






Rivista di  
**Odontostomatologia**  
e Implantoprotesi

**2/83**

RASSEGNA DI ODONTOIATRIA E ODONTOTECNICA

*Direttore Prof. Oscar Hoffer  
dell'Università di Milano*

**IN QUESTO NUMERO  
TRA ALTRI ARTICOLI DI ATTUALITÀ:**

-  Restaurazione conservativa di un incisivo fratturato p. 19-21
-  Aspetti medico-legali dell'implantologia orale p. 23-24
-  Considerazioni su alcuni casi di transfissione p. 25-30
-  La biopulpotomia secondo Baume e collaboratori p. 41-48
-  Stadi di trattamento nella preparazione di una protesi parziale scheletrica p. 59-64

# Aspetti medico-legali dell'implantologia orale

**Antonio Farneti**

*Professore Straordinario di Medicina-Legale nell'Università di Brescia*

L'analisi degli aspetti medico-legali dell'implantologia orale può iniziare con una domanda: l'implantoprotesi è metodica ancora in fase sperimentale o è ormai riconosciuta come metodo protesico di uso corrente e che ha superato la fase empirica iniziale?

Il quesito non è ozioso perché diversamente si prospettano i temi del consenso, della scelta del metodo protesico, della responsabilità professionale a seconda che si versi in una pratica ancora in fase sperimentale o meno.

In base alla letteratura specialistica e considerati anche i pareri di coloro che in maniera qualificata si dedicano agli impianti alloplastici ormai da anni, l'implantologia orale, pur con gli affinamenti e i mutamenti di metodo intervenuti negli scorsi anni, pur essendo ancora studiata a livello anatomo-patologico, biochimico e clinico, può dirsi uscita dalla primitiva fase empirica ed entrata nel novero dei trattamenti protesici di uso corrente, talché ha in sé quel tanto di empirismo che ogni trattamento protesico comporta, ma non può più qualificarsi come metodica sperimentale.

Ciò posto le implicazioni medico-legali del particolare trattamento non si discostano, a ben vedere, da quelle insite in ogni atto medico, in ogni prestazione sanitaria che si accompagni, come nel caso di specie, ad un trattamento cruento.

Spiccano tuttavia alcuni temi sui quali conviene richiamare l'attenzione, temi suggeriti sia dal particolare tipo di sostituzione protesica, sia da esperienze di pratica peritale in sede giudiziaria.

La decisione di attuare un impianto, in alternativa ad una protesi tradizionale — mobile o fissa che sia —, deve scaturire da presupposti clinici di attenta valutazione delle indicazioni e delle controindicazioni e da un informato consenso del paziente.

L'informativa dettagliata sul tipo di intervento, sulle prospettive a distanza, sulle possibili complicanze deve essere

fornita al malato del tutto completa e comprensibile, in modo che ne derivi un assenso pienamente consapevole. Assenso che potrà venir formalizzato in una dichiarazione scritta la quale, se tenga ben presente, non solleva in alcun modo l'odontoiatra da responsabilità penale e civile in caso di errore nell'esecuzione della prestazione; la dichiarazione sottoscritta dal paziente costituisce solo testimonianza del consenso prestato e non esenta dalle responsabilità insite comunque nell'atto.

La decisione, come già detto, deve fondarsi su precisi presupposti clinici: spetta evidentemente all'operatore valutare indicazioni e controindicazioni, studiare le particolarità cliniche del singolo caso, in modo che l'eventuale richiesta di impianto da parte del malato non è da considerare vincolante, qualora esistano precise controindicazioni.

Non a caso si è accennato alla scelta del metodo in quanto l'implantoprotesi ha sempre un'alternativa: la protesi cosiddetta tradizionale. Ferma restando la necessità di valutare attentamente le eventuali controindicazioni, va tuttavia sottolineato che l'odontoiatra, accertata la precisa volontà del paziente, è libero di adottare un metodo protesico o l'altro, anche nell'ambito dei diversi tipi di impianto, seguendo quello che per esperienza personale ritiene più idoneo al caso concreto.

Più volte la nostra giurisprudenza ha sancito la piena autonomia e libertà del medico nella scelta di un metodo di cura rispetto a un altro, solo raccomandando di non seguire strade non sufficientemente conosciute dalla pratica corrente, né di ricorrere ad inutili sperimentazioni, esponendo in tal modo il paziente a rischi sproporzionati alla patologia in atto.

Se quindi, come detto, l'implantologia è ormai uscita dalla fase puramente empirica, è tecnica di chirurgia maxillo-facciale sostanzialmente esente da rischi sproporzionati alla finalità terapeutica

che si propone, ecco che non sussistono remore a che venga liberamente scelta in alternativa con una protesi tradizionale.

Venendo ora ai problemi di responsabilità professionale è da ricordarsi innanzitutto che in sede penale l'odontoiatra risponderà del reato di lesioni e civilmente sarà chiamato a risarcire il danno: ciò ovviamente qualora si accerti che nell'esecuzione della prestazione sono ricorsi elementi di colpa, cioè di negligenza, imprudenza o imperizia e quando da tali elementi derivi, con connessione causale, il lamentato esito non soddisfacente.

Quest'ultimo, il risultato non ottimale, non pienamente soddisfacente, non sottintende, di per sé, l'errore di condotta e quindi la colpa professionale; se così fosse ogni prestazione medica non seguita dal risultato sperato dovrebbe equivalere ad una imputazione o ad un diritto risarcitorio e ciò finirebbe ovviamente con il paralizzare l'attività sanitaria.

È noto che qualsiasi prestazione medica ha in sé quel tanto di imponderabile, di imprevedibile che può condizionare l'esito al di fuori e al di là della condotta del tutto adeguata del medico.

Ma qualora si riscontrerà un errore materiale quale causa dell'esito non soddisfacente, in tal caso si verterà nell'ipotesi della colpa. Nel caso dell'implantologia l'errore potrà dipendere dalla scelta del metodo, anche tra i diversi tipi di impianti conosciuti, da mancata valutazione di controindicazioni generali e locali, dall'esecuzione dell'intervento; l'errore quindi può dipendere da imprudenza nella scelta della via da seguire, da negligenza nel mancato accertamento di possibili controindicazioni, da imperizia vera e propria nella progettazione e concreta esecuzione della protesi.

Tra i due versanti, quello penale e civile della colpa professionale, il secondo, che comporta il diritto e rispettiva-

mente l'obbligo risarcitorio, è quello che ha maggiore interesse pratico sia perché al paziente preme soprattutto la reintegrazione del danno economico che ritiene di aver subito, sia perché le lesioni colpose sono state depenalizzate e rare sono in quest'ambito le querele.

I parametri per apprezzare in concreto l'eventuale errore ed entità del medesimo sono stati ripetutamente messi a punto dalla ricca giurisprudenza in tema di responsabilità professionale medica e si traggono anche da alcuni articoli del codice civile: il prestatore d'opera intellettuale, qual è il medico odontoiatra e, tra pochi anni, il laureato in odontoiatria, è tenuto ad operare con la diligenza propria della natura dell'attività esercitata, definita anche la diligenza del buon padre di famiglia.

Sussiste l'obbligo, per l'operatore sanitario, di porre in atto i mezzi idonei ad ovviare alla patologia masticatoria del paziente, vi è cioè un obbligo di mezzi e non di risultato nel contratto di prestazione d'opera che si instaura tra sanitario, odontoiatra nella fattispecie, e il paziente.

E l'implantoprotesi, in quanto prestazione il più delle volte di franco carattere terapeutico, avente la finalità di porre rimedio ad una compromissione dell'apparato masticatorio, costituisce un mezzo per ovviare alla patologia masticatoria, talché anche per essa, come del resto per qualsiasi altra prestazione medica, il risultato non soddisfacente non motiva, in sé, aspetti di colpa professionale.

L'attuazione concreta dei mezzi diretti al trattamento terapeutico deve avvenire rispettando quella diligenza che si è già richiamata, una doverosa prudenza e con la perizia, con la capacità tecnica professionale che la progettazione e l'esecuzione di una protesi ad im-

pianto necessariamente comportano.

L'errore giuridicamente rilevante, possibile in ogni fase dell'intervento, è quello che produce danno e che soprattutto non trova giustificazioni sul piano clinico, è quella condotta anomala, inescusabile rispetto all'operato della media degli specialisti che si occupano di questo settore.

Gli aspetti eventualmente colposi nell'esecuzione di una protesi ad impianto nascono paragonando non il risultato in sé con quanto ci si attendeva, ma tutta la condotta del sanitario con quella che mediamente tengono sanitari dotati di analoga preparazione tecnica.

Più delicato è affrontare il tema nella prospettiva di un impianto avente solo ed esclusivamente finalità estetiche: la sostituzione di denti sani, non esteticamente validi, potrebbe far nascere il diritto ad un risultato protesico ottimale, quindi porre in essere non più solo una obbligazione di mezzi, ma anche di risultato; in tal caso il risultato non raggiunto potrebbe motivare, in sé, richieste risarcitorie.

Questo aspetto della responsabilità professionale non interessa ovviamente solo l'implantologia orale ma anche le protesi tradizionali con finalità solo estetiche e la chirurgia plastica anch'essa con finalità solo estetica. Non vi è unità tra giuristi e medici legali sul tipo di rapporto medico-paziente che si instaura in tali casi, ritenendo taluni che in queste particolari prestazioni sanitarie ricorra sempre un obbligo di risultato, mentre altri ritengono che i riflessi sulla sfera psichica di menomazioni non patologiche dell'efficienza estetica giustificano la natura terapeutica, e quindi un obbligo solo di mezzi, degli interventi diretti ad eliminarle.

La protesi mobile provoca in taluni soggetti insicurezza psicologica, talora

vere e proprie turbe psichiche; la sua sostituzione con l'impianto ha quindi scopo curativo; la scelta dell'impianto, in prima alternativa con la protesi tradizionale, ha la finalità di evitare la possibile insorgenza di queste turbe.

Tuttavia è fuor di dubbio che l'intervento attuato a scopi puramente estetici può porre il sanitario in una posizione più delicata, di obbligo anche giuridico di risultato e tale quindi da dovere eventualmente rispondere per colpa contrattuale; situazione assai meno favorevole della precedente, la colpa extracontrattuale, nell'ambito della quale l'onere di provare sia la colpa che l'entità del danno spetta al danneggiato.

L'intervento a scopo esclusivamente estetico deve essere quindi attuato con estrema prudenza, rispettando soprattutto, nella fase precontrattuale, quell'obbligo di chiarezza in ordine ai rischi dell'operazione che sta alla base del consenso; il paziente dovrà essere reso consapevole soprattutto delle ombre che ancora gravano sulla prognosi a distanza del metodo, sulle possibilità di complicanze osteolitiche ed osteitiche che esitano in una situazione ben più precaria di quella iniziale che era, nel caso particolare, di sostanziale normalità.

Per queste considerazioni l'impianto sembra da sconsigliare in casi di intervento con scopi solo estetici.

Questa analisi sintetica e indubbiamente incompleta degli aspetti medicolegali dell'implantologia orale porta a concludere che non sussistono perplessità sulla scelta di questo tipo di protesi qualora vi siano tutte le condizioni locali e generali permettenti e favorevoli e quando il paziente abbia fornito un assenso valido, consapevole e chiaramente informato; così agendo l'odontoiatra potrà garantirsi un buon riparo da eventuali contestazioni del suo operato.