

EPIDEMIOLOGIA DEL CONTENZIOSO E GESTIONE DEL RISCHIO

Dott. F. Montagna*, Dott. G. Carserà*, Dott. D. Manfredini*, Dott. M.S.Rini*,

Dott. M. Provisionato*, Dott. A. De Introna*, Dott. E. Nuzzolese*, Dott. M.B. Bucci*

ABSTRACT

In assenza di dati forniti da enti pubblici, le uniche fonti utilizzabili per lo studio della frequenza del contenzioso in odontoiatria sono costituiti da studi di consulenti e periti che operano in ambito privatistico.

Sette articoli (1690 casi nel periodo 1998-2008) sono stati utilizzati in questo lavoro di metanalisi, ottenendo i seguenti dati:

- elevata prevalenza di protesi 30-70% e implantologia 20-25%
- risarcimento medio euro 8-15.000,00
- soccombenza per il dentista del 95-98%
- aumento del 5% delle richieste per responsabilità professionale in 10 anni.

Questi dati formano la base per individuare le cause e la frequenza degli errori, identificare le procedure di gestione del rischio, atte a diminuire eventi avversi e contenziosi in odontoiatria.

Introduzione

L'odontoiatria legale riconosce diverse finalità: indicare direttive di comportamento al dentista nel rispetto dei doveri giuridici connessi all'esercizio della professione;

* *Direttivo delle Società Italiana di Odontoiatria Legale e Assicurativa.*

perseguire una formazione omogenea dei consulenti tecnici nei diversi ambiti, attraverso l'approfondimento di parametri di valutazione condivisi in tema di responsabilità professionale e traumatologia dentale; migliorare l'assistenza clinica implementando le procedure di gestione del rischio, attraverso lo studio sistematico degli errori.

L'interesse dei dentisti è prevalentemente circoscritto alla prevenzione e alla gestione del rischio nella prassi clinica quotidiana lavorativa e disinteressato alle ampie problematiche della disciplina medico-legale.

Le statistiche e le considerazioni riportate di seguito costituiscono la base per lo studio delle cause e della frequenza degli errori (di cui l'analisi del contenzioso rappresenta parte insostituibile), per individuarne le applicazioni riflesse sulla professione; campo di indagine e di azione squisitamente odontoiatrico, in cui il ruolo di medici-legali e giurisperiti rimane marginale.

Casistica

Attualmente in assenza di fonti elaborate da istituti pubblici (cancellerie dei tribunali, uffici di liquidazione delle compagnie di assicurazione), gli unici dati disponibili sul contenzioso sono deducibili dal confronto di casistiche private di singoli esperti.

In letteratura gli articoli utilizzabili per la metanalisi non sono numerosi:

- 3 risultano eseguiti con criteri omogenei, basati su griglie sovrapponibili per la raccolta dati (tabella 1-7)
- 4 utilizzano criteri parzialmente difformi (tabelle 7-11).

L'insieme costituisce un campione attendibile, raccolto da 9 operatori, distribuiti nell'ambito territoriale dell'Italia centrale e settentrionale; in cui analogie e sovrapposizioni permettono di tracciare un profilo realistico del contenzioso in tema di epidemiologia, di morfologia e di risarcimento del danno: sia puntuale nel biennio 2007-2008, che tendenziale nell'arco del decennio 1998-2008.

Tabella 1 – Morfologia del rischio in 736 casi RP, 1998-2004 (Montagna, Cirrincione, Ridi, 2004)

BRANCA	%	MOTIVI PIU'FREQUENTI
Protesi	30,57	Metà casi equamente divisi tra carie dei monconi, DTM, rotture di protesi fissa
Implantologia	19,87	1/3 per insuccessi dopo protesizzazione (perimplantite tardiva) e 1/4 per lesione del nervo alveolare inferiore
Endodonzia	17,66	4/5 per cure canalari incongrue con infezioni, di cui 3/5 sotto protesi
Chirurgia orale	10,05	1/3 per lesione del nervo alveolare inferiore da estrazione del dente del giudizio
Ortodonzia	8,02	Metà per correzione incompleta dopo lungo trattamento
Parodontologia	6,11	3/4 per omissione di diagnosi
Conservativa	5,30	1/3 per recidiva precoce di carie su otturazioni

Tabella 2 – Valori medi di valutazione del danno in 75 casi (F. Montagna, 2004)

Tipo di perizia	Danno biologico temporaneo (gg,100 %)	Danno biologico permanente (%)	Spese emergenti (€)
CTP ASS	17,56	1,38	2910,00
CTP	73,38	3,39	12012,00
CTU	68,05	2,79	4695,50

Tabella 3- Suddivisione per branche in 97 consulenze di due diversi professionisti
(Provisionato, Turani, 2006-2007)

Branca	Numero
Protesi	71
Chirurgia Orale	8
Implantologia	6
Endodonzia	5
Ortognatodonzia	3
Disordini temporo-mandibolari	3
Conservativa	1
Totale	97

Tabella 4 – Miscellanea di dati in 97 consulenze di due diversi professionisti

(Provisionato, Turani, 2006-2007)

Parametri	Numero parziale di casi su 97 totali
Età media e sesso odontoiatri (1)	68 M, 5 F età media 44 anni (variazioni 37-51aa)
Età media e sesso pazienti	28 M, 61 F età media 38 anni (variazioni 14-50aa)
Restituzione del corrispettivo (1)	totale 10 casi parziale 27
Abuso di professione	4 casi
Responsabilità d'equipe	6 casi
Soccombenza paziente o pretestazioni (2)	9 casi
Assenza o inoperatività di garanzia assicurativa	3 casi
Procedure di ingiunzione di pagamento	58 casi
Evoluzione del contenzioso	1 transazione odontoiatra-paziente 22 liquidazioni da Compagnia assicurativa 40 procedimenti giudiziari

	35 interrotti o in fase di definizione
--	--

(1) Disponibili dati parziali

(2) Parere in consulenza medico-legale

Tabella 5 - Valutazione del danno in 97 consulenze di 2 professionisti (Provisionato, Turani 2006-2007)

Tipologia	DBT (gg, 100%)	DBP (%)	Spese emergenti (€)	Restituzione Corrispettivo (€)*
Implantologia	13	5,5	13.000,00	8.754,00
Conservativa	///	2	14.000,00	400,00
Chirurgia orale	4	5,5	15.000,00	///
Disordini temporo- mandibolari	10	6	47.000,00	18.800,00
Protesi	12	3,25	19.900,00	12.833,00
Ortognatodonzia	146	5	4.500,00	1.000,00
Endodonzia	5	2	10.900,00	5.600,00
Media	31	3,75	17.757,00	7897,00

* Escluse restituzioni parziali di corrispettivo

Tabella 6 – Analisi retrospettiva globale di 146 casi di responsabilità professionale (F. Montagna, 2008)

Dato	Quantità	Note
Totale consulenze	n. 146 (100%) 53 maschi 99 femmine	Due anni di osservazione (2006-2007) Consulente unico
Tipologia	n. 14 CTU (9,6%) n. 8 ATP (5,5%) n. 13 COASS (8,9%) n. 111 COP (76%)	ATP con valutazione (ex 696bis cpc) Prevalenza consulenze a privati cittadini
RCP*	121 casi (82,9%)	Esclusione responsabilità (cure corrette, indimostrabilità colpa, valore economico ridotto) in 25 casi (17,1%)
Risarcimento medio per	DBP* 4,3% DBT* 45gg 100%	DBP in 82 casi DBT in 97 casi

sinistro	SPE* 12.109,80€ RECO*8267,60€	SPE in 74 casi RECO in 60 casi
RPP	n. 4 casi (2,5%)	n. 1 caso implantologia n. 1 caso protesi n. 2 casi ortodonzia

*Legenda: DBP, danno biologico permanente; DBT, danno biologico temporaneo; SPE, spese emergenti; RECO, restituzione corrispettivo; COASS, Consulenze per compagnie di assicurazioni; COP, consulenze per privati cittadini; RCP, responsabilità civile professionale; RPP, responsabilità penale professionale

Tabella 7 – Analisi retrospettiva per branca di 146 casi di responsabilità professionale
(F. Montagna, 2008)

Dato	Quantità	Note
PROTESI	n. casi 72 (49,3%)	<i>Tipologia di errori*</i>
	DBP 3,4%	- carie pilastri
	DBT 26 gg al 100%	- parodontiti apicali
	SPE (31 casi)	- decementazioni
	13.306,00€	- DTM (6 casi)
		- omissione diagnosi
		parodontopatia
		<i>Altri dati</i>
	RECO (34 casi)	- abuso di professione (2 casi)
	9353.90€	- esclusione di responsabilità (10 casi)
		- transazioni odontoiatra-paziente (6 casi)

		<ul style="list-style-type: none"> - 1 valutazione limite (328 gg 30%)
IMPLANTOLOGIA	<p>n. casi 38 (26%)</p> <p>DBP 5,5% *</p> <p>DBT 34 gg 100%</p> <p>SPE (21 casi)</p> <p>7.663,90€</p> <p>RECO (14 casi)</p> <p>9.789,70€</p>	<p><i>Tipologia di errori*</i></p> <ul style="list-style-type: none"> - perimplantite tardiva - lesione NAI (5 casi) - sinusite mascellare (4 casi) - perimplantite precoce <p><i>Altri dati</i></p> <ul style="list-style-type: none"> - esclusione di responsabilità (2 caso) - 1 caso limite (50% DBP)
ENDODONZIA	<p>n. casi 8 (5,5%)</p> <p>DBP 6%</p> <p>DBT 26 gg 100%</p> <p>SPE (4 casi)</p>	<p><i>Tipologia di errori*</i></p> <ul style="list-style-type: none"> - parodontite apicale - sinusite mascellare (3 casi) - lesioni neurologiche(2 casi) <p><i>Altri dati</i></p>

	5.076,70€ RECO (1 caso) 200,00€	- esclusione di responsabilità (2 casi)
ORTODONZIA	n. casi 16 (11%) DBP 5,4% DBT 100% 166gg SPE(13 casi) 19.833,30€ RECO (7 casi) 3.950,20€	<i>Tipologia di errori*</i> - malocclusione residua dopo trattamento prolungato - riassorbimento radicolare (4 casi); 1 generalizzato dopo 9 anni di terapia, 3 localizzati in corso di disinclusione canina superiore - omesso consenso informato a estrazioni (2 casi) - diagnosi errata (2 casi) - carie (2 casi) <i>Altri dati</i>

		<ul style="list-style-type: none"> - abuso di professione (1 caso) - esclusione di responsabilità (1 caso) - 1 caso limite (9 anni 20%)
CHIRURGIA ORALE	<p>n. casi 7 (4,8%)</p> <p>DBP 4,5%</p> <p>DBT 48,7gg al 100%</p> <p>SPE (2 casi) 15.306,00€</p> <p>RECO (1 caso) 2500,00€</p>	<p><i>Tipologia di errori*</i></p> <ul style="list-style-type: none"> - lesione NAI durante estrazione denti del giudizio - lesione nervo linguale (1 caso) - sinusite odontogena (1 caso) <p><i>Altri dati</i></p> <ul style="list-style-type: none"> - esclusione di responsabilità (2 caso)
CONSERVATIVA	<p>n. casi 4 (2,7%)</p> <p>DBP 1,2%</p> <p>DBT 10gg 100%</p>	<p><i>Tipologia di errori</i></p> <ul style="list-style-type: none"> - carie secondaria - DTM (2 casi) <p><i>Altri dati</i></p>

	<p>SPE (2 casi) 6.224,60€</p> <p>RECO (1 caso) 3.118,00€</p>	<ul style="list-style-type: none"> - abuso di professione (1 caso) - esclusione di responsabilità (2 casi)
VARIE	n. 1 caso (0,7%)	<p><i>Tipologia di errori</i></p> <p>Ritardata diagnosi di carcinoma endosseo trattato come parodontite apicale</p> <p><i>Altri dati</i></p> <p>Assente contenzioso isolato per parodontologia (sempre associato a protesi)</p>

* In ordine decrescente di frequenza

Tabella 8 – Analisi retrospettiva globale di 265 casi di responsabilità professionale
(Carserà, 2006)

Dato	Quantità	Note
Totale consulenze	n. casi 265 (100%)	Unico esperto, 9 anni di osservazione (1998-2006) Campione 2023 consulenze: - 1754 traumatologia dentaria (86,7%) - 265 RCP (13,20%)
Incremento nel periodo	+ 4,5% in 9 anni	<i>Variazioni di prevalenza*</i> - 31/319 nel 1998 (10%) - 39/230 nel 2003 (17%) - 22/152 nel 2006 (14,5%)
Risarcimento medio per sinistro	DBP 4% Risarcimento 5.637,40€	Assenti indicazioni su DBT Spese emergenti e restituzione del corrispettivo conglobate in unica voce

* Rapporto tra numero consulenze RCP/consulenze traumatologia nell'anno (%RCP)

Tabella 9 – Analisi retrospettiva per branca di 265 casi di responsabilità professionale
(Carserà, 2006)

Dato	Quantità	Note
Protesi	n. casi 108 (40%) DBP 3,6% Risarcimento 6.696,60€	<i>Variazioni di prevalenza*</i> - 12/31 RCP nel 1998 (38,7%) - 18/29 RCP nel 2002 (62,1%) - 5/18 RCP nel 2006 (27,8%) <i>Valore medio del risarcimento</i> comprende restituzione del corrispettivo e spese emergenti Nessun dato inerente DBT
Chirurgia orale	n. casi 58 (21,9%) DBP 4,8% Risarcimento 3.263,3€	<i>Variazioni di prevalenza*</i> - 10 casi su 31 RCP nel 1998 (32,3%) - 8 casi su 29 RCP nel 2002 (27,6%)

		- 3 casi su 18 RCP nel 2006 (16,7%) Valore medio cfr supra
Implantologia	n. casi 37 (14%) DBP 4% Risarcimento 4.256,3€	<i>Variazioni di prevalenza*</i> - 3/31 nel 1998 (9,7%) - 7/44 nel 2003 (15%) - 5/18 nel 2006 (27,8%) Valore medio cfr supra
Endodonzia	n. casi 37 (14%) DBP 2,7% Risarcimento 4.537,5€	<i>Variazioni di prevalenza*</i> - 5/31 nel 1998 (16,1%) - 2/ 29 nel 2002 (6,9%) - 6/29 nel 2006 (25%) Valore medio cfr supra
Ortodonzia	n. casi 23 (8,7%) DBP 5,2% Risarcimento 10.125,00€	<i>Variazioni di prevalenza*</i> - 1/31 nel 1998 (3,2%) - 1/29 nel 2002 (3,4%) - 4/18 nel 2006 (22,2%) Valore medio cfr supra

Parodontologia	n. casi 1 (0,4%)	Esclusa responsabilità per preesistenza
Conservativa	n. casi 1 (0,4%)	Esclusa responsabilità per cario recettività

* *Rapporto tra numero consulenze RCP/consulenze traumatologia nell'anno (%RCP)*

Tabella 10 – Confronta tra casistiche di due valutatori in un campione di 597 per RCP nel periodo 2000-2007 (Carserà, Rini, 2006)

Tipologia del danno	Valutatore 1	Valutatore 2
	240 casi	357 casi
Protesi	86 (35%)	123 (34%)
Chirurgia	51 (21%)	37 (10%)
Implantologia	37 (15%)	74 (20%)
Endodonzia	31 (13%)	66 (18%)
Ortodonzia	25 (10%)	30 (8%)
Parodontologia	1	1
Conservativa	1	0

Tabella 11 – Confronto tra casistiche di 3 valutatori in un campione 111 consulenze per RCP in un campione complessivo di RCP/traumatologia 475 consulenze (Carserà, Teatini, Introna, 2007)

Tipologia del danno	Valutatore 1	Valutatore 2	Valutatore 3
	28/130* casi	53/210* casi	30/135* casi
Protesi	9	23	15
Chirurgia	6	9	2
Implantologia	6	10	11
Ortodonzia	5	6	1
Endodonzia	2	4	-
Conservativa	-	1	-
Parodontologia	-	-	1

* Rapporto tra numero consulenze RCP/ traumatologia nell'anno 20-25% circa

Considerazioni

La composizione in metanalisi dei diversi studi permette di estrapolare alcune considerazioni (tabella 12).

Le richieste di consulenze per responsabilità professionale sono aumentate nell'arco del decennio del 5%, giungendo a rappresentare mediamente 1/5 dell'attività di peritale, nei confronti delle valutazioni per traumatologia dentale.

Non sussiste, quindi, il rischio di vertiginoso incremento del contenzioso preconizzato negli anni settanta nella letteratura statunitense, quanto un progressivo e graduale aumento (7,8,9,10,11,12).

Gli odontoiatri risultano quasi esclusivamente di sesso maschile e i pazienti nei 2/3 dei casi sono di sesso femminile, ambedue le categorie di media età (40-45 anni).

La prevalenza nel contenzioso nella maggior parte delle branche si dimostra stabile.

La protesi che rappresenta circa la metà della casistica in ragione: sia della complessità dei piani di cura, che la vede sovrapporsi ad altre branche (endodonzia, implantologia), che degli elevati costi delle riabilitazioni.

La parodontologia non rappresenta isolato di contenzioso, ma è sempre associata alla protesi in forma di omissione di diagnosi di parodontite cronica preesistente.

L'aumento del contenzioso in ortodonzia compare esclusivamente in alcune statistiche; rappresenta più un fenomeno di concentrazione nei confronti di esperti medico-legali con competenze specifiche, piuttosto che un reale incremento.

L'incidenza di altre branche è molto limitato o assente (conservativa, igiene orale, patologia orale).

La prevalenza dell'implantologia, invece, è triplicata, superando nel decennio l'endodonzia e la chirurgia orale; fenomeno medico-legale parallelo all'incremento di questa specialità nella prassi clinica negli anni recenti.

Per quanto attiene il risarcimento del danno rimane dimostrato un consistente aumento delle spese emergenti per cure necessarie a emendare il danno; importi che costituiscono onere importante nella metà dei risarcimenti e risultano duplicati nel decennio, in linea con l'aumento del costo delle vita intervenuti dopo l'introduzione delle moneta comune europea e la maggior complessità delle soluzioni riabilitative possibili.

In circa la metà dei casi compare la restituzione del corrispettivo per le cure incongrue o inutilmente eseguite; importo che pende in capo al professionista per responsabilità contrattuale e risoluzione del contratto per inadempimento.

Risulta evidente che la media di spese emergenti e di restituzione del corrispettivo, vengono parzialmente a sovrapporsi e non possono essere sommate, nel tentativo di

individuare un risarcimento medio; che la pratica e il buon senso indicano variare tra 10-30.000 euro, complessivamente considerato, comprendendo tutte le componenti del danno.

L'invalidità permanente si pone in termini di microinvalidità per il punteggio percentuale di danno biologico e l'invalidità temporanea in pochi giorni di danno biologico temporaneo parziale; ambedue i valori sono rimasti costanti nel tempo, come facilmente intuibile, trattandosi di punteggi tabellari basati su riferimenti dottrinali e legislativi.

L'invalidità lavorativa specifica rappresenta una valutazione eccezionale in ambito odontoiatrico, limitata a pochissimi casi in forma temporanea.

In un terzo dei casi i procedimenti giudiziari per responsabilità professionale originano da azioni di ingiunzione proposte dal professionista per recuperare il credito da pazienti morosi.

L'80% delle consulenze assicurative e private individua responsabilità professionale; mentre l'esito dei procedimenti giudiziari è sfavorevole al professionista nel 95-98% dei casi.

Tale divergenza è riconducibile a un duplice ordine di considerazioni.

In causa ordinaria tendono a progredire i casi di acclarata responsabilità, data la gravosità degli oneri di soccombenza per spese giudiziarie e legali, che non infrequentemente vengono a duplicare gli importi risarcitori.

Vi è un diffuso opportunismo dei consulenti tecnici d'ufficio; considerato che individuare sommari e probabilistici profili di colpa professionale, risulta di più agevole motivazione e riduce la frequenza di controdeduzioni e chiamate a chiarimenti.

Peraltro le modalità valutative, in assenza di collegi, risentono dalla formazione dei singoli consulenti: i medici legali tendono a valutare in base ad articolate argomentazioni astratte e/o dottrinali, spesso avulse dalla realtà clinica; gli odontoiatri esperti in medicina legale prediligono un'analisi tecnica coerente, ma soffrono di eccessivo pragmatismo e sinteticità.

L'inoperatività della polizza assicurativa compare nel 3% dei casi con una prevalenza costante nel decennio e riferibile a errori ripetuti:

- omessa denuncia di sinistro; in molti casi la mancata apertura del sinistro deriva da comunicazioni telefoniche indimostrabili, invece che con la corretta procedura di lettera raccomandata RR)
- prestazioni escluse dal contratto (implantologia, medicina estetica)
- assenza di copertura assicurativa pregressa alla stipula del contratto (in media 5 anni) o ultrattività dopo la cessazione dell'attività
- abuso di professione
- assenza di sottoscrizione.

In un terzo dei casi la manleva risulta parziale, in quanto non copre la restituzione del corrispettivo conseguente alla risoluzione del contratto per inadempimento.

Tabella 12 – Metanalisi sulle caratteristiche di RCP (1690 casi, periodo 1998-2008)

Dato	Note
N. consulenze RCP	1690 (100%)
Autori e data esecuzione	100 casi (F. Montagna 1998) 736 casi (F. Montagna, Cirrincione, M. Ridi, 2004) 269 casi (Carserà, 2007) 357 M.S. (Rini, 2007) 103 casi (Provisionato, Turani, Montagna 2006-2007) 141 casi (F. Montagna, 2008) 83 casi (De introna, Teatini 2007)
Prevalenza nelle singole branche	Protesi 30-70% Implantologia 20-25% Endodonzia 15-25%

	<p>Chirurgia orale 5-20%</p> <p>Ortodonzia 5-10%</p> <p>Conservativa 0,5-54%</p> <p>Parodontologia 1-2%</p>
Valutazione media del danno	<p>DBP 3-5%</p> <p>DBT 20-40gg 100%</p> <p>SPE 5-10.000 €</p> <p>RECO 6-8.000 €</p>
Soccombenza	<p>15% delle consulenze escludono RCP</p> <p>3-5% dei procedimenti giudiziari civili accertano RCP</p>
Dati tendenziali 1998-2008	<p>Aumento 5% delle consulenze RCP</p> <p>Triplicata % di contenzioso in implantologia</p> <p>Aumentata % ortodonzia (fenomeno concentrazione?)</p> <p>Costanti % di danno biologico</p> <p>Raddoppio delle spese emergenti</p>

	<p>Numerosi procedimenti giudiziari (30-50%) a seguito di azione di ingiunzione di pagamento per morosità</p> <p>Stabili % di inoperatività totale (3%) e parziale (30%) di polizze assicurative</p>
--	--

Gestione del rischio

Attualmente si stima che un dentista presenti 2-3 sinistri assicurativi per responsabilità professionale inerente danni biologici, dei quali 1/10 evolve in giudizio civile e 1/100 in penale (tabella 13).

Stime diverse dipendono dalla mancata differenziazione tra conflitto e contenzioso.

L'area del conflitto riguarda i reclami dei pazienti; crisi del rapporto fiduciario che richiedono soluzioni individuali del professionista entro le mura dello studio odontoiatrico.

Si stima che l'area dei reclami sia un fenomeno in netto aumento e richieda tecniche di mediazione specifiche basate su conoscenze di psicologia ingenua, patrimonio di

conoscenza necessario a tutti i sanitari. E' evidente, che gestioni deficitarie comportano l'incremento delle evoluzioni in contenzioso.

L'area del contenzioso è minoritaria e riguarda la gestione assicurativa e giuridica, che inizia con la formale richiesta di risarcimento danni; richiede l'affidamento a esperti sia per la relativa infrequenza, che per le nozioni specialistiche necessarie alla gestione medico-legale e legale.

I principi per la gestione del rischio attengono: l'approccio a pazienti problematici; la prevenzione degli errori; il consenso informato e la documentazione; la gestione delle lesioni conseguenti a complicanze e/o errori; il trasferimento del rischio ad compagnie di assicurazione (tabella 14).

Gli errori si dimostrano ricorrenti e tipici per ogni branca, al punto tale che eliminandone alcuni il contenzioso specifico verrebbe a ridursi o annullarsi; in pratica è possibile estrapolare pochi e semplici suggerimenti per la prassi clinica quotidiana per gestire il rischio di contenzioso:

- controllare i margini di chiusura delle corone con uno specillo durante le prove, per diminuire il rischio di infiltrazioni marginali
- pianificare la lunghezza degli impianti per evitare lesioni del nervo alveolare inferiore e sinusiti iatrogene (3,5,14)

- ottenere il consenso informato dei pazienti per l'estrazione di denti di giudizio inclusi, che risultino in contiguità radiologica con il nervo alveolare inferiore (1,13,15,16)
- controllare il progredire delle terapie ortodontiche, evitando di interrompere le terapie incomplete senza consenso (2,4,6,17)

L'elevato numero di procedimenti giudiziari radicati a seguito di azione di ingiunzione da parte del professionista per il recupero del credito da pazienti morosi, richiede considerazioni particolari; che enfatizzano il ruolo di una corretta gestione amministrativa di acconti e anticipi, a scapito di azioni legali tardive.

Si tratta di una procedura legale gravata da costi e rivolta nei confronti di soggetti talvolta insolubili; che costringe pazienti, che rimarrebbero inattivi, a proporre causa ordinaria con domanda riconvenzionale di risarcimento danni, nel caso ritengano ingiusto saldare il corrispettivo per prestazioni errate.

Per quanto riguarda la prevenzione va tenuto presente che errori operativi accidentali (active failure) sono occasionali e imprevedibili proprio a ragione delle loro estemporaneità e soggettività; mentre risultano prevenibili gli errori sistematici (latent failure) inerenti l'organizzazione del lavoro e la formazione professionale, caratterizzati da pervasività e ripetitività.

E' opportuno per i sanitari migliorare l'attitudine al rischio calcolato, correggendo tratti delle personalità accident prone (tabella 15), ma controllando sproporzionate reazioni emotive agli errori per loro natura inevitabili e ricorsivi nella prassi clinica.

Tabella 13 – Considerazioni in responsabilità professionale odontoiatrica

Dato	Quantità	Note
------	----------	------

CONFLITTO		<i>Contrapposizioni, contrasti, conflitti verbali da risolvere individualmente nello studio.</i>
Pazienti difficili	10%	Occupano il 30-40% del tempo di gestione Riconoscibili in prima visita nell'80% dei casi Necessarie strategie di comportamento.
Reclami	15-25% dei pazienti	Necessità di nozioni di psicologia clinica, tecniche di gestione del conflitto e mediazione
CONTENZIOSO		<i>Lettera raccomandata per risarcimento danni, affidarsi a esperti, eseguire denuncia di sinistro all'assicurazione</i>

<p>Richieste di risarcimento</p>	<p>3-7% dei dentisti su base annua (2/3 lesioni, 1/3 danni a cose)</p>	<p>Ogni dentista riceve 1-3 richieste nell'arco della vita per danni alla persona</p> <p>Liquidazione assicurativa in un anno per maggior parte dei casi.</p> <p>10% dei pareri riportano esclusione di responsabilità</p>
<p>Procedimenti giudiziari civili</p>	<p>7-10% delle richieste di risarcimento (> 1 caso su dieci)</p>	<p>Ogni dentista riceve 1 citazione in giudizio nell'arco della vita.</p> <p>Risarcimento danni per RCP 95-98% dei casi</p>
<p>Procedimenti giudiziari penali</p>	<p>1-2% dei procedimenti civili</p>	<p>1-2:1000 dentisti ricevono una querela nell'arco della vita (arma di pressione psicologica).</p> <p>La pena per lesioni colpose (lievissime, lievi) è pecuniaria di limitata entità.</p> <p>Frequenti archiviazioni al termine delle</p>

		indagini preliminari
Ingiunzione di pagamento a paziente moroso	30-50% delle cause ordinarie origina da azione di ingiunzione	Il paziente reagisce con causa ordinaria e domanda riconvenzionale di risarcimento danni Valutare l'opportunità dell'azione.

Tabella 14 – Prevenzione e terapia nel risk management

Cartella clinica	Addebito di responsabilità per mancata dimostrazione di corretto operato (presunzione di colpa, inversione dell'onere della prova)
Consenso informato	Giustificazione di complicanze prevedibili e non sicuramente prevenibili; inefficace per errori Determinante in caso di chirurgia (estrazioni, chirurgia avanzata,

	<p>lesioni neurologiche)</p> <p>Tacito o sottointeso per prestazioni prolungate</p>
Gestione clinica	<p>Aggiornamento, motivazione (vision, mission)</p> <p>Monitorare procedure a rischio e criticità di processo (azioni proattive e retrospettive)</p> <p>Organizzare l'attività con criteri di qualità, efficacia ed efficienza raggiungibili (clinical governance)</p>
Imparare da errori	<p>Analizzare eventi negativi (accident, near miss) propri e in letteratura</p> <p>Evitare giustificazioni, medicina difensiva, accantonare il problema (coping inefficace); fare autocritica</p> <p>Per reclami o richieste risarcitorie ravvicinate (maggiore di 2 in 2 anni), considerare crisi di professionalità (vision, mission)</p> <p>Confrontarsi con colleghi (audit, peer review) e strutture con competenze superiori (benchmarking)</p>

<p><i>Gestire personalmente il conflitto</i></p>	<p>Individuare pazienti difficili e applicare strategie di difesa (accettazione, rifiuto, ambivalenza)</p> <p>Rapporto empatico per superare i conflitti (comunicazione patient centered, evitare escalation)</p> <p>Individuare e spiegare il problema (errore, complicità)</p> <p>Mediare soluzioni con proposte eque e tempestive (mediation, dispute resolution)</p> <p>Documentare interruzione e risoluzione del rapporto (cartella clinica, modulo di transazione)</p>
<p>Affidare agli esperti il contenzioso</p>	<p>Polizza adeguata per responsabilità professionale</p> <p>Valutare conflitto di interessi con la Compagnia Assicurativa (manleva parziale o assente)</p> <p>Necessità di cognizioni medico-legali e giuridiche (diffidare di improvvisazioni)</p>

Tabella 15 – Psicologia dell'errore e attitudine al rischio

Selezione per profili comuni di personalità	Preparazione etica (principio di beneficenza) Propensione al rischio calcolato Neutralità affettiva (controtransfert) Capacità di adattamento Personalità compulsive (controllo, rimozione di incertezze e colpe)
Attitudine comportamentale al rischio	Intervallo soggettivo di fiducia (difetto, eccesso di allarme e livelli di performance; effetto alone) Personalità (fiducia, autostima, propensione al successo, imprenditorialità) Percezione del rischio (soglia di attenzione, motivazioni, cultura, modelli di riferimento)
Organizzazione del lavoro	Autoconsapevolezza emotiva Rispetto di stili decisionali individuali (analitico o campo-

	<p>dipendente, intuitivo o campo-indipendente)</p> <p>Attività in base a attitudine al rischio e controllo dei livelli d'ansia (effetto inibitorio o galvanizzante dello stress)</p>
Personalità accident prone	<p>Propensione all'azzardo (errore metodologico)</p> <p>Bias mentali (overconfidence, egocentrismo, fideismo)</p> <p>Conflitto di interessi nella programmazione delle terapie</p>
Giustificazioni	<p>Ricorsività e inevitabilità degli errori)</p> <p>Conflitto tra ideali di formazione (cultura del successo), oggettiva alea (incertezza, insuccessi) e giudizio legale a posteriori (punizione)</p>
Reazioni psicologiche	<p>Limitare reazioni psichiche adattive (coping inefficace, auto responsabilità eccessiva)</p> <p>Equilibrare vita e professione (rischio per personalità con tratti ossessivo-compulsivi, narcisisti)</p> <p>Richiedere ausilio psicologico o psichiatrico per</p>

	cronicizzazione (disturbi dell'adattamento e dell'umore, burn out)
--	---

BIBLIOGRAFIA

1. Dodson T.B, *"Discussion: Frequency of Trigeminal Nerve Injuries Following Third Molar Removal"* , Journal of Oral and Maxillofacial Surgery, Published by Elsevier Inc, Vol. 63, Issue 6, pg 736, New York – Stati Uniti, 2005
2. El-Bialy T., El-Shamy, I, Graber T.M. *"Repair of orthodontically induced root resorption by ultrasound in humans"*, American Journal of Orthodontics & Dentofacial Orthopedics, American Association of Orthodontists Published by Elsevier Inc, Vol. 126, Issue 2, pg 186-193, New York-Stati Uniti, 2004
3. Givol N, Gershtansky Y, Halamish-Shani T, Taicher S, Perel A, Segal E, *"Perianesthetic dental injuries: analysis of incident reports"*, Published by Elsevier Inc, Vol. 6, Issue 3, pg. 173-176, New York-Stati Uniti, 2003
4. Manfredini D, Brady Bucci M, Montagna F, Guarda-Nardini L, *"L'Elettromiografia dei muscoli masticatori non è utile in ambito medico legale"*, Tagete-Archives of Legal Medicine and Dentistry, Tagete, n. 2, Pisa, 2008

5. Manfredini D, Brady Bucci M, Montagna F, Nuzzolese E, *“Lesione del nervo alveolare inferiore e necrosi della mucosa palatina in implantologia. Case Report”*, Tagete-Archives of Legal Medicine and Dentistry, Tagete, n. 2, Pisa, 2008
6. Manfredini D, Montagna F, Brady Bucci M, *“Temporomandibular disorders assessment in the medical legal setting”*, Tagete-Archives of Legal Medicine and Dentistry, Tagete, n. 4, Pisa, 2007
7. Miighalls L, *“ General Dental Practice – the legal pitfalls, obvious and not so obvious”*, Legal Medicine Journal, The Official Journal of the Australian College of Legal Medicine, Vol. 2, N. 1, Australia, 2005
8. Montagna F, *“Evento avverso, errore e pseudoerrore”*, Sezione SIOLA Odontoiatria Forense, Tagete, n. 1, Pisa, 2007
9. Montagna F, *“Orientamenti giurisprudenziali in responsabilità civile professionale”*, Sezione SIOLA Odontoiatria Forense, Tagete, n. 3, Pisa, 2007

10. Montagna F, *"Orientamenti giurisprudenziali in responsabilità penale professionale"*, Sezione SIOLO Odontoiatria Forense, Tagete, n. 1, Pisa, 2007
11. Montagna F, *"Trattamento e costi delle lesioni dentarie da trauma nel bambino e nell'adulto"*, Convegno Associazione M. Gioia, Tagete, n. 1, Pisa, 2007
12. Montagna F, Manfredini D, Provisionato M, Turani M, *"Updating the structure of litigation on professional liability in dentistry"*, Tagete-Archives of Legal Medicine and Dentistry, Tagete, n. 4, Pisa, 2007
13. Queral-Godoy E, Figueiredo R, Valmaseda-Castellón E, Berini-Aytés L, Gay-Escoda C, *"Frequency and Evolution of lingual Nerve Lesion Following Lower Third Molar Extraction"*, Journal of Oral and Maxillofacial Surgery, Published by Elsevier Inc, Vol. 63, Issue 6, pg 732-735, New York-Statì Uniti, 2006
14. Renton T.F, *"Prevention of Trigeminal Nerve Injury"*, Journal of Oral and Maxillofacial Surgery, Published by Elsevier Inc, Vol. 63, Issue 8, pg 9, New York-Statì Uniti, 2005

15. Robert R, Bacchetti P, Pogrel M.A, *"Frequency of Trigeminal Nerve Injuries Following Third Molar Removal"*, Journal of Oral and Maxillofacial Surgery, Published by Elsevier Inc, Vol. 63, Issue 6, pg 732-735, New York-Statu Uniti, 2005

16. Scher Edwin L.C. *"Risk Management when operating in the Posterior Mandible. Clinical Science and Techniques"*, Lippincott Williams&Wilkins, Inc., New York-Statu Uniti, 2008

17. Tiwana K, Morton T, Tiwana P. *"Aspiration and ingestion in dental practice"*, J Am Dent Assoc, Vol. 135, n. 9, pg 1287-1291, Statu Uniti, 2004