

Per un approccio più sereno alla conflittualità - dott. Alberto Castiglioni

ANDI - Corso sulla conflittualità in odontoiatria: come prevenirla - Milano, 28 maggio 2005

La conflittualità tra medico e paziente, che spesso sfocia in contenzioso legale, è un fenomeno in grande e progressiva crescita, non peculiare dell'Italia, ma appartenente a tutto il mondo occidentale. Anche le stime per il futuro rappresentano previsioni di ulteriore crescita.

Si calcolano in più di 300.000 all'anno le controversie tra medico e paziente per presunti danni subiti a seguito di cure mediche, anche se solo una piccola percentuale di queste arriva poi alle aule di un Tribunale. E' comunque elevatissimo il rischio di contenzioso, oggi un medico con 20 anni di attività ha l'80% di probabilità di ricevere una richiesta di risarcimento per danni causati dalla sua pratica professionale. Secondo i dati di AMAMI (Associazione medici accusati di malpractice) ogni anno 15.000 medici sono raggiunti da citazioni o denunce, ma di questi i due terzi sono assolti per non avere commesso il fatto.

Prevenire la conflittualità, o almeno viverla più serenamente, presuppone innanzitutto conoscerne le cause, che sono molteplici e variegate, ma sostanzialmente si possono così riassumere :

- In primis la perdita del ruolo "paternalistico" del medico, che non rappresenta più il professionista carismatico portatore di una verità scientifica assoluta, indiscutibile e incomprensibile, al quale affidarsi senza poter o voler essere coinvolti nelle valutazioni diagnostiche e nelle conseguenti scelte terapeutiche. Al contrario il paziente odierno medio, informato e consapevole, pretende che il servizio sanitario che gli viene fornito, in quanto relativo alla sua salute, contenga regole chiare e comprensibili, e nel suo svolgimento vuole partecipare in modo attivo anche ai momenti decisionali. Questo aspetto è ancora più marcato in ambito odontoiatrico, dove il rapporto prevalentemente libero professionale trasforma sempre più il *paziente* in *cliente*, con tutte le aspettative e le richieste che questo ruolo implica.
- La sempre più diffusa conoscenza, anche in ambito non strettamente medico, delle malattie e delle nuove tecniche terapeutiche relative. A ciò contribuiscono vari fattori, prima di tutto una generale maggiore divulgazione del sapere legato al crescente livello di scolarizzazione, un'aumentata disponibilità e accessibilità di strumenti di conoscenza (media, internet ecc.), nonché il particolare appeal che per i mezzi di informazione rappresenta la divulgazione di informazioni di interesse medico.
- Progresso scientifico in rapida avanzata, sia per l'aspetto diagnostico che nei risvolti terapeutici: ciò ingenera nei pazienti sempre più forti aspettative di successo nei confronti dell'atto medico, spesso addirittura con una pretesa di obbligazione di risultato che non tiene conto della variabilità e imprevedibilità delle dinamiche in campo biologico. Nel settore odontoiatrico questo aspetto è accresciuto dalle finalità di natura estetica che spesso si accompagnano all'atto terapeutico.
- Tendenza sempre più marcata alla generale e diffusa criminalizzazione della classe medica, supportata anche dal comportamento dei media, che esaltano e mettono in grande risalto i casi di "malpractice", a volte magari solo presunta e comunque prima che vi sia stato un giudizio. A tale tendenza non sono estranei i magistrati che, a partire dagli anni '70, si sono orientati verso un atteggiamento sempre più colpevolista nei confronti della responsabilità medica. Anche questo ha contribuito a ingenerare aspettative risarcitorie da parte dei cittadini quando si trovino di fronte ad un supposto errore professionale di un sanitario. Del resto non è quasi mai un problema etico o di principio che spinge una persona a intentare una causa nei confronti di un medico, alla base c'è quasi sempre un risvolto economico.

- Impreparazione del medico di fronte a situazioni conflittuali: di sicuro l'Università trascura le problematiche di possibile conflitto medico-paziente e non forma la classe sanitaria ai moderni concetti della comunicazione con il pubblico, né dà al futuro medico le basi psicologiche per affrontare correttamente le diverse situazioni che si porranno nel quotidiano interfacciarsi con la propria paziente.

In questo quadro generale l'odontoiatria dà un cospicuo contributo all'aumento del contenzioso, rappresentando una delle branche specialistiche mediche tra le più esposte a procedimenti legali per responsabilità professionale, anche se di interesse prevalentemente civilistico e con un'entità media di risarcimento inferiore alle altre specialità.

A differenza di altre specialità, l'odontoiatria avviene quasi sempre in situazioni di elezione, non è quasi mai gravata dall'urgenza, è spesso legata ad interventi non indispensabili o addirittura con connotazioni estetiche, che tendono quindi a costituire un' obbligazione di risultato.

Va considerato inoltre il fatto che l'odontoiatria è specialità chirurgica, in cui è perciò più facile evidenziare rapporti di causa effetto tra lesione e intervento medico. Spesso l'intervento è eseguito su tessuti duri dentari, molto spesso con manufatti protesici e/o con inserzioni implantari, che sono perciò facilmente riscontrabili e valutabili in caso di consulenze tecniche in ambito giudiziario.

Ulteriore aggravante è il fatto che, mentre nei procedimenti penali il comportamento è più garantista nei confronti del professionista inquisito e la punibilità del reato è legata a prove e accertamenti molto rigorosi (in dubio pro reo), nelle cause civili viceversa, che rappresentano la stragrande maggioranza di quelle di interesse odontoiatrico, il giudizio tende a favorire maggiormente il soggetto leso, considerato più debole (in dubio pro misero).

Se ora si prendono in esame le svariate cause, sopra elencate, che possono portare a situazioni di conflitto nel rapporto medico paziente, è possibile derivare una serie di comportamenti, norme prudenziali, e più in generale, potenziali rimedi atti a limitare il fenomeno o, in ogni caso, a poterlo affrontare con più consapevolezza e maggiore serenità d'animo.

E' innanzi tutto indispensabile prendere atto una volta per tutte della necessità di sviluppare un nuovo tipo di rapporto col paziente, che tenga conto del desiderio di informazione e di coinvolgimento alle terapie da parte dei pazienti. Instaurare, nel rispetto e nell'attenta valutazione della personalità del paziente, un rapporto "alla pari", presupposto indispensabile per il conseguimento dell'alleanza terapeutica. Mantenere un rapporto di reciproca fiducia, sapendo ascoltare con umiltà le esigenze del paziente, senza trascurare né sottovalutare le sue paure e le sue preoccupazioni, anche qualora siano infondate. Valutare con attenzione quali siano i reali disturbi che affliggono il paziente, senza perdere la consapevolezza dei propri limiti e dei limiti della medicina, domandarsi cosa si aspetta dalla cura, in altre parole *prendersi cura* del paziente, non limitandosi ad una mera esecuzione di tecnicismi terapeutici. Più il paziente sarà coinvolto e responsabilizzato, più sarà forte la sua stima nei confronti del medico e la sua tendenza a collaborare, così come più sarà difficile che si verifichi un esito giudiziario in caso di insuccesso terapeutico. Il paziente deve essere consapevole che ogni atto terapeutico può comportare rischi

ed essere suscettibile di insuccessi, compito del dentista è quello di trasmettere in modo chiaro questo concetto, senza suscitare esagerati allarmismi, ma informando correttamente.

Va estesa e sempre più rafforzata una coscienza morale degli odontoiatri, con corsi di formazione e maggiore sensibilizzazione nel corso degli studi universitari, atta a stimolare codici di comportamento di elevato valore etico, sia nei confronti dei pazienti che verso i colleghi (da non considerare in termini di concorrenti da sconfiggere), ma anche nei confronti di odontotecnici, collaboratori, ecc. L'atteggiamento, assai diffuso, di colleghi che criticano l'operato del precedente sanitario e ne amplificano le responsabilità, non solo è condannato dal codice deontologico, ma è anche foriero di conseguenze lesive per tutta la categoria odontoiatrica. Esso ingenera sospetti e incrementa la sfiducia del paziente, che da quel momento verificherà in modo meticoloso e forse prevenuto anche l'operato di chi ha mosso le critiche.

Va considerato un arricchimento e non un limite accettare pareri e consigli di altri specialisti in settori che travalicano la propria competenza: meglio delegare ad altri interventi che rischiano di oltrepassare i limiti della propria esperienza e capacità professionale.

Censurare, se necessario anche con note scritte, i pazienti inadempienti nei confronti delle cure e/o negligenti nella puntualità nei controlli, fino ad arrivare, se la situazione lo richiede, all'interruzione del rapporto contrattuale. Documentare sempre comunque per iscritto la propria attività.

E' fondamentale raccogliere un corretto consenso informato, dedicando molto spazio alla prima visita, senza sottacere i possibili rischi insiti nelle terapie e le possibilità di insuccesso. Per quanto la legge consenta che il consenso informato sia anche solo verbale, va considerato che solo la sua formulazione scritta, con la specifica delle possibili principali complicanze, può costituire prova inequivocabile in sede di giudizio. E' evidente che nessun consenso del paziente, anche se sottoscritto, può giustificare l'esecuzione di terapie palesemente sbagliate o con scarse probabilità di successo: bisogna rifiutare di eseguire terapie giudicate inefficaci o poco valide, anche se espressamente richieste dal paziente, nessun avallo preventivo del paziente potrà limitare la responsabilità del professionista che abbia scelto di eseguire percorsi terapeutici senza adeguate possibilità di successo.

Va particolarmente curata la documentazione del caso, a cominciare da una corretta e approfondita anamnesi, meglio se svolta direttamente dal curante, in modo diretto e colloquiale, che non ricorrendo a prestampati compilati dal paziente in modo schematico. Impensabile iniziare una riabilitazione terapeutica senza una Rx panoramica preliminare, o una pratica estrattiva senza almeno una Rx endorale, così come una terapia ortodontica senza teleradiografia e tracciato cefalometrico, il tutto preferibilmente corredato da documentazione fotografica. Va rilevato che, in ambito implantologico, la mancata esecuzione di una TAC, almeno nei casi più dubbi e/o rischiosi, è sempre più valutata come elemento sfavorevole in ambito di discussione medico legale.

Un discorso a parte va fatto per la cartella clinica: l'utilizzo, l'aggiornamento e quindi anche la conservazione di una cartella clinica, in ambito di studio o ambulatorio privato, non sono resi obbligatori dalle leggi vigenti (la prevede, viceversa, il codice deontologico). Ma è di sicuro vantaggio per il professionista poter produrre, in ambito di contenzioso, una completa

documentazione del caso, che comprenda le valutazioni anamnestiche, l'obiettività stomatologia, la prescrizione di eventuali accertamenti radiologici e/o strumentali, l'annotazione dei referti relativi, le conclusioni diagnostiche, il piano di trattamento, il preventivo di spesa, l'assunzione del consenso, nonché l'andamento, a mezzo di diaria, del trattamento, dei controlli e delle eventuali variazioni di piano terapeutico concordate.

Pertanto i requisiti minimi di una cartella clinica possono essere schematizzati:

- dati anagrafici e lavorativi del paziente
- anamnesi
- documenti radiologici
- diagnosi
- piano di trattamento che comprenda misure preventive
- stima dei costi
- procedure più significative del trattamento
- materiali dentali utilizzati
- farmaci prescritti
- referenze di altri dentisti, medici o istituzioni
- informazioni circa la pratica di consenso informato del paziente
- firma e data

(dalla presentazione delle LINEE GUIDA dell'odontoatria – bozza 2004: Scarpelli, Pinchi, Santoro ecc.)

La polizza assicurativa dell'odontoiatra, per la responsabilità professionale, dev'essere valutata dettagliatamente, non affidata alla buona volontà del proprio agente assicurativo, verificando che sia correttamente coperta dal rischio la propria specifica attività (es. implantologia), che la copertura sia estesa a terzi (soggetti del cui operato il professionista sia considerato responsabile, es. i dipendenti). Importante prevedere la copertura delle spese legali e peritali, possibilmente con opzione di scelta da parte del professionista assicurato, valutare con attenzione gli aspetti relativi alla garanzia pregressa e postuma della polizza, la presenza di eventuali franchigie.

Spesso il potenziale contenzioso può essere gestito (e risolto) al di fuori dell'ambito assicurativo, ricordare che il compenso professionale (e quindi la sua eventuale restituzione) non è coperto da polizza assicurativa: il venir meno di una prestazione eseguita da un odontoiatra fa cessare l'effetto contrattuale della prestazione stessa e comporta il diritto, per il paziente, alla restituzione dell'onorario versato, senza che da ciò possa venire manlevato dalla compagnia assicurativa con cui intrattiene una polizza di responsabilità professionale. In tali casi la restituzione del compenso rappresenta la via più veloce di estinzione del contenzioso. Laddove viceversa il conflitto comporti il coinvolgimento della propria compagnia assicurativa, è opportuno che il professionista assuma un ruolo attivo e non si limiti a una mera comunicazione del sinistro, disinteressandosi dei fatti. Sarà infatti necessario che la denuncia comprenda un sintetico ma completo resoconto, con tutti gli elementi documentali possibili (radiografici, fotografici, modelli, schede ecc.): i consulenti di parte potranno costruire una corretta ed efficace difesa solo se potranno accedere, nella fase stragiudiziale, a tutti gli elementi di valutazione possibili.

E' consigliabile a tutti seguire corsi di aggiornamento che consentano di conoscere lo svolgimento delle varie fasi di un contenzioso medico legale, anche in una situazione ormai

giudiziaria: la consapevolezza di tutte le possibili implicazioni, nonché dei possibili tempi, è fondamentale per poter fare scelte adeguate, ma anche per poter vivere in modo meno drammatico il possibile succedersi degli eventi giudiziari. Non andrà trascurato il valore aggiunto di un possibile danno d'immagine che si aggiunge a quello economico, in caso di conflitto giudiziario: la propria professionalità viene messa in discussione e ciò comporta un appannamento, oltre che della propria autostima, anche della propria immagine professionale, faticosamente costruita nel corso degli anni, con conseguenze di difficile valutazione ma di sicuro impatto, quantomeno sul piano psicologico.

Va infine ricordato che, nel quotidiano espletamento della propria attività professionale, l'attenzione verso il caso di cui ci si sta occupando, la concentrazione anche in situazioni di apparente routinarietà, la prudenza nella valutazione delle possibili conseguenze, costituiscono comportamenti più idonei a prevenire i contenziosi, che non le capacità tecniche. Non va infatti dimenticato che, nella valutazione delle responsabilità, la colpa per imperizia viene invocata quando vengono superati i binari di una preparazione e una capacità tecnica "medie", ma l'orientamento è quello di invocare l'imperizia solo in caso di colpa grave, valutando "con larghezza di vedute e comprensione per la peculiarità dell'arte medica e per la difficoltà dei casi particolari" (Fiori, 1999). Viceversa la prudenza e la diligenza rappresentano per il sanitario un imperativo categorico e la loro violazione configura profili di responsabilità professionale anche in caso di colpa lieve.

INFINE: uno sguardo a quello che il prossimo futuro potrebbe prospettare...

Linee guida: esistono da tempo a livello internazionale, anche ANDI è attivamente impegnata nella loro elaborazione, attraverso la commissione ANDI odontoiatria legale. Esse rappresentano sempre più un importante punto di riferimento, senza dimenticare che il medico deve comunque poter operare secondo scienza e coscienza, non trascurando la propria esperienza né rinunciando alla propria capacità di intuizione, nell'interesse del malato. Le linee guida possono però costituire delle autorevoli raccomandazioni, formulate in modo sistematico, utili "per aiutare il sanitario e il paziente a prendere decisioni relativamente al trattamento terapeutico adatto a specifiche circostanze cliniche." (CIC., 2000). La funzione delle linee guida è perciò quella di "migliorare l'efficacia clinica, la qualità delle cure e fornire indicazioni per la gestione dei rischi nei singoli casi affrontati dal sanitario nella pratica clinica". (M. Scarpelli - Il comportamento dell'odontoiatra - ed. ACME 2002).

Novità legislative:

- è in corso la stesura del nuovo codice penale, affidata al magistrato Carlo Nordio, nella quale è già presente la revisione del nesso di causalità, in cui i criteri per l'accertamento della responsabilità saranno molto più rigorosi. Nell'ottobre 2004 Carlo Nordio ha affermato che "si punta a circoscrivere i casi di responsabilità medica, definendo meglio il nesso di causalità e il concetto di "colpa": l'obiettivo è eliminare le incertezze ed evitare che la colpa venga riconosciuta di fronte alla semplice probabilità. In secondo luogo andrebbe prevista una sanzione risarcitoria in caso di denuncia temeraria".

- AMAMI ha proposto l'istituzione di un Fondo di garanzia sociale per risarcire i pazienti danneggiati da complicanze imprevedibili e l'agevolazione del sistema arbitrale nelle controversie
- E' partito a Roma, primo in Italia in via sperimentale, su iniziativa degli Ordini dei Medici e degli Avvocati, uno "sportello di conciliazione", come soluzione per dirimere più in fretta le controversie, nell'interesse sia dei malati che dei medici: l'obiettivo, ambizioso, è quello di risolvere "amichevolmente" la controversia entro sei mesi.
- E' all'esame del Parlamento un disegno di legge, a cura del senatore Antonio Tomassini, che si propone, tra l'altro, di attribuire sempre l'onere risarcitorio delle cause civili alla struttura ospedaliera, pubblica o *privata*, nei casi di responsabilità di un sanitario: è probabile che alla struttura ospedaliera privata venga assimilata anche la struttura odontoiatrica, con possibile benefici futuri per gli odontoiatri con rapporto di collaborazione.
- Al convegno "Medici alla sbarra: cause giudiziarie e sanità" (Milano, aprile 2005) la Regione Lombardia ha annunciato la creazione di un fondo a partecipazione volontaria per i medici che vogliono assicurarsi, su di esso si è trovato d'accordo anche il Tribunale del malato, che ha concordato con la Regione un progetto pilota per l'attivazione di tavoli di conciliazione.

Si può dunque parlare di inversione di tendenza nel campo della conflittualità tra medici e pazienti? E' prematuro azzardare ipotesi ma il magistrato Nordio osserva che "nelle ultime sentenze della Cassazione si nota una forte oscillazione sulla valutazione del nesso di causalità". E negli Stati Uniti, spesso anticipatori di tendenze poi trasferite nel Vecchio Continente, è di pochi mesi fa la dichiarazione del Presidente Bush, ad un congresso medico, sulla necessità di una legge, ora in fase di stesura, che miri a proteggere maggiormente i medici dalle accuse di malpractice, rendendone più difficile l'incriminazione, con lo scopo di ridurre l'impressionante numero di cause di responsabilità medica intentate ogni anno in America.