

La valutazione del rischio in odontoiatria

1

Peculiarità dell'attività odontoiatrica

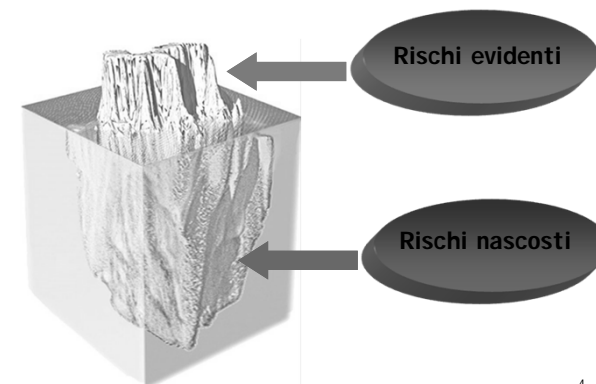
- In Italia, ma anche in molti altri Paesi d'Europa, la maggior parte delle prestazioni diagnostiche e terapeutiche in campo odontostomatologico **non è** ricompresa nell'ambito delle azioni di tutela della salute del cittadino garantite dall'assistenza pubblica.
- L'odontoiatria è andata di conseguenza a orientarsi verso una organizzazione che trova il proprio perno nell'**attività libero-professionale**, esercitata direttamente (e spesso individualmente) presso la sede lavorativa del professionista.

2

Peculiarità dell'attività odontoiatrica

- Negli anni più recenti è stato introdotto anche in ambito odontoiatrico il "Risk Management", un concetto sviluppato sulla base di una duplice consapevolezza:
 - l'esistenza del rischio clinico in odontoiatria;
 - la possibilità che tale rischio possa determinare un danno al paziente.
- Perché una situazione evolva in modo sfavorevole è necessario che si determini un **evento avverso**, vale a dire che si creino condizioni per le quali si verifica un danno correlato con la specificità, la complessità, la rischiosità degli interventi sanitari.

3



4

LA VALUTAZIONE DEL RISCHIO IN SANITÀ

Da che cosa è determinato il rischio nelle strutture sanitarie?

1. Dalla complessità delle strutture sanitarie;
2. dagli strumenti tecnologici sempre più avanzati;
3. dal crescente numero di atti medici per unità di tempo;
4. da automatizzazione e informatizzazione carenti.

5

LA VALUTAZIONE DEL RISCHIO IN SANITÀ

Altri fattori di vulnerabilità del sistema sono costituiti da:

1. pazienti sempre più consapevoli ed esigenti;
2. aspettative di cura non realistiche;
3. aumento delle cause civili intentate da chi subisce il danno;
4. incremento dei costi di trasferimento del rischio.

6

Spesso la possibilità che si verifichi un **evento avverso** dipende dalla presenza, nel sistema, di **"insufficienze latenti"**, ovvero insufficienze o errori di progettazione, organizzazione e controllo, che restano silenti nel sistema, finché un fattore scatenante non li rende manifesti in tutta la loro potenzialità, causando danni più o meno gravi.



7

DEFINIZIONI

- **Errore** : fallimento nella pianificazione e/o nell'esecuzione di una sequenza di azioni che determina il mancato raggiungimento, non attribuibile al caso, dell'obiettivo desiderato.
- **Evento avverso (Adverse event)** : evento inatteso correlato al processo assistenziale e che comporta un danno al paziente, non intenzionale e indesiderabile.
 - Gli eventi avversi possono essere prevenibili o non prevenibili.
 - Un evento avverso attribuibile ad errore è "un evento avverso prevenibile"

8

L'evento sentinella

- "Evento avverso di particolare gravità, potenzialmente indicativo di un serio malfunzionamento del sistema, che può comportare morte o grave danno al paziente e che determina una perdita di fiducia dei cittadini nei confronti del servizio sanitario.
- Per la loro gravità, è sufficiente che si verifichi una sola volta perché da parte dell'organizzazione si renda opportuna: a) un'indagine immediata per accertare quali fattori eliminabili o riducibili lo abbiamo causato o vi abbiamo contribuito; b) l'implementazione delle adeguate misure correttive."

Glossario Ministero della Salute, 2006

9

L'ERRORE UMANO

"L'errore può essere definito in molti modi. Per i nostri propositi un errore è il fallimento di una o più azioni pianificate per il raggiungimento di uno scopo desiderato."

James Reason, 2001

10

L'ERRORE UMANO

- La maggior parte degli incidenti in organizzazioni complesse è generato dall' **interazione fra le diverse componenti del sistema**: tecnologica, umana ed organizzativa.
- All'inizio degli anni novanta uno psicologo, James Reason è riuscito a spiegare ed illustrare efficacemente il problema degli errori nei sistemi complessi.
- Il suo modello, soprannominato del "**formaggio svizzero**" è utile per la comprensione delle complessità e disomogeneità intrinseche al sistema.

11

L'ERRORE UMANO



- I buchi nelle fette di formaggio rappresentano le insufficienze latenti che sono presenti nei processi sanitari.
- Quando si modificano più fattori che normalmente agiscono come barriere protettive, i buchi si possono allineare e permettere il concatenarsi di quelle condizioni che portano al verificarsi dell'evento avverso.

12

Tipologia degli errori

✓ Errori attivi:

- violazioni
- errori
- passi falsi

✓ Errori latenti:

- design tecnico
- comunicazioni interne
- gestione del personale/responsabilità
- procedure e organizzazione del lavoro

13

ERRORI ATTIVI

(che provocano immediate conseguenze)

Si suddividono in:

- **Violazioni:** includono tutte quelle azioni che si fanno, anche se dovrebbero essere escluse dalla pratica comportamentale poiché proibite da un protocollo, da una regola ecc.
- **Errori:** possono essere determinati da problemi di abilità, poiché l'operatore sa come dovrebbe comportarsi, conosce le regole alle quali attenersi, ma per motivi legati alla manualità, all'esperienza, all'attenzione, si comporta in modo diverso.
- **Passi falsi:** si ritiene che una cosa possa essere fatta senza rischio, e invece il rischio c'è e si commette un errore che comporta un danno.

14

Violazioni

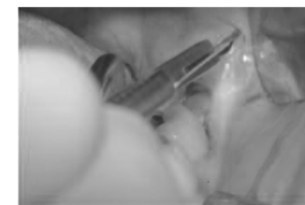
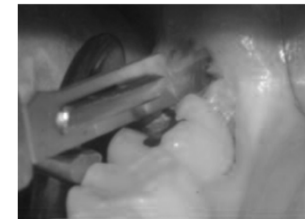
- Per esempio: l'assistente deve controllare la cartella clinica del paziente e verificare che non vi siano, nell'anamnesi, segnalazioni di situazioni patologiche che possono interferire con la attività clinica.
- Il paziente è allergico alle penicilline, sulla sua anamnesi questo fatto è riportato, ma l'assistente commette una violazione e non segnala il fatto all'odontoiatra che commette una seconda violazione prescrivendo l'antibiotico senza informarsi della presenza di allergie.



15

Errori

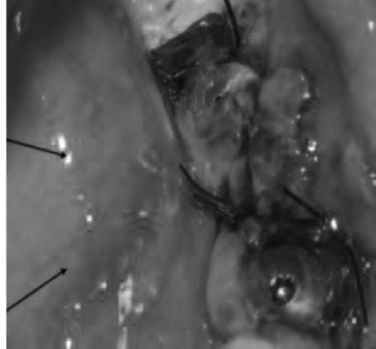
- La regola dice che, per evitare di lesionare il nervo linguale, l'incisione distale al settimo inferiore per disegnare il lembo per l'avulsione dell'8° incluso deve essere condotta in direzione disto-vestibolare.
- Il chirurgo non segue la regola e continua il suo percorso in zona distale direttamente in direzione del nervo linguale determinando un danno più o meno grave.



16

Passi falsi

- Per esempio: l'odontoiatra ha estratto un sesto superiore con le radici che per due millimetri si approfondiscono nel seno mascellare.
- Pur sapendo che il pericolo è rappresentato da una comunicazione oro-antrale, si limita a mettere un paio di punti passanti. E dopo pochi giorni la comunicazione oro-antrale diventa sintomatica.

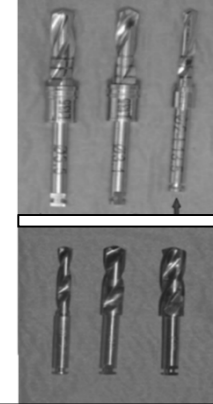


17

Errori latenti

Restano "silenti" nel sistema fino a quando un evento scatenante non li evidenzierà causando danni più o meno gravi. Possono riguardare:

- il **design tecnico**, che comprende tutti gli errori di progettazione e attuazione del materiale, della strumentazione ecc. Per esempio: nella progettazione e la realizzazione delle frese da implantologia, le tacche presenti sulle frese, che servono a indicare la profondità di lavoro e a evitare incidentali contatti con zone anatomiche a rischio, sono del tutto non visibili quando in bocca c'è saliva, sangue e la luce delle lampade.



18

Errori latenti

Restano "silenti" nel sistema fino a quando un evento scatenante non li evidenzierà causando danni più o meno gravi. Possono riguardare:

- **Comunicazioni interne.** Per esempio: le informative sull'uso dei Dispositivi di Protezione Individuale (DPI) devono essere scritte, date al dipendente in doppia copia in modo che una rimanga a lui e una torni alla direzione firmata per essere archiviata.



19

Errori latenti

Restano "silenti" nel sistema fino a quando un evento scatenante non li evidenzierà causando danni più o meno gravi. Possono riguardare:

- **Gestione del personale /responsabilità.** La gestione del personale è, probabilmente, la parte più impegnativa e faticosa del ruolo di manager del dentista, poiché non è stato preparato a questo lavoro e lo vive come qualche cosa di estraneo alle sue competenze cliniche.

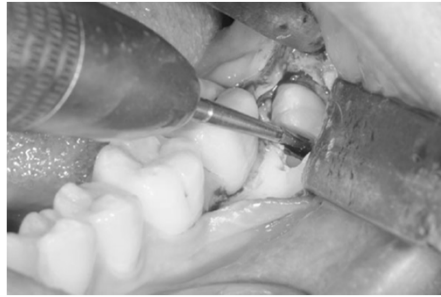


20

Errori latenti

Restano "silenti" nel sistema fino a quando un evento scatenante non li evidenzierà causando danni più o meno gravi. Possono riguardare:

- **procedure e organizzazione del lavoro.** Esempio: la procedura dice che durante la odontotomia di un dente inferiore posteriore l'assistente deve concentrarsi "sul bersaglio", cioè sui 3-4 millimetri attorno alla zona dove sta lavorando la fresa, e non deve distrarsi per nessun motivo.



21

CASI CLINICI DI SCUOLA

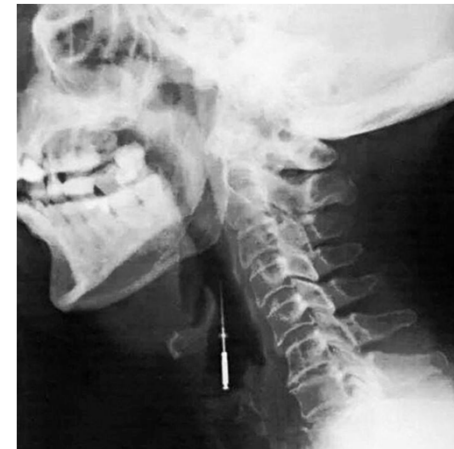
22

Caso clinico n° 1

- Un paziente ingerì uno strumento endodontico durante la devitalizzazione di un canino inferiore; il paziente era seduto, l'aspiratore in funzione ed il momento scatenante, che fece sfuggire lo strumento dalle mani del dentista, fu un colpo di tosse.
- Il dentista inviò subito il paziente in ospedale; i chirurghi seguirono la propulsione dello strumento nel canale digerente con radiografie successive per circa un mese consigliando accorgimenti dietetici e rimandarono l'intervento in attesa dell'espulsione spontanea.
- Non verificandosi tale situazione fu necessario successivamente un intervento di duodenotomia di minima per la rimozione dello strumento.

23

Caso clinico n° 1



24

Caso clinico n° 1

- Il decorso postoperatorio si complicò con un quadro di occlusione intestinale diagnosticata come paresi intestinale localizzata in assenza di ileo meccanico.
- Nonostante l'opportuna terapia medica insorse un quadro dismetabolico con progressivo impegno renale che costrinse ad un reintervento (anastomosi duodeno digiunale e digiuno digiunale); il quadro irreversibile portò a morte il paziente.
- L'esame autoptico evidenziò coalescenza delle anse intestinali per aderenze fibrose recenti in assenza di difetti di canalizzazione o peritonite e quindi una corretta tecnica chirurgica.

25

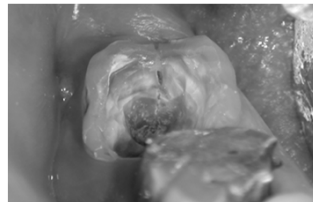
Caso clinico n° 1

- Il dentista fu prosciolto poiché il comportamento fu giudicato dal Tribunale non difforme dai normali canoni che regolano l'attività specialistica e fu accolta l'interpretazione che il fatto rispondesse ad accidentalità fortuita per il movimento brusco del paziente.
- Del tutto corretto fu ritenuto anche il comportamento successivo dell'odontoiatra che inviò subito il paziente in ospedale.
- Furono rinviati a giudizio i chirurghi che dopo aver individuato radiograficamente lo strumento non avevano ravvisato l'opportunità di rimuoverlo con gastroscopia in intervento semplice e privo di rischi, che, se eseguito nei primi giorni dopo l'incidente, sarebbe stato coronato da successo.

26

Caso clinico n° 2

- Una ragazza, a seguito di cemento canalare spinto nel canale mandibolare durante una terapia endodontica di un molare inferiore, lamentò la perdita di sensibilità di una parte del viso; in sede civile, a ristoro di una importante difficoltà nell'articolazione della parola fu richiesta una invalidità permanente pari all'11%.



27

Caso clinico n° 2

- Il Tribunale accolse la domanda della paziente ritenendo la sussistenza di colpa grave per imperizia dell'odontoiatra.
- Nella motivazione il Tribunale fece presente che le lesioni subite dalla paziente e la conseguente invalidità erano riconducibili al comportamento del professionista che *"in un intervento tanto delicato avrebbe dovuto impiegare non solo una particolare cautela preventiva ma predisporre immediati e frequenti controlli successivi atti a riscontrare l'assenza di materiale di riempimento nel canale mandibolare che sicuramente il sanitario non si è preoccupato di fare, nemmeno a seguito delle rimostranze della paziente"*.

28

Caso clinico n° 3

- Una paziente convenne in giudizio un odontoiatra affermando di aver ricevuto una scorretta prestazione e lamentando che:
 1. le impronte erano state prese dall'odontotecnico;
 2. la protesi era inefficiente impedendo una corretta masticazione;
 3. la cattiva alimentazione conseguente aveva provocato un progressivo deperimento fisico.
- Per risolvere la situazione l'odontoiatra aveva proposto il rifacimento delle protesi aumentando il preventivo da 8000 a 10000 euro.
- La paziente, invece, aveva preferito rivolgersi ad altro professionista chiedendo la risoluzione del contratto e la restituzione dei 5000 euro di acconto già versati.

29

Caso clinico n° 3

- Il Tribunale accoglieva le istanze della paziente stabilendo che: *"... dalle prove addotte dall'attrice risulta che le protesi applicate dall'odontoiatra non rispondevano né dal punto di vista funzionale né da quello estetico alle esigenze per le quali il lavoro era stato fatto..."*
- *vi era stata poi una non corretta preparazione dei pilastri di ancoraggio delle protesi che aveva compromesso dal punto di vista anatomico la validità di alcuni pilastri con incidenza negativa anche sulle sistemazioni successive...*
- *La responsabilità dell'odontoiatra emerge, poi, dal fatto che il medesimo in sede di interrogatorio formale ha riconosciuto di aver studiato solo gli aspetti tecnici della cura medico-dentistica e di aver talvolta controllato direttamente il paziente".*

30

Caso clinico n° 4

- Un paziente ottantenne si sottopose all'estrazione di tre radici dentarie presso il reparto di odontoiatria di un Ente pubblico.
- Inizialmente il dentista esprimeva l'opportunità di frazionare l'intervento, arrendendosi poi alle insistenze del paziente; al termine dell'intervento venivano posti sei punti di sutura.
- Dopo l'intervento il paziente veniva colpito da ictus causato da trombosi cerebrale con emiplegia sinistra e decedeva; i familiari promuovevano una azione giudiziaria contro il dentista e l'Istituto di cura.



31

Caso clinico n° 4

- La Corte osservava come nel comportamento del dentista fossero ravvisabili alcune negligenze e imprudenze integranti sia una colpa contrattuale che extracontrattuale:
- Non erano stati eseguiti esami strumentali prima dell'intervento (radiografie, esami di laboratorio) o redatta una cartella clinica "...
- *"L'atto operatorio era avvenuto nel reparto chirurgico di un Istituto odontoiatrico altamente qualificato; non presentava alcun carattere di urgenza o indilazionabilità..."*.
- *Il comportamento colposo del dentista si era inserito in diretto rapporto causale con l'evento dannoso sofferto dal paziente "avendo provocato uno psicostress prolungato, che poteva e doveva essere evitato, nonché un'azione tossica ad opera dell'anestetico usato in dosaggio troppo elevato rispetto all'età ed alle condizioni di salute del paziente".*

32

LA PREVENZIONE DEL RISCHIO NELL'AMBULATORIO ODONTOIATRICO: L'APPROCCIO SISTEMICO

33

L'APPROCCIO SISTEMICO

Essendo forte la possibilità di errori, sono molteplici i fattori che concorrono a definire il "grado di rischiosità" del sistema, che possono essere schematicamente raggruppati nelle seguenti classi:

- **fattori strutturali - tecnologici**
 - caratteristiche del fabbricato sanitario e della impiantistica (progettazione e manutenzione)
 - sicurezza e logistica degli ambienti
 - apparecchiature e strumentazioni (funzionamento, manutenzione, rinnovo)
 - infrastrutture, reti, digitalizzazione, automatizzazione
- **fattori umani (individuali e del team)**
 - personale: caratteristiche individuali (percezione, attenzione, memoria, capacità di prendere decisioni, percezione della responsabilità, condizioni mentali e fisiche, abilità psicomotorie) e competenza professionale;
 - dinamiche interpersonali e di gruppo e conseguente livello di cooperazione

34

L'APPROCCIO SISTEMICO

- **fattori organizzativo-gestionali e condizioni di lavoro**
 - struttura organizzativa (ruoli, responsabilità, distribuzione del lavoro);
 - politica e gestione delle risorse umane: organizzazione, stili di leadership, sistema premiante, supervisione e controllo, formazione e aggiornamento, carico di lavoro e turni (che concorrono a determinare fatica e stress);
 - sistema di comunicazione organizzativa;
 - aspetti ergonomici (tra cui si citano: postazione di lavoro, monitor, allarmi, rumore, luce);
 - politiche per la promozione della sicurezza del paziente: linee guida e percorsi diagnostico-terapeutici, sistemi di segnalazione degli errori.

35

L'APPROCCIO SISTEMICO

- **caratteristiche dell'utenza**
 - epidemiologia ed aspetti socio-culturali (aspetti demografici, etnia, ambiente socioeconomico, istruzione, capacità di gestione delle situazioni, complessità e compresenza di patologie acute e croniche)
 - rete sociale
- **fattori esterni**
 - normativa e obblighi di legge
 - vincoli finanziari
 - contesto socio-economico-culturale
 - influenze della opinione pubblica e dei media, delle associazioni professionali e di pubblica tutela
 - assicurazioni

36

RISCHIO BIOLOGICO, CHIMICO, FISICO NELL'AMBULATORIO ODONTOIATRICO

- I **rischi per la sicurezza dell'operatore** riguardano la possibilità di infortunio sul lavoro (lesione dell'integrità psicofisica prodotta da una causa che agisce in modo concentrato nel tempo) e si possono classificare in rischi derivanti da:
 - carenze strutturali dell'ambiente di lavoro;
 - carenze di sicurezza relative a macchine ed apparecchiature;
 - manipolazione di sostanze pericolose;
 - carenza di sicurezza elettrica;
 - incendio e/o esplosione.

37

RISCHIO BIOLOGICO, CHIMICO, FISICO NELL'AMBULATORIO ODONTOIATRICO

- I **rischi per la salute dell'operatore** attengono alla possibilità di insorgenza di malattia da lavoro (lesione dell'integrità psicofisica prodotta da una causa che agisce in modo graduale ne tempo) e si possono classificare in rischi derivanti da:
 - agenti fisici;
 - agenti chimici;
 - agenti biologici;
 - fattori biomeccanici;
 - fattori relazionali.

38

RISCHIO BIOLOGICO

- Per incidenza e importanza, le principali **infezioni occupazionali** in ambiente odontoiatrico sono rappresentate dalle **epatiti virali** (Hepatitis B Virus, HBV; Hepatitis C Virus, HCV) e dall'infezione da **virus dell'immunodeficienza umana** (Human Immunodeficiency Virus, HIV).
- In generale, i veicoli di infezione occupazionale possono essere costituiti da **sangue** o fluidi biologici ematici, **saliva**, **secrezioni respiratorie**, **strumentario odontoiatrico e chirurgico**, aghi, taglienti, nonché superfici ambientali, aria e acqua dell'ambiente operativo e dei circuiti del riunito dentale.
- La via più comune di potenziale contaminazione da parte di agenti infettivi a trasmissione ematogena è quella determinata dal **contatto diretto con sangue e con fluidi biologici contenenti sangue, attraverso le lesioni percutanee, l'esposizione di cute non integra e il contatto con superfici mucose.**

39

Rischio biologico per il paziente

- Sottoporsi a cure odontoiatriche, comporta per il paziente un **rischio infettivo**, nonostante l'applicazione di precauzioni di base.
- È dimostrato infatti che l'acqua erogata dagli strumenti odontoiatrici sotto forma di spray può contenere microrganismi patogeni e saprofiti penetrati nel circuito idrico del riunito in seguito a precedenti manovre odontoiatriche eseguite su pazienti.

40

Rischio biologico per il paziente

- La forma più grave è la **polmonite da *Legionella pneumophila*** anche se, nella maggior parte dei casi, questo batterio porta ad una semplice sindrome similinfluenzale.
- All'interno del circuito idrico del riunito la Legionella trova le condizioni ecologiche ottimali per lo sviluppo e la formazione di un biofilm che è dovuto all'acqua stagnante, alla sua alta temperatura (maggiore di 23°C) e alla bassa concentrazione di disinfettanti (es. cloro).

41

RISCHIO CHIMICO

- In ogni studio odontoiatrico è comune l'utilizzo di molteplici sostanze, miscele di sostanze o materiali quali per esempio metalli e loro leghe, cementi, gessi, resine, porcellane, ceramiche, paste, adesivi, saponi, disinfettanti, sterilizzanti, anestetici locali, abrasivi, reagenti per lo sviluppo e la stampa di pellicole radiografiche.
- Alcuni materiali vengono dispersi sotto forma di aerosol durante le operazioni di taglio ad alta velocità e di finitura e possono quindi essere inalati dal personale. Altri materiali sono volatili e possono dal luogo a effetti dermatologici e respiratori.

42

RISCHIO CHIMICO

- Le **patologie della cute** costituiscono un problema rilevante negli studi odontoiatrici.
- Uno studio condotto in Svezia su 3500 odontoiatri ha evidenziato come circa il 15% degli stessi segnalasse la presenza di eczema a carico delle mani [10], mentre in studi condotti in Nuova Zelanda, Inghilterra, Queensland e altri Stati australiani circa 1/3 degli operatori ha riportato sintomi di dermatite a carico delle mani nell'ultimo anno.

43

RISCHIO CHIMICO

- Le cause più frequenti di **dermatiti di tipo irritativo** sono i detergenti/disinfettanti, gli acrilati, l'acido fluoridrico, i materiali plastici e le aldeidi.
- Gli agenti più frequentemente responsabili di **dermatiti allergiche** da contatto sono gli acrilati; altre cause possono essere rappresentate dall'uso di anestetici locali, colofonia, solfato di ammonio, matildiclorobenzene, sulfonati, derivati sulfonati del toluene, idrochinoni, fragranze, balsami, ftalati, metalli quali cobalto, cadmio, nichel, palladio e mercurio, oltre a derivati della gomma, resine, aldeidi.

44

RISCHIO CHIMICO

- L'**allergia ai guanti in lattice** è la più frequente causa di dermatite nel personale odontoiatrico in vari studi svolti in tutto il mondo.
- Uno studio americano ha riportato una prevalenza del 15% di reazioni avverse conseguenti all'impiego di guanti in lattice.
- Alla **polvere di amido di mais** è stata attribuita un'azione irritativa diretta sulla cute a causa della sua spiccata alcalinità.



45

RISCHIO FISICO

- La possibilità di esposizione a **radiazioni ionizzanti** è comune in ambiente odontoiatrico ma, visto l'impiego sempre più diffuso di raggi ultravioletti e "luce blu", si guarda con crescente interesse ai rischi connessi alle **radiazioni non ionizzanti**.
- Anche l'introduzione della tecnologia a **luce laser** ha comportato la possibilità di nuovi danni visivi a vari livelli, sia corneale sia al cristallino o alla retina, secondo la lunghezza d'onda del fascio.



46

RISCHIO FISICO

- Nel passato gli unici dispositivi di luce visibile per trattare i composti resinosi erano **luce da trattamento al quarzo-tungsteno-alogeno (QTH)**, che fornivano un'uscita costante di luce, in funzione della tonalità e dell'opacità del materiale.
- Oggi, il mercato offre il laser e le luci da **trattamento a LED (diode emettitore di luce) blu**, una nuova tecnologia per la produzione di luce destinata al trattamento dei composti. La tecnologia LED può consegnare un'affidabile e stabile uscita di potenza senza produrre calore.



47

RISCHIO FISICO

- La luce blu "rappresenta un rilevante fattore di rischio per i fotorecettori retinici, in particolare quelli foveali, essendo in grado di accelerare in modo significativo il processo del ciclo visivo (ciclo di Wald), con produzione di maggiori quantità di sostanze ossidanti (Reactive Oxygen Species, ROS), di sostanze tossiche (A2E) e di cataboliti (lipofuscina).



"Le alterazioni oculari da esposizione a luce blu", a cura di B. Piccoli, R. Fasciani e S. Orsini, 2015. 48

RISCHIO FISICO

- Presso gli studi odontoiatrici viene utilizzata un'eterogenea gamma di strumenti quali aspiratori, compressori, turbine, microtomi, frese, apparecchiature radiogene, ultrasuoni, laser, con conseguente possibile esposizione a molteplici rischi di tipo fisico.
- Le **neuropatie periferiche** sono sicuramente tra i rischi professionali ai quali gli odontoiatri vanno incontro in seguito all'utilizzo costante di strumenti vibranti.
- La **perdita della sensibilità vibrotattile** sembra essere particolarmente presente nei soggetti che usano utensili generanti vibrazioni a media e alta frequenza. Vi è evidenza epidemiologica di comparsa di parestesie, riduzione della sensibilità tattile, e limitazione della capacità di manipolazione più raffinata, in **igienisti dentali** utilizzanti strumenti rotanti ad alta frequenza.

49



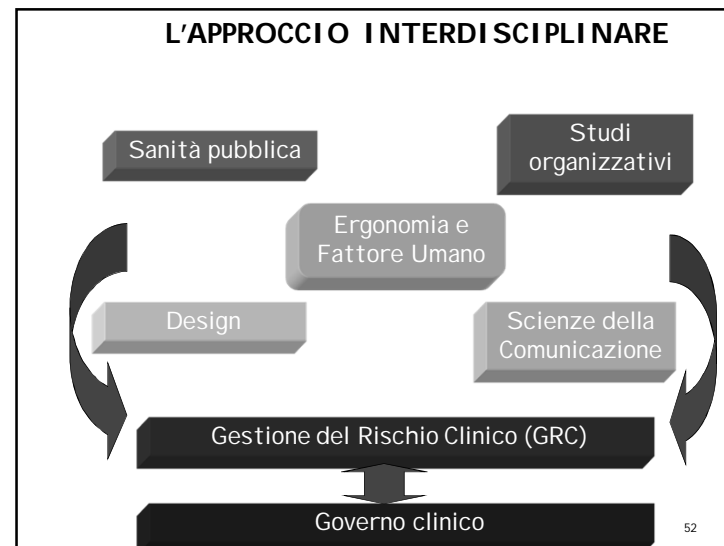
50

RISCHIO FISICO

- Per quanto riguarda l'esposizione al **rumore**, i livelli di rumore delle apparecchiature della moderna odontoiatria sono ormai generalmente scesi sotto 85 dB(A), standard di riferimento ampiamente utilizzato, al di sotto del quale il rischio di perdita dell'udito è minimo.
- Nonostante ciò, alcuni odontoiatri possono essere ancora a rischio qualora le attrezzature utilizzate siano difettose. Il grado di rischio pare dipendere da diversi fattori tra cui l'età, la suscettibilità personale, l'esposizione giornaliera totale, l'esposizione cronica, il fumo, l'uso di farmaci e l'esposizione non professionale.

51

L'APPROCCIO INTERDISCIPLINARE



52

METODI E STRUMENTI PER L'IDENTIFICAZIONE, L'ANALISI E LA GESTIONE DEL RISCHIO

- **Approccio proattivo:** l'analisi parte dalla revisione dei processi e delle procedure esistenti, identificando, nelle diverse fasi, i punti di criticità. Questo approccio può essere utilizzato anche nella ideazione e progettazione di nuove procedure, di processi e di tecnologie per realizzare barriere protettive che impediscano l'errore umano/attivo.
- **Approccio reattivo:** l'analisi di un evento avverso ricostruisce a ritroso la sequenza di avvenimenti con lo scopo di identificare i fattori che hanno causato o che hanno contribuito al verificarsi dell'evento.

53

LA CARTELLA IN AMBITO ODONTOIATRICO

- Vi è un vuoto legislativo sull'utilizzo, le modalità di compilazione e la conservazione della cartella clinica in ambito privato.
- Attualmente la compilazione della cartella clinica è consentita alle igieniste dentali.
- Nuovo Codice Deontologico - dicembre 2006: primo riferimento alla cartella in ambito privato

54

LEGGI, NORME E REGOLAMENTI

- ✓ Decreto igienista - Murst 24 luglio 1996
- ✓ Articoli 23, 24, 25, 26, 28, 33, 35, 54 - Codice Deontologico 2006
- ✓ Articoli Legge: 326, 328, 476, 479, 622 - Codice Penale
- ✓ Articoli Legge: 2699, 2700 - Codice Civile
- ✓ Ministero beni e attività culturali - Massimario conservaz. 2002
- ✓ D. Lgs. 230 EURATOM - 17 marzo 1995 + 1997
- ✓ LEGGE PRIVACY - Decreto Legislativo n° 196 del 30/06/2003
- ✓ Normative regionali: "requisiti minimi organizzativi specifici individuati dalla Regione Campania" D.G. 7301 del 31.12.2001

55

CODICE DI DEONTOLOGIA MEDICA 2006

- Art. 10 Segreto professionale
- Art. 11 Riservatezza dei dati sensibili
- Art. 12 Trattamento dei dati sensibili
- Art. 23 Continuità delle cure
- Art. 25 Documentazione clinica
- Art. 26 Cartella clinica
- Art. 28 Fiducia del cittadino
- Art. 33 Informazione al cittadino
- Art. 35 Acquisizione del consenso
- Art. 54 Onorari professionali

56

ART.26 - NUOVO CODICE DI DEONTOLOGIA MEDICA

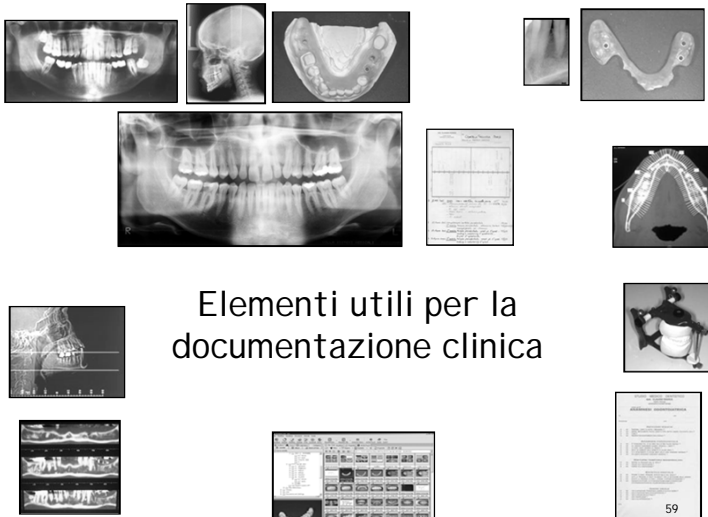
- ✓ **La cartella clinica delle strutture pubbliche e private deve essere redatta chiaramente**, con puntualità e diligenza, nel rispetto delle regole della buona pratica clinica e contenere, oltre ad ogni dato obiettivo relativo alla condizione patologica e al suo decorso, le attività diagnostico-terapeutiche praticate.
- ✓ **La cartella clinica deve registrare i modi e i tempi delle informazioni nonché i termini del consenso del paziente** alle proposte diagnostiche e terapeutiche; deve inoltre registrare il consenso del paziente al trattamento dei dati sensibili.

57

LA CARTELLA CLINICA ODONTOIATRICA IN AMBITO PRIVATO

- ✓ L'attività odontoiatrica è prevalente in ambito privato.
- ✓ L'aspetto economico è rilevante.
- ✓ La cartella clinica è la raccolta della documentazione clinico - contabile.
- ✓ Utile dal punto di vista terapeutico ma anche amministrativo.

58



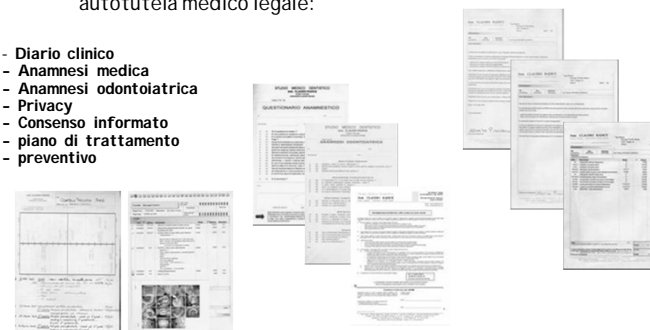
Elementi utili per la documentazione clinica

59

DOCUMENTAZIONE CLINICA

La documentazione clinica è indispensabile al sanitario per fornire prestazioni di qualità e per avere uno strumento di autotutela medico legale:

- Diario clinico
- Anamnesi medica
- Anamnesi odontoiatrica
- Privacy
- Consenso informato
- piano di trattamento
- preventivo





CONCLUSIONI

- Obiettivo del management è la ricerca di strumenti che consentano la conoscenza, allo scopo di garantire agli operatori impegnati nelle aree di assistenza e cura (direttamente ed indirettamente)
 - di **sviluppare l'autonomia professionale**,
 - di fruire della capacità di poter apprendere dai propri processi decisionali.

62

CONCLUSIONI

- Questo si realizza nell'esercizio della responsabilità verso il **miglioramento continuo dei servizi erogati**, nell'assicurazione di elevati standard assistenziali da parte dei professionisti e della organizzazione.
- Finalità conseguente di tutta la organizzazione è la ricerca di un necessario punto di equilibrio fra il patto che si instaura nella presa in carico fra il professionista e il cittadino ed il patto di tutela della salute.

63

CONCLUSIONI

"Noi con l'argilla fabbrichiamo un vaso, ma è il vuoto all'interno che contiene quel che vogliamo".



Proverbio cinese - Tao Te Ching

64