

Come ottenere i consenso informato dal paziente

Quanto sarà oggetto di questo articolo, è sostenuto dai numerosi studi odontoiatrici che negli ultimi anni hanno applicato, successivamente alla mia consulenza di organizzazione delle loro risorse interne, la metodologia frutto delle ricerche sulla Qualità Percepita in corso dal 1997.

Ritengo pertanto utile riprendere, seppur brevemente il concetto di Qualità Percepita.

Il percorso che il paziente effettua in termini di giudizio della Qualità nasce dalle aspettative che possiede nei confronti della cura medica, della considerazione del proprio benessere ed in particolare dell'odontoiatra. Tali aspettative lo motivano e lo aiutano a giudicare la prestazione di cui sta usufruendo. In particolare il paziente, quando si reca dall'odontoiatra, possiede in sé già delle informazioni basilari frutto delle esperienze precedenti, accumulate negli anni o indotte dai discorsi acquisiti dai familiari, dagli amici o dai conoscenti. Il paziente si aspetta di ricevere delle risposte, di attendere qualche minuto in una sala d'attesa, di essere ricevuto da un medico, di incontrare la segretaria che lo informerà sul preventivo, etc. In tutto ciò sa di doversi sottoporre ad una visita, di dover forse provare un disagio, se non addirittura dolore, di dover spendere del denaro che avrebbe voluto destinare altrimenti.

Le attese del paziente sono frutto di pensieri a loro volta generati da necessità (ho dolore) o da bisogni (voglio essere curato da un medico che mi ispiri fiducia, voglio migliorare la mia condizione). Le attese sono determinate dalle esperienze ma anche dalle motivazioni. Ma come si formano le aspettative in realtà? Sono frutto di una frazione ideale al cui numeratore sono le conoscenze ed al denominatore le emozioni. In pratica, se un paziente possiede, paradossalmente, infinite emozioni e conoscenze pari a zero, il risultato della frazione darebbe un valore nullo, tale da determinare una impossibilità nel determinare la quantità di aspettative. In pratica in questo esempio siamo di fronte alla personalità del bambino, che ha emozioni infinite, che prova vera gioia e apre le braccia anche al nemico, purché sorridente o con un regalo per lui... Viceversa, se fossimo davanti ad una personalità dove il numeratore, cioè le conoscenze, sono infinite e le emozioni pari a zero, anche il risultato della frazione non sarebbe gestibile quantitativamente. Ciò significa che se non esistono emozioni, il risultato sarà l'isolamento della personalità, l'alienazione dalla realtà in mancanza di stimoli. Quali sono e da cosa sono determinati alcuni stimoli motivazionali? Alla base della motivazione troviamo infatti proprio i "bisogni fisiologici", cioè quella serie di bisogni che il paziente possiede nel cercare calore, cibo, affetto, che lo costringono ad andare dal dentista per non voler più sentire dolore. Soddisfatti tali bisogni di primo livello, il paziente cerca adesso i "bisogni del gruppo". Cerca un gruppo. Ha bisogno di trovare ed incontrare suoi simili, persone

che lo riconoscano, con i quali attivare una seppur embrionale collaborazione. Spesso ad esempio, dobbiamo ammettere, ci rechiamo in un bar per prendere un caffè, non perché in quel luogo ci servono il miglior caffè in senso assoluto, ma perché ci piace il posto e ci salutano riconoscendoci ... Un ulteriore livello motivazionale, il terzo, è dato dal “bisogno di stima”. Chi accede a questo livello cerca qualcuno che gli dica “bravo!”. Se non lo trova si gratifica da solo ... Il paziente, così come ognuno di noi, ha bisogno di sentirsi apprezzato, di credere che il risultato dipende anche da lui, che è bravo, appunto. L'ultimo livello motivazionale è dato dall'espressione dell'“io”. In questo ambito il paziente vuole decidere, vuole essere attore, manifesta giudizi reali. Ora, se le aspettative del paziente, che sono insite nella sua personalità (che è una modalità di comportamento verso le situazioni esterne) sono idealmente quantificabili, quando questi entra in relazione con l'odontoiatra e con la sua organizzazione, se percepisce qualcosa maggiormente delle sue stesse aspettative, allora da un valore di qualità verso quanto sta ricevendo. In pratica, passando dalla sfera ideale del pensiero (aspettative) all'esperienza vissuta, cioè quando il paziente entra in studio e riceve il servizio e la prestazione (reale), forma uno scostamento, un delta, rappresentato dalla Qualità Percepita. Questa qualità oggi è frutto della Qualità Economica, della Qualità dell'Organizzazione, della Qualità della Relazione Dialogica e, al primo posto, della Qualità Clinica (che, sebbene sia la più importante, però percepisce per ultima, quando la cura è finita e ha già pagato...). Adesso, nell'ambito di tante ricerche e di tante soluzioni, quando si è dovuto affrontare il problema della consegna e della firma del Consenso Informato, tra il medico ed il paziente, si sono presentate tante difficoltà. I pazienti tendono a non firmare fogli che potrebbero “deresponsabilizzare” il medico, soprattutto oggi, dove i pazienti da un lato considerano il medico come un professionista di valore, ma dall'altro credono anche di doversi difendere dalla classe medica (spesso oggetto di attacchi da parte dei media a fini commerciali). Inoltre, il medico affida spesso alle parole tale pratica informativa e questo crea anche una labilità nel caso di controprove se dovesse malauguratamente verificarsi una fattispecie di contenzioso medico legale ed assicurativo. Nel Consenso Informato andrebbe indicata anche la prognosi ed il fatto che, in seguito alla cura, il paziente dovrà sottoporsi alle visite di controllo (anche se gratuite, o meglio: “comprese nel costo della prestazione”) unitamente ad una terapia permanente di igiene periodica obbligatoria. Solo così l'odontoiatra potrà non solo verificare lo stato di salute del paziente al quale ha erogato la prestazione negli anni, ma potrà anche risolvere e prevenire errori (che possono sempre verificarsi) e mantenere il paziente partecipativo, oltre che fidelizzato, perché il paziente deve interpretare tutto ciò come una garanzia verso di lui. Esistono molti modelli di consenso ma credo che quello più efficace sia quello inserito in una più ampia documentazione consegnata al paziente in seguito ad una prima visita, contenente alcune foto, le radiografie, l'odontogramma, l'anamnesi, il preventivo ... (vedi la Cartella Clinica Visiva©: www.apmanagement.com). Il punto di partenza per ottenere il consenso informato dal paziente è determinato da una serie di fattori che si integrano in un unico concetto,

quello della Qualità Percepita, infatti il consenso rappresenta Qualità della Relazione (una delle quattro qualità precedentemente accennate). A questo punto il problema deve essere gestito da tutti i punti di vista e deve essere preparato il terreno per tale obiettivo. Non basta possedere lo strumento (il foglio di carta o le Cartelle Cliniche Visive©), occorre anche che il paziente sia preparato a riceverlo, e tale “formazione” inizia già in sala d’attesa. Pensate di affiggere in sala d’attesa, in una semplice cornice, un comunicato leggibile anche a distanza, firmato e timbrato da voi, dove è trascritto un testo simile a questo che vi propongo: “E’ DIRITTO DI OGNI PAZIENTE ESSERE INFORMATO E DARE IL CONSENSO AL TRATTAMENTO E DOVERE DI OGNI MEDICO FORNIRE TUTTE LE INFORMAZIONI CHE IL PAZIENTE RICHIEDE ED ANCHE QUELLE CHE IL PAZIENTE NON CONOSCE SULLA TERAPIA. IN QUESTO STUDIO CONSIDERIAMO L’INFORMAZIONE PARTE DELLA QUALITA’, PERTANTO CONSEGNAMO A TUTTI I PAZIENTI IL CONSENSO INFORMATO.” Adesso il paziente ha ricevuto un primo “input” sui suoi diritti e sui doveri del medico, percepirà serietà e fiducia, si aspetterà un’informazione scritta e comunque rimarrà meno sorpreso del perché in passato da nessun dentista ha dovuto firmare di aver ricevuto tale notizia. L’importante è che il paziente condivida con voi la necessità del Consenso Informato.

Adesso vediamo di organizzare managerialmente il passo successivo.

Prendiamo la scheda anamnestica (in ogni caso viene compilata dal paziente e discussa con il medico) e consideriamola un primo documento di consenso, dove il paziente informa e manifesta la sua volontà a sottoporsi all’indagine diagnostica. Aggiungiamo alla scheda anamnestica la frase liberatoria della Legge sulla privacy e lasciatela firmare. Adesso fatene una copia ed inseritela in una cartella simile a quelle che normalmente i cardiologi, i dermatologi (a seguito dell’esame dermatoscopio), oppure i laboratori di analisi consegnano ai pazienti. In pratica fatevi realizzare dal tipografo di fiducia una cartella con stampati i dati dello studio ed all’interno iniziate ad inserire una copia della scheda anamnestica.. I pazienti usciranno dallo studio odontoiatrico con un prodotto tangibile di Qualità Percepita, contenente tutte le informazioni necessarie al consenso e lo conserveranno conferendogli un valore oggettivo. Potranno mostrarlo ai familiari, apprendere ulteriori informazioni che nella loro sommatoria costituiscono la maggiore espressione del consenso. La segretaria inserirà in questa Cartella Clinica Visiva© (che non conterrà il Diario Clinico che invece compilerete solo per voi e archiverete a parte) la scheda contenente i dati anagrafici del paziente, comprensiva dei numeri telefonici di recapito e delle preferenze per gli appuntamenti (giorni, orari, ...). Adesso interviene l’assistente dentale che, fatto accomodare il paziente al riunito, scatterà alcune foto della bocca del paziente, meglio se con una fotocamera digitale che per la sua semplicità nel non dover selezionare profondità di campo e per la sua immediata collocazione come immagine digitale sul computer, permetterà di stampare su carta le foto della bocca del paziente. Questa stampa andrà anche inserita nella Cartella Clinica Visiva© di cui stiamo trattando. Adesso occorre,

sempre con la fotocamera digitale sul diafanoscopio, altrimenti se possedete un riadivideografico effettuare le fotografie delle radiografie e anch'esse stamparle su un foglio di carta ed inserirle nella documentazione precedente. I tempi di realizzazione di queste procedure sono minimo, dobbiamo anche considerare che tale procedura, una volta svolta abitualmente e acquisita dimestichezza si velocizza notevolmente ed inoltre i preventivi di importo elevato non sono, normalmente, all'ordine del giorno e che queste operazioni non sono necessarie per i pazienti che devono ricevere una semplice prestazione dove è sufficiente il consenso più immediato verbale. In ogni caso andrà inserito nella Cartella Clinica Visiva© anche una copia dell'odontogramma, compilato in base allo status del paziente ed a tutte le prestazioni che dovrà ricevere. Queste prestazioni potranno far parte del preventivo integralmente oppure, se il preventivo è inerente una complessa riabilitazione, consiglio dividerlo in due o più fasi, pur compilando integralmente l'odontogramma.. Il paziente deve vedere il complesso delle prestazioni, anche se nella prima fase (preparatoria) si effettuerà solo una parte del lavoro totale, poichè potrebbero verificarsi variazioni che è impossibile prevedere con certezza all'atto della stesura del primo preventivo e non è sempre corretto poter stabilire l'andamento di una cura, che potrebbe in seguito subire sostanziali variazioni. Adesso riepiloghiamo il contenuto fin ora della Cartella Clinica Visiva©:

- Pagina 1 – anamnesi
- Pagina 2 – dati del paziente
- Pagina 3 – foto digitali
- Pagina 4 – radiografie
- Pagina 5 - odontogramma

Terminata questa prima fase, la segretaria inserirà alcuni fogli, che lo studio dentistico deve realizzare a parte e che conterranno le informazioni generali per ogni singola branca odontoiatrica (Es. cos'è l'implantologia, la protesi, l'endodonzia, la conservativa, l'ortodonzia, la pedodonzia, la parodontologia, ...). Queste schede generali, una volta realizzate saranno utilizzate negli anni e non richiedono tempi di preparazione, in quanto standard. Andranno solo inserite le schede necessarie per lo svolgimento della terapia. Supponiamo che il paziente debba fornire il consenso all'implantologia e che la segretaria inserisca questa "scheda di implantologia" nella Cartella Clinica Visiva©. Successivamente sarà inserita un'altra scheda standard (cioè una volta realizzata, utilizzabile all'infinito per ogni prestazione di quella branca) riferita ai materiali utilizzati. La scheda della biocompatibilità e dei materiali utilizzati assume un valore particolarmente rilevante perché potremmo considerare che svolge efficacia anche nei confronti della Legge 93/42. Infine sarà aggiunta un'ulteriore scheda standard sulle eventuali considerazioni sulla prestazione che sarà fornita; questa scheda la chiamiamo "in caso di... e mantenimento della prestazione" e conterrà un elenco di possibili indicazioni a seguito del trattamento ricevuto ed una serie di regole comportamentali che il paziente necessariamente dovrà adottare prima durante e dopo le cure (igiene professionale e visite periodiche

post-trattamento di controllo) e soprattutto le informazioni strettamente relative al consenso.

Adesso va solo aggiunto il preventivo e consegnata tale documentazione al paziente.

Riepiloghiamo definitivamente il contenuto della Cartella Clinica Visiva©:

- Pagina 1 – anamnesi
- Pagina 2 – dati del paziente
- Pagina 3 – foto digitali
- Pagina 4 – radiografie
- Pagina 5 – odontogramma
- Pagina 6 – scheda di implantologia
- Pagina 7 – scheda della biocompatibilità
- Pagina 8 – in caso di... e mantenimento della terapia
- Pagina 9 – preventivo
- Questo materiale sarà consegnato al paziente che firmerà di averlo ricevuto, in pratica ogni pagina consegnata all'interno della Cartella sarà timbrata e firmata dallo studio, in modo che non possa essere sostituita arbitrariamente. Il paziente, come dicevo, firmerà solo l'indice della cartella, utilizzando una formula del tipo:

“RICEVO IN DATA _____ LA CARTELLA CLINICA N° _____ CONTENENTE:

- PAGINA 1 – ANAMNESI; PAGINA
- 2 – DATI DEL PAZIENTE; PAGINA
- 3 – FOTO DIGITALI; PAGINA
- 4 – RADIOGRAFIE; PAGINA
- 5 – ODONTOGRAMMA; PAGINA
- 6 – SCHEDE DI IMPLANTOLOGIA; PAGINA
- 7 – SCHEDE DELLA BIOCOMPATILITÀ; PAGINA
- 8 – IN CASO DI... E MANTENIMENTO DELLA TERAPIA; PAGINA
- 9 – PREVENTIVO. DICHIARO DI AVER PRESO VISIONE DEL CONTENUTO DELLA CARTELLA IN OGGETTO E ACCONSENTO AL TRATTAMENTO ODONTOIATRICO.”

In questo modo abbiamo risolto sia il problema del consenso, motivato il paziente, risparmiato tempo futuro (perché il paziente è stato reso partecipativo e non dimenticherà cose che potrà semplicemente leggere, cosa che difficilmente è raggiungibile con le parole) e soprattutto abbiamo agevolato il compito della segretaria che altrimenti avrebbe dovuto dialogare con il paziente solo con un foglietto contenente unicamente gli importi del preventivo, abbassando notevolmente il valore della Qualità Percepita fornita dallo studio che è una forma corretta e deontologica di pubblicità. Non dimentichiamo anche che questa documentazione funge da deterrente verso un eventuale contenzioso giuridico legale.

Le difficoltà che l'odontoiatra ed il suo personale potrà incontrare nella stesura di questo importante prodotto manageriale dello studio odontoiatrico, sono solo relative all'impostazione metodologica dei tempi utili alla redazione della Cartella Clinica

Copyright © 2008 Arianto srl. Diritti riservati.

Visiva© (www.apmanagement.com“visitando la parte “prodotti”) che però saranno sempre minori man mano che la pratica svolgerà quell’inevitabile ottimizzazione della metodologia. I risultati invece, se supportati da una buona comunicazione dialogica (tra medico e paziente e tra il personale dello studio ed il paziente), saranno rilevanti. Con l’auspicio di aver fornito un nuovo ed utile spunto di riflessione e di organizzazione manageriale ringrazio i lettori per l’attenzione dedicata alla rivista P.O.

Antonio Pelliccia

Consulente di Direzione per
le Strategie di Impresa e per
la Gestione Strategica delle
Risorse Umane