

SERVIZIO SANITARIO REGIONALE EMILIA-ROMAGNA
Azienda Unità Sanitaria Locale di Modena



ORTODONZIA, LEGGE E MEDICINA LEGALE

La Responsabilità Odontoiatrica e i Rapporti di Attività Professionale in Ortodonzia

a cura di
Claudio Buccelli, Pietro di Michele, Alberto Laino

in collaborazione con Raoul D'Alessio

presentazione a cura di Damaso Caprioglio



EDIZIONI
MARTINA

"Formositas dimidium dotis"

(Afranio, in Nonio, 306, 17)

"La bellezza è mezza dote"



L'ortodonzia è funzione o estetica? Implicazioni medico legali.

Laino A., Deli R., Savastano C., D'Alessio R., Buccelli C.

Premessa

Da sempre l'Ortodonzia ha privilegiato le funzioni orali nella pianificazione diagnostico-terapeutica ponendo particolare attenzione alla normalizzazione delle funzioni masticatoria, deglutitoria, respiratoria, fonatoria in tutti i nostri pazienti. Negli anni si è acquisito che quasi costantemente le recidive ortodontiche sono supportate da squilibri delle funzioni orali non completamente corrette o sottostimate durante le terapie, siano esse mirate al mero spostamento meccanico dei denti, siano esse mirate al riequilibrio morfo-funzionale di tutte le componenti stomatognatiche.

Nel secolo scorso le cefalometrie hanno guidato con più o meno affidabilità i piani di trattamento, ma in questi ultimi decenni l'attenzione dei Clinici si è concentrata ad integrare sempre di più le cefalometrie con le caratteristiche dei tessuti molli del viso sia in visione laterale che frontale per approdare in fine alle analisi profilometriche tridimensionali che rapportano le strutture scheletriche, dentarie e tessuti-molli nello spazio^{1,2}.

È pur vero che l'ortodontista ha sempre privilegiato e privilegerà la funzione, ma attualmente, innegabilmente, pone come "gold standard" sempre più l'interazione tra il vecchio concetto di funzione, mai perso di vista e l'estetica facciale

contemporanea^{3,4,42}, arrivando perfino al paradosso di rinnegare vecchi approcci terapeutici consolidati con alternative i cui obiettivi possono essere completamente opposti a quelli perseguiti venti anni or sono.

A tal proposito ne è un candido esempio il vecchio convincimento che la maggior parte delle II Classi fossero attribuite a protrusione del mascellare con conseguenti terapie di arretramento dello stesso, sia della componente scheletrica che dento-alveolare, utilizzando apparecchiature ortopediche miranti a frenare la crescita⁴⁰ o ancor più con l'ausilio di estrazioni dentarie nell'intento di arretrarne la componente dento-alveolare; il tutto supportato da approfondite analisi cefalometriche dento-scheletriche⁵.

Oggi in chiave profilometrica contemporanea la stima delle reali protrusioni del mascellare sono considerate sempre più rare inducendo il terapeuta ad un obiettivo esattamente opposto a ciò che si prefiggeva venti anni fa. In altri termini applicando delle apparecchiature che mirano ad ottenere prevalentemente una propulsione mandibolare con minimi effetti di arretramento sul mascellare stesso nell'intento di mantenere una pienezza del III medio facciale con una mandibola ben strutturata in uno schema facciale complessivamente più espanso secondo i concetti introdotti da Rosen più di un decennio fa. Tali principi sono dettati dalla necessità di supportare i tessuti molli facciali con il sostegno dei tessuti scheletrici nell'obiettivo di contrastare il fisiologico "aging" dei tessuti molli (allungamento del labbro superiore, approfondimento delle pieghe nasolabiali, approfondimento del solco labio-mentale, debordanza del volume del tessuto sotto-mentale e non ultimo il maggiore incremento del volume del naso e del mento la cui amplificazione conferisce negli anni un aspetto vecchieggiante al volto umano stesso)^{6,7}.

Appare evidente alla luce delle precedenti considerazioni che la maggiore attenzione all'estetica facciale, che prestiamo nella pianificazione dei trattamenti ortodontici, non preclude assolutamente il rispetto del raggiungimento di un riequilibrio delle cosiddette "vecchie" funzioni orali.

Ancora oggi, infatti, l'obiettivo dell'Ortodontista rimane il raggiungimento di una corretta occlusione stigmatizzata nel secolo scorso da Andrews.

Approfondimenti

Cosa vuol dire raggiungimento di una normale occlusione, statica e dinamica?

L'occlusione definisce genericamente i rapporti di contatto sia statico che dinamico fra le due arcate dentarie. Essa può presentarsi sotto gli aspetti più differenti, corrispondendo ognuno di questi alle varie posizioni che la mandibola può assumere in rapporto al mascellare superiore, fermo restando, però, il mantenimento di uno o più punti di contatto fra le superfici di occlusione dei denti antagonisti⁸.

I parametri, ancora oggi di uso corrente, che consentono di classificare i rapporti occlusali tra le arcate dentarie, sono stati descritti per la prima volta da Angle. Per **I Classe di Angle** (Fig. 1) si intende un rapporto dentario che prevede la coincidenza tra la cuspidine mesio-vestibolare del primo molare superiore permanente ed il solco mesio-vestibolare del primo molare inferiore permanente.

Il posizionamento distale o posteriore della dentatura inferiore rispetto a quello assunto nella occlusione di I classe realizza il rapporto di **II Classe di Angle** (Fig. 2), proporzionalmente più grave quanto maggiore è il grado di distalizzazione o posizionamento posteriore dell'arcata inferiore.

Per **III Classe di Angle** (Fig. 3) si intende una mesializzazione o spostamento anteriore dell'arcata inferiore rispetto al rapporto occlusale di I classe⁹.

Il rapporto canino o classe canina, costituisce un ulteriore parametro occlusale sul piano sagittale. Si parla di **classe I canina** (Fig. 1) quando la cuspidine del canino superiore occlude tra il versante distale della cuspidine del canino inferiore ed il versante mesiale della cuspidine vestibolare del primo premolare inferiore; **Classe II canina** (Fig. 2) quando la cuspidine del canino superiore occlude in un rapporto definito testa a testa con la cuspidine del canino inferiore o in una posizione ancora più avanzata rispetto al canino inferiore; **Classe III canina** (Fig. 3) quando il canino inferiore si trova in una posizione più mesiale rispetto a quella del canino superiore^{8,10}.



Figura 1, 2, 3.

I classe molare e canina.
II classe molare e canina.
III classe molare e canina.

Il parametro clinico con cui viene misurato il rapporto verticale dell'occlusione è definito *overbite* (vm 2 mm, Fig. 4) e consiste, se misurato a livello dei denti anteriori, nella misura lineare dello spazio compreso tra il margine incisale degli incisivi inferiori ed il punto di proiezione del margine incisale degli incisivi superiori sulla superficie vestibolare di quelli inferiori. Un'eccessiva sovrapposizione verticale degli incisivi superiori sugli incisivi inferiori viene definita *morso profondo* (Fig. 6). Nel caso in cui i margini incisali degli incisivi superiori ed inferiori si trovino allo stesso livello è individuabile una condizione di testa a testa o di *overbite zero*. L'assenza di contatto occlusale, in presenza di una beanza tra incisivi superiori ed inferiori, viene definita *morso aperto* (Fig. 5); tale quadro clinico può essere altresì riscontrato anche nei settori latero-posteriori⁹.



Figura 4, 5, 6.

OVB normale.
OVB ridotto (morso aperto).
OVB aumentato (morso profondo).

Overjet (vm 2 mm, Fig. 7) è la misura lineare dello spazio compreso tra il margine incisale dell'incisivo superiore e la sua proiezione orizzontale sulla superficie vestibolare dell'incisivo inferiore. In presenza di elementi dell'arcata superiore più lingualizzati rispetto agli inferiori (ovj negativo, Fig. 8) si parla di *morso crociato*, quadro clinico che può interessare un singolo elemento dentale o un intero settore dell'arcata. Il morso crociato può essere localizzato a livello del settore frontale (morso crociato anteriore) o dei settori latero-posteriori (morso crociato posteriore); quest'ultimo caso può essere mono o bilaterale. In presenza della vestibolarizzazione di uno o più elementi dentali dei settori latero-posteriore dell'arcata superiore rispetto agli antagonisti inferiori (ovj aumentato, Fig. 9) si

parla di *morso a forbice*^{9,10}.

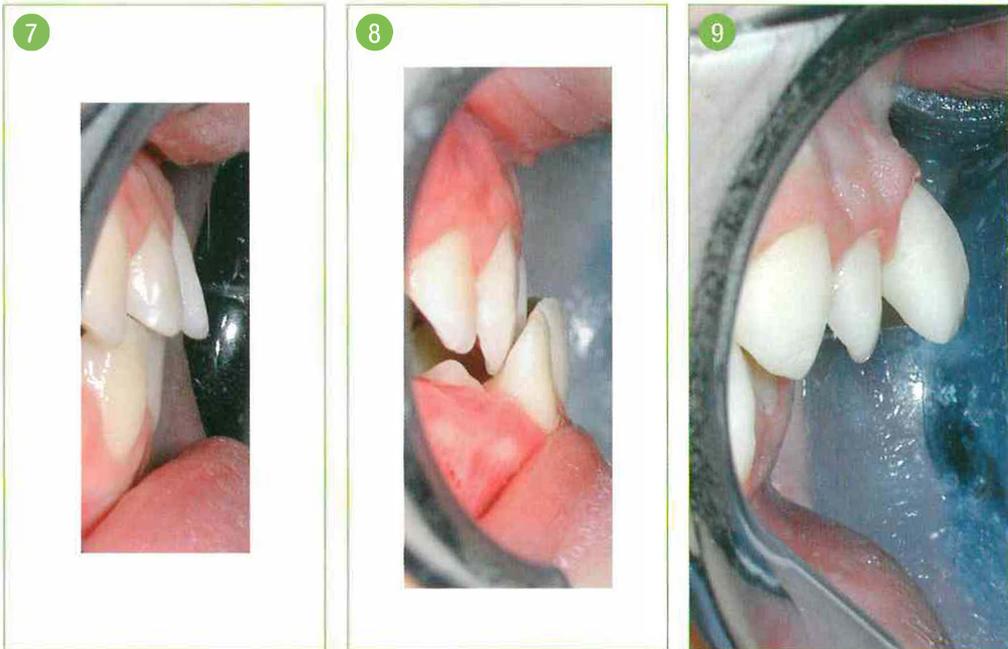


Figura 7, 8, 9.

OVJ normale. OVJ invertito. OVJ aumentato.

La *relazione centrica*^{1,12} è un rapporto antero-posteriore cranio-mandibolare che prescinde dal rapporto tra i denti. Essa è la posizione della mandibola in rapporto alla mascella superiore in cui i condili si trovano nel fondo delle cavità glenoidi nella posizione più alta, mediana e non forzata, con il complesso meniscale correttamente interposto tra i capi articolari.

Per *occlusione centrica* si intende, invece, la posizione di massima intercuspidazione dei denti. Una coincidenza fra relazione centrica ed occlusione centrica esiste in una minima percentuale di individui, in quanto nella grande maggioranza dei casi in posizione di relazione centrica si hanno solo sporadici contatti interdentari (posizione retrusa di contatto), mentre in occlusione centrica i condili risultano spostati in avanti e in basso rispetto alla posizione di relazione centrica. Per tale motivo l'occlusione centrica viene da alcuni autori definita anche *occlusione abituale fisiologica*.

Si parla invece di *occlusione abituale patologica* quando si verifica uno spostamento antero-laterale della mandibola condizionato dalla presenza di precontatti

occlusali fra le due arcate nella fase di massima intercuspidação. Questa evenienza, rompendo il normale rapporto occlusale, produce forze di tipo obliquo, che possono risultare patologiche per i tessuti parodontali e possono determinare disturbi disfunzionali a carico dei muscoli masticatori e dell'articolazione temporo-mandibolare che configurano il quadro del trauma occlusale¹³.

Il concetto di posizione di riposo è riferito a quella posizione della mandibola in cui i denti delle due arcate non sono in contatto fra di loro per un perfetto equilibrio fra gruppi muscolari funzionalmente antagonisti (elevatori e abbassatori della mandibola) che tengono la mandibola come sospesa in una fionda muscolare¹⁴. La distanza che si stabilisce fra le due arcate (spazio libero interocclusale) corrisponde normalmente ad uno spazio compreso fra 1,5 mm e 3 mm misurato a livello dei premolari: esso diminuisce se viene rilevato a livello dei molari ed aumenta in corrispondenza della zona incisiva. Il mancato rispetto dello spazio libero nella terapia riabilitativa ortodontica, protesica o conservativa, determinando contatti occlusali permanenti anche in quella che sarebbe la posizione di riposo, può condurre ad uno stato di ipertono e di spasmo muscolare¹⁵.

Per *dimensione verticale* si intende, infine, la distanza compresa fra il punto sottonasale della mascella superiore e lo gnathion della mandibola, in condizione di massima intercuspidação.

I movimenti fondamentali della mandibola sono quelli di *protrusione, retrusione, lateralità, abbassamento ed innalzamento* i quali partecipano, sinergicamente o alternativamente, all'apertura e chiusura della bocca ed alle complesse funzioni della masticazione, deglutizione e fonazione. Nello svolgimento della funzione occlusale, vale a dire nei molteplici rapporti statici e dinamici che le superfici occlusali antagoniste assumono tra loro, le forze occlusali fisiologiche si scaricano sempre lungo l'asse maggiore del dente. In tal modo le fibre parodontali, disposte a canestro attorno alla radice con direzione apico-coronale dal cemento alla cortex alveolaris, venendo sottoposte a leggera trazione, trasmettono le forze occlusali all'osso alveolare trasformandole da forze compressive in forze tensive. Le forze tensive esercitano infatti uno stimolo fisiologico sul parodonto profondo e sulla cortex alveolaris, mentre quelle compressive determinano la degenerazione della fibre periodontali ed il riassorbimento della cortex alveolaris.

In condizioni normali in posizione di massima intercuspidação e durante i molteplici movimenti mandibolari le superfici occlusali hanno costantemente rapporti tali da generare forze assiali e, pertanto, fisiologiche¹⁶.

Tali rapporti corrispondono al principio della *disclosure di gruppo* e prendono anche il nome di *occlusione organica*. Durante i rapporti occlusali normali, sia statici che dinamici, esiste una protezione reciproca tra il gruppo dentario anteriore ed i due gruppi posteriori destro e sinistro, protezione che assicura una fisiologica distribuzione delle forze. In posizione di massima intercuspidação, infatti, le forze occlusali si scaricano in senso assiale soltanto sugli elementi dentari posteriori, senza interessare gli elementi antero-superiori ed antero-

inferiori che si sfiorano soltanto.

In tal modo gli elementi posteriori proteggono gli anteriori, in quanto in posizione di massima intercuspidação le forze occlusali si trasmetterebbero agli elementi anteriori, per la loro posizione anatomica, come forze oblique.

Nel movimento di protrusione, invece, il margine incisale degli elementi antero-inferiori scivola sulla superficie palatale degli antero-superiori che svolgono una funzione di guida (*guida incisiva*), assicurando l'immediato allontanamento (*disclusione*) degli elementi posteriori dalla posizione di massima intercuspidação in i quali, altrimenti, per la direzione orizzontale del movimento, subirebbero la trasmissione di forze orizzontali ed oblique. Anche nel movimento di lateralità si verifica l'immediato distacco del gruppo posteriore grazie allo scivolamento della cuspidè del canino inferiore omolaterale al movimento sulla superficie palatale del canino superiore (*guida canina*). In tal modo nei movimenti di protrusione e di lateralità gli elementi anteriori proteggono i posteriori¹⁷⁻¹⁸.

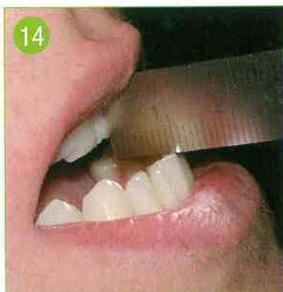
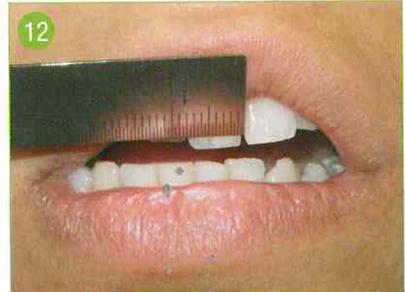


Figura 10, 11, 12, 13, 14.

Massima apertura. Apertura passiva. Lateralità destra. Lateralità sinistra. Protrusione

La dinamica della funzione masticatoria e della deglutizione devono essere simultaneamente studiate, perché la deglutizione conclude normalmente l'atto della masticazione.

Approfondimenti

Classicamente la *deglutizione* viene distinta in tre fasi: *la fase orale, la fase faringea e quella esofagea*, anche se questo meccanismo deve essere considerato come un unico atto, effettuato per mezzo di una serie di contrazioni muscolari coordinate fra loro. La fase di preparazione orale rappresenta una quarta fase, che precede le altre, il cui scopo è quello di conferire al cibo una consistenza adeguata alla deglutizione ed è accompagnata dall'atto della masticazione. La *funzione masticatoria* si realizza in tre fasi:

- a) prensione e incisione del cibo. in questa fase la mandibola si porta in avanti e i denti, non in contatto tra di loro, afferrano e incidono il cibo che viene poi portato nella cavità orale;
- b) triturazione del cibo con formazione del bolo alimentare (masticazione vera e propria);
- c) deglutizione.

La masticazione è il risultato di un arco riflesso che, trasmettendo al sistema nervoso centrale le informazioni propriocettive a partenza parodontale, permette di adeguare lo sforzo muscolare alla diversa consistenza del cibo. Durante la masticazione i contatti interdentari sono sporadici e non sono, comunque, stretti e forzati perché il ciclo masticatorio, regolato dai propriocettori parodontali, prima di terminare con uno stretto contatto intercuspidale, si arresta e ricomincia da capo. Eseguita la masticazione del cibo, fase per cui sono necessari dai 40 ai 60 atti masticatori, esso è pronto per essere deglutito: la preparazione a questo atto non è, però, istantanea in quanto essa comincia fin dal primo atto masticatorio⁸. La lingua infatti spinge il cibo sulle superfici occlusali fino a che queste non lo abbiano ridotto ad una consistenza idonea per formare il bolo alimentare che viene poi spostato verso l'orofaringe per la deglutizione. Durante la deglutizione, indipendentemente dalla presenza o meno del cibo, si stabilisce uno stretto contatto tra i denti antagonisti nella posizione di *massima intercuspidazione*. Ciò avviene perché i muscoli linguali durante la loro contrazione, necessaria per spingere il bolo alimentare verso l'orofaringe, fanno fulcro sulla mandibola, a sua volta immobilizzata in posizione di massima intercuspidazione contro la mascella superiore, determinando l'innalzamento dell'osso ioide. Il bolo alimentare viene spinto dalla muscolatura linguale verso l'alto, la faringe si allarga, l'osso ioide si innalza e il palato molle si sposta in alto chiudendo, con l'aiuto dei muscoli palato-faringei, il passaggio delle vie aeree; nello stesso istante la glottide si chiude, la respirazione è momentaneamente interrotta e la

deglutizione completa il ciclo masticatorio.

La conoscenza della fisiopatologia delle funzioni del distretto stomatognatico è uno strumento importante per diagnosticare correttamente le problematiche presenti nel paziente in crescita e per indirizzare in modo adeguato il clinico verso la scelta terapeutica più corretta. Forma e funzione sono strettamente correlate tra loro e si condizionano reciprocamente: come una funzione corretta determina uno sviluppo armonico della forma, così una funzione alterata può modificare la forma dei mascellari e delle arcate dentarie; di contro una anomalia di forma costringe la funzione ad adattarvi²². A tal proposito risulta importante per il clinico la conoscenza della dinamica respiratoria (Fig. 15).

Approfondimenti

Viene definita respirazione orale una situazione patologica in cui il passaggio dell'aria avviene principalmente attraverso il cavo orale. Un'alterazione della funzione respiratoria può essere responsabile di importanti cambiamenti sia a livello organico, per assicurare un adeguato flusso aereo, sia a livello locale, dove la respirazione orale realizza un *adattamento consequenziale anatomo-funzionale* del sistema neuro-muscolare con ripercussioni sulla morfologia cranio-facciale²³.



Figura 15.

Fisiologica pervietà delle vie aeree.

Tra le funzioni stomatologiche principali vi è la *fonazione*. Durante la pronuncia di alcuni fonemi, la lingua si dispone precisamente a livello del palato, nella stes-

sa posizione assunta a riposo; nel caso in cui ciò non avvenga, l'articolazione di alcuni fonemi ed in particolare delle palatali e delle sibilanti, risulta in qualche modo alterata.

ANALISI DINAMICA DEL DISTRETTO LINGUALE realizzata mediante movimenti di protrusione, spostamento antero-posteriore dell'apice e del dorso, schiocco dell'apice linguale intramuscolare, ci permette di valutare l'azione del muscolo genioglosso, del muscolo palatoglosso, del muscolo stiloglosso, del muscolo verticale e del muscolo longitudinale superiore e inferiore.



Un corretto approccio clinico per l'inquadramento diagnostico e l'intercettazione delle malocclusioni dentarie e delle malformazioni oro facciali deve oggi tenere sempre più in considerazione l'arrangiamento dei tessuti molli della faccia. È indispensabile uno studio qualitativo e quantitativo della morfologia del singolo paziente, ed il suo confronto con un riferimento normale²⁵. **Alle valutazioni bi-dimensionali effettuabili sulle fotografie o sulle proiezioni radiografiche late-rolaterali possono essere affiancate indagini tridimensionali.** La diagnostica per immagini tridimensionale rappresenta un approccio innovativo nel campo delle discipline mediche, ed in particolare odontoiatriche, dove si sta affermando sia nel mondo clinico che in quello della ricerca. In particolare è possibile ora ottenere ricostruzioni molto dettagliate delle strutture anatomiche di interesse che facilitano lo specialista nella formulazione di un piano di trattamento efficiente con la possibilità di valutarne i risultati confrontando le condizioni pre e post trattamento. Di particolare interesse sono quelle metodiche che permettono un'analisi non invasiva delle strutture cutanee facciali, migliorando in modo sensibile il rapporto costo/beneficio delle indagini cliniche. Tra gli svariati aspetti della morfologia facciale sino ad oggi indagati, si sono anche studiati i volti di giovani donne considerate "belle" (casting televisivo) (Fig. 16), confrontandoli

con quelle di coetanee "normali", alla ricerca di canoni estetici tridimensionali, italiani e aggiornati. Le donne "attraenti" pertanto rispetto ai soggetti "controllo" coetanei presentano^{26,27}:

- fronte più spaziosa;
- mascellare più largo e prominente;
- mandibola in proporzione ridotta;
- profilo convesso dei tessuti molli (convessità facciale aumentata);
- labbra sporgenti e prominenti, labbro superiore più sviluppato;
- angolo mento-labiale aumentato;
- faccia più piatta sul piano orizzontale (ridotta crescita verticale);
- faccia più rotonda.

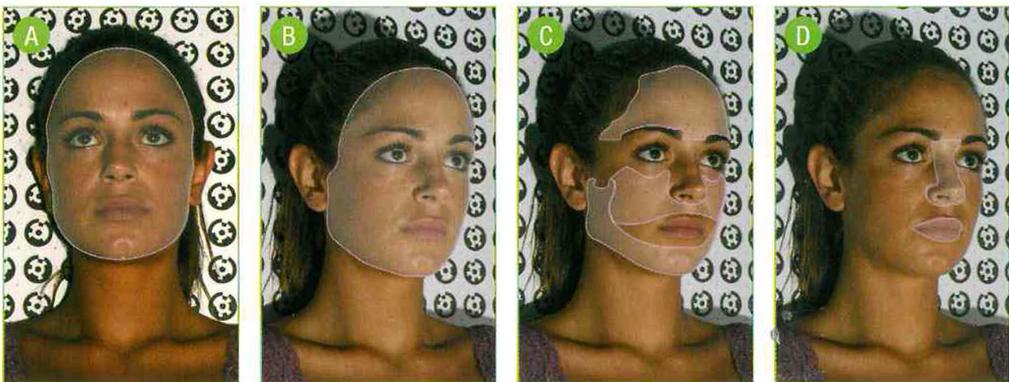


Figura 16.

Analisi del viso con le aree di valutazione della volumetria facciale.

- Viso (vista frontale).
- Viso (profilo).
- Area frontale, area zigomatica-mascellare, area mandibolare.
- Area naso, area labbra.

(Foto ed icona introduttiva al capitolo, per gentile concessione del Professore Luigi Maria Galantucci, Politecnico di Bari).

L'estetica facciale è da sempre una delle principali aree di interesse dell'ortodontista³²: la creazione di una occlusione armonica, in grado di ottimizzare le molteplici funzioni dell'apparato stomatognatico, non può prescindere dalla valutazione dell'impatto della posizione dei denti sui tessuti molli della faccia. Il clinico pertanto deve avere a disposizione dei parametri estetici di riferimento relativi a soggetti di età comparabile con i propri pazienti, dello stesso sesso ed

etnia, ma anche aggiornati, che tengano cioè conto dell'evoluzione del concetto generale di estetica, che valuta nel contesto globale della società ciò che di un volto è gradevole ed attraente. Tali parametri potranno fornire utili indicazioni per individuare modalità, tempi e finalità di trattamento ortodontico ottimali e con il miglior rapporto costo-beneficio.

L'ortodontista, mediante le apparecchiature intra e/o extraorali che siano, ha la possibilità di modificare direttamente o indirettamente alcuni dei parametri sopraelencati agendo in maniera significativa sul risultato estetico finale. È a tutti noi noto infatti l'influenza dell'angolo interincisivo e del limite anteriore della dentatura come supporto alle strutture labiali superiori ed inferiori. Il trattamento ortodontico influenza l'angolo naso-labiale, la pienezza e la competenza delle labbra e l'armonia del solco labio-mentale³³.

L'ortodontista con una congrua preparazione alla chirurgia ortognatica influenza fortemente i parametri di attrattività del III medio e del III inferiore del viso fornendo al chirurgo maxillo-facciale lo spazio di manovra per l'intervento chirurgico³⁴; l'entità e la direzione dello spostamento delle basi ossee mascellari e mandibolari eseguito dal chirurgo è strettamente connessa alla preparazione ortodontica prechirurgica^{37, 41}. Un corretto riposizionamento ortodontico prechirurgico dei denti anteriori e posteriori nel contesto dento-alveolare, nel rispetto delle dimensioni sagittale-trasversale-verticale e del rapporto con i tessuti molli (labbra, lingua, guance), è la condizione più favorevole per una riarmonizzazione chirurgica delle basi ossee.

Infine su alcuni parametri del III superiore del volto, come fronte ampia o distanza interorbitaria, l'Ortodonista non interviene direttamente, ma deve adeguare gli spostamenti dentari ed il risultato estetico finale affinché venga mantenuta o raggiunta una buona armonia tra i terzi facciali.

Infatti l'importanza dell'utilizzo delle misurazioni antropometriche del volto in aiuto alla diagnosi e programmazione ortodontica chirurgica era stata evidenziata fin dai primi anni novanta^{35, 36}.

Un concetto innovativo e non analizzato in questi lavori, ma ampiamente condiviso in letteratura è l'accettazione di un sorriso più gengivale (2-5 mm) rispetto al passato (0-2 mm); inoltre è stato rivoluzionato il concetto di competenza labiale a riposo, considerando sensuale ed attraente una leggera disclusione delle labbra a riposo con esposizione dentaria di 2-4 mm di corona.

Quindi il ruolo dell'Ortodontista alla luce di quanto analizzato precedentemente è quello di mantenere i parametri di attrattività facciale se già presenti nel paziente o di implementarli terapeuticamente qualora non fossero presenti nel rispetto integrale sempre e comunque della forma e della funzioni orali.

Ciò significa conferire in alcuni ambiti della sua attività forti valenze estetiche al suo operato professionale che, pur sempre nel rispetto della funzione, finiscono per esser nettamente prevalenti su questa.

Considerazioni Medico-Legali

In queste prospettive ci si deve allora chiedere se i confini e i contenuti medico-legali di tale attività sono gli stessi di quelli che si è tradizionalmente abituati a considerare in un'ortodonzia decisamente orientata verso il recupero di funzioni compromesse o se lo spostamento da finalità funzionali a finalità estetiche comporta sostanziali cambiamenti di tali aspetti.

La risposta, particolarmente rivolta verso i problemi della responsabilità professionale in odontoiatria ed il sottosistema civilistico in cui essa venga considerata, non può che essere diretta nel senso della difformità.

Nella misura in cui l'agire ortodontico si proietta verso contenuti estetici con minoritaria attenzione di quelli funzionali, essa finisce per condividere le peculiarità medico-legali della chirurgia estetica cui letteratura e giurisprudenza conferiscono differenze valutative meritevoli di particolare attenzione.

Tali peculiarità possono sintetizzarsi nell'esigenza di fornire una informazione particolarmente dettagliata della terapia da praticare, di ricevere un consenso al trattamento sicuramente consapevole, di considerare che ricorre una tendenza di non marginale consistenza a ritenere che l'obbligazione di risultato sia conaturata all'attività odontoiatrica, specie se praticata per fini estetici (così come alla già ricordata chirurgia estetica nelle sue numerose applicazioni oltre che agli interventi di chirurgia maxillo-facciale diretti alla correzione di inestetismi, alla protesica, a certi interventi di chirurgia ortopedica, alla istologia patologica, all'IVG, etc.).

In merito al primo aspetto va detto che, in termini generali, la liceità dell'attività medico-chirurgica è circoscritta a quegli interventi che, in un doveroso bilancio rischi/benefici per il paziente, sono finalizzati ad un miglioramento delle condizioni fisiche del soggetto³⁸.

Tale liceità è oggi riconosciuta anche a quegli interventi che cagionino una diminuzione permanente della integrità fisica in funzione solidaristica (come nell'ambito della donazione d'organo o di loro parti da vivente o in quello della sperimentazione su volontari sani) o che abbiano per oggetto atti dispositivi del proprio corpo che in un rinnovato e più ampio concetto della salute – diritto di rango costituzionale – non più circoscritta all'integrità fisica ma espansa verso una condizione di benessere fisico, psichico e sociale (onde l'esigenza anche deontologicamente dovuta di positiva considerazione per possibili miglioramenti di sofferenze psicologiche legate a particolari stati fisici quali gli inestetismi vissuti come frustranti) superano gli angusti limiti dell'art. 5 cc.

Di qui il riconoscimento della liceità degli interventi anche in ambito estetico perché se è vero che questi non perseguono vantaggi in termini di integrità fisica pur sopportando inevitabili rischi è altrettanto vero - ed oggi ampiamente riconosciuto - che essi possono favorevolmente incidere sull'equilibrio psichico della persona in tutte le sue interagenti componenti non solo biologiche ma anche soggettive.

Approfondimenti

In tal senso quanto mai puntuale appare il richiamo del Bilancetti³⁷ – cui si devono pregevoli riflessioni sull'argomento – ad un illuminato enunciato della Suprema Corte (sent. n. 10014 del 25 novembre 1994): "è opportuno ribadire che la funzione tipica dell'arte medica, individuata nella cura del paziente, al fine di vincere la malattia, ovvero di ridurre gli effetti pregiudizievoli o, quantomeno, di lenire le sofferenze che produce, salvaguardando e tutelando la vita, non esclude, infatti, la legittimità della chirurgia estetica, che a prescindere dalle turbe psicologiche che potrebbero derivare da una dilatata considerazione degli aspetti sgradevoli del proprio corpo tende a migliorare esclusivamente l'estetica".

Ma pur con tali autorevoli affermazioni, gli interventi (intesi in senso lato) in campo estetico scontano un retroterra culturale che a lungo, anche in riferimento ad iniziali obiettive inadeguatezze tecniche, li hanno emarginati nella zona d'ombra di atti non dovuti perché estranei a situazioni di malattia, sicché li si è connotati di peculiarità, come si diceva, che li differenziano, sia pure in misura degradante nel tempo, nell'ambito della responsabilità professionale quasi conferendo loro una configurazione autonoma rispetto agli altri settori della medicina.

Negli anni '90 si è assistito ad una forte, quasi accanita attenzione giurisprudenziale, specie in ambito penalistico, per il consenso all'atto medico, ritenuto cardine della sua legittimazione giuridica ed in carenza o peggio ancora in assenza del quale si è pervenuti nel predetto ambito a condannare i sanitari, in presenza di esiti infausti del trattamento, in termini di lesioni personali volontarie, omicidio preterintenzionale, violenza privata.

Sotto la spinta di serrate riflessioni su tale perniciosa tendenza, cui ha fortemente contribuito anche il dibattito medico-legale, si è registrato, tuttavia, una inversione di tendenza a partire dal 2001 sicché, sulla scia di un nucleo centrale di pronunciamenti della giurisprudenza di legittimità penale si è delineato e progressivamente consolidato il concetto che "l'attività medica trova fondamento e giustificazione non tanto nel consenso dell'avente diritto (art. 50 c.p.), bensì in quanto essa stessa legittima, ai fini della tutela di un bene, costituzionalmente garantito, quale il bene della salute, cui il medico è abilitato dallo Stato" (Cass. Pen., Sez. IV, sentenza n. 1572 del 11 luglio 2001-3 ottobre 2002, Firenzani).

In conseguenza di ciò ai fini della valutazione della qualità del comportamento deontologico del medico rileva, secondo tale più recente orientamento che mitiga apprezzabilmente l'eccessivo rigore dei precedenti, non tanto l'aver agito in difetto di consenso quanto e soprattutto l'aver proceduto contro il dissenso del paziente.

La tendenza non risulta però ad oggi recepita dalla giurisprudenza civilistica, che mantiene alta l'attenzione (e la tensione) prestata all'informazione fornita al paziente per assumere un efficace consenso, su tale aspetto strutturando un imprescindibile requisito di validità del contratto di cura e fonte di responsabilità per il curante nella misura in cui egli non abbia a lui fornito ogni necessaria

informazione ai fini della espressione di una pienamente consapevole adesione al trattamento proposto.

Sicché si crea una consistente dicotomia sull'argomento del consenso informato tra giudicato penale e civile, nel senso che mentre il primo rivaluta il giudizio sui contenuti tecnici dell'operato medico sfumando quello sulla efficacia del consenso, il secondo rimane ancora fortemente ancorato ad una prioritaria analisi del grado di completezza della informazione e del consapevole assenso su questa strutturato. In ogni caso preme sottolineare, per evitare pregiudizievole equivoci, che il consenso prestato dal paziente non sottrae mai il medico alle sue responsabilità professionali di natura giuridica e morale. Nella misura in cui sembra affievolirsi l'accanito interesse che ha connotato la valutazione medico-legale e giurisprudenziale del consenso ai fini del giudizio della correttezza di comportamento deontologico in addebiti di presunta responsabilità professionale, si delinea un'autonomizzazione della informazione al paziente dal consenso, che assume valore intrinseco come parte integrante della prestazione medica primaria nei cui confronti il paziente vanta un diritto soggettivo perfetto. In analoga direzione è orientato il Codice di Deontologia Medica, laddove all'art. 35 giunge ad affermare che il documentato volere dell'ammalato "è integrativo e non sostitutivo del processo informativo".

In altri termini, sul piano del diritto, l'informazione al paziente costituisce, al di là dei suoi rapporti preliminari con il consenso, una vera e propria integrazione della prestazione sanitaria finalizzata alla tutela della salute. Sul piano biologico essa va d'altra parte considerata come parte integrante e preliminare del processo curativo, rappresentando di per sé un intervento terapeutico per il determinante favorevole coinvolgimento psico-relazionale del paziente sulle intrinseche dinamiche della malattia (Umani Ronchi e Bolino, 2002).

Orbene, gli interventi a finalità estetica (e pertanto anche l'ortodonzia intesa e finalizzata in una dimensione di prestazione a funzione estetica) risentono ancora oggi di tali aspetti di condizionamento proprio perché non si è ancora concluso quel processo di generale accoglimento di una loro totale identificazione in attività medica a piena legittimazione etica, deontologica e giuridica, proponibile alla stregua di qualunque altro trattamento sanitario, non più collocabili nella evanescente "medicina dei desideri".

In conseguenza di ciò si richiede ancora che l'informazione da fornire preliminarmente alla loro realizzazione sia approfondita, dettagliata, inequivoca, ben comprensibile, puntuale, specifica, estesa anche alle evenienze avverse di minore consistenza statistica, posto che trattasi sempre di interventi in elezione e mai connotati da sottofondi prognostici che possono giustificare limitazioni o cautele delucidative.

Opportuna può anche essere, in fattispecie, la forma scritta dell'informazione, destinata a documentare la sua effettiva ricorrenza, all'esito della quale, per il complementare aspetto della esplicita espressione di volontà di adesione alla

cura, va richiesto il consenso firmato del paziente come del resto previsto all'art. 35 del vigente Codice di Deontologia Medica anche "per la particolarità delle prestazioni diagnostiche e/o terapeutiche".

Ci si intenda: siamo profondamente convinti - e con noi larga parte dei cultori del diritto - che un'ortodonzia finalizzata all'estetica sia connotata da piena ed indifferenziata (rispetto ad altri ambiti della odontoiatria che cura patologie intese in senso classico) liceità e perciò stesso non richieda, in sé, livelli di maggiore intensità informativa e di peculiare attenzione per il consenso alla sua attuazione, ma l'equivoco di fondo - vecchio retaggio di argomentazioni limitative della legittimità dei trattamenti in ambito estetico ("they are not medically necessary": Noring, 2003)³⁹ - che la medicina estetica non realizzi atti terapeutici dovuti perché non agisce per il miglioramento delle condizioni fisiche del soggetto, spinge comunque ad opportune cautele operative tra cui, come si è detto, informazione piena al paziente ed assunzione di un consenso inequivoco da parte sua.

Viene in tal modo a bilanciarsi quella sorta (da taluni ritenuta tale) di debolezza intrinseca di legittimazione dell'atto odontoiatrico a finalità estetica che in una informazione particolarmente ampia e in un consenso sicuramente valido riguadagna tutte le sue incertezze di liceità sotto il profilo penale, civile e disciplinare. Giova peraltro ricordare con il Bilancetti³⁸ che in sede civilistica il consenso informato non solo rappresenta un requisito di validità del contratto, ma costituisce anche fonte di responsabilità per il contraente che non abbia fornito ogni utile informazione necessaria per prestarlo.

Vi è da aggiungere, però, che anche nella predetta esigenza di irrinunciabile ampiezza dell'informazione v'è possibilità di modulazione in funzione di variabili intrinseche all'atto ortodontico, nel senso che, a nostro avviso, è postulabile una proporzionalità diretta tra questa e parametri quali l'entità della quota di finalità estetica da conseguire rispetto a quella funzionale e rilevanza dei rischi biologici da affrontare in riferimento ai benefici attesi, e indiretta nei confronti della consistenza della necessità clinica all'intervento da praticare.

L'aspetto della natura dell'obbligazione contrattuale assunta nell'esercizio dell'ortodonzia a finalità estetica ci vede meno inclini ad ammettere distinzioni nei confronti delle altre attività odontoiatriche e mediche, nel senso che - va detto subito - riteniamo che non sussiste alcuna differenza, per quanto si debba eventualmente rispondere di lamentate responsabilità professionali, tra un atto terapeutico che persegue un obiettivo estetico ed uno orientato a conseguire un fine funzionale, posto che entrambi devono fare i conti con rischi tecnici di natura biologica individuale non sempre prevedibili e nemmeno prevenibili, capaci di variare l'iter clinico atteso ed il punto di arrivo sperato.

In termini più espliciti si è dell'avviso che anche per l'atto ortodontico in campo estetico il sanitario deve garantire esclusivamente adeguati livelli di comportamento tecnico (obbligazione di mezzi) non potendo pretendersi che si vincoli (tranne che in quattro specifiche fattispecie) al conseguimento del fine per cui

agisce (obbligazione di risultato).

La distinzione tra obbligazione di mezzi (o di comportamento o di diligenza) e obbligazione di risultato assume immediato rilievo ai fini della presunzione della colpa, perché se si ritiene che il contenuto della prestazione si identifichi con il risultato da conseguire, il suo mancato raggiungimento viene assunto come indizio di responsabilità da inadempimento.

Tale distinzione, profondamente radicata nelle giurisprudenze del nostro paese, appare delineata in maniera inequivoca (in stretta correlazione con l'esigenza di una puntuale informazione) proprio per l'affine chirurgia estetica, nella sentenza n. 12253/97 della *III Sezione della Cassazione Civile*: "*l'obbligazione del professionista nei confronti del proprio cliente, anche nel caso d'intervento di chirurgia estetica, è di mezzi, onde il chirurgo non risponde del mancato raggiungimento del risultato che il cliente si attendeva e che egli non è tenuto ad assicurare, nell'assenza di negligenza o imperizia, fermo l'obbligo del professionista di prospettare al paziente realisticamente le possibilità del risultato perseguito*".

Il che è stato ribadito, a 10 anni di distanza, in altra sentenza della *Suprema Corte (III Sez., n. 22327/07)* - citata da Fiori e Marchetti³⁹ - secondo cui, *in tema di responsabilità professionale del chirurgo estetico, la domanda risarcitoria per danni da cicatrici permanenti in conseguenza di un intervento di chirurgia estetica proposta in via contrattuale è legittimamente respinta dal giudice che abbia rilevato che la permanenza delle cicatrici era dovuta alle condizioni biologiche della paziente e che tali esiti erano previsti nell'atto di consenso informato sottoscritto dalla stessa, come possibili conseguenze negative dell'intervento*.

Ciò nondimeno si sono registrate in dottrina e giurisprudenza di merito non isolate dissonanze, tese a conferire alla chirurgia estetica e a parte dell'odontoiatria (in particolare la protesica) *obbligazione di risultato*.

Invero, un tal genere di atteggiamento può essere a nostro avviso condiviso in alcune specifiche ipotesi:

- a) in assenza di preventiva informazione circa i rischi che il risultato atteso non si realizzi, perché ciò equivale a garantirlo;
- b) in presenza di volontaria assunzione d'impegno dell'odontoiatra a conseguire il risultato del trattamento;
- c) per gli aspetti di qualità dei materiali dei dispositivi impiegati (ma il vincolo contrattuale si sposta, talora, su chi li ha prodotti);
- d) per casi di manifesta semplicità tecnica (ad esempio una semplice ed isolata rotazione dentaria o una malposizione dentaria di piccola entità sia qualitativa che quantitativa).

Al di fuori delle suddette ipotesi rimangono dell'avviso che anche in ambito estetico (e quindi pure nell'ortodonzia a finalità estetica) la colpa non consegue al mancato raggiungimento del risultato atteso, ma alla mancanza della diligen-

za, anche informativa, impiegata, in grado esigibile commisurata alle difficoltà tecniche del trattamento e che l'inadempimento non può desumersi ipso facto dall'insuccesso³⁸ per l'aleatorietà che pervade ogni atto terapeutico.

Tale distinzione sembrerebbe tuttavia destinata ad essere superata in via generale e di principio dalla sentenza n. 577 dell'11 gennaio 2008 della Cassazione Civile a Sezioni Unite che ha affermato -per quanto d'interesse- che *la distinzione tra obbligazioni di mezzi ed obbligazioni di risultato, se può avere una funzione descrittiva, è dogmaticamente superata, essendo il medico contrattualmente impegnato al risultato normalmente ottenibile, in relazione alle circostanze concrete del caso.*

Nella stessa sentenza si afferma, tra l'altro, che nell'adempimento dell'obbligazione professionale va osservata la *diligenza qualificata* quale perizia normale della categoria e che il risultato anomalo rispetto al convenuto esito della prestazione è rappresentato anche dal mancato miglioramento.

Ciò non dà corpo ad una responsabilità oggettiva nell'inadempimento (vale a dire responsabilità per accadimento, non correlata alla colpa), ma porta come immediata gravosa conseguenza l'inversione dell'onere della prova, ricadendo sul debitore (sanitario) l'incombenza (a fortiori ove trattasi di intervento semplice o routinario) di dimostrare che il mancato raggiungimento del risultato è dipeso da fatto a lui non imputabile per evento imprevedibile e non superabile con l'adeguata diligenza che lo stesso ha impedito di ottenere.

Quale destino applicativo avrà in futuro tale dirimente sentenza che sembrerebbe segnare il commiato della giurisprudenza dalla distinzione tra obbligazioni di mezzi e obbligazioni di risultato, pur registrandosi già osservazioni contrarie dai giudici di merito, non è dato allo stato sapere.

Rimane il fatto che si è compiuto un ulteriore passo verso la costruzione di un modello di valutazione della responsabilità professionale medica che pur di complesso profilo filosofico-giuridico si allontana in maniera sempre più preoccupante dalle ragioni e dalle concrete conoscenze della biologia.

In esso tendono a risolversi le diversità medico-legali tra un'attività ortodontica a finalità funzionale ed una orientata esclusivamente o prevalentemente in senso estetico, ma tale recupero di uguaglianza paga il prezzo di un accresciuto rigore di analisi dei comportamenti tecnici quando siano in discussione presunte responsabilità professionali.

Bibliografia

- 1 Arnett GW., McLaughlin RP. *Pianificazione estetica e programmazione ortodontica in chirurgia ortognatica*. Elsevier Masson 2006.
- 2 Burger HJ., Rossouw PE., Stander I. *Profile enhancement and cephalometric landmark identification*. Am J Orthod Dentofacial Orthop, 105 (3): 250-6, 1994.
- 3 Morris W. *An orthodontic view of dentofacial esthetics*. Compendium.1994 Mar; 15 (3): 378, 380-2.
- 4 Naini FB., Moss JP., Gill DS. *The enigma of facial beauty: esthetics, proportions, deformity, and controversy*. Am J Orthod Dentofacial Orthop, 130 (3): 277-82, 2006.
- 5 McNamara JA. Jr., Peterson JE. Jr., Alexander R.G. *Three-dimensional diagnosis and management of Class II malocclusion in the mixed dentition*. Semin Orthod, 2 (2): 114-37, Review, 1996.
- 6 Arnett GW., Bergman RT. *Facial keys to orthodontic diagnosis and treatment planning. Part I*. Am J Orthod Dentofacial Orthop. 103(4):299-312, Review, 1993.
- 7 Arnett GW., Bergman RT. *Facial keys to orthodontic diagnosis and treatment planning. Part II*. Am J Orthod Dentofacial Orthop, 103(5):395-411, Review, 1993.
- 8 Valletta G. *Clinica Odontostomatologica*. Terza edizione. Editrice Medica Salernitana 1994.
- 9 Proffit W.R. *Ortodonzia Moderna*. II ed. Masson, Milano, 2001.
- 10 Andrews LF. *The six keys of normal occlusion*. Am J Orthod. 1972 Sep; 62 (3): 296-309.
- 11 Dawson PE. *New definition for relating occlusion to varying conditions of the temporomandibular joint*. The Journal of Prosthetic Dentistry, 74 (6): 619-627, 1995.
- 12 Ramfjord SP., Ash MM., Saunders WB. Co. *Occlusion*. (4th ed.), Philadelphia, 1983.
- 13 Rowlson A., Raoul G., Daniel Y., Close J., Maurage CA., Ferri J et al. *Fiber-type differences in masseter muscle associated with different facial morphologies*. Am J Orthod Dentofacial Orthop, 127: 37-46, 2005.
- 14 Capozzi L., Modica R., Gombos F., Masi P., Valletta G. *Patologia Speciale Odontostomatologica*. UTET, Firenze, 1997.
- 15 Van der Linden FPGM. *Development of Dentition*. Quintessence Publishing Co., Chicago, 1983.
- 16 Moyers RE. *Development of occlusion*. Dent Clin North Am, 13: 523-36, 1969.
- 17 Dawson PE. *Functional Occlusion*. From TMJ to Smile Design. Mosby, 2006.
- 18 Sfondrini G., Giorgetti R., Caprioglio D., Laino A. *Odontoiatria per il pediatra*. Pacini editore Medicina, 2008.
- 19 Caprioglio D., Levrini A., Lanteri C., Caprioglio A., Levrini L. *Ortodonzia intercettiva*, Martina editore, Bologna, 1999.
- 20 Subtelny JD. *Oral habits. Studies in form, function and therapy*. Angle Orthod, 43: 347-83, 1973.

- 21 Moss M.L., Salentijn L. *The primary role of functional matrices in facial growth*. Am J Orthod, 55:566-77, 1969.
- 22 Levrini L. *Correlazione tra malocclusione e patologie pediatriche. Seconda Parte*. Area Pediatrica, 9: 29-33, 2004.
- 23 Cozza P., Polimeni A., De Toffol L. *Manuale di terapia mio funzionale*. Masson, Milano, 2002.
- 24 Bishara SE. *Textbook of orthodontics*. W.B. Saunders Co., Philadelphia, 2001.
- 25 Sforza C., Laino A., D'Alessio R., Grandi G., Dellavia C., Tartaglia GM., Ferrario V.F. *Three-dimensional facial morphometry of attractive Italian women*. Prog orto, 8 (2): 282-93, 2007.
- 26 Sforza C., Laino A., D'Alessio R., Grandi G., Binelli M., Ferrario V.F. *Soft-Tissue Facial Characteristics of Attractive Italian Women as Compared to Normal Women*. Angle Orthod, 79(1):17-23, 2009.
- 27 Sforza C., Laino A., D'Alessio R., Dellavia C., Grandi G., Ferrario V.F. *Three-dimensional facial morphometry of attractive children and normal children in the deciduous and early mixed dentition*. Angle Orthod, 77: 1025-1033, 2007.
- 28 Sforza C., Laino A., Grandi G., Pisoni L., Ferrario V.F. *Three-dimensional facial asymmetry in attractive and normal people from childhood to young adulthood*. Symmetry, 2 (4): 1925-1944, 2010.
- 29 Sforza C., Laino A., D'Alessio R., Grandi G., Catti F., Ferrario V.F. *Three-dimensional facial morphometry of attractive adolescent boys and girls*. Prog orto, 8 (2): 268-281, 2007.
- 30 Sforza C., Laino A., D'Alessio R., Grandi G., Tartaglia GM., Ferrario V.F. *Soft-tissue facial characteristics of attractive and normal adolescent boys and girls*. Angle Orthod, 78: 799-807, 2008.
- 31 Sarver D., Jacobson RS. *The aesthetic dentofacial analysis*. Clin Plast Surg, 34 (3): 369-94, 2007.
- 32 Marlan G. *Effects of activator and high-pull headgear combination therapy: skeletal, dentoalveolar, and soft tissue profile changes*. Eur J Orthod, 29 (2): 140-8, 2007.
- 33 Arnett GW., Kreashko RG., Jelic JS. *Correcting vertically altered faces: orthodontics and orthognathic surgery*. Int J Adult Orthodon Orthognath Surg, 13 (4): 267-76, 1998.
- 34 Arnett GW., Gunson MJ. *Esthetic treatment planning for orthognathic surgery*. J Clin Orthod, 44(3):196-200, 2010.
- 35 Savastano C e coll. *Caratteristiche antropomorfe facciali della III classe scheletrica*. Mondo Ortod. 1991; 16:691-6.
- 36 Savastano C e coll. *Proporzioni antropometriche del volto: valutazione della risposta al trattamento ortodontico-chirurgico delle terze classi*. Min. Stom. 1992; 41, 9: 373-383.
- 37 Bilancetti M. *La responsabilità penale e civile del medico*. Cedam, Padova, 2001.
- 38 Spatafora F., Cassata L. *La potestà ed i limiti dell'odontoiatra nei trattamenti di*

- medicina estetica*. Giornale dell'Odontoiatra, 11, 2010.
- ³⁹ Fiori A., Marchetti D. *Medicina legale della responsabilità medica. Nuovi profili*. Giuffrè Editore, Milano, 2009.
- ⁴⁰ Lucchese A., Carinci F., Brunelli F. *Skeletal Effects Induced By Twin Block In Therapy Of Class II Malocclusion*. European journal of inflammation 2012; 10 (S1): 83-86.
- ⁴¹ Lucchese A., Gherlone E., Portelli M. and Bertossi D. *Tooth orthodontic movement after maxillofacial surgery*. European Journal of Inflammation, 2012, 10(2) May-Aug: 227-231.
- ⁴² Sforza C., Laino A., Grandi G., Tartaglia G., Ferrario V.F. *Anthropometry of facial beauty*. Handbook of Anthropometry: Physical Measures of Human Form in Health and Disease. V.R. Preedy. Springer, 2012; 31: 593-609.