L’abusivismo dentale:

non solo l’odontotecnico che lima

Limiti e possibilità terapeutiche dell’équipe sanitaria odontostomatologica

Un approfondimento a cura del Dott. Andrea Mazzero

L’abusivismo dentale: non solo l’odontotecnico che lima

Limiti e possibilità terapeutiche dell’équipe sanitaria odontostomatologica

Un approfondimento a cura del dott. Mazzero Andrea

Che cosa sappiamo dell’**abusivismo dentale**? Sappiamo davvero cos’è? Si tratta solo di un odontotecnico che lavora come protesista, oppure c’è dell’altro? Scopriamolo insieme in questo articolo.

L’**art. 348** del codice penale punisce chiunque eserciti abusivamente una professione per la quale è richiesta un’abilitazione dallo Stato; la pena è severa, sono **fino a 3 anni di carcere**, **fino a 50.000€ di multa** e la confisca di quanto è servito all’abusivo per esercitare la professione a lui preclusa. Questo è universalmente noto, ma quello che meno persone sanno è lo stesso art. 348 punisce più severamente il professionista che favorisce tali attività: sono **fino a 5 anni di carcere** e **fino a 75.000€ di multa**. Il **Codice di Deontologia Medica vieta** al medico **di collaborare o favorire l’esercizio abusivo** della professione, imponendo la denuncia all’Ordine. Ma nello specifico, cosa si intende con abusivismo? E quando un’attività è lecita? Scopriamolo insieme in questo articolo.

Il **medico odontoiatra**, abilitato dallo Stato e iscritto all’Ordine professionale **può esercitare tutta l’arte odontoiatrica**, senza necessità di ulteriori specializzazioni, corsi ad hoc o altre abilitazioni. Questo è confermato dall’Allegato al Decreto Ministeriale 16 marzo 2007 (G.U. del 9 luglio 2007 n. 155), nel quale viene specificato che la laurea in odontoiatria è un “*percorso formativo caratterizzato da un approccio olistico ai problemi di salute orale della persona sana o malata, anche in relazione all'ambiente fisico e sociale che lo circonda*” e che, pertanto, l’odontoiatra può “*praticare la gamma completa dell'odontoiatria generale nel contesto del trattamento globale del paziente*”. In tal senso, le **scuole di specializzazione** di area odontoiatrica, pur garantendo una formazione di altissima qualità e un grado elevato di perizia, **non conferiscono** al professionista un’**abilitazione esclusiva**. Pertanto, nessun odontoiatra privo di specializzazione può essere accusato di abusivismo se esercita la chirurgia orale, l’ortodonzia o l’odontoiatria pediatrica.

L’**odontoiatra** può incorrere in **esercizio abusivo** di professione quando **non opera** entro la **cornice normativa** dell’art. 2 della legge 24 luglio 1985, n. 409; ciò significa effettuare diagnosi e trattamenti che non riguardano i denti, la bocca, le mascelle e i relativi tessuti, prescrivere medicamenti non necessari all’esercizio della professione o esercitare attività di medicina estetica in altri distretti o ricorrendo a tecniche invasive nel distretto di competenza. A titolo esemplificativo, ma non esaustivo, l’**odontoiatra** incorre in **esercizio abusivo** di professione se **referta immagini radiologiche**, se **esegue attività** medico-chirurgiche in **orofaringe**, se **prescrive** medicamenti per problematiche **non relative** al **cavo orale**; ancora, se esegue **attività** di **chirurgia maxillo-facciale** che, pur realizzandosi nel distretto anatomico esattamente menzionato dalla normativa, **costituiscono** per l’odontoiatra **esercizio abusivo** di professione, in quanto **tali attività sono specialmente normate** (Decreto Interministeriale 4 febbraio 2015, n. 68, in attuazione del d.lgs 368/1999. Limitatamente alla medicina estetica, la neonormata facoltà dell’**odontoiatra** di eseguire trattamenti di **medicina estetica** non invasivi o minimamente invasivi al volto ha estinto ogni diatriba sulla **legittimità** di **tali trattamenti**, ma permangono legittime perplessità in relazione all’**indefinito concetto** di **invasività**.

Il **chirurgo maxillo-facciale** è un **medico chirurgo** specializzato in chirurgia maxillo-facciale; la sovrapposizione del distretto anatomico di competenza sovente genera equivoci e dubbi sui limiti e sulle facoltà di cura dello specialista fra i meno esperti. Come rileva l’art. 1 della legge 409/1985, l’**odontoiatria** può essere esercitata **solo dai laureati in odontoiatria e protesi dentaria**, regolarmente abilitati e iscritti all’Albo. Il dispositivo dell’art. 20 è una clausola di salvaguardia e **tutela i diritti acquisiti** dei medici chirurghi che avevano titolo per esercitare l’odontoiatria all’atto di pubblicazione della legge in Gazzetta Ufficiale; si tratta di una categoria di soggetti tutelati la cui consistenza è tuttavia destinata a ridursi progressivamente in ragione del naturale esaurimento anagrafico del gruppo. Ad oggi, nessun laureato in medicina e chirurgia può esercitare l’odontoiatria e la protesi dentaria se non è in possesso anche di

tale laurea e relativa abilitazione. La Corte di Cassazione, sesta sezione penale, con sentenza n. 2691 del 2018, ha ribadito che il **chirurgo maxillo-facciale** che **eserciti l'odontoiatria** incorre in **esercizio abusivo di professione**; i giudici di legittimità sottolinearono l'**inconsistenza** del possesso di **master universitari in ambito** odontostomatologico e **implantoprotesico** (nello specifico, "implantoprotesi in odontostomatologia" e "chirurgia orale") da parte dello specialista in chirurgia maxillo-facciale, così come il superamento di un esame di odontostomatologia durante il corso di laurea magistrale. *Ibidem*, la Suprema Corte ha riaffermato che la **facoltà** di esercizio di **tutte le branche della medicina** da parte del soggetto abilitato, ancorché basata sull'assenza di una legge di definizione in termini positivi ed univoci di un contenuto tipico dell'attività del medico chirurgo, è tuttavia **vincolata** dalle **leggi ordinarie** che subordinano l'esercizio di una specifica branca ad un corso di laurea distinto da quello in Medicina e Chirurgia.

Già il 19 gennaio 2009 il Ministero della Salute, con nota della Direzione Generale delle Risorse Umane delle Professioni Sanitarie, intervenne escludendo il chirurgo maxillo-facciale dai professionisti abilitati a svolgere l'attività odontoiatrica e chiarendo che l'implantologia con finalità odonto-protesiche è preclusa al non laureato in odontoiatria e protesi dentaria; l'unica eccezione a ciò, esplorata e confermata anche dalla Cassazione nella summenzionata sentenza, è data dal **chirurgo maxillo-facciale**, il quale può **posizionare impianti** "*solo **su indicazione** e conseguente progettazione dell'intero piano di trattamento da parte dell'odontoiatra*". Ad ogni modo, la successiva progettazione e realizzazione della **protesi dentale** su impianti è tassativamente **riservata all'odontoiatra**.

Si noti, infine, che a nulla vale la tesi talora riportata secondo la quale la dicitura "***anestetico locale** ad uso odontoiatrico*" riportata sul confezionamento primario di alcuni farmaci – o sull'etichetta dei medesimi – precluda il loro utilizzo ad altri sanitari. Infatti, tali medicinali sono ceduti dietro **ricetta USPL** *ex* art. 94, d.lgs 24 aprile 2006, n. 219, e i **professionisti abilitati** al loro utilizzo sono tutti quelli individuati dalla Determinazione AIFA n.1067 del 29 luglio 2016: anestesisti rianimatori, specialisti in odontoiatria e stomatologia, odontoiatri, **chirurghi maxillo-facciali**.

All'**Assistente di Studio Odontoiatrico** è **preclusa qualsiasi manovra** cruenta o incruenta sul paziente, diagnostica o terapeutica, in ossequio al DPCM 9 febbraio 2018; all'ASO tali azioni sono precluse **anche in presenza dell'odontoiatra**, potendo solo svolgere attività finalizzate all'assistenza, alla predisposizione dell'ambiente e dello strumentario e all'accoglimento e gestione della pazientela. L'ASO non è un sanitario, non figurando nell'elenco delle professioni sanitarie, bensì un **operatore di interesse sanitario** (come il massofisioterapista e l'operatore socio-sanitario), con la diretta conseguenza che non gli è concessa né l'esecuzione di alcuna manovra terapeutica, né di effettuare procedure diagnostiche (come l'esecuzione di radiografie) o di somministrare o prescrivere medicamenti. L'**autonomia** stessa dell'ASO in ambito clinico è **limitata** ed è sempre soggetta alla supervisione del medico sul quale, di converso, opera un obbligo *in vigilando*.

L'**igienista dentale** è l'**operatore sanitario** istituito con il decreto del Ministero della Sanità 15 marzo 1999, n. 137, che recepì quanto stabilito dall'art. 6, comma 3, del d.lgs 30 dicembre 1992, n. 502; **lavora** in équipe con il medico e ha una **determinata autonomia professionale** nelle aree di sua stretta dipendenza, pur operando **su indicazione dell'odontoiatra** e si occupa essenzialmente di **educazione, istruzione e prevenzione** sanitaria orale, provvede all'**ablazione del tartaro** e alle **levigature radicolari**, nonché all'applicazione topica dei **mezzi di profilassi**. Si noti che la precedente norma (DM 14 settembre 1994, n. 669) prevedeva che l'igienista dentale operasse "*alle dipendenze*" del medico; l'evoluzione storica ha portato seco nuove normative e nuove espressioni della giurisprudenza (v. sentenza del Consiglio di Stato 01703/2020), secondo le quali tuttavia l'autonomia summenzionata non può essere tale "*da elidere la necessità della compresenza [...] dell'odontoiatra*", implicando con ciò che in nessuno studio medico l'igienista possa operare senza la presenza fisica nello stesso dell'odontoiatra. **Ogni altra attività** non prevista dalla normativa **è preclusa all'igienista dentale**, quali a titolo esemplificativo, ma non esaustivo, la somministrazione di farmaci (come anestetici locali, anche spray) e la prescrizione o esecuzione di accertamenti diagnostici (incluse le radiografie). La surrichiamata "*indicazione*" implica che l'igienista dentale **non può eseguire alcuna terapia senza** che il paziente abbia effettuato una **visita preliminare** con un **odontoiatra**. Questo obbligo esiste unicamente a tutela

della salute del paziente, infatti solo il **medico** può rilevare l'**anamnesi**, effettuare **diagnosi** stomatologica e **pianificare le cure** del caso, intercettando precocemente eventuali disordini orali potenzialmente maligni o lesioni neoplastiche, il cui ritardo diagnostico può comportare un rischio per la vita del paziente.

Un aspetto interessante – e pernicioso – degli aspetti normativi della professione dell'igienista dentale riguarda lo **sbiancamento dentale**, attività consolidata e nella pratica quotidiana di ogni igienista. Lo sbiancamento non è menzionato da **nessuna legge o decreto** ministeriale inerente alla professione in esame e **non è presente** negli **obiettivi formativi ministeriali** del rispettivo **corso di laurea**, anche se alcuni Atenei lo citano nel loro programma formativo. Tuttavia, come ricorda la menzionata sentenza degli ermellini 2691/2018, il sistema di abilitazione all'esercizio attualmente vigente non può dirsi derogato attraverso percorsi di formazioni, attraverso stage o master, anche sostenuti da ore di clinica; in altri termini, la mera partecipazione ad un **corso universitario** nell'ambito del percorso di laurea **non conferisce alcuna potestà** o legittimazione giuridica allo svolgimento dell'attività professionale corrispondente. Lo sbiancamento dentale è un trattamento minimamente invasivo, caratterizzato da rischi concreti per la salute pressoché inesistenti e con benefici di pressoché sempre evidenti; ciò nonostante, è opportuna in questa sede una valutazione meramente forense e scevra da giudizi di parte. *In primis*, da un punto di vista formale, lo **sbiancamento** esterno può configurarsi come **atto terapeutico** solamente nei casi in cui viene eseguito **in presenza di condizioni patologiche** dentali o anomalie dentali, congenite o acquisite, tali da determinare una discolorazione trattabile con lo sbiancamento, sia esso domiciliare o professionale. **In assenza di malattia** o sue sequele, **lo sbiancamento** non costituisce nemmeno un trattamento preventivo, bensì un **atto potenziativo** dell'estetica dentale del paziente, fattispecie priva di qualsivoglia intento curativo, non configurando alcun miglioramento della salute orale. In via esemplificativa, si immagini un paziente fumatore, nel quale l'ipercorrezione del colore dentale dopo igiene orale professionale e sbiancamento può configurarsi, *lato sensu*, come prevenzione di un'affezione oro dentale quale la discolorazione estrinseca dello stesso da parte del pigmento nicotinico. *In secundis*, le **mascherine** per lo sbiancamento domiciliare sono, a tutti gli effetti, degli apparecchi di protesi dentaria **realizzati** *ex lege* **dall'odontotecnico su prescrizione del medico abilitato** all'esercizio dell'odontoiatria e protesi dentaria; ne consegue che, ipotizzando una potestà mansionaria all'esecuzione del trattamento in oggetto da parte dell'**igienista**, questi **non può** in nessun caso **collaborare autonomamente con l'odontotecnico, né prescrivere** la fabbricazione di **mascherine** per lo sbiancamento**,** dovendo in ogni caso riferire all'odontoiatra. Limitatamente alla **rilevazione delle impronte**, tale atto si cela nella caligine normativa; il **silenzio del legislatore** consente interpretazioni diametralmente opposte, tutte con valide argomentazioni. D'altro canto, la **riserva di attività** stabilisce che determinate prestazioni – quali la realizzazione di dispositivi protesici su misura – sono riservate al soggetto abilitato, quale il laureato in odontoiatria e protesi dentaria. In conclusione, considerato che l'igienista opera su indicazione dell'odontoiatra e considerata l'impossibilità di prescrivere la realizzazione di mascherine all'odontotecnico, è lecito asserire che l'**igienista non può** autonomamente **eseguire sbiancamenti** in assenza di malattia o in difetto di prevenzione di affezioni dentali.

L'**odontotecnico** è una professione normata da una legge quasi centenaria e mai modificata, facente parte delle **arti ausiliarie delle professioni sanitarie**; pur difettando di un sistema ordinistico, gli odontotecnici sono registrati in un elenco presso il Ministero della salute, dove sono riportati anche i tipi di dispositivi medici su misura che realizzano. Gli odontotecnici incorrono in **esercizio abusivo** di professione laddove operino al di fuori di quanto previsto dall'**art. 11 del Regio Decreto 1334 del 1928**; la formulazione della disposizione normativa riflette – in modo inequivocabile – una ***ratio legis*** volta a contenere il rischio di esercizio abusivo di professione, mostrando la volontà del legislatore di **delimitare** rigorosamente l'**ambito delle competenze professionali**; ciò è particolarmente evidente nel comma 2, di natura esclusivamente impeditiva, e nell'utilizzo nel comma 1 dell'avverbio rafforzativo "*unicamente*". Assunto che la norma è lapidaria nello stabilire che all'**odontotecnico** è **preclusa qualsiasi manovra** nella cavità orale, gli ermellini hanno sentenziato (V sez pen, n. 17164 del 24/04/2024) che commette il delitto di cui all'art. 348 del codice penale anche "*l'odontotecnico che provveda ad* ***ispezionare la cavità orale*** *del paziente per verificare le condizioni di una protesi*". La CCEPS, con decisione n. 10 del 30

gennaio 2019, ha specificato che è censurabile sul piano deontologico la condotta dell'**odontoiatra** che non provvede ad **adottare misure atte a separare i rispettivi ambiti lavorativi**. Similmente, la Commissione ha ritenuto configurabile una *culpa in vigilando* nel caso di un odontoiatra che concede all'odontotecnico libertà d'accesso allo studio dentistico, in tal modo agevolando l'esercizio abusivo di professione di questi. Alla luce delle richiamate fonti normative e giurisprudenziali, emerge con chiarezza l'inopportunità e la totale carenza di benefici derivanti dalla presenza di un odontotecnico all'interno di uno studio dentistico, se non in un apposito spazio debitamente allestito ed autorizzato.

Un **ultimo aspetto** – che verrà approfondito sotto il profilo della responsabilità in un articolo *ad hoc* già in produzione – riguarda i **profili penalistici** dell'**ortodonzia invisibile** e della **chirurgia guidata**: nel caso in cui il medico rilevi impronte digitali **demandando la pianificazione** del caso **ad un soggetto terzo**, che opera una vera e propria **diagnosi e** una **pianificazione delle cure**, avanzando al curante una **proposta terapeutica** consistente in un protocollo di allineatori invisibili o in una progettazione implantare. Allorquando il **soggetto** che riceve la documentazione clinica **non sia un odontoiatra**, la **proposta terapeutica** da lui formulata, quantunque sottoposta a vidimazione e approvazione da parte del curante, non può ritenersi giuridicamente neutra, assumendo essa una **valenza diagnostica** e **decisionale**, e risultando pertanto preclusa a chiunque sia privo dell'abilitazione all'esercizio della professione; non può rilevare quale scriminante la circostanza per la quale la proposta di cure debba essere successivamente approvata dall'odontoiatra, atteso che la produzione autonoma di un piano di trattamento configura comunque un'attività riservata e ogni violazione costituisce esercizio abusivo di professione ex art. 348 c.p.. Similmente, sussiste il rischio di **concorso nel reato** da parte dell'**odontoiatra** che, pur consapevole dell'assenza dei requisiti abilitanti in capo al soggetto esterno, gli affidi la predisposizione materiale del piano di trattamento, demandando a terzi una funzione tipica e non delegabile della professione odontoiatrica. Le considerazioni di cui sopra trovano applicazione anche nell'ambito della **chirurgia implantare guidata**, settore nel quale accade sovente che la **pianificazione** delle cure implantologiche venga affidata a soggetti non abilitati, quali **ingegneri biomedici** o équipe di tecnici, i quali, sulla base dell'analisi – di competenza medica – di un esame radiologico di secondo livello, quale la CBCT, e di un'impronta digitale, **elaborano un progetto chirurgico** finalizzato alla realizzazione di dime implantari personalizzate. Ragionando *ex hypothesi* su un contesto difforme dal quadro normativo vigente, l'**eventuale attribuzione all'ingegnere biomedico** delle attività sopra descritte darebbe luogo a una **fattispecie palesemente irrazionale**, nella quale un soggetto privo di qualifica sanitaria sarebbe abilitato a diagnosticare e pianificare cure implantoprotesiche che risultano invece espressamente precluse persino a un medico chirurgo specialista in chirurgia maxillo-facciale, in forza di quanto ribadito dal Ministero della Salute. A corredo, si evidenzia che, anche nell'ipotesi di liceità del flusso diagnostico e produttivo relativo agli **allineatori ortodontici invisibili**, permane l'obbligo inderogabile che ciascuna **mascherina** sia **prescritta**, **verificata** e **consegnata** al paziente personalmente **dal medico odontoiatra**, in ogni fase dell'iter terapeutico. Costituisce esercizio abusivo della professione odontoiatrica la condotta del soggetto non abilitato che provveda alla consegna diretta al paziente delle mascherine, siano esse iniziali, intermedie o definitive.

In **conclusione**, considerando nel complesso quanto analizzato, l'**esercizio abusivo** di professione è un **delitto** dalle **molte sfaccettature**, talune note, altre meno; gli sforzi del legislatore, della Giustizia, dei NAS, della FNOMCeO, delle università e delle associazioni di categoria di **tutelare la professione** e la **salute dei pazienti** hanno ridotto notevolmente questa piaga negli anni, ma l'evidenza di sentenze e di sanzioni disciplinari recenti impongono una **seria e prudente attenzione** sia da parte del personale sanitario e assistenziale, sia da parte dei pazienti.

Dott. Mazzero Andrea
Odontologo forense
Socio Pro.O.F.