



## *Presidenza del Consiglio dei Ministri*

COMITATO NAZIONALE PER LA BIOETICA

### BIOETICA IN ODONTOIATRIA

Documento approvato  
nella seduta Plenaria del 24 giugno 2005

#### *Presentazione*

Sollecitato a riflettere sui problemi della bioetica in odontoiatria, il *Comitato Nazionale per la Bioetica* nella seduta plenaria del 19 settembre 2003 ha ospitato per un'audizione due esperti, i medici odontoiatri Marco Lorenzo Scarpelli e Giorgio Berchicci. La ricchezza delle problematiche e delle tematiche emerse in questo incontro ha convinto il Comitato dell'opportunità di attivare in materia uno specifico *Gruppo di lavoro*, al quale i due ospiti sono stati da subito invitati a partecipare e al quale hanno successivamente portato in fattivo spirito di collaborazione e di amicizia un grande contributo. Il Gruppo, coordinato dal prof. Giancarlo Umani Ronchi, e ai lavori del quale hanno altresì partecipato il prof. Adriano Bompiani e la Prof.ssa Cinzia Caporale, si è giovato altresì della collaborazione del prof. Carlo Mario Miani, ordinario di Odontoiatria nell'Università Cattolica del S. Cuore – che qui ringrazio a nome di tutto il Comitato per l'amichevole disponibilità – ed ha lavorato per nove sedute dal novembre 2003 al febbraio 2005. La bozza del documento, stesa e più volte rivista dal Prof. Umani Ronchi, è stata infine portata all'attenzione del CNB, riunito in seduta plenaria e definitivamente e unanimemente approvata il 24 giugno 2005. Nel dare alle stampe questo documento, sono lieto di sottolineare la soddisfazione del Comitato per avere aperto una seria riflessione su di un ambito della bioetica di così sottile rilievo e in genere fino ad oggi indebitamente trascurato dalla letteratura scientifica.

Prof. Francesco D'Agostino  
Presidente del *Comitato Nazionale per la Bioetica*

## BIOETICA IN ODONTOIATRIA

Gli “obiettivi formativi specifici” della *laurea specialistica in Odontoiatria e protesi dentaria* prevedono, tra gli altri, che il laureato sia “introdotto alla conoscenza delle nozioni di base della cura e dell’assistenza *secondo i principi pedagogici, della psicologia, della sociologia e dell’etica*”. L’etica nel rapporto con il paziente rappresenta dunque, anche per l’odontoiatra, via di approccio e obiettivo primario. Un piano formativo non dissimile, comprensivo di visioni culturali provenienti da orizzonti diversi, è presente anche in altri Paesi europei, in particolare in Spagna, e in America latina dove l’insegnamento dei principi di bioetica è parte integrante del percorso didattico seguito dallo studente in Odontoiatria.

In Italia l’esercizio della professione odontoiatrica, ex lege 24 luglio 1985 n.409, è riservato anche ai laureati in medicina e chirurgia iscritti al corso di laurea anteriormente al 28 gennaio 1980 e abilitati all’esercizio professionale, e ai medici specialisti in odontostomatologia e protesi dentaria. Se dal punto di vista formativo generale le diverse figure presentano difformità sostanziali che consentono ai laureati in medicina un esercizio professionale più ampio di quello indicato dall’art. 2 della legge istitutiva<sup>1</sup>, tutti gli esercenti la professione di odontoiatra confluiscono tuttavia in un unico ordine professionale, quello dei medici chirurghi e degli odontoiatri, e sono soggetti a un unico codice deontologico.

### LE QUESTIONI BIOETICHE

L’esercizio della medicina e chirurgia, e quello dell’odontoiatria, non possono che ispirarsi agli stessi principi etici a difesa dell’uomo e a salvaguardia dell’umanità. Il CNB non ritiene che le questioni, peraltro già trattate in vari Documenti e Pareri, possano giustificare una peculiare branca dell’etica applicata all’Odontoiatra. Gli stessi “Codici Etici” propri della professione odontoiatrica che sono stati proposti a livello internazionale non sembrano presentare particolari novità rispetto a quanto già previsto dai codici deontologici per la professione medica. In particolare il Codice Etico dell’*American Dental Association* si richiama alla autonomia del paziente, alla buona fede, ai principi di beneficenza, giustizia e verità<sup>2</sup>. In linea generale, dunque,

---

<sup>1</sup> Legge 24 luglio 1985 n.409, art. 2: “Formano oggetto della professione di odontoiatra le attività inerenti alla diagnosi ed alla terapia delle malattie ed anomalie congenite ed acquisite dei denti, della bocca, delle mascelle e dei relativi tessuti, nonché alla prevenzione ed alla riabilitazione odontoiatriche. Gli odontoiatri possono prescrivere tutti i medicinali necessari all’esercizio della loro professione”.

<sup>2</sup> Ricordiamo inoltre il Codice di Condotta Professionale è l’insieme delle regole vincolanti per i membri dell’ADA e trae origine da risoluzioni adottate dalla Camera dei Rappresentanti dell’ADA. Per molti aspetti, a parte la diversa impostazione e la maggiore complessità, somiglia al nostro Codice Deontologico. Il Codice Etico dell’Unione Europea (*Dental Liaison Committee*) approvato nel settembre 2000, suggerisce Linee Guida basate sui principi di sussidiarietà dell’EU, nel rispetto dell’autogoverno delle associazioni nazionali. I principi etici fondamentali cui dovrebbero richiamarsi i codici etici delle associazioni nazionali, riguardano la relazione dentista-paziente, la condotta del dentista verso il pubblico, l’atteggiamento del dentista verso i colleghi, la pratica della professione. Inoltre, nel 2002 è stato presentato il “codice etico-comportamentale dell’Associazione Nazionale Dentisti Italiani (ANDI); tale codice sviluppa i concetti espressi dal codice dell’EU e nasce dal lavoro di studio interdisciplinare effettuato da una commissione formata da odontoiatri, medici-legali e bioeticisti. Il codice si occupa diffusamente della “relazione paziente-

nonostante le specifiche e differenziate tecniche operative delle specialità medico-chirurgiche, non è possibile immaginare situazioni che non rientrino nelle norme etiche generali relative al rapporto medico-paziente<sup>3</sup>. I problemi di interesse etico e tanto più quelli di significato bioetico, pur attraversando operativamente le diverse specialità della medicina e chirurgia e soprattutto della biologia, riguardano cioè valori universali e principi il cui significato può essere rivisitato e modulato, ma che vanno al di là delle discipline particolari e dei campi di applicazione specifici.

L'etica applicata coinvolge l'odontoiatra come qualsiasi medico, ad esempio attraverso l'informazione e il consenso al trattamento medico chirurgico, seppure in modo meno drammatico tenuto conto che la natura della patologia non produce in genere preoccupazioni *quoad vitam* anche se può arrecare turbative *quoad valetudinem* di indubbio significato ove imponga scelte che incidono negativamente sul modo di essere del paziente. Alcuni trattamenti infatti, pur essendo appropriati scientificamente, potrebbero ledere valori personali essenziali, così da rappresentare fonte di malessere anche grave fino a provocare, soprattutto in soggetti predisposti, turbative esistenziali di non poco rilievo. Un esempio è il caso in cui la riduzione dell'efficienza estetica rappresenti il prezzo da pagare per ottenere una migliore funzione masticatoria.

L'odontoiatra, come qualsiasi chirurgo, può e talora deve rifiutare la sua opera professionale (art. 19 c.d.m.<sup>4</sup>) ove vengano richieste prestazioni in contrasto con la sua coscienza o con il suo convincimento clinico, prendendo comunque in considerazione lo stato complessivo del paziente". "Mancando comunque gli estremi dell'urgenza, in taluni casi particolari un adeguato accertamento psicologico potrebbe essere consigliabile a conforto della scelta terapeutica, che altrimenti potrebbe risultare ingiustificata e foriera di problemi futuri anche giudiziari).

Pertanto, alcune situazioni proprie dell'attività odontoiatrica, specie quelle a carattere estetico, meritano una particolare riflessione bioetica considerato che il volto e soprattutto la bocca, quale "strumento polifunzionale, fonte di erotismo e centro fisiologico di articolazione delle parole"<sup>5</sup>, rappresenta un primario elemento di approccio e di confronto con il mondo degli altri, ma prima ancora la sola immagine di noi – seppure incompleta e unilaterale – che ci portiamo dentro come simbolo della nostra identità in grado di condizionarci nei rapporti con gli altri. Il *verbum* e il *vultus*, entrambi passibili di impegni interventistici diretti o indiretti da parte

---

odontoiatra", della "condotta dell'odontoiatra verso il pubblico" dell' "atteggiamento dell'odontoiatra verso i propri colleghi" della "pratica della professione", "della ricerca scientifica e tecnologica e rapporti con le aziende". Ulteriore documento fondamentale è la "Medical Professionalism in the New Millennium: A Physician Charter" (febbraio 2002) che si occupa di "primato del benessere e autonomia del paziente, giustizia sociale, collaborazione dei colleghi" e che rappresenta punto di riferimento e di orientamento dei codici etici professionali medici e odontoiatrici.

<sup>3</sup> Cfr. i documenti del CNB: *Scopi, limiti e rischi della medicina* (14 dicembre 2001); *Informazione e consenso all'atto medico* (20 giugno 1992).

<sup>4</sup> Art. 19 - Rifiuto d'opera professionale: "Il medico al quale vengano richieste prestazioni che contrastino con la sua coscienza o con il suo convincimento clinico, può rifiutare la propria opera, a meno che questo comportamento non sia di grave e immediato nocumento per la salute della persona assistita".

<sup>5</sup> Th. Kleinspehn, "Kein Mund weiß sich selbst zu küssen". *Über das Essen, Beißen, Saugen und Lutschen*, In "Ästhetik und Kommunikation", 15, 1985, nn° 57-58, 141-148.

dell'odontoiatra, attraverso un dialogo senza segreti con il paziente, costituiscono mediatori essenziali dell'espressività e della proiezione esteriorizzata dell'identità culturale, tant'è che un problema residuo di pronuncia può rappresentare “quasi il venir meno dell'anima al proscenio”, come la alterata fisionomia è “manifestativa in sommo grado di quel che sia timbro generico della tonalità e del grado dei sentimenti e delle idee”<sup>6</sup>. Ogni possibile cambiamento– anche migliorativo – del nostro aspetto e della sua dinamicità se non corrispondente allo schema di noi stessi può essere fonte di grave disagio. Non va trascurato infatti che la psiche di alcuni pazienti interpreta e media sulla percezione del “bello” vivendo in peggio ogni vera o presunta sensazione di cambiamento nel caso in cui questa determini quelle turbative della “immagine di sé” che rappresenta patrimonio individuale inattaccabile, a prezzo – in soggetti predisposti – di scompensi anche gravi. Se si considera che l'immagine si completa con la mimica, con la tipicità della voce e l'articolato delle parole, risultano più che mai evidenti le potenzialità del dentista nell'arricchire di significato o irrimediabilmente compromettere l'aspetto del paziente e quindi la sua identità. “Di questa dimensione della fisicità, che si esprime simbolicamente nel mangiare da una parte e nel sorridere e nel baciare dall'altra, l'odontoiatra è nello stesso tempo terapeuta e custode”<sup>7</sup>. Pertanto la componente biologica della salute della bocca e dei denti, ma anche la valenza comunicativa e antropologica e il suo significato simbolico giustificano un importante impegno bioetico nella risoluzione di alcune contingenze professionali, in ragione del fatto che il concetto di *bello umano* non può essere ancorato a un parametro ben definito e, come tale, univocamente inteso e unanimemente accettato. Si tratta infatti di un “evanescente postulato che non è possibile dimostrare a causa della sua peculiare soggettività e relatività”<sup>8</sup>. Lo stesso Croce, a questo proposito affermava: “...figurarsi se questa relatività non debba verificarsi per il corpo umano, ch'è fonte delle più svariate suggestioni”<sup>9</sup>.

Non vi è dubbio pertanto come il rapporto tra odontoiatria ed estetica sia particolarmente delicato, tanto che l'eventuale risultato negativo dell'intervento potrebbe creare situazioni non corrispondenti con l'originale schema corporeo vissute dal paziente come “abuso”, tal quale è stato segnalato nella Sindrome di Munchausen per procura.

Non trascurabile l'idea del dolore, presenza costante e intollerabile per molti, che spesso si associa automaticamente alla figura dell'odontoiatra e al corteo scenografico dello studio e che potrebbe rappresentare, in pazienti predisposti particolarmente sensibili, causa di temporanea *destrutturazione dell'insieme delle percezioni dell'io*, nonostante gli anestetici più maneggevoli e l'utilizzazione di

---

<sup>6</sup> Borri, in Borri M., Cevidalli A., Leoncini F., *Trattato di medicina legale*, Vallardi, Milano, 1922

<sup>7</sup> Th. Kleinsphen, idem.

<sup>8</sup> Hofmann E., Kolisko A., *Trattato di medicina legale*, S.E.I., Milano, 1905. Antoniotti F., De Petra G., *Basi dottrinali del danno fisiognomico nei diversi aspetti giuridici*, Collana Monografica Zacchia, Roma, 1973.

<sup>9</sup> Croce B., *Estetica*, Laterza, Bari, 1902. E Croce aggiungeva: “Certo, queste questioni sul bello di natura e sulla bellezza della geometria, come le altre analoghe sul bello storico e sul bello umano, appaiono meno assurde nell'estetica del simpatico, che con la parola bellezza estetica intende, in fondo, la rappresentazione del piacevole. Ma non è meno erroneo, anche nell'ambito di quella dottrina e poste quelle premesse, il pretendere di determinare scientificamente quali siano i contenuti simpatici e quali gli irrimediabilmente antipatici...A ciascuno il suo bello (=simpatico) come a ciascuno la sua bella...”.

strumenti rotanti di migliore qualità che, negli ultimi anni, hanno segnato un progresso indiscutibile dell'analgesia. Migliore gestione del dolore che, val la pena di sottolineare, rappresenta un imperativo etico per l'odontoiatra e che tuttora presenta lacune intollerabili.

Un altro aspetto va preso in considerazione nel rapporto odontoiatra-paziente: il fatto che non infrequentemente dall'esame della bocca risaltino non solo le patologie pregresse e quelle attuali, ma anche lo stile e le abitudini di vita del paziente, quasi una ricostruzione biografica che per l'intervento dell'odontoiatra potrebbe subire una svolta in grado di coinvolgere lo stesso modo di essere. Si potrebbe realizzare quindi, attraverso un intervento non solo restaurativo ma migliorativo, un'autentica "transizione da un'odontoiatria delle cure a una odontoiatria del *care*"<sup>10</sup>, peraltro bioeticamente auspicabile. L'odontoiatra può essere così investito da compiti preventivi oltre che terapeutici, di straordinario interesse sociale, tanto più rilevante quanto più l'odontoiatra rimanga fedele alle origini mediche della odontoiatria. Né va trascurato il fatto che l'odontoiatra potrebbe rilevare la presenza di lesioni a carico della bocca e dei denti – soprattutto nei bambini ma anche nelle persone anziane – suggestive di lesioni volontarie in ambito domestico: se in caso di rapporto privatistico l'esercente una professione sanitaria non è tenuto al referto in quanto delitto non perseguibile d'ufficio, ciò non significa che non debba intervenire verbalmente con i familiari, pur se con doverosa cautela. In caso di trattamenti odontoiatrici in struttura pubblica, è viceversa obbligato a segnalare i casi di presunta violenza all'autorità giudiziaria. L'obbligo di referto sussiste anche nell'eventualità di maltrattamenti in famiglia su bambini e anziani<sup>11</sup>.

### **Informazione e consenso**

Di interesse bioetico sono alcuni aspetti del consenso al trattamento medico chirurgico e della doverosa preliminare informazione – a parte quanto ampiamente trattato dal documento del CNB *Informazione e consenso all'atto medico* del 20 giugno 1992 –, che nella pratica odontoiatrica può presentare connotazioni particolari trattandosi di rapporto essenzialmente privatistico e quindi contrattuale (nel 96% dei casi<sup>12</sup>), uno dei pochi rimasti in medicina. Il fatto che l'incontro e le relative prestazioni abbiano luogo nello studio dell'odontoiatra, che si protraggano per mesi o per anni e interessino non di rado più patologie che si sovrappongono e richiedono interventi diversi, che detti interventi possano avvenire nella stessa seduta rimanendo indipendenti seppure, a volte, interferendo tra loro, può favorire l'instaurarsi di una relazione amichevole e addirittura di una familiarità che nasce anche da precedenti rapporti di cura, a volte da una consuetudine che viene trasmessa da parenti e da amici in trattamento presso lo stesso odontoiatra. Capita così di recarsi

---

<sup>10</sup> Manti F., *La cura e i principi per una bioetica dell'odontoiatria*, in Berchicci G., D'Agostino F., Giustiniani P., Manti F., *Verso una bioetica per l'odontoiatria?*, Edizioni Scientifiche Italiane, Napoli, 2004. Vedi anche: Battaglia L. *La voce femminile in bioetica*, in: Rodotà S., *Questioni di Bioetica* Laterza, Roma-Bari, 1993.

<sup>11</sup> art. 572 c.p. "Maltrattamenti in famiglia e verso i fanciulli".

<sup>12</sup> *Gli Italiani promuovono i dentisti, ma il rischio-infezioni è in agguato*, Indagine Doxa, in: *Il Sole 24 Ore Sanità*, 7, n.15, pag. 24, 2004.

dall'odontoiatra con la stessa fiducia e confidenza che erano tipiche del medico di famiglia e di accettare di buon grado cure e consigli, di sollecitare e addirittura di attendere la soluzione dei propri problemi generali. Nel rapporto odontoiatra - paziente si riscontrano spesso aspetti francamente paternalistici, magari sotto forma di un "paternalismo debole" o di un rapporto "paterno-fraterno", profondamente legati a situazioni di particolare fiducia nel professionista al quale il paziente si abbandona nella presunzione che la saggezza consenta all'odontoiatra la scelta migliore nei confronti di chi profondamente conosce. Un siffatto rapporto spesso rifugge da una informazione dettagliata e formale anche perché è possibile che nei precedenti incontri si sia parlato, pur se in modo incompleto, dell'eventualità di un futuro intervento risolutore, divenuto ormai improcrastinabile, che si sia discusso del protrarsi e della difficoltà delle cure o anche dei costi più che delle possibili complicanze e delle reali probabilità di successo che spesso il paziente considera amichevolmente scontato. Così al momento opportuno, quando quel trattamento non può essere rimandato, si dà erroneamente per acquisito che il paziente sia stato informato nei dettagli e abbia dato un "valido" assenso.

Non si può prescindere invece, anche nel rapporto fiduciario tra paziente e odontoiatra, dalla formalità del contratto di cura dopo una serena e idonea informazione sulla diagnosi, sulla prognosi, sulle prospettive terapeutiche, sulle verosimili conseguenze della terapia e della mancata terapia, su eventuali trattamenti alternativi – come dispone il c.d.m., art.30-34. Notizie che dovranno essere acquisite dal paziente unitamente al preventivo di spesa e alle modalità di pagamento tenuto conto che anche per queste ultime si tratta di un preciso diritto del paziente oltre che del fatto che i problemi economici sono spesso alla base di un eventuale contenzioso. Di primaria importanza è il modulo di consenso, indispensabile nei trattamenti non routinari e rischiosi. In caso di interventi di poco conto con probabilità di eventi avversi minimali, il dentista è ragionevolmente esonerato dall'obbligo di acquisire il consenso scritto, essendo questo implicito nella richiesta di quella specifica prestazione. Viceversa, le complicanze più frequenti vanno accuratamente spiegate verbalmente, oltre che indicate nel modulo. Quest'ultimo, trattandosi in genere di interventi di elezione e quindi non urgenti, potrebbe essere lasciato in visione al paziente perché lo esamini o lo faccia esaminare a persone di propria fiducia in modo che, prima della firma di accettazione del trattamento e dell'inizio della cura, possa richiedere eventuali ulteriori spiegazioni. Sarebbe inoltre opportuno che questi non si limitasse alla firma in calce, ma dichiarasse di proprio pugno di aver compreso la natura, gli scopi, i rischi del trattamento e i propri impegni nel periodo successivo al trattamento come le visite di controllo, le regole di igiene, la necessità di ulteriori eventuali interventi etc. I "doveri del paziente" possono assumere particolare rilievo in implantologia e ortodontia, in quanto il buon esito è in molta parte legato – forse più che in altre specialità – all'osservanza scrupolosa di regole ben definite.

È inoltre necessario che l'odontoiatra compili regolarmente la cartella clinica individuale a cui dovrà essere allegata tutta la documentazione clinica, radiografica e

fotografica del paziente<sup>13</sup>. La mancanza di una fedele registrazione, a distanza di anni, nel corso dei quali si sono stratificati più interventi anche da parte di professionisti diversi, può rendere problematica per il paziente la ricostruzione della propria storia clinica e pregiudicare cure future. Tra l'altro, tale prassi potrebbe contribuire alla corretta difesa in giudizio del dentista eventualmente accusato di *malpractice*<sup>14</sup>.

### **Consenso informato e casi critici**

Non trascurabile in odontoiatria è il caso del paziente maggiorenne che presenti una condizione di incapacità naturale in rapporto a situazioni contingenti, permanenti o transitorie ma che comunque lo rendano incapace di provvedere ai propri interessi. In questo caso l'odontoiatra non può ritenere valido l'assenso di un parente o del coniuge relativamente a un intervento potenzialmente pericoloso. Potrebbe tuttavia intervenire ove il trattamento non presentasse particolari problemi o prevedibili conseguenze negative e se fosse necessario per alleviare le sofferenze del malato e comunque non procrastinabile (in situazioni di incapacità contingente o transitoria). Nei casi più complessi è sempre obbligatoria la preventiva autorizzazione del giudice tutelare. La recente legge relativa all'amministratore di sostegno<sup>15</sup> dovrebbe semplificare non poco il problema, tenuto conto della "finalità di tutelare, con la minore limitazione possibile della capacità di agire, le persone prive in tutto o in parte di autonomia nell'espletamento delle funzioni della vita quotidiana, mediante interventi di sostegno temporaneo o permanente".

Si segnala altresì il frequente rifiuto dell'odontoiatra a intervenire su individui psicopatici e in particolare autistici, rifiuto non sempre giustificabile se non in particolari condizioni ambientali e in assenza di un'adequata collaborazione da parte del personale di studio in grado di garantire la sicurezza dell'intervento.

---

<sup>13</sup> Nessuna norma prevede esplicitamente l'obbligo per l'odontoiatra di tenere una scheda o cartella clinica per ogni paziente. Tuttavia il D.M. sanità 14.9.1994, n. 669, *Regolamento concernente la individuazione della figura e relativo profilo professionale dell'igienista dentale*, prevede - Art. 1. punto 2.: "L'igienista dentale: b) collabora alla compilazione della cartella clinica odontostomatologica e provvede alla raccolta di dati tecnico-statistici".

<sup>14</sup> Secondo un'indagine dell'Associazione Nazionale Dentisti Italiani, l'elaborazione dei dati ottenuti su campioni territoriali, per quanto parziali, ha permesso di rilevare che: 1. l'incidenza annuale del contenzioso in ambito giudiziale ed extragiudiziale in odontoiatria è pari al 7% dei casi trattati, superiore a quello registrato in ambito medico, con una proporzione di circa 7:1; 2. il contenzioso è inquadrato nella maggior parte dei casi come illecito civile, l'eventualità penale (<1%) rappresenta invece l'eccezione se confrontata con altre specialità mediche anche se con una recente tendenza all'aumento; 3. la prevalenza dei casi di responsabilità professionale accertata in contenzioso è elevata (circa il 90% dei casi): nella maggior parte dei procedimenti giudiziari il risultato sfavorevole per il sanitario era prevedibile all'inizio del contenzioso; 4. il valore economico medio del contenzioso, limitatamente alla valutazione medico-legale, è notevolmente inferiore rispetto ad altre branche specialistiche, spesso limitato alla sola restituzione del corrispettivo pagato dal paziente a fronte di una prestazione inutile (risoluzione del contratto per inadempimento, art. 1453 c.c.); 5. i motivi di contestazione sono rappresentati da prestazioni caratterizzate da una maggior richiesta di risultato e accentuato impegno economico da parte dei pazienti (50% protesi, 20% implantologia) (Di Rosa G., ANDI, 2002).

<sup>15</sup> Legge n.6/2004, G.U. n.14 del 2004. Art.1: "La presente legge ha la finalità di tutelare, con la minore limitazione possibile della capacità di agire, le persone prive in tutto o in parte di autonomia nell'espletamento delle funzioni della vita quotidiana, mediante interventi di sostegno temporaneo o permanente". Art. 404 C.C.: "La persona che, per effetto di una infermità ovvero di una menomazione fisica o psichica, si trova nella impossibilità, anche parziale o temporanea, di provvedere ai propri interessi, può essere assistita da un amministratore di sostegno, nominato dal giudice tutelare del luogo in cui questa ha la residenza o il domicilio". Art: 405 C.C. "...Qualora ne sussista la necessità, il giudice tutelare adotta anche d'ufficio i provvedimenti urgenti per la cura della persona interessata e per la conservazione e l'amministrazione del suo patrimonio. Può procedere alla nomina di un amministratore di sostegno provvisorio indicando gli atti che è autorizzato a compiere...".

Analogamente, a giudizio del CNB, non è accettabile il preconcetto rifiuto da parte dell'odontoiatra di trattamento di pazienti affetti da patologie infettive note, quali HIV o epatite C, le cui misure profilattiche sono state fissate da precise disposizioni di legge che ne rendono la terapia, salvo adozione di particolari accorgimenti, compatibile con l'attività odontoiatrica ordinaria.

Nel caso del bambino non va dimenticato il parere già espresso in varie occasioni dal Comitato Nazionale per la Bioetica circa le peculiarità del consenso del minore<sup>16</sup>. Si tratta in questi casi di valutarne la 'competenza' – e quindi la capacità di decidere, di svolgere un ragionamento e di prevedere le conseguenze della propria scelta –, il cui equilibrio si stabilisce progressivamente negli anni<sup>17</sup>. Pertanto, pur se si ritiene prudente e condivisibile un comportamento volto a richiedere per la formulazione del consenso (o del dissenso) all'atto medico la piena capacità di agire, fissata al compimento del diciottesimo anno, non può essere disatteso il principio dell'informativa e dell'espressione della volontà del minore che deve comunque partecipare alle decisioni terapeutiche che lo riguardano ancorché non in modo determinante<sup>18</sup>. Si consideri in proposito che la giurisprudenza prevede l'abuso di potestà per interventi su diciassettenni in grado di intendere e di volere. Non dissimili sono le posizioni della *Convenzione europea sui diritti dell'uomo e la biomedicina*<sup>19</sup>, del Codice di deontologia medica<sup>20</sup> e dell'Associazione Medica Mondiale<sup>21</sup>.

Anche negli interventi protesici l'informazione deve essere quanto più meticolosa possibile soprattutto in rapporto alle finalità estetiche. In proposito la Corte di Cassazione<sup>22</sup> ha sancito da un lato che "l'ambito dell'informazione deve estendersi a tutta l'area necessaria a evitare l'errore essenziale in concreto, quello cioè che abbia costituito *condicio sine qua non* della prestazione del consenso", precisando altresì che – in caso di mancato consenso – "l'elemento psicologico del reato deve caratterizzarsi in senso doloso, anche eventuale e generico ma pur sempre con *animus*

---

<sup>16</sup> Cfr. in particolare il documento *Bioetica con l'infanzia* (22 gennaio 1994).

<sup>17</sup> Comitato Nazionale per la Bioetica: *Informazione e consenso all'atto medico*, in: Riv. It. Med. Leg., 15, 171, 1993. Inoltre: "sembra logico derivare... l'impossibilità di un autonomo consenso prima dei 6-7 anni. Il consenso è in qualche modo concepibile tra 7 e 10-12 anni, ma sempre non del tutto autonomo e da considerare insieme con quello dei genitori. Solo entrando nell'età adolescenziale si può pensare che il consenso diventi progressivamente autonomo".

<sup>18</sup> Barni M., *Diritti-doveri, responsabilità del medico. Dalla bioetica al biodiritto*, Giuffrè, Milano, 1999; Fineschi V., *Il rapporto medico-paziente: consenso, informazione e segreto*, in Giusti G., *Trattato di medicina legale e scienze affini*, CEDAM, Padova, 1998, vol. I, pag. 494; Fiori A., La Monaca G., *L'informazione al paziente ai fini del consenso: senza più limiti*, Riv. It. Med. Leg., 22:1302, 2000; Iadecola G., *Potestà di curare e consenso del paziente*, CEDAM, Padova, 1998; Santosuosso A., *Il rapporto medico paziente nel diritto e nella giurisprudenza*, in AA.VV., *Guida all'esercizio professionale per i Medici Chirurghi e gli Odontoiatri*, Edizioni Medico Scientifiche, Torino, 1994; Umami Ronchi G., *Il consenso all'operazione deve essere esplicito e non filtrato dalla mediazione dei familiari*, in "Guida al diritto-Il Sole 24 Ore", 8.2.97, 4, 67, n. 5.

<sup>19</sup> Art. 6, punto 2.

<sup>20</sup> Art.34: "Il medico ha l'obbligo di dare informazioni al minore e di tenere conto della sua volontà, compatibilmente con l'età e con la capacità di comprensione, fermo restando il rispetto dei diritti del legale rappresentante...".

<sup>21</sup> Associazione Medica Mondiale, *I Diritti del paziente*, Bali, 22 settembre 1995, in Riv. It. Med. Leg., 19, 443, 1997: "Se il paziente non ha ancora raggiunto la maggiore età o se è legalmente incapace, è necessario che vi sia, nei casi previsti dalla legge, il consenso del rappresentante legale. Comunque il paziente dovrà, nei limiti del possibile, prendere parte alle decisioni...".

<sup>22</sup> Cass., pen. Sez. IV 12.7.2001



*laedendi...*”, dall’altro di *non ritenere valida la scusante* ove la menomazione del corpo o della mente sia intenzionalmente procurata per scopi scientifici e di ricerca, e *soprattutto il caso della menomazione per scopi esclusivamente estetici*. Vale a dire che negli interventi a fine estetico il mancato consenso – già di per sé questione gravissima sul piano bioetico – configura gli estremi della lesione volontaria ed eventualmente dell’omicidio preterintenzionale. Il problema è di particolare rilevanza, tenuto conto anche delle risultanze di indagini di mercato secondo le quali oggi, nell’attività odontoiatrica, i settori di maggiore sviluppo sono rappresentati dalla profilassi e dalla cosmesi.

Nel caso dell’implantologia l’informazione fornita agli odontoiatri, sembra particolarmente insufficiente e spesso improntata a un eccessivo ottimismo. Al contrario, pur se i progressi della tecnica hanno eliminato numerose possibili complicanze legate all’integrazione dell’impianto, l’informazione deve risultare dettagliata in tutta la sua complessità e riguardare numerosi fattori locali, generali e psicologici che possono interferire con la buona riuscita del trattamento. Le parodontiti, ad esempio, rappresentano un rischio spesso non controllabile tanto che è stato proposto un test genetico in grado di determinare la suscettibilità del paziente alla malattia parodontale<sup>23</sup> che può essere influenzata dall’igiene orale personale, dallo stress, dall’assunzione di medicinali, da carenze nutrizionali. Elementi tutti dei quali il paziente deve essere cosciente e responsabile. L’abuso del fumo, specie se associato a quello di bevande alcoliche, rappresenta una controindicazione che i pazienti spesso sottovalutano e della quale non sempre i dentisti forniscono notizie adeguate. Il fumo di sigaretta può generare danni parodontali gravi tanti che negli Stati Uniti gli odontoiatri rifiutano il trattamento se il paziente non si impegna a smettere di fumare. L’abuso di sostanze stupefacenti e in particolare di eroina si associa spesso a una pessima situazione orale che controindica in modo assoluto l’impianto; lo stesso per alcune patologie sistemiche quali il diabete, le immunodeficienze, ma anche le endocarditi, le epatiti e soprattutto la cirrosi che possono essere responsabili di alterazioni tissutali e immunitarie. Da valutare inoltre la presenza di placca batterica, il trauma oclusale, i problemi endodontici, la presenza di carie e soprattutto lo stato dell’osso che deve essere accuratamente esaminato con adeguati accertamenti radiografici. Essenziale anche lo studio delle motivazioni del paziente ove si tratti di interventi clinicamente non necessari e suscettibili di complicanze, e del suo profilo psicologico che potrebbe essere determinante in senso negativo sull’esito dell’intervento ove sia responsabile dell’inosservanza del protocollo di mantenimento e delle indispensabili regole igieniche. La selezione psicologica del paziente può assumere un grande interesse, anche per la difficoltà di diagnosi di alcuni possibili disturbi: alcune patologie psichiatriche come le sindromi psicotiche, i disturbi del comportamento, la dismorfofobia, le cerebropatie anche senili, sono considerate potenziali

---

<sup>23</sup> Kornam e coll. hanno dimostrato che specifici marker genetici associati ad un aumento della produzione di interleuchina-1 sono indicatori della suscettibilità alla parodontite grave dell’adulto. Il test genetico può completare l’informazione ottenuta finora mediante i test microbiologici e immunologici.

controindicazioni all'utilizzazione di impianti. Va tenuto presente che il successo dell'implantologia è in rapporto alla motivazione e alle esigenze terapeutiche. Se l'informazione da parte del dentista è essenziale, è altrettanto importante che il paziente informi a sua volta il dentista senza reticenze di ogni problema riguardante la propria salute. Un indubbio successo estetico può essere inficiato dal rifiuto psicologico da parte del paziente ai risultati dell'impianto che sente e considera incompatibile con il proprio "schema corporeo" e quindi alla immagine di sé, tanto da non riuscire ad accettare la diversa espressione del viso e del sorriso. Il dentista pertanto, come il chirurgo estetico, deve saper rifiutare certi trattamenti nei casi di pazienti "particolari" e respingere richieste di interventi irrealistici.

Occorre comunque sottolineare che nella risoluzione di problematiche di tipo funzionale sussistono da parte dell'odontoiatra *obbligazioni di comportamento a cui*, nel caso di intervento con finalità estetiche, potrebbero aggiungersi garanzie anche di risultato ove l'informazione non fosse stata adeguata e non avesse tenuto conto di tutte le possibili complicanze anche in rapporto a reazioni individuali indipendenti da comportamenti colposi del sanitario. Il problema, peraltro è stato chiarito di recente dalla Corte di Cassazione<sup>24</sup>: "*È dalla volontà del medico che deriva la sua obbligazione e l'accordo tra le parti è la fonte della sua obbligazione ed il limite della sua responsabilità*". Di qui l'importanza che sia ben chiaro in caso di rapporto contrattuale, l'impegno che l'odontoiatra, come il chirurgo estetico, intende assumersi.

Resta quindi imprescindibile la necessità di descrivere in modo dettagliato lo stato anteriore del paziente (anche con ortopantomografia delle arcate dentarie, modelli di gesso, fotografie della bocca e dei denti, annotazione del colore dei denti etc.), di specificare i possibili trattamenti (anche alternativi), i risultati concretamente raggiungibili, il chiaro riferimento ai possibili inconvenienti e ai relativi rischi, tenendo presente per il buon esito della soluzione proposta non solo la "bellezza oggettiva" ma anche e soprattutto la "bellezza soggettiva" così da non arrecare turbamento a quello schema corporeo assolutamente personale che il paziente deve poter conservare (in tal senso la scelta deve essere lasciata al paziente al quale solo spetta la decisione su come voglia apparire). Spesso queste considerazioni portano il dentista alla sola correzione dell'assetto "naturale" e, doverosamente, a rinunciare a interventi oggettivamente migliorativi.

Analoghe valutazioni valgono per l'ortodonzia, data la coesistenza di finalità funzionali ed estetiche. La corretta diagnosi ortodontica dinamico-funzionale deve essere associata a una completa storia clinica del paziente, se necessario anche con l'ausilio di uno psicologo soprattutto nei bambini in considerazione del grande impatto che può avere l'applicazione di un apparecchio dentale anche nei rapporti con gli altri. È quindi indispensabile proporre il piano di trattamento discutendone le motivazioni estetiche e psichiche. L'informazione deve riguardare, così come per

---

<sup>24</sup> Cass. Pen. Sez IV 12 luglio 2001.

l'implantoprotesi, anche i doveri del paziente e dei genitori per quanto attiene l'uso dell'apparecchio, la sua manutenzione e l'igiene orale tenuto conto anche della completa dipendenza del minore dal genitore per il consenso alla terapia. Il CNB ritiene che, ove il minore non collabori al trattamento, non possa comunque essere ammesso l'intervento coattivo dei genitori tenuto conto che, di solito, si tratta di interventi preventivi, non richiesti da patologie in atto e spesso difficili da far accettare al minore.

Non poche critiche suscita il tecnicismo esasperato di alcuni professionisti, il minor conto delle tecniche di valutazione clinica e strumentale e la prevalenza dei principi meccanicistici su quelli organicistici a riprova della presunta tendenza dell'odontoiatria ad allontanarsi dalla matrice medica almeno per quanto riguarda la minore considerazione delle cause generali delle patologie della bocca. In proposito viene chiamata in causa soprattutto la ortodontia ove non di rado il professionista utilizza la stessa tecnica indipendentemente da situazioni locali e generali del paziente con il rischio di risultati incongrui sotto il profilo estetico e funzionale piuttosto che seguire criteri specifici e differenziati addirittura nello stesso caso evitando che la correzione del difetto articolare e del posizionamento dei denti ne alteri l'identità fisionomica.

Si deve sottolineare, inoltre, che le situazioni di handicap e in particolare le gravi dismorfie con disfunzioni dell'apparato boccale meritano una maggiore attenzione, tenuto conto che gli interventi chirurgici e riabilitativi necessari rientrano nella doverosa ortodonzia riparativa non soggetta alle limitazioni proprie dei trattamenti a finalità estetica.

Gli anziani e i bambini, tranne poche eccezioni, non vengono sufficientemente considerati nelle società industrializzate. I primi necessitano di attenzioni particolari che vanno al di là di un benevolo "*prendersi cura*" essendo non infrequentemente affetti da patologie del cavo orale talora espressione di ben più gravi malattie sistemiche con riflessi significativi anche sulla vita quotidiana. I minori, soprattutto se portatori di handicap, meriterebbero riguardi incentrati soprattutto sulla prevenzione che in alcuni Paesi è addirittura assente. Si deve ricordare in proposito che "il modo migliore per individuare una società umana, che è diversa da quella animale, è attraverso la sua opera abilitante, ossia quella che abilita a sopravvivere coloro che, altrimenti, non riuscirebbero a rimanere in vita"<sup>25</sup>. Situazioni così negative sembrano verificarsi non solo nei Paesi in via di sviluppo ma addirittura in alcuni di recente ingresso nella Comunità Europea.

Nell'Odontoiatria si assiste non di rado a un non dissimile processo di emarginazione per l'assenza di fatto di una vera e propria Odontoiatria pubblica, in grado di rispondere ai bisogni dei più deboli. Basti considerare che in Italia nei "Livelli Essenziali di Assistenza" sono praticamente assenti le cure odontoiatriche, che

---

<sup>25</sup> Bauman Z., *La solitudine del cittadino globale*, Feltrinelli, Milano, 2004.

pertanto non vengono elargite dalle Aziende Sanitarie Locali, tutto questo mentre lo Stato, nei bandi di concorsi pubblici, richiede, fra gli elementi di qualificazione, una formula dentaria minima a riprova dell'importanza che si annette alla corretta masticazione.

### **La ricerca in odontoiatria**

È a tutti noto che le malattie che colpiscono i denti e il loro apparato di sostegno (parodonto) sono essenzialmente la carie e le parodontopatie, e che in entrambe sono coinvolti gli stessi agenti patogeni, lo streptococco mutans e il lactobacillo casei. Queste patologie, così diffuse, sono dovute alla cosiddetta *placca* dove tali batteri proliferano decalcificando i cristalli di apatite che compongono lo smalto dentario (carie) o esercitando un'azione irritativa sulla gengiva marginale che favorisce la formazione del tartaro il quale si insinua nel parodonto fino a mobilitare l'elemento dentario (parodontopatie). Da decenni, ormai, la comunità scientifica ha codificato un ampio e serio programma di prevenzione per queste malattie che si articola in strategie diverse: dalla fluorizzazione delle acque, all'igiene orale, alla dieta ricca di fibre e povera di zuccheri, all'utilizzo di pasticche rivelatrici della placca batterica, all'uso di bevande come il tè nero che ostacolerebbe la comparsa della carie. Se la prevenzione ha funzionato egregiamente nel mondo occidentale, grazie soprattutto alle massicce campagne di stampa che, ormai da decenni, sensibilizzano la società alla salvaguardia dei denti, non altrettanto avviene nei paesi in via di sviluppo dove, tra l'altro, l'acqua, che è essenziale anche per l'igiene orale, è spesso un bene tanto prezioso da non poter essere destinato alla pulizia dei denti. La ricerca scientifica finalizzata alla scoperta di una terapia risolutiva nei confronti di queste patologie, allo stato, non ha ottenuto successi definitivi. I cosiddetti vaccini anticarie, anche se ne è stata ripetutamente annunciata l'entrata in commercio non sarebbero ancora usciti dalla fase sperimentale. Anche le cellule staminali potrebbero essere utilizzate nella terapia delle parodontopatie ma la ricerca è ancora agli inizi. È inoltre probabile che eventuali benefici della sperimentazione difficilmente potranno ricadere in tempi brevi anche sui paesi più poveri.

La sperimentazione animale è regolata, come noto, dal Decreto Legislativo del 27 Gennaio 1992 n.116, che attua la direttiva 86/609/CEE in materia di "Protezione degli animali utilizzati a fini sperimentali o ad altri fini scientifici" e indica gli ambiti di utilizzo della sperimentazione e le raccomandazioni di carattere bioetico e scientifico. I dentisti lamentano la mancanza dei laureati in odontoiatria tra le figure professionali aventi titolo per eseguire le sperimentazioni su animali. Ma, e questa constatazione è particolarmente significativa, la sperimentazione di strumenti e tecnologie viene spesso effettuata su roditori il cui apparato buccale funziona in maniera del tutto diversa da quello umano, essendo privo dei movimenti di retrusione, protrusione e lateralità! Dunque si tratterebbe di interventi in larga parte inutili e inopportuni sotto il profilo bioetico ove si consideri anche l'utilizzazione di conigli per lo studio della osteointegrazione degli impianti.

## CONCLUSIONI

(1) Il C.N.B. rileva che esiste un'etica *medica*, nella quale anche l'Odontoiatria si riconosce, pur con le caratteristiche composite delle sue specializzazioni, da quelle tecnologicamente più avanzate come la implantologia, alla chirurgia tradizionale, alle procedure finalizzate, a realizzazioni prevalentemente estetiche o alla correzione di importanti difetti funzionali (ortodontia, protesi, odontoiatria conservativa) che trovano tutte la loro naturale collocazione nell'area medica.

(2) Pur tuttavia, l'Odontoiatria merita una particolare riflessione bioetica in ragione delle peculiarità del rapporto medico-paziente per la prevalente attività in ambito libero professionale (di molto superiore in rispetto ad altre specialità della medicina e della chirurgia), per il percorso formativo autonomo introdotto negli anni Ottanta attraverso un corso di laurea che allo stato (e fino ad esaurimento) è causa della commistione di operatori di diversa estrazione tecnico scientifica che peraltro confluiscono in un unico ordine professionale, quello dei medici chirurghi e degli odontoiatri, e sono soggetti allo stesso codice deontologico. Se, dunque, non è possibile ipotizzare, nonostante le specifiche e differenziate tecniche operative delle specialità medico chirurgiche rispetto a quelle proprie dell'odontoiatria, situazioni che non rientrino nelle leggi etiche generali della medicina, è opportuno richiamare l'attenzione sul problema del consenso informato che risente non poco della relazione spesso amicale tra odontoiatra e paziente e che, proprio per questo, rischia di essere involontariamente trascurato.

Si raccomanda pertanto una rigorosa osservanza dell'obbligo della informazione e del consenso; ove non si tratti di interventi routinari, è opportuno che il consenso venga reso in forma scritta, in modo dettagliato, nonché sottoscritto dal paziente; la documentazione presentata al paziente dovrà renderlo inoltre preventivamente consapevole degli impegni economici che il trattamento comporta.

(3) Altre situazioni proprie dell'attività odontoiatrica devono esser attentamente considerate in ragione del fatto che il volto e soprattutto la bocca rappresentano primario elemento di approccio e di confronto con il mondo degli altri, e soprattutto la sola immagine di noi, seppure incompleta e unilaterale. La cura del "bello umano" è sempre più spesso oggetto dell'impegno dell'odontoiatra che deve mediare sapientemente tra "bellezza oggettiva" e "bellezza soggettiva" nella scelta di particolari trattamenti chirurgici che potrebbero sacrificare l'aspetto funzionale o quello estetico. Nei casi limite l'attento studio delle motivazioni del paziente non potrà prescindere dalla richiesta di intervento di altre competenze specialistiche (ad esempio psicologiche) per un corretto approccio ai problemi reali. Occorre comunque ribadire che l'attività d'elezione dell'odontoiatra dovrebbe privilegiare l'approccio terapeutico.

(4) Il CNB non può non rilevare che il tecnicismo esasperato (indotto spesso dalla prevalenza dei principi meccanicistici su quelli organicistici) può alterare gli equilibri etici del rapporto tra medico e paziente, trascurando quel senso di benessere esistenziale e quel senso del bello *soggettivo e/o oggettivo*, che determinano l'effettivo successo del trattamento e costituiscono l'obiettivo costante della professionalità dell'odontoiatra.

(5) Il CNB richiama l'attenzione sullo scarso interesse dei governi che si sono succeduti per le patologie dei denti e del parodonto, particolarmente negli anziani, e sull'inconsistenza delle misure di prevenzione che si riflettono soprattutto sulle fasce più deboli e nei bambini. L'assenza di ricerca è preoccupante anche per la carenza di acqua potabile in alcune regioni del nostro Paese e soprattutto dei deficit organizzativi e strutturali che permangono irrisolti. Problemi questi particolarmente significativi in alcuni Paesi dell'Unione Europea dove gli standard qualitativi nelle comunità rurali sono tuttora piuttosto preoccupanti.

(6) Il CNB rileva inoltre la carenza della sperimentazione odontoiatrica (spesso inadeguata anche per la scelta di animali non assimilabili all'uomo anche per quanto riguarda la fisiologia della bocca). Se da un lato è auspicabile che la figura professionale dell'odontoiatra venga compresa tra quelle aventi diritto alla sperimentazione animale, dall'altro si raccomanda l'utilizzo più contenuto di tale pratica per la scarsa evidenza di benefici in campo odontoiatrico, fermo restando la vigenza in Italia della legge n° 413 del 12 ottobre 1993, che riconosce il diritto all'obiezione di coscienza. È necessario comunque distinguere tra sperimentazione di pratiche a fine meramente estetico, il cui divieto deve essere condiviso, e pratiche che abbiano finalità terapeutiche e pertanto, in ottemperanza alle leggi vigenti e con le dovute attenzioni oggi messe in atto nella sperimentazione su animali, potrebbero avere una giustificazione etica.