

3i T3 IMPLANT
Il primo ibrido trifunzionale

- T¹** Tecnologia Bone
- T²** Tecnologia Safe
- T³** Tecnologia Connection

BIOMAX

Italian Dental JOURNAL

Anno XIV Numero 3/2019

RISCHIO CLINICO E RISCHIO TECNOLOGICO: IMPARARE A GESTIRLI PER PREVENIRE IL CONTENZIOSO



ROBERTO DI LENARDA, presidente del Collegio docenti

La gestione del rischio clinico è sempre più parte integrante dell'attività in studio. Abbraccia sia la fase diagnostica che quella terapeutica, a partire dall'indicazione alla terapia; è teoricamente presente tutte le volte che il professionista prende una decisione, ma abbiamo tutti gli strumenti per gestirlo correttamente. Non va sottovalutato nemmeno il rischio tecnologico: «siamo circondati da dispositivi che devono rispettare stretti requisiti di sicurezza» avverte Roberto Di Lenarda

DENTAL PRESS

DENTAL MARKET

FATTI E PERSONE

FOCUS ON

DentalAcademy.it



CATEGORIA Chirurgia
AUTORE: Andrea Caporaso
Superficializzazione del nervo alveolare dopo estrazione del dente del giudizio inferiore



CATEGORIA Protesi
AUTORE: Aldo Crespi
Riabilitazione totale mobile in paziente anziano

ULTIMI POST

LA PROTESI SU IMPIANTI DI WISIL

IL VIRTUALE E L'ESPERIENZA DELLA TECNICA TRADIZIONALE AL SERVIZIO DELLO SPECIALISTA

KATANE Zirconia

Associazione B.C. Continuing Education Course

1° Congresso Internazionale: il Odontoiatria della Magna Grecia

Moderni orientamenti diagnostici e terapeutici in odontoiatria e utilizzo delle nuove tecnologie 3D

3 e 4 maggio 2019 - Taranto

Sito: <http://www.congressoindontoiatria.it>

Geistlich Fibro-Gide®

L'alternativa agli innesti di tessuto connettivo >>>

www.geistlich.it

Dalla diagnosi alla terapia rischio clinico è sempre presente

I presupposti etici per la gestione del rischio clinico sono quelli di lavorare entro i limiti della propria competenza, mantenersi aggiornati, osservare norme e linee guida, integrarsi nell'ambiente di lavoro e rispondere alle legittime attese dei pazienti

Il rischio clinico, i costi e i benefici nella pratica clinica sono i temi scelti dal Collegio dei docenti universitari di discipline odontostomatologiche per il 26esimo congresso nazionale, che si tiene a Napoli (Hotel Royal Continental e Centro Congressi Partenope) dall'11 al 13 aprile (www.congresso2010.it).

Secondo Roberto Di Lenarda, presidente del Collegio e direttore del Dipartimento assistenziale integrato di chirurgie specialistiche dell'Università di Trieste, un corretto approccio alla gestione del rischio comporta un impegno notevole per l'odontoiatra. «La crescente evidenza e consapevolezza di rapporti causali o concasuali di patologie orali e sistemiche, come diabete, patologie autoimmuni e disordini cardiovascolari, impone all'odontoiatra una preparazione specifica che allo stesso tempo abbracci numerose altre branche della medicina. Per non parlare poi del ruolo chiave, in termini preventivi, diagnostici e talora terapeutici delle neoplasie benigne e maligne che interessano il cavo orale».

Professor Di Lenarda, cosa si intende per rischio clinico in odontoiatria?

Con "rischio clinico" in ambito sanitario, si definisce la possibilità che un paziente subisca un danno o disagio involontario, imputabile alle cure sanitarie, che causa un prolungamento del periodo di degenza, un peggioramento delle condizioni di salute o persino la morte. Non sorprende quindi che l'accezione di rischio clinico in odontoiatria non possa essere limitata a una ristretta concezione operativa riguardante solo i denti o il cavo orale, ma più in generale del paziente tutto. Il rischio clinico infatti è da considerarsi in termini di prevenzione primaria, nella fase diagnostica e, soprattutto, nella fase terapeutica. Quest'ultima è quella che più espone il professionista al rischio ed è maggiormente delineata dal punto di vista giuridico, anche se non dobbiamo dimenticarci che anche i primi due aspetti non ne sono scevri. A titolo esemplificativo pensiamo a un cross-bite da contrazione dei diametri trasversi palatali nel paziente pediatrico, che se non adeguatamente intercettato e trattato può condurre a un'alterazione organica della mandibola e quindi a una disgnazia conclamata; o ancora a una misdiagnosi di

una neof ormazione mucosa che può esporre il paziente a un ritardo nelle terapie; infine a una terapia conservativa o chirurgica che comporti delle complicanze o un risultato non coerente con le premesse. Il rischio clinico, se vogliamo più generalmente definirlo, affligge potenzialmente l'attività odontoiatrica in qualsiasi momento in cui il professionista prenda una decisione.

In che modo gli eventi avversi si differenziano dagli errori?

Le definizioni di evento avverso sono molteplici e considerano anche la prevedibilità o meno dello stesso. Tutte sono accomunate però dalla presenza di un danno arrecato al paziente e che in tal senso provochi una disabilità o un prolungamento delle cure dal punto di vista del tempo, dell'invasività, dei costi. Gli eventi avversi non devono essere confusi con gli errori, che possono accadere con relativa frequenza ma solo in piccola parte esitano in eventi avversi. È da notare che solo gli eventi avversi prevenibili sono inclusi nella componente dovuta agli errori. Una parte molto piccola di eventi avversi prevenibili è dovuta invece a negligenza.

Come si gestiscono sicurezza e rischio clinico nello studio odontoiatrico?

La sicurezza, più che un problema, deve essere vista come un concetto imprescindibile dell'operatività dell'odontoiatra, dei suoi collaboratori e del paziente. La conoscenza del rischio è indubbiamente il principio base su cui si fonda la prevenzione dell'evento avverso. Tutti gli operatori, a partire dall'odontoiatra, devono essere informati e quindi affiancati (se neofiti) nel corretto esercizio della pratica professionale. D'altro canto nel settore sanitario prevale il fattore umano, allo stesso tempo una risorsa e una criticità in quanto le dinamiche di lavoro sono complesse, la "performance" individuale e ovviamente i risultati non sono sempre prevedibili. Il tema della sicurezza varia infatti da quella degli operatori (infortuni biologici e non) a quella dei pazienti. Quest'ultima è da intendersi come salvaguardia della salute del paziente che si sottopone a una procedura, sia in senso specifico, che più ampio. Pensiamo infatti al rischio di poter ledere strutture esterne al campo di applicazione del trattamento, per esempio la lacerazione del labbro con una fresa durante l'esecuzione di un'otturazione, o al rischio più generico di caduta di un paziente anziano o affetto da Parkinson.

Nell'esercizio clinico va ovviamente considerata anche la compliance del paziente: si pensi a interventi prolungati o a zone anatomiche più difficilmente raggiungibili; o ancora quando la gestione perioperatoria e post-operatoria sia totalmente demandata al paziente, come nel caso delle norme igieniche e comportamentali soprattutto nel post-chirurgico di interventi più complessi come il rialzo di seno mascellare.

Da non sottovalutare poi il rischio tecnologico: siamo ormai infatti circondati da dispositivi tecnologici che giocano un ruolo chiave o ausiliario della nostra pratica clinica.

Questi devono rispettare stretti requisiti normativi in termini di sicurezza.

Il rischio clinico è un fattore preso esplicitamente in considerazione dagli odontoiatri nella scelta del trattamento oppure può rimanere sotto traccia, come un elemento implicito?

Quando deve affrontare il compito di impostare un piano di trattamento, l'odontoiatra si trova nel momento intellettualmente più complesso della sua professione. Questo proprio perché non esiste quasi mai un'unica opzione terapeutica e perché le alternative terapeutiche proposte al paziente devono tener conto di diversi fattori, sia locali che sistemici oltre che economici. In questo scenario, anche il rischio clinico è un fattore che l'odontoiatra deve tenere esplicitamente in conto nell'indicazione alla terapia; sia nell'aspetto che dipende maggiormente dalla sua competenza ed esperienza che, soprattutto, per quanto dipende dal profilo del paziente.

Un esempio significativo può essere quello dell'impianto-protesi. Siamo ormai a conoscenza di innumerevoli fattori di rischio che possono pregiudicare la sopravvivenza a lungo termine di impianti dentali, come il diabete scompensato, il fumo di sigaretta, la malattia parodontale attiva o la cattiva igiene orale. Ecco che, nel momento in cui l'odontoiatra delinea le alternative terapeutiche alla riabilitazione di una sella edentula, deve obbligatoriamente tener conto di questi fattori e ancor più deve esplicitarli al paziente, per configurare *tout court* un consenso informato e ragionato alla terapia. Sta poi all'etica e alla deontologia del professionista rinunciare a mettere in pratica, rifacendosi all'esempio, terapie che hanno più fattori di rischio che indicazioni.

Vorrei infine citare alcuni spunti operativi derivati da un documento redatto dal ministero della Salute riguardo all'etica nella gestione del rischio clinico: riconoscere e lavorare entro i limiti della propria competenza; mantenersi costantemente aggiornati; conoscere e osservare norme, regole, linee guida, codici di condotta pertinenti alla propria professione; conoscere e rispettare le competenze, le responsabilità, gli incarichi dei colleghi; integrarsi nell'ambiente di lavoro e rispondere alle legittime attese dei pazienti.

Renato Torlaschi



EDITORIALE

Aldo Crespi
Odontoiatra

Confidenza o gerarchia nelle relazioni in studio?

I colleghi che da qualche tempo hanno superato gli "anta" e hanno macinato ore e ore al riunito sanno quanto importanti possono essere i rapporti con il personale di studio per la reciproca serenità quotidiana. Pagine e pagine sono state scritte sull'argomento, affrontando da diverse prospettive le tematiche del personale ausiliario in ambito privato e non.

Certamente fondamentale è l'importanza del rapporto tra assistente e paziente, ma non meno cruciale è la relazione di collaborazione tra l'assistente e il medico. Su quest'ultimo confesso di avere alcune differenze di veduta con alcuni colleghi, in particolare sul delicatissimo equilibrio confidenziale.

Partendo dalla nota considerazione del tempo trascorso in studio con le proprie assistenti confrontato con le frequentazioni private, fa sempre un certo effetto scoprire che lo studio è in posizione sicuramente dominante. Questo è il primo punto che spesso si dà per scontato e che invece nel rapporto interpersonale ha un peso rilevante.

Il secondo aspetto sul quale si può dibattere è la forma di tale rapporto, ovvero se debba essere orientato verso relazioni più confidenziali o, viceversa, più gerarchiche. Tanto per andare subito al punto, esiste la radicata convinzione di alcuni nel mantenere un distacco dettato dai ruoli e dall'aspetto culturale. Potrà sembrare anacronistico ai giorni nostri, ma è una realtà assolutamente presente, con radici culturali profonde. La cosa naturalmente è occulta nei risvolti del rapporto, ma emerge chiaramente nel momento in cui si dibatte o, ancora, quando si impone l'autorità in uno scontro verbale, dove il richiamo all'ordine fa leva proprio sulla sudditanza sia economica che culturale.

Non vogliamo entrare nel merito, ne conosciamo le probabili origini, semplicemente percorriamo una strada diversa. Come anche non concordiamo con l'estrema intimità del rapporto, esageratamente confidenziale e scherzoso, che può facilmente trascendere, facendo perdere autorevolezza a entrambe le parti. La difficoltà è proprio nel mantenere l'equilibrio corretto, garantendo il rispetto sia dei ruoli che della persona, affinché possa nascere un coinvolgimento attivo nel lavoro di tutti i giorni.

Per spiegarci meglio vorremmo raccontare un episodio accaduto nel nostro studio che ci ha fatto riflettere. Le due assistenti in quel periodo si alternavano a turno, quel lunedì le troviamo entrambe al mattino. Pensando a un comprensibile errore chiediamo il perché una delle due si sia presentata pur essendo la sua mattina libera. La risposta: «abbiamo un intervento difficile, sei mani sono meglio di quattro».

La cosa che fa riflettere è che nulla era stato richiesto, ma deciso spontaneamente dopo aver visto l'agenda giorni prima e valutato il tipo d'intervento da eseguire quel lunedì. La cosa che in ogni caso ci ha colpito maggiormente non è la disponibilità, per altro sempre apprezzabile, ma la locuzione «abbiamo». È stato allora che ci siamo resi conto di aver creato un vero team. Da quell'episodio abbiamo sempre cercato di coinvolgere il personale di studio nel modo più serio e sereno in ogni problema riguardante la nostra attività, per rendere le assistenti parte integrante della nostra attività fatta di adempimenti, impegni, soddisfazioni e a volte inevitabili delusioni. Insomma lo studio, oggi, è anche il loro studio!

Consapevoli che questa immagine da "mulino bianco" possa cambiare in qualsiasi momento e diventare una realtà conflittuale, come quella raccontata da alcuni colleghi, abbiamo consapevolmente deciso di goderci il presente.



CONTENZIOSO IN AUMENTO, DI LENARDA: «MIGLIORARE LA COMUNICAZIONE ED EVITARE COMPORAMENTI DENIGRATORI E COLPEVOLIZZANTI»

Il contenzioso medico legale in odontoiatria sfugge nella sua vera entità dato che, per la sua dimensione per lo più privatistica, un censimento è di difficile realizzazione. Il fenomeno tende tuttavia a differenziarsi, sotto alcuni aspetti, da quello che si manifesta in altri ambiti specialistici. «Quando pensiamo alla responsabilità professionale sanitaria, siamo portati a pensare a danni alla persona di regola importanti, con un pregiudizio del "bene salute" significativo e non emendabile, cosa che in odontoiatria per lo più non avviene - riflette **Roberto Di Lenarda** alla vigilia del congresso nazionale del Collegio dei docenti, che si occuperà di rischio clinico -. Spesso infatti,

anche se non di regola, alla risoluzione di un contenzioso si assiste al corretto ripristino degli aspetti funzionali: il danno individuabile, laddove sia accertata la responsabilità, risulta confinato nell'ambito di un periodo di temporanea invalidità in ambito biologico spesso a un tasso medio decisamente ridotto. Anche quando sussistono postumi permanenti, questi vengono ricompresi, nella grande maggioranza dei casi, nell'ambito delle cosiddette invalidità "micro permanenti". Di Lenarda propone, a titolo esemplificativo, il caso della perdita di un incisivo centrale superiore, che corrisponde a una riduzione permanente dell'integrità psicofisica (danno biologico) dell'ordine

dei due punti percentuali: il ricorso a un trattamento implantologico potrà consentire una riabilitazione efficace con il conseguente proporzionale abbattimento del pregiudizio subito. L'analoga discussione sui manufatti protesici prende in considerazione sostanzialmente degli aspetti di natura economica più che di salute e l'oggetto della stessa non di rado consiste nella sola soglia cronologica correlata ai rinnovi del dispositivo. «Assistiamo dunque a un grande numero di richieste con un valore unitario, per singolo sinistro, di entità modesta se non trascurabile» rileva Di Lenarda, presidente del Collegio dei docenti universitari di discipline odontostomatologiche.

Dedicare più tempo al consenso informato

«Dovendo interrogarci sulle motivazioni che sottendono un fenomeno che appare in relativa espansione - sostiene il professore triestino - l'aspetto relativo alla comunicazione sembra preponderante rispetto a quello tecnico. Non è quindi in gioco la tematica del consenso informato, abitualmente sottoscritto, bensì quello della relazione tra curante e assistito. In altri termini, ciò che si rileva non è tanto l'assenza di una modulistica evidenziante rischi e benefici ottenibili dal trattamento, che è abitualmente disponibile, ma la mancata comprensione del medesimo, circostanza che non infrequentemente si realizza quale conseguenza di

un tempo non adeguato a ciò dedicato».

Tra le cause del contenzioso figura anche una cattiva relazione nell'ambito intraprofessionale: per Roberto Di Lenarda «una purtroppo non trascurabile parte delle richieste risarcitorie avanzate è conseguenza di un comportamento deontologicamente non corretto, che si produce quando un professionista prende in carico una persona delusa dal risultato ottenuto da parte di un collega e si diffonde in commenti che ingenerano la falsa consapevolezza di una precedente condotta inadeguata».

Del resto, il codice deontologico attualmente vigente, all'articolo 58 intitolato "Rapporti tra colleghi", impone che questi siano improntati a principi di solidarietà e collaborazione e al reciproco rispetto delle competenze tecniche, funzionali ed economiche prevedendo inoltre, in caso di errore professionale di un collega, di evitare comportamenti denigratori e colpevolizzanti. Come spiega Di Lenarda, infatti, la frase "come ha potuto fare una cosa simile?" rappresenta infatti di regola l'innescio della richiesta risarcitoria.

Gelli-Bianco: ricadute modeste in odontoiatria

In questo contesto, che si discosta alquanto da quello tradizionale della responsabilità conseguente all'esercizio professionale in una struttura pubblica, si iscrive la legge 8 marzo 2017 n. 24, la cosiddetta "Gelli-Bianco". «Questa legge - sintetizza Di Lenarda - disciplina la responsabilità professionale sanitaria riconducendola massimamente nell'ambito contrattuale, escludendo conseguenze penalmente rilevanti ove la condotta sia stata aderente alle linee guida nel contesto dell'imperizia lieve. In questo senso la legge è senz'altro apprezzabile, non fosse altro per aver cercato di introdurre elementi innovativi in una materia che negli ultimi trent'anni è stata per lo più disciplinata dalle sentenze dei tribunali o della Corte di Cassazione. Ciò premesso, va però anche detto che si è a breve assistito al suo sostanziale depotenziamento per quel che riguarda l'aspetto penalmente rilevante: la ben nota sentenza del febbraio 2018 della Cassazione penale a Sezioni unite (SU 8770/18) ha di fatto significativamente indebolito la prospettiva per la quale la legge è stata introdotta».

Se scarsi ne saranno i riflessi in ambito odontoiatrico, in cui il ricorso al procedimento penale costituisce per lo più un grimaldello adoperato per forzare il tragitto risarcitorio, con la remissione della querela e l'accettazione della stessa da



» Roberto Di Lenarda

parte del professionista quale regola, secondo Di Lenarda anche l'aspetto contrattuale della responsabilità nel contesto odontoiatrico non sembra avere introdotto elementi di significativo rilievo. E questo sia per quanto concerne l'attività svolta nelle strutture pubbliche che per quella eseguita negli studi privati, «posto che in entrambe le circostanze le richieste di ristoro del danno sono sempre state introdotte - e continuano a esserlo - a titolo contrattuale, con tutto ciò che concerne la ripartizione degli oneri probatori. È quindi difficile, nella più parte dei casi, sfuggire a una attribuzione di responsabilità ove si ragioni in termini di inadempimento contrattuale. Interrogarsi dunque su modalità "altre" di risoluzione o deflazione del contenzioso è un passaggio a cui non ci si può e non ci si deve sottrarre. Affidare a una legge il compito che precede non sembra, quantomeno nell'ambito odontoiatrico, esercizio produttivo di effetti positivi».

Insomma, il presidente del Collegio docenti ritiene che la soluzione della problematica vada ricercata nell'ambito interno al contesto professionale, rivedendo non tanto le modalità informative, che di regola vengono assolte, bensì quelle inerenti la comunicazione con il paziente, aspetto questo di rilievo non trascurabile e che sarà ulteriormente rafforzato nel contesto della formazione universitaria. «Chiediamoci solo quanto comunichiamo con i pazienti senza parlare (comunicazione non verbale) e diamoci una risposta, ci consentirà di comprendere, se onesti con noi stessi, le motivazioni per le quali in non poche occasioni il paziente ha ritenuto di rivolgersi a un altro professionista. In secondo luogo, sembra oggi indispensabile ripensare i rapporti tra colleghi sotto il profilo deontologico, non già al fine di nascondere eventuali responsabilità ma, se presenti, di affrontarle in un'ottica collegiale e nel miglior interesse della persona assistita. Altrimenti si continuerà a procedere nel senso della contrapposizione, favorendo l'introduzione di categorie professionali estranee all'ambito sanitario che avranno solo da guadagnarne, in ogni senso, e poco pregio potranno assumere, quanto meno nell'ambito odontoiatrico, nonostante gli intenti innovativi della Gelli-Bianco».

Renato Torlaschi

Nuove soluzioni!

L'impianto ultra-short per uno sfruttamento ottimale del tessuto osseo preesistente

copa
SKY
IMPLANT SYSTEM



| Stabilità primaria | Precisione | Materiali fisiologici

Il sistema implantare SKY®

