

See discussions, stats, and author profiles for this publication at: <https://www.researchgate.net/publication/292657207>

Dental evaluation considerations in civil proceedings – Considerazioni in tema di valutazione del danno...

Article · January 2010

CITATIONS

0

READS

64

2 authors, including:



[Emilio Nuzzolese](#)

Università degli Studi di Torino

55 PUBLICATIONS 246 CITATIONS

[SEE PROFILE](#)

Some of the authors of this publication are also working on these related projects:



Selfie Forensic ID App [View project](#)



Epidemiology of carious and non-carious lesions in children in Republic of Croatia [View project](#)

*DENTAL DAMAGE EVALUTAZION CONSIDERATIONS
IN CIVIL PROCEEDINGS*

*CONSIDERAZIONI IN TEMA DI VALUTAZIONE DEL DANNO
ODONTOIATRICO IN RESPONSABILITÀ CIVILE*

Dr. Antonio Pandiscia*, Dr. Emilio Nuzzolese**

ABSTRACT

The availability of modern treatments such as implantology and fixed dental prosthetics has lead to the majority of cases brought against dentists for malpractice/negligence to centre principally on patrimonial damages. This does not mean however that the Medical Legal Expert can work in isolation from the dentist, nor indeed that it would be prudent for the dentist to work either alone, or in support of Medico Legal Doctors without specific training and be fully up to date regarding judicial disciplines relating to dental damages.

The authors analyse the criteria and parameters used in deciding damages based on restorative/dental rehabilitation, and likely future maintenance costs of the remedial work.

Keywords: dental damage, medico-legal evaluation, forensic dentistry

Le menomazioni all'apparato stomatognatico sono prevalentemente caratterizzate, sotto il profilo risarcitorio, da un danno di tipo patrimoniale. Questo in virtù dell'alto grado di emendabilità delle stesse attraverso le moderne terapie di implantologia e protesi dentaria fissa. Ne deriva che la valutazione delle spese emergenti non può prescindere dalle specifiche competenze dello specialista odontoiatra, essendo eccedenti la comune preparazione del medico legale. Ai fini indicativi gli autori analizzano i principali criteri e parametri di valutazione del danno odontoiatrico nelle varie ipotesi di ristoro delle spese di cura. Resta, tuttavia, imprescindibile anche per lo specialista odontoiatra possedere specifiche competenze e aggiornamento nella disciplina forense e giuridica della valutazione del danno alla persona. È da considerarsi, infatti, imprudente per un odontoiatra generico, sia da solo che quando affianca il medico legale, svolgere attività di valutazione medico legale senza una specifica preparazione.

Parole chiave: danno odontoiatrico, valutazione medico-legale, odontoiatria forense

* Odontoiatra, Matera

** Odontoiatra, Dottore di Ricerca, Bari

Nel campo dell'accertamento e della quantificazione del danno odontoiatrico in responsabilità civile, appare chiaro come nella maggior parte dei casi il valutatore si trovi di fronte a delle microinvalidità, ossia a delle lesioni minime dell'integrità psico-fisica inferiori al 9%, che possono anche richiedere ipotesi valutative percentualizzate con frazioni di punto. Una attenta riflessione su tali aspetti valutativi ci porta alla conclusione che i classici canoni di valutazione dell'invalidità permanente non appaiono congrui allo specifico ambito odontoiatrico, in quanto rischierebbero di celare o minimizzare il nucleo del danno, rappresentato dal danno patrimoniale emergente, ossia dal risarcimento delle spese di cura. La prevalenza del danno emergente in tema di danno odontoiatrico risulta giustificata dal fatto che, come è noto, in questo settore medico vi è una maggiore emendabilità del danno biologico attraverso moderni trattamenti odontoiatrici, anche se esso non risulta completamente azzerato, residuando normalmente un indebolimento dell'organo della masticazione e una restituito ad integrum non ontologicamente sovrapponibile alla situazione antecedente alla lesione. Ed in questi casi il medico legale non può sottovalutare l'imprescindibile consulenza di un odontoiatra, proprio al fine di accertare correttamente nesso di causalità ed danno emergente, la cui definizione richiede indubbiamente conoscenze specialistiche che travalicano l'ambito strettamente medico-legale.

In tema di danno odontoiatrico, quindi, viene messo in subordine il concetto classico dell'invalidità permanente, in virtù delle seguenti considerazioni:

- a) l'esecuzione delle ricostruzioni e/o delle protesi dentarie permette di ristabilire condizioni 'simili' a quelle antecedenti al trauma/lesione;
- b) l'onere economico delle protesi dentarie è superiore a quello derivato dal calcolo del danno biologico riconoscibile sulla base delle tabelle proposte valutative;

- c) il risarcimento delle spese per l'esecuzione delle protesi dentarie e dei futuri (eventuali) rifacimenti riduce il danno biologico da perdita dentaria senza tuttavia azzerarlo perché la protesi non elimina ipso facto il danno della persona.

La considerazione evidenziata al punto c) implica che andranno computate nel calcolo finale anche le spese future probabili, se non certe, legate ai rifacimenti delle cure e dei manufatti protesici applicati per emendare almeno parzialmente il danno biologico alla persona che, comunque, sussiste anche quando l'elemento dentario non è andato perso, ma è stato solamente danneggiato dall'azione lesiva. Il medico legale in questi casi deve preliminarmente individuare la modalità elettiva di intervento terapeutico, di tipo ricostruttivo e/o protesico, attuabile nella singola fattispecie. Ciò al fine di stabilire i costi complessivi delle prestazioni sanitarie necessarie, con adeguata quantificazione del risarcimento globale da corrispondere al lesa, in riferimento alla tipologia di intervento terapeutico-riabilitativo concretamente prospettabile ed alla sua riproposizione nel tempo (rinnovi) in funzione della sua durata media prevedibile. La difficoltà maggiore per chi deve progettare un piano di trattamento teso alla riabilitazione dell'apparato stomatognatico (rappresentato quasi sempre dal consulente di parte lesa) e per chi deve valutare la congruità delle spese di cura (il C.T.U.) è rappresentata dall'ampia gamma di soluzioni terapeutiche che la moderna scienza odontoiatrica pone a disposizione e che spesso sono tra loro alternative, nel senso che uno stesso caso può essere risolvibile con trattamenti di tipo conservativo oppure di carattere protesico, ed in quest'ultimo caso si può ulteriormente optare per soluzioni di tipo fisso o mobile. A complicare ulteriormente la situazione giocano un ruolo importante fattori come la compliance e le condizioni generali di salute del paziente, i quali possono richiedere l'orientamento verso trattamenti di tipo diverso rispetto a quello considerato ottimale (es. paziente che per motivi psicologici rifiuta la protesi mobile o

viceversa soggetto per cui ci sarebbero i presupposti anatomici per eseguire trattamenti implantari che invece concretamente si rivelano controindicati per la presenza di patologie come il diabete o per assunzione di sostanze farmacologiche come i bifosfonati).

Fatte queste premesse di carattere generale, occorre considerare che, esclusi i casi di responsabilità professionale medica, in ambito di responsabilità civile la maggior parte delle volte il medico legale si trova a valutare danni all'apparato stomatognatico conseguenti a traumi originanti da sinistri stradali, incidenti ludici ed infortuni avvenuti in ambito scolastico. Al fine di mettere un pò di ordine in un ambito valutativo che altrimenti si rivelerebbe ricco di difficoltà e di insidie a causa dei molteplici fattori da tenere in considerazione, appare opportuno procedere preliminarmente a classificare in maniera razionale le lesioni dentarie conseguenti a trauma. A questo scopo utilizzeremo la classificazione elaborata dall'OMS nel 1992 e successivamente modificata da Andreasen:

- fratture coronali del solo smalto;
- fratture coronali dello smalto e della dentina senza interessamento della polpa dentaria;
- fratture coronali con interessamento della polpa dentaria;
- fratture radicolari;
- fratture corono-radicolari;
- avulsioni dentarie traumatiche.

Da un punto di vista pratico, le ultime tre lesioni sono sostanzialmente assimilabili in quanto le fratture radicolari e corono-radicolari portano inevitabilmente all'estrazione dell'elemento dentario in quanto non più recuperabile.

La valutazione del danno in ambito odontoiatrico dovrà tener conto del danno biologico temporaneo e permanente e del danno emergente (ricostruzioni, terapie canalari, protesi di tipo tradizionale o su impianti, terapia riabilitativa dell'articolazione temporo-mandibolare). In generale possiamo affermare che, a parte i casi estremi di perdite multiple di elementi dentari, associate o meno a lesioni maxillo-facciali, non vi siano particolari difficoltà a determinare i periodi di inabilità temporanea assoluta o parziale e le percentuali di invalidità permanente (soccorrono in proposito vari barèmes, tra cui in particolare le tabelle di legge di cui al D.M. 03/07/2003). Come detto prima, particolarmente complessa può risultare la quantificazione del danno emergente, tanto più che nella metodologia valutativa occorre prendere in considerazione dei fattori che hanno grande importanza nella modulazione del danno concretamente risarcibile alla persona lesa. Tali fattori sono rappresentati da:

- stato anteriore
- stabilizzazione
- emendabilità
- concorso di cause
- coefficiente di antagonismo
- età e sesso
- tabelle di valutazione.

La valutazione dello stato anteriore è un fattore importante nella definizione del danno attuale rispetto alle preesistenti condizioni odontoiatriche del soggetto (presenza di carie, parodontopatie, malocclusioni, parafunzioni, mancanza di elementi dentari, patologie/disfunzioni dell'A.T.M.). L'obiettivazione dello stato anteriore è, in genere,

molto complessa per la scarsità della documentazione clinica pre-trattamento al momento della valutazione del danno.

La stabilizzazione costituisce un parametro fondamentale di valutazione, nel senso che per traumi di piccola entità l'esame potrà essere eseguito entro pochi giorni dall'evento, mentre per traumi più importanti sarà necessario aspettare diversi mesi per escludere complicanze a livello pulpare, in modo particolare la necrosi, in denti apparentemente vitali. Per questi ultimi potrà essere eseguita anche una doppia valutazione (es. previsione di piani di trattamento alternativi a seconda che il dente mantenga o meno la sua vitalità).

L'emendabilità attiene alla possibilità che il trattamento proposto riduca il danno biologico permanente, che in assenza di terapia si configurerebbe come indebolimento dell'apparato stomatognatico unitariamente considerato.

Il concorso di cause va considerato come possibilità che più fattori causali abbiano contemporaneamente agito nel determinismo di una menomazione (es. azione lesiva di lieve entità che abbia causato l'avulsione di un elemento dentario già indebolito dalla malattia parodontale).

Il coefficiente di antagonismo rappresenta un importante parametro di valutazione dell'elemento dentario perso o danneggiato in quanto attiene alla concreta funzionalità dello stesso (ad es. un dente che aveva un valido rapporto occlusale con il corrispondente antagonista verrà valutato in misura maggiore rispetto ad analogo dente privo di antagonista o con rapporto occlusale non ottimale).

L'età ed il sesso sono altrettanto importanti in quanto occorre considerare che le lesioni nel giovane determinano una menomazione dell'integrità psico-fisica maggiore che nell'anziano, considerando l'aspettativa di vita media e le richieste funzionali

maggiori. Inoltre il sesso femminile risulta maggiormente penalizzato, anche per fattori di tipo sociale, da conseguenze sul piano estetico.

Infine il tipo di barème usato ha una qualche incidenza sul piano valutativo, anche se attualmente abbiamo la possibilità di avvalerci delle tabelle di legge elaborate nell'ambito della valutazione delle cosiddette "micropermanenti".

Assodato dunque che il danno odontoiatrico non inficia in maniera sostanziale, salvo casi particolari, l'integrità psico-fisica del soggetto lesa, occorre riconoscere come per il medico legale sia necessario il massimo impegno al fine di quantificare il danno emergente, il quale ovviamente varierà in base al tipo di riabilitazione; quest'ultima, ovviamente, varierà in funzione del tipo di lesione riportata dal danneggiato. Bisogna inoltre considerare che la valutazione non potrà essere standardizzata, ma andrà personalizzata a seconda delle esigenze del paziente.

Una corretta valutazione del danno odontoiatrico presuppone tutta una criteriologia logica la cui importanza risulta fondamentale per garantire al danneggiato la più ampia forma di ristoro del danno patito:

- prova documentali di tutte le lesioni riportate;
- analisi e comparazione delle caratteristiche delle cure proposte, sia in senso quantitativo che qualitativo;
- accertamento di eventuali patologie preesistenti e della loro possibile incidenza sulle caratteristiche delle terapie odontoiatriche e sul loro risultato a breve e a lungo termine;
- riscontro ed obiettivazione della patologia;
- considerazioni cronologiche (intervallo temporale tra evento lesivo e comparsa delle lesioni);
- pianificazione del trattamento ottimale;

- attenta valutazione della possibile evolutività della patologia attuale.

Particolarmente complesso risulta il compito del valutatore allorché l'intervallo di tempo trascorso tra evento ed esame clinico, a causa di concause preesistenti o sopravvenute, pretestazioni ed interventi terapeutici provvisori, rende labile ed indistinto il confine tra giusto riconoscimento del danno patito ed arricchimento senza causa del danneggiato.

La congruità economica delle terapie proposte andrà valutata in base alle caratteristiche anatomiche e funzionali delle lesioni, ai piani di trattamento prospettati ed al costo dei materiali, la cui qualità ovviamente condiziona forse più di ogni altro fattore la concreta quantificazione del risarcimento dovuto a titolo di danno emergente. A ciò sarà necessario aggiungere le spese future che dovranno essere affrontate periodicamente per i rinnovi. Successivamente, per accertare la congruità dei costi, si potranno prendere in considerazione più preventivi eseguiti da odontoiatri diversi per un trattamento con identici materiali, prendendo eventualmente come riferimento, ai soli fini indicativi, il Nomenclatore e Tariffario Indicativo dell'Associazione Nazionale Dentisti Italiani (ANDI) 2008.

La valutazione delle spese future interessa prevalentemente la necessità di procedere periodicamente ai rinnovi dei restauri dentali per fisiologica usura e per naturale evolutività delle lesioni originarie. La durata media dei manufatti, ai fini medico-legali, può essere genericamente valutata di 8-10 anni per la protesi mobile e 10-15 per la fissa, prendendo come riferimento una media qualità costruttiva; in condizioni di carico favorevoli come numero, distribuzione e condizioni parodontali dei denti pilastro; mantenuti in buone condizioni di igiene dal paziente e controllati periodicamente (ogni sei mesi) dall'odontoiatra.

Esaurite le premesse di ordine generale, veniamo ad esaminare in dettaglio le varie ipotesi di ristoro delle spese di cura odontoiatriche, *ai soli fini indicativi*:

- lesioni interessanti il solo smalto dentale: si opterà per un restauro conservativo diretto con resine composite, al fine di ripristinare l'estetica e la funzione, con previsione di rinnovi periodici ogni 5-7 anni fino al raggiungimento del 75-80° anno di età; il costo ammonta mediamente a 100/200 euro;

- lesioni interessanti lo smalto e la dentina senza esposizione pulpare: il trattamento di elezione per fratture di modesta entità è rappresentato dalla ricostruzione diretta in resina composita da rinnovare ogni 5-7 anni fino ai 75-80 anni; per le fratture più estese si dovranno prevedere ricostruzioni dirette per 3-4 volte in caso di soggetti minori, poi terapia canalare ed apposizione di corona protesica da rinnovare ogni 10-15-anni fino ai 75-80 anni; queste lesioni possono a distanza di circa 1 anno dal trauma esitare in necrosi della polpa e quindi richiedere lo stesso trattamento delle lesioni di cui al punto successivo;

- lesioni interessanti lo smalto e la dentina con esposizione pulpare: si dovrà procedere alla terapia canalare del dente ed alla sua ricopertura con corona protesica, eventualmente preceduta dall'inserzione di un perno moncone fuso o in fibra. I costi della terapia canalare sono in media di 70/100 euro a canale. Il costo del perno è di circa 150-200 euro, quello della corona in ceramica varia da 600 a 1000 euro;

- fratture radicolari, corono-radicolari ed avulsioni, che come abbiamo visto costituiscono un gruppo di lesioni assimilabili da un punto di vista prognostico e terapeutico, richiedono la sostituzione dell'elemento con protesi fissa di tipo tradizionale o implantare. Se la perdita avviene in età di crescita, si procederà a realizzare una protesizzazione provvisoria (es. Maryland-bridge) per poi finalizzare il caso al

compimento del 18° anno con l'esecuzione della protesi definitiva. I costi di un impianto osteointegrato variano da 1000 a 1500 euro.

Quando ad essere interessati dal trauma sono i molari, la terapia di elezione consiste nella terapia canalare, ricostruzione con perno moncone e corona protesica, quest'ultima da considerare al fine dei periodici rinnovi. Nel caso l'evento lesivo abbia interessato un dente in terapia endodontica, causandone una frattura che rende irrecuperabile il dente, la terapia di elezione è rappresentata da avulsione, rigenerazione ossea ed impianto osteointegrato. In questo caso sarà risarcibile il solo costo dell'impianto, poiché il dente in assenza del trauma sarebbe stato comunque sottoposto a terapia canalare, ricostruzione con perno e apposizione di corona protesica.

Allorquando le perdite dentarie sono molteplici e non vi è la possibilità di una riabilitazione protesica fissa (tradizionale o su impianti) occorre prevedere la realizzazione di protesi di tipo mobile. Il costo di una protesi mobile scheletrata con ganci è di 1000/1500 euro, quello di una protesi mobile totale da 800 a 1100 euro.

Per quanto concerne i rinnovi, questi non sono previsti per gli impianti osteointegrati, salvo specifici casi (quindi sarà riconosciuto un unico risarcimento), mentre per le corone su impianti si riconoscerà un rifacimento ogni 10-15-anni. Anche per la terapia canalare viene riconosciuto un risarcimento una tantum, senza possibilità di rinnovi. Per la protesi scheletrata va concesso un rinnovo ogni 10 anni; lo stesso vale anche per la protesi mobile totale, con la differenza che in tal caso va riconosciuta anche una ribasatura con cadenza annuale.

In caso di danneggiamento di una protesi preesistente il risarcimento sarà una tantum. La nuova protesi dovrà avere le stesse caratteristiche del manufatto danneggiato, sia dal punto di vista dei materiali che delle tecniche di costruzione (ad es. una corona in metallo vile e resina non potrà essere sostituita con una corona in

ceramica). I rinnovi non vanno considerati in quanto il soggetto, essendo già portatore di un manufatto protesico, avrebbe comunque dovuto provvedere al rifacimento dello stesso a tempo debito (potremmo dire che in questo caso l'effetto dannoso si è manifestato semplicemente come forzosa anticipazione del rinnovo). In più, la quota spettante a titolo risarcitorio andrebbe calcolata proporzionalmente al tempo di permanenza della protesi preesistente. Ovviamente, laddove il danneggiato vada incontro a modificazioni in senso peggiorativo a livello di danno biologico a causa del passaggio, per motivi anatomici, da una protesizzazione fissa ad una mobile, avrà diritto al riconoscimento di una percentuale maggiore di invalidità permanente;

- lussazioni dentarie: la terapia consisterà nello splintaggio dell'elemento ai denti vicini con periodico monitoraggio della vitalità; il costo medio di tale terapia è di 100-150 euro. Gli esiti della lussazione dentaria dovranno poi prevedere l'effettiva verifica della risoluzione della menomazione;

- patologie dell'articolazione temporo-mandibolare (sindrome algico-disfunzionale, alterazioni dei muscoli masticatori, dislocazioni discali, limitazioni funzionali): il trattamento può essere costituito da: bite in resina di rilassamento muscolare o di riposizionamento; bite in resina con terapia ortodontica; fisioterapia.

Il costo di una terapia con bite, compresi i controlli periodici, varia da 500 a 1200 euro.

Un trattamento ortodontico può costare dai 1500 ai 3000 euro per anno di terapia. Il costo della fisioterapia può essere stimato in 32 euro a seduta, secondo il tariffario minimo dei fisioterapisti del 2004, ma bisogna considerare anche che spesso le prestazioni fisioterapiche possono essere fornite dalle Aziende Sanitarie Locali al puro costo del ticket di compartecipazione alla spesa sanitaria stabilito dalle Regioni a carico del cittadino.

Il soggetto danneggiato non è obbligato a sottoporsi alle cure necessarie per conseguire l'emendabilità del danno biologico. Pertanto, in questo caso, non trova applicazione l'art. 1227 del Codice Civile (concorso colposo del danneggiato) in quanto in contrasto con l'articolo 32 della Carta Costituzionale, che afferma che nessuno può essere obbligato ad un trattamento sanitario se non per disposizione di legge. Anche la Corte di Cassazione ha ribadito più volte tale principio (Cass. Civ. 118/1959 e 6502/2001).

CONCLUSIONI

Le consulenze in ambito di danno odontoiatrico richiedono competenza non solo nella disciplina specialistica ma anche della relativa dottrina giuridica e medico-legale. Le menomazioni dell'apparato stomatognatico si traducono prevalentemente in danno patrimoniale, poiché, come è noto, in questo settore medico vi è una maggiore – seppur incompleta - emendabilità del danno biologico attraverso moderni trattamenti odontoiatrici. È opinione degli autori suggerire non solo una collaborazione tra il medico-legale e il consulente odontoiatra per gli accertamenti in cui è manifesto o lamentato un danno odontoiatrico, ma prevedere un accertamento collegiale tra queste due professionalità, soprattutto in ambito di responsabilità professionale medica. In questi casi all'odontoiatra è richiesta una preparazione non solo di tipo tecnico ma anche di tipo medico-legale, dovendo contribuire, collegialmente, all'accertamento del nesso di causa e della eventuale colpa professionale. Appare, pertanto, *imprudente* il coinvolgimento spontaneo o occasionale di odontoiatri in tutti gli ambiti medico-legali senza le specifiche competenze.

BIBLIOGRAFIA

1. Gerin C, Antoniotti F, Merli S. *Medicina Legale e delle Assicurazioni*, Società Editrice Universo, Roma, III Edizione, 1997.
2. Montagna F, Di Leo D, Carli PO. *La Responsabilità nella Professione Odontoiatrica*, Edizioni Promoass, Management Associativo s.r.l., Roma, 1998.
3. Puccini C. *Istituzioni di Medicina Legale*, Casa Editrice Ambrosiana, Milano, VI Edizione, 2003.
4. De Leo D, Orrico M. *Medicina Legale e delle Assicurazioni in Odontoiatria e Protesi Dentaria*, Edizioni Libreria Cortina Verona, 2005.
5. Umani Ronchi G. *Medicina Legale in Odontostomatologia*, Lombardo Editore, Roma, 1993.
6. Umani Ronchi G, Mastronardi V, Sommazzi A. *Odontoiatria Forense*, Edizioni Libreria Cortina Torino, Torino, 2008.
7. Cortivo P, Betti D, Bordignon D, Favero L. *Il risarcimento del danno in traumatologia dentaria*, Piccin Editore, Padova, 1990.
8. Di Leo D, Tessadri A. *Odontologia Forense*, Piccin Editore, Padova, 1989.
9. Montagna F. *Testo Atlante di Odontoiatria Medico-Legale*, Masson Editore, Milano, 2005.
10. Fresa R, Zangari F. *La cura del paziente in Odontoiatria. Terapie e profili di responsabilità*, Edizioni Medico Scientifiche, Torino, 2000.
11. Cortivo P, Bordignon D, Betti D, Favero L. *Il danno emergente nelle lesioni dell'apparato stomatognatico: i costi delle spese di cura nel trattamento odontoiatrico*, Riv. It. Med.Leg., XI, 1989: 40-44.
12. Perotti S, Gregoric M. *A proposito dell'indebolimento permanente dell'organo della masticazione e dell'apparato stomatognatico in relazione allo stato anteriore*, Riv. It. Med. Leg., VIII, 1986: 736-749.