

Profilo professionale, etica, codice deontologico e legislazione applicata

Marialice Boldi, Caterina Di Marco, Avv. Fabrizio Mastro
Con la collaborazione di Avv. Marie Charlotte Barbati

Key words

Codice deontologico / *Code of conduct*
Competenze / *Competences*
Educazione alla salute / *Health education*
Etica / *Ethics*
Laurea di primo livello / *First degree*
Principi etici / *Ethical principles*

Profilo professionale / *Professional profile*
Promozione della salute / *Health promotion*
Responsabilità professionale / *Professional liability, responsibility*
Riservatezza / *Confidentiality*
Segreto professionale / *Professional secret*

PROFILO PROFESSIONALE

M. Boldi

Storia del profilo professionale

In Italia la storia del profilo professionale dell'Igienista dentale inizia nel 1978 con l'istituzione presso l'Università di Bari della prima "Scuola diretta a fini speciali per Igienisti dentali", ma dal punto di vista normativo il primo decreto è il **DM 26/01/1988, n. 30 (GU 10/02/1988)** che, per la prima volta, riconosce formalmente la figura professionale dell'Igienista dentale e ne definisce un primo profilo professionale.

L'Igienista dentale, *operatore professionale di prima categoria* svolge compiti relativi alla prevenzione delle affezioni bucco-dentali alle "strette dipendenze dei medici specialistici nelle discipline odontostomatologiche e dei dottori in odontoiatria". Tale decreto ha tuttavia vita breve: viene pubblicato e successivamente abrogato per vizio di forma.

Nel 1994 con il **DM, n. 669 del 14/9** viene "individuata la figura professionale dell'Igienista dentale con il seguente profilo: l'Igienista dentale è l'operatore sanitario che, in possesso del diploma universitario abilitante, svolge compiti relativi alla prevenzione delle affezioni oro-dentali alle dipendenze degli odontoiatri e dei medici chirurghi legittimati all'esercizio della odontoiatria" e si riconosce che "l'Igienista dentale svolge la sua attività professionale in strutture sanitarie, pubbliche o private, in regime di dipendenza o libero-professionale".

Un'organizzazione sindacale di odontoiatri si oppose a tale DM soprattutto in riferimento all'autonomia *libero-professionale* concessa agli Igienisti dentali e fu necessaria la promulgazione

del **DM, n. 137/99** in cui le parole "alle dipendenze degli odontoiatri..." vennero sostituite dall'allocuzione "su indicazione degli odontoiatri..." così da sancire definitivamente l'autonomia professionale degli Igienisti dentali.

Con la **legge 26 febbraio 1999, n. 42 (GU 2 marzo 1999, n. 50)** "Disposizione in materia di Professioni Sanitarie" nell'art. 1 (Definizione delle professioni sanitarie), la denominazione *professione sanitaria ausiliaria* nel testo unico delle leggi sanitarie (regio decreto 27 luglio 1934, n. 1265, e successive modifiche) è sostituita dalla denominazione *professione sanitaria*.

Decreto Ministeriale 15 marzo 1999, n. 137 (GU 18 maggio 1999, n. 114). Regolamento recante norme per l'individuazione della figura e relativo profilo professionale dell'Igienista dentale

Art. 1.

1. È individuata la figura professionale dell'Igienista dentale con il seguente profilo: l'Igienista dentale è l'operatore sanitario che, in possesso del diploma universitario abilitante, svolge compiti relativi alla prevenzione delle affezioni oro-dentali, su indicazione degli odontoiatri e dei medici chirurghi legittimati all'esercizio della odontoiatria.

2. L'Igienista dentale:

- a) svolge attività di educazione sanitaria dentale e partecipa a progetti di prevenzione primaria, nell'ambito del sistema sanitario pubblico;
- b) collabora alla compilazione della cartella clinica odontostomatologica e provvede alla raccolta dei dati tecnico-statistici;

- c) provvede all'ablazione del tartaro e alla levigatura delle radici nonché all'applicazione topica dei vari mezzi profilattici;
- d) provvede all'istruzione sulle varie metodiche di igiene orale e sull'uso dei mezzi diagnostici idonei a evidenziare placca batterica e patina dentale motivando l'esigenza dei controlli clinici periodici;
- e) indica le norme di una alimentazione razionale ai fini della tutela della salute dentale. L'Igienista dentale svolge la sua attività professionale in strutture sanitarie, pubbliche o private, in regime di dipendenza o libero-professionale, su indicazione degli odontoiatri e dei medici chirurghi legittimati all'esercizio della odontoiatria.

Art. 2.

1. Il diploma universitario di Igienista dentale conseguito ai sensi dell'articolo 6, comma 3, del decreto legislativo 30 dicembre 1992, n. 502, e successive modifiche, abilita all'esercizio della professione.

Un ulteriore atto normativo di rilevanza è la L. 10/08/2000, n. 251 relativa a tutte le professioni sanitarie non mediche in cui viene ribadito il principio dell'autonomia professionale specificando che "gli operatori delle professioni sanitarie dell'area tecnico-diagnostica e dell'area tecnico-assistenziale svolgono, con **autonomia professionale**, le procedure tecniche necessarie alla esecuzione di metodiche diagnostiche su materiali biologici o sulla persona, ovvero attività tecnico-assistenziale, in attuazione di quanto previsto nei regolamenti concernenti l'individuazione delle figure e dei relativi profili professionali definiti con Decreto del Ministro della Sanità".

Ancora oggi alcuni soggetti del mondo odontoiatrico tentano di generare dubbi di interpretazione specie in merito all'allocuzione *su indicazione*: si tende, infatti, ad assimilare il termine "indicazione" al termine "prescrizione", soprattutto al fine di non dare compiuto riconoscimento all'autonomia operativa degli Igienisti dentali.

In realtà le difficoltà interpretative tra i termini *indicazione* e *prescrizione* sono pretestuose; mentre la *prescrizione* è un atto formale, scritto e diretto tra chi la effettua (medico) e chi la riceve (paziente), l'*indicazione* è una diagnosi verbale e non necessita di alcuna formalità per essere considerata valida: può essere data con qualsiasi modalità (direttamente a voce, per telefono ecc.) e non impone un rapporto diretto tra medico e Igienista dentale; di conseguenza il rapporto può essere anche mediato dal paziente.

Ultima, importantissima legge, la L. dell'11 gennaio 2018, che all'articolo 4 (*Riordino della disciplina degli Ordini delle professioni sanitarie*) dopo anni di attesa, riconosce finalmente veste giuridica alle professioni sanitarie raggruppandole in un unico ordine "dei tecnici sanitari di radiologia medica e delle professioni sanitarie tecniche della riabilitazione e della prevenzione.(TSRM-PSTRP)" al quale afferiscono gli albi delle professioni sanitarie.

Il sistema formativo in Italia

Il DM 24 luglio 1996 recante gli *ordinamenti didattici universitari dei corsi di diploma universitario dell'area sanitaria* sostituisce il titolo rilasciato dalle **Scuole Dirette a Fini Spe-**

ciali (che viene comunque dichiarato equipollente) con il diploma triennale per Igienista dentale.

Il decreto MURST 3 novembre 1999, n. 509 (GU n. 2 del 4 gennaio 2000), *Regolamento recante norme concernenti l'autonomia didattica degli atenei*, determina la graduale trasformazione dei diplomi universitari dell'area sanitaria in lauree triennali di primo livello.

Esso stabilisce inoltre la possibilità di rilasciare i seguenti titoli di primo e di secondo livello.

- **Laurea (L)**: (durata triennale) ha l'obiettivo di assicurare allo studente un'adeguata padronanza di metodi e contenuti scientifici generali, nonché l'acquisizione di specifiche conoscenze professionali.
- **Laurea Specialistica (LS)**: (durata biennale) ha l'obiettivo di fornire allo studente una formazione di livello avanzato per l'esercizio di attività di elevata qualificazione in ambiti specifici. Detto secondo titolo è sequenziale al primo.
- **Diploma di Specializzazione (DS)**: sequenziale al conseguimento della Laurea Specialistica.
- **Dottorato di Ricerca (DR)**: sequenziale al Diploma di Specializzazione.

Tutto ciò ha permesso l'adeguamento al decreto legislativo 27 gennaio 1992, n. 115 con cui l'Italia e altri 28 Paesi europei hanno sancito l'opportunità del riconoscimento internazionale dei titoli e scambi culturali e professionali fra i diversi Paesi partecipanti, grazie a un sistema comune di formazione universitaria.

L'iter formativo può essere implementato con Corsi di Alta Formazione, Master, Master Specialistici di 1° e 2° livello.

Laurea di primo livello

Corso di Laurea (L)

La Laurea triennale è un grado/titolo accademico di primo ciclo rilasciato al completamento di un corso di studio che si caratterizza per contenuti teorici a cui si affianca un tirocinio pratico.

Durata: 3 anni.

Crediti formativi: 180.

Obiettivo: assicurare allo studente un'adeguata padronanza di metodi e contenuti scientifici generali, anche nel caso in cui sia orientato all'acquisizione di specifiche conoscenze professionali.

Titolo di ammissione: diploma italiano di scuola secondaria superiore o titolo secondario estero riconosciuto idoneo in quanto ritenuto di livello corrispondente.

Titolo rilasciato: Laurea.

Titolo accademico: Dottore.

Prosecuzione degli studi universitari: la Laurea (L) dà accesso ai corsi del secondo ciclo, ovvero ai corsi di Laurea Magistrale (LM) o di Master Universitario di primo livello; non consente l'accesso ai corsi di Laurea Magistrale a ciclo unico (LM c.u.).

Laurea di secondo livello

Laurea Magistrale

Con decreto MIUR del 22/10/2004, n. 270, il titolo di Laurea Specialistica viene sostituito da quello di Laurea Magistrale. Il laureato in Igiene dentale può accedere ai corsi

Box 1.1 Obiettivi formativi della Laurea Magistrale

I laureati della classe di Laurea Magistrale nelle Scienze delle Professioni Sanitarie Tecniche possiedono una formazione culturale e professionale avanzata per intervenire con elevate competenze nei processi assistenziali, gestionali, formativi e di ricerca in uno degli ambiti pertinenti alle diverse professioni sanitarie ricomprese nella classe (area tecnico-diagnostica: tecnico-audiometrista, tecnico sanitario di laboratorio biomedico, tecnico sanitario di radiologia biomedica, tecnico di neuro-fisiopatologia; area tecnico-assistenziale: tecnico ortopedico, tecnico audioprotesista, tecnico della fisiopatologia cardiocircolatoria e perfusione cardiovascolare, Igienista dentale). I laureati magistrali che hanno acquisito le necessarie conoscenze scientifiche, i valori etici e le competenze professionali pertinenti alle professioni nell'ambito tecnico-sanitario e hanno ulteriormente approfondito lo studio della disciplina e della ricerca specifica, alla fine del percorso formativo sono in grado di esprimere competenze avanzate di tipo assistenziale, educativo e preventivo in risposta ai problemi prioritari di salute della popolazione in età pediatrica, adulta e geriatrica e ai problemi di qualità dei servizi. In base alle conoscenze acquisite, sono in grado di tenere conto, nella programmazione e gestione del personale dell'area sanitaria, sia delle esigenze della collettività, sia dello sviluppo di nuovi metodi di organizzazione del lavoro, sia dell'innovazione tecnologica e informatica, anche con riferimento alle forme di teleassistenza o di teledidattica, sia della pianificazione e organizzazione degli interventi pedagogico-formativi nonché dell'omogeneizzazione degli standard operativi a quelli dell'Unione Europea. I laureati magistrali sviluppano, anche a seguito dell'esperienza maturata attraverso un'adeguata attività professionale, un approccio integrato ai problemi organizzativi e gestionali delle professioni sanitarie, qualificato dalla padronanza delle tecniche e delle procedure del management sanitario, nel rispetto delle loro e altrui competenze.

di Laurea Magistrale appartenenti alla Classe LM/SNT3 – Classe di Laurea Magistrale in Scienze delle Professioni Sanitarie Tecniche (Box 1.1).

La Laurea Magistrale è un titolo accademico di secondo ciclo rilasciato al completamento di un corso di studio che si caratterizza per contenuti teorici approfonditi e studi specialistici in un determinato campo disciplinare.

Durata: 2 anni.

Crediti formativi: 120.

Obiettivo: fornire allo studente una formazione di livello avanzato.

Titolo di ammissione: Laurea (L) o Diploma Universitario (DU) triennale, o titolo accademico estero riconosciuto idoneo in quanto ritenuto di livello corrispondente.

Titolo rilasciato: Laurea Magistrale.

Titolo accademico: Dottore Magistrale.

Proseguimento degli studi universitari: la Laurea Magistrale dà accesso agli studi di terzo ciclo, cioè ai corsi di Dottorato di Ricerca, ai corsi/scuole di Specializzazione, ai corsi di Master Universitario di secondo livello.

Corso di Master Universitario di primo livello (MU1)

Il Master Universitario di primo livello può avere natura accademica o, più di frequente, essere caratterizzato da un orientamento professionalizzante.

Durata: minimo 1 anno.

Crediti formativi: minimo 60.

Obiettivo: fornire opportunità di perfezionamento scientifico oppure di alta formazione permanente e ricorrente.

Titolo di ammissione: Laurea (L) o Diploma Universitario (DU) triennale, o titolo accademico estero riconosciuto idoneo in quanto ritenuto di livello corrispondente.

Titolo rilasciato: Diploma di Master Universitario di primo livello.

Corsi di Dottorato di Ricerca (DR)

Il Dottorato di Ricerca è un grado/titolo universitario di terzo ciclo, di natura accademica, rilasciato al completamento di un corso di dottorato che consiste essenzialmente in un progetto di ricerca avanzata, sviluppato in modo individuale e indipendente dai singoli studenti con la supervisione di un docente appositamente nominato a svolgere funzioni di tutor; a volte è prevista anche la frequenza di seminari o di alcuni corsi disciplinari.

Durata: minimo 3 anni; a seconda del campo disciplinare, il completamento di studi e ricerche e la stesura della dissertazione finale possono richiedere fino a 4-5 anni.

Obiettivo: fornire le competenze necessarie per esercitare attività di ricerca di alta qualificazione presso università o enti di ricerca pubblici o privati.

Titolo di ammissione: Laurea Magistrale, Laurea Magistrale a ciclo unico o titolo accademico estero riconosciuto idoneo in quanto ritenuto di livello corrispondente. L'ammissione è subordinata anche al superamento di un concorso pubblico.

Titolo rilasciato: Dottorato di Ricerca.

Titolo accademico: Dottore di Ricerca.

Corsi/Scuole di Specializzazione (SS)

Il Diploma di Specializzazione (DS) è un grado/titolo universitario di terzo ciclo rilasciato al completamento di un corso di studio che si caratterizza per studi altamente specialistici a orientamento professionalizzante in un determinato campo disciplinare.

Durata: 2-6 anni a tempo pieno; la durata di ciascun tipo di corso è definita dai regolamenti didattici delle singole tipologie di corsi di specializzazione o da direttive europee.

Crediti formativi: 120-360; il numero indispensabile di crediti da maturare per il conseguimento dei Diplomi di Specializzazione è definito dai regolamenti didattici delle singole tipologie di corsi di specializzazione.

Obiettivo: fornire agli studenti conoscenze e abilità per le funzioni richieste nell'esercizio di particolari attività professionali; i corsi di studio possono essere istituiti esclusivamente in applicazione di specifiche norme di legge nazionali o di direttive dell'Unione Europea.

Titolo di ammissione: Laurea Magistrale, Laurea Magistrale a ciclo unico o titolo accademico estero riconosciuto idoneo in quanto ritenuto di livello corrispondente. L'ammissione è subordinata al superamento di un concorso, a causa del numero limitato di posti disponibili nei singoli corsi di specializzazione.

Titolo rilasciato: Diploma di Specializzazione (DS).

Titolo accademico: Specialista in ... (segue il campo di specializzazione).

Corso di Master Universitario di secondo livello (MU2)

Il Master Universitario di secondo livello (MU2) è un grado/titolo accademico di terzo ciclo; può avere natura accade-

mica o, più di frequente, essere caratterizzato da un orientamento professionalizzante.

Durata: minimo 1 anno.

Crediti formativi: minimo 60.

Obiettivo: fornire opportunità di perfezionamento scientifico oppure di alta formazione permanente e ricorrente.

Titolo di ammissione: Laurea Magistrale, Laurea Magistrale a ciclo unico o titolo accademico estero riconosciuto idoneo in quanto ritenuto di livello corrispondente. L'ammissione è spesso subordinata a un esame di ingresso.

Titolo rilasciato: Diploma di Master Universitario di secondo livello (Diploma di MU2).

Ambito di svolgimento dell'attività

L'Igienista dentale può svolgere la propria attività in strutture sanitarie, pubbliche o private, sia in regime di dipendenza, sia in regime libero-professionale.

Regime di dipendenza (art. 2094 c.c.: "È prestatore di lavoro subordinato chi si obbliga mediante retribuzione a collaborare nell'impresa, prestando il proprio lavoro intellettuale o manuale alle dipendenze e sotto la direzione dell'imprenditore"). Il rapporto di lavoro è regolato dal CCNL Dipendenti Studi Professionali (Area Sanitaria Medico/Professionale e Odontoiatrica), che inquadra l'Igienista dentale nel II livello.

Regime libero-professionale (art. 2222 c.c.: "si obbliga a compiere verso un corrispettivo un'opera o un servizio, con lavoro prevalentemente proprio e senza vincolo di subordinazione nei confronti del committente"), il rapporto tra il libero-professionista e il proprio committente è disciplinato, oltre che dalle norme generali sul lavoro autonomo (dall'art. 2222 all'art. 2228 c.c.), anche dalle norme particolari sulle professioni intellettuali (dall'art. 2229 all'art. 2238

c.c.). La professione dell'Igienista dentale, infatti, è a buon diritto classificata tra le *professioni intellettuali* che necessitano di una specifica formazione culturale, scientifica e tecnica e che hanno autonomia decisionale nella scelta delle modalità di intervento e per la responsabilità diretta e personale sul proprio operato.

L'Igienista dentale libero-professionista può:

- collaborare con uno o più medici dentisti o odontoiatri avvalendosi dell'organizzazione e delle strutture dello studio del titolare;
- svolgere la sua attività all'interno dello studio di un medico dentista o di un odontoiatra, stipulando un contratto di locazione o comodato d'uso in cui il committente è il paziente;
- registrare una società tra professionisti (odontoiatri e medici chirurghi legittimati all'esercizio dell'odontoiatria);
- aprire uno studio professionale di igiene orale autonomo.

In quest'ultimo nello studio professionale di igiene orale devono essere svolte solo prestazioni di competenza dell'Igienista dentale. Non necessita di direzione sanitaria e non possono essere svolte prestazioni di competenza esclusiva dell'odontoiatra.

L'apertura di uno studio professionale di igiene orale è soggetta al rispetto delle normative nazionali e regionali in merito all'apertura di studi professionali di carattere sanitario. Va inviata comunicazione preventiva allo sportello unico per le attività produttive (SUAP) del comune nel quale si vuole esercitare la professione.

Nonostante gli Igienisti dentali possano esplicare la professione nell'ambito pubblico del Servizio sanitario nazionale e nell'ambito universitario, al momento la presenza in questi ultimi due ambiti non è né usuale né tanto meno soddisfacente.

EDUCAZIONE CONTINUA IN MEDICINA (ECM)

C. Di Marco

L'ECM è il processo attraverso il quale il professionista della salute si mantiene aggiornato per rispondere ai bisogni dei pazienti, alle esigenze del Servizio sanitario e al proprio sviluppo professionale.

La formazione continua in medicina comprende l'acquisizione di nuove conoscenze, abilità e attitudini utili a una pratica competente ed esperta.

I professionisti sanitari hanno l'obbligo deontologico di mettere in pratica le nuove conoscenze e competenze per offrire un'assistenza qualitativamente utile. Prendersi, quindi, cura dei propri pazienti con competenze aggiornate, senza conflitti di interesse, in modo da poter essere un buon professionista della sanità.

L'avvio del Programma nazionale di ECM nel 2002, in base al DLgs 502/1992 integrato dal DLgs 229/1999 che avevano istituito l'obbligo della formazione continua per i professionisti della sanità, ha rappresentato un forte messaggio nel mondo della sanità. Le novità della nuova fase dell'ECM rappresentano uno strumento utile per un moderno approccio allo sviluppo e al monitoraggio delle competenze individuali.

Il vigente sistema di formazione continua in medicina è disciplinato dall'Accordo Stato-Regioni del 02/02/2017 e dal 01/01/2019 è in vigore il Manuale sulla formazione continua del professionista sanitario con le successive delibere della Commissione nazionale per la formazione continua (CNFC).

Destinatari e decorrenza dell'obbligo formativo

Sono destinatari dell'obbligo ECM tutti i professionisti sanitari, dipendenti o liberi professionisti, operanti nella sanità sia pubblica sia privata.

L'obbligo di formazione continua decorre dal 1° gennaio successivo alla data di iscrizione all'Ordine.

Da tale data, il professionista sanitario deve maturare i crediti previsti per i residui anni del triennio formativo. A tal fine, il debito formativo viene calcolato suddividendo per tre il numero di crediti previsti per l'assolvimento dell'obbligo formativo triennale, al netto di esoneri ed esenzioni, e moltiplicando il risultato per il numero degli anni residui del triennio formativo in corso.

Obbligo di formazione continua

L'obbligo formativo è stabilito con delibera della CNFC all'inizio di ogni triennio, è solitamente pari a 150 crediti formativi, fatte salve le decisioni della CNFC in materia di esoneri, esenzioni ed eventuali altre riduzioni.

La riduzione dell'obbligo formativo per il triennio 2020-2022 è stata applicata tenendo conto del periodo pandemico:

- nella misura di 30 crediti, ai professionisti sanitari che nel precedente triennio avevano maturato un numero di crediti compreso tra 121 e 150;
- nella misura di 15 crediti, ai professionisti sanitari che nel precedente triennio avevano maturato un numero di crediti compreso tra 80 e 120;

- bonus di 30 crediti per la compilazione del dossier individuale e/o di gruppo nel triennio in corso;
- bonus di 20 crediti per il soddisfacimento del dossier individuale e/o di gruppo nel triennio successivo a quello in cui si è costruito il dossier;
- bonus di 10 crediti per argomenti di interesse nazionale (vaccini e strategie vaccinali);
- bonus Covid 50 crediti da applicare (decreto-legge 8 aprile 2020, n. 22).

Le riduzioni di cui sopra sono cumulabili.

Attestazione / Certificazione ECM

Il professionista sanitario può chiedere in qualsiasi momento l'attestazione del numero di crediti formativi registrati nel sistema del Co.Ge.A.P.S. (Consorzio Gestione Anagrafiche delle Professioni Sanitarie) e, al termine del triennio formativo di riferimento l'eventuale certificazione del pieno soddisfacimento dell'obbligo formativo del relativo triennio.

Competenti al rilascio della certificazione sono i relativi Ordini. Per il compimento di tali attività, gli enti certificatori si avvalgono delle anagrafi gestite dal Co.Ge.A.P.S.

Le certificazioni rilasciate sono valide e utilizzabili secondo la normativa vigente.

Nell'eventualità in cui il professionista intenda inoltrare richieste di esoneri ed esenzioni, richieste di riconoscimento di attività di formazione individuale, o esercitare il diritto di recupero delle partecipazioni ECM può, con specifica procedura informatica da eseguire nella banca dati del Co.Ge.A.P.S., integrare la propria posizione attraverso gli appositi modelli. Gli Ordini sono competenti alla valutazione di tali istanze.

Dossier formativo (DF)

Il DF costituisce lo strumento attraverso il quale il professionista sanitario programma e verifica il proprio percorso formativo alla luce del suo profilo professionale e della propria posizione sia come singolo sia come soggetto che opera all'interno di gruppi professionali/strutture di appartenenza.

La CNFC (Commissione Nazionale per la Formazione Continua) stabilisce i termini e le modalità per la realizzazione del DF, che è strumento idoneo a rilevare i bisogni formativi dei professionisti e contribuisce a indirizzare e qualificare l'offerta formativa da parte dei provider.

Il DF può essere individuale, ove costruito direttamente dal singolo professionista nel sito del Co.Ge.A.P.S., sulla base della programmazione del proprio fabbisogno formativo triennale, e di gruppo. Il DF di gruppo è l'espressione della coerenza dell'offerta formativa fruita in rapporto ai bisogni formativi di conoscenza rilevati in fase di analisi del fabbisogno e/o delle priorità definite dalle Aziende e dagli Ordini, e le rispettive Federazioni nazionali.

La funzione informatica utile alla compilazione del dossier formativo individuale è presente sul portale del Co.Ge.A.P.S., nella scheda del singolo professionista; la funzione informatica utile alla compilazione del dossier formativo di gruppo è anch'essa presente presso il portale Co.Ge.A.P.S., ma dovrà essere attivata tramite la richiesta delle credenziali di accesso alla Commissione nazionale per la formazione continua da parte dei soggetti abilitati.

Il DF di gruppo è un'opportunità per favorire nelle diverse organizzazioni uno strumento facilitante la programmazione e pianificazione professionale nei gruppi, nella logica di aumentarne l'integrazione professionale e la ricaduta formativa del gruppo a beneficio della salute della collettività. Il singolo professionista e/o i soggetti abilitati alla costruzione del dossier di gruppo hanno la possibilità di impostare il DF scegliendo la percentuale desiderata di obiettivi nell'ambito delle aree tecnico-professionali, di processo o di sistema, nel rispetto del limite massimo di 10 obiettivi complessivi.

Formazione erogata da provider

L'attività di formazione erogata da provider può essere:

- residenziale: formazione residenziale classica, convegno, congressi, simposi e conferenze, videoconferenza;
- formazione sul campo: training individualizzato, gruppi di miglioramento, attività di ricerca;
- formazione a distanza (FAD): con strumenti informatici/cartacei, e-learning, FAD sincrona;
- formazione blended/ibrida: combina metodi tradizionali in aula (RES), formazione didattica individuale tramite contenuti digitali (FAD), creazione di una community in cui condividere saperi e conoscenze (social learning) o formazione sul campo (FSC);
- docenza, tutoring e altro.

Il professionista sanitario deve assolvere, in qualità di discente di eventi erogati da *provider*, almeno il 40% del proprio fabbisogno formativo triennale, eventualmente ridotto sulla base di esoneri, esenzioni e altre riduzioni.

Non possono essere maturati più di 50 crediti formativi per la partecipazione a un singolo evento formativo.

Formazione individuale

Le attività di "formazione individuale" comprendono tutte le attività formative non erogate da provider. Tali attività possono consistere in:

- attività di ricerca scientifica: pubblicazioni scientifiche e sperimentazioni cliniche;
- tutoraggio individuale;
- attività di formazione individuale all'estero;
- attività di autoformazione.

Per il triennio 2020-2022 i crediti maturabili tramite le suddette attività di formazione individuale non potevano superare complessivamente il 60% dell'obbligo formativo triennale tenendo conto anche dei crediti acquisibili con le docenze, fermo restando il limite del 20% per l'autoformazione.

Esoneri ed esenzioni

Esoneri ed esenzioni dall'obbligo ECM sono diritti esercitabili esclusivamente su istanza del professionista sanitario secondo le modalità previste dal Manuale sulla formazione continua e costituiscono una riduzione dell'obbligo formativo triennale.

L'esonero è calcolato come riduzione per ciascun anno di frequenza ai seguenti corsi e nell'ambito delle attività attinenti alla rispettiva professione sanitaria, in Italia o all'estero.

- Laurea triennale, Laurea Specialistica, Laurea Magistrale, corsi di specializzazione, dottorato di ricerca, master universitari disciplinati dal Decreto del MURST, n. 509/99 e dal Decreto del MIUR, n. 270/2004 e successive modifiche e integrazioni, corsi di perfezionamento di almeno un anno che erogano almeno 60 CFU.
- Corso di formazione specifica in medicina generale, di cui al DL n. 368/99.
- Corso di formazione manageriale, ai sensi dell'articolo 16-quinquies del DLgs 502/1992 e successiva rivalutazione degli stessi.

Eventuali crediti ECM acquisiti nei periodi di esonero saranno comunque conteggiati ai fini del soddisfacimento dell'obbligo formativo triennale.

L'esenzione è calcolata nella misura di 2 crediti ECM ogni 15 giorni continuativi di sospensione e/o incompatibilità temporanea dell'attività lavorativa, attestata o autocertificata, per:

- congedo maternità e paternità;
- congedo parentale e congedo per malattia del figlio;
- congedo per adozione e affidamento preadottivo;
- aspettativa non retribuita per la durata di espletamento delle pratiche di adozione internazionale;
- congedo retribuito per assistenza ai figli portatori di handicap;
- aspettativa senza assegni per gravi motivi familiari così come disciplinato dai CCNL delle categorie di appartenenza;
- permesso retribuito per i professionisti affetti da gravi patologie così come disciplinato dai CCNL delle categorie di appartenenza;
- assenza per malattia così come disciplinato dai CCNL delle categorie di appartenenza;
- richiamo alle armi come previsto dal DLgs 66/2010 e dai CCNL delle categorie di appartenenza; partecipazione a missioni all'estero o in Italia del corpo militare e infermiere volontarie della Croce Rossa Italiana;
- aspettativa per incarico direttore sanitario aziendale, direttore socio-sanitario e direttore generale;
- aspettativa per cariche pubbliche elettive;
- aspettativa per la cooperazione con i Paesi in via di sviluppo e distacco/aspettativa per motivi sindacali così come disciplinato dai CCNL delle categorie di appartenenza;
- professionisti sanitari impegnati in missioni militari o umanitarie all'estero;
- congedo straordinario per assistenza familiari disabili;
- professionisti sanitari in pensione che esercitano saltuariamente l'attività professionale.

I crediti maturati durante i periodi di esenzione non vengono conteggiati per il soddisfacimento del fabbisogno formativo.

Dal 1° ottobre 2021 l'accesso al portale Co.Ge.A.P.S. e MyECM da parte del professionista sanitario è consentito solo mediante CIE (carta di identità elettronica) o SPID.

Il Co.Ge.A.P.S. gestisce l'anagrafe nazionale dei crediti formativi ECM riconosciuti a tutti i professionisti sanitari.

La panoramica completa della posizione formativa ECM è rinvenibile sul sito web application.cogeaps.it. All'interno è possibile:

1. visualizzare la propria posizione anagrafica, il calcolo dell'obbligo formativo e i crediti acquisiti a livello nazionale e regionale;
2. inserire esoneri, esenzioni, crediti individuali, segnalare eventuali crediti mancanti e procedere al recupero dell'obbligo formativo dei trienni precedenti;
3. costruire e gestire i dossier formativi individuali e di gruppo.

Per informazioni sul portale Co.Ge.A.P.S. è disponibile l'indirizzo e-mail ecm@cogeaps.it.

Il servizio MyECM, gestito da Age.n.a.s., consente ai professionisti sanitari di visualizzare i crediti conseguiti presso eventi erogati da provider nazionali, ma non sono presenti i crediti maturati per la partecipazione a eventi regionali, né quelli relativi a esoneri e formazione individuale, presenti soltanto sulla propria pagina Co.Ge.A.P.S.

Per informazioni sulla normativa e sul portale MyECM è disponibile l'indirizzo e-mail ecm.professionistisanitari@agenas.it.

LEGISLAZIONE APPLICATA ALLA PROFESSIONE

Avv. F. Mastro

Con la collaborazione di Avv. M.C. Barbati

Codice deontologico degli Igienisti dentali

Uno dei cardini di ogni professione sanitaria è rappresentato dal codice deontologico. Dispone infatti la L. 42/1999 che per definire il "campo di attività" di ogni professione sanitaria occorre riferirsi al profilo professionale, all'ordinamento didattico universitario e al codice deontologico.

L'ordinamento giuridico italiano si affida dunque (anche) ai codici deontologici per identificare la competenza propria di ogni professione sanitaria con tutte le conseguenze che da tale identificazione derivano (si pensi, in primo luogo, al possibile esercizio abusivo che si configura nel caso in cui si "invada" il campo di attività – cioè la competenza – di altra professione sanitaria riconosciuta e tutelata dallo Stato).

I codici deontologici delle professioni per il cui esercizio è richiesta una speciale abilitazione da parte dello Stato (tra le quali, ovviamente, anche le professioni sanitarie) posseggono dunque un valore legale *erga omnes* in quanto integrano e completano precetti normativi dello Stato.

Tanto è vero che la L. 3/2018 ha imposto (art. 7, comma 3) alla Federazione nazionale degli Ordini TSRM e PSTRP l'approvazione di specifici codici deontologici per le 18 professioni afferenti alla Federazione stessa.

Per tale motivo e alla luce della Costituzione Etica adottata dalla Federazione – che ha affermato e descritto dettagliatamente principi valoriali comuni a tutte le professioni sanitarie degli Ordini TSRM e PSTRP (<https://www.tsrp-pstrp.org/index.php/costituzione-etica-fno-tsrp-e-pstrp/>) – la Commissione nazionale d'albo degli Igienisti dentali ha revisionato e unificato i precedenti codici deontologici emanati dalle associazioni maggiormente rappresentative della categoria (AIDI e UNID) e il Consiglio nazionale della Federazione ha adottato l'attuale Codice deontologico con delibera del 18 novembre 2021. Il Codice deontologico degli Igienisti dentali costituito da 10 Titoli e una disposizione finale viene riportato nel **Box 1.2 Codice deontologico degli Igienisti dentali**.

Profili introduttivi sulla figura dell'Igienista dentale, l'autonomia riconosciuta nella Costituzione etica e nel Codice deontologico

La figura dell'Igienista dentale, e il relativo profilo professionale, vengono individuati attraverso la descrizione operata dall'art.1¹ del decreto ministeriale n. 137 del 15/3/1999, ai sensi del quale "l'Igienista dentale è l'operatore sanitario

che, in possesso del diploma universitario abilitante, svolge compiti relativi alla prevenzione delle affezioni oro-dentali su indicazione degli odontoiatri e dei medici chirurghi legittimati all'esercizio della odontoiatria".

La normativa concernente le professioni sanitarie, a decorrere dalle modifiche introdotte dal decreto legislativo n. 502/1992² e dall'avvento dei profili professionali dal 1994 in poi, ha determinato una radicale trasformazione del mondo della salute. Tale percorso di valorizzazione della professione sanitaria è stato ulteriormente implementato dalla legislazione successiva, la quale ha inteso rafforzare i principi di autonomia e diretta responsabilità dei professionisti: si ricordano, a tal proposito, la legge 42/1999³ – che ha sostituito la denominazione "Professioni Sanitarie Ausiliarie" con "Professioni Sanitarie" precisando i riferimenti concreti per l'individuazione degli ambiti e dei confini di ciascuna specifica professione – e la legge 251/2000, volta a disciplinare le Professioni Sanitarie Infermieristiche, le tecniche di Riabilitazione, della Prevenzione nonché della professione Ostetrica, e che ha inoltre provveduto a determinare la struttura generale, attualmente utilizzata, per la classificazione delle professioni sanitarie, individuando:

- le professioni sanitarie infermieristiche e la professione sanitaria ostetrica (art. 1);
- le professioni sanitarie riabilitative (art. 2);
- le professioni tecnico-sanitarie a loro volta distinte in un'area tecnico-diagnostica e un'area tecnico-assistenziale (art. 3);
- e, infine, le professioni tecniche della prevenzione (art. 4).

Nel solco di tali novelle il disegno normativo in discorso è stato completato con la legge Gelli-Bianco (n. 24/2017) e con la successiva legge Lorenzin (n. 3/2018) – unitamente al primo Decreto attuativo del 13 marzo 2018 (DM 13/03/2018) – attraverso una profonda riforma delle professioni sanitarie. In particolare, quest'ultima novella ha provveduto a ordinare molte professioni sanitarie prima considerate, a tutti gli effetti, "subalterne" alla medicina: ci si riferisce a professioni sanitarie assai varieguate, alcune delle quali già precedentemente strutturate in collegi professionali di rilevanza pubblicistica (per esempio ostetriche) e altre che, pur essendo già state riconosciute dallo Stato, erano organizzate solo in associazioni privatistiche (per esempio Igienisti dentali); altre ancora, infine, sono state riconosciute dall'ordinamento italiano proprio con la legge in parola (per esempio osteopati).

Iscrizione all'ordine

Proprio la legge Lorenzin⁴ prevede ora, per l'esercizio delle attività di rilevanza sanitaria, l'iscrizione al relativo Ordine; non vi è spazio, dunque, per esercitare tali professioni sanitarie al di fuori di una regolare e tempestiva iscrizione nel rispettivo Albo.

¹ Decreto Ministeriale 15 marzo 1999, n. 137 (in Gazz. Uff. 18 maggio, n. 114). - Regolamento recante norme per l'individuazione della figura e relativo profilo professionale dell'Igienista dentale - Art. 1 «1. [...] l'Igienista dentale è l'operatore sanitario che, in possesso del diploma universitario abilitante, svolge compiti relativi alla prevenzione delle affezioni oro-dentali su indicazione degli odontoiatri e dei medici chirurghi legittimati all'esercizio della odontoiatria. 2. L'Igienista dentale: a) svolge attività di educazione sanitaria dentale e partecipa a progetti di prevenzione primaria, nell'ambito del sistema sanitario pubblico; b) collabora alla compilazione della cartella clinica odontostomatologica e provvede alla raccolta dei dati tecnico-statistici; c) provvede all'ablazione del tartaro e alla levigatura delle radici nonché all'applicazione topica dei vari mezzi profilattici; d) provvede all'istruzione sulle varie metodiche di igiene orale e sull'uso dei mezzi diagnostici idonei a evidenziare placca batterica e patina dentale motivando l'esigenza dei controlli clinici periodici; e) indica le norme di una alimentazione razionale ai fini della tutela della salute dentale. 3. L'Igienista dentale svolge la sua attività professionale in strutture sanitarie, pubbliche o private, in regime di dipendenza o libero-professionale, su indicazione degli odontoiatri e dei medici chirurghi legittimati all'esercizio della odontoiatria».

² Decreto legislativo 30 dicembre 1992, n. 502. Riordino della disciplina in materia sanitaria, a norma dell'articolo 1 della legge 23 ottobre 1992, n. 421.

³ Legge 26 febbraio 1999, n. 42 *Disposizioni in materia di professioni sanitarie* Art. 1. Definizione delle professioni sanitarie «La denominazione "professione sanitaria ausiliaria" nel testo unico delle leggi sanitarie, approvato con regio decreto 27 luglio 1934, n. 1265, e successive modifiche, nonché in ogni altra disposizione di legge, è sostituita dalla denominazione "professione sanitaria"».

⁴ L. 3/2018, art. 5, co. 2 «per l'esercizio di ciascuna delle professioni sanitarie, in qualunque forma giuridica svolta, è necessaria l'iscrizione al rispettivo albo».

Il ruolo dell'Ordine e delle relative Federazioni nazionali viene altresì valorizzato dall'art. 4, co. 3, L. 3/2018, il quale prevede (lett. c) che la promozione, l'indipendenza, l'autonomia e la responsabilità delle professioni, così come la salvaguardia dei diritti umani e dei principi etici, indicati nei rispettivi codici deontologici, sia affidata agli stessi.

Appare evidente, dunque, che i principi fondamentali ispiratori della riforma consistono nel binomio autonomia/ responsabilità: si riconosce autonomia all'esercente la professione, si limita sensibilmente lo "spettro" della responsabilità penale (escludendo – come si approfondirà in seguito – l'ipotesi di responsabilità per imperizia laddove il sanitario abbia rispettato le linee guida professionali) e, al contempo, si sanciscono a suo carico precisi obblighi (per esempio sotto il profilo assicurativo).

Ai doveri imposti al professionista a livello legislativo si accompagnano, quale fonte di doveri comportamentali, le regole enunciate nel rispettivo Codice deontologico e i principi enucleati nella Costituzione etica della Federazione nazionale degli Ordini dei TSRM e PSTRP⁵ (in un primo momento denominata Codice etico), pubblicata nel mese di ottobre 2021. Alla base di quest'ultimo progetto risiede l'ambizioso obiettivo di creare un'identità valoriale delle 18 professioni sanitarie afferenti alla citata Federazione, la quale è stata inizialmente rappresentata simbolicamente da 10 parole chiave: (1) Persona, (2) Salute, (3) Responsabilità, (4) Relazione, (5) Informazione, (6) Competenza, (7) Consenso, (8) Multiprofessione, (9) Equità e (10) Privacy.

In tale "decalogo" non viene menzionato – ma solo apparentemente – il concetto di Autonomia il quale, a ben vedere, emerge piuttosto chiaramente da una semplice disamina dei singoli articoli della Costituzione. In quest'ultima, infatti, il principio in parola viene richiamato costantemente, anche attraverso richiami indiretti contenuti negli altri principi citati: si pensi, per esempio, a quello di *Responsabilità*, citato nella Parte I della Costituzione dedicata al principio *Persona* – in cui rileva in particolare:

Rapporto con i colleghi e con le altre professioni. L'art. 6 rubricato al quarto capoverso recita "Il professionista sanitario mantiene con i colleghi una solida relazione che sostenga l'assunzione di responsabilità negli obiettivi e nelle scelte, anche attraverso un costante dialogo personale e in équipe", che nella Parte II è dedicata specificatamente al principio *Responsabilità*.

Responsabilità nei confronti della persona assistita. Nell'art. 9 si afferma che "Il professionista sanitario, sulla base della propria competenza, opera in autonomia decisionale, con l'obiettivo di garantire adeguate risposte ai bisogni di salute della persona, della comunità e dell'ambiente".

Responsabilità nei confronti dei professionisti sanitari. Ai sensi dell'art. 10: "Il professionista sanitario ha la responsabilità di creare e mantenere un rapporto con i colleghi improntato su solidarietà, condivisione, collaborazione e cooperazione, nel rispetto della competenza e dell'autonomia di ogni professione sanitaria".

Principio di competenza

Trova puntuale affermazione nella Parte VIII – in cui emerge il concetto di Autonomia: difatti, l'articolo 36 – rubricato *Competenza nell'esercizio della professione* – afferma che "Il professionista sanitario mantiene il più alto standard di competenza, anche mediante processi educativi conformi al progresso della ricerca utile allo sviluppo della professione. Agisce con il massimo scrupolo, impegno e responsabilità nei confronti della persona, degli altri professionisti e della comunità e contribuisce alla promozione delle politiche per la salute". Ecco dunque delinearsi il trinomio *Autonomia-Responsabilità-Competenza* che trova puntuale affermazione nella Parte VIII dedicata, appunto, alla *Competenza*.

La Costituzione etica, nell'affermare il valore della Competenza, ne riconosce anche i confini (che non sono statici, bensì dinamici) che definiscono l'ambito di attività del professionista sanitario.

Anzitutto, ai sensi dell'articolo 38 "Il professionista sanitario, qualora valuti di non poter agire con competenza, riconosce i propri limiti, nella contingenza del caso garantisce la continuità della cura coinvolgendo l'équipe e, quanto prima, aggiorna la propria educazione teorico-pratica. Il professionista sanitario è consapevole che l'esercizio di atti non pertinenti alla propria figura professionale e alla sua evoluzione lede la propria reputazione, la dignità e il decoro della professione".

Si sottolinea fin d'ora che la competenza del professionista sanitario – nel renderlo autonomo e responsabile – non è definibile una volta per tutte (opportunamente la L. 42/1999 ha chiarito che il campo di attività del professionista sanitario non è ricavabile solo dal profilo professionale ma anche dall'ordinamento didattico universitario e dal Codice deontologico) ma si evolve in ragione dello "sviluppo della ricerca e delle evidenze scientifiche, degli aspetti etici e deontologici, normativi e gestionali" (art. 39) nonché del progresso tecnologico e dell'intelligenza artificiale (art. 40).

La Costituzione etica sancisce, quindi, una stretta correlazione e interdipendenza dei principi di *Responsabilità, Competenza e Autonomia*: il professionista sanitario, autonomo nelle proprie decisioni in quanto competente e responsabile del proprio operato, mantiene con i colleghi⁶ delle altre professioni (tutte) un rapporto leale, trasparente e solidale, basato su collaborazione e condivisione (in *équipe* e

⁵ L. Perciballi, *Introduzione*, in *Costituzione Etica*, Editoriale Romani, 2021. «Nel maggio 2019 è nato il progetto denominato "Etica, deontologia e responsabilità professionale quali comune codice denominatore" con cui la Federazione nazionale Ordini dei Tecnici sanitari di radiologia medica, delle professioni sanitarie tecniche, della riabilitazione e della prevenzione (FNO TSRM e PSTRP) si è posta l'ambizioso obiettivo di creare un'identità valoriale delle 19 professioni sanitarie. Si tratta di un progetto di stimolo alla interrelazione e alla collaborazione dato che la FNO TSRM e PSTRP ritiene che se vi è un unico organismo istituzionale rappresentativo delle 19 professioni sanitarie, deve esservi anche un unico documento in cui tutte condividano i valori comuni».

⁶ Anche nei rapporti con i colleghi e gli altri professionisti sanitari il Codice deontologico applica i principi riconosciuti nella Costituzione etica: TITOLO VII "Rapporti con i colleghi e con gli altri professionisti sanitari".

Art. 27 Rapporti con i colleghi: "I rapporti tra Igienisti dentali devono essere improntati a probità, cortesia, lealtà, correttezza e trasparenza.

L'Igienista dentale promuove e valorizza, nell'esclusivo interesse della persona assistita e della comunità, la collaborazione con i colleghi evitando in ogni caso di assumersi l'esclusiva paternità dell'opera prestata".

L'Igienista dentale in caso di errore professionale di un collega, evita comportamenti denigratori e colpevolizzanti e, in caso di potenziale conflitto con un collega, si rivolge all'Ordine di appartenenza favorendo una soluzione conciliativa.

Art. 28 Rapporti con gli altri professionisti sanitari: "L'Igienista dentale mantiene, nelle collaborazioni con altri professionisti sanitari, un rapporto leale di informazione reciproca per far fronte ai bisogni di salute della persona assistita.

L'Igienista dentale che presta la propria opera professionale presso la struttura di altro professionista sanitario contribuisce a creare un rapporto di fiducia basato su informazione, condivisione, responsabilità e riconoscimento dei diversi autonomi ambiti di competenza, partecipazione alla programmazione dell'intervento sulla persona assistita, alla redazione e tenuta della documentazione clinica, con particolare riferimento alle attività riservate alla propria figura professionale".

non) e con l'unico comune obiettivo della salute della persona assistita, della comunità e dell'ambiente.

La Costituzione *de qua*, in definitiva, **respinge una concezione del professionista sanitario basata su stereotipi o visioni antiquate, caratterizzate dalla ancillarità di una professione sanitaria rispetto a un'altra** (o ad altre).

Si evidenzia come i valori fondanti della Costituzione etica delle 18 professioni sanitarie e in particolare il principio dell'Autonomia, siano stati tradotti in specifici precetti e regole comportamentali contenuti nel **Codice deontologico degli Igienisti dentali**⁷. Si rammentano, a tal proposito, gli artt. 6 e 11: nel primo, intitolato *Libertà e indipendenza*, si legge che **"nell'esercizio dell'attività professionale, l'Igienista dentale ha il dovere di conservare la propria indipendenza intellettuale e di difendere la propria libertà da pressioni o condizionamenti esterni di qualsivoglia natura. L'Igienista dentale si attiene, nell'esercizio della propria attività, a principi etici, bioetici e morali e in caso di conflitti etici esercita la libertà di coscienza"**; nel secondo – rubricato *Autonomia* – che **L'Igienista dentale, sulla base della propria competenza, opera in autonomia decisionale con l'obiettivo di garantire adeguate risposte ai bisogni di salute della persona assistita, della comunità e dell'ambiente. L'Igienista dentale esercita la propria attività professionale in strutture sanitarie sia pubbliche sia private, in regime di dipendenza o libero-professionale, in collaborazione con altri professionisti sanitari ovvero in un proprio studio di Igiene dentale"**.

Come già osservato, l'Autonomia e la Libertà dell'Igienista dentale non possono prescindere dal perseguimento e mantenimento delle proprie competenze: l'art. 9, intitolato *Competenza e aggiornamento professionale*, dispone che **"L'Igienista dentale mantiene il più alto standard di competenza ed è tenuto a provvedere all'aggiornamento attraverso costanti processi educativi teorici-pratici con particolare riguardo allo sviluppo della ricerca sulle migliori tecniche preventive, curative e riabilitative nonché agli aspetti etici, deontologici e gestionali pertinenti all'esercizio della professione"**.

Responsabilità

Sulle orme del **trinomio Autonomia-Responsabilità-Competenza** delineato dalla Costituzione etica, al concetto di competenza si unisce quello della **responsabilità** in quanto, ai sensi dell'art. 12, **"L'Igienista dentale deve svolgere la propria attività in ambienti e contesti organizzativi adeguati alla complessità della prestazione e al decoro della professione, tali da garantire il corretto svolgimento dell'attività professionale a tutela della salute delle persone, in particolare dei minori, degli anziani, degli incapaci e/o dei soggetti fragili. L'Igienista dentale risponde personalmente del proprio operato, è civilmente e penalmente responsabile per i danni arrecati alla persona assistita nello svolgimento della propria attività"**.

Consenso informato

«L'esercente la professione sanitaria ha l'obbligo di fornire alla persona assistita, in maniera diretta, chiara, completa e comprensibile, tutte le necessarie informazioni sul piano del trattamento sanitario». Tale conclusione, fondata sul rispetto del diritto del singolo alla salute (tutelato dall'art. 32 della Costituzione che dispone l'obbligatorietà dei trattamenti sanitari solamente nei casi previsti dalla legge) si giustifica in virtù della disciplina che regola la relazione medico-paziente, ovvero la libera disponibilità del bene salute da parte di quest'ultimo (in possesso delle capacità intellettive e volitive), la quale può spingersi fino a comportare il sacrificio del bene stesso della vita e deve sempre essere rispettata dal sanitario. Segnatamente, la Corte di Cassazione a Sezioni Unite⁸, ha affermato che **"l'attività medica presuppone il consenso perché la Costituzione riconosce il diritto di scegliere se e come curarsi"**. L'attività in parola è, quindi, autorizzata solo in presenza di un valido consenso informato del paziente. Nella legge 219/2017 all'art. 1 si legge, infatti, che **«nessun trattamento sanitario può essere iniziato o proseguito se privo del consenso libero e informato della persona interessata, tranne che nei casi espressamente previsti dalla legge»**.

È la stessa legge quindi a cristallizzare i caratteri del consenso, il quale si caratterizza come:

- a) *personale*: deve essere manifestato direttamente dal paziente, purché si tratti di persona capace di intendere e di volere. Il paziente può indicare i familiari o una persona di sua fiducia per esprimere il consenso in sua vece ai sensi del comma 3 dell'art. 1 L. 219/2017;
- b) *esplicito*: non è sufficiente un consenso tacito o per *facta concludentia*;
- c) *libero*: il consenso dev'essere immune da vizi;
- d) *specifico*: deve avere a oggetto il singolo intervento ovvero ognuna fra le ipotesi di trattamento prospettate e non potrà, quindi, essere generico o onnicomprensivo;
- e) *attuale e revocabile*: il consenso deve essere fornito al momento dell'inizio dell'intervento e persistere sino al termine, rimanendo sempre e comunque revocabile;
- f) *informato*⁹: si tratta di un vero e proprio corollario del rapporto di fiducia e di alleanza terapeutica tra sanitario e paziente, che impone al primo un dovere puntuale di rappresentazione, al secondo della sua situazione di salute, dei potenziali rimedi e delle relative conseguenze, potendosi solo in tal modo ritenere il paziente concretamente in condizione di valutare ogni rischio e ogni alternativa. La Suprema Corte¹⁰, in tema di attività medica, afferma che **«il consenso informato ha come contenuto concreto la facoltà, non solo di scegliere tra le diverse possibilità di trattamento medico, ma anche eventualmente di rifiutare la terapia e di decidere consapevolmente di interromperla, in tutte le fasi della vita, anche quella terminale»**.

⁷ La *ratio* del Codice deontologico degli Igienisti dentali viene esplicitata all'art. 1 dello stesso, in cui si legge che: "Il Codice deontologico degli Igienisti dentali identifica le regole ispirate ai principi etici definiti nella Costituzione etica della Federazione nazionale dei TSRM e PSTRP che disciplinano l'esercizio professionale degli Igienisti dentali iscritti all'Albo professionale".

⁸ Cassazione penale sez. un., 18/12/2008 (ud. 18/12/2008, dep. 21/01/2009), n. 2437.

⁹ Legge 22 dicembre 2017, n. 219, art. 1, co. 2. "È promossa e valorizzata la relazione di cura e di fiducia tra paziente e medico che si basa sul consenso informato nel quale si incontrano l'autonomia decisionale del paziente e la competenza, l'autonomia professionale e la responsabilità del medico. Contribuiscono alla relazione di cura, in base alle rispettive competenze, gli esercenti una professione sanitaria che compongono l'equipe sanitaria. In tale relazione sono coinvolti, se il paziente lo desidera, anche i suoi familiari o la parte dell'unione civile o il convivente ovvero una persona di fiducia del paziente medesimo"; co. 3. Ogni persona ha il diritto di conoscere le proprie condizioni di salute e di essere informata in modo completo, aggiornato e a lei comprensibile riguardo alla diagnosi, alla prognosi, ai benefici e ai rischi degli accertamenti diagnostici e dei trattamenti sanitari indicati, nonché riguardo alle possibili alternative e alle conseguenze dell'eventuale rifiuto del trattamento sanitario e dell'accertamento diagnostico o della rinuncia ai medesimi. Può rifiutare in tutto o in parte di ricevere le informazioni ovvero indicare i familiari o una persona di sua fiducia incaricati di riceverle e di esprimere il consenso in sua vece se il paziente lo vuole. Il rifiuto o la rinuncia alle informazioni e l'eventuale indicazione di un incaricato sono registrati nella cartella clinica e nel fascicolo sanitario elettronico".

¹⁰ Cassazione penale sez. u. n. 18/12/2008 (ud. 18/12/2008, dep. 21/01/2009), n. 2437.

La stessa Costituzione etica dedica l'intera parte VI al principio *Consenso*. Segnatamente, con riferimento al consenso informato, all'art. 29, si legge che "Per consenso informato si intende l'atto formale, disciplinato dalla legge, con il quale la persona esprime, dopo aver compreso l'informazione ricevuta, la propria accettazione degli interventi proposti dal professionista sanitario".

Responsabilità civile

Per quanto concerne la responsabilità civile del professionista sanitario è opportuno fare riferimento all'art. 7¹¹ della L. Gelli-Bianco (n. 24/2017) ai sensi del quale: «l'esercente la professione sanitaria risponde del proprio operato ai sensi dell'articolo 2043¹² del codice civile, salvo che abbia agito nell'adempimento di obbligazione contrattuale assunta con il paziente». Tale rinnovato regime di **responsabilità extra-contrattuale** – introdotto dal legislatore per far fronte al fenomeno della cd. medicina difensiva – prevede un onere della prova aggravato per il paziente, il quale sarà tenuto non solo a provare la causazione colposa di un danno ingiusto da parte del professionista sanitario ma, altresì, a dimostrare il nesso di causa sussistente tra la condotta colposa del professionista sanitario e il danno subito.

Diversamente, qualora il professionista abbia agito nell'adempimento di un'obbligazione contrattuale assunta con il paziente, sarà necessario riferirsi alle regole generali relative alle obbligazioni contrattuali, tra le quali si annoverano, *ex art. 1218*¹³ c.c., l'obbligo del debitore (professionista) di risarcire il danno in caso di non esatta effettuazione della prestazione dovuta – salvo che lo stesso non provi che l'inadempimento sia derivato da impossibilità della prestazione derivante da causa a lui non imputabile – e l'onere per il paziente, invece, di dimostrare la fonte del suo diritto (contratto) e il nesso di causa tra inadempimento e danno (aggravamento della patologia in essere o insorgenza di una nuova malattia) *ex art. 1223*¹⁴ c.c. Per quanto riguarda, invece, la responsabilità della struttura sanitaria, i commi 1 e 2 dell'art. 7 della L. 24/2017 prevedono che la stessa, qualora nell'adempimento della propria obbligazione si avvalga dell'opera di esercenti la professione sanitaria, risponda delle loro condotte colpose o dolose ai sensi degli artt. 1218 e 1228¹⁵ c.c., anche se i medesimi sono scelti dal

paziente e non dipendenti della struttura medesima. Sul piano probatorio, pertanto, conformemente alle regole di riparto dell'*onus probandi* previste in ambito contrattuale, l'attore – vale a dire il paziente danneggiato – dovrà limitarsi a provare l'esistenza del rapporto contrattuale e l'insorgenza o l'aggravamento della patologia, indicando l'inadempimento del debitore astrattamente idoneo a provocare il danno lamentato. Di contro, grava a carico del convenuto – debitore – l'onere di dimostrare l'assenza di un inadempimento ovvero che, pur esistendo, quest'ultimo non è eziologicamente rilevante¹⁶.

Azione di rivalsa o di responsabilità amministrativa

Fra le novità introdotte dalla citata legge Gelli-Bianco merita di essere segnalata la nuova disciplina dettata in materia di rivalsa esercitabile dalla struttura sanitaria nei confronti del professionista responsabile di inadempimento. In particolare, l'art. 9 della novella – rubricato *azione di rivalsa o di responsabilità amministrativa* – regola la azione di rivalsa promossa davanti al Tribunale civile dalla struttura privata nei confronti del medico a seguito di risarcimento del paziente danneggiato, sia l'azione esercitata dal Procuratore Generale presso la Corte dei Conti territorialmente competente a tutela della struttura sanitaria pubblica. Tra i presupposti comuni all'azione di rivalsa e di responsabilità amministrativa si ricordano:

- la sussistenza di un **rapporto di servizio** tra sanitario e struttura;
- la ricorrenza dell'elemento soggettivo del **dolo o della colpa grave** («l'azione di rivalsa nei confronti dell'esercente la professione sanitaria può essere esercitata solo in caso di dolo o colpa grave»). Può dirsi in proposito che se per il concetto di dolo non paiono porsi particolari questioni ermeneutiche, più delicato è il concetto di colpa grave, per la definizione della quale è possibile fare riferimento all'elaborazione giurisprudenziale delle Corti amministrative in tema di azione di rivalsa e responsabilità amministrativa.

Secondo la Corte dei Conti della Regione Sicilia, per esempio, "non ogni condotta diversa da quella doverosa implica colpa grave, ma solo quella che sia caratterizzata da partico-

¹¹ Art. 7. Responsabilità civile della struttura e dell'esercente la professione sanitaria

1. "La struttura sanitaria o sociosanitaria pubblica o privata che, nell'adempimento della propria obbligazione, si avvalga dell'opera di esercenti la professione sanitaria, anche se scelti dal paziente e ancorché non dipendenti della struttura stessa, risponde, ai sensi degli articoli 1218 e 1228 del codice civile, delle loro condotte dolose o colpose.

2. La disposizione di cui al comma 1 si applica anche alle prestazioni sanitarie svolte in regime di libera professione intramuraria ovvero nell'ambito di attività di sperimentazione e di ricerca clinica ovvero in regime di convenzione con il Servizio sanitario nazionale nonché attraverso la telemedicina.

3. L'esercente la professione sanitaria di cui ai commi 1 e 2 risponde del proprio operato ai sensi dell'articolo 2043 del codice civile, salvo che abbia agito nell'adempimento di obbligazione contrattuale assunta con il paziente. Il giudice, nella determinazione del risarcimento del danno, tiene conto della condotta dell'esercente la professione sanitaria ai sensi dell'articolo 5 della presente legge e dell'articolo 590 *sexies* del codice penale, introdotto dall'articolo 6 della presente legge.

4. Il danno conseguente all'attività della struttura sanitaria o sociosanitaria, pubblica o privata, e dell'esercente la professione sanitaria è risarcito sulla base delle tabelle di cui agli articoli 138 e 139 del codice delle assicurazioni private, di cui al decreto legislativo 7 settembre 2005, n. 209, integrate, ove necessario, con la procedura di cui al comma 1 del predetto articolo 138 e sulla base dei criteri di cui ai citati articoli, per tener conto delle fattispecie da esse non previste, afferenti alle attività di cui al presente articolo.

¹² Art. 2043 c.c. "Qualunque fatto doloso o colposo, che cagiona ad altri un danno ingiusto, obbliga colui che ha commesso il fatto a risarcire il danno".

¹³ Art. 1218 c.c. "Il debitore che non esegue esattamente la prestazione dovuta è tenuto al risarcimento del danno, se non prova che l'inadempimento o il ritardo è stato determinato da impossibilità della prestazione derivante da causa a lui non imputabile".

¹⁴ Art. 1223 c.c. "Il risarcimento del danno per l'inadempimento o per il ritardo deve comprendere così la perdita subita dal creditore come il mancato guadagno, in quanto ne siano conseguenza immediata e diretta".

¹⁵ Art. 1228 c.c. "Salva diversa volontà delle parti, il debitore che nell'adempimento dell'obbligazione si vale dell'opera di terzi, risponde anche dei fatti dolosi o colposi di costoro".

¹⁶ Tribunale Lucca, 14/08/2020, n. 733. "In tema di responsabilità della struttura sanitaria, l'art. 7 della L. n. 24/2017, c.d. legge Gelli-Bianco, prevede che la struttura sanitaria, pubblica o privata, la quale, nell'adempimento della propria obbligazione si avvalga dell'opera di esercenti la professione sanitaria anche se scelti dal paziente e non dipendenti della struttura medesima, risponde delle loro condotte colpose o dolose ai sensi degli artt. 1218 e 1228 c.c. Sul piano probatorio, pertanto, conformemente alle regole di riparto dell'*onus probandi* previste in ambito contrattuale, incombe sul paziente che agisce per il risarcimento del danno l'onere di provare la relazione causale che intercorre tra l'evento di danno (aggravamento della patologia ovvero insorgenza di una nuova patologia) e l'azione o l'omissione della struttura, mentre spetta alla struttura sanitaria dimostrare la non imputabilità dell'azione o dell'omissione, fornendo la prova che il mancato o inesatto adempimento è stato determinato da un evento imprevedibile ed inevitabile secondo l'ordinaria diligenza".

lare negligenza, imprudenza o imperizia e che sia posta in essere senza l'osservanza, nel caso concreto, di un **livello minimo di diligenza, prudenza o perizia**, livello minimo che dipende dal tipo di attività concretamente richiesto all'agente e dalla sua particolare preparazione professionale e ancora, sussiste la colpa grave: quando il medico ometta di compiere un'attività diagnostica e terapeutica routinaria, atta a scongiurare determinate complicanze» (Corte dei Conti, Sezione Giurisdizionale della Sicilia, sent. n. 1015 del 28/03, 2015, in senso conforme, *ex plurimis*, Corte dei Conti, Sezione Giurisdizionale della Calabria, n. 368 dell'11.6.2019; Corte dei Conti, Sez. II App., sent. n. 601/2014; Sez. Giur. Calabria, sent. 93/2017); in altre parole, la colpa grave deve intendersi come «sprezzante trascuratezza, straordinaria e inescusabile negligenza o imprudenza, grossolana superficialità, particolare noncuranza».

- La previsione di un **limite all'importo della condanna**¹⁷: il comma 5 dell'art. 9 L. 24/2017 prevede, infatti, con riferimento alla responsabilità amministrativa che «L'importo della condanna per la responsabilità amministrativa e della surrogazione di cui all'articolo 1916, primo comma, del codice civile, per singolo evento, in caso di colpa grave, non può superare una somma pari al valore maggiore della retribuzione lorda o del corrispettivo convenzionale conseguiti nell'anno di inizio della condotta causa dell'evento o nell'anno immediatamente precedente o successivo, moltiplicato per il triplo»; anche per quanto concerne l'azione di rivalsa nelle strutture private il comma 6 dell'art. 9 L. 24/2017 prevede che «La misura della rivalsa e quella della surrogazione richiesta dall'impresa di assicurazione, ai sensi dell'articolo 1916, primo comma, del codice civile, per singolo evento, in caso di colpa grave, non possono superare una somma pari al valore maggiore del reddito professionale, ivi compresa la retribuzione lorda, conseguito nell'anno di inizio della condotta causa dell'evento o nell'anno immediatamente precedente o successivo, moltiplicato per il triplo». Ai sensi dell'ultimo periodo del comma in esame tale limite quantitativo non trova, però, applicazione nel caso in cui il professionista abbia agito con dolo oppure sia un libero-professionista, non dipendente, in regime libero-professionista (art. 10, co. 2¹⁸, L. 24/2017).

Con specifico riferimento all'azione di rivalsa, il co. 2 dell'art. 9 subordina il suo esercizio a un **limite temporale**, prevedendo – nel caso in cui il paziente si sia rivolto per ottenere il ristoro dei danni patiti esclusivamente alla struttura – un primo **limite dilatorio**, in forza del quale l'azione di rivalsa non potrà essere intentata dalla struttura (a pena di improcedibilità) se non successivamente alla definizione del risar-

cimento in sede giudiziale o stragiudiziale, e un secondo **termine perentorio** che ne impone l'esercizio, a pena di decadenza, entro un anno dall'avvenuto pagamento. Nel caso in cui il paziente decida, invece, di rivolgersi cumulativamente all'azienda e al sanitario, nulla vieta alla struttura e al suo assicuratore di esercitare l'azione di rivalsa direttamente nel corso del giudizio civile, senza dover attendere l'avvenuto pagamento¹⁹.

Sempre in tema di termini decadenziali, nell'ambito della responsabilità amministrativa il Procuratore della Corte dei Conti, a mente della L. 20/1994 e per consolidata giurisprudenza amministrativa deve agire nei confronti del dipendente pubblico entro **cinque anni** dal verificarsi del danno erariale, vale a dire dall'effettivo pagamento del danno a terzo (a prescindere dal passaggio in giudicato della sentenza di condanna). Nella sola ipotesi di azione esercitata nei confronti di dipendenti pubblici, in caso di passaggio in giudicato della decisione di accoglimento della domanda di risarcimento proposta dal danneggiato, la norma prevede a titolo di pena accessoria che l'esercente la professione sanitaria non possa essere preposto a incarichi professionali superiori rispetto a quelli già ricoperti per i tre anni successivi.

Il giudicato costituirà inoltre oggetto di valutazione specifica dei commissari nei concorsi pubblici per incarichi superiori.

Obbligo assicurativo

Con riferimento all'obbligo assicurativo, occorre operare una distinzione tra l'esercente la professione sanitaria che presti la propria opera presso una struttura sanitaria pubblica o privata, e colui che invece presti la propria attività lavorativa al di fuori di dette strutture, oppure all'interno delle stesse ma in regime di libero-professionista o, ancora, si avvalga di queste nell'adempimento della propria obbligazione contrattuale assunta con il paziente. Nel primo caso, l'obbligo ricade in capo alla struttura, la quale deve «essere provvista di copertura assicurativa o di altre analoghe misure per la responsabilità civile verso terzi e per la responsabilità civile verso prestatori d'opera, anche per danni cagionati dal personale a qualunque titolo operante presso le strutture sanitarie o sociosanitarie pubbliche e private, compresi coloro che svolgono attività di formazione, aggiornamento nonché di sperimentazione e di ricerca clinica. La disposizione del primo periodo si applica anche alle prestazioni sanitarie svolte in regime di libera professione intramuraria ovvero in regime di convenzione con il Servizio sanitario nazionale nonché attraverso la telemedicina».

In tutti i casi previsti dalla seconda ipotesi, invece, **l'esercente la professione sanitaria è tenuto – ai sensi del**

¹⁷ Cassazione civile sez. III, 11/11/2019, n. 28987 "In tema di azione di rivalsa nel regime **anteriore** alla legge n. 24 del 2017, nel rapporto interno tra la struttura sanitaria e il medico, la responsabilità per i danni cagionati da colpa esclusiva di quest'ultimo deve essere ripartita in misura paritaria secondo il criterio presuntivo degli artt. 1298, comma 2, e 2055, comma 3, c.c., in quanto la struttura accetta il rischio connesso all'utilizzazione di terzi per l'adempimento della propria obbligazione contrattuale, a meno che dimostri un'eccezionale, inescusabilmente grave, del tutto imprevedibile (e oggettivamente improbabile) devianza del sanitario dal programma condiviso di tutela della salute che è oggetto dell'obbligazione».

¹⁸ Art. 10, co. 2, L. 24/2017 "Per l'esercente la professione sanitaria che svolge la propria attività al di fuori di una delle strutture di cui al comma 1 del presente articolo (strutture sanitarie e sociosanitarie pubbliche e private) o che presti la sua opera all'interno della stessa in regime libero-professionista ovvero che si avvalga della stessa nell'adempimento della propria obbligazione contrattuale assunta con il paziente ai sensi dell'articolo 7, comma 3, resta fermo l'obbligo di cui all'articolo 3, comma 5, lettera e), del decreto-legge 13 agosto 2011, n. 138, convertito, con modifiche, dalla legge 14 settembre 2011, n. 148, all'articolo 5 del regolamento di cui al decreto del Presidente della Repubblica 7 agosto 2012, n. 137, e all'articolo 3, comma 2, del decreto legge 13 settembre 2012, n. 158, convertito, con modifiche, dalla legge 8 novembre 2012, n. 189».

¹⁹ A proposito, costante giurisprudenza afferma che "L'assicuratore, convenuto in giudizio dall'assicurato per il pagamento dell'indennità assicurativa, in virtù del principio di economia processuale può agire nella medesima sede a tutela del proprio diritto di surrogazione, **anche in difetto del previo pagamento di detta indennità**, chiamando in causa il terzo responsabile del danno allo scopo di ottenere, nei confronti di questo, una sentenza condizionale di condanna alla rivalsa di quanto sarà condannato a pagare all'assicurato a titolo di indennità, potendo egli offrire la prova dell'avvenuto pagamento della medesima in un momento successivo alla pronuncia della sentenza di condanna in favore dell'assicurato e di quella condizionale a suo favore" (Cassazione civile sez. III, 19/07/2004, n. 13342; Corte appello Napoli sez. I, 17/01/2020, n. 196).

decreto legge 138/2011 art. 3 co. 5 e)²⁰ – a stipulare personalmente un'adeguata assicurazione per i rischi derivanti dall'esercizio dell'attività professionale a tutela della persona assistita.

In ogni caso, il sanitario che, a qualunque titolo, operi in strutture sanitarie pubbliche o private dovrà stipulare *con oneri a proprio carico* una polizza professionale per colpa grave a garanzia dell'azione di rivalsa o di responsabilità amministrativa²¹.

Profili di responsabilità penale

La violazione delle regole (cd. *leges artis*) che disciplinano l'esercizio della professione, oltre a esporre l'Igienista dentale ad azioni civili (che tutelano gli interessi personali e privati del paziente e perseguono finalità sostanzialmente risarcitorie) e amministrative, può assumere anche una rilevanza penale ove il comportamento illecito integri i presupposti di reato. Si sottolinea che in ambito penalistico la responsabilità è sempre personale (art. 27 cost.²²) per cui, in caso di improvvisa manualità che comporti una lesione all'integrità psicofisica del paziente, anche l'Igienista dentale risponderà del reato di lesioni ai sensi dell'art. 590 c.p.²³ per aver involontariamente cagionato una lesione.

A fronte della causazione non voluta di un fatto vietato dalla legge penale, avvenuta per violazione di regole cautelari codificate o meno, il professionista risponderà a titolo colposo. Nell'alveo di tale forma di responsabilità si suole distinguere tra la cd. colpa generica – violazione di regole di diligenza, prudenza e perizia – e la cd. colpa specifica – nel caso in cui le leggi cautelari siano contenute in leggi, regolamenti, ordini e discipline.

In particolare, per affermare la responsabilità colposa in capo a un soggetto, la Corte di legittimità²⁴ ritiene necessaria la sussistenza degli elementi di prevedibilità ed evitabilità dell'evento, da valutarsi alla stregua del cd. agente modello – ossia il modello dell'uomo che svolge paradigmaticamente una determinata attività che importa l'assunzione di certe responsabilità nella comunità, la quale si

attende che l'operatore concreto si ispiri a quel modello e faccia tutto ciò che da questo ci si aspetta.

Nell'alveo dei reati omissivi a evento²⁵, per stabilire se il compimento dell'azione omessa avrebbe impedito il verificarsi dell'evento (cd. nesso causale) è necessario accertare – alla stregua del giudizio controfattuale condotto sulla base di una generalizzata regola di esperienza o di una legge scientifica universale o statistica – se, ipotizzandosi come realizzata dal sanitario la condotta doverosa impeditiva dell'evento *hic et nunc*, questo non si sarebbe verificato ovvero si sarebbe verificato ma in epoca significativamente posteriore o con minore intensità lesiva (Cassazione penale, Sez. un., 10/07/2002, n. 30328).

Mal practice per imperizia / negligenza / imprudenza

Nel contesto della colpa sanitaria, il Legislatore ha introdotto per mezzo della legge Gelli-Bianco, un nuovo articolo nel codice penale, ovvero l'art. 590 *sexies*, rubricato *Responsabilità colposa per morte o lesioni personali in ambito sanitario*, così formulato: «Se i fatti di cui agli articoli 589 e 590 sono commessi nell'esercizio della professione sanitaria, si applicano le pene ivi previste salvo quanto disposto dal secondo comma.

Qualora l'evento si sia verificato a causa di imperizia, la punibilità è esclusa quando sono rispettate le raccomandazioni previste dalle linee guida come definite e pubblicate ai sensi di legge ovvero, in mancanza di queste, le buone pratiche clinico-assistenziali, sempre che le raccomandazioni previste dalle predette linee guida risultino adeguate alle specificità del caso concreto».

Il novello articolo delimita l'area di penale responsabilità del professionista sanitario al ricorrere di tre requisiti:

- l'evento (morte o lesioni) si realizzi a causa di **imperizia**;
- risultino rispettate le raccomandazioni espresse nelle **linee guida**²⁶ oppure, in assenza di queste, le **buone pratiche clinico-assistenziali**;
- le raccomandazioni espresse nelle linee guida si mostrino **adeguate alla specificità del caso concreto**.

²⁰ Art. 3, co. 5, lettera e), del decreto legge 13 agosto 2011, n. 138 "A tutela del cliente, il professionista è tenuto a stipulare idonea assicurazione per i rischi derivanti dall'esercizio dell'attività professionale. Il professionista deve rendere noti al cliente, al momento dell'assunzione dell'incarico, gli estremi della polizza stipulata per la responsabilità professionale e il relativo massimale. Le condizioni generali delle polizze assicurative di cui al presente comma possono essere negoziate, in convenzione con i propri iscritti, dai Consigli Nazionali e dagli enti previdenziali dei professionisti".

²¹ Art. 10, co. 3, L. 24/2017 "Al fine di garantire efficacia alle azioni di cui all'articolo 9 e all'articolo 12, comma 3, ciascun esercente la professione sanitaria operante a qualunque titolo in strutture sanitarie o sociosanitarie pubbliche o private provvede alla stipula, **con oneri a proprio carico**, di un'adeguata polizza di assicurazione per colpa grave".

²² Art. 27 Cost. "La responsabilità penale è personale. L'imputato non è considerato colpevole sino alla condanna definitiva. Le pene non possono consistere in trattamenti contrari al senso di umanità e devono tendere alla rieducazione del condannato. Non è ammessa la pena di morte".

²³ Art. 590 c.p. "Chiunque cagiona ad altri per colpa una lesione personale è punito con la reclusione fino a tre mesi o con la multa fino a euro 309.

Se la lesione è grave la pena è della reclusione da uno a sei mesi o della multa da euro 123 a euro 619, se è gravissima, della reclusione da tre mesi a due anni o della multa da euro 309 a euro 1.239.

Se i fatti di cui al secondo comma sono commessi con violazione delle norme [sulla disciplina della circolazione stradale o di quelle] per la prevenzione degli infortuni sul lavoro la pena per le lesioni gravi è della reclusione da tre mesi a un anno o della multa da euro 500 a euro 2.000 e la pena per le lesioni gravissime è della reclusione da uno a tre anni.

Se i fatti di cui al secondo comma sono commessi nell'esercizio abusivo di una professione per la quale è richiesta una speciale abilitazione dello Stato o di un'arte sanitaria, la pena per lesioni gravi è della reclusione da sei mesi a due anni e la pena per lesioni gravissime è della reclusione da un anno e sei mesi a quattro anni.

Nel caso di lesioni di più persone si applica la pena che dovrebbe infliggersi per la più grave delle violazioni commesse, aumentata fino al triplo; ma la pena della reclusione non può superare gli anni cinque.

Il delitto è punibile a querela della persona offesa, salvo nei casi previsti nel primo e secondo capoverso, limitatamente ai fatti commessi con violazione delle norme per la prevenzione degli infortuni sul lavoro o relative all'igiene del lavoro o che abbiano determinato una malattia professionale".

²⁴ Cassazione penale sez. IV, 28/04/2016, n. 39028.

²⁵ Art. 40, co. 2 c.p. "Non impedire un evento, che si ha l'obbligo giuridico di impedire, equivale a cagionarlo".

²⁶ Ai sensi dell'art. 5 L. 24/2017 le linee guida sono raccomandazioni di comportamento clinico prodotte attraverso un processo di revisione sistematica della letteratura e delle opinioni degli esperti, con lo scopo di assistere i professionisti sanitari e i pazienti nelle decisioni sulla gestione appropriata di specifiche condizioni cliniche. Le linee guida, e i relativi aggiornamenti, sono pubblicati sul sito dell'Istituto superiore di sanità pubblica, previa verifica della conformità della metodologia adottata a standard definiti resi pubblici dallo stesso Istituto. Secondo quanto affermato da consolidata giurisprudenza «Non si tratta di uno scudo contro ogni ipotesi di responsabilità essendo la loro efficacia e forza precettiva comunque dipendente dalla dimostrata adeguatezza alle specificità del caso concreto. Si tratta di regole cautelari valide solo se adeguate rispetto all'obiettivo della migliore cura per lo specifico caso del paziente e implicanti, in ipotesi contraria, il dovere, da parte di tutta la catena degli operatori sanitari concretamente implicati di **discostarsene** (Cassazione penale sez. un., 22/2/2018, n. 8770)».

Ai fini dell'applicabilità dell'art. 590 *sexies* c.p., in mancanza di linee guida approvate ed emanate mediante il procedimento di cui all'art. 5 L. n. 24 del 2017, può farsi richiamo alle linee guida attualmente vigenti, considerandole alla stregua di buone pratiche clinico-assistenziali, pur nella consapevolezza che si tratta di una opzione ermeneutica non agevole ove si consideri che le linee guida differiscono notevolmente, sotto il profilo concettuale, prima ancora che tecnico-operativo, dalle buone pratiche clinico-assistenziali, sostanziandosi in raccomandazioni di comportamento clinico, sviluppate attraverso un processo sistematico di elaborazione concettuale, volto a offrire indicazioni utili ai medici nel decidere quale sia il percorso diagnostico-terapeutico più appropriato in specifiche circostanze cliniche (Cassazione penale sez. IV, 21/03/2019, n. 28102).

In altre parole, l'Igienista dentale che abbia causato le lesioni (o la morte) di un paziente a causa di imperizia – seppur nel rispetto delle raccomandazioni espresse dalle linee guida, oppure, in assenza di queste, delle buone pratiche clinico-assistenziali adeguate al caso concreto – non risulterà punibile.

Il dato normativo è stato recentemente oggetto di sindacato da parte della più autorevole giurisprudenza²⁷, a parere della quale potrà essere esclusa la punibilità del professionista **soltanto** qualora lo stesso, dopo aver correttamente individuato le linee guida adeguate al caso concreto e rispettato la loro esecuzione, abbia commesso un errore applicativo di **limitata entità** che abbia comunque determinato l'evento infausto.

Ciò significa che viene reintrodotta, in via ermeneutica dai giudici di legittimità, la **cd. colpa lieve**: di conseguenza il sanitario risulterà esente da pena soltanto laddove, dopo aver correttamente individuato le linee guida adeguate al caso concreto e rispettato la loro esecuzione, abbia ciò nonostante, causato l'evento a causa di colpa lieve determinata da imperizia, risultando al contrario punibile nell'ipotesi in cui l'errore applicativo – a fronte di una corretta individuazione delle linee guida, che risultino adeguate al caso concreto, e della loro corretta esecuzione – sia determinato da **colpa grave** causata da imperizia.

Riassumendo, l'esercente la professione sanitaria sarà chiamato a rispondere a titolo di colpa, per morte o lesioni personali²⁸:

- a) se l'evento si è verificato per colpa da **negligenza o imprudenza**;
- b) se l'evento si è verificato per **colpa da imperizia** quando il caso concreto non è regolato dalle raccomandazioni delle linee guida o buone pratiche clinico-assistenziali;
- c) se l'evento si è verificato per **colpa da imperizia** nella individuazione e nella scelta delle linee guida o buone pratiche mediche non adeguate al caso concreto;
- d) se l'evento si è verificato per **colpa grave da imperizia** nell'esecuzione di raccomandazioni di linee guida o buone pratiche clinico-assistenziali adeguate, tenendo conto del grado di rischio da gestire e delle speciali difficoltà dell'atto medico.

Ordine e Albo

Va inoltre rammentato che la legge Lorenzin (n. 3/2018) è intervenuta aggravando le pene relative al **delitto di esercizio abusivo della professione** normato all'art. 348 c.p.²⁹,

prevedendo un notevole inasprimento delle pene originariamente previste. Se, infatti, prima l'abusivo rischiava al più una pena pecuniaria di poche centinaia di euro, ora, in caso di condanna, va incontro alla pena della reclusione da sei mesi a tre anni, cui si aggiunge la multa da diecimila a cinquantamila euro e, infine, la confisca delle cose che servono a commettere il reato (strumenti, attrezzature). La stessa legge ha, altresì, aggravato le pene previste per i reati di omicidio³⁰ e di lesioni personali colpose³¹ commessi da parte di un esercente una professione sanitaria abusivo.

Secondo la giurisprudenza autore del reato è innanzitutto colui che è **privo dei requisiti sostanziali prescritti dalla disciplina della relativa professione** (Cassazione penale sez. V, n. 411183/2008).

Si ha esercizio abusivo della professione, quindi, se il professionista non ha adempiuto alle formalità prescritte per il relativo esercizio mediante l'**iscrizione all'apposito Albo** (Cassazione penale sez. VI, n. 6129/2018) oppure se il soggetto è **perpetuamente o temporaneamente interdetto dall'esercizio della professione**, atteso che l'attualità dell'iscrizione attesta, nell'interesse generale, il possesso dei requisiti di probità e di competenza tecnica necessari per l'esercizio della professione (Cassazione penale sez. VI, n. 18745/2014).

Sotto questo profilo si osserva quanto disposto in tema di obbligo di vaccinazione anti SARS-CoV-2 in capo ai professionisti sanitari, in un primo momento, dal D.L. 172/2021 che – in parte – ha novellato la disciplina prevista nel D.L. 44/2021. In particolare l'art. 4, co. 1, ai sensi del quale «La vaccinazione costituisce requisito essenziale per l'esercizio della professione» e il co. 4 dello stesso articolo in base al quale «L'atto di accertamento dell'inadempimento dell'obbligo vaccinale è adottato dall'Ordine territoriale competente [...] determina l'immediata sospensione dall'esercizio delle professioni sanitarie ed è annotato nel relativo Albo professionale». Dalle suddette disposizioni discende che il professionista sanitario che eserciti la professione (quale lavoratore autonomo oppure dipendente di strutture sanitarie pubbliche o private) non avendo adempiuto all'obbligo vaccinale si rende responsabile del delitto di cui all'art. 348 c.p.

La suddetta disciplina, prevista nel D.L. 44/2021, è stata nuovamente novellata dal D.L. 31/10/2022 n. 162, il quale ha sancito la fine dell'obbligo vaccinale anti SARS-CoV-2 in capo ai professionisti sanitari a far data dal 1/11/2022. Di conseguenza, la sospensione dall'esercizio professionale per inosservanza dell'obbligo vaccinale deve intendersi cessata dal 1° novembre 2022, così come, conseguentemente, la responsabilità del professionista per esercizio abusivo della professione ex art. 348 c.p.

²⁷ Cassazione penale sez. un., 22/2/2018, n. 8770.

²⁸ Cassazione penale sez. un., 22/2/2018, n. 8770.

²⁹ Art. 348 c.p. Esercizio abusivo di una professione: "Chiunque abusivamente esercita una professione per la quale è richiesta una speciale abilitazione dello Stato è punito con la reclusione da sei mesi a tre anni e con la multa da euro 10.000 a euro 50.000. La condanna comporta la pubblicazione della sentenza e la confisca delle cose che servono o furono destinate a commettere il reato e, nel caso in cui il soggetto che ha commesso il reato eserciti regolarmente una professione o attività, la trasmissione della sentenza medesima al competente Ordine, albo o registro ai fini dell'applicazione dell'interdizione da uno a tre anni dalla professione o attività regolarmente esercitata. Si applica la pena della reclusione da uno a cinque anni e della multa da euro 15.000 a euro 75.000 nei confronti del professionista che ha determinato altri a commettere il reato di cui al primo comma ovvero ha diretto l'attività delle persone che sono concorse nel reato medesimo".

³⁰ Art. 589, co. 3 c.p. "Se il fatto è commesso nell'esercizio abusivo di una professione per la quale è richiesta una speciale abilitazione dello Stato o di un'arte sanitaria, la pena è della reclusione da tre a dieci anni".

³¹ Art. 590, co. 4 c.p. "Se i fatti di cui al secondo comma sono commessi nell'esercizio abusivo di una professione per la quale è richiesta una speciale abilitazione dello Stato o di un'arte sanitaria, la pena per lesioni gravi è della reclusione da sei mesi a due anni e la pena per lesioni gravissime è della reclusione da un anno e sei mesi a quattro anni".

Box 1.2 Codice deontologico degli Igienisti dentali

**TITOLO I
CONTENUTI E FINALITÀ**

Art. 1

Definizione

Il Codice deontologico degli Igienisti dentali – di seguito indicato con il termine “Codice” – identifica le regole, ispirate ai principi etici definiti nella Costituzione Etica della Federazione nazionale degli Ordini dei tecnici sanitari di radiologia medica e delle professioni sanitarie tecniche, della riabilitazione e della prevenzione, che disciplinano l'esercizio professionale degli Igienisti dentali iscritti all'Albo professionale.

Art. 2

Finalità

Il Codice impegna gli Igienisti dentali nella tutela della salute individuale e collettiva, vigilando sulla dignità, sul decoro, sull'indipendenza e sulla qualità della professione.

Il Codice stabilisce principi generali di comportamento degli Igienisti dentali nei confronti della persona assistita, dei colleghi, delle Istituzioni e di tutti i professionisti sanitari.

Il Codice detta norme volte a concorrere alla salvaguardia della salute orale e del benessere psicofisico della persona assistita e della comunità, nonché a incentivare la ricerca e la diffusione della stessa in ambito scientifico.

Art. 3

Potestà disciplinare

Ogni Igienista dentale deve conoscere e rispettare il Codice: l'inosservanza dello stesso costituisce illecito disciplinare.

Il professionista sanitario segnala agli organi competenti ogni comportamento di colleghi o di terzi che comprometta, o possa compromettere, la salute o la dignità della persona o della comunità ovvero che possa contrastare con il presente Codice.

**TITOLO II
DOVERI DELL'IGIENISTA DENTALE**

Art. 4

Definizione

L'Igienista dentale è il professionista sanitario che svolge l'attività di pubblico interesse descritta nel profilo professionale e negli ordinamenti didattici dei corsi di laurea.

L'Igienista dentale interviene nel rispetto delle proprie competenze e sulla base delle evidenze scientifiche e delle raccomandazioni espresse nelle linee guida e delle buone pratiche, con particolare attenzione alla intercettazione di segni e sintomi per le necessarie valutazioni nell'ambito della prevenzione primaria, secondaria e terziaria al fine di promuovere e migliorare la salute orale della persona assistita.

Art. 5

Doveri generali dell'Igienista dentale

L'Igienista dentale esercita la professione nel rispetto dei principi costituzionali e delle normative vigenti.

L'Igienista dentale rispetta gli inderogabili principi di libertà, uguaglianza, socialità, solidarietà, partecipazione e riconosce la centralità, la dignità e l'unicità di ogni persona.

L'Igienista dentale si oppone a qualsiasi discriminazione in relazione alla religione, alla etnia, alla ideologia e all'orientamento sessuale.

L'Igienista dentale si pone al servizio dei singoli, delle famiglie, dei gruppi, delle comunità e delle diverse aggregazioni sociali, per promuovere la sicurezza delle cure, contribuire allo sviluppo della prevenzione delle malattie del cavo orale e migliorare la salute della persona assistita.

Art. 6

Libertà ed indipendenza

Nell'esercizio dell'attività professionale, l'Igienista dentale ha il dovere di conservare la propria indipendenza intellettuale e di difendere la propria libertà da pressioni o condizionamenti esterni di qualsivoglia natura.

L'Igienista dentale si attiene, nell'esercizio della propria attività, a principi etici, bioetici e morali e in caso di conflitti etici esercita la libertà di coscienza.

Art. 7

Educazione alla salute

L'Igienista dentale ha l'obbligo di educare alla salute e, quindi, di informare la persona assistita sui possibili rischi derivanti da un comportamento igienico e alimentare non adeguato. Favorisce il processo di apprendimento e di adeguamento volontario alle norme di igiene del cavo orale della persona assistita e della comunità attraverso la partecipazione a programmi istituzionali di educazione alla salute rivolti a tutte le fasce sociali senza alcuna discriminazione.

Art. 8

Tutela dell'ambiente

L'Igienista dentale esercita la propria attività nel rispetto dell'ambiente e favorisce, anche con la partecipazione a programmi di educazione e prevenzione, un uso appropriato delle risorse naturali a salvaguardia di uno sviluppo equilibrato ed eco-sostenibile, a beneficio delle presenti e delle future generazioni.

Art. 9

Competenza e aggiornamento professionale

L'Igienista dentale mantiene il più alto standard di competenza ed è tenuto a provvedere all'aggiornamento attraverso costanti processi educativi teorico-pratici con particolare riguardo allo sviluppo della ricerca sulle migliori tecniche preventive, curative e riabilitative nonché agli aspetti etici, deontologici, normativi e gestionali pertinenti all'esercizio della professione.

L'Igienista dentale persegue la prevenzione in generale e compie tutti gli atti sanitari tipici, specifici e non delegabili di sua competenza in relazione alle evidenze scientifiche e finalizzati all'intercettazione precoce delle patologie odontostomatologiche e alla terapia.

L'Igienista dentale, nell'ambito delle proprie competenze e in base a scienza e coscienza, deve essere in grado di applicare tutte le metodiche e procedure atte a ridurre il dolore nella persona assistita particolarmente sensibile, cercando per quanto possibile di dissipare la paura, il disagio e la sofferenza.

L'Igienista dentale non deve accettare incarichi che sappia di non poter svolgere con adeguata competenza e con garanzia di mezzi e impegno.

Art. 10

Contrasto all'abusivismo professionale

L'Igienista dentale è consapevole che l'esercizio di attività non pertinenti alla propria figura professionale lede la propria reputazione, la dignità e il decoro della professione.

L'esercizio abusivo da parte dell'Igienista dentale di attività proprie di altra professione, al di là di apposite sanzioni previste dalla legge per tale ipotesi, costituisce specifico illecito disciplinare.

L'Igienista dentale segnala all'Ordine di appartenenza eventuali fattispecie di abusivismo ovvero comunque potenzialmente lesive dell'integrità psicofisica e dei diritti e degli interessi delle persone e della comunità.

Art. 11

Autonomia

L'Igienista dentale, sulla base della propria competenza, opera in autonomia decisionale con l'obiettivo di garantire adeguate risposte ai bisogni di salute della persona assistita, della comunità e dell'ambiente.

L'Igienista dentale esercita la propria attività professionale in strutture sanitarie sia pubbliche sia private, in regime di dipendenza o libero-professionale, in collaborazione con altri professionisti sanitari ovvero in un proprio studio di Igiene dentale.

Art. 12

Responsabilità

L'Igienista dentale deve svolgere la propria attività in ambienti e contesti organizzativi adeguati alla complessità della prestazione e al decoro

(segue)

(seguito)

Box 1.2 Codice deontologico degli Igienisti dentali

della professione, tali da garantire il corretto svolgimento dell'attività professionale a tutela della salute delle persone, in particolare dei minori, degli anziani, degli incapaci e/o dei soggetti fragili.

L'Igienista dentale risponde personalmente del proprio operato; è civilmente e penalmente responsabile per i danni arrecati alla persona assistita nello svolgimento della propria attività.

L'Ordine competente adotta, a seguito dell'accertamento di condotte dolose o colpose poste in essere dall'Igienista dentale, nelle sedi e con le modalità stabilite dalla legge e dai regolamenti vigenti, i provvedimenti adeguati e proporzionati al caso di specie.

In caso di condanna passata in giudicato per reati connessi all'esercizio professionale ovvero di condotte che arrechino pregiudizio patrimoniale e/o morale alla professione, a Istituzioni pubbliche, alla persona assistita, alla comunità e all'ambiente, l'Igienista dentale è sottoposto ad apposito procedimento disciplinare presso il proprio Ordine di appartenenza.

L'Igienista dentale è tenuto a stipulare polizza di copertura assicurativa per la responsabilità civile verso terzi.

TITOLO III RAPPORTI CON LA PERSONA ASSISTITA

Art. 13**Relazione di cura**

L'Igienista dentale, ponendosi in una situazione di ascolto attivo, instaura con la persona assistita una relazione fondata su umanità, empatia, reciproco rispetto e lealtà comunicativa, fornendo informazioni trasparenti, complete e accurate in merito ai propri interventi.

Art. 14**Qualità professionale e gestionale**

L'Igienista dentale deve adoperarsi affinché le sue prestazioni professionali si compiano nei termini di tempo e secondo requisiti strutturali e strumentali idonei a realizzare interventi qualificati ed efficaci; deve, inoltre, segnalare l'eccessivo cumulo degli incarichi e delle prestazioni quando ciò possa recare pregiudizio alla persona assistita.

Art. 15**Rifiuto di prestazione professionale**

L'Igienista dentale ha diritto di rinunciare all'incarico professionale a condizione che dia un preavviso adeguato, che provveda a informare la persona assistita di quanto è necessario fare per non pregiudicare la propria salute e il proprio benessere; fatta eccezione per i casi di palese urgenza, può rifiutarsi di eseguire le prestazioni professionali richieste da una persona assistita in situazione di morosità.

Art. 16**Documentazione sanitaria**

L'Igienista dentale deve rilasciare alla persona assistita o al suo rappresentante legale i documenti terapeutici, copia della relazione clinica e restituire, se richiesto, ogni documentazione eventualmente ricevuta. L'Igienista dentale non può trattenere la documentazione clinica originale ai fini della liquidazione del compenso.

L'Igienista dentale, nel rispetto delle procedure sul trattamento dei dati personali e della normativa vigente, può trattenere copia della documentazione inerente alle prestazioni svolte, anche senza il consenso della persona assistita o del suo rappresentante legale, per i necessari provvedimenti di registrazione ai fini contabili, di archivio e di valutazione scientifica, nonché per il recupero delle somme dovute per il suo compenso.

Art. 17**Segreto professionale**

L'Igienista dentale deve mantenere il segreto su tutto ciò di cui sia venuto a conoscenza in relazione allo svolgimento della propria attività professionale.

La morte della persona assistita, la cessazione del rapporto professionale con la persona assistita, la sospensione o l'interdizione dall'esercizio pro-

fessionale o la cancellazione dall'Albo di appartenenza non fanno venir meno l'obbligo di mantenere il segreto professionale.

La rivelazione del segreto professionale è ammessa previa autorizzazione della persona assistita o del suo rappresentante legale, oppure se motivata da una giusta causa prevista dall'ordinamento o per l'adempimento di un obbligo di legge.

Art. 18**Riservatezza e trattamento dei dati**

L'Igienista dentale è tenuto alla riservatezza nel trattamento dei dati personali inerenti la persona assistita.

L'Igienista dentale acquisisce, detiene e tratta i dati personali della persona assistita nel rispetto della riservatezza e per le esclusive finalità del progetto di cura e si astiene dal diffonderli con qualsiasi mezzo, comprese le reti digitali.

All'inizio del rapporto professionale l'Igienista dentale consegna alla persona assistita ovvero al suo rappresentante legale idonea nota informativa inerente l'acquisizione e il trattamento dei dati personali.

Nelle pubblicazioni e comunicazioni scientifiche, nei materiali a uso didattico, nelle ricerche, l'Igienista dentale deve curare che non sia possibile l'identificazione delle persone assistite coinvolte nelle prestazioni.

La collaborazione dell'Igienista dentale alla costituzione di banche dati deve garantire il diritto delle persone assistite alla riservatezza, nel rispetto della normativa vigente in materia.

Art. 19**Conflitto di interessi**

L'Igienista dentale non deve mai utilizzare la relazione con la persona assistita per conseguire interessi e vantaggi personali illeciti.

L'Igienista dentale ha l'obbligo di astenersi dal prestare attività professionale quando questa possa concretizzarsi in un conflitto d'interessi. Il conflitto di interessi si può configurare quando il comportamento e le scelte, nonché il giudizio professionale riguardante l'interesse primario della salute della persona assistita, la tutela della salute pubblica, la veridicità dei risultati di una ricerca, l'oggettività della divulgazione scientifica, l'esercizio di una funzione pubblica, possano essere alterati da un interesse secondario come la ricerca di un vantaggio personale di qualunque natura.

TITOLO IV INFORMAZIONE E CONSENSO

Art. 20**Informazione alla persona assistita**

L'Igienista dentale garantisce alla persona assistita o al suo rappresentante legale un'informazione veritiera, corretta, completa e comprensibile sulle attività e sulle valutazioni di sua competenza, sugli obiettivi, vantaggi e svantaggi e sui costi dell'intervento nonché sulle prevedibili conseguenze delle scelte possibili.

In particolare, l'Igienista dentale, prima di effettuare i trattamenti di propria competenza, deve informare la persona assistita ovvero il suo rappresentante legale sulle caratteristiche e la durata presumibile dell'intervento, sulle alternative terapeutiche attuabili, sui prevedibili stati di sofferenza e di dolore connessi all'intervento, sui comportamenti che la persona assistita dovrà osservare nel processo di cura.

L'Igienista dentale nell'informare la persona assistita ovvero il suo rappresentante legale deve tenere conto delle rispettive capacità di comprensione, al fine di promuoverne la massima adesione alle proposte terapeutiche. Ogni ulteriore richiesta di informazione da parte della persona assistita ovvero del suo rappresentante legale deve essere riscontrata.

Art. 21**Consenso e dissenso informato**

L'Igienista dentale non deve intraprendere attività terapeutica senza l'acquisizione del consenso esplicito e informato della persona assistita ovvero in presenza di dissenso informato o di revoca del consenso precedentemente prestato.

Box 1.2 Codice deontologico degli Igienisti dentali

Il consenso deve essere espresso in forma scritta o con altre modalità di pari efficacia nei casi in cui, per la particolarità delle prestazioni terapeutiche o per le possibili conseguenze delle stesse, sia opportuna un'accreditazione documentata.

L'Igienista dentale acquisisce dal rappresentante legale il consenso o il dissenso informato in caso di persona minore o incapace.

L'Igienista dentale garantisce al minore e alla persona con ridotta capacità di scelta sulla propria salute un'informazione adeguata e tiene in considerazione le opinioni espresse circa il progetto di cura proposto.

Qualora l'Igienista dentale operi in una struttura di cui non sia il titolare, ovvero partecipi a un percorso terapeutico complesso, deve curare che il consenso informato sia debitamente acquisito per quanto concerne gli interventi di propria competenza.

**TITOLO V
RICERCA E SPERIMENTAZIONE**

Art. 22

Ricerca e sperimentazione scientifica

L'Igienista dentale è autonomo e indipendente nel condurre la ricerca e la sperimentazione scientifica nell'ambito delle proprie competenze.

Ha, tuttavia, il dovere di condurre la ricerca e la sperimentazione scientifica in conformità alla normativa vigente, ai principi etici e scientifici riconosciuti a livello internazionale e accettati dagli organi competenti, adottando protocolli rigorosi e razionali.

Art. 23

Sperimentazione clinica con la persona

Quando la ricerca scientifica comporta anche la sperimentazione con la persona, l'Igienista dentale osserva l'inderogabile principio della inviolabilità e dell'integrità psico-fisica della persona e protegge la dignità di chi vi partecipa.

L'Igienista dentale informa la persona coinvolta nella sperimentazione in merito agli obiettivi, ai metodi, ai benefici prevedibili e ai rischi e raccoglie preventivamente il consenso informato scritto.

**TITOLO VI
COMPENSO, INFORMAZIONE E PUBBLICITÀ SANITARIA**

Art. 24

Compenso

Il compenso dell'Igienista dentale libero-professionista è lasciato alla libera contrattazione delle parti ed è in ogni caso commisurato alla difficoltà e alla complessità dell'intervento professionale, alle competenze richieste e ai mezzi impiegati. Costituisce comportamento contrario alla dignità e al decoro della professione l'accettazione di un compenso tale da svilire la rilevanza della prestazione.

L'Igienista dentale può prestare gratuitamente la propria opera professionale per scopi di liberalità o filantropici, purché tale comportamento non costituisca concorrenza sleale o sia finalizzato a indebito accaparramento di clientela.

L'Igienista dentale è tenuto a far conoscere preventivamente alla persona assistita o al suo rappresentante legale, una volta concordato il progetto di cura, l'importo dovuto per le prestazioni.

Art. 25

Informazione al pubblico

L'Igienista dentale nell'informazione sanitaria al pubblico, comunque diffusa, si attiene ai criteri di accessibilità, trasparenza, rigore e prudenza.

L'Igienista dentale fonda la propria comunicazione sulle conoscenze scientifiche acquisite e non divulga notizie che possano suscitare o alimentare aspettative o timori infondati. Nei rapporti con la stampa e con altri mezzi di informazione l'Igienista dentale deve ispirarsi a criteri di equilibrio e misura nel rilasciare dichiarazioni e interviste, aggiornandosi in merito all'argomento, salvaguardando la dignità, l'onore, il decoro e la reputazione propri e della comunità professionale e assumendosi la responsabilità di quanto riferito.

L'Igienista dentale nell'attività di informazione ed educazione alla salute evita la pubblicità diretta o indiretta della propria attività professionale o la promozione delle proprie prestazioni.

L'Igienista dentale che assume incarichi presso l'Ordine professionale, Amministrazioni o Enti Pubblici non abusa della propria posizione per favorire l'acquisizione di incarichi professionali o vantaggi di qualsivoglia natura.

Art. 26

Pubblicità sanitaria

La pubblicità sanitaria, con qualunque mezzo diffusa, deve sempre essere veritiera, corretta e funzionale all'oggetto dell'informazione, mai equivoca, ingannevole, comparativa o denigratoria.

La pubblicità sanitaria, nel perseguire il fine di una scelta libera e consapevole dei servizi professionali, ha per oggetto esclusivamente i titoli professionali e le specializzazioni, l'attività professionale, le caratteristiche del servizio offerto e il compenso relativo alle prestazioni.

TITOLO VII

RAPPORTI CON I COLLEGHI E CON GLI ALTRI PROFESSIONISTI SANITARI

Art. 27

Rapporti con i colleghi

I rapporti tra Igienisti dentali devono essere improntati a probità, cortesia, lealtà, correttezza e trasparenza.

L'Igienista dentale promuove e valorizza, nell'esclusivo interesse della persona assistita e della comunità, la collaborazione con i colleghi evitando in ogni caso di assumersi l'esclusiva paternità dell'opera prestata.

L'Igienista dentale in caso di errore professionale di un collega, evita comportamenti denigratori e colpevolizzanti e, in caso di potenziale conflitto con un collega, si rivolge all'Ordine di appartenenza favorendo una soluzione conciliativa.

Art. 28

Rapporti con gli altri professionisti sanitari

L'Igienista dentale mantiene, nelle collaborazioni con altri professionisti sanitari, un rapporto leale di informazione reciproca per far fronte ai bisogni di salute della persona assistita.

L'Igienista dentale che presta la propria opera professionale presso la struttura di altro professionista sanitario contribuisce a creare un rapporto di fiducia basato su informazione, condivisione, responsabilità e riconoscimento dei diversi autonomi ambiti di competenza, partecipazione alla programmazione dell'intervento sulla persona assistita, alla redazione e tenuta della documentazione clinica, con particolare riferimento alle attività riservate alla propria figura professionale.

TITOLO VIII

RAPPORTI CON L'ORDINE PROFESSIONALE

Art. 29

Doveri generali

L'Igienista dentale è tenuto a collaborare con il proprio Ordine di appartenenza e con l'Istituzione ordinistica unitariamente considerata in capo alla Federazione nazionale degli Ordini dei tecnici sanitari di radiologia medica e delle professioni sanitarie tecniche, della riabilitazione e della prevenzione per il miglior raggiungimento degli scopi istituzionali.

L'Igienista dentale comunica all'Ordine i propri dati anagrafici, le specializzazioni e i titoli conseguiti per la regolare compilazione e tenuta dell'Albo e informa tempestivamente l'Ordine circa il cambio di residenza e/o dei suoi recapiti, il trasferimento in altra provincia ovvero la cessazione della propria attività professionale.

L'Igienista dentale deve provvedere regolarmente e tempestivamente agli adempimenti economici a suo carico nei confronti dell'Ordine, secondo le norme vigenti.

Art. 30

Doveri in caso di assunzione di cariche elettive ordinistiche

L'Igienista dentale eletto negli organi istituzionali dell'Ordine svolge le funzioni affidategli con diligenza, imparzialità, prudenza e riservatezza.

(segue)

(seguito)

Box 1.2 Codice deontologico degli Igienisti dentali**TITOLO IX
RAPPORTI CON LA COMUNITÀ****Art. 31****Promozione della salute**

L'igienista dentale mette a disposizione della comunità la propria conoscenza ed esperienza per attuare programmi e interventi diffusivi delle buone pratiche sanitarie riguardanti la prevenzione delle malattie odontostomatologiche.

L'igienista dentale favorisce e promuove l'incremento della sicurezza delle cure e persegue il potenziamento dell'organizzazione sanitaria attraverso la ricerca, le evidenze e le informazioni scientifiche.

In caso di calamità pubblica o di gravi emergenze, l'igienista dentale si mette a disposizione dell'Amministrazione per cui opera o dell'Autorità competente, fornendo il proprio contributo a programmi e interventi diretti al superamento dello stato di crisi.

Art. 32**Accesso al servizio sanitario nazionale**

L'igienista dentale contribuisce a orientare il sistema sanitario pubblico nell'attuazione di politiche che favoriscano la prevenzione di tutte le malattie del cavo orale e soprattutto dei tumori e delle malattie focali, promuovendo iniziative di partecipazione volte a sostenere lo sviluppo di una popolazione in salute.

L'igienista dentale sostiene e favorisce politiche sociali volte alla emancipazione di comunità e gruppi marginali e di programmi che comportino il miglioramento della loro qualità di vita, partecipa ad azioni di contrasto a pratiche corruttive, sprechi e medicina difensiva.

TITOLO X**INDIVIDUAZIONE DELLE SANZIONI E PROCEDIMENTO DISCIPLINARE****Art. 33****Principi generali**

L'igienista dentale che non osservi le norme contenute nel presente Codice, nonché le disposizioni applicabili all'esercizio professionale, ivi comprese le linee guida, le raccomandazioni e le buone pratiche, è sottoposto a procedimento disciplinare.

Il competente organo dell'Ordine ha il compito di verificare la fondatezza degli addebiti pervenuti e, laddove li ritenga fondati, di porre in essere i procedimenti inerenti all'adozione delle sanzioni disciplinari previste dal DPR 221/1950, cui si rinvia per quanto non espressamente previsto nel presente Codice.

Le sanzioni disciplinari devono essere adeguate alla gravità del fatto e devono tenere conto della reiterazione dei comportamenti, nonché delle specifiche circostanze, soggettive e oggettive, inerenti la condotta tenuta dal professionista.

Art. 34**Sanzioni applicabili**

Le sanzioni disciplinari si distinguono in:

a) sanzioni formali, che non incidono sulla continuità dell'esercizio professionale:

1. avvertimento: richiamo in ordine alla violazione compiuta, con contestuale avvertimento che tale comportamento non abbia più a ripetersi;

2. censura: richiamo scritto, che consiste nell'adozione del provvedimento di biasimo formalizzato nei confronti dell'iscritto;

b) sanzioni sostanziali, che comportano in via temporanea e/o definitiva la perdita della qualità di esercente la professione sanitaria:

1. sospensione temporanea dall'esercizio professionale da uno a sei mesi;

2. radiazione dall'Albo, con cancellazione ed estromissione dall'Ordine professionale di appartenenza e con correlativo divieto permanente di esercitare la professione.

DISPOSIZIONE FINALE

Gli Ordini TSRM e PSTRP recepiscono il presente Codice, nel quadro dell'azione di indirizzo e di coordinamento esercitata dalla Federazione nazionale degli Ordini dei tecnici sanitari di radiologia medica e delle professioni sanitarie tecniche, della riabilitazione e della prevenzione e ne garantiscono l'osservanza.

Gli Ordini TSRM e PSTRP provvedono a consegnare ufficialmente il Codice deontologico o, comunque, a renderlo noto ai singoli iscritti agli Albi e a svolgere attività formative e di aggiornamento in materia di etica e di deontologia.

Il presente Codice resta in vigore fino alla sua revisione, che potrà essere effettuata in ogni momento, attraverso integrazioni, modifiche e aggiornamenti, secondo le esigenze di adeguamento che verranno evidenziate nel corso del tempo a livello ordinistico e di Federazione.

Le disposizioni specifiche di questo Codice costituiscono esemplificazione dei comportamenti più ricorrenti e non limitano l'ambito di applicazione dei principi etici definiti nella Costituzione Etica della Federazione nazionale degli Ordini dei tecnici sanitari di radiologia medica e delle professioni sanitarie tecniche, della riabilitazione e della prevenzione.