

ENCICLOPEDIA DI BIOETICA E SCIENZA GIURIDICA

DIREZIONE

ELIO SGRECCIA - ANTONIO TARANTINO

COMITATO SCIENTIFICO

Coordinatori: † ADRIANO BOMPIANI - PIERANGELO CATALANO
ANGELO FIORI

Componenti: Antonio Baldassarre, Mario Bigotte Chorão
† Adriano Bompiani, Francesco D. Busnelli
Ignazio Carrasco de Paula, Pierangelo Catalano, † Giovanni Conso
Giuseppe Dalla Torre, Dietrich von Engelhardt, Angelo Fiori
Gonzalo Herranz, Aldo Loiodice, Ferrando Mantovani
G  rard M  meteau, Cesare Mirabelli, Pietro Perlingieri
† Maria Rita Saulle, Teresa Serra, Elio Sgreccia
Antonio G. Spagnolo, Antonio Tarantino

COMITATO DI REDAZIONE

Coordinatore: Ignazio Carrasco de Paula

Componenti: Francesco Bellino, Ignazio Carrasco de Paula
Paola D'Addino Serravalle, Marilena Gorgoni

SEGRETERIA

Eloisa Baldacci, Giuseppe Gioffredi, Maria Addolorata Mangione
Maria Rosa Montinari, Maddalena Pennacchini, Attilio Pisan  
Giovanni Tarantino, Ughetta Vergari

LIBRETTO SANITARIO E CARTELLA CLINICA

SOMMARIO: 1. Il Servizio Sanitario Nazionale (S.S.N.). – 2. Comunicazione in sanità e cartelle in tribunale.

1. Il Servizio Sanitario Nazionale (S.S.N.). – Essenziali per ricostruire, interpretare, valutare fatti di pertinenza e competenza sanitaria risultano *prima facie* il libretto sanitario, la informazione documentata, la patologia diagnosticata, l'attività medica e chirurgica svolta, il registro operatorio, la cartella clinica. In realtà la serie che comprende i cosiddetti "atti medici" è ampia e variegata estendendosi dall'acquisizione del consenso informato (*Informed Consent*) alla annotazione e archiviazione dei dati inerenti anamnesi, visita, accertamenti e ragionamenti clinici, trattamenti terapeutici medici e chirurgici, dietoterapia e psicoterapia, consultazione di colleghi esperti e medici specialisti, richiesta ed esecuzione del riscontro diagnostico *post mortem* da intendersi come ultimo atto medico (esame autoptico macroscopico e microscopico del cadavere non ascrivibile certo ad altra non meglio qualificata attività), redazione di referti (*ex art.* 365 c.p. ogniqualvolta emerga anche il mero sospetto di una fattispecie configurante il delitto per il quale si debba procedere di ufficio) e compilazione consapevole (del fondamentale e "definitivo" significato di tale essenziale strumento probatorio, scientifico, storico) di cartelle cliniche, con impegno ormai inderogabile e indilazionabile a "costruire" (in collegiale concertazione) correttamente e chiaramente una cartella clinica integrata ed informatizzata anni luce lontana dal tuttora diffuso deprimente cartaceo.

Un piccolo sussidio informatico in genere risulterebbe ben più valido del cospicuo materiale documentale, poco attendibile e apprezzabile reliquato di scritture volte a tentare vaghi resoconti di comportamenti sanitari, atti medici, percorsi clinici, esiti patologici: in genere la carta è bianca, le grafie spesso indecifrabili, gli autori non identificabili, le provenienze molteplici, la mancanza di una regia evidente, sistematica l'inesistenza di una compita ricerca di ragionamento clinico, la mole dei fogli cospicua e talora intrasportabile, la confusione sovrana, l'iconografia ignota.

La legge e la logica obbligherebbero per contro i professionisti della sanità (oggi suddivisi *ex lege* in ben trenta diversi diplomi di laurea per un totale di quasi un milione di operatori) a due principali attività: *bene operare e in sincronia annotare ed archiviare* la obiettivazione del proprio operato nella cartella clinica (oltre ad una serie di obblighi giuridicamente contemplati di collaborazione con l'*amministrazione sanitaria* per la garanzia della vita e della salute intesi come beni di pub-

blica rilevanza e con l'«autorità giudiziaria» come nel caso citato del referto).

Per conoscere e comprendere quali sono i corretti canoni cui si deve ispirare una efficiente organizzazione sanitaria e quali sono i crismi e i criteri che devono rendere ogni atto medico efficace si da potersi a ragione parlare di servizio sanitario efficiente bisogna rifarsi al dettato costituzionale là dove prevede che «la Repubblica tutela la salute come fondamentale diritto e interesse della collettività e garantisce cure gratuite agli indigenti» (art. 32) e che «l'ordinamento giuridico italiano si conforma alle norme del diritto internazionale generalmente riconosciute» (art. 10) e poi alla cosiddetta riforma sanitaria norma che istituisce il Servizio Sanitario Nazionale (legge 833 del 1978).

Di questa fondamentale norma-riforma si riportano passaggi essenziali al perseguimento delle finalità del Servizio Sanitario Nazionale a cominciare dal «Libretto Sanitario».

27. (Strumenti informativi). — Le unità sanitarie locali forniscono gratuitamente i cittadini di un libretto sanitario personale. Il libretto sanitario riporta i dati caratteristici principali sulla salute dell'assistito esclusi i provvedimenti relativi a trattamenti sanitari obbligatori di cui al successivo articolo 33. L'unità sanitaria locale provvede alla compilazione ed all'aggiornamento del libretto sanitario personale, i cui dati sono rigorosamente coperti dal segreto professionale. Tali dati conservano valore ai fini dell'anamnesi richiesta dalla visita di leva. Nel libretto sanitario sono riportati a cura della sanità militare gli accertamenti e le cure praticate durante il servizio di leva. Il libretto è custodito dall'interessato o da chi esercita la potestà o la tutela e può essere richiesto solo dal medico nell'esclusivo interesse della protezione della salute dell'intestatario. Con decreto del Ministro della Sanità, sentito il Consiglio Sanitario Nazionale, è approvato il modello del libretto sanitario personale comprendente le indicazioni relative all'eventuale esposizione a rischi in relazione alle condizioni di vita e di lavoro. Con lo stesso provvedimento sono determinate le modalità per la graduale distribuzione a tutti i cittadini del libretto sanitario, a partire dai nuovi nati.

Con Decreto del Ministro della Sanità, sentiti il Consiglio Sanitario Nazionale, le organizzazioni sindacali dei lavoratori dipendenti ed autonomi maggiormente rappresentative e le associazioni dei datori di lavoro, vengono stabiliti i criteri in base ai quali, con le modalità di adozione e di gestione previste dalla contrattazione collettiva, saranno costituiti i registri dei dati ambientali e biostatistici, allo scopo di pervenire a modelli uniformi per tutto il territorio nazionale. I dati complessivi derivanti dai sopra indicati strumenti informativi, facendo comunque salvo il segreto professionale, vengono utilizzati a scopo epidemiologico dall'Istituto Superiore di Sanità oltre che per l'aggiorna-

mento ed il miglioramento dell'attività sanitaria di aziende, regioni, ministero.

Il "Libretto Sanitario" personale è riconosciuto come strumento informativo per la prevenzione e la diagnosi precoce ed ogni Regione dovrebbe provvedere a fornire i cittadini di un LS personale dalla nascita, strumento basilare per la continuità delle cure, in cui inserire: dati anamnestici familiari (malattie ereditarie), personali (eventi fisiologici e patologici remoti e prossimi, ricoveri e interventi, infezioni e traumi, vaccinazioni con richiami essenziali alle scadenze da rispettare nelle varie fasi della vita e in occasione di viaggi all'estero, nonché indicazioni semplici ed utili ad affrontare sia la migliore ordinaria amministrazione della propria persona con riguardo sia alle norme igieniche di prevenzione che alle automedicazioni ed autoterapie), con particolare riferimento ad allergie ed intolleranze, malattie autoimmuni, pregresse esposizioni a *noxae* patogene, esigenze di particolari diete e specifiche terapie, esami eseguiti in specie inerenti l'*imaging* radiologico per non ripetere indagini costose e rischiose (consenso informato radiologico superabile come rituale ripetitivo da una esplicita informazione sullo stesso libretto analoga a quella che compare sui pacchetti di sigarette) con motivazione clinica (suffragata da un ragionamento clinico) di eventuali nuovi accertamenti o ripetizione di indagini già praticate¹, emotrasfusioni e di non secondaria rilevanza per il titolare la complessa controversa crescente questione della propria "immagine" correlata alla variegata serie di trattamenti di natura cosmetica, medica, chirurgica, da far precedere sempre da una seria riflessione all'ambito psicologico e psichiatrico con problemi non lievi sul piano della responsabilità degli operatori (si ribadisce che ormai in Italia agiscono quasi un milione di professionisti della sanità inquadrati in ben trenta settori che vanno dal podologo all'igienista dentale, con gravi rischi di perdita di vista dell'*unicum et continuum* che costituisce la persona del paziente a rischio di scomparire nella folla degli ultraspecialisti).

Tale fondamentale strumento di civile convivenza (...e sopravvivenza) avrebbe così funzione di collegamento vitale tra medico di medicina generale e cittadino e fra questi due soggetti ed i vari operatori del Servizio Sanitario Nazionale, strutture sanitarie convenzionate comprese².

¹ C. LORÉ - E. PICANO, *Mi consenta! Il consenso informato in radiologia*, Relazione al *Sustainability Tour*, 2006 progetto SUII (*Stop Useless Imaging Testing*), Commissione Europea e linee guida Regione Toscana, Pisa 28 gennaio 2006, Parma 18 febbraio 2006, Rimini 4 marzo 2006, Perugia 18 marzo 2006, in www.scienzemedicolegali.it/multimedialita.html.

² OBIETTIVI E PROSPETTIVE DEL PROGETTO CRS-SISS. Il progetto SISS è stato

La "Tessera Sanitaria (TS)" è una carta magnetica (senza *microchip*) che non sostituisce il LS. Coprirà l'intero territorio nazionale, a ecce-

ideato dalla regione Lombardia nel 1999 e messo inizialmente alla prova dai medici del distretto di Lecco a partire dal 2000. Tra il 2002 e il 2005 la sperimentazione si è allargata ai medici della Lombardia che hanno deciso di utilizzarla. Durante tutto questo periodo il progetto ha raccolto pareri discordanti, soprattutto su un aspetto sensibile: l'esistenza di buchi nel sistema attraverso i quali è possibile violare la *privacy* di un assistito. *Questioni di privacy.* Il Garante della *privacy*, nell'unica audizione che ha fatto alla Camera riguardo alla TS ha detto che il sistema non è sufficientemente tutelato. Secondo alcuni il SISS lombardo è un sistema molto più complesso rispetto a quello nazionale e dà accesso a una quantità di informazioni sanitarie infinitamente maggiore rispetto alla TS nazionale. Quindi potrebbe sollevare in misura ancora maggiore le perplessità del Garante della *privacy*. Alcuni medici di famiglia hanno addirittura segnalato la possibilità di accedere ai dati contenuti nel sistema senza il permesso del paziente: sarebbe possibile consultare l'elenco regionale dei pazienti e sapere oltre ai dati anagrafici quale medico hanno scelto, conoscere i dati relativi a prescrizioni farmaceutiche, visite specialistiche ed esami strumentali, pur senza entrare nello specifico di ciascuna di esse. *Problemi tecnici.* Il sistema lombardo sembra ancora gravato da problemi tecnici non risolti. Nei momenti di grande utilizzo il flusso del SISS è molto lento e ciò impedisce di stampare le ricette e allunga i tempi della visita. Il SISS è stato prospettato come un sistema che sarà sempre più integrato con tutte le strutture private e convenzionate del territorio, quindi il medico potrà leggere referti e tanti altri fondamentali dati. Tuttavia per ora il medico aderente al SISS riceve solo una *mail* di notifica di ricovero dei loro pazienti, purché il ricovero avvenga presso strutture pubbliche. Al di là dei possibili difetti l'informaticizzazione pone fine alle ricette incomprensibili o contestate dal farmacista, quelle cioè che venivano rifiutate dalle farmacie o dai centri unici di prenotazione, costringendo i pazienti a tornare dal medico per correggere la ricetta. *La parola ai creatori.* I medici hanno espresso le seguenti perplessità ed hanno ricevuto risposta da Marcello Barone, Presidente di Lombardia Informatica, che ha ricevuto dalla Regione l'incarico della direzione generale del progetto. *Costo.* La CRS ora ha per lo più una funzione di trasmissione di dati prescrittivi da medico ad ASL, analoga alla TS nazionale, ma con più costi per i cittadini (derivanti dalle attività di *provider* e *help desk* per esempio). La risposta di Barone è stata che la Regione acquista un servizio nel momento in cui questo va a regime, per cui la regione Lombardia pagherà 10 euro per carta all'anno solo quando il progetto inizierà a dare risultati. Dal punto di vista del paziente la carta è gratuita e arriva a casa del cittadino, che può iniziare a utilizzarla fin da subito anche senza il consenso informato: in tal caso l'uso è limitato alla parte relativa ai dati anagrafici. In più la Carta regionale dei servizi sostituisce la TS nazionale e ha quindi funzione di codice fiscale. I cittadini lombardi avranno una sola carta, la CRS. *Riservatezza dei dati.* Su questo punto Barone rassicura che, senza il consenso informato dell'assistito, il medico non vede altro che i dati anagrafici. Solo il medico ospedaliero può forzare il sistema, ma sotto la propria responsabilità e unicamente in caso di situazione grave per la tutela della salute del paziente stesso. In ogni caso le sue attività vengono tracciate nel sistema sotto la responsabilità di chi effettua l'accesso. Tutti i dati e le informazioni sensibili vengono trattati nel rispetto della normativa sulla *privacy*. Inoltre, quasi mensilmente il Garante verifica la bontà del progetto CRS-SISS. Flusso di dati informativi tra medici e ospedali. Il servizio di consegna informatica dei referti è già disponibile nelle province di Lecco, Cremona, Pavia, Lodi, Mantova, Milano 1 (Milano nord) ed entro il 2006 riguarderà l'intero

zione di Lombardia, Sicilia e Friuli Venezia Giulia. La distribuzione è partita nel 2003 ed entrerà a regime nel 2008. La finalità della TS è potenziare il sistema di monitoraggio della spesa sanitaria. Attraverso il sistema TS i dati delle prestazioni sanitarie, farmaceutiche e specialistiche vengono rilevati dalle ricette e inviati al Ministero dell'economia e delle finanze per via telematica su rete dedicata. Il sistema TS consente di elaborare informazioni statistiche sui dati raccolti, senza che vengano trattati i dati identificativi e sanitari dell'assistito. Davanti la TS mostra le informazioni già riportate sul tesserino di codice fiscale e i dati sanitari riservati alla Regione. Sul retro riporta il codice fiscale in formato a barre, leggibile con penna ottica, e le indicazioni che la qualificano come tessera europea di assicurazione per la malattia. Consente quindi l'accesso alle prestazioni sanitarie nazionali ed anche nei Paesi della Comunità Europea. Il sistema TS, il cui coordinamento è affidato all'Agenzia delle entrate sulla base di una convenzione con la Ragioneria generale dello Stato, è stato realizzato dalla Sogei, la Società generale d'informatica, partner tecnologico del Ministero dell'economia e delle finanze. Riguardo le Regioni in cui non viene distribuita la TS, in Lombardia è attivo il sistema CRS-SISS, mentre Sicilia e Friuli Venezia Giulia hanno invece preso accordi con l'Agenzia delle entrate per potersi avvalere di una TS nazionale con le medesime finalità della TS, ma con microchip nel quale possano essere inseriti i dati aggiuntivi: si è ora in attesa della predisposizione per queste due Regioni di quella che è stata chiamata tessera sanitaria-carta nazionale dei servizi.

Il CRS-SISS. La carta regionale dei servizi-sistema informativo socio-sanitario (CRS-SISS) attivo in Lombardia mira a mettere in rete fruitori e operatori del servizio sanitario, riducendo al minimo la carta e facendo fluire i dati (per esempio referti, prenotazioni, prescrizioni) attraverso una rete di comunicazione che usa le modalità tipiche di *Internet* ma che viaggia su canali riservati e, assicurano i responsabili, garantisce i massimi livelli di sicurezza a tutela della riservatezza. Progetto a regime nel 2010. Il SISS si vale di due smart card, dotate di microchip: da un lato la CRS, spedita a tutti i cittadini lombardi; dal-

territorio lombardo. Quando questo sistema sarà a regime, afferma Barone, i cittadini non saranno più costretti a fare i postini dei propri esami, che arriveranno direttamente sullo schermo dei medici. Ecco cosa sarà la Carta regionale dei servizi: la CRS non offre solo prestazioni di carattere sanitario; una volta entrata a regime, si prevede presenterà le seguenti funzioni: TS nazionale, carta nazionale dei servizi, tessera europea di assicurazione, malattia, carta di pagamento, tesserino del codice fiscale, sostituisce il tesserino sanitario cartaceo, consente l'accesso al Sistema informativo socio-sanitario regionale, permette di usufruire dei servizi della Regione Lombardia e della Pubblica Amministrazione, consente autenticazione digitale del cittadino in rete e firma elettronica [www.partecipasalute.it/diritti/tessera-001.php].

l'altro la carta SISS-operatore, consegnata a tutti i sanitari coinvolti nel progetto e che identifica e autentica l'operatore e l'autorizza a utilizzare il SISS. Perché il medico possa consultare i referti dei propri assistiti è fondamentale che questi esprimano il proprio consenso con la CRS e il personale codice *pin*. Quando un paziente va dal suo medico di famiglia presenta la propria carta, che verrà inserita nel lettore di smart card insieme alla carta operatore. Ecco cosa compare sul computer: i dati anagrafici dell'assistito; il medico curante; le eventuali esenzioni; l'archiviazione di eventi sanitari (prescrizioni e prestazioni); i riferimenti logici ai referti custoditi nella struttura. Per via telematica il curante potrà: richiedere visite ed esami (che saranno inoltrate ai computer SISS di ospedale o ambulatorio); richiedere prescrizioni tramite ricetta farmaceutica (con destinazione al computer SISS della farmacia); richiedere i risultati di visite ed esami, provenienti da ospedale o ambulatorio. Infine, tutti i processi descritti vengono registrati dalla gestione amministrativa dell'ASL e della Regione Lombardia.

Ma vi è di più, perché fin dagli albori della sanità italiana "riformata" erano contemplate le successive fasi di informatizzazione integrale e integrata del Servizio per sinergiche e non dispersive attività nel perseguimento di una effettiva "alleanza terapeutica", cosicché sarebbe previsto che il paziente sia informato e avvisato di scadenze tramite *sms*, *e-mail*, *fax* e lo stesso Libretto inserito in rete nel rispetto del diritto alla riservatezza attraverso le consuete criptazioni dei dati (senza inconsulte remore nel nome di una enunciazione di *privacy* ridotta a vezzo...); esisterebbe poi una possibilità di comunicazione tra medici e pazienti che potrebbero così accedere al colloquio e ricevere risposte e consigli conservando la propria postazione domestica senza doversi mettere in movimento, con positive conseguenze facilmente immaginabili non solo a livello di *to cure* ma anche di consistenti benefici per il tanto ambito *to care*.

Correva l'anno 1978.

2. Comunicazione in sanità e cartelle in tribunale. – Tappa di ricovero e ristoro per i pellegrini in viaggio sulla via francigena – che univa le terre spagnole e francesi ed italiane fino all'imbarco brindisino per le terre sante – era l'antico ospedale senese dove erano accolti e assistiti per puro spirito evangelico ed affidati alla pietà di medici e religiosi e i benefattori dell'epoca offrivano più ristoro agli animi che ai corpi dei diseredati.

Oggi la medicina matura e moderna fattasi scienza e tecnica soffre di una crisi di identità e credibilità proprio per il *gap* fra innumerevoli opzioni terapeutiche, molteplici funzioni professionali, definite programmazioni operative e pretese di una "utenza" sempre meno "ba-

ziente" e più "cliente" esigente sul fronte del *to care* come del *to cure*, con pretese di modifiche – spinte al capriccio e al futile, all'impossibile e all'irricevibile – del corpo e della mente che pongono pesanti problemi di comunicazione di aspetti, problemi, dati di natura etica, tecnica, giuridica sì da rendere urgente l'istituzione di uno specifico settore scientifico-disciplinare di "comunicazione in sanità".

Altrimenti l'isolamento di chi opera in sanità si farà insostenibile e l'incomprensione spinta all'autismo aggraverà la crisi di attività affidate – come quella antica – ad episodica improvvisazione e non ad armonica concertazione di gruppo. E l'inadeguatezza di protocolli, linee, libretti, cartelle da incapacità di comunicare (a voce, su carta, al pc) incrementerà il contenzioso. Basta leggere un recente contributo su un vecchio vizio dei "dottori in medicina": le conseguenze legali del malgoverno della cartella clinica sono magistralmente esaminate ed evidenziate da Mauro Barni su Professione³ nella nota alla severa sentenza⁴ sulla cartella clinica, "atto pubblico di fede privilegiata" (il che comporta conseguenze sul piano penale di non poco conto) nonché diario della malattia e di ogni fatto clinico rilevante, la cui annotazione deve avvenire in maniera sincrona rispetto agli eventi attestati uscendo nello stesso momento dalla disponibilità del redattore e acquistando carattere di definitività, per cui ogni aggiunta, modifica, alterazione, cancellazione integra la fattispecie penalmente rilevante della falsità in atto pubblico: condivisibili *toto corde* le parole del Maestro di fronte a tale ricorrente monotona condotta del medico penalmente inquadrato perché reo di falso ed anche *furbesco... birbaccione... indecente... cialtronesco...* sì da suscitare *malinconia* nell'Autore.

Basterebbe che ogni destinatario della rivista leggesse con attenzione le poche pacate pagine della nota a sentenza per poter pensare con speranza ad una sanità che invece scoraggia per il degrado crescente che atti simili denunciano sia sotto il profilo della sicurezza dei pazienti che del decoro dei medici. Eppure emerge in maniera limpida il significato non secondario della serie di requisiti sostanziali e formali che devono distinguere la corretta cartella clinica: «...La definizione di atto pubblico di fede privilegiata comporta ovviamente una serie di conseguenze sul piano giuridico di non lieve portata, quali: a. l'applicazione degli artt. 479 e 476 c.p. per falso ideologico e materiale nella previsione più grave; b. l'incombente degli artt. 477 e 478 c.p. per il falso materiale; c. l'eventuale responsabilità per omissione o rifiuto di atti d'ufficio ex art. 328 c.p.; d. la rivelazione del segreto di ufficio ex art.

³ M. BARNI, *Le conseguenze legali del malgoverno della cartella clinica*, «Professione», 2, 9, 2005.

⁴ Cass. pen., Sez. V, 11 luglio-30 ottobre 2005, n. 35167.

326 c.p. Ed è in questo senso che si sviluppa la sentenza qui presentata, mettendo in evidenza due aspetti fondamentali dell'elemento psicologico del reato: l'assoluta disattenzione nei confronti dei *requisiti formali turbati* dall'ineluttabilità della grafia e dalla cialtronesca correzione di *eventuali* errori materiali (possibile purché decorosamente realizzata) aggravata da indecente sbianchettatura; l'indifferenza verso uno dei *requisiti sostanziali* consistenti, oltre che nella veridicità, nella completezza, nella correttezza documentale, nella *contestualità e tempestività* delle annotazioni e delle eventuali correzioni [...] E così si completa un orientamento di massima valorizzazione della Cartella Clinica cui partecipa anche la Cassazione in materia civile⁵, quando desume la colpa per omissione dalla mancata trascrizione in Cartella di un dato oggettivo. La Cartella, d'altronde, *fotografa* per sua stessa natura l'evento nel suo verificarsi, la *condotta* nel suo evolversi, l'*evidenza* nel suo formarsi, la *negligenza* nel suo omissivo esprimersi. E ne fa fede! Il resto è *vanità... o, meglio, vacuità...**.

Vacuità della cartella per timore di dover render conto dell'errore ricorrente in sanità come segnala Franco Perraro commentando l'editoriale di Richard Smith, *Editor del British Medical Journal, The Ethics of Ignorance* da cui emerge che solo il 15% degli interventi medici è basato su valide evidenze scientifiche⁶ «...ne consegue – osserva Perraro – che l'errore va eticamente riconsiderato ed accettato come punto di partenza per non ripeterlo e per migliorare. Se l'incertezza è così comune per i medici, figuriamoci per i cittadini che sono "ignoranti" e devono fidarsi e delegare al medico le decisioni...»⁷.

Correlazioni

- *comunicazione diagnostica peritica*
- *consenso informato*
- *informazione etica e codice medico*
- *medico*
- *paziente*
- *servizio sanitario nazionale*

Cosimo Loré

Bibliografia. – AMMIRATI D., *La responsabilità penale del medico*, Padova, CEDAM, 2004; BARNI M., *Il rapporto di causalità materiale in medicina legale*, Giuffrè, Milano 1991; ID., *Bioetica, deontologia e diritto per un nuovo codice professionale del medico*, Milano, Giuffrè, 1999; ID., *Diritti-doveri. Responsabilità del medico. Dalla bioetica al biodiritto*, Milano, Giuffrè, 1999; ID., *Consulenza medico-legale e responsabilità medica*, Milano, Giuffrè, 2002; ID., *Le conseguenze legali del malgoverno della cartella clinica*, Professione, 2, 9,

⁵ Cass. pen., Sez., III, 23 maggio 2003, n. 11316 e Cass. civ., Sez. III, 13 gennaio 2005, n. 583.

⁶ R. SMITH, *The ethics ignorance*, «J Med Ethics», 1992, 18, p. 117 e ss.

⁷ F. PERRARO, *Linee guida-deontologia e responsabilità professionale, Linee guida nella pratica medica: riflessi etico-deontologici, responsabilità professionale e consenso informato*, Seminario di Studio, Siena, Certosa di Pontignano, 24 settembre 1997, Regione Toscana, Firenze 1999, in <http://primapagina.regione.toscana.it/index.php?co-dice=4359>.

2005; ID., *Una illuminazione "toscana" sulla prescrizione dei farmaci*, Toscana Medica, 9, 27, 2006; BARNI M. - LORÉ C., *Il Servizio di Medicina Legale dell'Unità Sanitaria Locale*, I Problemi della Sicurezza Sociale, 5, 377, 1979; ID., *Tutela della salute e diritto alla validità*, Relazione-Introduzione all'XI Incontro di Studio Ce.SET, in *La valutazione dei danni alla persona umana*, Pisa, 10 gennaio 1981, Zacchia, 4, 319, 1980; ID., *Le droit au respect de la personne: le droit à la mort et l'euthanasie*, Manuel sur "Le Médecin et les Droits de l'Homme", Conseil de l'Europe, Strasbourg, 1982; BARNI M. - POMARA C. - RIEZZO I., *Responsabilità professionale medica: il diversificato assetto giurisprudenziale in ambito penale e civile ed il ruolo della valutazione peritale medico-legale*, «Riv. it. med. leg.», 5, 851, 2004; BARNI M. - POMARA C. - TURILLAZZI E., *Direttive, anzi dichiarazioni anticipate di trattamento: le insidie di un viraggio semantico*, «Riv. it. med. leg.», 3, 577, 2004; BATTARINO G., *Diritto dell'emergenza sanitaria*, Milano, Giuffrè, 2006; BAUMAN Z., *Vita liquida* (1995), tr. it. a cura di Cupellaro M., Roma-Bari, Laterza, 2006; CLERICO G., *Contratto di agenzia, regole di responsabilità e comportamento del produttore sanitario*, Tendenze Nuove, 3, 251, 2005, in www.fondationesmithkline.it; COMPORTI M. - LORÉ C., *Decisione medica e diritti del malato: l'informazione e il consenso*, «Manuel sur Le Médecin et les Droits de l'Homme», Conseil de l'Europe, Strasbourg, 1982, Federazione Medica, 6, 508, 1984; CORNAGLIA FERRARIS P., *Pigiama e camici*, Laterza, Bari 1999; ID., *Camici e pigiama*, Bari, Laterza, 2000; ID., *Primari a delinquere?*, Roma, Fratelli Frilli, 2003; CORNAGLIA FERRARIS P. - PICANO E., *Malati di spreco*, Bari, Laterza, 2004; COSMACINI G., *Ciarlataneria e medicina. Cure, maschere, ciarle*, Milano, Raffaello Cortina Editore, 1998; DE CAMPORA E., *Rinoplastica*, Michele-Pellegrini V., Rinoplastica, SEE, Firenze 2006, Toscana Medica, 9, 56, 2006; DEL VECCHIO S., *Commento alla sentenza della Suprema Corte di Cassazione*, II sezione penale, 960/2003, Professione, 10, 8, 2005; ID., *La prova in medicina*, «Professione», 1, 28, 2006; DEL VECCHIO S. - GASPARRINI V. - LELLI S. - MARTELLONI M. - PUNTONI G. - RICCI M., *La cartella clinica e la cartella infermieristica: strumenti di management e indicatori di qualità delle prestazioni sanitarie*, Torino, C.G. Edizioni Medico-Scientifiche, 2006, in www.cgems.it; ELIAS N., *La civiltà delle buone maniere*, Bologna, il Mulino, 1998; FINESCHI V., *Il codice di deontologia medica*, Milano, Giuffrè, 1996; ID., *La documentazione sanitaria*, Le leggi dell'ospedale, a cura di A. Zaglio, Roma, Verduci, 2001, ID., *La cartella clinica*, Guida della Federazione Nazionale degli Ordini dei Medici Chirurghi e degli Odontoiatri, CGEMS, Torino, 2010, in www.cgems.it; FINESCHI V. - FRATI P. - POMARA C., *I principi dell'autonomia limitata e dell'affidamento nella definizione della responsabilità medica. Il ruolo del capo-équipe e dell'assistente (anche in formazione) alla luce della recente giurisprudenza*, «Riv. it. med. leg.», 2, 2001, p. 261; FINESCHI V. - TURILLAZZI E., *Responsabilità medica, incertezza del sapere scientifico e valutazione medico-legale: necessità di una aggiornata metodologia*, «Riv. it. med.

leg.», 1, 2003, p. 121; FIORI A., *Medicina legale della responsabilità medica*, Milano, Giuffrè, 1999; IADECOLA G., *Prescrizione di farmaci off label e responsabilità penale del medico*, *Professione*, 6, 9, 2006; *Linee guida nella pratica medica: riflessi etico-deontologici, responsabilità professionale e consenso informato*, Seminario di Studio, Siena, Certosa di Pontignano, 24 settembre 1997, Regione Toscana, Firenze 1999, in <http://primapagina.regione.toscana.it/index.php?codice=4359>; *Linee guida sulla corretta compilazione della cartella clinica*, Regione Lombardia, in www.sanita.regione.lombardia.it/documenti/elenco.asp?id=documenti&cod=PUB&annop=2001; *Linee guida sulla corretta esecuzione dei peeling*, redatte da Giovanni Labrini (Parma), Giuseppe Guerriero, Francesco Luigi Landi, Patrizia Teofoli (Roma) e Valerio Cirfera (Copertino-Lecce), in www.aida.it/frame/Resources/PEELING.pdf; LIONETTO R. - MAZZOTTA G., *Le linee guida: alcune considerazioni su uno degli strumenti culturali su cui si potrebbe fondare la svolta del Sistema Sanitario Nazionale*, *Ital Heart J Suppl* 2000; 1 (5): 617-631; LORÉ C., *Appropriatezza, sostenibilità, comunicazione: il SSR nel 3° millennio. Comportamenti professionali sostenibili. Il consenso informato*. Relazione alla seconda edizione del Master di primo livello in "Comunicazione Biosanitaria" in collaborazione con le Facoltà di Scienze Matematiche, Fisiche e Naturali, Medicina e Chirurgia, Lettere e Filosofia e con la partecipazione dell'Associazione Stampa Medica Italiana, della Regione Toscana e dell'Agenzia Regionale di Sanità, Complesso ex Marzotto, Pisa, 30 aprile 2005 (Atti), in www.ocs.unipi.it; LORÉ C. - BELLUCCI G., *La regolamentazione dell'atto medico: una pericolosa tendenza giurisprudenziale*, *Zacchia*, 3, 310, 1979; LORÉ C. - CECIONI G. - GIACCHI M., *Contributi epidemiologici in bioetica clinica per l'approccio ai processi decisionali*, *Professione-Sanità Pubblica e Medicina Pratica*, 5, 29, 2000; LORÉ C. - CECIONI R. - CANAVACCI L., *Dolore e sofferenza nel malato neoplastico: un approccio etico-deontologico*, Roma, Il Pensiero Scientifico Editore, 2001; LORÉ C., *Cesare Biondi e la obiettivazione del dolore: un insegnamento ancora attuale*, Relazione al Convegno Nazionale di Algologia, Cortona (AR), 3-4 novembre 1984; ID., *Cesare Biondi Medico Legale*, Milano, Giuffrè, 2004; LORÉ C. - COMPORTI M., *Decisione medica e diritti del malato: l'informazione e il consenso*, in *Manuel sur Le Médecin et les Droits de l'Homme*, Conseil de l'Europe, Strasbourg, 1982, *Federazione Medica*, 6, 508, 1984; LORÉ C. - DEL GROSSO M. - CECIONI R., *Personalizzazione delle cure e coinvolgimento nelle decisioni cliniche: note sulla advance health care planning*, «*Riv. it. med. leg.*», 3, 709, 2000; LORÉ C. - DELL'OSSO G. - MARTINI P., *Aspetti e problemi medico-legali della eutanasia in ordine alla legislazione italiana*, Relazione al V Congresso Mondiale di Diritto Medico, Gent, 19-23 agosto 1979, «*Acta Criminologicae et Medicinae Legalis Japonica*», 4, 157, 1980; LORÉ C. - FINESCHI V., *Lesione personale ed aborto: nuovi e vecchi problemi in tema di nesso causale*, «*Riv. it. med. leg.*», 1, 96, 1987; LORÉ C. - GIOMARELLI P., *Diritto del testimone di Geova al rifiuto della trasfusione di sangue autologo in chirur-*

gia, Relazione al 1° Incontro del Gruppo di Studio per l'Anestesia e la Rianimazione in Cardiologia e Cardiocirurgia su "Razionalizzazione dell'impiego del sangue in Cardiocirurgia", Siena, 24 aprile 1982; LORÉ C. - MASTRANGELO D., *The growth of a lie and the end of "conventional"*, «Med Sci Monit», 11(12), 27, 2005, in www.medscimonit.com/pub/vol_11/no_12/8209.pdf; LORÉ C. - MAZZOTTA C., *Emicrania, cefalee e dolori cefalici correlati a disturbi dell'apparato visivo: aspetti epidemiologici, clinici e medico-legali*, Relazione al XV Congresso Nazionale della Società Italiana per lo Studio delle Cefalee su "Le cefalee nella società del terzo millennio: aspetti multidisciplinari", Firenze, 11-13 giugno 2001; LORÉ C. - PARI G. - PALMIERI L., *La diagnosi algologica nel dolore-malattia: attuali possibilità clinico-strumentali*, Relazione al IX Congresso Nazionale della Società Italiana dei clinici del dolore, Sorrento (NA), 25-28 novembre 1999; LORÉ C. - PARI G., *Valutazione epidemiologica, clinica e medico-legale delle cefalee: esigenza di adeguate guidelines*, Relazione al Congresso Nazionale della Società Italiana per lo Studio delle Cefalee, Firenze, 11-13 giugno 2001; LORÉ C. - PICANO E., *Mi consenta! Il consenso informato in radiologia*, Relazione al Sustainability Tour 2006 progetto SUTT (Stop Useless Imaging Testing), Commissione Europea e linee guida Regione Toscana, Pisa 28 gennaio 2006, Parma 18 febbraio 2006, Rimini 4 marzo 2006, Perugia 18 marzo 2006, in www.scienzemedicolegali.it/multimedialita.html; MARTELLONI M. - DEL VECCHIO S., *La cartella clinica: documento medico, diritto del cittadino*, Professione, 1, 14, 2005; NORELLI G.A. - FINESCHI V., *Editoriale: il medico-legale e la valutazione dei temi e dei problemi della modernità: spunti dottrinali per una metodologia operativa condivisa*, «Riv. it. med. leg.», 2, 263, 2003; PALMIERI L., *Oncologia*, Milano, Giuffrè, 2006; PERRARO F., *Linee guida-deontologia e responsabilità professionale, Linee guida nella pratica medica: riflessi etico-deontologici, responsabilità professionale e consenso informato*, Seminario di Studio, Siena, Certosa di Pontignano, 24 settembre 1997, Regione Toscana, Firenze, 1999, in <http://primapagina.regione.toscana.it/index.php?codice=4359>; POMARA C. - FINESCHI V., *Manuale-atlante di tecnica autoptica forense*, Padova, Piccin, 2006; PULSIPHER M.A. et al., *Weighing the risks of G-CSF administration, leukapheresis, and standard marrow harvest: ethical and safety considerations for normal pediatric hematopoietic cell donors*, «Pediatr Blood Cancer», 48, 2007; SMITH R., *The ethics ignorance*, «J Med Ethics», 1992, 18, p. 117 e s. www.assr.it; www.cirb.it; www.cirb.it/appello; www.cochrane.it; www.fda.gov e www.fda.gov/cder/index.html e www.fda.gov/hearthealth; www.itt.toscana.it; www.nlm.nih.gov; www.partecipasalute.it/diritti/tessera-001.php; www.scienzemedicolegali.it.