

*Ministero del Lavoro, della Salute
e delle Politiche Sociali*

DIPARTIMENTO DELLA QUALITÀ-
DIREZIONE GENERALE DELLE RISORSE UMANE E DELLE PROFESSIONI SANITARIE

**Appunto per il Sig. Sottosegretario prof. Fazio
per il tramite del Vice Capo di Gabinetto Vicario**

OGGETTO: Competenze degli odontoiatri e dei chirurghi maxillo-facciali nel campo dell'implantologia

In data 14 marzo c.a. lo scrivente ha risposto ad un quesito dell'Ordine dei medici chirurghi e degli odontoiatri della Provincia di Siracusa in relazione a due chirurghi maxillo-facciali che praticavano interventi di implantologia dentale (ali. 1 e 2).

La risposta fornita da questa Amministrazione, tendente a chiarire i rispettivi ambiti di attività delle due professioni, ha avuto una risonanza ben più ampia della questione dalla quale era scaturita. Si fa riferimento, in particolare, agli incontri presso questa Direzione Generale con la Società italiana di chirurgia maxillo-facciale, alla nota n. 06 del 12 giugno 2008 del Sodalizio degli odontoiatri, degli odontostomatologi e dei chirurghi maxillo-facciali ospedalieri del Triveneto (ali. 3) e, soprattutto, alla memoria in data 5 novembre 2008 sottoposta all'attenzione della S.V. dai professori Berrone, Iannetti e Gianni (ali. 4).

Si reputa, pertanto, opportuno fornire alla S.V. medesima, anche alla luce delle argomentazioni medio-tempore pervenute a sostegno o di avviso contrario al menzionato parere, ulteriori elementi di valutazione, al fine di eventuali iniziative al riguardo.

Preliminarmente, si rappresenta che l'opinione resa dallo scrivente è basata su considerazioni di natura giuridica e non, certamente, su apprezzamenti in merito alle competenze professionali delle categorie coinvolte. Occorre, altresì, considerare che fino al 1985 l'odontoiatria era, in Italia, esercitata dai medici. La creazione di un'autonoma professione ha inevitabilmente comportato una ridefinizione di competenze, per cui attività, che oggi si pongono nella linea di demarcazione delle due

2. Gli ambiti di attività dell'odontoiatra e del chirurgo maxillo-facciale

Dalla breve ricostruzione della normativa comunitaria e della giurisprudenza della Corte Europea emerge in maniera chiara e netta la volontà del legislatore comunitario di distinguere la professione odontoiatrica da quella medica. Si è reso pertanto necessario ridefinire il campo dell'una e dell'altra. La questione non riguarda la distinzione tra le competenze dell'odontoiatra e quelle del chirurgo maxillo-facciale, bensì quelle del primo rispetto al laureato in medicina e chirurgia.

In tale ottica, perde di significato soffermarsi sul singolo atto, in quanto occorre considerare gli ambiti di attività per stabilire se essi siano di competenza dell'una o dell'altra professione. Non a caso il parere del 14 marzo 2008 era stato rilasciato a seguito della segnalazione di due fattispecie in cui chirurghi maxillo-facciali, partendo dal presupposto di poter legittimamente svolgere l'attività implantologica, avevano avviato un'attività finalizzata, di fatto, allo svolgimento di attività riservate agli odontoiatri.

In tale occasione, oggetto del parere era esclusivamente "l'implantologia dentale", quale "metodica di riabilitazione odontoiatrica". Il clamore suscitato dal parere ha condotto ad interpretazioni estreme del parere medesimo, come se con esso si intendesse riservare alla professione odontoiatrica ogni attività riconducibile all'implantologia, ivi comprese quelle attività quali, ad esempio, l'implantologia di supporto di epitesi facciali - menzionata nella memoria del 5 novembre - che, ovviamente, rientrano nelle competenze del medico.

Si legge nella summenzionata memoria che l'aspetto di maggiore criticità risiederebbe nel fatto che, in base al parere del 14 marzo, **sarebbe preclusa ai laureati in medicina e chirurgia specialisti in chirurgia maxillo-facciale l'applicazione di impianti endosseï con finalità odontoprotesiche.**

Al riguardo, si osserva che gli estensori, dopo aver operato una distinzione tra implantologia dentale (di sicura pertinenza odontoiatrica) ed implantologia endosseïa, pervengono alla seguente conclusione:

- "la **chirurgia implantologica endosseïa** orale è una branca della chirurgia orale e come tale può essere eseguita sia dai laureati in odontoiatria (meglio se con un training certificato in chirurgia orale) che dai medici specialisti in chirurgia maxillo-facciale
- il **piano generale di ogni riabilitazione implantoprotesica** invece è chiaramente appannaggio esclusivamente dell'odontoiatra che provvederà, secondo le consolidate definizioni della "implantologia protesicamente guidata", a programmare numero e sede degli impianti oltre che, ovviamente, al confezionamento della protesi dentaria".

Partendo dalle surriferite conclusioni e rifacendosi al parere del 14 marzo, l'opinione dello scrivente, che si sottopone alle valutazioni della S.V., è che **l'applicazione di impianti endosseï con finalità odontoprotesiche rientri nella competenza primaria dell'odontoiatra, il quale, naturalmente, può avvalersi dell'apporto di altre professionalità**, dato che, come sopra rappresentato, l'integrazione tra le varie figure professionali è essenziale per la migliore tutela del

professioni, una volta erano normalmente svolte da sanitari che, pur operando in branche differenti, erano in ogni caso in possesso del titolo di medico.

Infine, si ritiene opportuno fugare ogni dubbio circa il fatto che con il menzionato parere si sia inteso incoraggiare o accentuare la separazione tra le due professioni. L'intervento ministeriale è scaturito, infatti, dalla mera lettura delle norme ed è atto dovuto, che risponde ad una esigenza di enucleazione delle responsabilità e di corretta informazione nei confronti dei cittadini. Peraltro, l'integrazione professionale è una delle finalità da sempre perseguite dalle azioni ministeriali, in quanto dall'apporto delle diverse competenze e conoscenze non possono che derivare vantaggi per la salute del cittadino, fine ultimo dell'attività di tutti i professionisti della salute.

Ciò premesso, si rappresenta quanto segue.

1. La normativa comunitaria

L'articolo 1 della direttiva 78/687/CE del 25 luglio 1978 impegna gli Stati membri a subordinare l'accesso alle attività di dentista e l'esercizio di dette attività al possesso di uno specifico titolo, che per l'Italia è individuato nella laurea in odontoiatria e protesi dentaria (allegato A della Direttiva n. 686/1978).

Dalla formulazione delle direttive comunitarie si evince non solo che i Paesi membri hanno l'obbligo di istituire una nuova professione, ma anche che gli stessi Stati devono riservare le attività proprie della professione odontoiatrica a coloro che, compiuta la specifica formazione prevista dall'articolo 2 della medesima direttiva n. 78/687/CE, sono in possesso del titolo di cui al citato allegato A.

Pertanto, la normativa comunitaria crea una professione e stabilisce per essa una riserva di attività.

Le attività proprie della professione di odontoiatra sono individuate dall'articolo 5 della menzionata direttiva n. 78/687/CE ("Gli Stati membri assicurano che i dentisti siano abilitati in generale ad accedere alle attività inerenti alla prevenzione, alla diagnosi e alla cura delle anomalie e delle malattie dei denti, della bocca, delle mascelle e dei relativi tessuti, nonché all'esercizio di tali attività ...").

E opportuno rilevare che il medesimo articolo dava facoltà agli Stati di limitare, a favore di altre professioni, l'esercizio di alcune delle predette attività, ma di questa facoltà non si è avvalsa, all'epoca, l'Italia.

Il recepimento delle predette direttive, avvenuto con l'emanazione della legge n. 409 del 1985, non è stato agevole, tanto che l'Italia ha subito due condanne da parte della Corte di Giustizia delle Comunità Europee con Sentenze del 1 giugno 1995, causa C-40/93, e del 29 novembre 2001, causa C-202/99. Nella prima, la Corte ha condannato l'Italia per aver emanato la legge n. 471 del 1988, che estendeva il periodo transitorio nel quale era consentito ai medici l'accesso alla professione odontoiatrica. Nella seconda, la Corte ha condannato il nostro Paese per aver contemplato, nella normativa interna, un secondo sistema di formazione, costituito dal corso di laurea in medicina e chirurgia completato da una specializzazione in campo odontoiatrico.

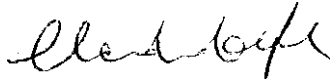
paziente. Nello specifico quindi si ritiene che il chirurgo maxillo-facciale possa eseguire impianti a scopo odontoprotesico solo su indicazione e conseguente progettazione dell'intero piano di trattamento da parte dell'odontoiatra.

La conclusione cui si perviene è sostanzialmente assimilabile a quella contenuta nella richiamata memoria del 5 novembre, ma è importante rimarcare la differenza: ciò che rileva non è il singolo atto (l'attività implantologica), ma l'insieme della prestazione, ovvero il piano di cura odontoprotesico, che si compone di una serie di atti (anamnesi del paziente, esame obiettivo del cavo orale, indagini diagnostiche e radiologiche, progettazione del piano di riabilitazione, progettazione della protesi, applicazione dell'impianto, piano terapeutico e follow-up post-operatorio, connessione protesica), rientranti, nel loro complesso, nelle competenze dell'odontoiatra.

Nel confermare l'opinione espressa nel parere del 14 marzo 2008, lo scrivente, anche al fine di fugare ogni dubbio circa una preconcepita difesa delle tesi a suo tempo esternate, rappresenta alla S.V. l'opportunità, qualora permangano dubbi sulla correttezza dell'impostazione sopra illustrata, di investire della questione il Consiglio Superiore di Sanità per un definitivo pronunciamento in merito.

IL DIRETTORE GENERALE
(Dott. Giovanni Leonardi)

VISTO: IL CAPO DIPARTIMENTO



VISTO Si richieda il parere del Consiglio
Superiore di Sanità.
Il Sottosegretario di Stato
Prof. Ferruccio Fazio

VISTO NON ^richieda il parere del Consiglio
Superiore di Sanità.
Il Sottosegretario di Stato
Prof. Ferruccio Fazio

X



Vice Capo di Dipartimento
