

Le potestà e i limiti dell'odontoiatra nei trattamenti di medicina estetica

di Francesco Spatafora* e Lina Cassata**

“They are not medically necessary (Non sono necessari da un punto di vista medico)”. Questa affermazione (Narins, 2003), proposta e condivisa da molti, pesa come un macigno sulla valutazione del profilo di responsabilità in medicina estetica; e ciò perché, a torto, si continua a percepire le terapie “estetiche” come gravate dal cosiddetto obbligo di risultato.

Entrando subito “in medias res” ricordo che fondamento giuridico dell'arte medica è il ripristino dello stato di salute dell'individuo e della popolazione; del concetto di salute vige la definizione del 1946 del World Health Organization, - “Health is a state of complete physical, mental and social well-being and not merely the absence of disease or infirmity (La salute è uno stato di completo benessere, da un punto di vista fisico, psicologico e sociale e non può essere definito soltanto come un'assenza di malattia o debolezza)”; questo chiarisce in modo inequivocabile il dovere che ha il medico di trattare anche le patologie con risvolti psichici.

Il primo punto da analizzare quindi è il rapporto tra estetica e cosmetica, termini che si pongono in modo essenzialmente diverso in relazione alla medicina. In medicina estetica le richieste del paziente, in un mondo sempre più condizionato dall'immagine e dal look, possono essere determinate da esigenze culturali (di moda, legate ai luoghi, ai gruppi etnici, alle fasce di età) e non sempre risulta semplice distinguere le legittime aspettative legate all'autostima - la cura del disturbo e del suo impatto sull'attività psichica del paziente è giustificata - da quelle dettate da discutibili esigenze cosmetiche. Il diverso significato di estetica e cosmesi meriterebbe qualche parola in più.

Il fenomeno cruciale che permette di distinguere le esigenze corrette è l'aging, o invecchiamento (Redaelli, 2009), che si manifesta nel volto con caratteristiche che interessano i tessuti di sostegno (piani ossei, cartilaginei, muscolari) e quelli più superficiali (piani cutanei), comportando il progressivo cedimento caudale nei lineamenti e la variazione cromatica, ma anche di luminosità e di caratteristiche ottiche in generale. La modulazione e la riduzione di questi fenomeni è l'obiettivo e la ragion d'essere

della medicina estetica. A oggi è chiaro che cosa il medico estetico faccia (Redaelli, 2009), ma non esiste una definizione univoca di medicina estetica; elaborandone una, abbiamo dato spazio proprio al ruolo della modulazione degli effetti dell'invecchiamento; questa precisazione non va intesa come sterile accademia, poiché verosimilmente la riduzione dimostrata dei fenomeni di invecchiamento diventerà il discrimen legale tra le terapie giustificate (perché indicate) e no.

L'uso dei filler costituisce, insieme all'uso della tossina botulinica, il grosso della medicina estetica; i trattamenti combinati filler-botulino sono considerati il gold standard, anche se gravati da reazioni avverse che non possono non essere note a chi le pratici; l'eventuale insorgenza delle stesse, in corso o in seguito a trattamenti non giustificati, potrebbe configurare un illecito penale (secondo l'articolo 43, comma 1 del Codice penale).

Rientrando nei meno tormentati lidi della responsabilità professionale civile, occorre tener presente che sia il medico chirurgo sia l'odontoiatra che intendano dedicarsi alla medicina estetica devono avere un bagaglio di competenze relative a:

- fenomeno dell'aging;
- merceologia dei farmaci e dei dispositivi utilizzati in medicina estetica;
- tecniche terapeutiche, peraltro soggette a continue variazioni con una notevole esigenza di aggiornamento;
- gestione delle reazioni avverse.

Della medicina estetica, in generale, vanno precisati i limiti verticali verso il basso (dermocosmesi) e verso l'alto (chirurgia plastica, estetica e di ricostruzione); la verticalità si riferisce naturalmente alla invasività delle tecniche terapeutiche.

La dermocosmesi, concettualmente di competenza degli operatori più commerciali, quali estetista, parrucchiera, semplice addetto/a al banco nelle attività commerciali specializzate, si configura nell'uso assai meno invasivo dei prodotti, che non vengono infiltrati o impiantati; a titolo esemplificativo ricordiamo che l'acido ialuronico attraversa la barriera epidermica ed è utilizzato in prodotti dermocosmetici

(International Cosmetic Ingredient Dictionary and Handbook, 2006) perché funziona come agente di condizionamento della cute e/o come veicolo per aumentare la viscosità delle preparazioni cosmetiche.

Non va trascurato quindi il fatto che i filler sono dispositivi medici, secondo l'accezione prevista dal D/lgs 46/97; ciò comporta una quota di responsabilità oggettiva in più a carico del medico nella scelta del prodotto da utilizzare. I farmaci, infatti, sono testati e monitorati con standard ben diversi rispetto ai dispositivi medici, la cui marchiatura implica solo il rispetto delle fasi burocratiche di registrazione del prodotto, garantendone la tracciabilità e non la riduzione delle reazioni avverse dimostrata dall'adeguato testing - al punto che il ministero della Salute svizzero sconsiglia l'uso di alcuni filler non riassorbibili, pur trattandosi di prodotti accompagnati da marchio CE.

L'incauto acquisto di prodotti di dubbia provenienza e/o qualità può determinare un profilo di responsabilità dell'operatore sanitario in caso di danno. Nella nostra pratica quotidiana ciò significa semplicemente che l'acquisto deve essere deciso in base allo studio della bibliografia e non alle proposte commerciali.

Non riteniamo del tutto sovrapponibili le competenze delle due figure (medico chirurgo e odontoiatra) nel campo della medicina estetica; reputiamo però che l'odontoiatra abbia piena potestà di intervento nella propria sfera di competenza. La competenza dell'odontoiatra è genericamente definita dall'articolo 2, comma 1, della Legge 409/85, che recita: “Formano oggetto della professione di odontoiatra le attività inerenti alla diagnosi e alla terapia delle malattie e anomalie congenite e acquisite dei denti, della bocca, delle mascelle e dei relativi tessuti (...)”. Orbene, i limiti anatomici del cavo orale sono anteriormente la rima labiale e posteriormente l'istmo delle fauci; buccalmente, in senso antero-laterale, le labbra e le guance delimitano il vestibolo orale. Escludere la potestà dell'odontoiatra nella diagnosi e terapia della labbra (e abbiamo chiarito che quella estetica è medicina) è opinione a nostro avviso errata.

Sull'argomento della potestà dell'odontoiatra ricordiamo che la sentenza della III sez. della Corte di cassazione 150787/00 ha chiarito inequivocabilmente che “a parte il restringimento dell'ambito nel quale opera, l'odontoiatra è senz'altro medico dei denti, secondo il significato etimologico del termine, e, entro tali limiti, esercita la professione medica”. Conseguenza di ciò è che l'odontoiatra ha potestà certa di esercizio in medicina estetica, con i limiti imposti dalla topografia e dalla invasività degli interventi. Questo in modo assolutamente analogo a quanto si verifica in implantologia, nelle quali branche il ruolo di dominus della terapia è l'odontoiatra (o il medico iscritto all'Albo degli odontoiatri) che affida al chirurgo una fase del piano di trattamento che esula dalla sua competenza. Dell'anno passato è il chiarimento raggiunto sulle rispettive competenze dell'odontoiatra e dello specialista in chirurgia maxillo-facciale nell'esecuzione delle terapie implanto-protesiche (parere/circolare del ministero della Salute del 19/01/09).

È opportuno ricordare che la Fnomceo ha espresso il suo parere in merito con nota del 12/02/09, senza dirimere definitivamente la questione, non escludendo la potestà dell'odontoiatra e rimandando alla valutazione della condotta al singolo caso. Così come merita attenzione il parere richiesto alla Direzione nazionale dei farmaci e dei dispositivi medici da un noto studio legale in nome e per conto della Sies (Società italiana di medicina e chirurgia estetica), il 24 gennaio 2008, sulla possibilità per i laureati in odontoiatria di utilizzare i dispositivi medici in parola, anche se non è pervenuta alcuna risposta. Da ultimo, un aspetto da non trascurare è quello della assicurazione Rcp. A oggi il danno estetico da terapie odontoiatriche è generalmente coperto, mentre non lo è se deriva da terapie con finalità estetica che vengono equiparate alla chirurgia estetica; è pertanto auspicabile la copertura per queste terapie. ●

*Odontoiatra, master in Odontologia Forense

**Odontoiatra

Per gli approfondimenti bibliografici visita lo speciale su www.Odontoconsult.it