

Estratto da:



PROBLEMI MEDICO-LEGALI IN ODONTOIATRIA - LA RESPONSABILITÀ
PROFESSIONALE NEI SUOI VARI ASPETTI: OSSERVAZIONE DI UN CASO

*PROF. G. DOLCI, M. BRESCIA, **L. MARSELLA, A. ALFONSI,
***E. LIMONGELLI

*V° Canale, Istituto di Clinica Odontoiatrica - Facoltà di Medicina e
Chirurgia Università degli Studi di Roma "La Sapienza"

**Cattedra di Medicina-legale e delle Assicurazioni 1° Corso sdoppiato
Iit. Prof. Dott. I. Macchiarelli - Istituto di Medicina-legale e delle
Assicurazioni - Università degli Studi di Roma "La Sapienza"

***V° Canale Istituto di Clinica Odontoiatrica - Facoltà di Medicina e
Chirurgia - Università degli Studi di Roma "La Sapienza"
Iit. Prof. Dott. G. Dolci

Dall'osservazione di un caso da noi sottoposto a terapie e riparative e ricostruttive dell'apparato stomatognatico sono emerse, nella loro applicatività pratica, le problematiche medico-legali inerenti la responsabilità professionale dello specialista odontoiatra.

Onde fornire dei criteri, giuridicamente validi, necessari allo svolgimento della professione sanitaria. Nel presente lavoro ne abbiamo puntualizzato gli aspetti più salienti:

CASO:

T.S. di sesso femminile di anni 32

Dal riferito anamnestico risulta che, in seguito ad esame radiografico eseguito dalla pz veniva evidenziata "ipertrasparenza della regione apicale del canino superiore destro".

Un sanitario consultato allo scopo di dirimere il quesito diagnostico consigliò ricostruzione

protesica di tutta l'arcata superiore con protesi fissa in blocco unico dal 2° molare superiore sinistro al 2° molare superiore destro".

La paziente accettò detta soluzione di restauro della arcata superiore ed il suddetto sanitario iniziò la preparazione protesica il 1/7/1974

In una sola seduta venne praticata la riduzione volumetrica di tutti gli elementi dell'arcata superiore interessata alla protesi, 8 elementi, meno il canino destro, elemento per il quale la paziente si era inizialmente rivolta al sanitario curante. Su questo elemento venne praticata la sola preparazione per una corona 3/4. Non fu proceduto a terapia canalare.

Le preparazioni degli otto elementi di ancoraggio della protesi all'arcata superiore, furono eseguite senza il necessario raffreddamento.

damento degli elementi stessi durante l'azione meccanica di riduzione, allo scopo di evitare conseguenze necrotiche a carico del tessuto pulpare del dente trattato.

Non furono eseguite prove delle singole cappette sui denti pilastro, nè dell'occlusione, nè della modellazione in cera della parte estetica, nè fu rilevata alcuna impronta di posizione delle cappette.

Dopo il rilievo delle impronte dei denti pilastro, la protesi fissa superiore fu applicata alla paziente.

Dopo solo 3 - 4 giorni dall'applicazione della protesi, la paziente, sentì la rottura della stessa fra il canino superiore sinistro protesico ed il 1° premolare superiore omolaterale. Inoltre a distanza di 3 giorni da detto evento, accusò dolore violento in corrispondenza del primo premolare superiore sinistro, per cui il sanitario curante praticò separazione della protesi fra canino e 1° premolare superiore sinistro e rimozione della parte protesica da 1° premolare a 2° molare superiore sinistro, che fu di nuovo cementato dopo 3 giorni.

Per insorgenza di ulteriore sintomatologia dolorosa nella stessa sede il medesimo sanitario praticò la perforazione della corona del primo premolare superiore sinistro sulla parte occlusale, senza procedere alla terapia canalare.

Dopo alcuni giorni comparve accesso fra canino e 1° premolare superiore sinistro.

Si susseguirono incessantemente episodi di rottura della protesi

superiore.

In data 28/3/1975 si verificò la rottura della protesi inferiore destra; seguì un nuovo urgente controllo per molestie alle protesi inferiore e superiore sinistre il 9/4/1975, in seguito alle quali il sanitario provvide alla sostituzione della protesi inferiore destra in data 15/4/1975.

Dopo solo nove giorni, il 24/4/1975, la paziente accusò nuovo episodio ascessuale sul primo premolare superiore sinistro, curato con terapia antibiotica. Il 10/7/1975 si verificava la mobilitazione spontanea della protesi inferiore destra; in tale occasione la paziente fece presente al sanitario che avvertiva dolori in corrispondenza del 1° premolare inferiore sinistro. Detto elemento fu devitalizzato solo; dopo circa due mesi (4/9/1975), senza provvedere al riempimento del canale stesso con gli opportuni farmaci, e fu di nuovo sostituita la parte laterale della protesi superiore sinistra.

Malgrado detto provvedimento, il 2/10/1975 si evidenziò un nuovo accesso a livello della zona apicale del 1° premolare superiore sinistro, che il sanitario aprì chirurgicamente. Con tecnica terapeutica alquanto insolita per il trattamento di una paradentite cronica fistolizzata, praticò elettrocoagulazione dello sbocco del tramite fistoloso, che ripeté, ovviamente, con totale insuccesso il 24/10/1975, in occasione di una nuova ennesima visita della paziente nello studio dell'odontoiatra che in tale occasione reinserì, provvisoriamente le protesi fisse superiore ed inferiore sinistre.

Nel frattempo, esattamente il 24/10/1975, la paziente chiese ed ottenne che il sanitario procedesse ad un esame radiologico ortopantomoramico dei mascellari, che dimostra la completa assenza di ogni opportuna, anzi indispensabile, terapia canalare.

Dalla disamina del caso in esame risulta che il medico specialista in odontoiatria, dopo aver ottemperato alla parte più propriamente clinica della sua attività, deve, porre in essere una prestazione di natura squisitamente tecnica, quale quella odontoprotesica nei confronti della quale si potrebbe configurare, in diritto, oltre che una obbligazione dei mezzi anche una obbligazione dei risultati.

Una differenza fondamentale infatti fra le responsabilità del sanitario in generale e quella dell'odontoiatria limitatamente a quanto concerne la prestazione protesica è indubbiamente costituita dal fatto che mentre per il primo vi è una obbligazione di mezzi ma non di risultati, essendo il risultato stesso, cioè la guarigione, il fine cui egli deve tendere, per il secondo invece tale risultato può essere inteso come dovuto, in quanto corrispondente alle legittime aspettative del paziente.

Il comportamento professionale del sanitario deve essere valutato alla luce dei predetti articoli, non potendo comunque prescindere un giudizio di responsabilità professionale dalla dimostrazione della colpa.

In considerazione del fatto che la colpa elemento soggettivo del reato presuppone la coscienza e la

volontà dell'azione, senza che lo evento dannoso o pericoloso che ne deriva sia voluto dall'agente potrebbe dirsi che l'elemento caratterizzante della colpa è il difetto di una volontà ferma e permanente e che si estrinseca nella negligenza, che è in sostanza la inosservanza delle norme di un normale comportamento ed attiene prevalentemente alla colpa per omissione (culpa in omittendo).

Nella imprudenza, che consiste nell'agire senza cautela, in contraddizione con le norme di prudenza e quindi è colpa per azione (culpa in committendo); nell'imperizia, che attiene in eguale misura ed entrambe le specie di colpa, potendosi manifestare sia in omettendo sia in agendo.

Perciò che riguarda lo specialista odontoiatra essa potrà configurare qualora sussistano uno o anche tutti e 3 gli elementi sopra richiamati.

E' chiaro che se lo specialista effettua una estrazione, lo fa, oltre che per risolvere uno stato patologico dentario, dannoso per la salute del paziente, anche per cercare di raggiungere eventualmente con il successivo ausilio di elementi protesici un completo restituito ad integrum della funzione masticatoria, nonché di quella estetica.

D'altronde è a tutti noto come uno dei principi fondamentali della preparazione professionale dell'odontoiatria sia quello di tendere alla conservazione il più a lungo possibile dell'elemento dentario mediante le terapie più varie in modo da non alterare l'assetto funzionale degli elementi

nel loro insieme e quindi la funzione masticatoria globalmente intesa.

Va qui ribadito come il rapporto che in instaura tra medico e paziente sia un negozio giuridico bilaterale, cioè un contratto di prestazione d'opera intellettuale in forza del quale il medico si si impegna ad effettuare tutte le curve necessarie per la guarigione del malato. Trattasi però, come è ovvio, di una obbligazione all'uso dei mezzi, che debbono essere approntati con perizia, prudenza e diligenza, non potendosi garantire il raggiungimento del risultato.

Per il medico odontoiatra invece, il contratto la prestazione

d'opera si estrinseca in generale anche con la garanzia del risultato per ciò che riguarda la costruzione e l'applicazione di elementi protesici (sia fissi, sia mobili) dal punto di vista funzionale ed estetico.

Egli deve, prima di operare come è intuitivo, procedere ad un preliminare ed accurato esame dell'apparato masticatorio del paziente e quindi decidere di conseguenza, perchè un qualsiasi apparecchio protesico eseguito ed applicato su di un apparato dentario non perfettamente curato e preparato allo scopo avrà una scarsa ed inefficace riuscita specie per ciò che riguarda il ripristino della funzione masticatoria.

BIBLIOGRAFIA

GERIN C.:

Medicina Legale e delle Assicurazioni, Schirru Roma 1971

AGRESTINI F.:

In tema di risarcimento di danno all'apparato dentario. "Ann. di Stom.", 1966

CANEPA G.:

La valutazione del danno civile in odontoiatria, 1957

BENCIOLINI, P.:

Lo stato anteriore nel giudizio di indebolimento permanente all'organo della masticazione "Min. Stom." 1966

KILLEY H.C., KAY L.W.:

La prevenzione delle complicazioni in odontoiatria, G. Saccardin. Bologna 1970

RE G., SACCO M.:

Elementi di clinica odontostomatologica. Minerva Medica, Torino, 1977

PAVONE G.:

Qualche considerazione sulle valutazioni Medico-Legali di lesioni dentali.

"Riv. Stom." 1955

SCHWAB D.T.:

Effetti dell'estazione sul profilo dentale.

NANCE M.N.:

Resoconti di alcuni casi Angle Orthod. 1941

GILLI R., ROBETTI I.:

Medicina Legale odontostomatologica.

Esculapio, Bologna 1984