, Presidente SICI (Società Italiana di Chirurgia)
Bonelli Aurelio	Professore Associato di Medicina Legale, Università di Firenze
Borilli Alberto	Odontoiatra, Master in Odontologia Forense
Bronzi Maria Luisa	Professore Ordinario di Endocrinologia e Malattie del Metabolismo, Università di Firenze, Direttore Esecutivo ORTOMED (Società Italiana di Ortopedia e Medicina)
Bucelli Claudia	Professore Ordinario di Medicina Legale, Università Federico II Napoli, Presidente GIAOF (Gruppo Italiano di Antropologia ed Odontologia Forense)
Buzzi Fabio	Professore Ordinario di Medicina Legale, Università di Pavia
Cameriere Roberto	Odontoiatra, Responsabile Agitation Project, Istituto di Medicina Legale di Macerata
Cannizzaro Maria	G.L.P. Tribunale dei Minori di Firenze
Cleiver Carlo	Odontoiatra, socio delegato da SidP (Società Italiana di Parodontologia)
Dell'Erba Alessandro	Professore Straordinario di Medicina Legale, Università di Bari
Di Michele Pietro	Direttore U.O.C. di Odontostomatologia e Chirurgia Orale, AUSL Modena, Presidente SIOF (Società Italiana di Odontoiatria Forense)
Esposito Niccolò	Segretario Nazionale A.N.D.I. (Associazione Nazionale Dentisti Italiani)
Farese Laura	Medico chirurgo Odontoiatra-Master Odontologia Forense-collaboratrice ambulatoriale presso l'A.O. di Desio e Vimercate, P.O. Di Canone Brianza - membro del consiglio direttivo del Pro.O.F. (Progetto Odontologia Forense)-Libero professionista
Fioravanti Vittoria	Professore Ordinario di Medicina Legale, Università di Foggia
Focardi Martina	Specialista in Medicina Legale
Fusi Paolo	Professore Ordinario di Medicina Legale, Università La Sapienza Roma
Fusco Vittoria	Dirigente Medico SC Oncologia ASO Alessandria
Garatti Stefano	Odontoiatra Supervisore Clinico Aziendale A.O. Di Desio e Vimercate - Consigliere nazionale SIOF - Membro del direttivo e Webmaster del ProOF - Webmaster IOFOS
Giusti Gerardo	Tesoriere Nazionale A.N.D.I. (Associazione Nazionale Dentisti Italiani)
Giuliventi Carlo	Segretario Culturale Nazionale A.N.D.I. (Associazione Nazionale Dentisti Italiani)
Libero Alberto	Segretario Sindacale Nazionale A.N.D.I. (Associazione Nazionale Dentisti Italiani)
Manca Roberto	Odontoiatra, Master in Odontologia Forense
Manchisi Massima	Odontoiatra, Master in Odontologia Forense
Marzese Elena	Professore Ordinario di Medicina Legale, Università di Sassari
Mignogna Michele	Professore Associato di Scienze Odontostomatologiche e Maxillo-Facciali, Università Federico II Napoli, Membro Direttivo SIPMO (Società Italiana Patologia e Medicina Orale)
Mionghi Stefano	Vice-Presidente Nazionale A.N.D.I. (Associazione Nazionale Dentisti Italiani)
Nicolotti Ivan	Pediatra Anestesiologo, Responsabile Centro Studi Anestesiologico di Firenze
Novelli Gian-Aristide	Professore Ordinario di Medicina Legale, Università di Firenze, Presidente Collegio dei Docenti in Medicina Legale, Presidente ProOF (Progetto Odontologia Forense)
Pinchi Vilma	Professore Associato di Medicina Legale, Università di Firenze, Presidente IOFOS (International Organization for Forensic Odonto-Stomatology), Segretario ProOF (Progetto Odontologia Forense)
Pradella Francesco	Odontoiatra, libero professionista, Segretario IOFOS (International Organization for Forensic Odonto-Stomatology)
Rocchetti Mauro	Vice-presidente Vicario Nazionale A.N.D.I. (Associazione Nazionale Dentisti Italiani)
Romeo Umberto	Professore Associato di Patologia Orale II, Sapienza Università di Roma, Vice-Presidente del Corso di Laurea Magistrale in Odontoiatria e Protesi Dentale, Presidente Elettro SIO (Società Italiana Laser in Odontostomatologia)
Rossi Carlo Alberto	Odontoiatra, Master in Odontologia Forense
Scarpelli Marco	Vice-Presidente ProOF (Progetto Odontologia Forense), Professore a c. Università di Firenze
Selheim Tore	Professor of Pathology and Forensic Odontology, Dental Faculty, Oslo
Thomsen Patrick	Professor of Forensic Odontology, Katholieke Universiteit Leuven, Editor of Journal of Forensic Odonto-stomatology, Treasurer IOFOS (International Organization for Forensic Odonto-Stomatology)
Vescevi Paolo	Professore Associato di Malattie Odontostomatologiche, Università di Parma, coordinatore GdSO (Gruppo di Studio su Osteonecrosi mascellari in pazienti trattati con bifosfonati) dell'Azienda Ospedaliera Universitaria di Parma, Membro Direttivo SIPMO (Società Italiana Patologia e Medicina Orale)
Vitale Giulia	Odontoiatra, Master in Odontologia Forense

Documento Congressuale

Raccomandazioni per l'accertamento dell'età nel vivente in età evolutiva

Documento presentato dal gruppo di lavoro sull'IDENTIFICAZIONE

Vilma Pinchi (coordinatore) - Laura Farese, Martina Focardi, Stefano Garatti, Francesco Pradella, Roberto Manca, Giulia Vitale

Introduzione

Il documento preparato da un apposito Gruppo di Lavoro è stato approvato al termine dei lavori congressuali delle giornate di Odontologia Forense, tenute a Firenze il 24-26 Novembre 2011 ed organizzate dal Progetto Odontologia Forense e dall'Associazione Nazionale Dentisti Italiani.

Il congresso, presieduto dal Prof. Norelli, presidente del Progetto Odontologia Forense e del Collegio dei Docenti in Medicina-Legale, ha avuto il patrocinio dell'Università degli Studi di Firenze e altre società scientifiche in ambito Odontologico –Forense ed in ambito Odontoiatrico, in particolare la SIMLA (Società Italiana di Medicina Legale), il GIAOF (Gruppo di Identificazione Antropologica ed Odontologica Forense), la Ortomed (Società Italiana di Ortopedia e Medicina), la SICOI (Società Italiana di Chirurgia Orale ed Implantologia), la SILO (Società Italiana Laser in Odontostomatologia), la SIOF (Società Italiana di Odontologia Forense), la SIOH (Società Italiana di Odontostomatologia per l'Handicap), SIPMO (Società Italiana di Patologia e Medicina Orale).

Il Congresso ha visto la partecipazione di accreditati relatori internazionali e nazionali esperti in tema di identificazione dell'età, in particolare il Prof. Tore Solheim, professore al Department of Pathology and Forensic Odontology at the Odontological Faculty, Università di Oslo, ed il Prof. Patrick Thevissen, professore di Odontologia Forense all'Università Cattolica di Leuven, entrambi componenti di spicco della IOFOS (International Organisation for Forensic Odonto-Stomatology), società internazionale che vede membri le società nazionali di Odontologia Forense di tutti i continenti e di oltre 27 Paesi, la Prof. Vilma Pinchi, dell'Università di Firenze, presidente in carica della IOFOS, il dr. Roberto Cameriere esperto ricercatore nell'ambito dell'identificazione dell'età, il prof. Ivan Nicoletti auxologo esperto di metodi scheletrici di stima dell'età ossea.

RACCOMANDAZIONE 1

L'accertamento dell'età del vivente in età evolutiva si propone i seguenti obiettivi:

- accertare l'età più probabile del soggetto
- accertare il raggiungimento di una soglia di interesse legale/giudiziario o

comunque l'eventuale età di interesse del Committente

- verificare la compatibilità dell'età dichiarata dal soggetto o di altre età eventualmente disponibili

RACCOMANDAZIONE 2

Tutte le evidenze biologiche e documentali utili ai fini della stima dell'età dovrebbero essere indagate.

RACCOMANDAZIONE 3

Stati patologici attuali o pregressi in grado di influenzare lo sviluppo e pertanto la stima dell'età dovrebbero essere esclusi.

RACCOMANDAZIONE 4

Ove possibile è utile una visita del soggetto per valutare il grado di sviluppo fisico e per raccogliere un'anamnesi tesa ad evidenziare eventuali patologie o disturbi dell'accrescimento.

RACCOMANDAZIONE 5

Salvo condizioni che impediscano o sconsiglino talune indagini radiografiche, una stima radiologica sia dell'età ossea sia dell'età dentale è necessaria in tutti i casi.

RACCOMANDAZIONE 6

La scelta dei distretti da esaminare ed i metodi di stima ad essi applicati, deve essere appropriata e scientificamente supportata.

RACCOMANDAZIONE 7

E' sempre consigliabile l'applicazione di due diversi metodi sia per la stima dell'età scheletrica

sia per quella dentale in tutti i casi in cui questo possa determinare una riduzione dell'errore della stima ovvero aumentare la soglia della probabilità di attribuzione dell'età.

RACCOMANDAZIONE 8

Gli operatori che forniscono la stima dell'età devono possedere adeguata formazione ed esperienza nelle procedure e nell'utilizzo dei metodi applicati.

RACCOMANDAZIONE 9

La sintesi conclusiva dell'indagine disposta per l'accertamento dell'età ed indirizzata al committente deve esplicitamente riportare:

Le risultanze separatamente prodotte dalla stima dell'età dentale e dell'età scheletrica.

I metodi utilizzati per la stima dell'età dentale e per l'età scheletrica.

L'errore che caratterizza i metodi applicati (DS, variabilità interoperatore, percentuali di false attribuzioni, ecc.).

Se vi erano nel caso specifico condizioni che possano aver ridotto o influenzato l'affidabilità dei metodi applicati (etnia, fattori climatico-ambientali, difetti di sviluppo, ecc.).

La probabilità della stima prodotta e la compatibilità delle età disponibili o dichiarate (racc. 1) con le evidenze biologiche valutate.

RACCOMANDAZIONE 10

La stima finale dell'età fornita al committente dell'indagine deve, ove possibile, rappresentare la sintesi delle risultanze delle due valutazioni biologiche dell'età (dentale e scheletrica).

•

Documento Congressuale

Raccomandazioni odontologico-forensi per la tutela del professionista nella gestione del paziente in trattamento con bifosfonati

Documento presentato dal gruppo di lavoro sui BIFOSFONATI

Marco Scarpelli (coordinatore) - Alberto Borioli, Laura Farese, Vittorio Fusco, Massimo Manchisi, Carlo Alberto Rossi, Paolo Vescovi

→ nota bene

- quanto segue si basa su una serie di lavori originali, a firma dei diversi componenti del gruppo di lavoro, che verranno, a seguito dell'approvazione del documento congressuale, pubblicati su un numero speciale del bollettino del "Progetto Odontologia Forense" in distribuzione all'inizio del 2012
- legenda:
BFS= bifosfonati ,
BRONJ= bisphosphonate related osteonecrosis of the jaws

SELEZIONE PRELIMINARE

Verifica anamnestica: il paziente assume o ha assunto BFS?

In caso positivo, paziente che assume bifosfonati:

1- per motivi NON oncologici (osteoporosi o patologie osteo-metaboliche)

2- per motivi oncologici

I farmaci sono assunti

a) Per os

b) Per infusione

UNO - VALUTAZIONE DEL RISCHIO

Tipo di terapia e durata: l'odontoiatra deve accertare il tipo di principio attivo, la via di somministrazione, il motivo della somministrazione e soprattutto il tempo, onde calcolare l'accumulo del farmaco a livello osseo con cui è correlato il rischio di necrosi ossea. Deve altresì valutarsi ogni altro elemento potenzialmente correlabile ad un incremento del rischio.

DUE – INFORMAZIONE E DOCUMENTAZIONE

L'informazione deve porre riferimento al rischio ed alla tipologia di complicanze e trattamenti eventualmente correlati secondo le indicazioni che seguono:

Indicazioni alla gestione della documentazione:

- raccolta accurata di tutti i dati anamnestici con data certa ed aggiornata, possibilmente vergata dal paziente stesso come suggerito dall'American Dental Association e firmata dal paziente
- riferimenti consultabili del medico curante abituale del paziente per permettere una stretta collaborazione specialistica assolutamente indispensabile
- esame obiettivo accurato dell'attuale stato dentale e parodontale
- eventuali esami di laboratorio o strumentali (radiografie, TC, RMN, scintigrafia, ecc. accuratamente refertati) pur precisando che, allo stato attuale degli studi, non si conosce comunque alcuna tecnica diagnostica che possa determinare quali pazienti siano a rischio di sviluppo BRONJ (dato inseribile anche nel modulo informativo come da punto successivo)
- colloquio informativo intercorso con il sanitario, eventualmente richiamato e sintetizzato in un modulo di informazione e consenso, che contempra la descrizione del percorso diagnostico terapeutico con specifica che il rischio di insorgenza di BRONJ, pur essendo bassissimo (0,10%) nei soggetti con osteoporosi che assumono BFS da meno di 2 aa., può essere ridotto ma non eliminato; informazione sulla sua eventuale evoluzione, sulla sua prevenzione, sulla necessità di controlli periodici, sottoscritto dall'avente diritto e dal sanitario che ha fornito le informazioni. ***E' opportuno soprattutto, accertarsi che il paziente sia chiaramente informato sulla***

portata delle complicanze. L'informazione deve adattarsi alle capacità di comprensione del paziente

- compilazione di una cartella clinica/diario clinico in cui sia accuratamente e contestualmente documentato dall'operatore quanto eseguito

TRE - GESTIONE CLINICA DELLA COMPLICANZA

(a) Paziente BFS NON ONCOLOGICO in terapia per os

PROTOCOLLO OPERATIVO ODONTOIATRICO:

- la stima del pericolo di BRONJ, e la relativa comunicazione al paziente, deve essere condotta sulla base della valutazione globale dei fattori di rischio (sistemici, farmacologici e locali) presenti in ogni singolo caso.

- PRIMA dell'inizio della terapia con BFS:

. Motivazione all'igiene orale professionale-domiciliare e follow-up, controllo abitudini voluttuarie (fumo-alcool),

. Attendere guarigione mucosa completa dell'alveolo e comunque almeno un mese dall'ultima estrazione prima di procedere alla ripresa dell'assunzione del BF.

- DURANTE / DOPO terapia con BFS:

a) **prevenzione** raccomandata: detartrasi, informazione sulla necessità di igiene professionale-domiciliare, controllo dei fattori di rischio (efficienza restauri conservativi e protesi), controllo abitudini voluttuarie (fumo-alcool).

b) **anestesia locale** consentita (evitare intraligamentosa e limitare uso del vasocostrittore)

c) **cure conservative /endodontiche** raccomandate

d) **terapie parodontali chirurgiche** non strettamente controindicate (particolare attenzione alla GBR con membrane)

e) **chirurgia orale** coinvolgente le basi ossee (estrazioni, preprotetica, endodontica) non strettamente controindicata (limitare il traumatismo sui tessuti duri e di rivestimento). Quando possibile lembi a busta e guarigione per prima intenzione.

f) **implantoprotesi** non strettamente controindicata (particolare attenzione agli interventi estesi con innesti ossei o di biomateriali)

g) **protesi fissa** consentita (controllo dei margini protesici)

h) **protesi mobile** consentita (controllo dei decubiti)

i) **ortodonzia** consentita

l) **follow-up** raccomandato ogni 6-8 mesi (salvo variazioni del quadro clinico/sintomatologico)

- La **temporanea sospensione dei BFS** può essere considerata (anche se non esiste una precisa evidenza scientifica) per un periodo precedente alle manovre chirurgiche invasive sull'osso (2-3 mesi prima) e la terapia può essere reintrodotta dopo la guarigione completa delle mucose (circa 1 mese dopo l'intervento).

- L' eventuale sospensione del farmaco deve essere comunque sempre pianificata con il medico prescrittore.

- Non esistono precise evidenze circa l'utilità di specifici **esami ematochimici di turnover osseo** raccomandati da alcune linee guida (CTX e NTX) per predire il rischio di insorgenza di BRONJ a seguito di manovre odontoiatriche.

(b) Paziente BFS NON ONCOLOGICO in terapia per infusione

Attualmente non esistono evidenze scientifiche per giustificare una variazione del comportamento dell'odontoiatra rispetto alle condizioni identificate nell'assunzione di BFS *per os*.

(c) Paziente BFS ONCOLOGICO in terapia per infusione

PROTOCOLLO OPERATIVO ODONTOIATRICO:

- la stima del pericolo di BRONJ, e la relativa comunicazione al paziente, deve essere condotta sulla base della valutazione globale dei fattori di rischio (sistemici, farmacologici e locali) presenti in ogni singolo caso.

- PRIMA dell'inizio della terapia con BFS:

valutazione odontoiatrica con RX OPT, detartrasi e bonifica dei foci infettivi, istruzione e motivazione del paziente all'igiene orale, igiene professionale-domiciliare, controllo abitudini voluttuarie (fumo-alcool).

Attendere guarigione mucosa completa dell'alveolo e comunque almeno due mesi dall'ultima estrazione prima di procedere alla ripresa dell'assunzione del BF.

- DURANTE / DOPO terapia con BFS:

a) **prevenzione** ☒ raccomandata: detartrasi, istruzione e motivazione del paziente all'igiene orale, igiene professionale-domiciliare, controllo fattori di rischio locali (efficienza restauri conservativi e protesi) controllo abitudini voluttuarie (fumo-alcool).

b) **anestesia locale** ☒ consentita (evitare intraligamentosa e limitare uso del vasocostrittore)

c) **cure conservative /endodontiche** ☒ raccomandate soprattutto in alternativa all'estrazione dentaria (particolare attenzione alle manovre collaterali "invasive, es: anestesia, applicazione uncino della diga" etc.)

d) **terapie parodontali chirurgiche** ☒ NON consigliate

e) **estrazioni dentarie** ☒ da evitare (per quanto possibile), meglio recupero endodontico (se le condizioni locali e sistemiche lo permettono), giustificate e consentite in caso di irrecuperabilità del dente (limitare il traumatismo sui tessuti duri e di rivestimento). Effettuare terapia antibiotica, lembi a busta e guarigione per prima intenzione.

f) **chirurgia orale d'elezione** coinvolgente le basi ossee (preprotetica, endodontica) ☒ NON consigliata (da preferire soluzioni alternative protesiche o estrazione dentaria)

g) **implantoprotesi** ☒ controindicata

h) **protesi fissa** ☒ consentita (controllo del trauma durante preparazione, applicazione del filo da retrazione e impronte, gestione dei margini protesici)

i) **protesi mobile** ☒ consentita (grandissima attenzione ai decubiti, eventuale ribasatura morbida)

l) **ortodonzia** ☒ consentita con applicazione di forze deboli

m) **follow-up** ☒ raccomandato ogni 4 mesi (salvo variazioni del quadro clinico/sintomatologico)

- La **sospensione dei BFS** deve essere valutata con attenzione in quanto non esiste, al riguardo, una precisa evidenza scientifica e può esporre il paziente oncologico al rischio di eventi scheletrici, dolore e aggravamento della malattia tumorale. Può essere considerata per un periodo precedente alle manovre chirurgiche invasive sull'osso (2-3 mesi prima) e la terapia può essere reintrodotta dopo la guarigione completa delle mucose (almeno 2 mesi dopo l'intervento).

- L' eventuale sospensione del farmaco deve essere comunque sempre pianificata e decisa con l'oncologo prescrittore.

- **Esami ematochimici di turnover osseo** (CTX e NTX) per predire il rischio di insorgenza di BRONJ a seguito di manovre odontoiatriche invasive non raccomandati in quanto non attendibili nel corso di malattie tumorali. Raccomandati tutti gli esami necessari al corretto svolgimento dell'intervento odontoiatrico.

(d) Paziente BFS ONCOLOGICO in terapia per os per

OSTEOPOROSI indotta dalle terapie mediche oncologiche

Attualmente non esistono evidenze scientifiche per giustificare una variazione del comportamento dell'odontoiatra rispetto alle condizioni identificate nel paziente NON oncologico in terapia con BFS *per os*.

Corso di Aggiornamento ProOF



ASSISI, 4 – 5 maggio 2012

“Roseo Hotel Assisi, Via G. Renzi, 2,
Corso di Aggiornamento di Odontologia Forense

**LA RESPONSABILITA' DEL PERITO E DEL CONSULENTE:
PRUDENZA E COMPETENZA IN ODONTOLOGIA FORENSE**
Coordinatore evento formativo: **Prof. Gian-Aristide Norelli**

Tutor Scientifico: **Prof. Vilma Pinchi,**
Tutor Organizzativo: **Dott. Marco L. Scarpelli**
Referente locale **Dottor Andrea Donati**
VENERDI 4 maggio 2012

10.30: **REGISTRAZIONE PARTECIPANTI**

11.00 **APERTURA DEL CORSO** (Dr. Carlo Ghirlanda Segr.Cult.Naz. ANDI, , Dott. Giovanni Battista Genovesi,
Presidente ANDI Perugia, Dottor Ezio Politi, Presidente ANDI Umbria, Prof. Gian-Aristide Norelli Presidente
PROOF)

INTRODUZIONE: Professor MAURO BACCI (Università di Perugia)

11.30/12.30 **Dottor FAUSTO CARDELLA** (Procuratore della Repubblica di Terni)

La responsabilità del perito e del consulente tecnico

12.30/13.30 discussione

**** Pausa pranzo ****

14.30: **DISCUSSIONE CASISTICA - PRIMA PARTE – moderatore Dott. Marco Scarpelli**

-nel corso coffee break – (16.00 circa)

17.00: **Assemblea Annuale Pro.O.F., programmazione corsi 2011**

18.00: chiusura sessione

20.30: **CENA CONVIVIALE PRESSO “LOCANDA DEL CARDINALE” ASSISI (EURO 50,00)**
SABATO 5 maggio 2012

9.30: **Avv. CESARE FIORE (libero professionista in Milano)**

Il ruolo dell'odontologo forense nella prospettiva del legale di parte

10.30: **DISCUSSIONE CASISTICA – seconda parte – moderatore Prof. Vilma Pinchi**

-nel corso light lunch – (12.00 circa)

14.00: **CONCLUSIONI - Prof Gian-Aristide Norelli**

14.30: **Questionario ECM**

15.00: **Chiusura lavori**

NOTE:

1. I soci ProOF che vogliono contribuire alla discussione casistica sono invitati a contattare pinchi@unifi.it e mscarpelli-wolit@tiscali.it entro il 31 marzo 2012 :

*** Inviando una sintesi di max 30 righe del caso, nel caso in cui vogliono proporre un caso e candidarsi come referenti del caso stesso**

*** Offrendo la propria disponibilità per il ruolo di consulenti nel role playing di casi proposti da altri**

2. nota bene: rispetto alla prassi gli orari delle sessioni del venerdì e del sabato sono stati modificati, per consentire ai corsisti di arrivare (anche) il venerdì mattina direttamente e partecipare alla attività ludica del venerdì sera, che prevede dalle 18.30/19.00 circa una visita guidata per Assisi nel corso di "Calendimaggio", in atmosfera medioevale, con successiva cena in locale caratteristico (programma in allestimento) Il convegno infatti si svolge parallelamente alle "Calendimaggio", annuale rivisitazione della città in atmosfera medievale (vengono eliminate tutte le luci elettriche e ricreato, con costumi e rappresentazioni, l'ambiente dell'epoca). Data la notevole affluenza di turisti, in quel periodo, è bene procedere con molto anticipo alle prenotazioni

ISCRIZIONE:

possono partecipare al presente corso gli iscritti al "Progetto Odontologia Forense" (Pro.O.F).

la quota (180€ compresa IVA) comprende la partecipazione ai lavori congressuali, coffe break e lunch.

MODALITA' D'ISCRIZIONE:

Iscrizioni collegandosi al sito www.dentistionline.it

1. Pagamento PayPal o carta di credito.

ORGANIZZAZIONE:

in sede Dottor Andrea Donati (ANDI Perugia), 368.3177735 – andrea.donati@libero.it
segreteria ANDI Servizi: eventi@andiservizi.it

PRENOTAZIONI ALBERGHIERE

Sono state opzionate ad esaurimento, delle camere fino al 30-03-2012.

Si raccomanda sollecita prenotazione al :

ROSEO Hotel, Assisi (anche sede del Convegno)

Tel: 075-81501

mail: www.roseohotel.com

Tariffe giornaliere a persona iva inclusa

95,00 in camera DUS Classic 110,00 in camera DUS Superior 125,00 in camera DUS De Luxe

70,00 in camera doppia Classic

85,00 in camera doppia Superior 100,00 in camera doppia De Luxe

Servizi inclusi:

Consumazioni frigobar in camera;

Ingresso piscina interna riscaldata e al centro benessere; -

Connessione internet WiFi;

Garage

Corsi e Congressi



9th International Congress on Dental Law and Ethics Leuven, August, 22-24, 2012

CALL FOR PAPERS - REQUEST FURTHER INFORMATION

The main theme of the congress is “INSURANCE”

The main topics of the congress will be : Health care insurance, Liability insurance, Patient rights, the legal aspects of dental expert investigation (civil and criminal law), ethics.

Healthcare Insurance : Right to Health care - affordable dental care ? Dental tourism and legal consequences.

Related topics are : malpractice, evaluation of dental damage, Quality control, standard of care, the role of the expert-witness and the dental advisor of insurance companies. Liability insurance.

Legal aspects of Forensic odontology : Collecting information and confidentiality , liability of the forensic odontologist, Legal problems related to Disaster Victim identification

Patient rights : quality of services, free choice of practitioner, informed consent, well kept dental dossier, privacy, right to complain,.

Ethics : Professionalism in dentistry, Right to health care, Patient rights, Duties of the practitioner.

Practical information

1. The congress site

The congress site is "The Faculty Club", situated on the edge of the city in the " Great Beguinage" We will have a master congress room with a capacity of 160 seats and a break-out room of 80 seats.

Go to <http://www.facultyclub.be>

2. **The congress fee** will be 425 Euro until juli, 15, 2012 and 475 Euro after that date. It includes lunches, coffee breaks, reception on Wednesday evening and all congress papers.

3. **The accommodation** (hotels, bed and breakfasts) :. The Congress hotel is the "Begijnhofhotel ****", but there are also hotels in the center of the city. The city center is about 1.2 km from the congress site and public transport is available. Go to <http://www.leuvenhotels.com/>

4. Congress dinner

The congress dinner will take place at the congress site. The price of the dinner is 75 Euro/person

5. Partner program

Partners are welcome at the reception on Wednesday evening. On Thursday evening, there will be a free and guided tour in the city of Leuven for delegates and partners. If we have enough participants we will organize a guided tour by bus to the city of Gent on Saturday. Gent is a medieval city, chosen as the third most interesting place in Europe, a must for every visitor.

The provisional congress program - already confirmed papers

The main topics of the congress will be : Health care insurance, Liability insurance, Patient rights, the legal aspects of dental expert investigation (civil and criminal law), ethics.

a. Health care insurance - The economical and financial crisis has a great impact on the affordability of health care insurance. At the same time there is a battle against fraud in health care. Patients are seeking affordable treatment in low-cost countries and that results in dental tourism. All of these topics will be covered at the congress. Jo De Cock (Riziv), Pascal Vincke, (Riziv), Prof. AM Van den Bossche (Universiteit Antwerpen) en Edgard Gordon (UK)
Prof.Marks Luc - Dental insurance policies in relation to the treatment of special care patients : an international survey.

b. Liability insurance and quality control, guidelines, standard of care, evidence based dentistry.

Quality control - Wolter Brandts Netherlands and Jan Berghmans Belgium
dispute resolution Vilma Pinchi Italy
damage Emilio Nuzollese Italy
Insurance Cunudrum - The Patient, The Doctor, The Consultant, and The Insurance Company :Who's a Friend, Who's a Foe And Who Are You Going To Trust Joseph Graskemper USA
The dilemma : endodontics versus implants - Prof De Moor, Univ. Gent, Belgium

Alternative
Evaluation of dental
The Dental

c. Patient rights - E-health and privacy (Prof Stefaan Callens) and competition law and dentistry (Diego Fornaciari).

d. Legal aspects of dental expert investigation in civil and criminal procedures

Mass disaster handling and specific legal problems arising from it (legal position of the missing person, the problem of the commorientes, transport of dead bodies, etc..) - Vidal Maarten, International Law Catholic University Leuven, Belgium and Prof. David Frenkel, International Law University of Beer-Sheva, Israël

of the expert witnesses in crime investigations.

Quality control

e. Ethics : professionalism

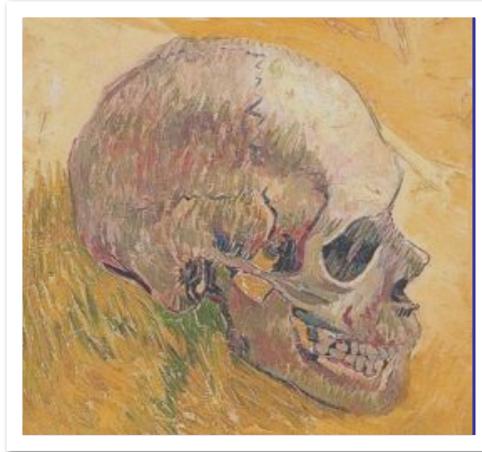
David Ozar (USA) - Professionalism - challenges for the future
Naidoo (South Africa) - The future of dentistry in Africa
Prof Faculty Dentistry, Univ. Gent, Belgium - Dentist's attitude towards the treatment of special care patients in relation to restraint and sedation : an international survey

Sudeshni
Marks Luc,

If you want more information, if you want to participate in the congress or if you want to present a paper, please contact: Yvo Vermynen, Congress president, dentist, Licentiate Law, Vosweg 23, 3190 Boortmeerbeek, Belgium yvo.vermylen@skynet.be

Corsi e Congressi

Course in Forensic Odontology



Personal Identification by Dental Methods

June 25th to June 30th 2012

Institute of Oral Biology, Domus Odontologica, Rikshospitalet, Gaustad, Oslo

Nordic forensic odontology has for many years been well respected for its systematic approach to identification. This has partly been due to the forensic odontologists being intergrated as members of the Identification Commissions. Academic positions in forensic odontology have further added to the scientific background for the practical work. We want to share with you some of our techniques and experiences.

The **International Organisation for Forensic Odonto-Stomatology (IOFOS)** and the **Nordic Organization for Forensic Odonto-Stomatology (NOFOS)** in cooperation with the Institute of Oral Biology, Faculty of Dentistry, University of Oslo, Norway, invite you to a course in personal identification, with special emphasis on dental methods.

Aim of the course:

- to enable the dentist to perform post mortem dental examination and comparison between ante-mortem and post mortem information in single cases as well as in mass disasters
- to enable the dentist to participate in the reconstruction of the identity of a person when comparative identification is not possible
- to enable the dentist to participate in a DVI team after a mass disaster
- to introduce computerized identification programmes

Per informazioni

Professor Tore Solheim, Institute of Oral Biology, University of Oslo, PO Box 1052 Blindern, N-0316 Oslo, Norway.

**Telephone: +47-22840378
Mob: +47-41447336
Fax: +47-22840302
E-mail: solheim@odont.uio.no**

Topics:

Principles of comparative identification

- Theoretical aspects
- The INTERPOL forms
- Practical work in the mortuary (Institute of Forensic Medicine)
- Obtaining post-mortem dental status of a dead person
- Retrieving relevant information from dental records
- Comparison of ante- and post-mortem data
- Evaluation of similarities and differences
- Formulation of conclusions and summarizing comparable details

Principles of reconstructive identification

- Estimation of age, sex, height, race, habits, social status, occupation, etc
- Theoretical aspects
- Practical training
- Contribution to the announcement for a missing person

Mass disasters

- Theoretical aspects
- The DVI team
- Computer programs
 - DVI System International
- Mock accident

APPLICATION FORM 9th INTERNATIONAL COURSE IN FORENSIC ODONTOLOGY PERSONAL IDENTIFICATION BY DENTAL METHODS OSLO, NORWAY, JUNE 25 – JUNE 30, 2012	<p>Family name:</p> <p>First name:</p> <p>Full address:</p> <p>Phone, office: Home:</p> <p>Fax:</p> <p>E-mail:</p> <p>University affiliation, if any:</p> <p>Education:</p> <p>Signature:</p>	The course will not be arranged if we have less than 10 applicants, and we will limit the participation to 24.
--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

Se interessati alla partecipazione inviare l'application form a:

Professor Tore Solheim
Institute for Oral Biology
Box 1052, Blindern
0316 OSLO
Norway

L'OBBLIGO DI REFERTO PER IL FIDUCIARIO DI COMPAGNIA DI ASSICURAZIONE - SPUNTI DI RIFLESSIONE

Dario Betti*, S.Sambin, R. El
Mazloum*, L.Favero*****

* Sede di Medicina Legale del Dipartim. Med. Molecolare -
Università di Padova.

** Libero professionista, perfezionata in Odontoiatria Legale.

*** Sede di Odontoiatria del Dipartim. Neuroscienze -
Università di Padova.

Analizzando - sotto il profilo medico-legale - la prestazione d'opera intellettuale dell'odontoiatra fiduciario di un ente assicurativo privato, si toccano temi inerenti i principi della buona fede, della correttezza e della diligenza nell'adempimento dell'obbligazione contrattuale; tuttavia la situazione dalla quale deriverebbe, in capo al professionista medico legale, l'obbligo sancito dalla norma penale di inoltrare il referto¹



¹ Sostanzialmente conforme la dottrina medico-legale: "Il referto è quell'atto con cui gli esercenti una professione sanitaria segnalano all'A.G. di aver prestato la propria opera o assistenza", così Cazzaniga A., Cattabeni C.M., Compendio di Medicina Legale e delle Assicurazioni, UTET, Torino, 1999, pagg.24-25; "Il referto è l'atto scritto col quale l'esercente una professione sanitaria riferisce all'A.G. di aver prestato la propria assistenza od opera", così Puccini C., Istituzioni di Medicina Legale, Ambrosiana, Milano, 2003, pag. 842; "Il referto è l'atto obbligatorio con il quale ogni esercente una professione sanitaria da comunicazione alle autorità competenti di quei casi", così Gerin C., Medicina legale e delle assicurazioni, Schirru, Roma, 1977, pag.264; "Il referto è l'atto con il quale gli esercenti una professione sanitaria notificano all'A.G. i casi" e "il referto è una denuncia particolare", così Palagi U. e coll., Certificazioni e denunce sanitarie, Pacini, Pisa, 1976, II, pagg.1296 e segg.

può sollevare conflitti di interesse con la posizione del soggetto in esame. Riservatezza, tutela del soggetto visitato, doveri di informativa all'Autorità Giudiziaria, imparzialità e professionalità nelle valutazioni certificative medico-legali, possibili spinte di natura "corporativistica" nel tentativo di protezione del collega odontoiatra oggetto del referto, obbligazioni contrattuali verso l'ente assicurativo: questioni che tingono la vicenda di poliedrici risvolti in ambito sia etico-professionale, sia penale e civilistico. Difesa di personalissimi diritti, interessi economici, doveri reciproci e verso la legge si intrecciano nel groviglio di un conflitto di interessi che può portare i protagonisti della vicenda a intraprendere pericolose scorciatoie passibili di reazione dell'ordinamento penale.

Affinché ricorrano i presupposti da cui scaturisce l'obbligo di referto, la qualifica del soggetto attivo quale esercente una professione sanitaria è condizione necessaria ma non sufficiente. Risulta quindi essenziale che l'operatore abbia prestato la propria attività in ambito privato e che si tratti di casi che possano presentare i caratteri del delitto procedibile d'ufficio. L'art.365 c.p. specifica infatti come siano oggetto di informativa obbligatoria i soli delitti la cui procedibilità è onere istituzionale della Procura della Repubblica, anche se la parte lesa non fosse intenzionata a sporgere querela.

Un esempio pratico e spesso ricorrente è quello di un soggetto che, attuando manovre di esclusiva pertinenza di una professione "protetta", qual è quella odontoiatrica, si vede imputato di abusivo esercizio di professione, ex art.348 c.p.; ma a questa ipotesi delittuosa può correlarsi quella di un soggetto qualificato che, qualora favorisca - in

qualsiasi modo - l'esercizio illecito della sua stessa professione, partecipa al reato precedente in veste di concorrente. Interconnesso con i primi due, può emergere il delitto di lesioni personali, riconducibile ad un'eventuale incongruità delle cure - lamentata dal paziente - e da cui origina la pretesa risarcitoria².

Quest'ultima comporterà l'attivazione di una società assicuratrice che, in adempimento all'obbligo di tenere indenne l'odontoiatra contraente della polizza di R.C.P., si avvale della facoltà, prevista per contratto, di assumere la gestione della vertenza³ che consta di due momenti preparatori, nei quali vengono valutati sia i margini di operatività della garanzia, sia la fondatezza della richiesta risarcitoria avanzata dal terzo. È in questa "finestra" della prassi che compare la figura dell'odontoiatra legale come fiduciario dell'ente. In forza dell'esperienza maturata in ambito clinico e medico-legale, sarà chiamato ad espletare, per conto dell'assicuratore, una prestazione di natura certificativa, avente lo scopo di accertare in concreto, sulla base della documentazione, dell'anamnesi e dell'obiettività

rilevata sul visitando, l'eventuale profilo di responsabilità dell'odontoiatra e - nell'ipotesi affermativa - la sussistenza dell'obbligazione risarcitoria del soggetto assicurato verso il terzo danneggiato, obbligazione che l'assicuratore assume in forza del contratto stipulato con l'odontoiatra. Il problema sorge allorché, nel corso dell'indagine anamnestica, il visitando riferisce e conferma che l'intervento odontoiatrico, il cui esito infausto ha generato il danno da cui scaturisce la pretesa risarcitoria presentata al professionista - e da questi all'ente assicurativo - è stato eseguito in tutto o in parte da soggetto diverso dal titolare abilitato dello studio odontoiatrico.

La dichiarazione porta a conoscenza dell'odontoiatra fiduciario della compagnia assicurativa, della sussistenza di condotte illecite e perseguibili d'ufficio, sia dell'abusivo, sia dell'eventuale titolare abilitato della struttura sanitaria teatro della vicenda delittuosa; conoscenza che determina per l'odontoiatra legale la strutturazione dell'obbligo di informativa all'Autorità Giudiziaria.

In primis è presente il soggetto destinatario della norma, ovvero un esercente una professione sanitaria: egli si identifica, nel caso di specie, nella persona dell'odontoiatra legale fiduciario dell'ente, poiché risulta tipicamente in possesso dei requisiti richiesti dalla legge per esercitare. In comunione con le disposizioni di cui alla norma, il soggetto attivo della fattispecie espleta una prestazione di indubbia pertinenza con la materia medica, indipendentemente dal fine certificativo a cui essa risulta essere destinata in un secondo momento. La

² Cfr. Bilancetti M., La responsabilità penale e civile del medico, Cedam, Padova, 2006, pag.817 e segg.

³ Il contratto assicurativo di responsabilità civile, e di conseguenza anche le polizze R.C. Professionali, si caratterizza infine per la presenza consustanziale della clausola che disciplina la "gestione della lite". Essa rappresenta una tipica pattuizione, recepita nella sua validità dalla dottrina e dalla giurisprudenza e riportata nei vari capitoli di polizza secondo variegate formulazioni, e, sebbene ricorrente nella prassi assicurativa fin dalle prime edizioni, risulta essere particolarmente adattabile al dettato dell'art.1917 Cod. Civ.

possibilistica esistenza di un delitto procedibile d'ufficio, ricollegabile al caso oggetto della visita, sulla quale è chiamato, ex lege, ad inferire il sanitario, è di fatto convertita in certezza dalle dichiarazioni del visitando stesso, il cui tenore chiaramente addita l'eventuale odontoiatra coinvolto come perseguibile di concorso in abusivo esercizio della professione odontoiatrica. Infine, il visitando, non essendo passibile di procedimento penale come conseguenza diretta delle risultanze mediche emerse nel corso della visita, non si può identificare col soggetto indicato del comma secondo dell'articolo di legge che, quale vera e propria scriminante speciale, garantisce al sanitario un potere discrezionale sull'opportunità di inoltrare l'informativa di delitto, di fatto sollevandolo dall'imputabilità per omissione.

In conclusione, la fattispecie si presenta all'odontoiatra fiduciario al completo di tutti i suoi elementi costitutivi. Conseguentemente, un'eventuale condotta omissiva comporterebbe la sua inevitabile incriminazione per il delitto di cui all'art.365 c.p., con tutti gli strascichi sanzionatori che una sentenza in giudicato, affermando la colpevolezza del medico-legale, si porterebbe appresso, sia in forma di multa comminata in sede di giudizio penale, sia nella specie di pena accessoria che, ai sensi dell'art.31 c.p., comporta un periodo transitorio di interdizione dalla professione.

Inoltre il fiduciario è destinatario di un'obbligazione contrattuale nei confronti della compagnia assicuratrice, in ragione del contratto d'opera intellettuale che con questa egli ha

stipulato. Nell'esercizio della prestazione certificativa sarà dunque chiamato al rispetto delle norme civilistiche regolanti la condotta del contraente nell'adempimento degli obblighi contrattuali, ovvero l'osservanza dei principi della buona fede e della correttezza nei rapporti con la controparte (qui identificata nell'assicuratore che conferisce il mandato al medico-legale), nonché il dovere di condurre la prestazione secondo i canoni di una diligenza che travalica i parametri di quella mediamente richiesta, poiché necessariamente la esigono sia la delicatezza della posizione rivestita, intermedia tra due soggetti (assicuratore e odontoiatra assicurato) portatori di interessi nel nostro caso contrastanti, sia l'elevato tecnicismo della materia, crocevia di conoscenze stomatologiche e previsioni giuridiche.

Nel fitto intreccio di interessi che caratterizza la vicenda, qualora l'odontoiatra medico-legale si rendesse colpevole di omissione di referto, ne deriverebbe per l'assicuratore un consistente danno, per la serie di motivi di seguito elencati. La responsabilità che l'assicuratore desume dal contratto gli impone un'obbligazione che ha per oggetto il sollevare il patrimonio dell'assicurato dall'eventuale debito da risarcimento che scaturisce dal fatto illecito, oppure dalla possibile lesione personale derivata dall'inadempimento e le sue conseguenze sul piano economico. Avvisato del sinistro, l'assicuratore viene attivato dall'assicurato nel momento in cui il danneggiato avanza l'istanza risarcitoria. Tuttavia, se nella fase di valutazione delle previsioni qualitative e quantitative della garanzia, il medico-legale fiduciario non ottempera all'obbligo di denuncia della condotta

illecita dell'assicurato, nessuna eccezione sarà sollevata dall'assicuratore in merito alla validità della copertura. In altre parole, mancando il referto, non vi sarebbe alcuna testimonianza della condotta dolosa dell'assicurato, e quindi, nel caso il sinistro rientri per modalità e tempistica nelle previsioni della pattuizione, l'assicuratore sarebbe conseguentemente tenuto ad adempiere all'obbligo contrattuale che lo vede impegnare risorse personali ed economiche per resistere alle pretese avanzate dal danneggiato, o comunque, attingere al capitale della Società assicurativa ove si optasse per una soluzione transattiva.

È evidente che l'incriminazione per il delitto di cui all'art.365 c.p. potrebbe comportare a carico dell'odontoiatra fiduciario anche due ulteriori capi d'imputazione. La condotta attiva dimostrata nell'atto di omettere il referto potrebbe infatti valergli una condanna per il reato di cui all'art.378 c.p. (per il favoreggiamento personale sia del soggetto colpevole di abusivo esercizio della professione odontoiatrica, sia dell'assicurato, reo di aver concorso al delitto commesso dall'eventuale collaboratore abusivo), come pure potrebbe essere convenuto a giudizio da parte della compagnia assicuratrice, con l'accusa di consulenza infedele, ex art.380 c.p.

Trattasi, in ultima analisi, di una posizione estremamente delicata, nella quale obblighi contrattuali dettagliatamente normati devono confrontarsi con possibili ostacoli afferenti ad un corrente e diffuso concetto di solidarietà corporativistica di natura personale e con doveri ulteriori inerenti la sfera etica e deontologica.

Nel compiere il procedimento conoscitivo dei

principi giuridici inerenti l'obbligo di referto e l'assicurazione della responsabilità civile è necessario considerare ed esaminare in primo luogo le possibili motivazioni che l'odontoiatra fiduciario, nella delicata situazione ampiamente descritta, si possa essere prefigurato quali giustificazioni per l'omissione di referto e - secondariamente, per le dichiarazioni infedeli, inficiani la garanzia e compromettenti lo spirito di correttezza e professionalità che dovrebbe animare l'adempimento dell'obbligo contrattuale che lo lega all'impresa assicuratrice, le eventuali cause di giustificazione.

Non potendo il medico legale addurre, quale causa di giustificazione dell'omessa refertazione del delitto all'Autorità Giudiziaria, il fatto di esservi stato costretto dalla necessità di salvare se medesimo o un prossimo congiunto da un grave ed inevitabile nocimento nella libertà e nell'onore, ex art.348 c.p., primo comma, è da valutarsi l'altra esimente della quale può usufruire il sanitario, ed inerente la figura della persona assistita, tale da permettere al sanitario medico-legale di identificare quest'ultima col soggetto descritto nell'esimente di cui al secondo comma dell'art.365 c.p..

In tal senso, per potersi considerare non perseguibile in caso di omissione di referto, l'unica strada percorribile sarebbe, di fatto, quella che porterebbe l'odontoiatra fiduciario a verificare un duplice ordine di valutazioni.

In primo luogo sarebbe da chiarire il significato tradizionalmente attribuito al soggetto visitando, ossia se corrisponda o meno a quello di "persona destinataria della prestazione di

assistenza ed opera”.

Lo spartiacque tra prestazione ed opera non è più da riscontrare nella durata temporale, bensì è precisato sulla base di un concetto tecnicistico, alla luce del quale per ”assistenza” si intenderà qualsiasi prestazione di carattere sanitario connotata da un corollario assistenziale; all’opposto, col termine ”opera” si identificheranno tutte quelle prestazioni scevre di un palese, o quanto meno immediato, connotato terapeutico.

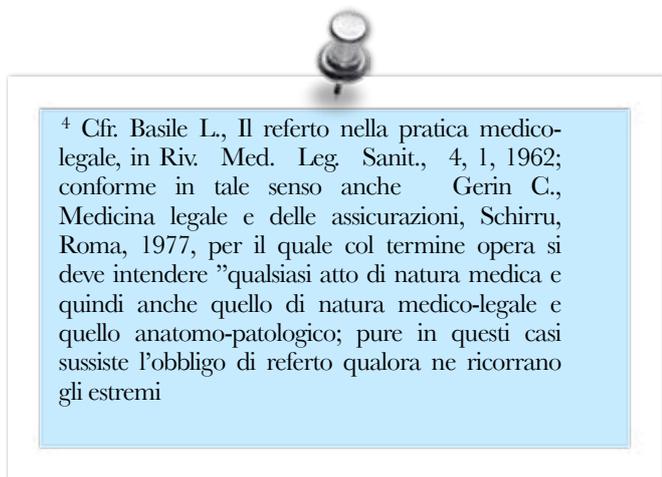
Risulta agevole riconoscere la connotazione di opera alla prestazione di natura certificativa e medico-legale, e quindi, in ultima analisi, anche a quella espletata dall’odontoiatra fiduciario che compia una consulenza tecnica sul terzo danneggiato per conto di una compagnia assicurativa, nell’ambito di quel processo di verifica e di controllo dei presupposti qualitativi e quantitativi dell’operatività della garanzia, nonché della quantificazione del danno risarcibile e dell’accertamento della sussistenza o meno della responsabilità civile dell’assicurato⁴.

Se dunque il fiduciario, in quanto sanitario, è destinatario dell’obbligo di informativa, non per

questo si può sottrargli il diritto e la facoltà di esimersi dall’inoltrare referto, se quanto stabilito dalla seconda parte dell’articolo gli si presenti al completo di tutti i suoi elementi. Egli si potrà dunque avvalere della nota causa di giustificazione qualora ”la persona destinataria della prestazione d’opera” risulti passibile di procedimento penale nel momento in cui il referto pervenga all’Autorità Giudiziaria.

Dopo un primo periodo, identificabile sostanzialmente con quello in cui vigeva l’antecedente Codice Penale, nel quale si sottolineava la necessità di tutela del vincolo di segretezza professionale nel rapporto tra medico e paziente, ad oggi, la dottrina seguendo diversi percorsi, si è allineata nell’identificare la ratio, posta alla base dell’esimente, col diritto alla salute e alle cure mediche, diritto che la norma costituzionale tutela e considera di tale importanza umana e sociale da farlo prevalere sulla ragione giuridica che spinse il legislatore ad introdurre l’obbligo di cui al primo capoverso, il quale mira a perseguire un corretto funzionamento della macchina giudiziaria. Unica via d’uscita da una tale lacuna giuridica è stata allora riscontrata nella possibilità di usufruire di una lettura, se non ”personalizzata”, quanto meno più attinente al carattere della prestazione eseguita dall’odontoiatra fiduciario.

Il reale destinatario dell’opera certificativa è colui che effettivamente fruisce della prestazione medico-legale. Se anche si può concordare col fatto che tale attività possa risultare



⁴ Cfr. Basile L., Il referto nella pratica medico-legale, in Riv. Med. Leg. Sanit., 4, 1, 1962; conforme in tale senso anche Gerin C., Medicina legale e delle assicurazioni, Schirru, Roma, 1977, per il quale col termine opera si deve intendere ”qualsiasi atto di natura medica e quindi anche quello di natura medico-legale e quello anatomo-patologico; pure in questi casi sussiste l’obbligo di referto qualora ne ricorrano gli estremi

indirettamente utile al terzo danneggiato (il visitando), nella misura in cui venga con essa accertata la responsabilità civile dell'assicurato e quindi quantificato il risarcimento, tuttavia si deve convenire nel ritenere che è l'assicuratore il reale destinatario diretto della consulenza tecnica.

Pertanto, proseguendo nel ragionamento, il sanitario potrebbe richiamare il principio scriminatore dell'art.365 c.p. nella sola circostanza in cui possa identificare nella figura dell'assicuratore (reale destinatario della prestazione d'opera) il soggetto responsabile di un delitto procedibile d'ufficio, causalmente ed intimamente legato alle lesioni personali oggetto della visita di accertamento a fini assicurativi. Ciò ha condotto ad affrontare il secondo passaggio teorico, ovvero a verificare la possibilità di traslare l'intera figura dell'assicurato in quella dell'assicuratore. L'iniziale spinta fornita dalla natura stessa dell'istituto assicurativo della responsabilità civile si è tuttavia rapidamente

arenata di fronte a problemi di natura giuridica decisamente insuperabili. Ci si riferisce, in particolare, all'inassicurabilità del dolo dell'assicurato e all'impossibilità di trasferimento della responsabilità penale dell'assicurato in capo all'assicuratore⁵.

In particolare, lo stesso art.1917 C.C., cardine dell'assicurazione della responsabilità civile, chiaramente stabilisce che, per contratto, l'assicuratore è destinatario di una specifica obbligazione: cioè quella di tenere indenne il patrimonio dell'assicurato da un eventuale debito che l'obbligazione da fatto illecito, fonte di responsabilità civile, produrrebbe in capo all'assicurato. L'attività di manleva verte sostanzialmente su un piano patrimoniale; per tanto il quesito sulla possibilità che l'assicuratore possa accollarsi anche ulteriori obbligazioni, cioè le conseguenze penali che l'atto illecito dell'assicurato ha concretato, non solo non è evocabile, ma addirittura collide con i fondamenti dell'istituto assicurativo,^{6,7}.

⁵ Così, Gasperoni N., *Le assicurazioni*, Vallardi, Milano, 1966, pag.130, il quale riporta a sostegno della tesi le opinioni concordi di Salandra, *Assicurazione*, in *Commentario al Codice Civile*, a cura di Scialoja e Branca, Bologna-Roma, 1966, pag.369; Donati, *Trattato del diritto delle assicurazioni private*, Milano, 3 Voll., 1952-1956, III, pag.402; Demogue, *La direzione dei processi da parte degli assicuratori e suoi corollari*, in *Assic.*, 1934, I, pag.29; Andrioli, *Peculiarità processuali delle polizze di assicurazione*, in *Foro it.*, 1935, IV, pag.349; Castellano, *Clausola di gestione della lite e difesa dell'assicurato nel processo penale*, in *Giur. it.*, 1962, I, 2, pag.600; Mantovani, *In tema di gestione della lite da parte dell'assicuratore in sede penale*, in *Assic.*, 1963, II, pag.137.

⁶ Cit. Gasperoni N., *Le assicurazioni*, Vallardi, Milano, 1966, pag.123. Allo stesso modo neppure tutti i tipi di responsabilità civile sono assicurabili. Qualora l'elemento soggettivo del presunto danneggiante si configuri come doloso, abbiamo già visto che il dettato legislativo opera un espresso divieto di copertura assicurativa. Allo stesso modo, cfr. Donati, *Trattato del diritto delle assicurazioni private*, Milano, 3 Voll., 1952-1956, III, pag.343.

⁷ Cit. De Strobel D., Ogliari V., *L'assicurazione di responsabilità civile e il nuovo codice delle assicurazioni private*, Giuffrè, Milano, 2008, pag.165

In altre parole, l'assicuratore si fa unicamente carico del trasferimento delle conseguenze economiche del debito da risarcimento gravante sul patrimonio dell'assicurato (qualora, ovviamente, il sinistro rispecchi le modalità e la tempistica di accadimento previsti nel rischio assicurato in polizza), nella stessa misura in cui il rischio descritto nel contratto si trasla in capo all'impresa nei soli risvolti patrimoniali. La responsabilità civile, fonte dell'obbligazione del fatto illecito, rimane intimamente aderente alla persona giuridica dell'assicurato; parimenti il rischio e l'evento dannoso che ad esso si ricollega risultano indissolubilmente legati alla sfera del danneggiante.

Se poi il discorso vira nel campo della responsabilità penale, le risposte di dottrina e giurisprudenza sono altrettanto perentorie. La pena vera e propria, da non distinguersi con l'onere civile, che ad oggi è riconosciuto poter essere fonte dell'obbligo indennitario per l'assicuratore, non potrà mai essere trasferita in capo all'impresa, poiché involge diritti personalissimi dell'assicurato, dai quali mai potrà essere diviso o sollevato. Se così non fosse, la responsabilità penale perderebbe anche la sua fondamentale funzione redentoria. In sintesi, se la responsabilità civile manifesta nel tempo una sempre più spiccata tendenza a garantire il diritto al risarcimento, la funzione redentiva non è certo traslabile in persona diversa da quella materialmente resasi colpevole del delitto. Funzione risarcitoria e funzione redentiva non possono sublimarsi nell'istituto assicurativo. La

stessa facoltà di conferire all'assicuratore la gestione della vertenza, secondo quanto stabilito nella famosa "clausola di stile", ha validità in solo ambito civilistico, potendo sconfinare in sede penale nel caso in cui il danneggiato si costituisca parte civile. In tal senso, l'assicuratore proseguirà la vertenza solo finché tale condotta sarà nel suo interesse, giungendo - ad esempio - a un giudizio sul grado di colpevolezza utile ad impostare il proseguimento della lite in sede civile con maggiori margini di successo, o quanto meno con minor esborso; la difesa di personalissimi diritti dell'assicurato viene rilasciata solo ed unicamente a lui medesimo.

Il risultato della disamina porta a concludere che l'ipotizzata duplice traslazione non è perfezionabile.

Alla luce dell'exkursus giuridico delle norme, dei pareri dottrinali e delle sentenze della giustizia di merito sull'assicurazione della responsabilità civile professionale e sull'obbligo sancito dall'art.365 del Codice Penale, il quesito se l'odontoiatra fiduciario dell'ente assicurativo possa esimersi dal produrre il referto all'Autorità Giudiziaria trova una risposta univocamente negativa.

La conclusione imposta ex lege al quesito iniziale postula, col carattere dell'indifferibilità una serie di considerazioni conclusive di natura giuridica e deontologica. Seppur il giro contorto imposto dalla logica del ragionamento abbia portato a conclusioni negative, non bisogna tuttavia frustrare la

portata della previsione di cui all'art.365 c.p. Sancendo un tale obbligo di natura medico-legale, di fatto il legislatore ha elevato qualsiasi professione sanitaria al rango di preziosa collaboratrice dell'Autorità Giudiziaria. Il regime comminatorio corrispondente, a vista di molti non rende affatto giustizia all'importanza dell'atto del referto nell'economia della repressione dei fatti illeciti; ciò è prova del profondo senso di responsabilità e degli elevati principi morali che si richiedono a un qualsiasi esercente una professione sanitaria. Egli è - a tutti gli effetti sociali - un soggetto depositario di obblighi fondati sia sul rispetto e la tutela della vita umana e della salute, sia su un'accorta conoscenza della legge; è crocevia di deontologia e diritto. Con la sua attività tocca principi fondamentali, che talvolta, come si è visto, lo possono condurre ad incunarsi in pericolosi conflitti d'interesse.

Il referto, vecchio "cavallo di battaglia" della Deontologia medica, nato nell'ambito penalistico della tutela sociale, ma troppo spesso con inadeguatezza sottostimato e relegato ai margini, costituisce invero uno dei più elevati atti di natura medico-legale al quale è chiamato qualsiasi sanitario. Forse lo stesso torpore della scienza giuridica in merito a quest'obbligo, altro non è che lo specchio di un problema di crisi etica: troppo spesso il medico ignora il dettato di legge e - quand'anche non fosse così - non infrequentemente è colto dai dubbi e dagli

imbarazzi che la promozione dell'azione penale può instillare. È in tal senso pienamente comprensibile il paradossale sentimento di "scomodità" che può pervadere l'odontoiatra fiduciario di un ente assicurativo, nel momento in cui si trovi a fronteggiare la delicata situazione, nella quale un obbligo normativo gli impone concretamente di "denunciare" un collega. La legge non ammette sconti in tal senso. Né si possono sottovalutare, le conseguenze che un'omissione potrebbe scatenare in seno al rapporto contrattuale tra medico-legale ed ente assicurativo. Non solo incriminabile per omissione di referto, ma anche a n c h e afferire all'area dell'art.380 C.P.

Sebbene si possa comprendere l'imbarazzo e la difficoltà che scaturiscono nel momento in cui con il referto si inoltra una denuncia contro un collega, alla luce della confutazione delle possibili scoriatoie e giustificazioni che l'odontoiatra fiduciario si possa essere prefigurato quali cause di esenzione dall'obbligo di inoltro della segnalazione, l'unica via percorribile risulta quella del rispetto della legge.

Obbligo che, risulta essere imposto dalla legge penale, ma che si può direttamente riconoscere anche nelle norme civilistiche che regolano l'adempimento delle obbligazioni contrattuali verso l'ente assicuratore secondo i principi della buona fede, della correttezza e della diligenza. Una condotta reticente, oltre che passibile di condanna penale, risulterebbe

altresì estremamente dannosa per la stessa categoria professionale odontoiatrica, già ampiamente vessata da accuse, talvolta prevenute, di eccessivo protezionismo e spirito di tutela corporativistica degli interessi degli iscritti all'Albo. Non essendovi via di fuga garantita dalla legge, un'omissione sarebbe quindi, in estrema analisi, la soluzione peggiore per tutti. Lo stesso Codice di Deontologia, nel tracciare il modello di un comportamento pertinente e conforme alle molteplici responsabilità che da una pratica medica derivano, afferma che "l'esercizio dell'attività medico-legale è fondato sulla correttezza morale e sulla consapevolezza delle responsabilità etico-giuridiche e deontologiche che ne derivano e deve rifuggire da indebite suggestioni di ordine extra-tecnico e da ogni sorta di influenza e condizionamento".



2013 INTERNATIONAL IOFOS SYMPOSIUM ON FORENSIC ODONTOLOGY



FIRENZE (ITALY)
29-31 August 2013
FIRST ANNOUNCEMENT



We are pleased to invite you to the **International Meeting of I.O.F.O.S.** on Forensic Odontology which will be held on **August 29-31, 2013** at the Medical Faculty of the University of Florence. The symposium venue is a very convenient setting with easy access from many European and extra-European countries.

The IOFOS Meeting incorporates sessions and panel discussions on the latest advances in forensic odontology research and practice. Presentations of researchers and delegates of the national fellow societies of Forensic Odontology will foster the scientific program of the meeting.

The details of the scientific program, registration, abstract submission, accommodation, etc. will be announced on the IOFOS website (www.iofos.eu).

Scientific topics on forensic odontology for the meeting:

- Body identification
- Age estimation
- Mass disaster management, procedures and DVI
- Bite-mark
- Quality assurance
- Research, scientific evidence and bias
- Guidelines, recommendations and protocols
- Qualification and accreditation
- Ethics
- Expert witness

Social events: Florence and the Tuscany promise to be a nice venue to spend the last summer days and the social program will offer to the delegates and attendees the opportunity to enjoy the rich history, culture, food and shops of Florence

Vilma Pinchi
President of I.O.F.O.S

LA SELEZIONE NELLA POLIZIA DI STATO: CRITERI DI VALUTAZIONE DEI REQUISITI DI IDONEITÀ - INIDONEITÀ FISICA, DEI CANDIDATI AI CONCORSI PER L'ACCESSO AI RUOLI DELLA P. DI S., PER LE MALFORMAZIONI E LE MALATTIE DELLA BOCCA

**Giuseppe Marceca, Vincenzo Palazzo,
Giovanni Cuomo,**

*Direzione Centrale di Sanità, Dipartimento della
PS-Ministero dell'Interno – Roma*

*Il Ministero dell'Interno, con il Decreto del
30/06/2003 n. 198, definisce i requisiti di
idoneità fisica, psichica e attitudinale per i
candidati ai concorsi per l'accesso ai ruoli del
personale della Polizia di Stato.*

*IDONEITA' FISICA e IDONEITA' PSICHICA:
i candidati vengono esaminati da una
Commissione Medica, nominata dalla Direzione
Centrale di Sanità del Dipartimento della P.S.,
presieduta da un primo dirigente medico della P.
di S.; per la parte psichica la Commissione
Medica si avvale di propri psichiatri e psicologi,
che sottopongono i candidati a test e a un
colloquio.*

*A livello medico, le condizioni generali di
valutazione dei parametri prendono in
considerazione:*

- Cute (annessi)
- Globi oculari
- VV aeree
- VV acustiche
- App. cardiovascolare
- App. digerente
- Fegato e vv biliari
- App. genito urinario
- App. emopoietico e sist. Reticolo istiocitario
- App. ghiandolare
- App. osteo – artro - muscolo – scheletrico
- Legamenti
- Imperfezioni e infermità dell'apparato neuro-psichico
- Patologie neurologiche centrali e periferiche e disturbi mentali
- Neoplasie
- Assunzione, saltuaria o occasionale di sostanze psicoattive
- Assunzione di alcool: attuali o pregresse
- Malattie da agenti infettivi o parassitari tali da compromettere le condizioni generali di buona salute
- Imperfezioni e infermità evidenti
- Tatuaggi su parti del corpo non coperte dalla divisa
- Esiti di traumi che abbiano provocato deturpazioni fisiche evidenti Il D.M. n. 198, inoltre, comprende: infermità e imperfezioni degli organi del capo, e cioè:
 - Alterazioni congenite e acquisite delle ossa del cranio
 - Deformità e disturbi funzionali
 - MALFORMAZIONI E MALATTIE DELLA BOCCA AD INCIDENZA FUNZIONALE ED ESTETICA COME MALOCCLUSIONI DENTARIE, ALTERAZIONI DELLA FUNZIONE MASTICATORIA, ALTERAZIONI DELL'ARMONIA DEL VOLTO E DISFONIE.

La Commissione Medica, quindi durante le visite, deve prendere in considerazione i parametri disposti dal D.M. 198 del 30/06/2003 sia per le condizioni generali e per le condizioni dell'apparato stomatognatico nelle sue azioni: masticatoria e fonetica.

CARATTERISTICHE

Le caratteristiche di buona salute sono l'asse portante del futuro agente il quale sarà sottoposto a sollecitazioni fisiche su tutti gli organi e apparati.

L'esclusione di patologie generali e delle malformazioni o deficit evidenti del capo, del viso e dell'apparato stomatognatico, definiscono l'aspetto efficiente dell'agente al servizio della sicurezza dei cittadini

Terminate con esito positivo le prove di efficienza fisica, di idoneità medica e attitudinale, i candidati verranno congedati rimanendo in attesa della graduatoria finale che tenga conto anche dei loro curricula professionali.

MEDICINA LEGALE E DI PREVENZIONE: il Servizio Operativo Centrale di Sanità (S.O.C.S.) della Direzione Centrale di Sanità, diretto dal Dirigente Superiore Medico Prof. Giuseppe Marceca, coadiuva le Commissioni Mediche nelle prove di selezione dei candidati ai concorsi per l'accesso ai ruoli della Polizia di Stato.

Il S.O.C.S. ha, tra le altre branche mediche specialistiche, attivo un Ambulatorio di Odontostomatologia, che fornisce un valido supporto di riferimento delle patologie della bocca e dei denti, diretto dal medico principale della P. di S. Vincenzo Palazzo.

L'Ambulatorio Odontostomatologico ha finalità sia clinico-assistenziali che medico legali.

Nell'Ambulatorio si eseguono visite di screening di igiene orale, conservativa e lesioni precancerose.

L'Ambulatorio eroga prestazione di consulenza specialistica nei confronti dei candidati inviati

dalle Commissioni Mediche, in ottemperanza al D. M. 198 del 30/06/2003 per l'esclusione delle patologie di cui sopra che coinvolgano il capo e l'apparato stomatognatico.

INTESA: nell'ambito assistenziale, per il personale della P. di S. e civile del Ministero dell'Interno, qualora fossero presenti patologie a carattere chirurgico o lesioni precancerose è attivo un protocollo d'intesa con il Servizio di Odontoiatria domiciliare dell'Ospedale George Eastman di Roma, con "corsia preferenziale" per trattamenti in regime di ricovero o day hospital, diretti e curati dal medico principale maxillo-odontostomatologo della P. di S. Dott. Vincenzo Palazzo.

La Direzione Centrale di Sanità della Polizia di Stato negli anni si è incessantemente adoperata per la salvaguardia della salute del proprio personale e del personale civile del Ministero dell'Interno, svolgendo continuamente il proprio ruolo clinicoassistenziale,

effettuando il necessario aggiornamento professionale e una serie di attività culturali mediche all'interno delle proprie strutture (sale mediche, centri clinici, questure, scuole, reparti mobili, ecc.) per la formazione anche del personale infermieristico.

E' molto attiva, quindi, l'interazione tra i ruoli medici della P. di S. e le Università italiane, sia per collaborazioni e scambi professionali, sia per le pianificazioni congressuali.

Per tale motivo la Direzione Centrale di Sanità diretta dal Dirigente Generale Medico della P. di S. prof. Giovanni Cuomo, sia direttamente, sia indirettamente a mezzo dei medici presenti in tutte le Questure d'Italia, tende a valorizzare con tutte le proprie risorse ogni valida iniziativa culturale e di sviluppo, a vantaggio dell'Amministrazione della P.S. e per i propri dipendenti, al centro e in tutto il Territorio.

Raccolta Estratti

Comunicazioni 24/Nov/2011

RUGHE PALATINE POSSIBILITÀ DI IDENTIFICAZIONE ODONTOLOGICA

F. Pagliara - R. Cameriere

Introduzione: La presenza di pieghe sul palato, è nota da secoli, e caratteristica delle rughe è loro singolarità specifica per la persona(1).

I primi riferimenti e studi/ di rughe palatine si trovano negli studi di Winslow 1732 (2) che sembra sia stato il primo a cercare di documentarle, mentre è merito del Santorini (3p), dare le prime illustrazioni con un disegno raffigurante tre linee ondulate continue che attraversano la linea mediana del palato.

Scopi della ricerca: Nuova lettura delle rughe palatine utilizzando metodica di classificazione fotografica ed elaborazione con programmi dedicati.

Materiale e Metodi: Sono stati analizzati delle foto di palato di soggetti di età compresa tra i 25 e 45 aa. per un totale di 50 casi, misti tra maschi e femmine. Criteri di esclusione, sono stati: razza caucasioide, edentuli, assunzione di farmaci che possono interferire dando ipertrofia papillare.

Necessario è stato l'utilizzo di macchina fotografica digitale con obiettivo 50 macro, ripresa costante, specchio per fotografia endo-orale. Il fotogramma è stato inserito in un programma di fotografia (Photoshop).

L'elaborazione grafica ha permesso di individuare aree delle rughe classificandole in primarie, secondarie, terziarie: di queste si è misurata la superficie in pixel.

Sono state considerate nelle misurazioni le rughe primarie, secondarie e terziarie in senso palatino antero - posteriore, per la facilità di misurazione ed il ridotto scarto di errore nella riproduzione della misurazione stessa.

Risultati: Sono state considerate nelle misurazioni le rughe primarie, secondarie e terziarie in senso palatino antero - posteriore, per la facilità di misurazione ed il ridotto scarto di errore nella riproduzione della misurazione stessa. Dall'analisi dei dati, risulta la singolarità numerica di ogni ruga, è risultato nell'ambito di età palato in senso antero - posteriore relativo al mascellare dx o sx le prime rughe palatine sono circa il doppio delle seconde, mentre le terze la metà delle seconde. Esistono differenze tra le rughe primarie degli emipalati, così come pure tra le secondarie e terziarie che hanno evidenziato una completa asimmetria dei due emipalati.

Conclusioni: Dai dati riportati, si può pensare ad un sistema di identificazione del palato utilizzando i dati raccolti. I valori assoluti sono dati dalle misure delle prime e seconde rughe palatine dell'emiarcata dx e sx, mentre i valori relativi si ottengono rapportando tra loro le superfici delle rughe prese in considerazione, cioè le primarie e le secondarie. I risultati numerici risultano specifici per ogni palato e quindi propri del soggetto.

L'IDENTIFICAZIONE DELL'ETÀ NEL MINORE: CONSEGUENZE OGGETTIVE PER IL MINORE NEL PROCESSO CIVILE E MINORILE

R. Grandinetti - C. Q. Fiore

1) Il minore come soggetto processuale

- breve preambolo circa la Convenzione di New York sui diritti del fanciullo (20/11/89, ratificata con Legge 27/05/91, n.176).

- convenzione europea sull'esercizio dei diritti dei fanciulli (Strasburgo 25/01/1996)

- legge 28/03/2001, n.149, entrata in vigore il 01/07/2007

2) I diritti dei minori

- il minore quale soggetto debole per antonomasia

3) I procedimenti di stato

- generalità

- legittimità

- disconoscimento

- dichiarazione giudiziale di genitorialità.

4) Affidamento:

- affido genitoriale condiviso quale regola

- affidamento monogenitoriale quale minor pregiudizio per il minore.

- affido ai servizi sociali

- famiglia affidataria

5) Adozione nazionale

- il bambino deve essere allontanato dalla sua famiglia allorquando risulti nociva per lui e per l'evoluzione della sua personalità

- la condizione odontoiatrica quale prova nell'ambito del procedimento di adottabilità.

6) Adozione internazionale

- corretta identificazione dell'età del minore quale miglior viatico per una più facile integrazione.

7) Minori stranieri rifugiati

- quadro normativo

- richiesta di protezione internazionale

- i diritti del minore straniero

- la prova della identificazione dell'età del minore.

IDENTIFICAZIONE SU RADIOGRAFIA ODONTOIATRICA: ABILITÀ A CONFRONTO

**Gianfranco Fassina, Cecilia Vincenti,
Fabio Caputi**

Nell'ambito delle metodiche odontologiche per l'accertamento dell'identità del cadavere, quella che utilizza la comparazione di radiografie dentali rappresenta un ottimo presidio diagnostico, non scevro comunque da problemi legati alla disomogeneità dei radiogrammi confrontati, alla qualità non sempre ottimale delle immagini ed al tempo intercorso tra l'esecuzione del radiogramma Ante Mortem e l'epoca della morte, durante il quale molti interventi odontoiatrici possono aver modificato i denti ed i trattamenti odontoiatrici. In merito alla disomogeneità delle radiografie odontoiatriche è noto infatti che, mentre per il vivente la radiografia di più comune riscontro nella ricerca dei dati Ante Mortem è la radiografia ortopantomica (OPT), nel cadavere ne è praticamente impossibile la realizzazione dovendosi invece ricorrere a radiografie endorali per i vari settori delle arcate dentarie.

Scopo della ricerca: *In questo lavoro si è inteso analizzare quanto l'abilità dell'operatore fosse in realtà determinante, in termini di formazione accademica ed esperienza professionale, nell'accertamento dell'identità mediante tecniche comparative di radiogrammi dentali disomogenei per tipo (panoramiche ed endorali), per epoca di effettuazione e soprattutto per le importanti modifiche che il settore dentale in esame aveva subito negli anni.*

Materiali e metodi: *Dall'archivio di studi privati sono state selezionate 16 OPT di pazienti che, rimasti in cura presso la medesima struttura odontoiatrica per alcuni anni, fossero anche stati sottoposti, nel corso od alla fine di importanti terapie, a radiografie endorali. Nell'intento della ricerca le 16 OPT dovevano rappresentare i 16 casi sperimentali Ante Mortem (AM). Ulteriormente sono state selezionate 42 endorali che sperimentalmente dovevano rappresentare le radiografie Post Mortem (PM) di cui 36 riferite ai 16*

soggetti cui appartenevano le 16 OPT e 6 radiografie estranee. Il criterio di selezione dei casi è stato quello della difficoltà variabile di associazione. I radiogrammi in forma anonima sono stati scannerizzati e trasferiti su supporto informatico creando una raccolta delle radiografie AM ed una di radiogrammi PM ed è stata allestita una tavola sinottica in cui l'operatore doveva annotare a quale caso AM erano attribuite le endorali PM. Il campione di radiografie da confrontare è stato sottoposto a gruppi di operatori diversi per formazione ed esperienza in particolare: Odontologi forensi con esperienza identificativa, Dentisti con formazione teorica in ambito odontologico forense, Dentisti con meno di 5 anni di esperienza, Studenti di Odontoiatria al V anno, Medici di pronto soccorso e Medici legali. Non vi era possibilità per l'operatore di graduare il giudizio identificativo essendo previsto che egli potesse solo attribuire una rx PM ad un caso AM

Risultati: *I risultati - intesi in senso di corretta attribuzione dei radiogrammi convenzionalmente intesi come AM a quelli PM - si sono così distribuiti nei diversi campioni di operatori: Odontologi forensi 97,7%; Dentisti con formazione teorica 86,6%; Studenti Odontoiatria V anno 86,6%; Dentisti con meno di 5 anni di esperienza 83,3%; Medici Legali 67,3%; Medici di Pronto Soccorso 66,6%. I diversi campioni di operatori hanno anche prodotto diverse incidenze di errori di attribuzione (falso positivo o mancata attribuzione). Tali risultati hanno messo in evidenza come anzitutto vi sia una notevole differenza in termini di performance tra gli odontoiatri ed i medici-chirurghi, essendo del tutto prevalente il numero di corrette attribuzioni dei primi rispetto ai secondi. L'esperienza clinica specialistica odontoiatrica, prima ancora che identificativa, è risultato essere il fattore discriminante nella corretta esecuzione delle comparazioni. Va notato - a supporto di tale osservazione - come anche il campione di studenti abbia totalizzato in media lo stesso numero di corrette diagnosi dei dentisti con formazione teorica. Ciò è attribuibile al fatto che il percorso didattico di tali soggetti prevedeva un intenso periodo di esperienza pratica presso le cliniche universitarie oltre che un esame di medicina legale. L'esperienza identificativa odontologica va invece considerata come un fattore che sostanzialmente è in grado di migliorare ulteriormente le performance rispetto a quelle delle altre categorie di operatori odontoiatri che ne sono prive.*

CLASSIFICAZIONE DELL'ETÀ MEDIANTE L'USO DELLA SOFT- EVIDENCE E IN BASE ALLO SVILUPPO DEL TERZO MOLARE IN UN CAMPIONE DI ADOLESCENTI ITALIANI

Roberto Manca, Stefano Garatti, Vilma Pinchi, Fabio Corradi

Parole Chiave: odontologia forense, stima età dentale, 3° molare.

Introduzione: La stima dell'età degli adolescenti è uno degli aspetti di maggiore interesse dell'odontologia forense considerata l'utilità della valutazione della maturità dentale a fine di stabilire il raggiungimento della soglia di età legale. L'analisi dello sviluppo dentale attraverso l'osservazione di radiografie ortopantomiche (OPG) si è dimostrato utile per stabilire l'età dell'adolescenza. Lo scopo di questo studio è di verificare l'attendibilità (precisione e accuratezza) di una classificazione modificata Naive Bayesiana per assegnare un soggetto ad una classe di età (minore, adulto) attraverso lo studio della calcificazione dei terzi molari.

Materiali e metodi: Per valutare il metodo abbiamo utilizzato un campione di 559 OPG di giovani ragazzi italiani tra i 16-22 anni (307 maschi e 252 femmine). L'età è espressa in anni. Le OPG, 449 analogiche e 110 digitali, sono state esaminate da due esperti: un odontologo forense e un odontoiatra. Tutti gli ottavi disponibili sono stati classificati secondo il metodo di Demirijan a 8 stadi. Gli esperti potevano utilizzare la soft-evidence potendo assegnare due differenti stadi con esprimendo la relativa percentuale di probabilità (ad esempio G30% - H70%) quando il dente presentava uno stadio di maturazione intermedio rispetto agli stadi di Demirijan. È stata introdotta una procedura di apprendimento dei parametri del metodo Naive-Bayes: ad ogni esperto è stato quindi associato un proprio modello statistico. Inizialmente abbiamo utilizzato una classificazione degli individui in adulti o minori (analisi dicotomica), successivamente, in una seconda analisi statistica, abbiamo sperimentato una classificazione a tre stadi con l'introduzione di una classe intermedia di età, come classe di indecisione, al fine di migliorare i risultati per le classi esterne di età. I risultati sono forniti per soglie di probabilità (TT) variabili dal 50%

al 99% così che può essere scelta la TT più indicata al caso: in penale sono, infatti, richiesti i valori più alti dal 90 al 99%; in civile, invece, anche una TT = 60% può essere sufficiente. I risultati possono essere considerati per il semplice dente (T1 = dente n° 18, T2 = dente n° 28, etc) o per una combinazione di denti (T1-T2, T3-T4, T1-T3; etc e tutti i denti insieme T1 - T2- T3 - T4); è stata assegnata anche la variabilità intra e inter operatore.

Risultati: L'incremento di TT si riflette in una più bassa percentuale di soggetti che sono classificati (SC) ma allo stesso tempo una minor percentuale di falsi adulti (FA). L'FA è il peggior e meno desiderabile errore specialmente in caso di accertamenti in ambito penale e richiede una particolare considerazione. Per entrambe le analisi, dicotomica e tricotomica, la valutazione di tutti i denti insieme (T1-T2-T3-T4) ottiene un risultato migliore rispetto alla sola coppia di denti o al singolo elemento. Ad esempio abbiamo registrato, all'analisi dicotomica, che per un TT = 50% la combinazione di T1-T2-T3-T4 produce un SC=81% e FA 25%; mentre per una TT=90% abbiamo un SC =74 % e un FA al 14%.

L'analisi tricotomica implica l'introduzione di una classe centrale di età (CC) come classe di indecisione. Il più stretto intervallo di CC che abbiamo considerato è stato 17 < età > 19, considerando che l'età nel nostro esempio era espressa in anni. I risultati dimostrano un miglioramento della classificazione e riduzione dell'FA (FA è il 2,5% per l'esperto A e 7,8 per l'esperto B). L'esperto con una maggior esperienza forense ha fatto maggior ricorso alla soft-evidence rispetto al dentista, evidentemente con una sola esperienza clinica, ottenendo migliori risultati. Il modello di classificazione consente di fornire un indice di performance dell'operatore nel fornire una probabilità di età utile al giudice o all'autorità per scegliere l'esperto il più appropriato ed indicato al caso.

Conclusioni: Abbiamo notato che l'esperienza e l'esercizio dell'operatore influenzano il risultato; ciò, tuttavia, va provato con un più largo campione di esperti; l'analisi tricotomica è più affidabile, rispetto a quella dicotomica, specialmente per l'individuazione dell'età nei casi penalmente rilevanti, tuttavia la riduzione della CC deve essere valutata in una ricerca futura con un campione di età che sia espressa in giorni. La misurazione della performance, nel modello di classificazione, del singolo operatore contribuisce a raggiungere maggiori standard nell'odontologia forense.

COMPARAZIONE DI QUATTRO METODI DI STIMA DELL'ETÀ DENTALE IN UN CAMPIONE DI BAMBINI ITALIANI DA 11 A 16 ANNI

Giulia Vitale, Dario Rugo, Francesco Pradella

Parole chiave: Stima dell'età dentale, soglia 14 anni, odontologia forense

La valutazione dell'età nei minori assume particolare interesse giudiziario e medico-legale per la valutazione della imputabilità per cui anzitutto l'accertamento del raggiungimento della soglia cronologica del quattordicesimo anno di età.

In letteratura sono stati messi a punto e verificati diversi metodi basati sulla valutazione radiografica della maturità dentale degli elementi dentari fino al secondo molare.

Scopo della ricerca: Lo scopo della ricerca è stato quello di comparare l'attendibilità di quattro metodi di stima dell'età dentale: Demirjian (D), Willems (W), Cameriere (C) e Haavikko (H) su un campione composto da 501 ortopantomografie digitali di ragazzi italiani (257 femmine e 244 maschi) di età compresa tra 11 e 16 anni, ai fini dell'accertamento dell'età con riferimento alla soglia dei 14 anni.

Materiali e Metodi: Il campione, quasi egualmente distribuito tra le varie fasce di età, è stato analizzato da tre operatori odontoiatri che hanno stimato le età dentali di tutto il campione secondo i metodi D, W, C e H. È stata anche esaminata la variabilità tra operatori.

L'analisi statistica ha valutato l'errore medio (ME), l'errore quadratico medio e il test t-appaiati della differenza tra le età reali e quelle dentali per tutte le fasce di età e sesso.

Risultati: I quattro metodi presentano delle sostanziali differenze in quanto si è rilevato che:

Cameriere ed Haavikko tendono a sottostimare l'età (C: ME tra -1,26 e 0,8 e H: ME tra -1,69 e 0,85) mentre Demirjian e Willems producono piuttosto delle sovrastime (D: ME tra 0,44 e 0,87 e W: ME tra 0,2 e 0,51).

L'analisi delle false attribuzioni ha permesso di affrontare il problema della sovrastima che caratterizza alcuni dei metodi analizzati. Considerando la fascia di età di 13 anni, i metodi C e H non danno false attribuzioni nelle femmine mentre nei maschi il metodo H è l'unico a dare false attribuzioni.

Nel complesso delle varie fasce di età e sesso del campione di ragazzi italiani, il metodo Willems si è dimostrato il più accurato ed infine i metodi D e W si sono dimostrati i più riproducibili, tanto che non hanno generato differenze statisticamente rilevanti tra i vari operatori. Alla luce della nostra ricerca possiamo dire che nessun metodo possa, per ora, essere ritenuto il più valido ma possa essere utile confrontarne almeno due.

ETICA E DIRITTO NELL'ACCERTAMENTO DELL'ETÀ NEL MINORE

Martina Focardi, Sezione di Medicina Legale, Università degli Studi di Firenze

L'esigenza di accertare la minore età assume oggi una particolare rilevanza stante l'importante flusso migratorio e la presenza quindi, sul territorio italiano, di numerosi minori extracomunitari non accompagnati o comunque non in possesso di documenti di identità validi e che per diversi motivi entrano nel circuito giudiziario. La incerta determinazione dell'età del minore può comportare conseguenze rilevanti per il minore stesso, con lesione dei suoi diritti, quali ad esempio, attribuzione di maggiore età in caso di commissione di reato e quindi problemi legati all'imputabilità ovvero, l'espulsione dal territorio italiano anziché il suo accoglimento e tutela. Sebbene l'età possa e debba essere verificata mediante tutti gli strumenti che le Istituzioni hanno a disposizione (documenti, ricerche in archivi, ecc...), spesso però il giudice si trova a non avere altra possibilità che richiedere l'opinione di un esperto sull'età del soggetto, esperto che valuti i parametri biologici dello sviluppo del soggetto stesso mediante esame auxologico, radiografie del polso e OPT. Trattasi di procedura ormai standardizzata da Linee Guide a livello internazionale e, sebbene siano state tentate vie alternative, meno "lesive" per il minore (si veda ad esempio il Protocollo d'Intesa tra il Ministero dell'Interno, Ministero

del lavoro, della Salute e delle Politiche Sociali e il Ministero della Giustizia del 21 maggio 2009 in cui è stato approvato un progetto pilota per l'accertamento dell'età utilizzando la RMN per la determinazione dell'età ossea), ad oggi rimangono certamente l'unica strada percorribile per poter accertare in modo scientificamente corretto e valido l'età del soggetto.

La normativa italiana concede al giudice la possibilità di far sottoporre il minore a tali accertamenti, ed anche la Cassazione ha ribadito come l'esecuzione di una radiografia sia da far rientrare nelle modalità esecutive dell'ispezione, ma la questione non sembra così pacificamente risolvibile, quanto meno dal punto di vista etico ed in particolar modo relativamente al consenso. Vale solo il conto ricordare come già nel 1996 il Royal College of Radiologist ha dichiarato che è ingiustificato esporre i bambini a radiazioni ionizzanti per scopi non sanitari e che anche nella nota del progetto Praesidium III, congiuntamente al Ministero dell'Interno (CRI, OIM, UNHCR e Save the Children Italia) si legge: "il rifiuto da parte del minore di sottoporsi agli accertamenti medici per la determinazione dell'età non può comportare il non accoglimento della domanda di asilo". Gli autori, mediante una disamina della normativa, delle convenzioni sovranazionali e dei dettami etici, concludono che solo attraverso un equilibrato bilanciamento delle esigenze della giustizia con il principio della inviolabilità della libertà e della dignità del minore, è possibile superare il binomio tra diritto ed etica che in questo ambito, piu' che in altri, sembra difficilmente risolvibile.

LA SELEZIONE NELLA POLIZIA DI STATO: CRITERI DI VALUTAZIONE DEI REQUISITI DI IDONEITÀ/INIDONEITÀ FISICA DEI CANDIDATI AI CONCORSI PER L'ACCESSO AI RUOLI DEL PERSONALE DELLA P. DI S. PER LE MALFORMAZIONI E LE MALATTIE DELLA BOCCA

**Giuseppe Marceca, Vincenzo Palazzo,
Giovanni Cuomo,**

*Direzione Centrale di Sanità, Dipartimento della
PS-Ministero dell'Interno – Roma*

*Il Decreto del 30/06/2003 n. 198 del Ministero
dell'Interno, stabilisce il regolamento
concernente i requisiti di idoneità fisica, psichica
e attitudinale dei quali devono essere in possesso
i candidati ai concorsi per l'accesso ai ruoli del
personale della Polizia di Stato.*

*La commissione medica, opportunamente
nominata per tali concorsi, è formata da medici
della Polizia di Stato ai fini dell'accertamento dei
requisiti di idoneità fisica e psichica predetti.*

*L'accertamento delle condizioni di salute a
carattere generale riguarda l'esclusione di:*

*- patologie acute o croniche di cute e annessi,
malformazioni e disfunzioni dei globi oculari, vie
aeree, bronchi e polmoni, vie acustiche, apparato
cardiovascolare, apparato digerente, fegato e vie
biliari, apparato genito-urinario, apparato
emopoietico e sistema reticolo istiocitario,*

*apparato ghiandolare, apparato osteo-artro-
muscolo-scheletrico, legamenti, imperfezioni e
infermità dell'apparato neuro-psichico, patologie
neurologiche centrali e periferiche e disturbi
mentali, neoplasie, assunzione, saltuaria od
occasionale, di sostanze psico-attive, assunzioni
di alcool attuali o pregresse, esiti di traumi che
abbiano provocato deturpazioni fisiche evidenti,
malattie da agenti infettivi e parassitari tali da
compromettere le condizioni generali di buona
salute, imperfezioni e infermità evidenti, tatuaggi
sulle parti del corpo non coperte dalla divisa.*

*Il Decreto ministeriale 30/06/2003 n. 198, regola
pure le infermità e imperfezioni degli organi del
capo come: alterazioni morfologiche congenite
ed acquisite delle ossa del cranio che
determinano deformità o disturbi funzionali;
malformazioni e malattie della bocca ad
incidenza funzionale ed estetica in particolare le
malocclusioni dentarie con alterazione della
funzione masticatoria e/o dell'armonia del volto
e disfonie.*

*Alla luce delle suddette disposizioni, la
commissione medica deve operare un'attenta
analisi e valutazione di tutti i parametri
summenzionati e in particolare delle condizioni
generali dell'apparato stomatognatico, per la
funzionalità dell'attività masticatoria, per
l'estetica e per la fonetica.*

*Queste sono caratteristiche fondamentali,
assieme alle buone condizioni generali degli
aspiranti, al fine di poter svolgere un lavoro in
divisa, di rilievo nella società, con prestanza fisica
e al servizio dei cittadini, sempre più esigenti
nella richiesta di "sicurezza".*

*Tale studio ha lo scopo di evidenziare
l'importanza della sinergia tra le norme di
selezione per l'accesso ai ruoli istituzionali della
Polizia dello Stato e le valutazioni legali e della
comunità scientifica.*

L'OBBLIGO DI REFERTO PER IL FIDUCIARIO DI COMPAGNIA DI ASSICURAZIONE - SPUNTI DI RIFLESSIONE

**Dario Betti, S.Sambin, R. El Mazloun,
L.Favero**

L'eventualità di constatare ipotesi di delitto perseguibile d'ufficio, quale fiduciario di ente di assicurazione in casi di responsabilità professionale odontoiatrica è sorprendentemente

concreta. Potrebbe sorgere un dubbio interpretativo sulla figura di assistito, con riguardo al secondo comma dell'art.365, da integrare con riflessioni di tipo corporativistico e di colleganza. L'excursus della normativa e dei pareri sollecitati al riguardo, non ha evidenziato elementi a favore della traslazione del concetto di assistito dalla compagnia mandante al medico assicurato, con la conseguenza dell'inevitabilità dell'informativa di legge, anche in tali evenienze.

IL TRATTAMENTO OFF-LABEL: RICORRENTE OCCASIONE DI RESPONSABILITÀ PROFESSIONALE IN ODONTOIATRIA

Beatrice Defraia, Sezione di Medicina Legale dell'Università degli Studi di Firenze.

L'uso off label dei farmaci rappresenta una pratica comune sia negli USA che in Europa, con percentuali di prevalenza di oltre il 40% negli adulti e del 90% nella popolazione pediatrica.

Il fine della terapia off label è quello di ottenere effetti vantaggiosi per stati patologici che non sono compresi tra le affezioni cliniche per cui il farmaco è stato approvato dalla farmacopea ufficiale, magari sfruttando quello che abitualmente è considerato un effetto collaterale, ma che, nel caso specifico, si rileva curativo.

Nell'ambito della colpa medica, ed in specie dell'odontoiatra, il tema della prescrizione di medicinali registrati al di fuori di indicazioni, vie o modalità di somministrazione, o posologia, o formulazione, o fasce d'età ovvero dalle utilizzazioni specificamente autorizzate dal Ministero della Salute, costituisce una questione inesplorata dalla dottrina medico-legale e dalla giurisprudenza.

In Italia i condizionamenti normativi ed etico-deontologici sotto ai quali soggiace la prescrizione fuori etichetta sono stati elaborati con l'intento di contenere l'arbitrarietà del

medico, le cui scelte devono necessariamente aderire a principi scientifici accolti e validati in ambito sanitario, e che viene sanzionato qualora contravvenga alla specifica disciplina legislativa, sia prescrivendo un farmaco off label al di fuori dei vincoli normativi, sia addossandone indebitamente l'onere economico a carico del Servizio Sanitario Nazionale.

La difficoltà di effettuare studi clinici nel bambino è universalmente riconosciuta a causa di problemi etici, procedurali e, non ultimi, economici, tra loro interconnessi e variamente dipendenti. Per tale motivo anche in odontoiatria pediatrica, in specie nella sedazione cosciente, nell'ansiolisi e nell'anestesia loco-regionale, le procedure previste sia da linee guida nazionali ed internazionali, atte a lenire il dolore durante il trattamento di processi cariosi ma anche, e soprattutto, per la cura dell'ansia che colpisce il piccolo paziente dinanzi alla poltrona odontoiatrica, sono attuate con frequenza quotidiana anche senza possedere una indicazione pediatrica autorizzata.

Altro esempio pregnante risulta essere il trattamento locale della malattia parodontale eseguito con metronidazolo, un chemioterapico antibiotico nella cui scheda tecnica non è prevista alcuna indicazione alla cura di siffatte patologie.

Considerato l'impiego quasi quotidiano di farmaci off-label in odontoiatria, il fine del contributo è quello di esaminare le problematiche medico-legali che tale utilizzo comporta, con particolare riferimento all'acquisizione del consenso in una analitica considerazione della normativa nazionale e dei dettami del codice di deontologia medica.

ANALISI DEL CONTENZIOSO ODONTOIATRICO IN UNA AZIENDA PUBBLICA

Stefano Garatti, Laura Farese

Il presente rapporto riassume i risultati dell'esame tecnico dei fascicoli relativi alla gestione del contenzioso inerente l'attività odontoiatrica svolta dall'Azienda Pubblica. L'esame è stato condotto sia in termini di distribuzione, per ambiti clinici e per centri, sia in termini di gestione dei singoli contenziosi. La revisione è stata condotta con metodologia causale medico legale.

In un'ottica di gestione globale di un'attività clinica quale l'odontoiatria, soprattutto considerando le dimensioni e la complessità organizzativa che la gestione di tale branca ha raggiunto all'interno dell'A.O. di Desio e Vimercate, il fenomeno del "contenzioso" rappresenta una importantissima fonte di informazioni in termini di:

- correzioni da apportare alle procedure*
- individuazione di aree critiche*
- valutazione di efficacia e di efficienza dell'attività svolta*
- miglioramento della gestione del rischio clinico*
- modalità di gestione dei casi problematici*
- scelta di eventuali prodotti assicurativi i più adeguati possibile*

Ciò premesso, e considerando che nell'organizzazione aziendale l'Ufficio di Supervisione Clinica Aziendale in Odontoiatria, anche in funzione delle competenze tecniche presenti, rappresenta un punto di passaggio di tutti i contenziosi inerenti l'attività odontoiatrica, comunque originatisi o qualsiasi sia stato il loro percorso amministrativo, si è ritenuto che l'analisi dell'attività di tale ufficio, in ordine appunto ai contenziosi, rappresentasse la migliore possibilità per trarre informazioni da tale fenomeno.

Ai fini quindi dell'analisi dei vari casi è stata approntata una scheda di rilevazione che estrapolasse ed evidenziasse le caratteristiche salienti del caso in esame permettendo di ricavarne dati utili ai fini gestionali. Infine l'esame

si è concentrato sulle annualità 2008/2009/2010, per eliminare difficoltà interpretative relative alle prime gestioni del contenzioso che riconoscevano una metodologia non ancora ben stabilita. La valutazione globale del volume del contenzioso, per il periodo di riferimento, evidenzia che in linea generale quando l'utente si determina a presentare una segnalazione o un reclamo verso le prestazioni ricevute, tale reclamo risulta fondato in oltre l'87 % dei casi.

Il canale preferenziale, come del resto prevedibile, per lo stesso utente per attivare i meccanismi di valutazione dei lavori eseguiti è rappresentato dagli Uffici di Relazione con il Pubblico dai quali proviene circa il 77% delle segnalazioni.

In questa analisi si evidenzia come la protesi fissa rappresenti, considerando l'aspetto medico-legale, il più alto rapporto in termini di costo/singolo contenzioso (43 casi per € 110249,00 = €2563 in media per ogni singolo caso), seguita dall'implantologia (€ 2099 per singolo caso) mentre la protesi mobile presenta una valorizzazione media decisamente più contenuta (€ 900 per singolo caso).

Nella stragrande maggioranza dei casi la causa del disagio lamentato è rapportabile alla competenza del medico (91,21%), mentre le cause ascrivibili a difetti dei materiali impiegati incidono in misura decisamente minore (7,42%)

Il ripristino diretto da parte dell'Azienda rappresenta il canale preferenziale (68,28%), il che sta a significare che nei due terzi dei casi accettati e trattati direttamente, che comunque rappresentano tre quarti del totale delle segnalazioni, l'A.O. riesce comunque a dare una risposta al suo utente anche se, purtroppo, in seconda battuta. E' comunque da notarsi che questo tipo di gestione permette anche di recuperare il rapporto con l'utente che diversamente risulta irrimediabilmente compromesso.

Il confronto con i casi trattati invece mediante un approccio assicurativo, e per tale fine affidati alla gestione della compagnia, ha permesso di evidenziare lo squilibrio di costi cui ci si espone con tale tipologia di approccio. Questa osservazione ha condotto, di conseguenza, all'adozione di un differente tipo di configurazione del contratto assicurativo in essere da parte dell'Azienda stessa.

ESPERIENZE DI PREVENZIONE DELL'ERRORE NELL'ACCERTAMENTO DELL'ETÀ

Federica De Luca, Sezione di Medicina Legale, Università degli Studi di Firenze

Introduzione: In conformità con le linee-guida internazionali (l.g. IOFOS ed AGFAD) il processo di accertamento dell'età nel vivente (IEV) deve articolarsi secondo specifiche fasi imprescindibili (quali: colloquio col soggetto sottoposto a IEV; visita medica ed odontoiatrica; esecuzione dei radiogrammi secondo le esigenze del metodo di lettura impiegato ed esecuzione di ortopantomografia al fine di descrivere la dentizione ed il grado di sviluppo dentario; stima dell'età cronologica) che prevedono in primis il coinvolgimento dell'odontologo forense. Da oltre un decennio presso l'Istituto di Medicina Legale di Firenze è stato adottato un protocollo specifico in conformità a tali linee guida.

Scopo della ricerca: Nella presente relazione si riportano gli errori riscontrati - prima dell'intervento degli specialisti dell'Istituto di Medicina Legale di Firenze - nella casistica emblematica nella pratica di IEV e si evidenzia come l'applicazione di un protocollo metodologico in linea con le raccomandazioni internazionali permetta di prevenire e ridurre il rischio di errore.

Materiali e metodi: Si è proceduto ad enucleare, dalla casistica complessiva, circostanze in cui erano presenti uno o più errori inerenti il processo di IEV. Gli errori riscontrati sono stati classificati in cinque categorie, quali: errori nella formazione del collegio peritale; errori nella trasmissione dell'informazione al soggetto sottoposto ad identificazione dell'età; errori nella esecuzione degli esami radiografici; errori nel corso del colloquio; errori nella valutazione dell'età.

Risultati: Si dimostra come l'impiego del protocollo operativo adottato dal team dell'Istituto di Medicina Legale di Firenze permetta di ridurre significativamente il rischio di errore. In particolare, si presentano i casi in cui l'intervento dell'odontologo forense si è dimostrato determinante per giungere ad una corretta IEV.

Conclusioni: Tramite un protocollo validato a livello internazionale si ottiene una corretta stima dell'età e si riduce il rischio di incorrere in errori nel delicato processo di IEV. In particolare, l'opportunità di giungere alla definizione dell'età attraverso il giudizio autonomo di due specialisti, quali il medico legale e l'odontologo forense, e la possibilità di contribuire ciascuno, con le proprie capacità professionali, all'elaborazione di una diagnosi definitiva di IEV si è dimostrata strategia operativa valida, in grado di assicurare una minore possibilità di incorrere in un' incongrua valutazione dell'età.

Comunicazioni 25/Nov/2011

L'OSTEONECROSI DEI MASCELLARI DA BIFOSFONATI: REVISIONE DELLA LETTERATURA E RIFLESSIONI MEDICO- LEGALI

**Pierangela Fleres, Francesco Busardò,
Stefania Zerbo, Antonina Argo, Paolo
Procaccianti, Giuseppina Campisi**

*Key words: bifosfonati; osteonecrosi dei
mascellari; profili di responsabilità professionale.*

*L'osteonecrosi avascolare localizzata alle ossa
mascellari (ONJ) in pazienti oncologici in
trattamento con bifosfonati (BF), specie per via
endovenosa, venne segnalata quale potenziale
evento avverso, nel 2001, dal dott. Salvatore L.
Ruggiero alla Food and Drug Administration.*

*Una delle ditte produttrici (Novartis) di due BF
per uso endovenoso, Aredia (pamidronato) e
Zometa (zolendronato), ricevette, invece, la
prima segnalazione spontanea di osteonecrosi
avascolare solo nel dicembre 2002.*

*Nel corso del 2003, furono pubblicati i primi tre
articoli scientifici che segnalavano un rapporto
significativo tra l'utilizzo dei BF e l'insorgenza di
ONJ. Nel prosieguo è stato evidenziato che l'ONJ
esordiva più frequentemente dopo l'esecuzione di
estrazioni dentarie, trattamenti odontoiatrici*

*invasivi od eventi traumatici evidenti o
inapparenti a carico del cavo orale.*

*Pur tuttavia, l'ONJ venne introdotta tra i
potenziali eventi avversi descritti negli stampati
relativi ai due farmaci alla fine, rispettivamente,
del 2003 negli USA e del 2004 in Italia.*

*Dal 2005, nel territorio statunitense, si registrano
sempre più crescenti richieste risarcitorie nei
confronti della Novartis per aver omesso di
informare relativamente all'evento avverso i
sanitari prescrittori di Zometa ed Aredia, i
dentisti e, conseguentemente, i pazienti
assuntori.*

*Sebbene, in atto, in Italia, non vi siano evidenti
segni di litigiosità connessi a tali farmaci,
considerato il numero crescente di segnalazioni
raccolte dalla rete di farmacovigilanza
interregionale, è ragionevole ritenere che, nel
prossimo futuro, verranno avanzate numerose
richieste risarcitorie nei confronti del titolare
dell'autorizzazione all'immissione in commercio
dei farmaci, del Ministero della Salute, dei medici
prescrittori di BF e dei dentisti eventualmente
coinvolti in estrazioni dentarie eseguite nel corso
di tale terapia farmacologica.*

*Per tale motivo, ci siamo prefissati di descrivere i
tempi e le modalità con cui il consumatore ed i
sanitari italiani sono stati informati sul rischio di
incorrere in ONJ connesso alla terapia con BF dal
titolare dell'autorizzazione all'immissione in
commercio e dall'agenzia governativa ed
europea preposte alla farmacovigilanza,
mettendo in evidenza eventuali profili di
responsabilità.*

ARRUOLAMENTO E GESTIONE DEL PAZIENTE A RISCHIO PER ONJ

C. Bozzo*, R. Sambo*, F. Pittoritto*, C. Sbuelz, Carlo Moreschi**.**

*** Dipartimento di Scienze Mediche e Biologiche – Sezione di Medicina Legale – Università degli Studi di Udine (Responsabile Prof. Carlo Moreschi)*

** SOC Chirurgia Maxillo-Facciale dell’Azienda Ospedaliero-Universitaria “Santa Maria della Misericordia” di Udine (Direttore Dott. Antonio Maria Miotti)*

Introduzione: I bifosfonati sono un gruppo di farmaci ampiamente raccomandati e utilizzati come trattamento di elezione per l’ipercalcemia moderata e severa associata a neoplasie e per le lesioni osteolitiche metastatiche associate al tumore della mammella o della prostata od al mieloma multiplo in combinazione con altri agenti chemioterapici.

Vengono inoltre impiegati per ridurre il rischio di osteoporosi in menopausa e nella terapia della malattia di Paget.

Il loro meccanismo d’azione prevede l’inibizione del riassorbimento del tessuto osseo da parte degli osteoclasti. Essi non vengono metabolizzati e quindi permangono nell’osso a concentrazioni elevate anche per lungo tempo. A livello molecolare è stato ipotizzato che i bifosfonati modulino la funzione osteoclastica interagendo con i recettori cellulari di superficie ed enzimi intracellulari.

Il quadro clinico si presenta come un focolaio osteomieltico, singolo o multiplo, che appare

nelle fasi iniziali come una banale patologia infiammatoria alveolare, refrattaria alle comuni manovre terapeutiche sia locali che sistemiche; tale focolaio tende ad estendersi alle zone limitrofe fino a manifestarsi con vaste aree di necrosi. Il paziente riferisce una sintomatologia algica e conseguente difficoltà all’alimentazione. Vengono riportate anche parestesie cutanee e talora il focolaio necrotico può accompagnarsi ad accessi ricorrenti.

Scopi della ricerca: Scopo di questo lavoro è l’individuare il paziente a rischio di ONJ (Osteonecrosis of the jaw) ed intraprendere il percorso più corretto per la prevenzione primaria della patologia.

Materiali e Metodi: Vengono individuati i pazienti a rischio di ONJ e suddivisi in pazienti in procinto di iniziare la terapia con bifosfonati, pazienti già in trattamento con bifosfonati, pazienti che presentano ONJ.

Il protocollo di gestione di tali pazienti è diverso nei tre gruppi individuati e si avvale in generale di un’attenta valutazione anamnestica, clinica e della documentazione radiografica, di un programma di prevenzione dettagliato e personalizzato, della valutazione delle giuste indicazioni ad eventuali trattamenti chirurgici, dell’eventuale terapia medica in caso di ONJ.

Risultati e Conclusioni: Dall’analisi della letteratura e dall’esperienza acquisita nella prevenzione e nel trattamento delle ONJ presso la nostra Struttura, viene proposto un protocollo di arruolamento e gestione del paziente a rischio per ONJ al fine di una buona condotta clinica e di evitare contenziosi dal punto di vista medico legale.

PREDISPOSIZIONE DI PROTOCOLLO PER TRATTAMENTO ODONTOIATRICO DI PAZIENTI IN TERAPIA CON BIFOSFONATI IN AMBITO OSPEDALIERO

Laura Farese, Stefano Garatti

Scopo del presente lavoro è la creazione di un protocollo clinico indirizzato al trattamento di pazienti che devono iniziare o che hanno già iniziato terapie farmacologiche con farmaci della categoria dei Bifosfonati.

Il protocollo è volto ad esaminare e dettare i comportamenti da tenere da parte di tutti gli addetti (Odontoiatri, Igienisti Dentali ecc.) operanti all'interno dei Centri Odontoiatrici facenti capo all'A.O di Desio e di Vimercate.

I pazienti che presentino un rischio, anche potenziale, per lo sviluppo di ONJ possono afferire ai Centri Odontostomatologici sia spontaneamente sia per espresso invio da parte dei curanti che hanno in gestione la patologia principale che rende indispensabile la somministrazione di BF, determinando con ciò l'esposizione del paziente stesso al rischio.

La patologia principale può essere rappresentata da malattie neoplastiche per la quale i pazienti vengono ricoverati presso i nostri centri di oncologia.

Relativamente ai pazienti che afferiscono in modo spontaneo, la loro individuazione avviene mediante l'anamnesi e segnatamente per quanto riguarda l'operatività dei vari Centri mediante l'autoanamnesi che viene compilata dal paziente stesso prima di accedere alle cure odontoiatriche.

A tale scopo è stato da noi creato, all'interno della Ns azienda, un apposito modulo di autoanamnesi, con la valenza di Protocollo Aziendale, che presenta un item specifico per la segnalazione di terapie per osteoporosi o per malattie tumorali che permette di individuare il paziente stesso.

I pazienti afferenti sono stati da noi suddivisi in diversi profili di rischio che dettano comportamenti diversi da parte dei sanitari.

L'esame delle differenti condotte da tenere con i vari pazienti, in funzione del tipo di terapia, della sua durata e degli eventuali fattori collaterali, come suggerita dalla bibliografia internazionale ad oggi nota, ci ha permesso di individuare essenzialmente tre gradi di rischio a cui corrispondono tre differenti linee di comportamento:

Profilo di rischio 1) rientrano in questa categoria i pazienti in terapia con BF orali da meno di 3 anni, senza la coesistenza di altre terapie.

Profilo di rischio 2) rientrano in tale categoria i pazienti candidati per essere inseriti in terapia con BF endovenosi per patologie essenzialmente di tipo oncologico.

Profilo di rischio 3) rientrano in tale categoria i pazienti già in terapia con BF a somministrazione endovenosa, o in terapia con BF orali da più di tre anni o pazienti in terapia con BF orali da meno di tre anni ma con coesistenti terapie con corticosteroidi.

esclusivamente agli operatori. Risulta chiaro come, considerate le percentuali di pazienti odontoiatrici che si rivolgono ai nostri centri sia stato da noi considerato essenziale fornire una linea comune di comportamento, da parte dei sanitari che lavorano nei nostri presidi e che non si rivolga solo ed odontoiatrici ma anche ai colleghi di altre specialità con cui riteniamo essenziale collaborare in equipe.

BRONJ. CRITICITÀ MEDICO LEGALI: PRESENTAZIONE DI CASI CLINICI

Massimo Manchisi, *master in odontologia forense*

Introduzione: *L'osteonecrosi delle ossa mascellari (ONJ), nei pazienti in terapia con bisfosfonati (BPT), è un'entità patologica con la quale l'odontoiatra sempre più spesso, nel corso dell'ultimo decennio, è costretto a confrontarsi durante lo svolgimento della comune pratica clinica.*

Scopo della ricerca: *In considerazione del fatto che, allo stato attuale, il rapporto di causalità tra l'assunzione dei BPT e la comparsa della necrosi ossea su base etiopatogenetica è ancora da chiarire, mentre evidente e universalmente accettata è la correlazione su basi cliniche, lo scopo della ricerca è l'analisi, da un punto di vista odontologico forense, di tre diverse fattispecie in cui la BRONJ è comparsa in concomitanza di terapie odontoiatriche, evidenziando i passaggi clinici a maggior rischio di controversie medico-legali*

Materiali e metodi: *Sono stati presi in esame tre casi clinici, con la relativa documentazione,*

esaminandone la storia clinica, al fine di evidenziare alcune criticità dal punto di vista medico legale. Il primo è un caso riguardante una paziente in terapia con BPT per motivi oncologici (ca. mammario) che a seguito di estrazioni dentarie sviluppa ONJ bilaterale. Come secondo caso è stato selezionato un paziente in terapia con BPT per ca. prostatico, che sviluppa ONJ in area soggetta a decubito della protesi mobile confezionata successivamente all'assunzione del farmaco. Per il terzo caso è stata valutata una paziente in terapia con BPT orali per osteoporosi, che sviluppa ONJ successivamente dell'inserimento delle fixture implantari a livello mandibolare con perdita di due impianti.

Conclusioni: *La valutazione odontologico forense delle BRONJ è difficoltosa, a seguito di questioni medico legali di non semplice soluzione.*

In quest'ottica, il valutatore dovrà tenere conto di molteplici aspetti, nel determinare il pregiudizio all'integrità psico-fisica dell'individuo, includendo la focalizzazione temporale dell'evento, i rapporti diretti e indiretti con le terapie odontoiatriche eseguite, il livello dell'informazione erogata al paziente e il suo effettivo recepimento, oltre che il tipo di follow up a cui questo cluster di pazienti è sottoposto. Il tutto mantenendo un attento monitoraggio della letteratura scientifica internazionale, che in questo ambito di così recente e vorticoso evoluzione assume un ruolo guida nell'indirizzare il giudizio medico-legale.

GESTIONE CLINICA DELLE LESIONI DA BIFOSFONATI PRESSO LA SOC CHIRURGIA MAXILLO-FACCIALE DELL'AZIENDA OSPEDALIERO- UNIVERSITARIA SANTA MARIA DELLA MISERICORDIA DI UDINE

C. Bozzo*, R. Sambo*, A. Fanzutto **, C. Sbuelz, Carlo Moreschi**.**

*** Dipartimento di Scienze Mediche e Biologiche – Sezione di Medicina Legale – Università degli Studi di Udine (Responsabile Prof. Carlo Moreschi)*

** SOC Chirurgia Maxillo-Facciale dell'Azienda Ospedaliero-Universitaria "Santa Maria della Misericordia" di Udine (Direttore Dott. Antonio Maria Miotti)*

L'ONJ-BF è una varietà particolare di osteonecrosi ischemica del distretto maxillo-facciale. È una patologia cronica descritta in pazienti sottoposti a terapia con farmaci della famiglia dei bifosfonati (BF). I BF sono analoghi sintetici dei pirofosfati inorganici naturali e vengono utilizzati nel trattamento dell'osteoporosi da circa trent'anni e nel trattamento del mieloma multiplo e delle metastasi ossee dal 1995. I criteri diagnostici di minima utili nella definizione iniziale di questa patologia, si basano su elementi anamnestici e sull'esame obiettivo:

- 1. pazienti in terapia con BF, con anamnesi positiva di metastasi ossea, mieloma o osteoporosi;*
- 2. pazienti che non hanno effettuato radioterapia nel distretto testa-collo in passato;*
- 3. osservazione clinica di ulcerazione mucose con osso mascellare o mandibolare esposto, necrotico, avascolare di color bianco-grigiastro, con segno di flogosi, tumefazione ed emissione di pus;*
- 4. insorgenza della lesione in modo apparentemente spontaneo o in seguito a interventi odontoiatrici e chirurgici;*

- 5. assenza di processi di guarigione cicatriziale dopo un lasso minimo di tempo di 6 settimane con lesioni refrattarie ai trattamenti e tendenti all'espansione.*

Per un'ulteriore conferma e per valutare i confini anatomici delle lesioni osteolitiche e radiopatiche si utilizzano Rx OPT, TAC del massiccio facciale, Ct dentalscan cone beam, RM. La biopsia delle lesioni pur avendo un certo carattere di invasività, è preferibile eseguirla per dirimere da un punto di vista istologico il sospetto clinico di metastasi ossea o di localizzazione del mieloma. L'esame microbiologico può aiutare a identificare microorganismi responsabili di infezioni secondarie come quelle da Actinomyces e a stabilire una adeguata terapia antibiotica mirata. Per quanto riguarda l'approccio terapeutico, risulta difficile allo stato attuale delle conoscenze applicare in modo rigido un qualunque schema terapeutico. La strategia terapeutica verrà stabilita in base alla differente gravità ed estensione delle necrosi ossee e in base alle patologie di base del paziente, ai suoi problemi sistemici e alla sua aspettanza di vita. Dato per buono il fatto che una "restitutio ad integrum" clinica a breve termine è quasi impossibile da ottenere il clinico può considerare già un buon successo terapeutico la scomparsa della sintomatologia (dolore, alitosi, disgeusia) come anche la regressione della flogosi ed infezione sino anche alla chiusura delle deiscenze almeno per un certo periodo di tempo (3 mesi). Sotto questo punto di vista noi ci avvaliamo di cure mediche come antibiotici, irrigazioni locali con disinfettanti, laser terapia, ozono terapia e/o cure chirurgiche per il controllo locale di lesioni e la ricerca di tessuto macroscopicamente non alterato e probabilmente irrorato. Un dato significativo che si ritrova spesso in letteratura è l'importanza della collaborazione interdisciplinare per valutare gli aspetti relativi alla terapia medica e chirurgica e la eventuale sospensione della terapia con BF.

Come descritto sopra, il paziente che accusi ONJ avrà inevitabilmente un danno biologico permanente di una certa entità. Un corretto e completo consenso informato dove si precisino rischi e benefici del trattamento risulta quindi fondamentale.

Inoltre, andrà attuata una corretta gestione clinica delle lesioni da bifosfonati in modo da ridurre al minimo le menomazioni derivanti.

ESPERIENZA CLINICA DI UN REPARTO PER LA PREVENZIONE E TERAPIA DELLA BRONJ: ANALISI PRELIMINARE DEI PROTOCOLLI APPLICATI

**Giovanni B. Ferrieri, Marco Cargnel,
Alessandro Peretti, Marco Scarpelli, Silvio
Abati**

Introduzione: Si descrivono le metodiche di prevenzione e terapia dell' osteonecrosi dei mascellari in pazienti in cura con bifosfonati trattati presso l' Unità di Day Hospital e Diagnosi Orale della Clinica Odontostomatologica Osp. San Paolo di Milano

Pazienti e metodi: I dati sono stati raccolti considerando il periodo dal 02/2005 al 05/2011; l'analisi è stata condotta su 159 pazienti in terapia con bifosfonati, di cui 80 con indicazioni

ortopediche e 79 con indicazioni oncologiche. Tutti i pazienti sono stati sottoposti ad un protocollo di prevenzione e terapia della BRONJ. Di questi 37 pazienti presentavano evidenze di osteonecrosi al momento della prima visita.

Risultati e conclusioni: Dei 159 pazienti da noi trattati, nel periodo considerato, nessuno ha manifestato insorgenza di BRONJ, o se già in corso, sua progressione. Riteniamo che attraverso un protocollo mirato, al riconoscimento e gestione della condizione sistemica e odontoiatrica del paziente in terapia con bifosfonati, sia possibile trattare tali soggetti evitando l'insorgenza di complicanze fortemente influenti sulla qualità di vita.

Tali considerazioni risultano, a nostro parere, rilevanti non solo dal punto di vista clinico, ma anche da quello medico-legale. La prevenzione delle complicanze ha infatti effetto positivo sulla "compliance" paziente/odontoiatra e, in caso di contenzioso, attraverso documentazione comprovante, consente all'odontoiatra di ben descrivere il proprio comportamento prudente e diligente.

IL CONTENZIOSO IN ENDODONZIA: ESPERIENZE A CONFRONTO

Francesco Pradella, Laura Gasparetto

Scopo della Ricerca: Gli errori in ambito endodontico costituiscono la seconda causa di contenzioso relativo alla branca odontoiatrica, seguiti solo da quelli in ambito protesico. È tuttavia interessante osservare che in più della metà dei casi, a generare il contenzioso è proprio la perdita della protesi conseguente ad un errore endodontico. Scopo di questa ricerca è analizzare i dati raccolti da un grande numero di relazioni tecniche scritte da esperti odontologi forensi nell'ambito della responsabilità professionale in endodonzia. L'analisi dei dati permette di rilevare la relativa ricorrenza dei diversi errori nella terapia endodontica e le loro conseguenze dannose.

Materiali e Metodi: Nella presente ricerca sono stati esaminati i dati provenienti da 120 relazioni tecniche, redatte da esperti odontologi in ambito di responsabilità professionale odontoiatrica tra gli anni 2006 e 2010, sia per conto degli uffici giudiziari che delle compagnie assicurative. Si è rilevato il sesso e l'età dei soggetti esaminati, la tipologia dell'errore rilevato (sotto- o sovra-riempimento canalare, frattura di strumenti, perforazione della struttura anatomica dentale), le conseguenze della scorretta prassi (estrazione, ritrattamento, chirurgia

endodontica, perdita di ricostruzioni protesiche) e le differenti terapie riconosciute necessarie per rimediare il danno.

Risultati: L'analisi dei dati permette di rilevare che l'errore endodontico più comune è l'insufficiente riempimento dei canali radicolari, seguito dalla perforazione delle strutture anatomiche del dente, dal sovrariempimento con estrusione di materiale oltre l'apice del dente, e dalla frattura di strumenti endodontici. Nel 1,66% dei casi esaminati, inoltre, l'esperto non ha rilevato alcun errore clinico e/o radiografico nella prassi endodontica posta in atto. La terapia più frequentemente seguita, per rimediare – anche se drasticamente – all'errore endodontico, è stata l'estrazione del dente (52,99%). Solamente nel 2,56% dei casi, invece, nessuna terapia emendante è stata ritenuta necessaria.

Conclusioni: La discrepanza osservabile tra il numero dei casi esaminati e quelli che sfociano in un procedimento giudiziario mostra che i casi di malpractice endodontica vengono per lo più risolti in sede stragiudiziale e ciò soprattutto verosimilmente perché gli errori nella prassi endodontica appaiono piuttosto evidenti così come evidente appare la responsabilità dell'operatore. Per tale motivo, quindi, le diverse parti in causa cercano evidentemente di trovare un soddisfacente accordo nel più breve tempo possibile evitando così l'aggravio di ulteriori oneri economici. Va comunque osservato che nel 50% circa dei casi esaminati, la terapia di

LA RESPONSABILITÀ PROFESSIONALE IMPLANTOLOGICA IN UNA CASISTICA CONSULENZIALE

Martina Focardi, Sezione di Medicina Legale, Università degli Studi di Firenze; **Michele David Donati**, odontoiatra libero professionista, Firenze

L'aumento del contenzioso in ambito sanitario e segnatamente in quello odontoiatrico, ha motivato un'indagine tesa ad enucleare gli aspetti più critici e problematici della pratica clinica con particolare riferimento all'implantologia. E' noto infatti che il contenzioso in implantologia insieme a quello in protesi spiccano per maggiore ricorrenza nella casistica di contenzioso odontoiatrico sia giudiziale che extragiudiziale. In particolare l'implantologia rappresenta un ambito di estremo interesse dal punto di vista medico-legale sia per le difficoltà di valutazione delle condotte per le numerose alternative terapeutiche, per le procedure operative, per gli obiettivi attesi (sia funzionali che estetici) anche in termini di informazione e di consenso, per la cooperazione professionale sia per la valutazione del danno derivato da difetti di condotta.

Scopo della Ricerca: Partendo da tali premesse, gli Autori hanno analizzato una casistica di casi di contenzioso in ambito implantologico al fine di valutare quale fosse l'errore più ricorrente nel comportamento dell'operatore e il danno conseguente (sia patrimoniale che extrapatrimoniale).

Materiali e Metodi: Sono state analizzate 142 consulenze, redatte da tre odontologi forensi italiani, sia in qualità di CTU che di fiduciario per compagnie assicurative, in ambito di responsabilità professionale odontoiatrica civilistica, nel quinquennio 2006-2010. Ogni consulenza è stata analizzata in riferimento a molteplici variabili: di ordine epidemiologico (sesso ed età del medico e del paziente; anno di esecuzione del lavoro; anno di richiesta del risarcimento) e medico legale (analisi della condotta: consenso; tipo di errore- pre-operatorio, intraoperatorio, post-

operatorio- numero delle fixture utilizzate; ulteriori terapie rese necessarie; tipo di danno e sua valutazione).

Risultati e Conclusioni: L'età media di coloro che reclamano il risarcimento di un danno da terapia implantare risulta compresa nella fascia d'età tra i 50 ed i 60 anni. Ciò appare coerente con l'epoca della vita in cui mediamente possono comparire problematiche inerenti la sostituzione di uno o più elementi dentari.

Il contenzioso - iniziato mediamente 4 anni dopo l'intervento - ha riguardato, nella grande maggioranza dei casi (90%) un singolo professionista mentre in solo il 10% dei casi (complessivamente 13 su 142) i professionisti chiamati a risarcire solidalmente il danno erano più d'uno.

L'errore più ricorrente rilevato ha riguardato - sul totale di 142 casi - per il 33,5% circa la lesione del nervo alveolare inferiore, seguito, a lunga distanza, dalla sinusite per perforazione della membrana sinusale (12%).

L'analisi della casistica ha permesso anche di evidenziare come l'errore più ricorrente si rilevi nella fase della programmazione preliminare, per la mancata esecuzione dei richiesti approfondimenti strumentali e conseguente erronea pianificazione del trattamento. In particolare, è emerso che tale carenza ha comportato due principali tipologie differenti di errore durante l'esecuzione dell'intervento, sostanzialmente causate dalla mancata analisi dell'anatomia topografica del sito. Il primo errore era costituito dalla mancanza di indicazione dell'intervento implantare (controindicazione locale o sistemica assoluta) mentre il secondo errore era una sottovalutazione delle condizioni anatomiche locali con difetto di scelta della tecnica o del dispositivo implantare adeguato con violazione di distretti anatomici (canale alveolare, seno mascellare, ecc.). Durante la fase post chirurgica, invece, ricorrente è stata la sottostima della sintomatologia lamentata dal paziente con ritardo nella risoluzione del problema (rimozione fixture, invio specialista, ecc.)

A fronte delle citate lesività, tuttavia, il valore di danno biologico mediamente valutato è risultato piuttosto contenuto ed in media inferiore al 5% così ugualmente il danno emergente, mediamente compreso tra 5000 - 10.000 euro.

LA CURA DEL MINORE: CONSENSO DEI GENITORI E TITOLARITÀ DEI DIRITTI

Cesare Q. Fiore, Nicolò G.A. Pasqui

Premessi brevi cenni sul consenso informato alle cure, la comunicazione affronterà dapprima i principi generali in tema di cura del minore sotto il profilo deontologico e giuridico, osservando le caratteristiche del procedimento informativo ed la titolarità dei diritti di scelta e

autodeterminazione del minore in campo medico.

Combinato disposto artt.145 Codice Civile e art. 316 e successivi del Codice Civile.

Particolare attenzione concreta sarà rivolta ai casi di patologia del rapporto familiare (separazione, divorzi, divergenze radicali) ed all'incidenza di tali situazioni sulla formazione e validità del consenso genitoriale, analizzando anche i doveri e le possibilità di intervento del professionista sanitario in simili casi, ex art.321 Codice Civile.

La comunicazione avrà taglio pratico e sarà finalizzata a fornire un sintetico ma chiaro vademecum sull'argomento.

APPLICAZIONE DEL MICROSCOPIO CONFOCALE NELL'AMBITO DI UNA IDENTIFICAZIONE CRANICA

Carolina Pagnini, Sezione di Medicina Legale, Università degli Studi di Firenze; **Valentina Piredda**, Dipartimento di Scienze Biomediche, Medicina Legale e delle Assicurazioni, Università degli Studi di Sassari

Il caso segnalato riguarda il rinvenimento di un cranio umano incompleto in una zona boschiva nei dintorni di Reggello nell'aprile 2011.

Il reperto cranico era costituito da un cranio privo di mandibola, con assenza di parti ossee (osso zigomatico e mascellare di sinistra) e con edentulia completa del mascellare superiore da

fatti ante e post-mortem. Adeso alla superficie esterna della volta cranica si evidenziava "materiale di incerta origine", di colore grigiastro e di aspetto plastico o simil-ceroso.

Come di routine, sono state disposte le più appropriate indagini onde pervenire alla definizione del profilo biologico. Ne sono conseguite le diagnosi principali di razza, sesso ed età, utilizzando tecniche antroposcopiche e antropometriche e con la collaborazione di uno specialista in antropologia forense e di un odontologo forense. Sono state altresì fornite indicazioni circa la datazione del resto. Parallelamente è stata allestita una indagine al microscopio confocale al fine di meglio identificare la natura del "materiale di incerta origine", repertato sulla calotta cranica, non impiegando sonde con profili di eccitazione e di emissione noti, ma ricercando l'eventuale presenza di molecole dotate di autofluorescenza nel materiale rinvenuto.

L'EVOLUZIONE DEL CONTENZIOSO DOPO L'INTRODUZIONE DEL TENTATIVO OBBLIGATORIO DI MEDIAZIONE

Francesca Zangari, *Master in Odontologia
Forense – Mediatore ex D.Lgs. n. 28/2010*

Introduzione: Il costante aumento del numero di contenziosi per responsabilità professionale pone l'accento sulla trasformazione del rapporto fiduciario medico-paziente in un rapporto conflittuale. Tuttavia, una denuncia non sempre si accompagna ad errore medico: spesso il sentimento di ingiustizia che anima il paziente nasce dalle emozioni e dalla relazione che si è instaurata con il sanitario. Le parti non comunicano più, cristallizzandosi nelle loro posizioni di partenza, e si apre il contenzioso, comunemente risolto attraverso i mezzi giurisdizionali.

Obiettivi: Il Legislatore, ispirato dalla volontà di favorire un contenimento del ricorso al processo ordinario e dalla necessità di gestire adeguatamente il conflitto sul nascere, ha ricercato strumenti alternativi alla definizione delle controversie. Il 21 marzo 2011 è entrato in vigore il D. Lgs. n. 28/2010, che statuisce come obbligatorio il procedimento di mediazione per molte delle controversie civili e commerciali, comprese quelle in materia di responsabilità medica.

Materiali e Metodi: La mediazione pone l'attenzione sulla dimensione relazionale ed emotiva, su tutti quegli aspetti soggettivi che nel giudizio ordinario non vengono presi in considerazione. Si tratta, infatti, di una procedura di risoluzione extragiudiziale della lite, autonoma, volontaria e consensuale, in base alla quale una terza persona neutrale assiste le parti in conflitto orientandole verso la ricerca di accordi reciprocamente soddisfacenti, in un clima collaborativo che faciliti la loro comunicazione.

Risultati e Conclusioni: Il procedimento si presenta come una soluzione della controversia particolarmente utile tra coloro che al termine del conflitto dovranno continuare a relazionarsi. Al rapporto medico-paziente offre la possibilità di un confronto su posizioni diverse, e comunque legittime, attorno ad un tavolo di mediazione piuttosto che in un'aula di tribunale, istituzionalmente deputata allo scontro ed alla rivendicazione degli interessi contrapposti: il recupero di un atteggiamento meno conflittuale ed il ristabilirsi di un clima disteso consentirà al sanitario di continuare a svolgere la propria attività professionale in serenità ed al paziente di ritrovare la fiducia nei suoi confronti. L'obbligatorietà del tentativo di mediazione è, tuttavia, oggetto di critiche e perplessità, fondate soprattutto sulla considerazione che il procedimento, ancorché strutturato, nasce come volontario ed informale. Attraverso un'analisi critica degli aspetti normativi e procedurali della mediazione vengono discusse problematiche e potenzialità applicative del procedimento nei casi di responsabilità professionale, alla luce dei risultati ottenuti dopo l'entrata in vigore del nuovo istituto.

LA VALENZA DEL CONSENSO DEL MINORE NEI TRATTAMENTI ODONTOIATRICI

Riolo Carlo F. Venusiano, *Odontoiatra,
Master in Odontologia Forense*

Introduzione: Nel tentativo di favorire una piena umanizzazione del rapporto tra odontoiatra e paziente, la Scelta Consapevole - definizione più idonea ed attuale rispetto a quella di Consenso Informato, ritenuto ormai desueto presso gli addetti ai lavori - rappresenta certamente un momento particolare e delicato della fase comunicativa-informativa, ponendosi come strumento che contribuisce allo stabilirsi di una alleanza terapeutica: in tal modo lo stesso paziente, anche se minorenni, può condividere pienamente ed attivamente con il proprio odontoiatra di fiducia il suo percorso diagnostico e di cura.

Scopi della ricerca: Fornire all'odontoiatra, che spesso non è in grado di valutare i potenziali "rischi" medico-legali, i mezzi per cercare di coinvolgere sempre il paziente minorenni in modo giuridicamente ineccepibile. Ciò al fine di tutelare l'operato professionale nei vari aspetti suscettibili di responsabilità giuridica nel corso delle differenti fasi clinico-terapeutiche, soprattutto allorquando operate nei confronti di giovani pazienti.

Materiali e metodi: Si è proceduto ad un'analisi delle leggi e delle disposizioni vigenti sia in

campo internazionale sia in campo nazionale, che costituiscono le basi valutative dell'autodeterminazione del paziente privo della cosiddetta "capacità di agire". Vengono percorse le fondamentali fasi costitutive della formazione del consenso e della rilevanza giuridica della volontà del minore, dal periodo dell'infanzia sino alla maggiore età, in relazione allo stato di salute e soprattutto alla gradualmente crescente capacità di autonomia e discernimento. Sono stati presentati, quale valido e concreto riferimento pratico, un modello di consenso informato ed un documento di autocertificazione per i genitori.

Risultati e conclusioni: Poiché non esiste una precisa normativa che disciplini l'autodeterminazione del minore, così come sono inesistenti, di fatto, le norme in materia di trattamenti odontoiatrici in relazione al diritto complessivo alla salute per questo tipo di paziente, l'odontoiatra sarà dunque costretto ad assumersi non irrilevanti responsabilità medico-legali quali: a) l'individuazione di un'età inferiore a 18 anni, a partire dalla quale riconoscere piena efficacia giuridica al consenso; b) la valutazione caso per caso della maturità psichica, secondo il prudente apprezzamento del professionista demandato a ricevere il consenso; c) la rilevanza del dissenso al trattamento manifestato in merito alle scelte compiute dagli esercenti la potestà genitoriale, con possibile conseguente attivazione di un procedimento dinanzi al giudice tutelare; d) la rilevanza della volontà del minore con il contemporaneo riconoscimento in capo agli esercenti la potestà di un potere di intervento.

LA RESPONSABILITÀ CIVILE DELL'ODONTOIATRA - CONTRATTI E RAPPORTI ASSICURATIVI.

Gabriele Fani, odontoiatra, presidente COI-AIOG Toscana; **Bernardo Bettazzi**, avvocato, consulente legale COI-AIOG Toscana

La posizione dell'odontoiatra verso il paziente in ipotesi di errore professionale, le cautele precedenti e successive al verificarsi del sinistro. Carenze normative del nostro ordinamento giuridico.

Methods: Ricerca e analisi dell'evoluzione giurisprudenziale italiana dell'ultimo trentennio

in materia di responsabilità medica, in particolare odontoiatrica.

Results: Emergono carenze di sistema in ordine alla natura della responsabilità odontoiatrica, nonché in relazione agli adempimenti cui il professionista deve provvedere al fine di tutelare il paziente e la propria figura professionale in ipotesi di sua responsabilità.

Clinical significance: La trasparenza e la completezza da usarsi nella fase di continuativa informazione al paziente, anche in relazione al risultato atteso; le cautele nella scelta del contratto assicurativo. Sensibilizzazione nell'odontoiatria verso le carenze normative che contraddistinguono il suo settore di responsabilità.

POLIZZE RC PROFESSIONALI DELL'ODONTOIATRA: GARANZIE E CRITICITÀ

Simona Ferro - *Odontoiatra, masterizzata in odontologia forense*; **Ada D'Addario** - *Odontoiatra, masterizzanda in odontologia forense*

L'aumento del contenzioso odontoiatrico da un lato e la maggiore sensibilizzazione del professionista sulle problematiche del conflitto e

del contenzioso con il paziente generano una sempre maggiore attenzione degli odontoiatri nei confronti della propria copertura assicurativa e nei confronti dei prodotti assicurativi. Il tutto ha innescato negli ultimi decenni un processo di innovazione e di modifica dei prodotti assicurativi dedicati alla pratica odontoiatrica

Scopo di questo lavoro è quello di valutare l'efficacia, l'estensione e le limitazioni di polizza in un campione di polizze RC professionali per l'attività odontoiatrica, mettendole a confronto e valutandone le principali caratteristiche (durata, tipologia, garanzia base, esclusioni, estensioni, ecc.).

NORME PER GLI AUTORI

I contributi, redatti in lingua italiana, devono essere inviati alla Segreteria di Redazione, via e-mail utilizzando l'indirizzo di posta elettronica:

redazione@proofweb.eu

Il testo del lavoro deve essere accompagnato da una formale richiesta di pubblicazione nella quale specificare:

1. Autori: nome e cognome, qualifica, eventuale istituto/ente di appartenenza con relativo indirizzo;
2. titolo;
3. nominativo, recapito e-mail e telefonico dell'Autore referente per eventuali comunicazioni e/o correzioni al testo di primo invio.

Il contributo, redatto utilizzando il carattere Times New Roman punto 12 interlinea 1.5, deve riportare:

1. titolo
2. Autori: nome e cognome, qualifica e istituto/ente di appartenenza
3. abstract, nel quale descrivere sinteticamente il contenuto del lavoro (massimo 10 righe)
4. testo (massimo 15 pagine, non comprensive di tabelle, figure, riassunto, bibliografia)
5. tabelle e figure (disegni, grafici, fotografie): riportate su fogli separati con le rispettive didascalie numerate progressivamente con numeri romani da richiamarsi nel testo per l'individuazione del punto di inserimento, preferibilmente in bianco e nero
6. note bibliografiche: poste a fondo pagina con rinvio nel testo a mezzo di numerazione araba, secondo lo schema seguente:
 - a. Per articoli: cognome ed iniziale del nome degli Autori. Titolo. Nome della rivista abbreviata secondo Index Medicus; volume: pagina iniziale; anno di pubblicazione.

- b. Per trattati, libri o monografie: cognome ed iniziale del nome degli Autori. Titolo. Edizione. Casa editrice e luogo di pubblicazione. Anno di pubblicazione. Volume e pagina.

- c. Per atti di congressi o convegni: cognome e iniziale del nome degli Autori. Titolo dell'intervento. Titolo del congresso/convegno. Luogo ed anno di svolgimento.

- d. Per note a sentenza: citazione secondo la normale prassi giuridica.

L'accettazione dei lavori è subordinata all'insindacabile giudizio del Comitato Editoriale, il quale può avvalersi del parere di revisori esperti.

Gli Autori accettano implicitamente che il proprio lavoro venga sottoposto all'esame del Comitato Editoriale.

L'avvenuta accettazione sarà comunicata all'Autore referente tramite posta elettronica.

L'eccessiva lunghezza dei contributi o l'inosservanza anche di una sola delle norme redazionali può costituire motivo di richiesta di modifiche per conformazione alle norme di cui sopra.

In caso di richiesta di modifiche, la nuova versione corretta deve essere tassativamente inviata alla Segreteria di Redazione entro 10 giorni dal ricevimento della richiesta. La mancata restituzione delle bozze entro predetto termine autorizza la correzione redazionale d'ufficio dell'originale pervenuto.

La richiesta di pubblicazione comporta la cessione della proprietà del lavoro alla rivista Rassegna di Odontologia Forense.

La Rivista non è responsabile per le opinioni espresse dagli Autori.

Tesi di Master

La raccolta e la conservazione dei dati clinici nei rapporti di collaborazione/consulenza in ambito odontoiatrico nella provincia di Bergamo



di: Lorenzo Givoia

INTRODUZIONE

Fino alla fine degli anni Ottanta, gli odontoiatri esercitavano la propria attività professionale quasi esclusivamente all'interno di studi di proprietà.

Negli ultimi due decenni, è andato sempre più aumentando il numero di medici odontoiatri che svolgono la propria attività professionale presso ambulatori di cui non sono proprietari.

Inizialmente, le collaborazioni/consulenze venivano quasi esclusivamente svolte nei confronti di colleghi.

Negli ultimi anni, si è assistito alla proliferazione di centri odontoiatrici afferenti a società di capitali in cui la figura del medico odontoiatra è sempre associata a

quella del collaboratore/consulente.

Molto spesso, almeno per quanto riguarda le collaborazioni/consulenze effettuate nei

confronti di colleghi, il rapporto tra chi presta e chi si avvale della collaborazione/consulenza, è rafforzato da una fiducia reciproca sancita dall'appartenenza al medesimo albo professionale.

Viviamo un'epoca in cui il cittadino-paziente, anche in ambito odontoiatrico, è sempre più informato, esigente e diffidente; stando ai dati attuali, ogni odontoiatra ha la prospettiva di vedersi coinvolto in un contenzioso almeno una volta nella vita professionale.

Unanimemente si riconosce l'obbligo di tenere un diario clinico e l'importanza delle informazioni in esso contenute come fonte di informazioni attraverso le quali il medico coinvolto in un procedimento civile e/o penale, possa dimostrare di aver correttamente operato.

Cosa accade quando il contenzioso ruota attorno a prestazioni professionali

odontoiatriche effettuate in un contesto di collaborazione/consulenza?

Non è raro che la naturale evoluzione di questo scenario porti ad un nuovo contenzioso tra l'odontoiatra che ha effettuato la collaborazione/consulenza e la figura giuridica che si è avvalsa della collaborazione/consulenza stessa.

La raccolta e la conservazione dei dati clinici nei rapporti di collaborazione/consulenza in ambito odontoiatrico, oggi, sul territorio, attraverso quali dinamiche vengono effettuate?

Per dare una parziale risposta a questo interrogativo, si è deciso di condurre un'indagine sperimentale sugli Odontoiatri iscritti all'Ordine dei Medici Chirurghi e degli Odontoiatri della provincia di Bergamo.

MATERIALI E METODI

Al fine di delineare l'organizzazione dei rapporti di collaborazione/consulenza in ambito odontoiatrico, nella provincia di Bergamo, si è condotta la sperimentazione somministrando agli interessati un questionario appositamente approntato.

Il questionario è stato realizzato introducendo sedici domande, tutte con risposte chiuse e a scelta multipla, eccezion fatta per la domanda numero uno sui dati anagrafici nella quale veniva richiesto di scrivere la risposta relativamente all'età anagrafica, all'anzianità di laurea, al tipo di laurea e al numero di rapporti di collaborazione in essere al momento della sperimentazione.

I quesiti proposti, miravano ad individuare:

- ❖ quale fosse il soggetto nei confronti del quale era prestata la collaborazione/consulenza;

- ❖ l'esistenza, ed eventualmente la tipologia di un contratto per la regolamentazione del rapporto di collaborazione/consulenza;
- ❖ la tipologia di rapporto esistente tra cittadino-paziente, collaboratore/consulente e soggetto che si avvale della collaborazione/consulenza;
- ❖ modalità di acquisizione del consenso e informazione del cittadino-paziente;
- ❖ esistenza e consistenza della cartella clinica;
- ❖ accesso alle informazioni cliniche nel tempo.

Il questionario è stato diffuso agli iscritti all'Albo degli Odontoiatri dell'Ordine dei Medici Chirurghi e degli Odontoiatri della provincia di Bergamo, per mezzo del suo sito web (omceobg.it).

Il numero totale di Odontoiatri iscritti all'albo dell'Ordine di Bergamo era di 837, dei quali 531 erano raggiungibili via e-mail e, a loro volta, 233 anche via sms telefonico.

Sono state inviate 531 e-mail e 233 sms telefonici in cui si chiedeva, ai soli Odontoiatri collaboratori/consulenti, di compilare il questionario in oggetto.

Si è operato in modo da garantire l'anonimato a chi compilava il questionario e di non rendere visibile l'andamento delle risposte date da altri colleghi fino a quel momento.

La compilazione del questionario è stata resa disponibile dal giorno 11 gennaio 2011 al giorno 23 gennaio 2011.

Il sistema permetteva all'iscritto di compilare una sola volta il questionario.

Visti i tempi ridotti, la limitata disponibilità di risorse economiche e il fine di solo delineare una tendenza, si è ritenuto di affidarsi a semplici parametri statistici quali la percentuale di ogni risposta rispetto ad ogni domanda.

QUESTIONARIO RIVOLTO AGLI ODONTOIATRI CHE SVOLGONO LA LIBERA PROFESSIONE COME COLLABORATORI/CONSULENTI

1. Dati anagrafici

Età:

Laurea in:

Conseguita il:

Numero di rapporti di collaborazione/consulenza in cui sei impegnato:

2. Come Odontoiatra sei collaboratore/consulente presso:

Ambulatori di colleghi

Società di capitali

Altro

Questa attività professionale è coperta da assicurazione R. C.?

No

Si, da polizza mia per la quale pago direttamente il premio

Si, da polizza stipulata dal soggetto presso il quale effettuo collaborazione /consulenza e con premio a suo carico

3. I rapporti di collaborazione/consulenza che attualmente ti coinvolgono, si fondano su:

(Chi ha in essere più rapporti di collaborazione/consulenza può indicare più di una risposta)

Contratto redatto bilateralmente e sottoscritto da entrambe le parti

Contratto proposto dall'ambulatorio o struttura, con possibilità di modifiche e sottoscritto da entrambi

Contratto proposto dall'ambulatorio o struttura senza possibilità di modifiche e sottoscritto solo da me

Contratto proposto dall'ambulatorio o struttura senza possibilità di modifiche e sottoscritto da entrambi

Fiducia reciproca senza l'esistenza di alcun contratto scritto

4. Economicamente, il compenso per la tua collaborazione/consulenza prevede:

Fatturazione diretta da parte mia al cittadino/paziente dell'intero importo della prestazione

Fatturazione, da parte dell'ambulatorio o struttura, al cittadino paziente, dell'intero importo della prestazione

Fatturazione, da parte di entrambi, al cittadino paziente, della prestazione per la percentuale di competenza

5. Il piano di cura del cittadino/paziente, viene stilato:

Da me personalmente

Da altri colleghi

Collegialmente da tutti gli Odontoiatri che effettueranno le terapie

6. L'informazione del cittadino/paziente e la raccolta del suo consenso, relativamente alle cure che tu effettuerai, avviene ad opera:

Del personale paramedico (assistente alla poltrona)

Del personale amministrativo di segreteria

Mia personalmente

Di altro collega con esperienza e preparazione almeno pari alla mia

A tale scopo è stato approntato un modulo:

Prestampato "chiuso"

Prestampato "aperto"

Nessun modulo prestampato perché si scrive caso per caso

Nessun modulo perché esclusivamente orale

7. Le terapie da te effettuate, vengono clinicamente documentate e registrate su una cartella clinica?

Si No Saltuariamente

Dalla cartella clinica si può inequivocabilmente risalire al sanitario che ha effettuato ogni prestazione?

Si No Saltuariamente

Le RX effettuate, vengono registrate?

Si No Saltuariamente

La documentazione fotografica del caso viene effettuata?

Si No Saltuariamente

I modelli vengono fotografati?

Si No Saltuariamente

8. La documentazione clinica completa del cittadino/paziente, viene conservata dall'ambulatorio o struttura:

Mai perché non esiste

Per un tempo variabile solo nei casi particolarmente complessi

Sempre per cinque anni dopo la fine delle terapie

Sempre per dieci anni dopo la fine delle terapie

Sempre a vita

9. Conservi personalmente copia della documentazione clinica:

No, nulla perché non mi è consentito

No, nulla perché non lo ritengo importante

Si, completa

Solo le Rx

Solo le fotografie

Solo la copia delle annotazioni effettuate in cartella

10. Il contratto che hai sottoscritto, prevede il diritto illimitato, da parte tua, di accedere a tutta la documentazione clinica dei cittadini/pazienti sui quali sei professionalmente intervenuto?

Si, salvo il caso in cui si instauri un contenzioso tra me e l'ambulatorio o struttura in questione

No, perché non esiste alcun contratto

No e sono convinto che in caso di contenzioso, chi si avvale della mia collaborazione/consulenza, avrebbe tutto l'interesse affinché possa avere ogni elemento utile alla mia difesa

Si in tutti i casi

"Gentile collega, Ti chiedo di dedicare qualche minuto del tuo tempo alla compilazione del seguente questionario.

Il questionario è anonimo, non sarà possibile risalire alla Tua identità.

I dati raccolti saranno diffusi in forma aggregata e forniranno informazioni utili finalizzate alla prevenzione del contenzioso in odontoiatria.

E' possibile compilare una sola volta il presente questionario.

Compila il questionario **solo se sei Odontoiatra libero professionista collaboratore/consulente.**

Contiamo sulla Tua preziosa collaborazione e Ti invitiamo a rispondere, **entro il prossimo 23 gennaio 2011.**"

Si è ritenuto di indicare come limite minimo per considerare lo studio sufficientemente indicativo, il numero di quaranta risposte al questionario.

RISULTATI

Il numero di odontoiatri che ha correttamente compilato il questionario è stato di 107.

Le fasce di età rappresentate vanno da ventisette a settantacinque anni.

Le fasce di età sono quasi uniformemente rappresentate tra i ventisette e i sessanta anni.

Si è registrata una lievissima prevalenza di colleghi che hanno compilato il questionario tra i ventisette e i quarantuno anni.

Due sono stati gli ultra settantenni che hanno compilato il questionario.

Anche per quanto riguarda l'anzianità di laurea le fasce sono uniformemente

rappresentate con lieve prevalenza della fascia sotto i dieci anni.

I numeri di rapporti di collaborazione/consulenza in essere va da uno a dieci con prevalenza di tre e quattro .

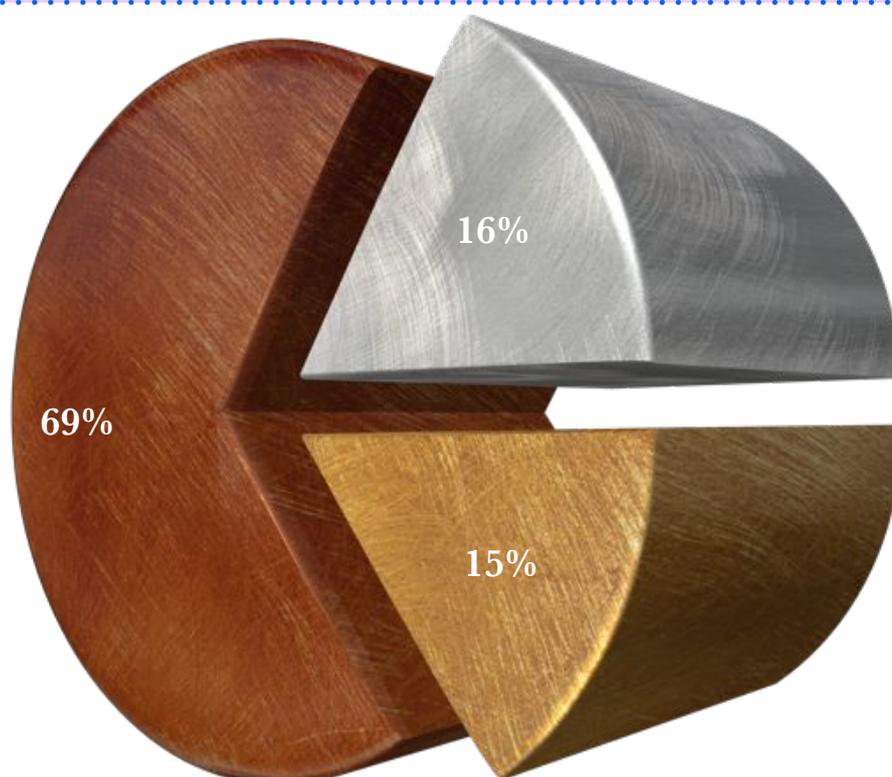
Da segnalare che un odontoiatra non ha risposto alla domanda sull'anagrafica mentre le successive domande hanno avuto risposta dal 100% dei colleghi che hanno compilato il questionario.

Per schematizzare la percentuale delle risposte dalla domanda n. due alla domanda n. sedici ci si avvarrà di rappresentazioni grafiche.

DISCUSSIONE E CONCLUSIONI

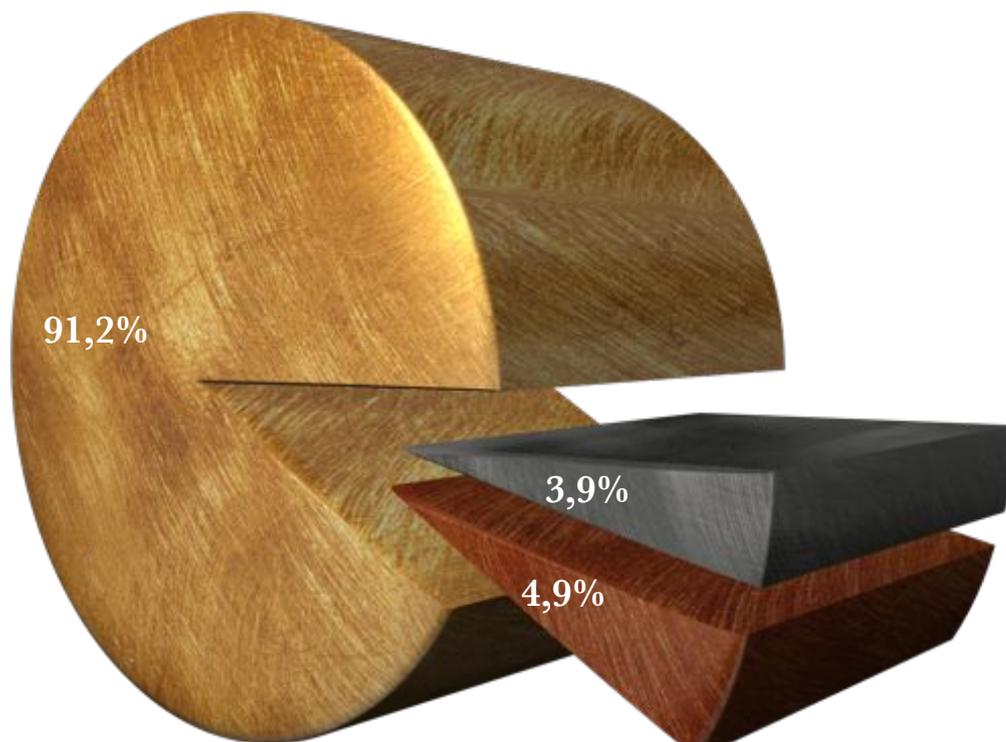
Dall'analisi dei dati raccolti, contrariamente a quanto ci si potesse aspettare, la figura dell'odontoiatra collaboratore/consulente non riguarda solo i professionisti neolaureati ma tutte le fasce d'età della professione.

Domanda 2.A - Come Odontoiatra sei collaboratore/consulente presso:



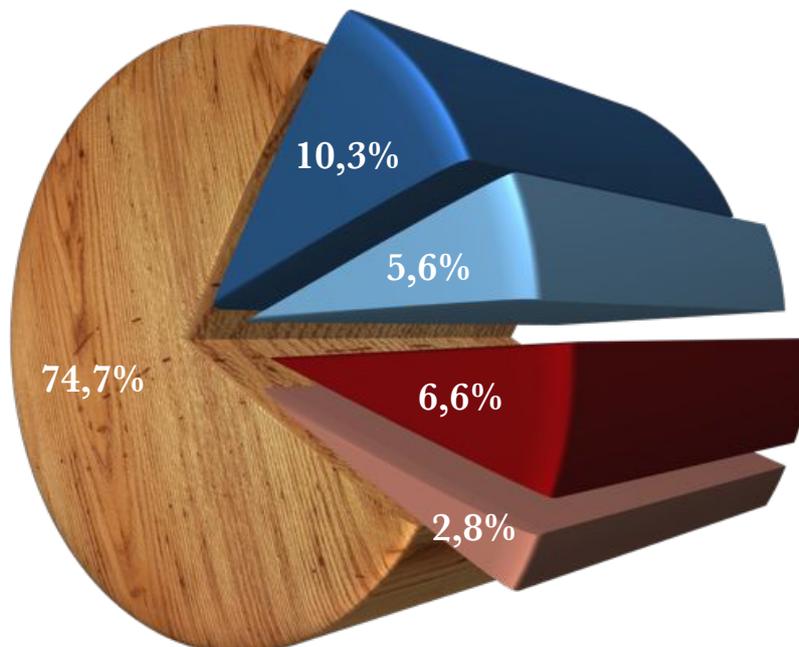
● Ambulatorio di colleghi ● Società di Capitali ● Altro

Domanda 2.B - Questa attività professionale è coperta da polizza R.C.?



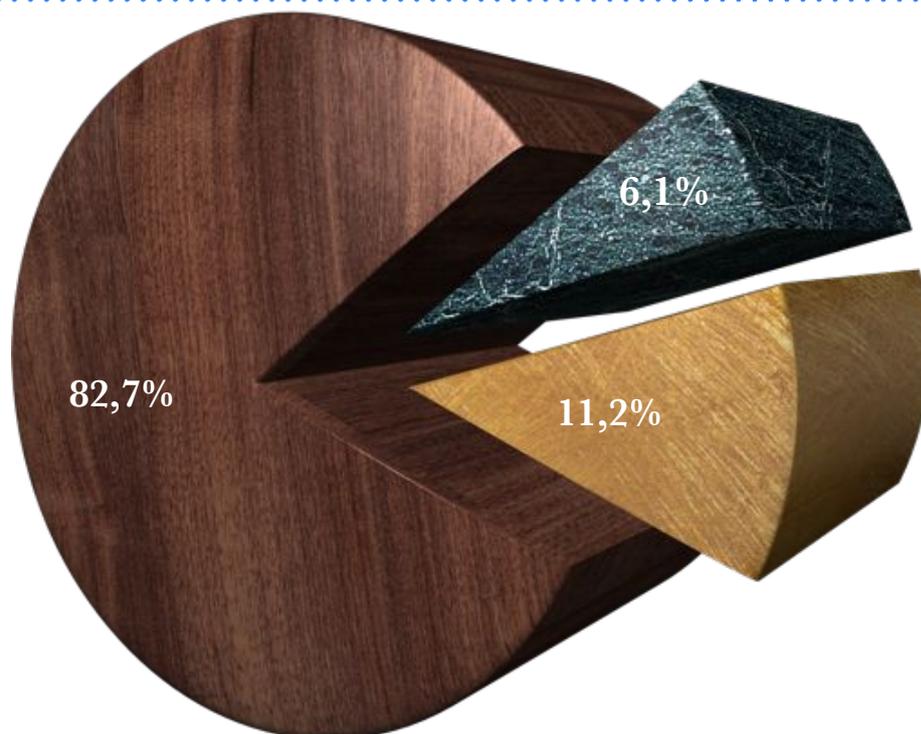
- No
- Si, il premio lo paga il titolare dello studio
- Si, pago direttamente il premio

Domanda 3 - I rapporti di collaborazione/consulenza che attualmente ti coinvolgono, si fondano su:



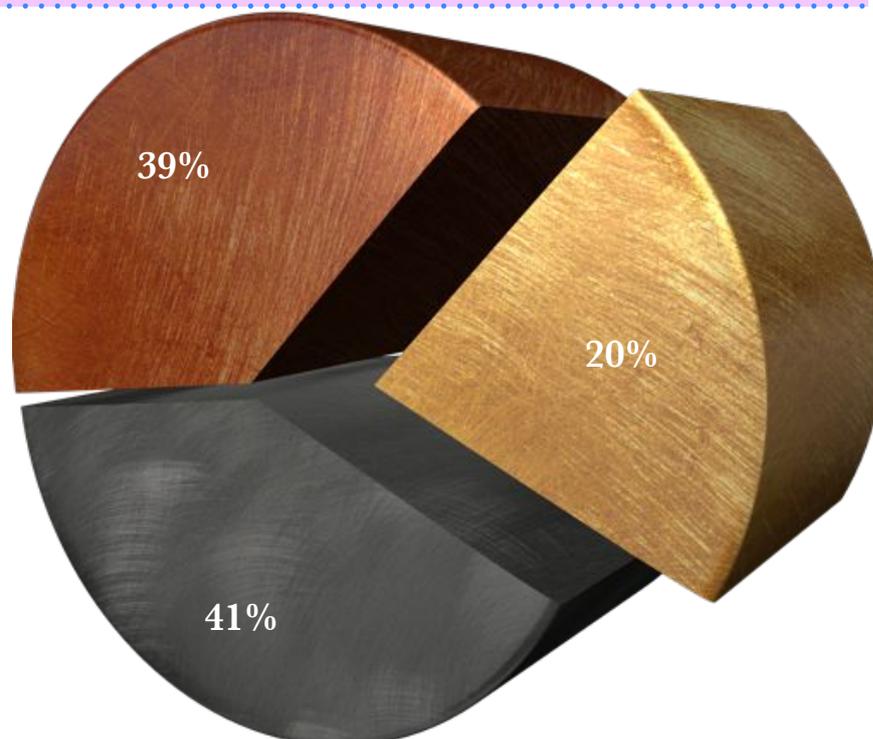
- Contratto redatto bilateralmente e sottoscritto da entrambe le parti
- Contratto proposto dalla struttura, con possibilità di modifiche, e sottoscritto da entrambi
- Contratto proposto dalla struttura e sottoscritto solo da me
- Contratto proposto dalla struttura, senza possibilità di modifiche, e sottoscritto da entrambi
- Fiducia reciproca senza alcun contratto scritto

Domanda 4 - **Economicamente, il compenso per la tua collaborazione/consulenza prevede :**



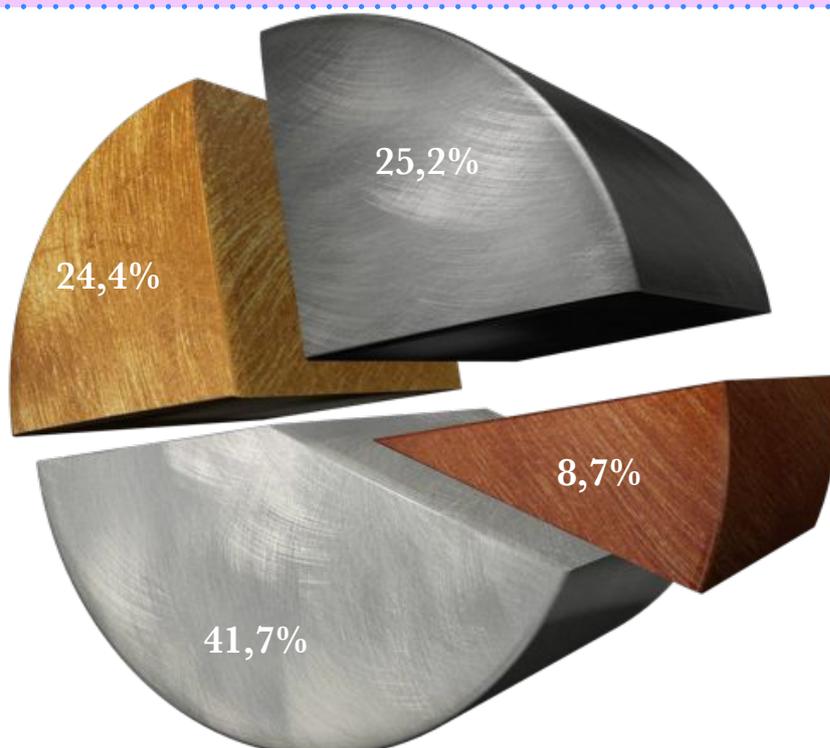
- Fatturazione diretta al paziente, da parte mia, dell'intero importo
- Fatturazione al paziente, da parte della struttura, dell'intero importo
- Fatturazione al paziente, da parte di entrambi, per la percentuale di competenza

Domanda 5 - **Il piano di trattamento viene stilato:**



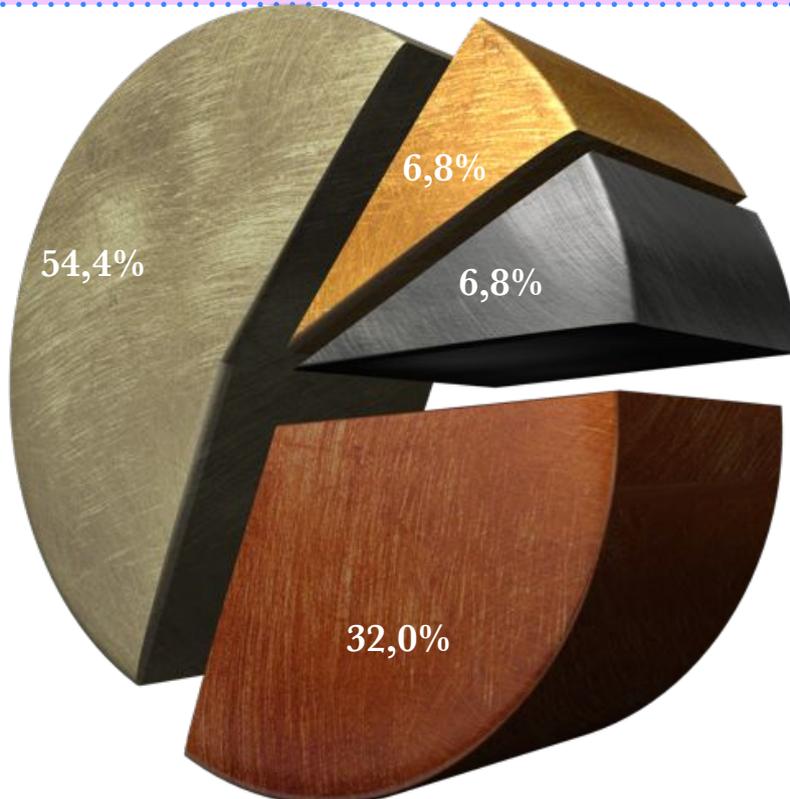
- Da me
- Collegialmente da tutti gli odontoiatri coinvolti nelle terapie
- Da altri colleghi

Domanda 6 - L'informazione al paziente e la raccolta del suo consenso alle cure che tu effettuerai avviene a cura:



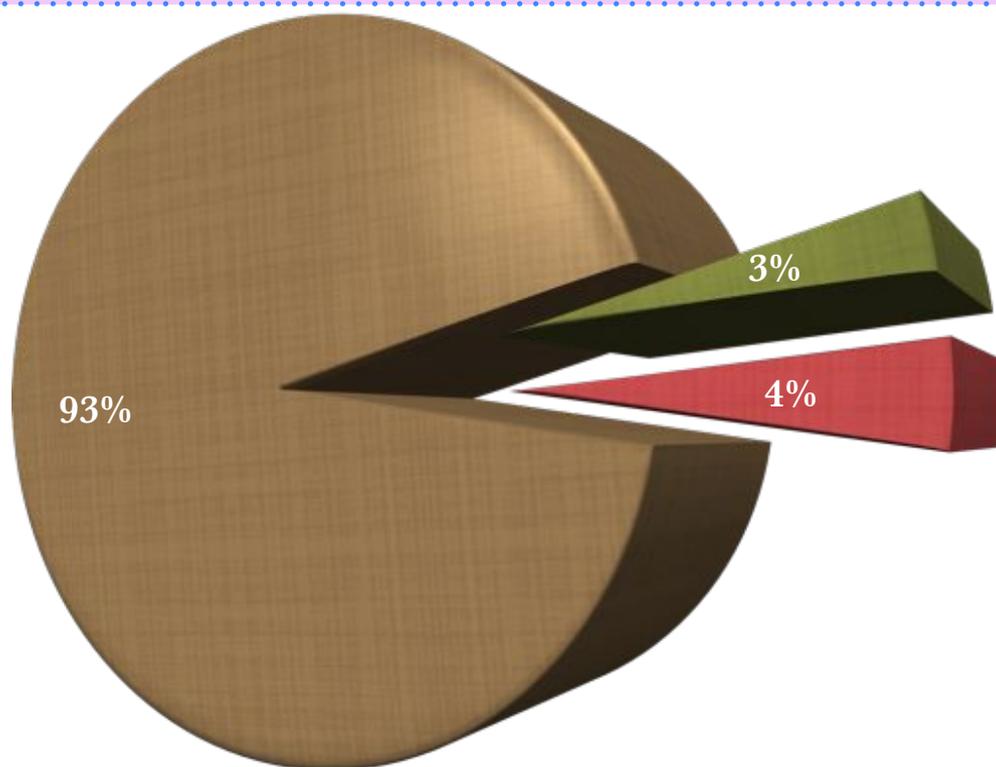
- Altro collega con esperienza e preparazione almeno pari alla mia
- Mia personale
- Del personale amministrativo di segreteria
- Del personale paramedico (assistente alla poltrona)

Domanda 7 - A tale scopo è stato approntato un modulo:



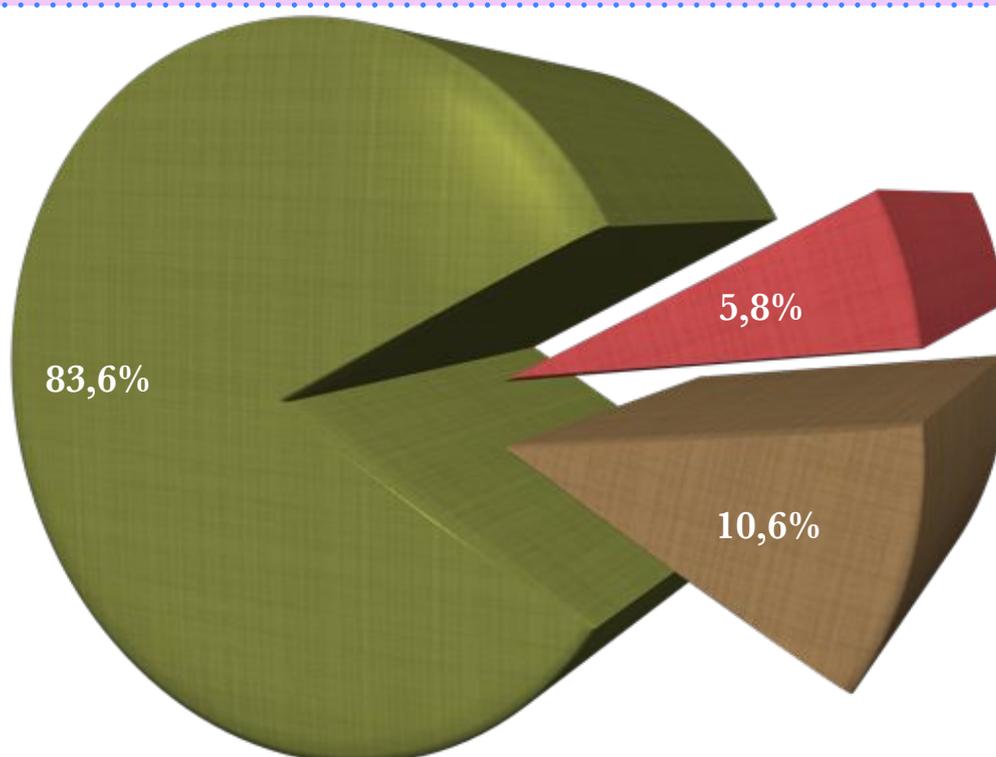
- Prestampato chiuso
- Prestampato aperto
- Nessun modulo, si scrive caso per caso
- Nessun modulo, esclusivamente orale

Domanda 8 - Le terapie da te effettuate vengono registrate su una cartella clinica:



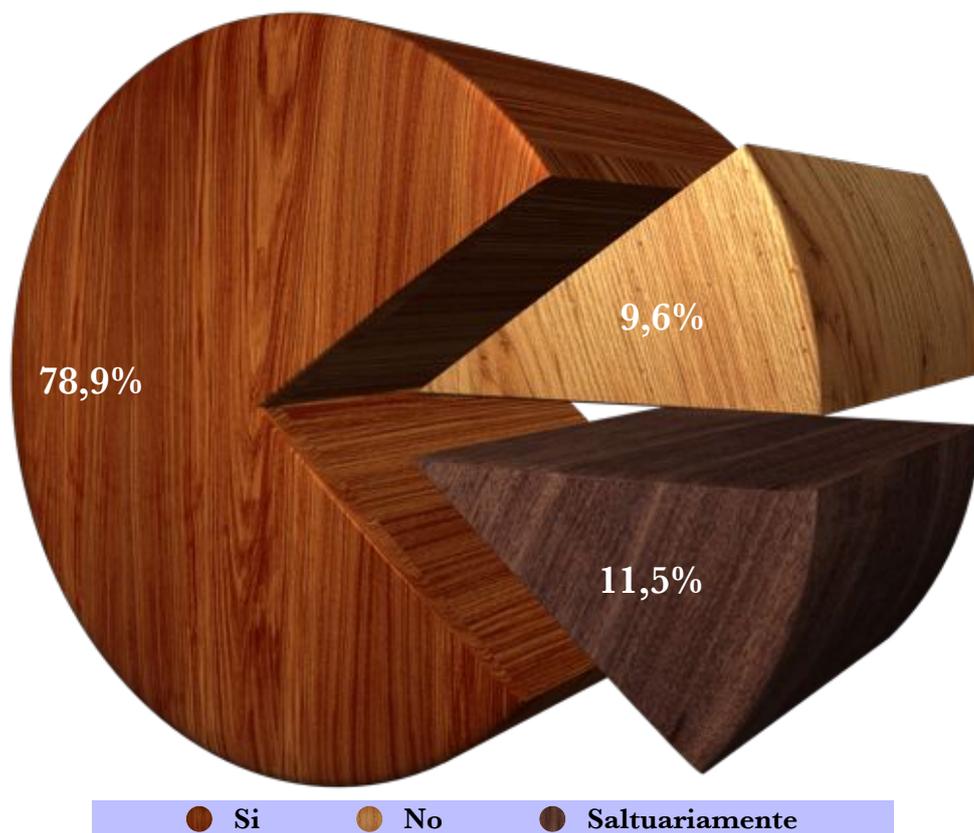
● SI ● No ● Saltuariamente

Domanda 9 - Dalla cartella clinica si può individuare l'operatore che ha eseguito ogni prestazione?

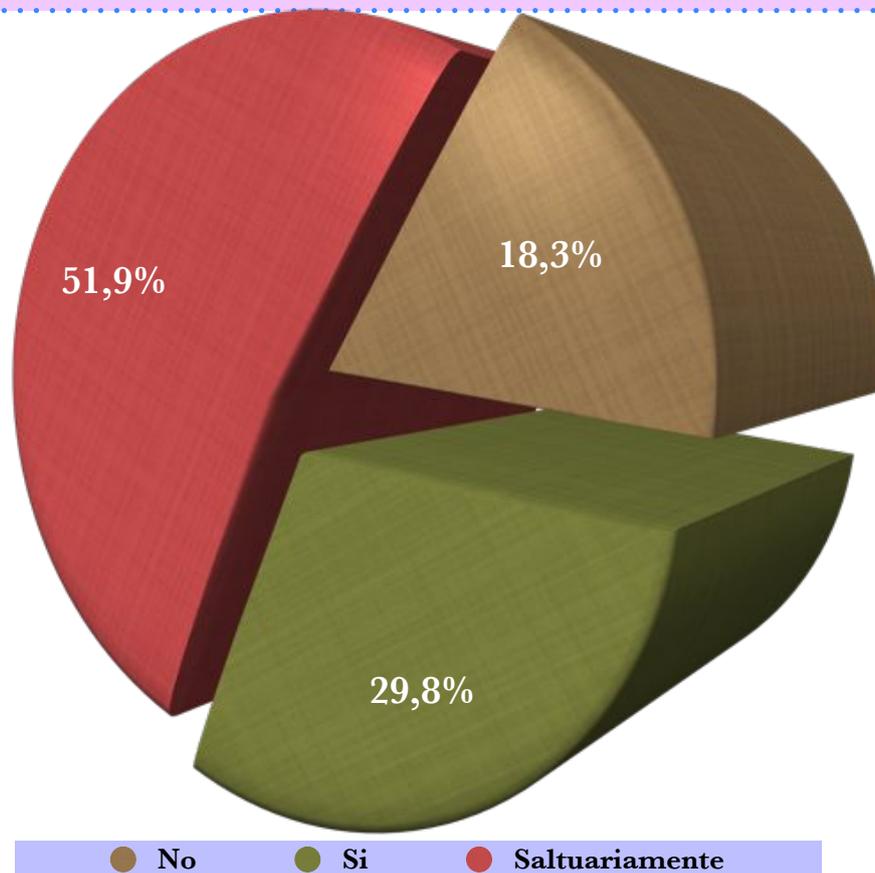


● No ● Si ● Saltuariamente

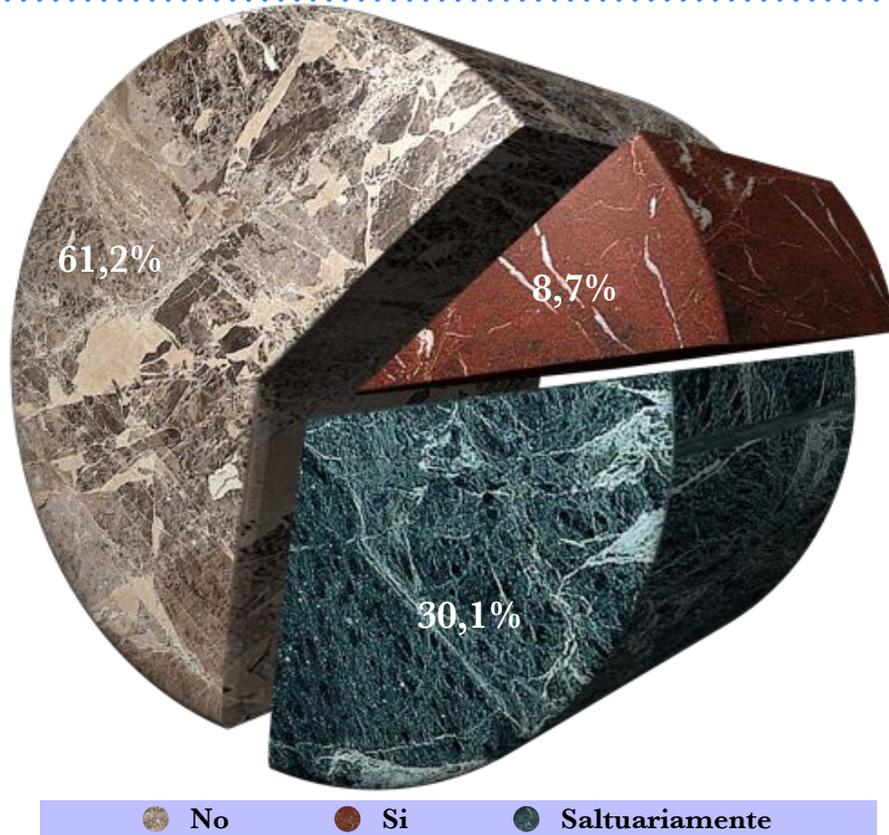
Domanda 10 - **Le radiografie effettuate vengono registrate?**



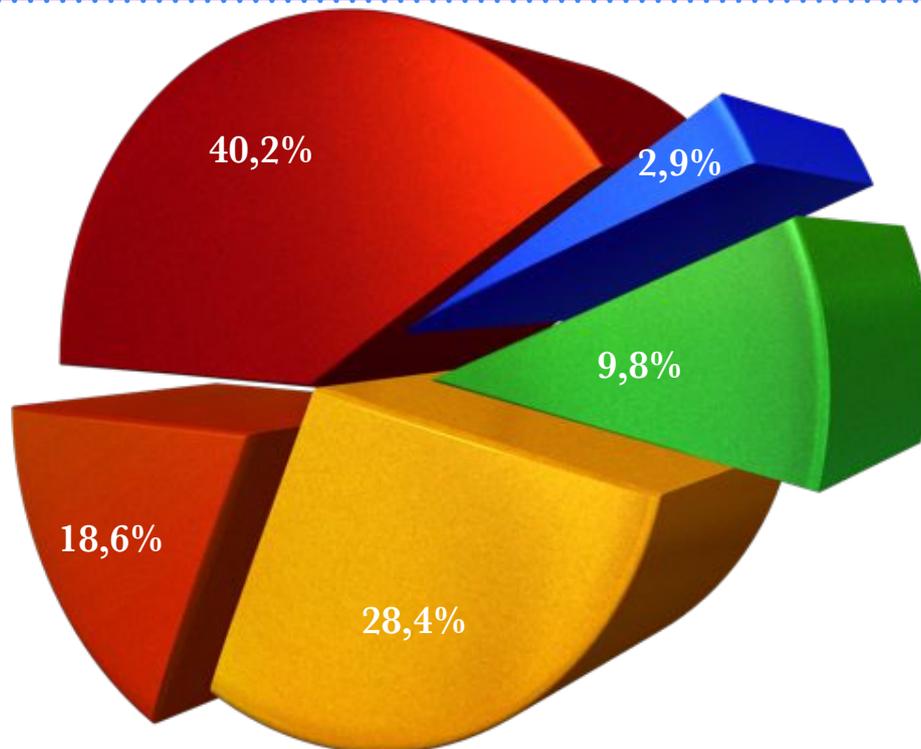
Domanda 11 - **La documentazione radiografica del caso viene effettuata?**



Domanda 12 - I modelli vengono fotografati?

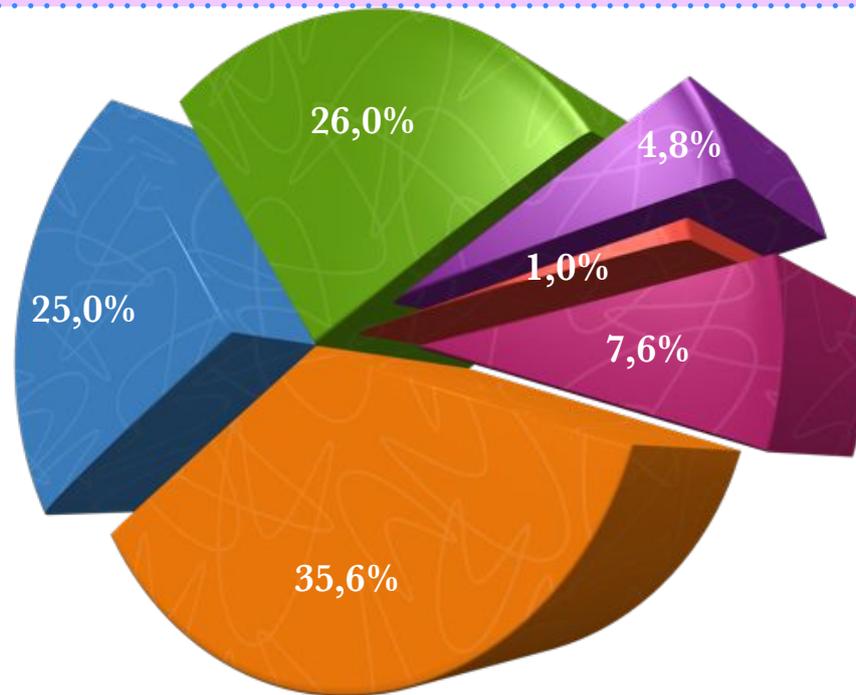


Domanda 13 - La documentazione clinica completa del paziente viene conservata dalla struttura?



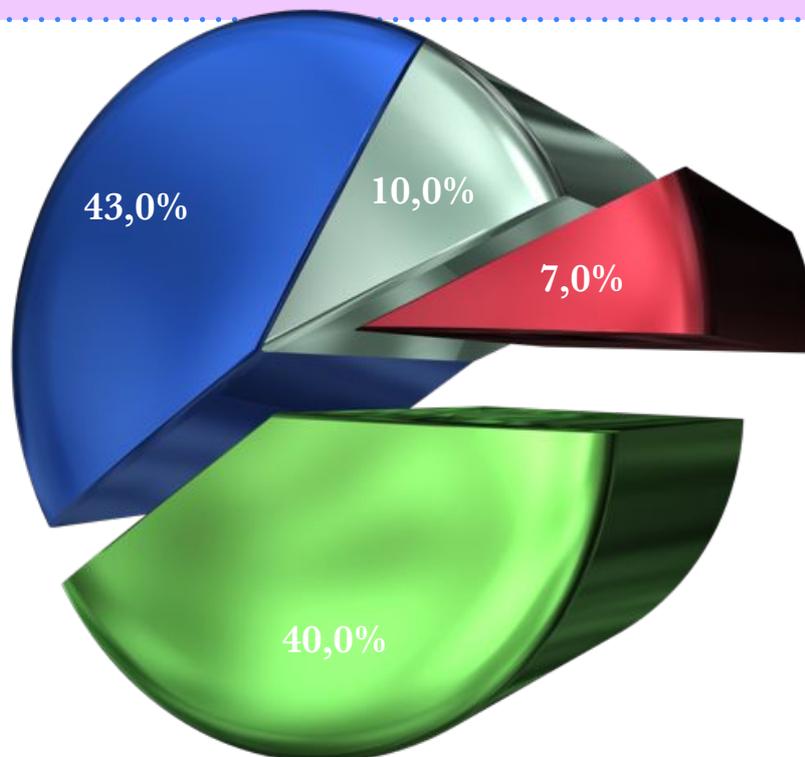
- Mai, non esiste documentazione
- Sempre, per 5 anni
- Sempre, per 10 anni
- Solo nei casi complessi, per un tempo variabile
- Sempre, a vita

Domanda 14 - **Conservi personalmente copia della documentazione clinica?**



- No, non mi è consentito
- Si, completa
- Si, solo le RX
- No, non lo ritengo importante
- Si, solo le fotografie
- Si, solo le annotazioni effettuate in cartella

Domanda 15 - **Il contratto che hai sottoscritto prevede il diritto illimitato di accedere alla documentazione clinica dei pazienti sui quali sei intervenuto??**



- SI, salvo il caso di contenzioso tra me e la struttura
- Si, in tutti i casi
- No, non esiste alcun contratto
- No, ma sono convinto che in caso di necessità mi verrebbe fornito il necessario per la difesa

Con il trascorrere degli anni, non intervenendo nuovi fattori socio-economici, si assisterà ad un'equa distribuzione percentuale di odontoiatri collaboratori/consulenti all'interno delle varie fasce di età.

E' ferma convinzione di chi scrive, anche se l'argomento esula parzialmente dalle finalità della presente tesi, che la percentuale di odontoiatri collaboratori/consulenti sarà destinata a crescere in modo esponenziale nei prossimi anni.

Chi si avvale della collaborazione/consulenza, quasi nel 70% dei casi è un altro odontoiatra.

Questo dato assume particolare importanza perché l'essere collaboratore/consulente di un collega iscritto al medesimo albo professionale, genera una fiducia reciproca dalla quale potrebbe scaturire una certa leggerezza nel gestire il rapporto di collaborazione/consulenza, con l'instaurarsi di errate aspettative che palesemente sarebbero disattese in caso di contenzioso.

Risultano facilmente intuibili le possibili gravi ripercussioni sulla sfera emotiva dello scenario appena descritto.

Altro aspetto degno di nota è l'assenza di un sindacato che tuteli esclusivamente gli interessi dei collaboratori/consulenti.

Come conseguenza di quanto fatto rilevare, risulta verosimile una situazione in cui, i rappresentanti dei collaboratori/consulenti, seduti ad un tavolo di trattativa per la stesura di un contratto tipo, potrebbero essere dirigenti di un sindacato di odontoiatri le cui linee politiche risultano essere imposte da odontoiatri che si avvalgono di collaborazioni/consulenze o esserlo essi stessi con un evidente conflitto di interessi.

Nella quasi totalità dei rapporti di collaborazione/consulenza presi in esame, l'attività odontoiatrica è coperta da una polizza assicurativa stipulata dal collaboratore/consulente per la quale egli stesso paga il premio.

Il soggetto che si avvale della collaborazione/consulenza, che nel 70% dei casi è un odontoiatra, avrà una propria copertura assicurativa.

Contrariamente a quanto si potrebbe intuire, questa "doppia" copertura assicurativa dà origine a molteplici problematiche.

Si pensi ad un collaboratore/consulente che effettua interventi di implantologia per i cui rischi il titolare di studio non è assicurato.

Quest'ultimo, inevitabilmente, sarà chiamato a rispondere di eventuali danni cagionati ai cittadini-pazienti dal proprio collaboratore/consulente (culpa in eligendo o culpa in vigilando) per i quali si troverà ad essere privo di copertura assicurativa.

Altro aspetto ombroso di questa "doppia" assicurazione è dato dal fatto che la compagnia assicuratrice del collaboratore/consulente, come è ovvio che sia, cercherà di appesantire la posizione del titolare di studio a vantaggio del proprio assicurato.

Ideale sarebbe invece, un'assicurazione per i rapporti di collaborazione/consulenza in cui il titolare di studio e il collaboratore/consulente risultino assicurati dalla stessa compagnia e nella stessa polizza con la conseguenza del venir meno dell'interesse di spostare la responsabilità su uno piuttosto che sull'altro assicurato.

La via più semplice per giungere a questo risultato prevede la copertura dei collaboratori/consulenti con contraenza da parte dei titolari di studio.

Degno di nota il dato del 3,9% dei collaboratori/consulenti che ancora opera privo di copertura assicurativa.

L'altissima percentuale di collaborazioni/consulenze effettuate per conto di altri colleghi fa sì che il rapporto si basi esclusivamente sulla

fiducia reciproca, con assenza di alcun contratto, nel 74,7% dei casi.

Le collaborazioni/consulenze, di norma, si svolgono nello studio del titolare ma i principi giuridici, di cui agli artt. del Codice Civile 2043, 2049 e 2232, non variano se la collaborazione/consulenza si svolge presso il collaboratore/consulente o in “territorio neutro” quale un poliambulatorio.

Infatti non è il criterio topografico che determina il destinatario del mandato professionale, anche se può concorrere ad individuarlo.

Con questo, implicitamente si afferma che non sempre le situazioni sono così chiare come risultano dalle schematizzazioni e dalle esemplificazioni.

Vi sono quindi delle zone d'ombra.

Questo non attenua i rischi connessi con le collaborazioni/consulenze, anzi li aggrava poiché l'incertezza allunga i tempi, inasprisce le posizioni, aumenta il contenzioso e appesantisce i costi.

Tutto ciò anche dal punto di vista del cittadino-paziente.

Da quanto sopraesposto ne deriva l'assoluta necessità di un contratto che regolamenti il rapporto tra collaboratore/consulente ed i titolari di studio o ambulatorio.

La fatturazione dell'intero importo delle prestazioni effettuate dai collaboratori/consulenti avviene ad opera della struttura nell' 83% dei casi mentre il piano di cura, nel 20% dei casi, non è stilato anche dal collaboratore/consulente.

Tutto ciò rafforza il concetto di coordinazione ed organizzazione da parte del titolare di studio.

Si ricordi che l'art. 4 e l'art. 22 del Codice Deontologico, osterebbero con forme di lavoro subordinato da parte dell'odontoiatra e che l'art. 61 D.Lgs. n.275/2003, ha escluso dalla

parasubordinazione le professioni intellettuali per l'esercizio delle quali è necessaria l'iscrizione in appositi albi professionali.

In base ai risultati del questionario, solo il 50% dei collaboratori/consulenti fornisce correttamente le informazioni atte all'ottenimento del consenso ai cittadini-pazienti.

L'altro 50% affida questo compito al personale di segreteria o al personale paramedico.

Solo il 54,4% dei collaboratori/consulenti utilizza un modulo prestampato “aperto”.

In relazione a questi ultimi aspetti, in un'ottica di contenimento del contenzioso, si ritengono utili campagne di informazione e di sensibilizzazione sull'argomento.

L'annotazione in cartella clinica delle terapie effettuate, con la possibilità di risalire inequivocabilmente al sanitario che ne è stato artefice, è garantita nel 93% dei casi.

Molto alta è anche risultata essere la percentuale di registrazione in cartella clinica delle radiografie.

Ancora poco frequente risulta essere la documentazione fotografica del caso.

Il 40% degli odontoiatri che ha partecipato al presente studio, dichiara che la documentazione clinica del cittadino-paziente viene conservata “a vita” mentre il 18% dichiara di conservarla dieci anni.

Nel 2,9% dei casi, ancora non esiste alcuna cartella clinica.

Anche su questi aspetti sarebbe auspicabile una campagna di sensibilizzazione.

La documentazione clinica dei cittadini-pazienti viene conservata anche personalmente, solo dal 26% dei collaboratori/consulenti intervenuti su di essi mentre il 35,6 % si vede negare questa possibilità dai titolari di studio.

A tale proposito, si considerino le norme a tutela della privacy relativamente all'acquisizione e conservazione dei dati sensibili.

Il 50% dei collaboratori/consulenti che hanno compilato il questionario, sono convinti di poter avere sempre libero accesso ai dati clinici dei cittadini-pazienti su cui sono intervenuti.

Questo dato esprime, ancora una volta, una previsione ottimistica dettata probabilmente dalla fiducia reciproca su cui è fondato il rapporto di collaborazione/consulenza.

Si ricordi che nel 74,7% dei casi non è presente alcun contratto.

Evidentemente, risulta essere notevolmente sottostimata la probabilità del verificarsi di un contenzioso tra collaboratore/consulente e il titolare dell'ambulatorio.

Invece, come abbiamo già evidenziato, l'assenza di un contratto e la presenza di due distinte coperture assicurative, fanno risultare tutt'altro che inverosimile la possibilità che si instauri un contenzioso tra chi si avvale della collaborazione/consulenza e chi la offre.

Bibliografia

- G.A. Norelli, C. Buccelli, V. Fineschi; Medicina Legale e delle Assicurazioni - Piccin ed. 2009;
- G.A. Norelli, V. Pinchi; Odontologia Forense - Piccin ed. 2010;
- G. Fiore, G. Paoni, L. Trecate, V. Vaccaro, F. Zangari; La responsabilità dell'Odontoiatra: i collaboratori - editor Marco Scarpelli I quaderni di ANDI Assicura- ANDI Assicura Milano 2010;
- Buzzoni; Medico e paziente - FAG Milano 2007;
- Ferri, Riva Sanseverino; Del Lavoro - in commentario del codice civile - Scialoja, Branca; Zanichelli Bologna 1966
- F. Montagna, D. De Leo, L. Montagna, M. Orrico, V. Piras, A. Piras; Responsabilità professionale odontoiatrica - Ed. Martina 2010;
- B.D. Bassi; La polizza di assicurazione per il professionista - Impronte 2007;

- M. Ferrari; La responsabilità civile in Odontoiatria - In Danno e Responsabilità v.9 n.2/2004;
- D. Manfredini; La cartella clinica e l'archivio dello studio odontoiatrico - Impronte, n.1/2008;
- Ordine dei medici Chirurghi e degli odontoiatri della Provincia di Bergamo, Manuale di benvenuto, 9/2010.

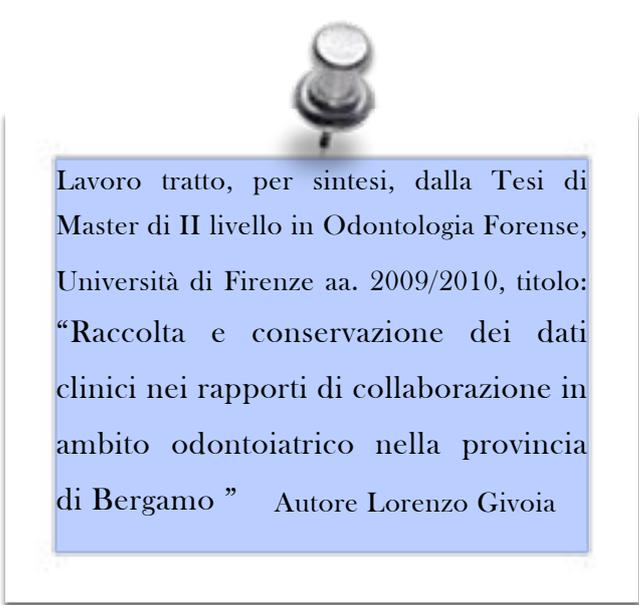
Ringraziamenti

Si ringrazia per la preziosa collaborazione:

- ▶ il Presidente dell'Ordine dei Medici Chirurghi e degli Odontoiatri di Bergamo Dott. Emilio Pozzi;
- ▶ il Consiglio Direttivo dell'Ordine dei Medici Chirurghi e degli Odontoiatri di Bergamo, in carica nell'anno 2011;
- ▶ il Presidente della Commissione Albo Odontoiatri dell'Ordine dei Medici Chirurghi e degli Odontoiatri di Bergamo Dott. Roberto Callioni, in carica nell'anno 2011;
- ▶ tutti i componenti della Commissione Albo Odontoiatri dell'Ordine dei Medici Chirurghi e degli Odontoiatri di Bergamo, in carica nell'anno 2011;
- ▶ tutti i componenti della Commissione Pari Opportunità dell'Ordine dei Medici Chirurghi e degli Odontoiatri di Bergamo, in carica nell'anno 2011.

Conflitto di Interessi

L'autore dichiara l'assenza di legami con enti di natura commerciale o non commerciale la cui attività potrebbe essere influenzata dai risultati della ricerca.



Lavoro tratto, per sintesi, dalla Tesi di Master di II livello in Odontologia Forense, Università di Firenze aa. 2009/2010, titolo: "Raccolta e conservazione dei dati clinici nei rapporti di collaborazione in ambito odontoiatrico nella provincia di Bergamo" Autore Lorenzo Givoia

IL PROGETTO ODONTOLOGIA FORENSE



È MEMBRO DELLA INTERNATIONAL ORGANIZATION
FOR
FORENSIC ODONTO-STOMATOLOGY

