

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

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, 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**, hanno contribuito ad accrescere a tal punto le aspettative di ampi strati della popolazione. 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.

**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.

La posizione del chirurgo che opera in ambiente privatistico ed in piena autonomia è che in caso di contestazioni incombe su di lui l'onere di provare di essersi uniformato alle migliori tecniche in atto seguite.

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.

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.

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

Copyright © 2008 Arianto srl. Diritti riservati.

contraente che, nella fase pre-contrattuale e durante l'esecuzione della propria obbligazione, deve ispirarsi alla classica buona fede.

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.

#### **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**

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.)