

Strategia ed applicabilità di obiettivi misurabili per la riduzione del contenzioso in estetica dentale attraverso il protocollo di management odontoiatrico.

Autori:

Dr. Antonio Pelliccia

Professore a contratto in Economia ed Organizzazione Aziendale

Università Cattolica del Sacro Cuore

Policlinico Agostino Gemelli - Roma

Università Vita e Salute

Ospedale S. Raffaele - Milano

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

Dr. Ruggero Paris

Esperto in problematiche

etiche-giuridiche-sociali

Fino a qualche decennio fa quando si sentiva parlare di **chirurgia estetica**, l'immaginario collettivo si raffigurava interventi cui si sottoponevano persone, soprattutto del "gentil sesso" e per lo più facoltose, per accentuare la gradevolezza del loro corpo o per dare un tocco di maggiore sensualità ad alcune parti del proprio fisico (seno, labbra, naso, cosce ecc.).

Il raggiungimento del benessere da parte di vasti ceti sociali, l'interessamento dei mass-media alla **chirurgia estetica** - ritenuta non più appannaggio di pochi - hanno contribuito ad accrescere a tal punto le aspettative di ampi strati della popolazione, che moltissime persone hanno la possibilità di ricorrere a tale branca dell'*ars medica* non solo per migliorare il proprio aspetto fisico al fine di renderlo più piacevole ma per correggere anche semplici inestetismi.

Nel campo odontoiatrico, in particolare, la nascita di molte specializzazioni ha accentuato sempre di più, in aggiunta agli interventi "necessitati", le richieste che mirano a perseguire soltanto finalità estetiche.

Se il costo delle "offerte estetiche" è alla portata di molte persone, se numerosi e spesso altamente attrezzati sono i Centri che erogano tali prestazioni è poi così semplice richiedere e sottoporsi ad un intervento di chirurgia per finalità non terapeutiche?

Per rispondere a questi e ad altri simili interrogativi è necessario esaminare la problematica sotto diversi profili perché nel complesso rapporto che si instaura tra cliente e chirurgo s'intrecciano aspetti non solo di natura medica ma anche contrattuale, con risvolti, peraltro non infrequenti, di natura contenziosa.



La chirurgia estetica, che come **la chirurgia ricostruttiva** costituisce una branca della **chirurgia plastica**, **si differenzia da quella non tanto per le tipologie d'intervento** - tutte e due, infatti, si propongono la ricostruzione di parti del corpo - **quanto per le diverse finalità che perseguono.**

Mentre la **chirurgia ricostruttiva** (la giurisprudenza preferisce chiamarla **ricostitutiva** o **riabilitativa**) si occupa di situazioni patologiche che trovano una soluzione parziale o totale tramite interventi demolitivi e/o ricostruttivi (malformazioni di varia natura, deformità, tumori della cute, alterazioni vascolari, traumi ecc.), quella **estetica** si propone di migliorare un aspetto fisico anatomicamente normale ma percepito dal soggetto come impedimento ad una completa realizzazione della propria persona.

Anche se l'attività medica, essendo volta a tutelare un bene costituzionalmente garantito - qual è quello della salute (art. 32, comma 1° Cost.) - trova fondamento e giustificazione in sé stessa, non può essere ritenuto il medico, nell'esercizio della sua professione, depositario di illimitate potestà curative in quanto il 2° comma della stessa norma costituzionale prevede l'obbligo di sottoporsi a determinati trattamenti sanitari solo in pochissimi casi, peraltro tassativamente codificati, e comunque gli stessi devono essere sempre eseguiti nel pieno rispetto della persona umana.

Poiché il chirurgo estetico non persegue finalità squisitamente terapeutiche – in quanto si occupa della salute intesa più come benessere psico-fisico della persona che come assenza di malattie – i margini operativi nell'esercizio della sua attività sono più circoscritti di quelli riconosciuti al chirurgo che interviene con intenti riabilitativi.

Stante la mancanza di norme “ad hoc” che diano precise indicazioni sui limiti entro i quali può ritenersi lecita l'attività del chirurgo, dalla disamina delle variegate disposizioni esistenti in materia e degli orientamenti emersi dalle pronunce giurisprudenziali si può affermare che, allo stato attuale, costituiscono limiti oggettivi dell'attività chirurgica in genere e, quindi, a maggior ragione di quella estetica: a) il rispetto delle “leges artis” contemplate dalla migliore scienza ed esperienza del momento storico; b) l'idoneità tecnica delle strutture e del personale sanitario; c) il bilanciamento dei rischi-benefici. Ne sono limiti soggettivi: d) la competenza specialistica del chirurgo; e) il consenso informato del paziente.

In riferimento a quanto indicato sub a) le tecniche adottate dal professionista presso strutture pubbliche non si discostano solitamente da quelle imposte da protocolli prestabiliti. È pertanto sufficiente che il sanitario abbia rispettato, nei singoli casi di specie, tutte le procedure predeterminate per andare indenne da rilievi di sorta. Diversa è la posizione del chirurgo che opera in ambiente privatistico ed in piena autonomia: in caso di contestazioni incombe su di lui l'onere di provare di essersi uniformato alle migliori tecniche in atto seguite.

Per quanto attiene al limite di cui alla lettera b) poiché è improbabile che l'operatore chirurgico, pubblico dipendente, oltre a svolgere la sua attività in sala operatoria rivesta incarichi di natura amministrativa e/o gestionale è difficile – salvo casi di dolo o colpa grave – che possa rispondere per inadeguatezza della struttura o per un cattivo impiego del personale. Allo specialista, invece, che effettua prestazioni chirurgiche presso Centri privati possono essere mossi addebiti non solo se per carenze strumentali il cliente ha subito danni o a seguito di interventi di chirurgia estetica non ha ottenuto i miglioramenti sperati, ma anche per “culpa in vigilando” se una non perfetta riuscita dell'operazione sia da imputare, anche solo in parte, a negligenze del personale ausiliario.

Il limite di cui alla lettera c) deve essere rispettato soprattutto dal chirurgo estetico perché, salvo i casi in cui la spasmodica richiesta di interventi cosmetici da parte di pazienti/clienti non sia da ricondurre a serie patologie di natura psicologica – per cui l'operazione chirurgica che soddisfi le aspettative del soggetto si presenta come l'unica terapia per curare le turbe del richiedente (in tal caso più che di chirurgia estetica dovrebbe parlarsi di chirurgia terapeutica) – non essendo l'intervento "necessitato" o comunque finalizzato alla cura di gravi malattie deve essere esente da rischi. Gli interventi estetici di vanità, cui il soggetto si sottopone per migliorare o per rendere più piacevoli le proprie sembianze sottostanno in ogni caso al limite oggettivo del pericolo non solo della vita ma anche di menomazioni permanenti del proprio corpo.

In riferimento ai limiti soggettivi di cui alla lettera d), sentenze di condanna di specialisti che hanno effettuato interventi mal riusciti, in settori che esorbitavano dalla branca in cui erano specializzati, inducono a ritenere che a nessuna esimente può fare ricorso il chirurgo estetico, cui viene contestato il risultato della sua prestazione, in quanto si ritiene unanimemente che egli debba essere in possesso, in tale specifico settore, di una preparazione così scrupolosa che è assai improbabile che siano giustificati errori afferenti a negligenza, imperizia ed imprudenza.

Per correttezza informativa non ci si poteva esimere dal predisporre un elenco, seppure non esaustivo, di quelli che sono ritenuti i limiti più ricorrenti del chirurgo con particolare riguardo a quello estetico.

Tuttavia poiché tale professionista fornisce le sue prestazioni quasi sempre in un contesto privatistico – dove aumentano considerevolmente le responsabilità in cui incorre per mancato rispetto dei limiti sopra descritti – la sua preparazione è così scrupolosa, le tecniche adoperate sono così all'avanguardia, le strutture in cui opera sono solitamente dotate di strumenti così sofisticati che non capita quasi mai che egli debba confutare rilievi, in sede giudiziale, concernenti il superamento dei limiti di cui alle lettere a), b), c) e d).

Completamente diversa è invece la sua posizione in riferimento al limite di cui alla lettera e): gli addebiti che solitamente gli vengono mossi riguardano, pertanto, proprio il consenso informato del paziente.

Il chirurgo estetico e, quindi, anche l'odontoiatra quando fornisce prestazioni ritenute notoriamente estetiche, deve adottare ogni cautela per contrastare possibili contestazioni su tale terreno. Quello del consenso è per lui un vero e proprio campo minato.

Poiché il consenso per ritenersi valido deve essere preceduto da informazioni molto dettagliate; dal momento che trattandosi di interventi di natura cosmetica non solo non è in gioco l'integrità fisica del paziente ma non sono neppure minimamente ipotizzabili eventuali rischi eccezionali, per scoraggiare azioni di rivalsa per insufficiente informazione questa deve estendersi ai reali e non semplicemente possibili effetti migliorativi della prestazione in relazione alle esigenze manifestate dal cliente, alla durata degli stessi nel tempo, agli eventuali effetti collaterali temporanei o duraturi, all'entità, estensione e visibilità degli effetti cicatriziali ecc..

In altre parole, ribadito che per nessuna ragione il rischio debba riguardare la salute, la condotta del chirurgo deve essere del tutto simile a quella tenuta da ogni contraente che, nella fase pre-contrattuale e durante l'esecuzione della propria obbligazione, deve ispirarsi alla classica buona fede.

Per quanto attiene agli Studi odontoiatrici, non si può non rilevare che si presentano, spesso, pazienti con necessità di riabilitazioni funzionali complesse o con esigenze estetiche particolari.

Ciò comporta, oltre al prezzo elevato del preventivo, un aumento dei rischi “professionali” (clinici) e di “impresa” (gestionali) a causa della lunga durata delle prestazioni e delle numerose sedute.

Si devono effettuare, pertanto, alcune considerazioni preliminari per evitare che il paziente non comprenda la spesa che deve affrontare, senza aver ben percepito la qualità dell'intervento.

Sono sempre maggiori i pazienti valutativi. Oggi, con la crisi congiunturale dell'economia, le concezioni basate sulla gestione degli spazi della relazione umana piuttosto che trasmettere cura della gestione, del management e dell'alta tecnologia medica, rappresentano il *must* degli anni 2000.

Vediamo quindi qual è il percorso da seguire per la presentazione di un preventivo con un prezzo elevato, considerando le molteplici variabili della riduzione del rischio di incomprensioni e di contenzioso medico legale.

Si dividerà la fattispecie, per sola semplicità espositiva, in diverse fasi.

Questo studio è stato svolto presso 12 studi dentistici, distribuiti sul territorio nazionale. La ricerca è iniziata nel 2002 ed è terminata nel 2007. In cinque anni di applicazione della metodologia manageriale, si sono raccolti dati di soddisfazione dei pazienti ottimali e gli studi che hanno partecipato alla ricerca utilizzano oggi periodicamente questo protocollo in modo stabile e permanente, nella routine della pratica quotidiana.

Fase A. Il paziente fissa l'appuntamento ed entra in studio.

La relazione tra il medico ed il paziente non nasce quando il malato si siede al riunito, ma già da quando questi contatta lo studio per prendere un appuntamento. La percezione della qualità (come spesso esposto durante i nostri corsi) è una attività complessa ed articolata che porta al riconoscimento di un valore al prezzo praticato e allo stimolo psicologico di fiducia verso il professionista.

Il livello di soddisfazione del paziente è misurato sia in termini clinici (percepibili solo alla fine della terapia), sia in termini di marketing (percepibili immediatamente e per tutta la durata della relazione). La qualità percepita dal paziente è il frutto del superamento delle sue stesse aspettative. Aspettative che si compongono in modo integrato tra le conoscenze già in possesso, quelle nuove acquisite nel corso della relazione dialogica e le stesse emozioni che accompagnano sempre il paziente. Assume quindi particolare interesse il ruolo della segretaria e dell'assistente, della sala d'attesa, della gestione dell'appuntamento e del tempo. La sala d'attesa non è più oggi uno spazio dove “parcheggiare” il paziente. Mettete a disposizione del nuovo paziente che entra per la prima volta nello studio il “Book di presentazione” (Carta dei Servizi dello Studio) di cui si è spessissimo parlato nei nostri corsi e che oggi rappresenta un successo di strategia professionale adottato da numerosissimi vostri colleghi.

I pazienti non solo si dimostrano quasi sempre entusiasti di avere, fin dal primo approccio, una chiara visione dei Servizi di cui possono disporre, ma acquisiscono maggiore fiducia nello Studio, nel Team e nell'organizzazione stessa. Sempre in sala d'attesa potranno essere collocati sistemi “multimediali” che illustrano ai pazienti le necessarie pratiche di igiene domiciliare e professionale e le notizie sulla salute o sulla qualità della vita (alimentazione, sport, natura, benessere ...).

Sono moltissime le azioni da svolgere o su cui soffermarsi prima dell'approccio clinico per poter essere credibili al momento della presentazione del preventivo. Solo partendo dall'effetto “Primacy” (la prima impressione) si potrà costruire con successo

Copyright © 2008 Arianto srl. Diritti riservati.

un rapporto dialogico di collaborazione professionale tra il medico ed il paziente, detto “Recency”, destinato a perdurare negli anni.

PRIMACY

- Risposta telefonica
- Modalità per fissare l'appuntamento
- Cordialità, voce, sorriso, aspetto curato del personale
- Consegna del Book di presentazione dello Studio
- Gestione della sala d'attesa e dell'attesa
- Gestione del tempo in sala d'attesa: riviste e multimediali
- Compilazione della scheda anamnestica
- Relazione dialogica con il Team dello studio



RECENCY

- Saluto e accoglimento al riunito
- Comunicazione dialogica medico-paziente
- Collaborazione e motivazione
- Cartella Clinica Visiva

Fase B. Il paziente si siede al riunito

E' questa la parte che abbiamo definito “Recency,” di conferma, cioè, di quanto qualitativamente percepito in precedenza dal paziente. Intanto lo stesso paziente si siederà al riunito con una differente consapevolezza, avendo ricevuto qualità percepita nella precedente fase di relazione “Primacy”.

L'odontoiatra avrà cura di compilare, nel caso clinico di riabilitazione complessa, la Cartella Clinica Visiva (CCV), contenente: la scheda anamnestica, le RX, la fotografia del paziente appena giunto in studio, le notizie sempre utili sull'importanza dell'igiene domiciliare e di quella professionale in studio, l'odontogramma, il Piano Terapeutico Contabile (PTC). (Vedi le immagini in appendice dell'articolo.)

PTC

In pratica il Piano Terapeutico Contabile (PTC), unitamente alle fasi A e B precedenti, non solo contribuisce a generare nel paziente fiducia, chiarezza e coinvolgimento, ma soprattutto ottempera, attraverso le immagini della Cartella Clinica Visiva e della relazione dialogica, alle funzioni comunicative ed emotive per migliorare la motivazione del paziente, la gestione delle “compliance”, permettendo al medico ed al team di segreteria di presentare il preventivo nel migliore dei modi, considerando che nella colonna relativa agli acconti il paziente potrà inserire di suo pugno le cifre che ritiene di disporre in prossimità della scadenza concordata.

CCV

Altro momento importante è quello della discussione del preventivo con la Cartella Clinica Visiva davanti, seduti alla scrivania, invece che al riunito, magari con un sorriso e con la certezza che il paziente sta percependo la qualità della vostra prestazione dalla visione (non solo con le parole) delle sue stesse fotografie ed RX. Tale Cartella, che riceverà alla fine della visita (a pagamento), testimonierà la professionalità del vostro Studio. Un preventivo di estetica necessita, pertanto, di tutte queste fasi per poter essere correttamente discusso, per poter acquisire un

paziente motivato e che abbia percepito la vostra capacità professionale fin dall'inizio del rapporto di cura. E' con gli strumenti "oggettivi" che vi sono stati presentati che possono essere gestiti, anche nel corso della terapia, le stesse sedute, i pagamenti, le compliance.... Il successo di una metodologia simile è determinato oltre che dalla partecipazione del paziente che comprende con maggiore efficacia ed efficienza i concetti da voi espressi al momento della discussione del preventivo, anche e principalmente dal sorgere della relazione dialogica tra medico e paziente alla conclusione della terapia.

Variante: La Cartella Clinica Visiva Estetica (CCVE)

La CVE è uno strumento di diagnosi, di dialogo con il paziente e un mezzo di comunicazione estremamente efficace.

L'idea della sua realizzazione è nata ai tempi di un training alla NYU (New York University).

Gestire i fondamenti dell'estetica significa ottimizzare la comunicazione dialogica tra medico e paziente, utilizzando un linguaggio comune al quale fare riferimento o dal quale intenzionalmente deviare.

La CVE riporta la data, il nome del paziente e quello dell'odontoiatra. Tiene conto anche delle valutazioni e considerazioni soggettive del paziente oltre che dei suoi desideri e può misurare il suo coinvolgimento al problema dandoci sicurezze o facendo suonare campanellini d'allarme.

L'analisi facciale considera indici di riferimento veloci e sicuri quali la simmetria e il parallelismo tra le linee interpupillari e quelle intercommesurali e del piano oclusale e valuta il profilo con due tra i più sicuri parametri (specie nella protesi) di altissimo valore medico-legale.

Essa prende in considerazione i parametri che più intensamente vengono vagliati dai nostri pazienti e dai quali dobbiamo trarre spunto per soddisfare le aspettative dell'estetica.

Le labbra, i denti e le gengive possono essere ben studiate, in presenza del paziente, per stabilire la loro reciproca relazione e posizione.

Da questa valutazione, che comprende anche la forma e le proporzioni dentali, nasce la logica della "Terapia Concordata", che oltre ad essere un ottimo strumento di comunicazione (marketing deontologico di cui oggi tanto si parla), permette al paziente di capire le proprie problematiche ancor prima di accettare il preventivo e di maturare una forte motivazione che risulta essere, a nostro modo di vedere, la condizione indispensabile per la piena riuscita della cura. Lo stesso Codice Deontologico recita: "Il medico deve prima verificare che il paziente abbia compreso ed accettato la terapia e poi deve metterlo in condizione di poterne usufruire anche dal punto di vista economico".

Fase C. Il medico illustra al paziente il Piano Terapeutico e la segretaria ne tratta i particolari Contabili

Alla fine della visita il paziente, nella fattispecie di cui stiamo esaminando gli aspetti generali, riceverà la copia stampata della Cartella Clinica Visiva. Con questo utilissimo strumento di comunicazione il medico ed il paziente cominceranno a dialogare sulla terapia e sul preventivo.

Il paziente, finita la visita, dovrà essere condotto nello studio privato dell'odontoiatra il quale, in modo assolutamente "empatico", cioè senza cadere nella tentazione di emettere "giudizi" su di lui, comincerà a chiedergli in modo "aperto ma orientato"

Copyright © 2008 Arianto srl. Diritti riservati.

alcune informazioni sulla sua situazione clinica ed estetica. In seguito l'odontoiatra illustrerà al paziente la propria situazione stomatognatica attraverso la Cartella Clinica Visiva che gli sarà consegnata con l'aggiunta del Piano Terapeutico Contabile redatto dalla segretaria.

Quest'ultima allegherà il PTC alla Cartella Clinica Visiva prima di stamparla e di consegnarla al medico affinché possa discuterne con il paziente. E' evidente che, almeno in via generale, quando il preventivo è frutto di una terapia complessa e di importo elevato, sia anche il medico dentista a discuterne preliminarmente con il paziente, prima di affidarlo nei "dettagli" delle modalità di pagamento e di rateizzazione, alla segretaria. Assume quindi particolare rilievo il "Piano Terapeutico Contabile".

Sintesi del protocollo