



Associazione Nazionale Dentisti Italiani



TABELLE DI VALUTAZIONE DEL DANNO ODONTOSTOMATOLOGICO





Associazione Nazionale Dentisti Italiani



TABELLE DI VALUTAZIONE DEL DANNO ODONTOSTOMATOLOGICO

AUTORI

Gian-Aristide Norelli Professore Ordinario di Medicina Legale, Presidente Pro.O.F. – **Gianfranco Prada** Presidente Nazionale A.N.D.I. – **Vilma Pinchi** Professore Associato di Medicina Legale, Odontologo Forense, Università di Firenze – **Marco L. Scarpelli** Odontologo Forense, Prof. a c., Università di Firenze – **Nicola Esposito** Odontologo Forense, Segretario Nazionale A.N.D.I. – **Alberto Borioli** Specialista in Medicina Legale, Odontologo Forense, Novara – **Stefano Garatti** Odontologo Forense, Monza – ASST Vimercate (MB) – **Francesco Pradella** Odontologo Forense, Padova – **Giulia Vitale** Odontologo Forense, Salerno

COLLABORATORI

Alessandro Agazzi Specialista in Chirurgia Maxillo-Facciale, Ospedale Maggiore Milano – **Claudio Cattalini** Specialista in Neurologia, Ospedale S.Paolo, Milano – **Martina Focardi** Specialista in Medicina Legale, AOU Careggi, Firenze – **Fabio Galli** Medico Odontoiatra, esperto in Chirurgia Orale, Ist.Galeazzi, Milano – **Aldo Bruno Gianni** Professore Ordinario di Chirurgia Maxillo-Facciale, Università di Milano – **Lorenzo Polo** Specialista in Medicina Legale, dirigente medico di II livello INAIL, Milano – **Monica Puttini** Medico chirurgo specialista in Medicina Legale ed in Odontoiatria, Genova – **Roberto Rotundo** Medico Odontoiatra, Esperto in Parodontologia, Honorary Lecturer, Eastman Dental Institute, University College of London (UK) – **Tiziano Testori** Medico Odontoiatra, specialista in Ortognatodonzia, esperto in Chirurgia Orale, Ist.Galeazzi, Milano – **Giuseppe Varvara** Odontologo Forense, prof. a c. Università di Chieti – **Paolo Vescovi** Professore Associato di Malattie Odontostomatologiche, Università di Parma



ANDI MEDIA Srl con Unico Socio – Lungotevere Raffaello Sanzio 9 – 00153 Roma
ISBN 978-88-99475-02-4

Indice

PREFAZIONE	5
CAPITOLO 1	
INTRODUZIONE	7
CAPITOLO 2	
TABELLE DI VALUTAZIONE DEL DANNO	9
2.1 Menomazioni dell'articolato dentario	9
2.2 Menomazioni del nervo trigemino	16
2.3 Menomazioni dei mascellari ed ATM	20
2.4 Malocclusioni	25
2.5 Menomazioni del seno mascellare	27
2.6 Menomazione estetica del terzo inferiore del volto	30
CAPITOLO 3	
ASPETTI PARTICOLARI DELLA VALUTAZIONE	35
3.1 Danno psichico	35
3.2 Personalizzazione del danno	38

Come ogni altra Disciplina medica, l'Odontoiatria, la Medicina Legale e l'Odontologia Forense sono, vivaddio, vive, vitali ed in progressione costante, anche se, talora, vien da chiedersi se tale ovvia e semplice considerazione sia in effetti condivisa ad ogni livello.

Una premessa di siffatta indole è necessaria, a nostro avviso, in particolare riferimento alla proposizione di una tabella di valutazione del danno alla persona (nella fattispecie per il danno odontoiatrico) relativamente al quale ci si potrebbe interrogare se in effetti ve ne fosse realmente bisogno.

È indubbio che, ove una tabella vedesse la luce, ispirandosi ai medesimi presupposti che avevano caratterizzato le tabelle del passato, a prescindere dalla loro diffusione e dal loro più o meno esteso gradimento, la risposta non potrebbe essere che negativa e non ci si sarebbe impegnati a redigerla né a scrivere queste righe di introduzione e di presentazione.

La tabella di valutazione del danno odontoiatrico si muove su presupposti nuovi e diversi rispetto al passato e sui quali ci sembra utile soffermarsi soprattutto cogliendo l'occasione di prestarsi ad un confronto con tutti i Colleghi che vorranno utilizzarle.

Anzitutto la tabella rappresenta il frutto di una attenta e specifica analisi promossa all'interno dell'ambito clinico rappresentato da personalità degli specifici settori dell'Odontoiatria, vissuto nella pratica quotidianità degli Odontoiatri, rappresentati da quella rilevante Associazione che è l'ANDI ed infine filtrato dalle peculiarità odontologico-forensi secondo il progetto scientifico che il Pro.O.F. porta avanti da oltre un decennio ed assicurative, che ancora l'ANDI nel settore odontoiatrico, ma tutte le Compagnie nei differenti ambiti della responsabilità professionale, quotidianamente interpretano nella duplice tutela dei diritti del Cittadino e degli interessi, non certo di pregio marginale, del Professionista.

La resultante, ha cercato di essere, riuscendoci a nostro avviso, una essenziale e sostanziale analisi dei difetti anatomico-funzionali dell'apparato stomatognatico, da cui discende la menomazione passibile di soddisfazione economica, nella ricerca quasi puntigliosa di una personalizzazione del danno che non deriva tanto, o soltanto, dalle caratteristiche dell'individuo, ma segnatamente dalle caratteristiche che quella specifica disfunzionalità condiziona su tutte le persone, in primo luogo e successivamente su quel determinato individuo: non potendosi dimenticare che il danno biologico, per sua prima definizione, riguarda quanto di comune a tutti sia menomato dall'infermità, solo successivamente dovendosi adattare le conseguenze della menomazione stessa al singolo individuo.

E non v'è chi possa ancora negare, finalmente, che dall'avvento del danno biologico, rappresenta un anacronistico non senso ancora indulgere a parlare di risarcimento del danno alla persona, palesemente ormai imperando, in ogni ambito civilistico extrapatrimoniale, la nozione di indennizzo, per caratterizzare la valutazione del tutto convenzionale da conferire alla menomazione prodotta dall'infermità sulla persona, per di più trattandosi di una persona altrettanto convenziona-

le, quale può essere rappresentata da quella che mostra caratteristiche che sono comuni a tutti e per le quali il valore economico attribuito è ben lungi dal poter rappresentare un completo ristoro del bene perduto; posto che sarebbe addirittura tautologico parlare del ristoro di un bene che non può essere definito in termini monetari. Se poi si pensa solo per un momento, alle altre forme di danno complesso che connotano oggi la materia della responsabilità civile (danno da morte, danno da perdita di chances, danno da mancata acquisizione del consenso, danno biologico terminale, ecc.) non può che ammettersi l'inevitabile *de profundis* che la Dottrina civilistica, pur senza ammetterlo in modo palese e condiviso, ha recitato per la formula del risarcimento nella valutazione del danno alla persona, ovviamente di matrice extrapatrimoniale.

In questa dimensione prospettica, dunque, l'Odontologia Forense e l'Odontoiatria si sono impegnati a licenziare queste nuove tabelle della invalidità relativamente al danno odontoiatrico, avendo anche un occhio alla sostanziale necessità, che prima o poi dovrà connotare l'intera materia della responsabilità civile del danno alla persona, di perseguire una omogeneizzazione nei sistemi indennitari, che non può prescindere anzitutto da una omogeneizzazione dei sistemi accertativi, prefiggendosi quindi di valutare una menomazione oggettivamente subita dal soggetto, dimostrabile e descrivibile in termini di incidenza sulla funzionalità dell'apparato. Il tutto, anche alla luce di una sostanziale ricerca di oggettività e sostenibilità dell'intervento indennitario, sul piano della tollerabilità economica e sociale, non potendosi disgiungere il piano degli interessi personali del danneggiato da quello della tutela e del rispetto della professionalità di colui che il valore economico di quel danno, direttamente od indirettamente, è chiamato a compensare.

L'Odontologia Forense e l'Odontoiatria clinica ed assicurativa, si sono, dunque, prefissi lo scopo di suggerire un modello di ragionamento comune e condiviso nella valutazione del danno alla persona fornendo una tabella accompagnata da raccomandazioni per l'accertamento delle menomazioni, certamente migliorabili e perfettibili, ma cui non può non riconoscersi il merito di ricercare spunti sempre più accorti e innovativi, per mantenere la Medicina Legale Odontoiatrica, anche nella valutazione del danno alla persona, ai livelli di eccellenza e di operatività internazionale che l'opera ormai quasi ventennale dei Cultori della Disciplina all'interno del Pro.O.F., con la collaborazione dell'ANDI, sono riusciti a conseguire.

Gian-Aristide Norelli Gianfranco Prada

Come evidenziato nella prefazione l'opera nasce dalla collaborazione ormai quasi ventennale tra il Progetto Odontologia Forense (Pro.O.F.) ed ANDI nel promuovere nel nostro Paese lo sviluppo della Odontologia Forense .

Questa opera si inserisce nell'ambito delle molteplici attività scientifico-culturali nate da questa collaborazione e rappresenta lo *statement* delle due entità promotrici in ambito di valutazione del danno odontostomatologico in responsabilità civile.

L'intento principale è quello di fornire raccomandazioni e standard di minima per l'accertamento del danno odontostomatologico oggetto di valutazione. Soltanto una menomazione accertata sotto il profilo quali-quantitativo mediante una criteriologia clinica e medico-legale condivisa, poiché frutto delle evidenze scientifiche disponibili al momento, può supportare un equo e trasparente percorso indennitario o risarcitorio che si sottragga a soggettivismi e sperequazioni. La valutazione del danno si compone di due momenti e due livelli di ragionamento assai diversi tra loro. La fase accertativa è squisitamente clinica, ed è indirizzata all'accertamento medico-legale della menomazione, della sua entità e delle sue ripercussioni funzionali con riferimento allo specifico soggetto. Tale fase deve basarsi su percorsi e procedure diagnostiche che sono scientificamente e clinicamente supportati ed evidenze derivanti da aggiornati studi epidemiologici che regolarmente contribuiscono a costruire una robusta conoscenza scientifica in tema di lesività e di nesso di causa. La seconda fase consiste invece nella valutazione della menomazione accertata secondo parametri e criteri che sono forniti da norme e prassi inerenti i sistemi di compensazione del danno e, quindi, sono connotati da forte convenzionalità.

Si è inteso inoltre proporre uno specifico *bareme* di valutazione del danno odontostomatologico indirizzato a dare una sistematizzazione non tanto ai valori percentualistici delle singole menomazioni, quanto e soprattutto alle voci contenute in tabella, posto che alcune specifiche tipologie di danno, in passato di inconsueto riscontro, sono divenute di più frequente riproposizione nella pratica odontologico-forense al mutare delle tipologie di trattamento medico-odontoiatrico e del danno ad esse conseguente.

La stima del danno emergente e delle possibilità emendanti del trattamento, sono ambiti la cui complessità è ormai diventata familiare per l'Odontologo Forense, ma per cui la valenza di raccomandazioni si potenzia nella misura in cui si tratta di questioni che connotano in modo assai specifico l'ambito odontoiatrico ed il danno odontostomatologico. In questo senso l'intento era di fornire raccomandazioni e riferimenti valutativi, che supportino l'Odontologo Forense nell'affrontare le delicate peculiarità accertative, prognostiche e valutative che tali stime di danno richiedono.

Si è voluto anche considerare il danno psichico, tenuto conto dell'aumento dei casi in cui un Odontologo, chiamato ad esprimersi su un trattamento o un danno propriamente odontostomatologici, deve confrontarsi con il possibile correlato di danno psichico, sorgendone questioni e dubbi sia relativamente alla evidenze di danno, sia della competenza valutativa delle stesse.

Da ultimo ci si è soffermati sulla personalizzazione del danno come elemento di completamento di un percorso valutativo che, accertata una menomazione, ne dia prima una stima con riferimento ad una persona genericamente intesa per poi proporre appunto una personalizzazione di cui soprattutto tener conto nel momento in cui necessita tradurre la componente valutativa biologica nell'espressione indennitaria/risarcitoria in cui si sostanzia la sintesi delle finalità civilistica.

Tabelle di valutazione del danno

2.1. MENOMAZIONI DELL'ARTICOLATO DENTARIO

L'articolato dentario partecipa alle funzioni dell'apparato stomatognatico, che sono principalmente: masticatoria ed occlusale, fonatoria, estetica e sensitiva in senso lato (sensibilità trigeminale, propriocettiva e gustativa). Il grado di compromissione delle funzioni masticatoria, fonatoria ed estetica da perdita dentaria varia al variare del tipo di elemento dentale perduto. In astratto i vari denti (incisivi, canini, ecc.) svolgono un diverso ruolo e la loro perdita comporta una menomazione diversificata delle funzioni occlusale/masticatoria ed estetica. La funzione propriocettiva assicurata dai recettori parodontali del dente viene perduta a seguito di perdita della radice dentaria e non può in alcun caso essere emendata. Le funzioni estetica e del nervo trigemino sono trattate in appositi paragrafi.

RACCOMANDAZIONI PER L'ACCERTAMENTO DELLE MENOMAZIONI DELL'ARTICOLATO DENTARIO

La valutazione delle menomazioni dell'articolato dentario e della funzione masticatoria deve considerare le funzioni svolte dall'articolato dentario nel suo complesso, dai gruppi e dai singoli elementi dentali. Un accurato accertamento di tali menomazioni deve soffermarsi a considerare che:

- La perdita della **guida incisiva e/o canina** determina una menomazione funzionale dell'occlusione a causa della perdita del meccanismo di reciproca protezione in disclusione con formazione di interferenze occlusali eccentriche accompagnate dai segni del trauma da occlusione (usura dentaria patologica, perdita del tessuto parodontale di sostegno, dolore, ecc.)
- Perdite di singoli elementi dentali possono determinare inclinazioni e migrazioni da parte degli elementi vicini, estrusione degli antagonisti con conseguente perdita di attacco, irregolarità del piano occlusale ed interferenze non sempre o integralmente compensabili con riabilitazione protesica.
- Le perdite dentarie multiple devono essere valutate in considerazione della menomazione risultante alla funzione dello specifico gruppo dentale.
- la perdita multipla di elementi dentali nei settori latero-posteriori può causare il c.d. "**collasso posteriore del morso**" in genere accompagnato da un trauma occlusale sui denti del settore anteriore, con comparsa di diastemi e vestibolarizzazione, possibili interferenze ed alterazioni delle curve « *di Spee*», e « *di Wilson*» non sempre correggibili con terapia. Nei casi di grave collasso posteriore del morso può risultare impossibile la riabilitazione protesica dei settori latero-posteriori.
- La menomazione della funzione estetica è massima per perdite dentarie occorse nei settori anteriori e la sua valutazione deve tenere conto anche delle alterazioni alle strutture di sostegno del dente ad ai tessuti muco/gengivali che

possono conseguire alla perdita del dente e non sempre integralmente correggibili con il trattamento odontoiatrico (vedi anche capitolo sulle menomazioni estetiche)

- La funzione fonatoria è compromessa soprattutto per perdite dentali nei settori anteriori. Eventuali difetti fonatori secondari a perdite dentarie sono in genere completamente emendabili dal trattamento odontoiatrico.
- La limatura/monconizzazione oltre a terapia endodontica di un dente determina un danno da stimare fino al massimo del valore tabellare assegnato alla perdita del dente quando si trattava di elemento dentario precedentemente integro, tenendo altresì conto del grado emendazione ottenuto con il trattamento
- Al momento non esistono sufficienti prove scientifiche per affermare che alterazioni del piano oclusale o malocclusioni spontanee o iatrogene causino o concausino l'insorgenza o l'aggravamento di patologie dell'ATM, per cui la valutazione medico-legale di siffatte evenienze richiede un approccio cauto e fondato su solide evidenze clinico-strumentali.
- Secondo corrente letteratura, il riassorbimento radicolare fino a tutto il terzo apicale, in genere conseguente a terapia ortodontica, non incide né sulla validità funzionale né sulla prognosi di durata del dente. Salvo, quindi, l'occorrenza di altri segni clinici indicanti patologie dento-parodontali, il riassorbimento radicolare apicale di per sé non comporta menomazione delle funzioni dell'elemento/i dentario/i.
- La prognosi di riassorbimenti radicolari superiori a un terzo della radice deve essere valutata caso per caso in dipendenza dell'estensione del riassorbimento, dell'età del soggetto e dei segni clinici rilevabili al momento della valutazione.
- La prognosi dei denti reimpiantati deve essere posta in considerazione dell'età del soggetto, della permanenza del dente fuori dall'alveolo prima del reimpianto e delle modalità della sua conservazione. Denti che siano stati reimpianti dopo più di un'ora o siano stati conservati in modo non adeguato devono considerarsi con prognosi negativa.
- La valutazione del danno conseguente a traumi oro-dentali deve essere posta solo a fronte di una prognosi clinica attendibile, in specie qualora si tratti di soggetto in crescita.

A fini di registrazione dei segni/sintomi che occorre evidenziare onde pervenire ad un congruo apprezzamento della menomazione che ci si accinge a valutare in termini percentualistici, si ritiene utile proporre una tabella (vedi sotto) in cui raccogliere le evidenze di menomazione rilevate all'esame obiettivo. Le menomazioni sono riportate secondo una crescente gravità.

Tabella 2.1

TAVOLA SINOTTICA PER LE MENOMAZIONI DELL'ARTICOLATO DENTARIO

Menomazione	assente	lieve	moderata	grave	Note
Disfunzione guida incisiva	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<p><u>Lieve</u>: precontatti lavoranti senza segni patologici sui denti</p> <p><u>Moderata</u>: precontatti bilanciati e/o lavoranti senza o con iniziali segni di usura dentale</p> <p><u>Grave</u>: precontatti con usura patologica e/o parodontopatia dei denti interessati</p>
Disfunzione guida canina	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Collasso posteriore del morso	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<p><u>Lieve</u>: DV (dimensione verticale) ridotta di almeno 1/3 rispetto ai denti dello stesso settore dentale (attigui o contralaterali) con difficoltà alla riabilitazione protesica</p> <p><u>Moderato</u>: DV ridotta di oltre 1/3 rispetto ai denti attigui che impedisce protesi fisse su impianti con/senza segni di trauma da occlusione sui denti anteriori</p> <p><u>Grave</u>: DV ridotta di oltre 1/3 rispetto ai denti attigui che impedisce anche montaggio di dente su protesi mobile e/o stabilizzata con segni di trauma da occlusione sui denti anteriori</p>
Diastemi/ spostamenti/ estrusioni (DSE)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<p><u>Lieve</u>: DSE con scarse/iniziali ripercussioni sull'estetica, parodonto e efficacia della riabilitazione protesica</p> <p><u>Moderato</u>: DSE che ha comportato perdita attacco $\geq 1/3$; disestetismo e rapporti occlusali/dentali non completamente ripristinabili con protesi</p> <p><u>Grave</u>: DSE che ha comportato perdita attacco $\geq 1/2$; disestetismo e rapporti occlusali/dentali non ripristinabili con protesi senza interventi demolitivi (monconatura dente ad esempio)</p>
Altro (descrivere)					
Valutazione espressa	Prima del trattamento odontoiatrico		Dopo il trattamento odontoiatrico		Tipologia di trattamento (specificare)
	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>		Anno esecuzione

Nota: la valutazione potrà essere espletata dopo trattamento odontoiatrico per cui si registrerà la menomazione residua all'esito del trattamento emendante ovvero prima del trattamento. In quest'ultimo caso, il valutatore dovrà considerare quanto le menomazioni registrate possano migliorare in considerazione degli eventuali ed alternativi trattamenti odontoiatrici esperibili. Per il coefficiente di emendabilità previsto per le diverse tipologie di trattamento si veda la Tabella 2.3

Tabella 2.2

TABELLA DI VALUTAZIONE DEL DANNO BIOLOGICO DA PERDITE DENTARIE¹

PERDITE DENTARIE SINGOLE²	Danno biologico		PERDITE DENTARIE MULTIPLE³	Danno biologico
Incisivo Centrale Superiore	1.5%		Tutti i denti	25-30%
Incisivo Laterale Superiore	1%		Arcata superiore	15- 20%
Incisivo Centrale Inferiore	0.5-0.75%		Arcata inferiore	13- 18%
Incisivo Laterale Inferiore	0.75%		Emiarcata superiore + Emiarcata inferiore	12-15%
Premolare	0.75-1%		Emiarcata superiore	7-10%
Canino Superiore	1.5%		Emiarcata inferiore	7- 9%
Canino Inferiore	1.25%		Diatorici superiori monolaterali + Diatorici inferiori monolaterali	7- 9%
1° Molare	1.5%		Diatorici monolaterali superiori o inferiori	4-5 %
2° Molare	1%		Diatorici e canino omolaterale monolaterali superiori o inferiori	5-6%
3° Molare Superiore	0-0.50%		6 frontali superiori + 6 frontali inferiori	10-13%
3° Molare Inferiore	0-1%		6 frontali superiori	7-10%
			6 Frontali inferiori	4-6%
			4 Incisivi superiori + 4 Incisivi inferiori	7-9%
			4 Incisivi superiori	4-6%
			4 Incisivi inferiori	2- 4%

NOTE:

¹: il valore espresso in tabella esprime il danno alle funzioni masticatoria, estetica e fonatoria cagionato dalla perdita anatomica di uno o più denti. La valutazione dovrà considerare le possibilità emendanti del trattamento odontoiatrico (vedi tabella per i trattamenti emendanti) opportunamente riducendo la valutazione del danno biologico a seconda della riabilitazione posta in essere

²: Il riferimento alla tabella delle perdite dentarie singole è utile ove si tratti di menomazione parziale del dente ovvero di perdita di un dente in un articolato pressoché sano. Ove la perdita del dente insista in un apparato già precedentemente menomato da parziale edentulia si suggerisce di porre riferimento alla tabella delle perdite dentarie multiple adeguatamente riducendo la percentuale di danno biologico assegnato in considerazione del grado di menomazione pre-esistente

³: il valore massimo è da attribuire al caso in cui la perdita multipla si accompagni ad atrofia importante della cresta alveolare nel settore interessato che richieda interventi di innesto/ricostruzione per poter realizzare una protesi efficace.

2.1.1 TRATTAMENTI ODONTOIATRICI, EMENDABILITÀ DEL DANNO, COSTI E STIMA DEL DANNO EMERGENTE

Nella valutazione del danno dentale ed orale è peculiarmente importante la stima delle spese di cura sostenute e da sostenersi per emendare parzialmente o completamente la menomazione occorsa. Tale valutazione richiede specifica attenzio-

ne in caso di danno dentale, poiché è noto che la maggioranza dei trattamenti dentali non sono erogati dal SSN ed in molti casi di competenza odontoiatrica, in quanto sovente a fronte di un danno biologico permanente e temporaneo piuttosto contenuto, ricorre un consistente danno emergente dovuto alle spese di cura. Ulteriormente, la valutazione è complicata dal doversi prevedere le terapie ed i loro rinnovi per tutta la vita del soggetto mediante estrapolazioni che assumono un forte carattere convenzionale, specialmente in soggetti giovani in cui al clinico e all'odontologo si chiede di predire quale sarà la durata nel tempo del trattamento (e dei suoi rinnovi) stanti le condizioni fisio-patologiche certamente mutevoli dovute ai naturali processi di invecchiamento.

La stima dei costi dei trattamenti e dei rinnovi dovuta a menomazione di indole traumatica è identica a quella di natura iatrogena, giacché per entrambe le circostanze il sistema risarcitorio civilistico prevede una stima complessiva senza possibilità di rivalutazione di tale voce di danno durante la vita del soggetto. Da rilevare, in questo senso, una considerevole difficoltà nell'individuare criteri oggettivi o quantomeno scientificamente accettabili, considerato che la letteratura raramente contempla studi longitudinali a 10 anni o oltre. La criteriologia con cui si valuta la durata media dei trattamenti odontoiatrici a fini risarcitori si connota pertanto di forte convenzionalità che ne limita l'utilità alla stima complessiva delle necessità di cura di cui, in base a medie, estrapolazioni e predizioni, quel soggetto potrebbe aver bisogno durante tutta la vita, rimanendo la durata e qualità di questa comunque incognite aprioristicamente inesplorabili.

RACCOMANDAZIONI PER IL CALCOLO DEI RINNOVI DEI TRATTAMENTI ODONTOIATRICI

SPERANZA DI VITA MEDIA: Da premettere che la speranza di vita media secondo l'ISTAT varia per area geografica ed a seconda del sesso. In letteratura mancano però studi che abbiano considerato l'età media dei soggetti che hanno ancora dentatura integra. Sulla base di quelle che sono soprattutto prassi valutative si considera:

- La speranza di vita media a fini di rinnovi protesici si considera generalmente pari a 75 anni sia il maschio che per la femmina.
- La dentatura viene generalmente considerata come ipoteticamente "conservabile" fino agli 80 anni ed i rinnovi vengono conteggiati fino ai 75 anni in specie in soggetti in cui la valutazione cade in un momento in cui la dentatura è effettivamente integra.

EMENDABILITÀ: Il grado di emendabilità del danno funzionale ed estetico all'apparato stomatognatico assicurato dalle diverse tipologie di trattamento odontoiatrico varia notevolmente in funzione del tipo di trattamento (tipo e materiali), condizioni del soggetto e tempo (durata). Sulla base di queste premesse si considera che:

- Il danno biologico permanente deve essere rivalutato considerando ed indicando il grado di emendazione assicurato dal trattamento previsto o già eseguito dal soggetto

- Nella stima del danno biologico dopo trattamento dovrà considerarsi se il trattamento comporta a sua volta menomazioni (cicatrici, monconizzazione di denti, ecc.)
- La capacità emendante del danno in specie estetico può decrescere al passare del tempo fino al rinnovo successivo per deterioramento dei materiali e/o per alterazione dell'adattamento dei materiali ai tessuti/strutture
- Le caratteristiche intrinseche delle diverse riabilitazioni protesiche (a/fisiologia, mantenibilità, dis/comfort), il grado di reintegro delle diverse funzioni dento-parodontale, masticatoria, fonatoria ed estetica incidono sul grado di emendabilità del danno dovuto a perdita dentaria (Tabella 2.3)

Tabella 2.3

COEFFICIENTE DI EMENDABILITÀ A SECONDO DEL TIPO DI RIABILITAZIONE PROTESICA

Tipologia di protesi		Coefficiente di emendabilità	Note
Corone e Protesi fissa a ponte		½ del valore tabellare	Da considerare a parte il danno dovuto a monconizzazione di eventuali elementi pilastro
Protesi fissa su pilastri implantari	a ponte	½ del valore tabellare	
	elemento singolo	Fino a 2/3 del valore tabellare	
Protesi rimovibile	parziale in resina	Fino ad 1/3 del valore tabellare	
	parziale scheletrata	Fino ad 1/3 del valore tabellare	
	Protesi totale	Tra ¼ ed 1/3 del valore tabellare	
	Protesi totale implanto-supportata	Tra 1/3 ed ½ del valore tabellare	

TRATTAMENTI ODONTOIATRICI, DURATA, RINNOVI E COSTI.

La durata media di una certa tipologia di trattamento odontoiatrico è scarsamente studiata in letteratura e la criteriologia con cui si calcolano i rinnovi è connotata, come già detto, di forte convenzionalità. Secondo una criteriologia condivisa, uniforme e conforme alla corretta prassi valutativa medico-legale si raccomanda di:

- Valutare criticamente le specifiche condizioni del soggetto in cui si prospetti l'esecuzione di un piano riabilitativo odontoiatrico teso ad emendare in tutto o in parte un danno biologico considerando se le stesse possano incidere sulla durata media dei trattamenti ammessi a risarcimento, aumentandone o riducendone la prevedibile durata
- Nella stima dei trattamenti emendanti eseguiti o da eseguirsi occorre porre riferimento allo stato anteriore del soggetto, escludendo dal computo risarcitorio quei trattamenti di cui il soggetto aveva già necessità prima del fatto illecito.

Laddove alcuni trattamenti fossero già indispensabili per patologie autonome si considererà soltanto il maggior danno.

- I trattamenti emendanti oggetto di richiesta di risarcimento devono trovare indicazione clinica per lo specifico soggetto e non essere prospettati con mere finalità risarcitorie. Laddove più alternative siano disponibili se ne considereranno le caratteristiche e le potenzialità emendanti oltre ai costi.
- La congruità delle spese già sostenute per trattamenti emendanti, ove richiesta, deve porsi in riferimento agli onorari medi regionali ed in considerazione dei nomenclatori tariffari ANDI.
- Il costo dei rinnovi deve essere calcolato sulla base degli onorari medi su base regionale ed eventualmente sulla base dei costi della prestazione ove erogata dal SSN.
- Per il calcolo del numero di rinnovi delle diverse prestazioni si fa riferimento alla durata media del trattamento prevista in tabella e la speranza di vita media, motivando eventuali difformità nella stima rispetto a questi criteri

Tabella 2.4

DURATA MEDIA DEI TRATTAMENTI ODONTOIATRICI

Tipo di restauro	Frequenza dei rifacimenti	Note
Conservativo	6-7 anni	Per ricostruzioni a forte rischio di distacco o di deterioramento del risultato estetico nel tempo possono ammettersi rinnovi anche ogni 5 anni.
Protesi fisse su denti naturali o su impianti	10-12 anni	Nei soggetti giovani (< 30 aa) in specie le corone singole in zone a bassa valenza estetica possono avere durata superiore a 12aa
Impianti	2 volte se età < 30 aa 1 volta se età < 50 aa	Da valutare con attenzione le condizioni sistemiche e dento-parodontali del soggetto
Protesi removibili e/o protesi stabilizzate e/o avvitate con elementi protesici in acrilico	7-8 anni	In soggetti in cui la protesi rimovibile si opponga ad altra arcata riabilitata con protesi rimovibile la durata può essere anche superiore a 8 aa

2.2 LESIONI DEL NERVO TRIGEMINO

Le lesioni del nervo trigemino occorrono per insulto fisico o chimico della fibra nervosa che può subire lesioni ingravescenti dovute a:

- a. neuroaprassia che si manifesta con disfunzioni temporanee nella conduzione nervosa, senza interruzione della fibra nervosa, dovute per lo più a fenomeni compressivi (coaguli, edema dei tessuti, ecc) con rapido ritorno alla norma
- b. assonotmesi che determina interruzione dell'assone con conservazione della guaina nervosa. Trattasi di situazione cui generalmente segue la riparazione delle fibre
- c. neurotmesi che rappresenta la sezione della guaina e dell'assone. Laddove si assista a rigenerazione spontanea raramente questa porta ad un recupero completo della funzione nervosa.

Le lesioni del nervo trigemino tendono ad evolvere con un'attenuazione dei sintomi nell'arco di sei mesi dall'insulto. La persistenza dei sintomi dopo sei mesi è elemento prognosticamente negativo in ordine alla possibilità di remissione completa del quadro anche se miglioramenti sono descritti fino a 12-18 mesi. Al manifestarsi di una lesione di un nervo esistono percorsi diagnostici ed algoritmi decisionali relativamente alla possibilità per il paziente di ottenere un miglioramento del quadro tramite interventi di neuroraffia o di ricostruzione della fibra nervosa i cui vantaggi e rischi devono essere valutati dal chirurgo anche in considerazione della sintomatologia, della sua evoluzione e del tempo trascorso dalla lesione.

Essendo il trigemino un nervo prevalentemente sensitivo le sue lesioni comportano perdita o riduzione della sensibilità termica, tattile, dolorifica e/o gustativa a seconda della fibra lesa. La sintomatologia varia da quadri di completa anestesia ad ipoestesia di variabile grado, parestesie e disestesie (parestesie provocate), allodinie e iperpatie (dolore allo stimolo tattile unico o ripetuto), iperalgesie (abbassamento della soglia del dolore) fino alla anestesia dolorosa. Le lesioni del nervo linguale si accompagnano a variabile grado di perdita delle papille gustative con deficit del gusto nell'area lesa. I test neurosensoriali (neurosensory testing NST) più comunemente usati durante l'esame obiettivo per la valutazione della lesione della sensibilità del nervo trigemino si distribuiscono in tre livelli (A, B e C) e forniscono indicazioni non solo sulla esistenza ma anche sul grado della lesione e sul tipo di fibra interessata. I test di livello A forniscono indicazioni sul danno alle fibre mieliniche a lento adattamento, i test B su quelle mieliniche a rapido adattamento ed i test C sulle fibre amieliniche che trasmettono gli stimoli nocicettivi.

La funzione gustativa non è semplice da indagare, nel caso del nervo linguale, poiché le papille percepiscono solo sostanze in diluizione e le soluzioni applicate durante i test non rimangono limitate alla zona lesa. Esami strumentali per la funzione gustativa (elettrogustometria) sono ancora in fase sperimentale. Esistono peraltro esami strumentali che indagano la funzione nervosa quali i potenziati evocati somato-sensoriali (PESS) e gli esami elettroencefalografici quali la soppressione esterocettiva della contrazione del massetere (riflesso inibitorio masseterino) i blink reflex (riflesso trigemino facciale) e diversamente utilizzabili per lesioni dei nervi alveolari e mentali ed i nervi linguali. Si tratta di esami che evidenziano una alterazione della conduzione nervosa nel lato leso in confronto al lato sano, ma che non danno indicazioni sulla causa e tipologia di danno occorso al nervo.

ACCERTAMENTO DELLA LESIONE NERVOSA E VALUTAZIONE DELLA MENOMAZIONE PERMANENTE - RACCOMANDAZIONI

- Una menomazione del nervo trigemino può essere considerata permanente e quindi valutata come tale solo a distanza di 6-12 mesi dalla lesione
- Il grado di emendabilità della lesione ottenuta con interventi di riparazione della fibra nervosa deve essere valutata solo all'esito del trattamento chirurgico e non in via preventiva considerati i rischi di insuccesso o di aggravamento che connotano tali interventi
- L'accertamento circa l'esistenza della menomazione deve considerare:
 - a. La compatibilità del meccanismo causale con il quadro lesivo riportato dal soggetto
 - b. un esame ispettivo accurato teso ad evidenziare alterazioni di aspetto (trofismo, tessitura della cute e delle mucose, ipotrofia papille gustative, ecc.) delle zone affette
 - c. test di stimolazione delle aree affette da eseguirsi con il soggetto ad occhi chiusi e costituiti almeno da un test per livello (A, B, C) dei test NST. I test devono essere eseguiti comparando la risposta del paziente per lato sano e lato affetto oltre ad essere ripetuti almeno due volte considerando attendibili le risposte con una coerenza pari all'80%. Risposte incoerenti devono indurre l'operatore ad escludere con attenzione l'esistenza di blocchi nervosi di branca farmacologicamente indotti (anestesia plessica, ad esempio) ed ancora attivi al momento della visita ed eventuali simulazioni di danno.
 - d. Esami strumentali (PESS, blink reflex) possono rappresentare un valido ausilio diagnostico.
 - e. Si deve inoltre indagare l'esistenza di eventuale dolore neuropatico e delle sue caratteristiche (intensità e frequenza) e di eventuale terapia farmacologica associata.
- La valutazione del grado di alterazione della funzione trigeminale e quindi dell'entità della menomazione che ne deriva deve quantomeno basarsi su un'accurata descrizione e considerazione di:
 - a. localizzazione ed estensione dell'area affetta dalla an/ipo/disestesia valutandone le specifiche ripercussioni funzionali (impacci masticatori o fonatori, atteggiamenti mimici, perdite di saliva, morsi accidentali, ecc.)
 - b. occorrenza di parestesie/disestesie e dolore neuropatico e la eventuale terapia farmacologica connessa
 - c. occorrenza di alterazioni del gusto (lesioni del nervo linguale).

A fini di registrazione dei segni/sintomi, che occorre evidenziare onde pervenire ad un congruo apprezzamento della menomazione che ci si accinge a valutare, in termini percentualistici, si ritiene utile proporre una tabella (Tabella 2.5) in cui raccogliere le evidenze di menomazione rilevate all'esame obiettivo. Le menomazioni sono riportate secondo una crescente gravità.

Tabella 2.5

TAVOLA SINOTTICA PER LE LESIONI NERVO TRIGEMINO

	LESIONI NERVI: ALVEOLARE, MENTALE, INFRAORBITARIO			LESIONI NERVO LINGUALE	
	Emilabio (vermiglio)	Cute, gengive e mucosa intraorale	Denti	Area interessata	Gusto – riduzione***
Estensione zona con disturbo neuro-sensoriale	<input type="checkbox"/> interamente coinvolto	Dimensioni*	Denti **	Dimensioni*	Salato <input type="checkbox"/>
	<input type="checkbox"/> parziale			Ipotrofia papille gustative	Dolce <input type="checkbox"/>
	<input type="checkbox"/> non coinvolto				Amaro <input type="checkbox"/>
			Presente <input type="checkbox"/>	Acido <input type="checkbox"/>	
			Assente <input type="checkbox"/>	Test non eseguito <input type="checkbox"/>	
NST - test A, B, C Lato malato	Discriminazione tra due punte (A)	Discriminazione direzione movimento (A)	Contatto lieve (B)	Stimolazione termica (C)	Punta acuminata/ Punta acuminata e smussa (C)
	Normale <input type="checkbox"/> Alterato <input type="checkbox"/>				
Sintomatologia Oggettiva	Allodinia o Iperpatia	Iperalgesia e/o Anestesia Dolorosa	Ipoestesia o Anestesia	Parestesie e/o Disestesie	Terapia farmacologica
	Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>				
Esami strumentali	Tipologia	Data	Risultato		
	Tipologia	Data	Risultato		
Elementi ispettivi	Cicatrici (morsi accidentali; bruciature,ecc.)	Ipotrofia labbro	Altro (descrivere)		

* riportare dimensioni e forma approssimativa dell'area coinvolta mappata all'esame obiettivo, specificandone la sede.

** Riportare il numero (FDI) dei denti che presentano risposta alterata ai test pulpari

*** Si utilizzano soluzioni poggiate sull'area lesa e se si è riscontrata una riduzione si apponga una " X".

Tabella 2.6

TABELLA DI VALUTAZIONE DEL DANNO BIOLOGICO LESIONI NERVO TRIGEMINO

Menomazioni	Danno biologico	Note
1) Lesioni del nervo alveolare inferiore (NAI) (monolaterale)	da 2% a 6%	<p><u>Forme lievi</u>: Ipo/anestesia di zone limitate (test A e/o B alterati) senza parestesie o dolore. Test C normali.</p> <p><u>Forme gravi</u>: ipo/anestesia estese a tutto il territorio di innervazione del nervo leso con parestesie e/o disestesie. Test C alterati</p> <p><u>Forme severe</u> per cui è possibile anche superare il massimo in tabella: ipo/anestesia con disestesie dolorose, test C alterati, dolore neuropatico che costringe all'assunzione farmacologica.</p>
2) Lesioni del nervo linguale (monolaterale)	da 3 a 8%	<p><u>Forme lievi</u>: Ipo/anestesia (test A e/o B alterati) di zone limitate senza parestesie o dolore. Test C normali</p> <p><u>Forme gravi</u>: ipo/anestesia estese ai 2/3 anteriori dell'emilingua. Test C alterati</p> <p><u>Forme severe</u> per cui è possibile anche superare il massimo in tabella ipo/anestesia con disestesie dolorose, test C alterati, dolore neuropatico che costringe all'assunzione farmacologica</p>
3) Lesioni del nervo infraorbitario (monolaterale)	da 2 a 6%	<p><u>Forme lievi</u>: Ipo/anestesia di zone limitate (test A e/o B alterati) senza parestesie o dolore. Test C normali.</p> <p><u>Forme gravi</u>: ipo/anestesia estese a tutto il territorio di innervazione del nervo leso con parestesie e/o disestesie. Test C alterati</p> <p><u>Forme severe</u> per cui è possibile anche superare il massimo in tabella: ipo/anestesia con disestesie dolorose, test C alterati, dolore neuropatico che costringe all'assunzione farmacologica.</p>
Lesione monolaterale del NAI e del nervo linguale	Da 6 a 15%	Vedi note menomazioni 1) e 2)

2.3 MENOMAZIONI DEI MASCELLARI ED ATM

2.3.1 MENOMAZIONI DEI MASCELLARI

I quadri fratturativi coinvolgenti il **mascellare superiore** (frattura del processo alveolare; frattura I di Le Fort; frattura II di Le Fort; frattura III di Le Fort; frattura sagittale del palato) possono in diversa misura interessare le arcate dentarie (con sviluppo di malocclusione o spesso la perdita dell'occlusione individuale) così come singoli o multipli elementi dentari.

Il coinvolgimento della struttura anatomica dei seni mascellari, in caso di lesione della parte posteriore del processo alveolare superiore, può causare la formazione di comunicações oro-antrali mentre la perdita di sostanza ossea delle creste alveolari del mascellare può giungere ad impedire la possibilità di riabilitazioni protesiche fisse su inserti implantari, potendo solo talvolta ritenersi emendabili mediante applicazione di innesti ossei. Nel caso del paziente edentulo, la gravità del quadro menomante da perdita di struttura ossea può essere più facilmente compensato mediante applicazione/modifica di congrua protesi rimovibile totale.

Le fratture mandibolari possono provocare quadri di risentimento neurologico di carattere permanente o solamente temporaneo, lesività post-traumatiche di vario grado ed estensione a carico degli elementi dentali fino a creare i presupposti per esiti invalidanti con conseguente impossibilità di sostituzione protesica di elementi dentari perduti, quadro talvolta solo parzialmente emendabile mediante uno o più opportuni interventi di chirurgia ricostruttiva.

Le fratture condilari – spesso non trattate chirurgicamente, ma solamente in via "chiusa" conservativa, possono causare DTM (disordini temporo-mandibolari) di varia gravità e deformità dentoscheletriche. Queste ultime sono per lo più caratterizzate, a livello dentario, da perdita dell'occlusione dentaria individuale con precontatti posteriori omolaterali sui molari e morso aperto contro laterale, a livello scheletrico da asimmetrie verticale e/o trasversale della emimandibola omolaterale per accorciamento del ramo mandibolare. **L'anchilosi temporo-mandibolare** rappresenta un quadro patologico estremo, ed oggi piuttosto raro, in grado di provocare gravi quadri disfunzionali interessanti non solamente la funzione masticatoria, con limitazioni talora severe della possibilità di mantenimento della corretta igiene orale (e con successivo sviluppo di lesioni cariose, malattie parodontali, perdita di denti) e della stessa possibilità di alimentazione, ma anche di carattere psicologico legate alle ripercussioni psico-relazionali-sociali della grave ed evidente limitazione. Un'anchilosi che si sia estrinsecata in età di accrescimento scheletrico può determinare la comparsa di alterazioni della crescita mandibolare residua, di gravità variabile a seconda dell'epoca della comparsa, esitanti in quadri patologici caratterizzati da deformità acquisite dento-scheletriche con ripercussioni estetiche e talora psicologiche.

2.3.2 I DISTURBI TEMPORO-MANDIBOLARI

I **disordini dell'articolazione temporo-mandibolare (DTM)** colpiscono la popolazione con una frequenza stimata fino al 12%. Possono derivare non solamente da condizioni post-traumatiche e rappresentano una patologia spesso grave in

quanto, oltre alle problematiche funzionali, si associano con elevata frequenza a dolore e a complessi quadri di carattere psicopatologico che, a loro volta, possono rappresentare fattore causale o concausale del disturbo ed influenzare la gravità dei sintomi e del funzionamento psico-sociale dell'individuo affetto.

Secondo i più recenti ed accreditati criteri diagnostici i TMD possono essere sinteticamente classificati in: **1. disordini dei muscoli masticatori**, caratterizzati da sintomi algo-mio-fasciali, influenzati dalla funzione o parafunzione, e con localizzazione o irradiazione del dolore, **2. disordini intra-articolari**, caratterizzati da semplice artralgia o artrite non complicate, o caratterizzati da dislocazione discale di vario grado, con o senza spontanea riduzione, e con o senza interessamento del movimento di apertura della bocca, con quadri che dalla riduzione del movimento giungono al locking chiuso o aperto (quest'ultimo per ipermobilità dell'apparato disco-ligamentoso) e vari gradi di rigidità fino all'anchilosi. Tra i disordini intra-articolari vanno anche annoverate l'alterazione degenerativa articolare (con deterioramento dei tessuti articolari, di quelli ossei condilari e/o dell'eminanza articolare).

RACCOMANDAZIONI PER L'ACCERTAMENTO

- La preliminare ricostruzione anamnestico-documentale della dinamica dell'evento traumatico (entità e direzione della forza, punto di applicazione) risulta indispensabile per la valutazione della compatibilità della lesione/menomazione con l'evento lesivo
- La presenza di asimmetrie, deviazioni, deformità dento-facciale acquisita, così come la presenza di DTM, andranno valutati con particolare riferimento alle accertabili condizioni preesistenti (stato anteriore) anche fisiologiche o para-fisiologiche (normale variabilità individuale, rimodellamento, modificazioni legate all'invecchiamento, parafunzioni); ogni esito distestetico o malocclusale associato a disgnazia verrà valutato separatamente con riferimento alle tabelle previste per queste ultime fattispecie
- La perdita dei rapporti verticali tra i mascellari andrà valutata in riferimento alla possibilità di restauro chirurgico/protesico dei rapporti originari.
- la presenza di perdite di sostanza dei mascellari o, al contrario, di tumefazioni, devono essere accuratamente descritte ai fini della valutazione delle possibilità ricostruttive/correttive.
- La presenza di dolore durante l'effettuazione dei movimenti mandibolari deve essere descritta in scala, circostanziata nella modalità di comparsa e riferita topograficamente
- Le perdite di sostanza dei mascellari interessanti anche l'articolato dentario dovranno essere valutate indipendentemente dall'eventuale perdita di elementi dentari (valutabili separatamente in riferimento alle tabelle relative al danno da perdita dentaria)
- Perdite di sostanza gravi delle creste ossee alveolari del mascellare e/o della mandibola, non suscettibili di emendazione mediante opportuni interventi ricostruttivi anche protesici, dovranno essere valutate indipendentemente dalle associate perdite dentarie (vedasi tabella relativa al danno da perdita dentaria)

- Il rilievo di punti dolorosi/trigger zone, oppure di aree disestesiche, ipo-anestetiche o parestesiche, verranno valutate in riferimento agli esiti di carattere neurologico (faciale, trigemino) ed alle relative tabelle.
- Nel caso di presenza di lesioni fistolose oro-antrali si consultino le tabelle specifiche relative ai seni mascellari.
- I gravi disturbi funzionali delle ATM – con la sola esclusione dell’anchilosi – andranno valutati separatamente da eventuali ripercussioni sull’apparato dentario.
- La misurazione dell’entità dei movimenti della bocca deve includere: la misura della massima apertura ivi compresa quella dell’overbite incisivo; l’eventuale riduzione o assenza dei movimenti eccentrici (lateralità e protrusiva)
- Va opportunamente valorizzata la fattispecie in cui, per l’emendazione del danno dentario, l’operatore sia costretto ad applicare protesi a- o para-fisiologica, invece che fissa, in conseguenza della menomazione.

Tabella 2.7

TAVOLA SINOTTICA PER L'ESAME OBIETTIVO DI DTM

Anamnesi per DTM	positiva	negativa	Descrizione		
Asimmetrie	presenti	assenti	Descrizione		
Dolore	Presente	localizzato	frequente	Modificato da funzione - descrivere	
	Assente	irradiato	raro	Scala 0-10	
Rumore articolare	Presente <input type="checkbox"/>	ghiaia	<input type="checkbox"/>	Iniziale	<input type="checkbox"/>
		sabbia	<input type="checkbox"/>	Intermedio	<input type="checkbox"/>
		click	<input type="checkbox"/>	finale	<input type="checkbox"/>
	Assente <input type="checkbox"/>				
Dislocazione discale	Con riduzione				
	Senza riduzione				
Lateralità	Dx	Normale <input type="checkbox"/>	Ridotta <input type="checkbox"/>	Abolita <input type="checkbox"/>	
	Sin	Normale <input type="checkbox"/>	Ridotta <input type="checkbox"/>	Abolita <input type="checkbox"/>	
Protrusiva		Normale <input type="checkbox"/>	Ridotta <input type="checkbox"/>	Abolita <input type="checkbox"/>	
Apertura della bocca	Tragitto	Rettilineo <input type="checkbox"/>	Sigmoide <input type="checkbox"/>	Latero- deviazione <input type="checkbox"/>	
	Entità	spontanea	mm		
		assistita	mm		
End feel	Elastico				
	Rigido				
Evidenze strumentali	Esame:	Evidenze descrizione			
	Esame:	Evidenze descrizione			

Tabella 2.8

TABELLA DI VALUTAZIONE DEL DANNO BIOLOGICO PER MASCELLARI E ATM

MANDIBOLA		
Menomazioni	Danno biologico	Note
Emimandibolectomia che non consente applicazione protesica)	30%	Compresi esiti estetici e dentali e masticatori Da valutarsi a parte i disturbi delle funzioni fonatoria e neurologica
Pseudoartrosi della branca orizzontale o della sinfisi non complicata da lesione neurologica	12-15%	
Pseudoartrosi della branca montante non complicata da lesione neurologica	8- 10%	

Esiti di frattura mandibolare con dislocazione	4- 6%	Con modesti esiti occlusali. Nel caso di importanti esiti rispetto alla preesistente occlusione individuale fare riferimento alla valutazione apposita Esiti estetici, neurologici e fonetici e perdite dentali devono essere valutati a parte
Esiti di frattura mandibolare senza dislocazione	1- 3%	Non comprende l'eventuale perdita di elementi dentari
Esiti di frattura del processo alveolare con perdita di sostanza per emiarcata	2- 4%	Nel paziente edentulo il valore si riferisce alle situazioni in cui la perdita comporti la impossibilità di realizzare protesi efficace (per ogni emiarcata)
MASCELLARE		
Menomazioni	Danno biologico	Note
Esiti di frattura mascellare superiore con dislocazione	3- 5%	Con modesti esiti occlusali. In caso di importanti esiti rispetto alla preesistente occlusione individuale fare riferimento alla valutazione apposita (malocclusioni). Esiti estetici, neurologici e fonetici e perdite dentali devono essere valutati a parte
Esiti di frattura mascellare senza dislocazione	1- 3%	Non comprende l'eventuale perdita di elementi dentari
Perdita di metà mascellare superiore	15-20%	Compresi esiti estetici e dentali e masticatori Da valutarsi a parte i disturbi della funzione fonatoria e neurologica
Frattura processo alveolare con perdita di sostanza	2-4%	Nel paziente edentulo il valore si riferisce ad ogni emiarcata qualora la perdita comporti impossibilità di realizzare protesi efficace
ATM		
Menomazioni	Danno biologico	Note
DTM algo-miofasciali senza danni articolari	2- 6%	La valutazione deve tener conto di: <ul style="list-style-type: none"> • limitazione all'apertura della bocca • costanza e gravità del dolore • affaticabilità masticatoria
DTM con alterazioni articolari	Alterazioni lievi 4- 9 %	con apertura* tra 20 mm e 30 mm
	Alterazioni Medie 10- 20%	con apertura* tra 11 a 20 mm. Alimentazione limitata a cibi soffici e semiliquidi
	Alterazioni gravi 21- 35%	con apertura* sotto i 10 mm. Alimentazione limitata a cibi semiliquidi e liquidi.
	Anchilosi 40%	comprensivo di tutti i danni concorrenti

* La massima apertura è misurata a livello inter-incisivo e deve essere adattata nel caso di paziente edentulo

2.4 MALOCCLUSIONI

Con “malocclusione”, si intende una condizione di scorretto rapporto di intercuspiazione tra gli elementi dentari delle due arcate, condizione che ricomprende anche squilibri di sviluppo tra i mascellari.

Le possibili conseguenze sono rappresentate da 1) problematiche psicosociali correlate all'estetica dento-facciale fino a costituire un vero e proprio handicap sociale; 2) problematiche funzionali masticatorie e fonatorie 3) maggior suscettibilità ai traumi, alle problematiche parodontali, alle lesioni cariose, ed in generale un deterioramento dentale correlato alla malocclusione.

In chiave di performance masticatoria, si è evidenziata la sussistenza di una significativa differenza di efficacia funzionale tra i soggetti con occlusione normale e quelli portatori di una malocclusione, con uno svantaggio funzionale crescente nel passaggio dalla prima alla seconda ed ancor più alla terza classe dentale, caratterizzandosi quest'ultima per lo svantaggio funzionale maggiore.

È invece controverso il rapporto tra la presenza di malocclusioni e l'adattamento funzionale tipico delle disfunzioni temporo-mandibolari, anche se l'analisi della recente bibliografia tende a negare la relazione tra alterazioni dell'occlusione e patologia articolare dell'ATM.

La prevalenza degli aspetti funzionali su quelli meramente anatomici, il rilievo degli aspetti estetici e delle pre-esistenze rendono complessa la categorizzazione delle menomazioni conseguenti a malocclusione e la messa a punto di appropriati parametri valutativi. Un utile inquadramento della gravità delle malocclusioni, accettato pressoché ovunque a livello internazionale, è rappresentato dall'Indice di Necessità di Trattamento Ortodontico (IOTN). Si tratta di un Indice suddiviso in 5 classi di gravità crescente, ideato per stadiare la necessità di un trattamento ortodontico in funzione della presenza di determinate alterazioni nella disposizione dentale, che si assume siano associate ad ingravescenti gradi di alterazioni funzionali.

RACCOMANDAZIONI NELLA VALUTAZIONE DELLE MALOCCLUSIONI

- La valutazione di una malocclusione richiede una attenta ricostruzione dello stato anteriore del soggetto prima dell'evento antiggiuridico causativo del danno ingiusto
- Solo il maggior danno sarà considerato in caso di eventuali malocclusioni pre-esistenti
- I parametri da adottare nell'esame obiettivo devono porre riferimento alla scala IOTN (vedi tavola sinottica).
- In caso di pre-esistenza per valutare il maggior danno compilare ove possibile due tavole sinottiche una con riferimento allo stato anteriore ed uno con riferimento alla malocclusione attuale
- A parte devono essere stimati danni causati da malocclusione e consistenti in: danno puramente estetico al volto ; lesioni alle strutture orali, pur se causate dall'eventuale trattamento ortodontico correttivo (lesioni cariose, riassorbimenti radicolari, alterazioni parodontali).

Tabella 2.9

TAVOLA SINOTTICA PER LO STAGING DELLE MALOCCLUSIONI

ESAME OBIETTIVO PER LA VALUTAZIONE DEL DANNO DA MALOCCLUSIONE				
<input type="checkbox"/> CONDIZIONE INIZIALE* (stato anteriore)		<input type="checkbox"/> CONDIZIONE FINALE* (quadro attuale)		
Parametro valutato		Classi IOTN		
		Grado 3	Grado 4	Grado 5
PARAMETRI MAGGIORI	Overjet positivo anteriore	da 3,5 a 6 mm con labbra incompetenti	Da 6 a 9 mm	> di 9 mm
	Overjet negativo anteriore	< 3,5 mm	> 3,5 mm ovvero < 3,5 mm con impaccio fonatorio o masticatorio	> 3,5 mm con impaccio fonatorio o masticatorio
	Cross Bites anteriori o laterali con discrepanza RC/ICP)	< 2 mm	> 2mm	
	Affollamento Dentario (dislocamento dei punti di contatto)	Tra 2 e 4 mm	> 4 mm	
	Open Bites anteriori o laterali	Tra 2 e 4 mm	> 4 mm	
	Deep Bite anteriore completo	Senza trauma tessuti molli	Con trauma tessuti molli	
	Scissor Bite posteriori	No	Sì, senza contatti occlusali	
PARAMETRI MINORI	Ipodonzia con necessità ortodontiche pre-restaurative		Lieve (un elemento per quadrante)	Grave (più di un elemento per quadrante)
	Alterazioni nell'eruzione (eccezion fatta per il terzo molare)		Eruzione parziale /inclinazione/ impattamento contro denti adiacenti con alterazioni del piano occlusale	Eruzione impossibile con alterazione del piano occlusale

* Laddove la malocclusione attuale si sia instaurata su un piano malocclusivo pre-esistente, la stadiazione della malocclusione preesistente e di quella attuale facilita la valutazione del maggior danno.

Tabella 3.0

TABELLA DI VALUTAZIONE DEL DANNO BIOLOGICO PER LE MALOCCLUSIONI

TIPO DI MALOCCLUSIONE	Danno biologico	Note
LIEVE	da 1% a 4%	Uno o più parametri maggiori sono pienamente di grado 3 ovvero uno dei parametri minori è di grado 4 dell'indice IOTN
MEDIA	da 5 a 8%	Uno o più parametri maggiori sono pienamente di grado 4 ovvero uno dei parametri minori è di grado 5 dell'indice IOTN;
GRAVE	da 9 a 12%	Uno o più parametri maggiori sono pienamente di grado 5 dell'indice IOTN

2.5 MENOMAZIONI DEL SENO MASCELLARE

I seni paranasali contribuiscono a ridurre il peso complessivo del cranio, fungono da cassa di risonanza accessoria nella fonazione, riducono l'effetto complessivo di traumi facciali assorbendo l'energia traumatica e prevenendone la trasmissione verso l'interno, hanno funzione di isolamento termico, riscaldamento ed umidificazione dell'aria inspirata.

Le patologie infiammatorie dei seni paranasali vengono indicate genericamente come sinusiti e possono riconoscere etiologia batterica, virale, fungina o allergica e sono caratterizzate da sintomi variabili fra cui ostruzione nasale, congestione, rinorea purulenta, dolore facciale o sensazione di pressione esacerbate alla pressione a livello sotto orbitario, sensazione di malessere generale, cefalea e talora febbre.

Gli interventi odontoiatrici che provocano comunicazioni oro-antrali o lacerazioni della membrana schneideriana possono alterare l'omeostasi del seno mascellare riducendone il drenaggio, favorendo la stasi aerea e la comparsa di quadri flogistico-infettivi che talora non recedono completamente nemmeno dopo appropriata terapia medica o chirurgica. Considerata la non trascurabile incidenza di sinusiti mascellari odontogene solo in tal senso si esaminano le menomazioni del seno mascellare in questa sede.

A livello clinico una sinusite può essere classificata come: **acuta** (se si risolve completamente in meno di 30 giorni), **subacuta** (se si risolve completamente in 30-90 giorni), **ricorrente** (se si presentano almeno 4 episodi all'anno che si risolvono comunque completamente in meno di 30 giorni e che sono separati da intervalli di più di 10 giorni), **cronica** (se dura oltre 90 giorni). La più comune complicità della sinusite è costituita dalla diffusione locale dell'infezione ai tessuti periorbitari ed orbitari (cellulite) o alle altre cavità sinusali (pansinusite); altre possibili complicanze, da non trascurare per la gravi ripercussioni, sebbene meno frequenti, sono la trombosi del seno cavernoso e gli ascessi epidurali e cerebrali.

L'approccio endoscopico alla sinusite mascellare risulta associato a minori morbidità, complicanze e reliquati chirurgici rispetto all'intervento classico secondo Caldwell-Luc.

I postumi conseguenti a sinusiti odontogene possono sovrapporsi a pre-esistenti compromissioni del seno mascellare (sinusiti croniche, cisti, ad esempio) o della ventilazione (deviazione del setto nasale, concha bullosa ipertrofica, ipetrofia turbinati, ecc.) di cui occorre opportunamente tenere conto nella valutazione.

RACCOMANDAZIONI VALUTATIVE – SENO MASCELLARE

- La valutazione deve muovere dall'accertamento dello stato anteriore dei seni paranasali ed in particolare di quelli mascellari
- La valutazione di quadri di pan-sinusite e/o di sinusiti mascellari con importanti esiti funzionali può richiedere un approccio multispecialistico (medico odontoiatra, specialista in Otorinolaringoiatria e/o in Chirurgia Maxillo-facciale).
- L'accertamento deve basarsi su evidenze obiettive, clinico-documentali e strumentali che possano supportare il dato anamnestico e sintomatologico riferito dal soggetto.

- L'accertamento del danno si indirizza a stadiare la gravità della sinusite mascellare
- Si deve accertare l'esistenza di eventuali danni accessori (al nervo trigemino, alla cresta alveolare, ad esempio) dandone opportuna e separata considerazione sia a fini descrittivi che valutativi.
- La valutazione deve porsi alla stabilizzazione del quadro clinico (sinusite, fistola oro-antrale) ovvero tenere conto delle possibilità emendanti della terapia medica e/o chirurgica

Tabella 3.1

TAVOLA SINOTTICA PER L'ACCERTAMENTO

	Sintomo/segno e stadio							
Sinusite mascellare	Acuta	<input type="checkbox"/>	Muco-pus nel faringe	<input type="checkbox"/>				
	Subcuta	<input type="checkbox"/>	Dolorabilità foro infraorbitario dx <input type="checkbox"/> sin <input type="checkbox"/>					
	Ricorrente	<input type="checkbox"/>	Segni di acuzie	<input type="checkbox"/>				
	Cronica	<input type="checkbox"/>	Cefalea / dolore facciale (riferiti)	<input type="checkbox"/>				
Fistola oro-antrale	Aperta	<input type="checkbox"/>	Chiusa (su rx)					
	> 5 mm	<input type="checkbox"/>	Da mucosa	<input type="checkbox"/>				
	< 5 mm	<input type="checkbox"/>	Da osso	<input type="checkbox"/>				
Obiettività radiografica	Radiografia bidimensionale	<input type="checkbox"/>	Seno mascellare	Antro	Condizioni anatomiche particolari			
	TC	<input type="checkbox"/>	Opacità massiva	<input type="checkbox"/>	Riduzione volume	<input type="checkbox"/>	Concha bullosa	<input type="checkbox"/>
			Livelli idro-aerei	<input type="checkbox"/>	Soluzioni continuità pareti	<input type="checkbox"/>	Deviazione setto	<input type="checkbox"/>
			Velatura	<input type="checkbox"/>	Esiti chirurgici meato	<input type="checkbox"/>	Ipertrofia turbinati	<input type="checkbox"/>
			Cisti a "sole nascente"	<input type="checkbox"/>	Altro	Altro
			Ispessimento mucoso	<input type="checkbox"/>
			Materiale/corpi estranei	<input type="checkbox"/>
			Altro
Obiettività endoscopica	Materiale/corpi estranei	<input type="checkbox"/>						
	Essudati	<input type="checkbox"/>						
	Ipertrofia mucosa	<input type="checkbox"/>						
	Ostruzione ostio	<input type="checkbox"/>						
	Altro	<input type="checkbox"/>						
Terapia farmacologica	Eseguita: descrivere durata e tipo							
	In corso : descrivere da quanto e tipo							

Nota: accanto alla singole voci se di interesse si può indicare la parte (dx/sin) in cui si è riscontrata l'alterazione

Tabella 3.2

TABELLA DI VALUTAZIONE DEL DANNO BIOLOGICO PER IL SENO MASCELLARE

Menomazione	Valutazione	Note
Sinusite cronica mascellare	2-5%	Il massimo è da riservare a casi con riacutizzazioni che richiedono terapia farmacologica
Fistola oro-antrale cronica	3-7%	La stima deve considerare le possibilità emendanti chirurgiche
Esiti chirurgia del seno mascellare	2-4%	Da applicare a quei casi in cui in assenza di un franco quadro di sinusite, gli esiti chirurgici siano importanti (difetto osseo di una parete del seno mascellare, riduzione di volume dell'antro; ampie antrostomie)

2.6 DANNO ESTETICO DEL TERZO INFERIORE DEL VOLTO

I quadri menomanti l'efficienza estetica di un individuo rappresentano aspetti interessanti non solamente il dominio personalistico della immediatamente evidente alterazione morfologica ed armonica del corpo e delle sue parti bensì anche quello fondamentale di tipo espansivo, dinamico-relazionale, con eventuali anche importanti conseguenze di carattere comportamentale, lavorativo e socio-culturale (soprattutto nelle estrinsecazioni più gravi del danno e che, nel nostro caso, potranno riguardare per lo più le gravi lesioni cicatriziali e i quadri disgnatici).

La funzione estetica è fortemente influenzata dai tratti morfologici e dinamici del volto tra cui spiccano, per la loro grande rilevanza ed in relazione alle loro potenzialità espressive, la bocca, i tessuti periorali e la dentatura. Il volto ed il sorriso, pertanto, rappresentano elementi di inestimabile valore per gli aspetti relazionali dell'individuo, con le importanti implicazioni già citate al paragrafo che precede.

Va senz'altro ricordato che l'apprezzamento estetico risente di valutazioni di carattere altamente soggettivo per cui è importante la definizione di procedure valutative sistematiche e il più possibile standardizzate onde ridurre al massimo, nel contesto valutativo medico-legale del danno e della sua personalizzazione, la soggettività dell'apprezzamento.

La menomazione dell'efficienza estetica del volto si considera, quindi, danno alla salute dell'individuo, compromettendo l'aspetto morfo-funzionale del volto (danno fisionomico) ma giungendo talora ad interessare la globale funzione estetica dell'individuo.

Essa può essere conseguenza di:

1- **alterazioni della simmetria dello scheletro facciale, alterazioni disgnatiche.**

Nessun volto è perfettamente simmetrico, ma modificazioni della simmetria morfo-dimensionale preesistente del volto, soprattutto conseguenti a fratture (traumatiche o chirurgiche) dello scheletro facciale, ed in particolare del corpo e della branca ascendente della mandibola, sono in grado di provocare importanti alterazioni disgnatiche esteticamente rilevanti

2- **alterazioni cicatriziali dei tessuti molli del terzo inferiore del volto.**

Il tipo di cicatrice che esita dopo una ferita dipende da una serie di fattori tra cui i più importanti sono: la sede interessata, l'estensione e la profondità della ferita, la evoluzione del processo di guarigione (guarigione fisiologica o patologica), il trattamento medico che è intervenuto. Anzitutto il pregiudizio fisionomico dovuto ad una cicatrice cutanea/mucosa dipende dalla sua visibilità che in generale è massima laddove si consideri la cute di questo distretto anatomico e minimale e talora assente laddove si considerino cicatrici mucose intraorali (nel vestibolo ad esempio). Da considerare che la cute e le mucose (labiali ad esempio) sono dotate di elasticità e durante i movimenti producono dei solchi comunemente indicati come linee di minima tensione cutanea (LMTC). Se una cicatrice cadesse in una di queste linee (solco naso-genieno ad esempio) la visibilità della cicatrice potrebbe essere notevolmente ridotta, mentre se cade perpendicolarmente si produce una visibile alterazione dello scorrimento cutaneo durante la funzione. Le LMTC e la

posizione/alterazione dovuta alla cicatrice devono essere osservate facendo eseguire al soggetto i normali movimenti mimici o funzionali del distretto esaminato. Ulteriormente una cicatrice del terzo inferiore del volto può determinare una alterazione alla tessitura, colore, mobilità della cute, agli annessi piliferi (barba, baffi). Particolarmente rilevanti dal punti di vista estetico sono le cicatrici patologiche: ipertrofica o cheloidea, retraente o una combinazione delle precedenti. Cicatrici molto estese, patologiche o che interessano i piani profondi possono comportare deficit funzionali (limitazioni dell'apertura della bocca, ad esempio) oppure ridurre l'efficienza di riabilitazioni protesiche (cicatrici nel vestibolo ad esempio). Elementi rilevanti per la valutazione del danno estetico da cicatrice sono: colore, rilievo, estensione, sede e visibilità, orientamento. Il criterio di visibilità risulta di gran lunga quello di maggiore importanza valutativa.

3- alterazioni della dinamica mimico-posturale dei tessuti periorali e delle arcate dentarie. La capacità espressiva del volto, aspetto così importante per la comunicazione interpersonale, è strettamente legata alla piena possibilità di postura e movimento corretti delle strutture mimiche del volto (ovvero della piena capacità di movimento della cute e della muscolatura periorale, armonia del sorriso) e della bocca (ovvero della possibilità di espletare correttamente e pienamente i fisiologici movimenti mandibolari senza antiestetiche deviazioni).

4- alterazioni della forma, della cromaticità e dell'allineamento dentale. Vale qui la pena solo di accennare a come il sorriso armonico sia espressione riconosciuta di pieno benessere psico-fisico, ovvero di salute, di vitalità, di autoconsapevolezza. Possono determinare un danno estetico alterazioni dentarie soprattutto a carico dei settori dentali anteriori come:

- inestetica discromia del dente/tessitura superficiale/morfologia (lesioni cariose visibili, visibili alterazioni displastiche dello smalto dentario, alterazioni della integrità coronale, ricostruzioni);
- malposizioni dentarie comportanti disarmonia della linea del sorriso come in caso di: malocclusioni con incompetenza labiale, morso aperto anteriore, overjet pronunciato, malallineamento dentario (soprattutto a carico dell'arcata dentaria maggiormente scoperta con il sorriso), discrepanze evidenti delle linee mediane interincisive, inclinazioni dei piani oclusali, scorretti rapporti dimensionali tra struttura del dente e della gengiva (per es. eccessiva scopertura).

RACCOMANDAZIONI PER L'ACCERTAMENTO

L'accertamento della menomazione estetica è quanto mai complesso, considerato che la percezione estetica è affetta da inevitabile soggettività; in tal senso al valutatore è richiesto il massimo dispendio di attenzione nell'accertamento e nella descrizione dell'inestetismo che sta valutando. L'accertamento della menomazione estetica dei due terzi inferiori del volto deve:

- Considerare lo stato anteriore del soggetto, le sue caratteristiche morfologiche, l'età ed il sesso oltre a valutare l'emendabilità dell'alterazione estetica con opportuni trattamenti.

- Per le cicatrici i difetti cutanei o i tatuaggi descrivere: posizione, estensione, colore, aspetto (a riposo e durante la mimica), difetti o eccessi di tessuto, visibilità, eventuali disturbi della sensibilità della cute/mucose, deficit funzionali associati
- Per le deformità del volto descrivere: l'alterazione (asimmetrie, deviazioni, ecc.) rispetto al lato sano sia a riposo che durante la funzione (fonazione, apertura-chiusura della bocca) descrivendone sede, estensione e visibilità.
- Per le arcate dentarie da considerare: l'allineamento dentale, la presenza di diastemi, la convessità della linea del sorriso, la centratura delle linee mediane, deformità/alterazioni/cicatrici muco-gengivali; discromie e deformità dentali. In ogni caso di alterazione intraorale deve essere considerata la visibilità della stessa sia a riposo sia durante la funzione (fonazione, sorriso).
- Considerare se l'alterazione estetica descritta possa determinare nel tempo un maggior impatto sia estetico sia funzionale ad esempio per la sopravvenienza di edentulia o comportare maggiore difficoltà nella realizzazione di talune riabilitazioni protesiche.
- Nell'ottica del rispetto del principio di personalizzazione del danno biologico, considerare tutti gli aspetti pregiudizievoli del quadro esteticamente menomante *"rispetto a tutte le attività, le situazioni ed i rapporti in cui la persona esplica se stessa nella propria vita"* anche con riferimento agli aspetti dinamico-relazionali dell'individuo leso.

Tabella 3.3

TAVOLA SINOTTICA PER L'ACCERTAMENTO DEL DANNO ESTETICO A LIVELLO DEL SORRISO - INDICE ESTETICO DEL SORRISO (SEI)

Parametro	Descrizione	Si = 1	No = 0
LINEA DEL SORRISO CORRETTA	Sono i margini incisali degli incisivi centrali superiori più coronali di quelli dei canini superiori, mostrando così una curva che sia armonicamente parallela al margine del labbro superiore?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
LINEA MEDIANA CORRETTA	È la linea mediana facciale corrispondente alla linea interincisiva, senza evidenti segni di asimmetria tra il lato destro e sinistro dell'arcata dentale superiore?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
CORRETTO ALLINEAMENTO DENTALE	risultano correttamente allineati i denti esposti durante l'atto del sorriso, senza manifestare malposizioni nei tre piani dello spazio – rotazioni, estrusioni, inclinazioni- ?)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
ASSENZA DI DEFORMITÀ DENTALI	Sono i denti esposti non abrasi e comunque privi di alterazioni di forma?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
ASSENZA DI DISCROMIE DENTALI	Mostrano i denti esposti un colore omogeneo o comunque non evidentemente alterato)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
ASSENZA DI DISCROMIE GENGIVALI	Mostra la gengiva esposta un colore omogeneo, o non alterato da infiammazione, pigmentazioni, macchie cicatriziali, ecc. ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
ASSENZA DI RECESSIONI GENGIVALI	Sono i margini gengivali correttamente localizzati senza determinare esposizione dell'area radicolare?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

ASSENZA DI ECCESSI GENGIVALI	È il profilo gengivale omogeneo e ben integrato con quelli adiacenti sull'aspetto bucco-linguale – ad es. profili eccessivamente bombati da innesti tissutali- ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
ASSENZA DI CICATRICI GENGIVALI	(È la tessitura superficiale gengivale omogenea e priva di evidenti segni di cicatrici?)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
ASSENZA DI DIASTEMA E/O PAPPILLA MANCANTE	si evidenzia la mancanza di diastemi o papille che non riempiono correttamente lo spazio interdentale?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Punteggio totale			

Tabella 3.4

TABELLA DANNO BIOLOGICO PERMANENTE PER IL DANNO ESTETICO AL TERZO INFERIORE DEL VOLTO

Danno estetico 3° inferiore del volto	Grado		
	Lieve 1- 3%	Moderato 4 - 9%	Grave 10-15%
Labbra, cute, volto*	<ul style="list-style-type: none"> Alterazioni minimali della simmetria e contorno di un labbro, cicatrici cutanee approssimativamente lineari < 3 cm non retraenti non particolarmente discromiche, senza limitazione funzionale 	<ul style="list-style-type: none"> Cicatrici cutanee lineari > 3 cm o composite che determinano infossamenti o alterazione dello scorrimento cutaneo ben visibili durante la funzione, cicatrici cutanee fortemente discromiche o patologiche (cheloidee, retraenti) asimmetrie del profilo mandibolare da minus/eccesso osseo (vedi anche voci sulle fratture mandibolari) minus/cicatrice iperplastica a carico del labbro con alterazione evidente del cromatismo del vermiglio e della simmetria, che si accentua alla funzione. 	<ul style="list-style-type: none"> Cicatrici con distruzione di ampie zone di tessuto cutaneo e/o fibrosi dovute a perdita di sostanza discromiche, retraenti Cicatrici patologiche con limitazione funzionale Perdita della mucosa del vermiglio di un labbro Gravi alterazioni del profilo dovuto ad interventi mandibolari (emi/mandibulectomia, ad esempio)

Sorriso (denti, gengive)	Disarmonie evidenti all'atto del sorriso quali: - asimmetrie ed alterazioni (> 2 mm) del festone gengivale in almeno due denti del settore anteriore - discromie dentali multiple nel settore anteriore - alterazioni dell'allineamento dentale (> 2mm) quali estrusioni o spostamenti di almeno due elementi dentali nel settore anteriore - SEI* tra 4 e 6	- SEI ≤ 3
---------------------------------	--	-----------	------

Note: la tabella riporta voci che devono essere intese come mere esemplificazioni indicative del grado di menomazione estetica. Per le molteplici menomazioni non ricomprese in tabella vale il principio generale della analogia. Le percentuali espresse in tabella riguardano esclusivamente il danno estetico da integrare per eventuali diverse tipologie di danno (masticatorio, sensoriale, ecc.) oltre ad eventuali ripercussioni sui rapporti inter-relazionali.

*Indice Estetico del Sorriso – vedi Tabella 3.3

Aspetti particolari della valutazione

3.1 DANNO PSICHICO

Con frequenza crescente si assiste alla richiesta a titolo di risarcimento, di un danno della sfera psichica e psicologica ascritto causalmente ad un trattamento odontoiatrico. Anche senza voler interpretare tale tendenza, secondo malevoli spunti di pretestuosa ambizione economica, appare logico ritenere che un soggetto magari sottoposto a trattamenti impegnativi e costosi, non andati a buon fine, per di più impegnativi di strutture, come la bocca, i denti e le parti molli viciniori dotate di particolare sensibilità ed esposte alla condivisione esterna ed inter- relazionale, sia indotto a percepire il danno come cagionato di turbe che impegnano la sfera psichica, dalla più elementare forma di disagio a quella, maggiormente strutturata, di danno psichico e psicologico nosologicamente inteso.

Per tale motivo è necessario che l'Odontoiatra che si trovi, a vario titolo, a dover valutare un danno di sua pertinenza, tenga conto anche di tale aspetto, che, pur non essendo di sua specifica pertinenza diagnostica, può assumere dimensioni significative nell'economia generale del risarcimento e che, pertanto, merita attenzione, pur contenuta nell'ovvio limite delle potestà dell'Odontoiatra.

Anzitutto di fronte alla possibile presenza di un effettivo danno alla sfera psichica e psicologica, occorre porsi nello stato assolutamente terzo, per cui non deve tendersi ad una accettazione aprioristica del danno lamentato, come ad un suo altrettanto aprioristico rifiuto. L'assistito deve essere con pazienza e professionalità ascoltato senza esprimere giudizi o commenti, avendosi come primo obiettivo la possibilità di individuare se lo stato negativo che si avverte, può rientrare nella ovvia e limitata condizione di risentimento o di fastidio che l'infermità indurrebbe in chiunque ovvero si manifesti con espressioni e sintomi che travalicano l'ordinario per la specifica del caso. Non solo, ma da un colloquio ben condotto e finalizzato, oltre che dall'esame della documentazione sanitaria, non sempre di esclusiva pertinenza odontoiatrica, è possibile anche assumere qualche informazione sullo stato anteriore, essenziale ai fini dell'inquadramento del danno eventualmente da risarcire, ma anche per l'Odontoiatria clinica, nella misura in cui la conoscenza del soggetto e delle sue condizioni precedenti al trattamento, rappresenta ottimo modello di prevenzione del contenzioso.

Ciò premesso, occorre ricordare come per la metodologia diagnostica medico-legale è essenziale l'approfondimento in materia di nesso di causalità, postulandosi la possibilità che un effetto sia determinato da un antecedente ove risulti la positiva soddisfazione di ben noti criteri:

- Criterio cronologico
- Criterio topografico
- Criterio dell'adeguatezza lesiva
- Criterio della continuità fenomenica
- Criterio di esclusione di altre cause

RACCOMANDAZIONI PER L'ACCERTAMENTO

- L'intervento odontoiatrico e le sue conseguenze, oltre che, ovviamente, erronei o malcondotti, devono essere causalmente adeguati, con riferimento al tipo di intervento, alla durata di applicazione, alle caratteristiche delle conseguenze, ad eventuali sofferenze e disagi che possa aver indotto, a determinare un coinvolgimento psichico che, nel caso di specie, travalichi l'ordinario fastidio che lo stesso tipo di intervento avrebbe determinato in chiunque lo avesse subito (criterio dell'adeguatezza lesiva).
- L'assistito deve essere in grado di esibire prova documentale di essersi sottoposto a visite e controlli psicologici o psichiatrici nel periodo di tempo successivo al trattamento e che da tali accertamenti sia emersa la sussistenza di un quadro patologico oggettivo e permanente (criterio della continuità fenomenica).
- Il danno stesso deve risultare accertato nella sua fondamentale stabilizzazione, a distanza di un congruo lasso di tempo dall'inizio della sintomatologia e l'inizio stesso deve essere databile in un tempo congruo successivo al trattamento (la soddisfazione del criterio cronologico, infatti, prevede, ad esempio, che i sintomi di un coinvolgimento psichico si manifestino a breve distanza dal termine del trattamento e che possano considerarsi stabilizzati non prima che siano decorsi sei mesi-un anno dalla loro iniziale manifestazione).
- Una accurata anamnesi deve poter escludere, nei limiti, ovviamente che si possono riservare a quanto riferito, che sussistano altri elementi causali, in presenza di danno psichico, causalmente dotati di pari o maggiore efficienza lesiva rispetto al trattamento odontoiatrico, cui riservare maggiore considerazione, rispetto a quello, in termini di determinismo causale (Criterio di esclusione).
- Si è dell'opinione che solo quando possa considerarsi un danno effettivamente presente come patologia di rilievo nosologico, si abbia la soddisfazione della maggior parte dei criteri esaminati e soprattutto l'incongruità della condotta e la tipologia del trattamento siano dotati di quasi evidenza probatoria, il caso debba passare alla competenza dello Specialista, per un corretto ed idoneo inquadramento diagnostico ed una pari corretta ed idonea definizione valutativa.

Sul piano dell'inquadramento del danno, dunque e della sua valutazione, occorre procedere ancora alla considerazione di un duplice ordine di problemi relativi alla figura professionale competente per l'accertamento e al corretto inquadramento risarcitorio del danno psichico/psicologico.

Per quanto attiene la figura professionale competente il discorso deve muovere dal presupposto secondo cui, ove ci si debba confrontare con una patologia psichica, passibile di inquadramento nosologico e da sottoporre a diagnosi differenziale, trattasi indubbiamente di atto medico che, investendo una sfera diversa da quella di pertinenza del medico-odontoiatra, deve coinvolgere la professionalità medico-chirurgica, donde la necessità di procedere ad accertamento medico-legale e/o specialistico.

Al contrario il corretto inquadramento risarcitorio, ove non risulti la necessità di porre diagnosi differenziale per una patologia nosologicamente di interesse psichiatrico/psicologico, può essere gestito direttamente dal medico-odontoiatra e ciò avendo a riferimento alle diverse fattispecie che si possono presentare:

- la sussistenza della patologia non è dimostrata (e si ricorda che la dimostrazione del danno è onere probatorio a carico del ricorrente). In particolare ciò si verifica allorché non risulti alcun riscontro documentale di accertamenti e/o trattamenti effettuati nel periodo successivo all'atto professionale odontoiatrico in discussione o non è trascorso tempo sufficiente (almeno un anno) perché possa presumersi una stabilizzazione del danno ovvero la certificazione presentata non si mostri minimamente accettabile ed esaustiva. La inaccettabilità delle richieste può agevolmente essere dedotta dal medico-odontoiatra non implicando alcun atto pur latamente da riservarsi in via esclusiva alla professione medico-chirurgica (segnatamente diagnosi differenziale di patologia psichica). Sul piano operativo dunque il medico-odontoiatra ben può proporre la reiezione del danno psichico/psicologico od eventuali "arrotondamenti" della valutazione laddove il danno non sia supportato da adeguata e documentata diagnosi.
- nella fase di accertamento del danno psichico l'odontologo può fornire allo specialista valutazioni estremamente rilevanti in ordine alla potenzialità lesiva del trattamento/patologia odontoiatrica vs il danno psichico o psicologico da porre in confronto con quella di altri eventi coincidentali con il trattamento che possono essere dotati di ben più significativa valenza lesiva (problemi familiari, lavorativi, lutto, preesistenze note, ecc.).

3.2 PERSONALIZZAZIONE DEL DANNO

Il concetto di risarcimento si riferisce alla necessità di ripristinare in modo completo il bene perduto, per cui ogni pregiudizio arrecato alla persona od alle sue cose od al suo reddito, deve essere considerato nel computo definitivo del ristoro economico. È evidente che tale nozione dovrebbe subire un pesante *restyling*, nel momento in cui si è introdotto il danno biologico, la cui traduzione economica non può che essere espressa in termini assolutamente convenzionali (percentuale di invalidità permanente e valore della quota giornaliera assegnata alla invalidità temporanea, riferiti, come sopra si è detto, alle attività quotidiane comuni a tutti), riassumibili in tabelle valutative del tipo di quella che qui si propone, proprio in quanto svincolato dalla realtà dell'esistente specifico; donde la opportunità di ricondurre la compensazione del danno biologico in responsabilità civile dalla prospettiva del risarcimento a quella, assai più consona, dell'indennizzo.

In ogni modo, rifacendosi alla nozione, ancora imm modificata, di risarcimento come completo ristoro dei beni perduti, nei limiti, ovviamente, che tali beni possano in effetti ritenersi detenuti in epoca antecedente all'illecito, considerato che il danno biologico è espresso come menomazione incidente sulle attività proprie alla vita quotidiana comune a tutti e che per tale motivo può essere percentualizzato (posto che una valutazione percentuale è possibile da esprimere nel solo caso in cui l'entità valutata prescindia dalle caratteristiche individuali); il danno biologico deve essere anche debitamente personalizzato, nel momento in cui se ne deve stimare l'entità in riferimento non ad una categoria teorica quale può dirsi l'essere umano (a prescindere dal sesso, dall'età, dalle caratteristiche personali, gli usi, le attività non produttive e quant'altro) ma calata nella realtà del singolo individuo, con le modifiche della vita pregressa indotte dalla menomazione e con le ripercussioni di disagio, di disturbo e di dequalificazione che derivano dalla nuova e diversa situazione prodottasi in conseguenza del fatto illecito.

La personalizzazione, dunque, non può certamente, dal punto di vista medico-legale, essere trasformata in una sintesi percentuale, per cui dovrà darsene una puntuale e dettagliata descrizione, nel momento in cui la menomazione condizioni in modo più o meno pesante, ma particolare rispetto alla totalità degli individui, la quotidianità del soggetto, rispetto ad un dimostrabile stato anteriore.

In altri termini e procedendo a qualche esemplificazione, appare chiaro che un danno stomatognatico, che determini ipogeusia e iposmia, a parità di valutazione come percentuale di danno biologico, deve prevedere una componente di personalizzazione in un soggetto che sia dimostrativamente dedito all'arte culinaria, magari membro attivo di associazioni enogastronomiche che si riuniscono periodicamente per manifestazioni specifiche e via dicendo, ferma restando la assoluta aredditualità dell'impegno. Risultando di piana evidenza che, indubbiamente essendo onere di parte richiedente di fornire dimostrazione probatoria di quanto affermato, la quotidianità e la qualità della vita in una persona come esemplificata risulta assai più disturbata e compromessa, di quanto avvenga per un comune cittadino. E lo stesso ancora, può dirsi per un soggetto che si dedichi, per esempio, alle arti marziali e che subisca un danno per cui si rende necessario indossare per lungo tempo un presidio ortodontico fisso (nel qual caso vi è obbligo di rinunciare alla attività agonistica anche amatoriale).

Le esemplificazioni potrebbero moltiplicarsi, senza aggiungere nulla di nuovo e di diverso, mentre ciò che particolarmente interessa è che, sul piano medico-legale, compito del valutatore non potrà che essere quello di fornire una descrizione accurata delle attività di cui il soggetto lamenta il limite o la cessazione coatti a seguito del danno subito, esprimendosi in termini di compatibilità causale fra quanto lamentato e quanto effettivamente può essere occorso ed anche sul grado di effettiva ingerenza della menomazione sulle attività come descritte; riservandosi a chi è chiamato a definire la traduzione monetaria del danno risarcibile, il compito di assegnare un valore secondo equità al bene che sia dimostrativamente perduto. Le tabelle del Tribunale di Milano prevedono una maggiorazione percentuale rispetto al valore economico del punto a fini di personalizzazione del danno biologico.

Ove circostanze particolari lo richiedano, quando, cioè, la gravità del danno o le sue particolari caratteristiche o le particolari caratteristiche del soggetto e delle sue attività, possono richiederlo, si può prevedere una quota aggiuntiva di personalizzazione del danno per un ammontare da stabilire secondo equità (compito che spetta, ovviamente, non al tecnico) per la statuizione del quale, tuttavia, hanno importanza determinante le modalità descrittive di cui sopra si è detto.

Finito di stampare nel mese di Febbraio 2016
dalla Ragusa Service srl • Via delle Mimose, 62/64 • 70026 Modugno (BA)
tel. +390809645420 / fax +390809645413
www.ragusaprintemultimedia.it • info@ragusaservice.it

