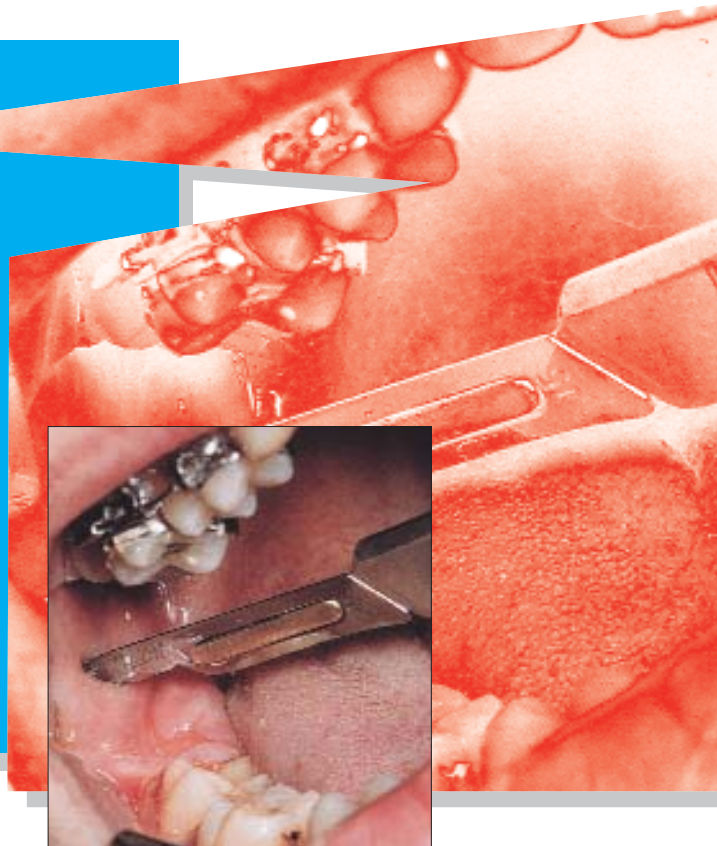


- **Edoardo Bernkopf**, specialista in odontoiatria e protesi, libero professionista a Parma, Roma e Vicenza



Indirizzo per la corrispondenza:
Edoardo Bernkopf,
Via Garofolino 36100 Vicenza
Tel. 0444.54.55.09
E-mail: edber@intersoft.it

Chirurgia degli ottavi inferiori: responsabilità professionale nelle lesioni iatrogene dei rami nervosi

Introduzione

Le lesioni iatrogene del Nervo Alveolare inferiore e del Nervo Linguale a seguito di estrazione di ottavi mandibolari costituiscono una complicanza poco frequente ma temibile. La loro epidemiologia è alquanto incerta, giacché assai varie sono le risultanze dei diversi studi condotti da vari Autori in diverse aree geografiche. Alcuni¹ riferiscono sequele disestesiche dell'alveolare nel 3,57% dei casi, del linguale nel 2,1%. Secondo altri² danni al Nervo linguale possono essere ri-

scontrati addirittura nell'11% dei casi. Poiché in alcuni casi il danno risulta irreversibile, non è infrequente l'instaurarsi di un contenzioso medico legale³. L'ipotesi di danno, contrattuale in quanto pertinente all'oggetto del contratto (pactum) medico-paziente, anche se non priva di caratteri extracontrattuali in quanto tocca il bene primario della salute dell'individuo, che prescinde da qualsiasi rapporto giuridico (contractus), è in questi casi pienamente giustificata: il dente oggetto dell'estrazione risulta effettivamente estratto, ma du-

Parole chiave:
Lesioni iatrogene;
estrazione ottavi inclusi;
contenzioso odontolegale.



*Le lesioni iatrogene dei rami nervosi nella chirurgia estrattiva degli ottavi costituiscono un ambito di frequente contenzioso odontolegale. Alle richieste della parte attrice, è necessario rispondere previa attenta valutazione del caso, rapportando il comportamento del dentista alle *leges artis* scritte e non scritte che regolano questo argomento, alla luce di quanto emerge dalla letteratura scientifica, dai trattati didattici attualmente in uso, dalle Linee Guida elaborate dagli organismi scientifici specificamente competenti. È indispensabile che anche i Consulenti Tecnici evitino pronunciamenti autoreferenziali, che potrebbero anche costituire oggetto di rivalsa in caso di comprovata inadeguatezza.*

rante l'intervento è accaduto qualcosa di non voluto che ha causato un danno.

La responsabilità dell'operatore, pur nella constatazione del danno, non deve peraltro essere considerata un automatismo.

Un trattamento medico dovrebbe, in dottrina, assicurare una garanzia di mezzi e non di risultato⁴, con l'eccezione di poche branche, fra cui, ad esempio, la Chirurgia Plastica, nella quale gli aspetti puramente estetici sono preponderanti e costituiscono la materia pressoché esclusiva della richiesta di intervento medico: di qui l'obbligo contrattuale di risultato.

La Giurisprudenza è però progressivamente scivolata, specie in campo odontoiatrico, verso un'interpretazione favorevole all'obbligo di risultato, probabilmente enfatizzando, a torto, la componente estetica quasi sempre presente nei trattamenti odontoiatrici, specie protesici o ortodontici, che, per questa componente, vengono assimilati più alla chirurgia plastica-estetica che ad una terapia di natura medico-biologica. Questo processo è stato favorito anche dal distacco formativo e culturale dell'Odontoiatria dalla Medicina. La scissione, ormai consolidata oltre Atlantico, dove la cultura medica occidentale si forma per gran parte, è stata ormai importata anche in Italia. Anche se eseguita da un odontoiatra, peraltro, l'estrazione chirurgica di un dente del giudizio incluso è assimilabile comunque ad un intervento di chirurgia maxillo-facciale, ambito in cui non è stato mai introdotto il concetto di obbligo di risultato.

Tale obbligo può anche essere accettabile per alcune problematiche fra cui quelle estetiche e tecniche, ma non può esserlo per patologie di difficile inquadramento, e/o di esito assolutamente incerto e non prevedibile, o addirittura molto probabilmente infausto: altrimenti, con una simile spada di Damocle sospesa sul proprio operato professionale, nessuno farebbe più, ad esempio, l'oncologo. In assenza di dati italiani sulle sentenze emesse in questo specifico campo, è interessante notare che la giurisprudenza francese ha mantenuto il concetto dell'obbligo di mezzi e non di risultato, riservando il diritto all'indennizzo per il paziente, in assenza di errori dell'operatore, solo in alcuni settori ben definiti⁴. Anche i tribunali tedeschi hanno recentemente emanato delle sentenze con le quali si discostano dall'automatismo danno = colpa, rilevando che una

lesione del nervo linguale può comunque essere causata nonostante un trattamento accurato e non criticabile ("an injury of the lingual nerve could also be caused in spite of careful treatment")⁵.

Nelle lesioni di strutture nervose a seguito di estrazione di ottavi non può essere sufficiente l'esistenza del rapporto di diretta e materiale causalità fra l'intervento del dentista e il danno lamentato, che in questo tipo di lesioni risulta anzi chiarissimo.

Il danno iatrogeno all'alveolare e/o al linguale possono infatti essere frutto anche di sfortunata casualità o di difficoltà oggettiva, legate a rapporti anatomici sfavorevoli o al decorso bizzarro e atipico dei nervi, specialmente del linguale, come riportato da vari Autori^{6,7} e può dunque non essere imputabile automaticamente all'operatore se questi si è mosso correttamente.

In presenza di un danno iatrogeno, pertanto, è necessario accertare anche la responsabilità dell'operato del professionista ai canoni della specifica problematica clinica, che può in alcuni casi essere obiettivamente interessata da un margine di rischio.

Per colpa medica, quindi, deve intendersi quella "caratterizzata dall'inosservanza di regole di condotta – *leges artis* – scritte o non scritte, aventi per finalità la prevenzione di un ulteriore rischio non consentito" (Cass. 6.3.1997 n. 2139; nello stesso senso Cass. 3.11.1994 Archilei).

I denti del giudizio, come già accennato, possono contrarre con i nervi alveolare e linguale rapporti anatomici assai vari^{8,9}, di stretta contiguità o mediati da sottilissimi e fragili spessori di tessuto osseo¹⁰, che in sede di estrazione, durante le necessarie manovre avulsive, non possono essere completamente controllati dal chirurgo per quanto questi si muova con accortezza.

Per quel che riguarda l'alveolare inferiore, la diagnostica con ortopantomografia è quasi sempre in grado di evidenziare le condizioni di rischio di lesione¹¹. Si legge infatti al paragrafo 4-10-2 delle Linee guida della Società Italiana di Chirurgia Orale (SICO): "L'ortopantomografia permette anche di valutare il rischio di danno al nervo alveolare inferiore, in caso di estrazione dei terzi molari inferiori; un'immagine di deviazione del canale alveolare inferiore, una perdita della lamina dura del canale, un'ombreggiatura delle radici e, in misura minore, un restringimento del canale mandibolare sono indica-

tori significativi di elevate possibilità di causare danno al nervo alveolare inferiore”.

Quando però le indicazioni portino comunque all'esigenza di estrarre, l'emergere in sede diagnostica di queste condizioni sfavorevoli non aiutano l'operatore, al di là del suggerirgli prudenza e accortezza comunque abituali e necessarie in questo tipo di interventi. Se ad esempio nell'alveolare inferiore, in corrispondenza dell'ottavo dente, anziché la derivazione di un ramuscolo dentario sottile, come nel caso degli altri denti, si può dedurre dall'immagine diagnostica una sostanziale continuità anatomica sia nervosa che vascolare fra la struttura dentaria e il ramo alveolare stesso, con la citata perdita della lamina dura del canale, in sede estrattiva la lesione può costituire una conseguenza inevitabile, anche se in parte, e comunque senza certezze, prevedibile.

Nel caso del nervo linguale, addirittura, nessuna diagnostica sofisticata è in grado di evidenziarne il decorso, assai variabile da caso a caso e spesso atipico⁹. È anzi descritta una sua particolare vulnerabilità legata non solo al decorso, ma anche alla sua conformazione anatomica¹², che prescindono entrambi da ogni indagine possibile da parte del chirurgo.

Lesioni del nervo linguale possono accadere anche per frattura della lamina linguale, spesso molto sottile, quando il nervo, invisibile a qualunque indagine diagnostica, decorre a contatto o nelle immediate vicinanze della lamina linguale stessa⁶. È inoltre descritta la possibile lesione del nervo linguale anche a seguito di semplici anestesie tronculari all'alveolare inferiore^{13,14} di cui rimane in gran parte oscuro il meccanismo di insorgenza; d'altra parte, la medesima lesione risulta statisticamente molto più frequente se l'intervento di avulsione dell'ottavo viene eseguito in anestesia generale^{2,15}.

Anche l'impiego delle tecniche chirurgiche ritenute più sicure relativamente al danno alle strutture nervose non cancellano il rischio di lesione.

A questo proposito, proprio la limitazione del rischio di lesione del nervo linguale ha indotto la scuola statunitense ad abbandonare da tempo l'opzione di approccio all'ottavo incluso per via linguale, che ha ormai solo valore storico, pur mantenendo un certo seguito limitatamente al Regno Unito¹⁶. Nei testi di chirurgia orale oggi adottati in Italia nei corsi di laurea in Odontoiatria la

via di approccio linguale non compare nemmeno o viene appena menzionata. Neanche le Linee Guida SICO si soffermano sull'argomento, dando evidentemente per scontata la via di approccio vestibolare universalmente impiegata.

Tuttavia, anche l'approccio con lembo vestibolare risulta gravato in alcuni casi da lesione del Nervo Linguale⁶.

Alcuni Autori sostengono a questo proposito l'efficacia di una difesa mirata dei tessuti molli sollevati a lembo lingualmente con apposito divaricatore¹⁶, ma questa affermazione è smentita da altri che la giudicano non vantaggiosa¹⁷, o che rilevano al contrario nel tentativo di difesa un rischio di lesione del nervo linguale addirittura aumentato^{18,19}.

Non è raro, dunque, che la causa della lesione rimanga sconosciuta²⁰, e prescinda da qualunque errore tecnico.

Queste particolarità ed i margini di incertezza che evidenziano, sono spesso trascurate nell'analisi di un danno iatrogeno oggetto di contenzioso, e possono portare all'ingiusto addebito al chirurgo del danno, pur nell'insussistenza di effettive imprudenze, negligenze, imperizie o colpe.

Occorre per contro sottolineare che i rischi insiti nell'approccio con un dente del giudizio incluso debbono essere oggetto di consenso informato da parte del paziente: la scarsa informazione e il deficit di consenso costituiscono una delle maggiori cause di addebito in questo ambito di contenzioso^{5,21}, addirittura percentualmente maggiore rispetto alla contestazione di un qualche errore tecnico⁶.

Può comunque essere utile approfondirne alcuni aspetti relativi all'accertamento delle responsabilità, proprio per evitare addebiti automatici sostanzialmente ingiusti.

Attività dei Consulenti in ambito Medico Legale

Nelle controversie medico-legali il CTU (Consulente Tecnico d'Ufficio) riveste particolare importanza per il determinante orientamento che inevitabilmente induce nelle decisioni del Magistrato, e quindi nell'esito della vertenza giudiziaria. Se è vero infatti che la sentenza è emessa dal giudice, è anche vero che il suo ruolo di Peritus Peritorum che il nostro ordinamento gli riconosce è spesso alquanto limitato e teorico, visto l'alto grado di specialismo tecnico insito in

una problematica in ambito medico-odontoiatrico, sulla quale difficilmente il Giudice può avere diretta e specifica competenza.

L'attività peritale, su questo punto, è chiamata a un'analisi serena che non può esitare in mere affermazioni autoreferenziali. In particolare il giudizio del CTU, per la valenza che assume in quella che sarà poi la sentenza emessa dal magistrato, deve necessariamente basare le proprie conclusioni sul raffronto fra l'operato di cui si discute con un comportamento corretto che deve essere definito sulla base della letteratura scientifica, dei testi didattici comunemente impiegati nell'insegnamento della materia in questione, di Linee Guida elaborate da organismi scientifici specificamente competenti, o comunque di *Leges Artis* non scritte ma universalmente riconosciute come valide dagli operatori di settore. In difetto di ciò si rischia che si possano consolidare per via giurisprudenziale assunti comportamentali che non hanno riscontro nelle acquisizioni scientifiche, e instaurare di fatto per via Medico Legale delle linee guida non validate tecnicamente e scientificamente, ma che verranno attuate dagli operatori al puro scopo di preventiva difesa medico legale.

Assumono per questo particolare importanza, quando esistenti, le Linee Guida che il mondo scientifico, gli organismi ordinistici e associativi hanno in varie discipline elaborato e pubblicato.

Ruolo delle Linee Guida

Le linee guida sono strumenti di ausilio alla pratica clinica che possono essere definite come "raccomandazioni elaborate in modo sistematico per aiutare il sanitario e il paziente a prendere decisioni relativamente al trattamento terapeutico adatto a specifiche circostanze cliniche" (Linee guida in Odontoiatria, definizione e scopi, pag. I I).

Lo scopo principale delle linee guida consiste, quindi, nel migliorare l'efficacia clinica, la qualità delle cure e fornire indicazioni per la gestione dei rischi nei singoli casi affrontati dal sanitario nella pratica clinica.

In particolare in odontoiatria il loro scopo, in quanto parametri di prevenzione, diagnosi e terapia, consiste anzitutto nella tutela della salute del paziente nell'ambito del rapporto con il curante.

Per il miglioramento dei risultati dell'assi-

stenza sanitaria, le linee guida sono utilizzate, specie nei paesi anglo-sassoni, anche in contesti più ampi, quali la formazione professionale permanente come fonti di informazione per l'aggiornamento e la preparazione del personale sanitario nei confronti di nuove tecnologie e strategie terapeutiche, la verifica e revisione della qualità (VRQ) come tecnica gestionale di misura e miglioramento del livello della qualità del servizio erogato dalle strutture pubbliche e private, come criterio di riferimento per il sistema dell'accreditamento dei servizi, come parametro per quantificare i premi assicurativi per le polizze di responsabilità professionale.

Inoltre costituiscono anche un chiaro punto di riferimento nel giudizio di responsabilità professionale, come parametri di riferimento medico-legale nei casi di malpractice.

A questo proposito è necessario sottolineare che, in particolare nel nostro paese, un rapporto stretto e proporzionale fra l'allontanamento dalla Linee Guida e il grado di responsabilità dell'operatore non risulta applicabile automaticamente.

È infatti evidente che non tutte le Linee Guida possono essere utili in odontoiatria legale, poiché in questo campo il criterio di giudizio deve basarsi sui parametri riscontrabili, all'epoca dei fatti in giudizio, in un livello medio di assistenza. Non possono, per contro, essere utilizzate linee guida che riconoscano l'obiettivo di migliorare il livello medio di assistenza, né tantomeno le indicazioni che tendono ad un risultato clinico di eccellenza, ben superiore alla realtà media della professione: in pratica, una linea guida può avere rilevanza giuridica nel giudizio di responsabilità professionale solo qualora costituisca un parametro di riferimento che esprima una condotta professionale media, definendo i mezzi e le regole di condotta tecnica che la maggior parte degli odontoiatri mediamente diligenti, avrebbe osservato nella propria pratica professionale all'epoca dei fatti in una situazione analoga.

Per contro, però, l'osservanza delle Linee Guida dovrebbe mettere il professionista in un ambito sostanzialmente sicuro da attacchi medico legali, anche se ciò non può costituire una certezza assoluta.

Non essendo leggi, le Linee Guida ammettono infatti deroghe, e le rendono talvolta addirittura necessarie e doverose.

In alcuni casi il professionista può derogare

per difetto, giudicando inutilmente invasivi e costosi atteggiamenti previsti dalle Linee Guida relativamente ad un caso che, alla luce della sua scienza e coscienza, si presenti di semplice soluzione. In caso di contenzioso, sarà un suo onere provare l'inutilità delle indagini diagnostiche e delle precauzioni tecniche la cui omissione gli venisse contestata.

Al contrario, può verificarsi un caso particolare in cui peculiari caratteristiche rendano necessari comportamenti di livello superiore a quelli medi contemplati nelle Linee Guida, ed il rispetto di queste ultime può non essere sufficiente a definire una condotta diligente. In certi casi particolari, pertanto, il professionista deve riconoscere la natura non routinaria del problema che è chiamato a risolvere, e rappresenta una sua responsabilità attuare un comportamento di livello professionale e di prudenza maggiori rispetto a quelli previsti, fino a rinunciare al caso per riferirlo a Colleghi più esperti e a strutture più adeguate. I questi casi nel contenzioso può essergli addebitato un comportamento negligente, imprudente, imperito e gravemente colposo pur riconoscendogli il rispetto delle Linee Guida. Sarà però un onere della parte attrice evidenziare l'esistenza di caratteristiche non ordinarie del caso in questione.

Difetto di indagine diagnostica

Viene spesso addebitata all'operatore che ha causato un danno iatrogeno, ed in particolare quello della lesione di strutture nervose in sede di estrazione di ottavi inclusi, la colpa e l'imprudenza per non aver disposto sufficienti indagini diagnostiche preliminari all'intervento, in particolare l'omissione di approfondimenti mediante Tomografia Assiale Computerizzata o Risonanza Magnetica Nucleare. Tale giudizio peritale non è sempre condivisibile, anzi, dovrebbe poter essere addotto solo in casi particolari.

Pur esistendo ancora in campo medico, per la natura stessa della materia, alcuni ambiti di incertezza, nel campo delle indagini diagnostiche che devono precedere un intervento di estrazione di ottavi esistono *leges artis* scritte, che circa il dettaglio dell'inquadramento radiologico preliminare all'intervento si esprimono con particolare chiarezza. Infatti, su invito del Comitato intersocietario di Coordinamento delle Associazioni Scientifiche

Odontostomatologiche Italiane, sono state presentate ufficialmente, in occasione di una Consensus Conference espressamente convocata allo scopo, le linee guida nella pratica odontoiatrica. Tutte le Linee Guida formulate sono state poste, a cura in particolare dell'Associazione Nazionale Dentisti Italiani, all'attenzione dei dentisti associati (ventimila) anche via Internet, allo scopo di fornire le direttive comportamentali più idonee nelle varie discipline odontoiatriche.

In quell'occasione la Società Italiana di Chirurgia Orale (SICO), competente per materia, è stata chiamata ad esprimersi e si è espressa anche sull'argomento "Terzi molari" al punto 4.10 e, per quel che riguarda l'indagine diagnostica preoperatoria, lo ha fatto nei seguenti termini inequivocabili: "Dal momento che è possibile che danni ai tessuti duri e molli, anche irreversibili e seri, s'instaurino, è talora indicato effettuare dei controlli radiografici, ricordando, in ogni caso, che si tratta di una tecnica diagnostica invasiva. Questi controlli dovrebbero essere tali da fornire delle chiare indicazioni sulle strutture adiacenti, sulla forma e dimensioni del dente e sulle strutture ad esso associate. Pertanto, la modalità di diagnosi radiologica più accettata è quella dell'ortopantomografia, tenendo ben presente che altre immagini radiologiche possono non fornire informazioni adeguate o complete sulla posizione del dente e quindi utili per decidere la tecnica chirurgica.

Sull'adeguatezza dell'Ortopantomografia concordano inequivocabilmente anche altri Autori¹¹.

L'indiscriminato ricorso a tecniche di indagini sofisticate è anzi stato oggetto di attenta considerazione da parte di un'altra autorevole Istituzione.

Un Consensus Workshop ha riunito nel maggio 2000 i migliori esperti in materia per formulare le Guidelines for the use of Diagnostic Imaging in Implant Dentistry²².

Riteniamo di poter estendere il valore del documento alla problematica estrattiva oggetto del presente lavoro in quanto, rispetto all'avulsione di un dente del giudizio, l'implantologia ripropone analoghi problemi di rapporto con le strutture anatomiche a rischio di lesione, se mai aumentati dal fatto che l'inserzione di un impianto costituisce un'opzione terapeutica che, a seguito di adeguate e prudenziali considerazioni cliniche, può anche essere sostituita da approcci protesici tradizionali. L'estrazione di un Ottavo, quando indicata, non ha invece

alternative, se non nella rinuncia all'intervento. Recita infatti il documento nel definire la problematica: "Nell'indagine diagnostica di un sito implantare un chirurgo necessita di informazioni sul volume e sulla qualità dell'osso, sulla topografia e sui rapporti con importanti strutture anatomiche, quali nervi, vasi, radici, pavimento nasale e cavità sinusali" (In investigating an implant site, a surgeon requires information on bone volume and quality, topography and the relationship to important anatomical structures, such as nerves, vessels, roots, nasal floor, and sinus cavities). Si tratta dunque della stessa problematica che riguarda l'attività estrattiva. L'autorevole consenso si è lodevolmente preoccupato del fatto che il crescere della richiesta di esami radiologici sofisticati porti ad un aumento di irradiazione dei pazienti senza una doverosa preliminare analisi del rapporto rischio-beneficio (The Board of the E.A.O. is concerned that the rapid adoption of these sophisticated techniques into routine practice might lead to a significant increase in the radiation burden of patients without a proper risk benefit analysis). Tale preoccupazione è in linea con analoghe considerazioni espresse nella direttiva 97/43/Euratom sull'uso responsabile delle radiazioni ionizzanti²³. L'articolo 3 di questa direttiva stabilisce che la scelta dell'esame diagnostico deve mirare ad una sufficiente analisi del caso, ma anche tener conto del fatto che i benefici devono essere rapportati al rischio biologico al quale vari esami potenzialmente utili possono esporre il paziente. L'irradiazione per esigenze mediche deve fornire un beneficio sufficientemente chiaro, in considerazione dei vantaggi diagnostici e terapeutici potenzialmente forniti, ma anche per contro del danno individuale che l'esposizione può causare, tenuto conto dell'efficacia, dei vantaggi e dei rischi di altre tecniche che abbiano gli stessi obiettivi ma che prevedano esposizione a radiazioni assente o minore, e che possano essere impiegabili in alternativa ("Medical exposure ... shall show a sufficient net benefit, weighing the total potential diagnostic or therapeutic benefits it produces ... Against the individual detriment that the exposure might cause, taking into account the efficacy, benefits and risks of available alternative techniques having the same objective but involving no or less exposure to ionizing radiation).

Pertanto l'autorevole Consenso si è preoccupato, nel primario interesse del Paziente, di fornire adeguate raccomandazioni che assicurino le informazioni diagnostiche essenziali con la minima possibile esposizione alle radiazioni ("The aim of these guidelines is to provide recommendations in various clinical situations that will ensure essential diagnostic information is obtained with as low as reasonably achievable – ALARA principle- radiation exposure... The technique chosen should provide the required diagnostic information with the least radiation exposure to the patient"). In prima battuta si dice chiaramente che tutte le informazioni diagnostiche necessarie (vedasi sopra: bone volume and quality, topography and the relationship to important anatomical structures, such as nerves, vessels, roots ecc.), sono ottenibili con l'esame clinico e con tecniche radiologiche convenzionali ("This information is obtained with a clinical examination and appropriate conventional radiographs"). "La decisione di procedere ad una rilevazione di immagini per scansione (TAC) deve essere basata su esigenze ben delineate e sulla base di richieste cliniche dei medici che affrontano il problema" (The decision to proceed to cross-sectional imaging must be based on clearly identified needs and the clinical requirements of the clinicians involved). Infatti "3. Who should decide whether a patient requires cross-sectional imaging? Clinicians should decide on the basis of the clinical examination and treatment requirements, and on information obtained from conventional radiographs whether or not cross-sectional imaging will be of benefit". Spetta dunque al clinico decidere sull'effettiva necessità, caso per caso, di procedere ad esami più approfonditi, ma anche più invasivi, che non costituiscono affatto un atteggiamento più prudente se non si accompagnano a specifiche e chiare esigenze del singolo caso. In caso di lesione, pertanto, il mancato ricorso alla TAC non può essere sufficiente a comprovare un comportamento imprudente, negligente o colposo: i periti devono poter evidenziare o ipotizzare con un sufficiente grado di certezza, caratteristiche peculiari ed eccezionali del caso in questione che lo avrebbero giustificato. Inoltre, l'omissione deve essere in relazione causale dimostrata con l'accadimento, in relazione alla probabilità seriamente e scientificamente quantificata che l'impiego di ciò che si ritiene omissivo potesse far evitare l'insorgenza del danno, cosa che

non può essere certa, e che spetta al perito evidenziare con adeguati elementi tecnico-scientifici a sostegno del proprio parere. È infatti necessario che, in questi casi, venga data risposta a questo tipo di quesiti, non in termini generali, ma rapportati specificamente al singolo caso in discussione:

- Cosa avrebbe potuto fornire al chirurgo un'indagine più sofisticata se fosse stata disposta?
- Cosa avrebbe potuto indurre di diverso nel suo comportamento clinico?
- Quante probabilità di reale diminuzione del rischio che di fatto ha causato il danno tali diverse condotte avrebbero posto in essere?

Se mancano sufficienti supporti alle conclusioni del CTU, è compito del consulente tecnico di parte del resistente, cioè del dentista, evidenziarne le carenze chiedendo al magistrato che il CTU sia chiamato a chiarimenti, ed eventualmente sostituito.

Può essere di qualche utilità anche considerare al riguardo le indicazioni generali fornite dal Royal College of Radiologists britannico, che in un proprio documento, dice: "Tale è la paura di procedimenti per responsabilità professionale che spesso esami radiologici vengono richiesti anche se chi li richiede è perfettamente cosciente della loro inutilità. Se però dopo un attento esame clinico decidete che un esame radiologico non è necessario per la gestione clinica del vostro paziente, è assolutamente inverosimile che la vostra decisione possa essere criticata dal punto di vista medico legale, ma ricordate di riportare in cartella le vostre valutazioni che sono state all'origine delle decisioni. Se seguite comunque sempre le linee guida vigenti, la vostra posizione sarà allora inattaccabile, perché avrete tutto il College alle vostre spalle". Appare evidente che lo scopo di questo documento non è quello di affermare un potere lobbistico protettivo degli associati in quanto tali, ma la razionale espressione di una posizione saldamente ancorata a scienza e coscienza, rispettosa dei diritti e degli interessi del paziente non meno che della professionalità del medico.

L'affermarsi di una giurisprudenza che, a fronte di un rischio di complicanze (e quindi di potenziale contenzioso medico legale), indicasse come efficacemente difensivi dal punto di vista medico legale esami invasivi, sofisticati e costosi, ma inutili ai fini della diminuzione del rischio operatorio, costituirebbe un ingente prezzo biologico per i nu-

merosissimi pazienti (milioni) che si devono sottoporre a estrazioni del dente del giudizio e un onere ingentissimo per il Sistema Sanitario Nazionale e quindi per la collettività, che sarebbe chiamata a sopportarne le spese²⁴; il costo economico di una TAC, prestazione erogata dal SSN direttamente o i convenzione con strutture private, è spesso superiore a quello dell'intervento stesso.

Inoltre, qualora personali pareri peritali non scientificamente supportati e validati da Linee Guida espressamente formulate portassero a pronunciamenti giudiziari in contrasto con le stesse, verrebbero a mancare da un lato agli operatori indicazioni comportamentali certe in campo tecnico, e dall'altro verrebbe inferto un duro colpo alla certezza del giudizio medico legale in caso di contenzioso.

Non sarebbe in alcuni casi da escludere un'azione di rivalsa nei confronti dei periti, i quali, chiamati ad esprimersi sull'eventuale sussistenza di malpractice, a propria volta, non sono esenti dagli obblighi deontologici e dal rispetto delle Leges Artis.

Vale forse la pena di sottolineare che negli ultimi tempi sono nate in varie parti del mondo occidentale associazioni di patrocinio che operano in favore di medici ingiustamente accusati di malpractice: non è da escludere che anche a chi abbia maldestramente operato nel ruolo di consulente tecnico possa essere contestata una forma di malpractice medico legale, quando non la sussistenza di reato. Il codice deontologico dell'Ordine dei medici ammonisce i consulenti che "Nell'espletamento dei compiti e delle funzioni di natura medico legale, il medico deve essere consapevole delle gravi implicazioni penali, civili, amministrative e assicurative che tali compiti e funzioni possono comportare e deve procedere, sul piano tecnico, in modo da soddisfare le esigenze giuridiche attinenti al caso in esame nel rispetto della verità scientifica, dei diritti della persona e delle norme del presente Codice di Deontologia Medica" (art. 64).

Forse l'estrema indulgenza nei confronti dell'errore medico-legale ha convinto i più della inesistenza di disposizioni a favore delle vittime di una valutazione errata, dimenticando invece l'ampio campo di applicazione della norma penale nell'ipotesi di una consulenza sbagliata: falso in perizia (art. 373 cp), falsità in atti commessa da pubblico ufficiale (art. 476-80, 483 cp), consulenza-patrocinio infedele (art. 380 cp).

Ringraziamenti

Si ringrazia il Prof. Pietro Passi per la preziosa consulenza.

Bibliografia

1. Gulicher D, Gerlach KL. Incidence, risk factors and follow-up of sensation disorders after surgical wisdom tooth removal. Study of 1,106 cases Mund Kiefer Gesichtschir. 2000 Mar;4(2):99-104.
2. Blackburn CW, Bramley PA. Lingual nerve damage associated with the removal of lower third molars. Br Dent J 1989 Aug 5;167(3):103-7.
3. Chikhani L, Cartier S, Elamrani K, Guilbert F. Lesions of the lingual nerve during extraction of the mandibular wisdom teeth. Consequences-etiopathogenesis-prevention-prognosis-legal medical aspects Rev Stomatol Chir Maxillofac 1994;95(5):369-73.
4. Rouge-Maillart C, Pessaux P, Jousset N, Hubert N, Gosset D, Penneau M. The obligation of means and the obligation of results Presse Med 2001 Oct 6;30(28):1380-3.
5. Handschel J, Figgenger L, Joos U. Forensic evaluation of injuries to nerves and jaw bone after wisdom tooth extraction from the viewpoint of current jurisprudence Mund Kiefer Gesichtschir. 2001 Jan;5(1):44-8.
6. Lydiatt DD. Litigation and the lingual nerve. J Oral Maxillofac Surg 2003 Feb;61(2):197-200.
7. Renton T, McGurk M. Evaluation of factors predictive of lingual nerve injury in third molar surgery Br J Oral Maxillofac Surg 2001 Dec;39(6):423-8.
8. Pogrel MA, Renaut A, Schmidt B, Ammar A. The relationship of the lingual nerve to the mandibular third molar region: an anatomic study. J Oral Maxillofac Surg 1995 Oct;53(10):1178-81.
9. Holzle FW, Wolff KD. Anatomic position of the lingual nerve in the mandibular third molar region with special consideration of an atrophied mandibular crest: an anatomical study. Int J Oral Maxillofac Surg 2001 Aug;30(4):333-8.
10. McGeachie JK. Anatomy of the lingual nerve in relation to possible damage during clinical procedures. Ann R Australas Coll Dent Surg 2002 Oct;16:109-10.
11. Smith AC, Barry SE, Chiong AY, Hadzakis D, Kha SL, Mok SC, Sable DL. Inferior alveolar nerve damage following removal of mandibular third molar teeth. A prospective study using panoramic radiography. Aust Dent J 1997 Jun;42(3):149-52.
12. Pogrel MA, Schmidt BL, Sambajon V, Jordan RC. Lingual nerve damage due to inferior alveolar nerve blocks: a possible explanation. J Am Dent Assoc 2003 Feb;134(2):195-9.
13. Pogrel MA, Thamby S. Permanent nerve involvement resulting from inferior alveolar nerve blocks. J Am Dent Assoc. 2000 Jul;131(7):901-7.
14. Pogrel MA, Bryan J, Regezi J. Nerve damage associated with inferior alveolar nerve blocks. J Am Dent Assoc 1995 Aug;126(8):1150-5.
15. Brann CR, Brickley MR, Shepherd JP. Factors influencing nerve damage during lower third molar surgery. Br Dent J 1999 May 22;186(10):514-6.
16. Pogrel MA, Goldman KE. Lingual flap retraction for third molar removal. J Oral Maxillofac Surg 2004 Sep;62(9):1125-30.
17. Hagler G, Reich RH. Risk and prevention of lesions of the lingual nerve in wisdom tooth osteotomy. Analysis of the literature and faculty opinion in maxillofacial surgery in German-speaking countries Mund Kiefer Gesichtschir 2002 Jan;6(1):34-9.
18. Bataineh AB. Sensory nerve impairment following mandibular third molar surgery. J Oral Maxillofac Surg. 2001 Sep;59(9):1012-7; discussion 1017.
19. Pichler JW, Beirne OR. Lingual flap retraction and prevention of lingual nerve damage associated with third molar surgery: a systematic review of the literature. Oral Surg Oral Med Oral Pathol Oral Radiol Endod 2001 Apr;91(4):395-401.
20. Robert RC, Bacchetti P, Pogrel MA. Frequency of trigeminal nerve injuries following third molar removal. J Oral Maxillofac Surg 2005 Jun;63(6):732-5.
21. Rouge-Maillart C, Pessaux P, Gosset D, Penneau M. Medical civil responsibility in the year 2000 Ann Chir 2001 Oct;126(8):794-800.
22. Harris D, Buser D, Dula K, Grondal K, Harris D, Jacobs R, Lekholm U, Nakielny R, van Steenberghe D, van der Stelt P.E.A.O. Guidelines for the use of Diagnostic Imaging in Implant Dentistry. Clin Oral Impl Res 2002;13:566-70.
23. Direttiva 97/43 EURATOM. Official Journal of the European Communities 9.7.1997:22-7.
24. Kessler DP, Summerton N, Graham Jr. Effects of the medical liability system in Australia, the UK, and the USA. Lancet, 2006 Jul 15;368(9531):240-6.

Dentolegal implications in iatrogenic injuries to inferior alveolar and lingual nerves during surgical removal of lower third molars

Iatrogenic injuries to inferior alveolar and lingual nerves during surgical removal of impacted lower third molars frequently has dentolegal implications. When a plaintiff sue for compensation, it is first necessary to evaluate the case by considering the treatment given by the dentist in the light of the leges artis, both written and unwritten, which regulate this subject, guided by scientific literature, didactic treatises currently in use and clinical practice guidelines published by scientific societies.

It is indispensable that even partisan and court experts avoid all self-referential pronouncements, which could encourage demands for compensation in cases of proved negligence.

Key words: Iatrogenic injuries; Impacted third molars; Dentolegal implications.



I NUOVI CORSI ANDI

I corsi di aggiornamento ANDI sono completamente rinnovati

**NUOVE SEDI
NUOVI PROGRAMMI
MOLTE PIU' PROPOSTE**

**NAPOLI, BARI,
MILANO, ROMA,
BOLOGNA**

Puoi trovare tutte le informazione sul sito www.andi.it
o contattando la Segreteria Culturale ANDI

Se non hai ricevuto il programma 2006 dei corsi ANDI puoi richiederlo a:

Segreteria Culturale Nazionale ANDI
Via Sicilia 43 – 00187 ROMA
Tel: 06 420 11 536 + 2
Email: culturale@andinazionale.it
Sig.ra Antonella Rufini

Prof. Luigi Checchi

Gent.mo Direttore,
rilevo sull'articolo "Chirurgia Degli Ottavi Inferiori: Responsabilità Professionale Nelle Lesioni Iatrogene Dei Rami Nervosi" del dott. Bernkopf (RIS 2006;3:40-6) alcune affermazioni sulle quali vorrei venisse posta attenzione.

Mi riferisco in particolare:

- al fatto che si accetti o comunque si giustifichi (pagina 42, riga 18) che "la lesione nervosa possa costituire una conseguenza inevitabile e... prevedibile". Vorrei ricordare che esiste da alcuni anni una tecnica ortodontica-chirurgica denominata "ortodonzia estrattiva"¹⁻⁶ la quale permette di estrarre il terzo molare allontanandolo dal nervo alveolare e rendendo l'estrazione più semplice e sicura, nonché procurando un apporto osseo distalmente al secondo molare, specie allorché l'ottavo si trovi posizionato verticalmente;
- anche l'approccio diagnostico descritto mi suscita perplessità, avendo il collega Bernkopf evidenziato solo una parte delle ricerche scientifiche presenti in letteratura. Una ricerca da noi effettuata metteva in luce la possibilità dell'OPT nel rilevare situazioni di contiguità, ma non taceva il fatto che in questi casi sia "obbligatorio" l'ulteriore esame tomografico⁷;
- per ultimo va ricordato che tutte le linee guida sono soggette sia a critiche costruttive (vedi ad esempio le precisazioni da noi fatte sulle linee guida pubblicate su "Prevenzione ed assistenza dentale 1/2006 nel numero 3 pag. 3 della stessa rivista) sia a revisioni basate sulla progressione scientifica e che non rimpiazzano il "knowledge, skills and ability" del team dentale⁸.

Riassumendo, l'OPT va fatta e va letta facendo attenzione a quei particolari descritti in letteratura ma se tutto sta ad indicare una contiguità con il canale mandibolare, una tomografia va sempre eseguita e, se confermato lo stretto contatto con il canale mandibolare, la tecnica dell'ortodonzia estrattiva va applicata.

In ultima analisi, reputo comunque che un'altra considerazione debba essere fatta: e se fossimo noi ad avere questo problema e cioè un dubbio di contiguità di un nostro ottavo col canale mandibolare, come ci comporteremmo? Ci faremmo estrarre l'ottavo con la consapevolezza di una paresia parziale o permanente oppure sceglieremmo l'altra strada (TAC + ortodonzia estrattiva)?

La ringrazio della cortesia

Prof. Luigi Checchi
Corso di Laurea in Odontoiatria e
Protesi Dentaria
Ordinario di Parodontologia
Bologna, 6 novembre 2006

Riferimenti bibliografici

1. Checchi L, Alessandri Bonetti G, Pelliccioni GA. Removing high-risk impacted mandibular third molars: a surgical-orthodontic approach. *J Am Dent Assoc* 1996;127:1214-7.
2. Checchi L, Alessandri Bonetti G, Bendandi M. Estrazione "senza rischio" del terzo molare inferiore. *Approccio chirurgico-ortodontico*. *Dental Cadmos* 2000;14:33-41.
3. Checchi L, Monaco G. Terzi molari inclusi. *Soluzioni terapeutiche Bologna: Ed. Martina*, 2001.
4. Bendandi M, Alessandri Bonetti G, Checchi L. Estrazione senza rischio dei terzi molari inclusi. *Tecnica ortodontico-chirurgica*. *IOS* 2003;5:45-52.
5. Hirsch A, Shteiman S, Boyan BD, Schwartz Z. Use of Orthodontic Treatment as an Aid to Third Molar Extraction: A method for prevention of mandibular nerve injury and improved periodontal status. *J Periodontol* 2003;74:887-92.
6. Marchetti C, Alessandri Bonetti G, Pieri F, Checchi L. Orthodontic extraction: conservative treatment of impacted mandibular third molar associated with a dentigerous cyst. A case report. *Quintessence International* 2004;35:371-4.
7. Monaco G, Montevicchi M, Bonetti GA, Gatto MR, Checchi L. Reliability of panoramic radiography in evaluating the topographic relationship between the mandibular canal and impacted third molars. *J Am*

Dent Assoc. 2004;135(3):312-8.

8. *Guidelines for the Management of patients with periodontal disease J Periodontol* 2006;77(9):1607-11.

Dr. Edoardo Bernkopf

Caro Direttore,

leggo le considerazioni del prof. Checchi sul mio articolo "Chirurgia degli ottavi inferiori: la responsabilità professionale nelle lesioni iatrogene dei rami nervosi", e desidero rispondere.

Il mio articolo non era una review delle tecniche di approccio con l'ottavo incluso "difficile", ma una disamina delle conseguenze medico legali che a volte questo tipo di intervento comporta.

A questo proposito nel mio articolo ho preso in considerazione l'approccio vestibolare e quello linguale, sottolineando che in entrambi permane una percentuale di lesioni neurologiche non necessariamente attribuibili all'operatore; visto però che in tutto il mondo, forse Gran Bretagna esclusa, è ormai consolidata l'assoluta indicazione all'approccio vestibolare, può essere di scarso aiuto la TAC nel decidere un tipo di approccio sostanzialmente comunque obbligato.

Il prof. Checchi mi rimprovera di non aver citato la tecnica interdisciplinare ortodontico-chirurgica, sulla quale riporta alcune voci bibliografiche.

Di tali voci solo alcune sono censite su med-line: non che questo possa azzerare il valore di molti articoli comparsi su stampa specialistica nazionale, ma poiché di problematiche legali si tratta, è indispensabile prendere in considerazione solo lavori ampiamente validati e a tutti accessibili.

Della bibliografia citata, la voce 8 si riferisce ad una rivista di buon Impact Factor (1.638), ma nel testo non ho trovato nulla che si riferisse all'argomento in discussione.

Gli articoli citati con il numero 1 e 6 della bibliografia riportano solo un case report ciascuno, e soltanto la voce 5, che mi risulta il lavoro più consistente su questo argomento, arriva a considerare non più di 18 casi.

Inoltre tali lavori che trattano della tecnica di ortodontia estrattiva dell'ottavo in-

a colloquio con gli Autori

cluso non dimostrano, dandola forse per scontata, una minore percentuale di lesioni neurologiche: ciò richiederebbe numeri ben maggiori, studi multicentrici e la definizione di precise indicazioni e controindicazioni, non essendo, a mio parere questa tecnica comunque indicata sempre, e per qualunque tipo di rapporto sfavorevole che l'ottavo possa contrarre con l'Alveolare Inferiore e con la branca montante. Inoltre rimane comunque invariato il rischio di lesione del linguale, invisibile alle tecniche per immagini.

Quindi, per quanto riguarda l'approccio chirurgico, risulta assai poco comprovato che la tecnica dell'ortodonzia estrattiva debba essere sempre applicata, come invece è sostenuto dal prof. Checchi ("se confermato lo stretto contatto con il canale mandibolare, la tecnica dell'ortodonzia estrattiva va applicata").

Dal punto di vista diagnostico nel mio articolo sostenevo che, in presenza di indicazioni all'estrazione, di poco interesse potevano essere tecniche diagnostiche invasive e costose, poiché di ben poco potevano cambiare le decisioni dell'operatore in sede chirurgica.

Nella sua lettera il prof. Checchi ritiene che, invece, sia "obbligatorio" ricorrere alla TAC nei casi in cui l'OPT mostri un rapporto a rischio con l'alveolare inferiore. Ritengo che una simile affermazione, purtroppo molto seguita nella cosiddetta "medicina difensiva", giusta o sbagliata che sia debba anzitutto essere validata sul piano scientifico.

Non mi risulta che la letteratura internazionale concordi con questa posizione, come viene riportato nelle voci bibliografiche da me citate, ma non ritengo che ciò possa essere affermato nemmeno sulla base dello studio citato dal prof. Checchi alla voce bibliografica 7, studio che porta la sua firma. Tale studio analizza le risultanze di diverse tecniche diagnostiche per immagini, e forse, a titolo di opinione degli Autori, "non tace il fatto che in questi casi sia obbligatorio l'ulteriore esame topografico", (anche se dalla lettura del testo ciò non mi risulta), ma non dimostra in alcun modo che l'impiego di tale esame

comporti una diminuzione di complicanze in sede chirurgica, dando forse, anche questo, per scontato. Oltretutto, anche le conclusioni degli stessi Autori sono possibilistiche ("An axial CT scan probably is indicated in such cases"), e così pure le Clinical implications ("The results of this study may lead to some guidelines for oral surgeons evaluating whether to obtain an axial CT scan for further investigation after examining an impacted mandibular third molar via PR").

Appare chiaro quindi agli stessi Autori che le risultanze del loro studio possono costituire un contributo interessante e il report di un'esperienza significativa, e che possono fornire alcuni suggerimenti ai chirurghi su quando richiedere una TAC. Esse potranno anche, forse, ma forse no, influenzare il futuro riesame delle guidelines di questo argomento, ma in alcun modo possono costituire oggi indicazioni di "obbligo" per l'operatore quotidiano e tantomeno (questo era l'argomento centrale del mio articolo) addebito per omissione in caso di incidente, giacché nessun rapporto diretto viene dimostrato fra l'impiego della TAC e la diminuzione dei danni alle strutture nervose contigue.

Di certo lo staff del Prof. Checchi e i laureati del CLOPD di Bologna sono molto esperti del tandem diagnostico-chirurgico TAC-Ortodonzia Estrattiva, ne sono fautori nel loro quotidiano, ne divulgano l'impiego, e assicurano fin d'ora l'erogazione di questo servizio nei confronti delle decine di migliaia di cittadini, bolognesi e non, che ad un'indagine OPT rivelassero un rapporto di rischio fra i denti da estrarre e l'alveolare inferiore. Forse, ulteriormente supportata da studi con numeri adeguati, questa prassi prima o poi entrerà nelle Linee Guida nazionali e internazionali per la chirurgia degli ottavi, con precise indicazioni oggi ancora piuttosto vaghe, e sarà progressivamente adottata dai "chirurghi mediamente diligenti" di un'epoca futura (questo è il parametro umano, tecnico e temporale cui il giudizio di colpa medica deve far riferimento): solo allora in sede medico-legale la sua omissione potrà costituire motivato addebito per il chirurgo

in caso di incidente.

Pertanto l'affermazione "se tutto sta ad indicare una contiguità con il canale mandibolare una tomografia va sempre eseguita e, se confermato lo stretto contatto con il canale mandibolare, la tecnica dell'ortodonzia estrattiva va applicata" costituisce un suggerimento clinico apprezzabile di un autorevole Collega, ma non è automaticamente condivisibile in sede medico-legale.

Per rispondere infine all'ultimo quesito del Prof. Checchi, non so come mi comporterò sempre in futuro sui miei pazienti (su di me non avrò problemi: mio padre mi ha tolto gli ottavi da molto tempo): in un caso, per scelta clinica, ho anch'io applicato con soddisfazione la tecnica dell'estrazione ortodontica e, su base clinica, non escludo di usarla ancora. Di certo non la userò come motivazione medico-legale (questo era l'argomento del mio articolo) se chiamato in veste di CTU a svolgere funzione peritale in casi di lesione nervosa. Ciò che invece temo, (ed ho ampiamente sottolineato nel mio articolo) è che talvolta il clinico trasferisca con troppa facilità nell'attività peritale elementi di letteratura interessanti ma marginali nei numeri e apicali nello specialismo, o addirittura il proprio entusiasmo per la tecnica che impiega: ancorché motivato per i successi che gli assicura nel suo quotidiano, ciò non può comunque costituire strumento discriminante in sede medico-legale, pena il rischio di legittimazione per via giurisprudenziale di una medicina non sufficientemente supportata sul piano scientifico e poco validata nella sua applicazione professionale, con conseguenti ingiusti addebiti a colleghi incolpevoli. Mi auguro che nessun CTU lo faccia. Se poi il clinico-perito avesse anche l'autorevolezza e il ruolo accademico del prof. Checchi, troverei questo rischio ancora maggiore.

Ti ringrazio, e ringrazio anche il mio autorevole interlocutore.

Edoardo Bernkopf

*Medico Chirurgo Specialista in
Odontoiatria e Protesi Dentaria
Vicenza, 16 Novembre 2006*