

PREFAZIONE

Da quasi 25 anni ci occupiamo di ricercare sul mercato le migliori proposte assicurative, vagliarle e migliorarle ulteriormente se possibile e proporre ai nostri associati il risultato del nostro lavoro.

Negli ultimi anni questo compito è diventato molto difficile; Nel 2000 avevamo riscontrato un'incidenza di sinistrosità inferiore all'1% e cioè meno di un odontoiatra su cento riceveva una richiesta di risarcimento da parte di un suo paziente; Questo dato è arrivato nel 2010 a superare il 9 % e nel 2020 è arrivato al 12 % anche se i dati attuali sembrano avere una tendenza stabile

Dal punto di vista statistico questo sta' a significare che tra qualche anno nessun odontoiatra potrà dirsi senza esperienza.

A questo punto è stato necessario fermarsi a fare una serie e critica riflessione sull' operato nostro e di altre associazioni che come noi si occupano di questo argomento e il risultato non poteva essere che negativo visti i numeri sopra citati.

Occorre fare di più; Occorre fare meglio.

Tutti gli operatori del settore delle assicurazioni professionali in ambito odontoiatrico, con più o meno esperienza e competenza, forniscono un ottimo servizio in fase di proposta del prodotto assicurativo, un po' meno efficace è il servizio in fase di assistenza a seguito di sinistro ma tutti, noi per primi, trascurano un aspetto che oggi assume un'importanza fondamentale:

La Prevenzione del contenzioso

Per questo motivo nasce questo manuale con lo scopo di raccogliere la nostra esperienza, sommarla all'esperienza dei nostri associati aggiungervi un po' di sano buonsenso e creare uno strumento Semplice, Pratico in costante e continua crescita ed aggiornamento.

All'interno inseriremo esperienze e consigli che perverranno da tutti i soggetti coinvolti nel problema: Compagnie Assicurative, Associazioni, Odontoiatri e Pazienti, al fine di aiutare tutti a ridurre il rischio contenzioso, affrontando con maggior competenza e consapevolezza il problema ed evitando piccoli e grandi errori che spesso portano ad aggravare ed ingigantire situazioni in realtà banali.

Con questo scopo chiediamo cortesemente a tutti di collaborare con noi per far crescere questo manuale inviandoci note, suggerimenti, modelli di consenso informato o di questionario anamnestico oppure le vostre esperienze che, in modo firmato od anonimo, verranno allegate con lo scopo di diventare un strumento utile per voi e per i vostri colleghi.

Inviare i vostri contributi a info@odontomar.it

Roberto Nanni

INDICE

1. **Acquisizione Dati:**

- a) Scheda Anamnestica
- b) Privacy

2. **Preventivo:**

- a) Proporre più opzioni
- b) Far firmare per accettazione e per NON accettazione

3. **Consenso Informato:**

- a) Scritto e NON generico

4. **Rapporto Economico:**

- a) Importanza degli acconti
- b) Moltissimi sinistro insorgono al saldo

5. **Cartella Clinica:**

- a) Dettaglio operazioni e operatori
- b) Foto
- c) Radiografie
- d) Modelli Clinici

6. **Fine Cure:**

- a) Controlli periodici e sedute di igiene

7. **Gestione delle lamentele:**

- a) Gli aspetti psicologici del contenzioso medico/paziente

8. **Denuncia del sinistro:**

- a) Non aspettare la citazione
- b) Attenzione alla pregressa
- c) Perizia di Parte e CTU

9. **Le Assicurazioni:**

- a) Pregressa
- b) Postuma
- c) Franchigie
- d) Estensione territoriale
- e) Conduzione
- f) Dipendenti e Collaboratori

10. **Direttori Sanitari:**

11. **Collaboratori:**

- a) Documentazione da Richiedere

1. Acquisizione Dati:

a) Scheda Anamnestica

Estremamente importante è far compilare il questionario Anamnestico prima della visita; Questa prassi va rivista nei confronti di alcune voci particolarmente "sensibili" (ad esempio Epatite o HIV) presenti normalmente nei questionari; Il richiedere queste informazioni senza che ve ne siano le necessità cliniche può essere considerato una violazione del diritto alla privacy. (ad esempio per un esame radiologico)

Il consiglio è quello di predisporre una parte del questionario da compilare solo se il dato è necessario alla realizzazione del piano di cure stabilito.

Contributi:

1.a.1 La cartella clinica odontoiatrica:

Raccolta e conservazione della storia clinica del paziente odontoiatrico

Dr. Michele Caruso

b) Privacy: art. 196/2003

Estremamente importante è la firma di un modulo privacy che va archiviato, raccogliere informazioni anagrafiche o cliniche su un paziente senza autorizzazione può essere fonte di contenzioso.

Ricordiamo che, a completezza della documentazione, sono necessari anche i seguenti documenti:

- Assunzione dell'incarico di Titolare del trattamento dei dati
- Incarico al trattamento dei dati (dipendenti e collaboratori interni)
- Incarico al trattamento dei dati (dipendenti e collaboratori esterni)

Contributi:

1.b.1 Consenso al trattamento dei dati ed informative ai sensi del Codice sulla Privacy

2. Preventivo

a) Proporre più opzioni

Il termine più corretto da utilizzare non è preventivo ma "Piano di cure" perché mai dobbiamo dimenticarci che è e rimane sempre un trattamento sanitario.

E' sempre consigliabile proporre, ove possibile, più opzioni fra loro diverse in termini estetici, funzionali o economici ovviamente consigliando la soluzione che, sulla base della vostra professionalità, ritenete più adatta la paziente.

Sempre più frequenti sono i contenziosi che trattano non l'errore di esecuzione ma il risultato finale (estetico, funzionale o economico); Il paziente contesta il classico:

"Se avessi saputo che il risultato era questo mai avrei accettato!"

b) Far firmare per accettazione e per NON accettazione

La logica conseguenza del punto precedente è la firma sul preventivo accettato e la firma anche su quelli rifiutati.

3. Consenso Informato

a) Scritto e NON generico

Non è nostro interesse dirimere la questione sulla validità di un consenso informato verbale o scritto, generico o specifico; Nostro interesse è esclusivamente la tutela dell'odontoiatra sia nell'evitare che, nel caso, affrontare un eventuale contenzioso.

A questo scopo il consiglio non può che essere di predisporre un modulo di consenso informato scritto e specifico per il piano di cure previsto che oltre ad assolvere gli obblighi e a tutelare il professionista, se bene presentato al paziente, funge ottimamente da deterrente nell'insorgere di contenziosi; Di seguito alleghiamo una bozza di Consenso Informato che dovrebbe essere attentamente personalizzato da ogni professionista in funzione di tecniche cliniche e approccio farmacologico.

Contributi

3.a.1 Modulo di Consenso Informato

4. Rapporto Economico

a) Moltissimi sinistri insorgono al saldo

Prima di procedere, utilizzando le vie legali, per incassare una parcella valutatene l'opportunità economica; Molto frequentemente alla richiesta formale di saldo segue una richiesta formale di risarcimento. Certo questo non è valido motivo per rinunciare al compenso per il proprio operato, ma una valutazione della situazione pensando anche ai rischi a cui si va incontro è decisamente consigliata; Se il paziente vince il contenzioso, cosa assai probabile, quasi certamente dovrete rimborsare anche gli acconti incassati.

b) Importanza degli acconti

La strategia migliore, per evitare o ridurre il rischio contenzioso, quando questo è legato all'impossibilità o all'assenza di volontà da parte del paziente di saldare il dovuto, è di certo tenere sotto stretto controllo il rapporto fra avanzamento lavori e acconti versati.

c) Pagamenti Rateali

Uno strumento non ancora così diffuso nell'ambito odontoiatrico al contrario di ogni altro settore incluso il microcredito, è il finanziamento delle cure odontoiatriche.

Questo strumento sta' prendendo piede non perché compreso appieno ma perché, paradossalmente, richiesto dagli stessi pazienti più abituati a questo strumento dei medici stessi o perché le grandi strutture odontoiatriche, configurate come delle vere proprie aziende, lo propongono in maniera sistematica spingendo i pazienti stessi a cercare identico servizio anche nello studio mono professionale.

I vantaggi di questo strumento sono almeno tre:

- Garanzia di incasso
- Riduzione del rischio contenzioso
- Riduzione del numero di appuntamenti saltati normalmente in concomitanza con il versamento programmato dell'acconto

Molto spesso sentiamo studi lamentarsi della scarsa "flessibilità" delle finanziarie ad accettare le pratiche, questo può avere solo due origini:

- La pratica è stata istruita in modo incompleto o scorretto: A volte basta inserire i dati in modo dettagliato e preciso per far approvare una pratica (indicare se il paziente vive in affitto o in una casa di proprietà, indicare un numero di telefono fisso al posto di un cellulare, Indicare il numero di conto corrente anche se si intende pagare con bollettini postali; piccoli dettagli che fanno la differenza)
- Il paziente non ha sufficienti garanzie a tutela: Questo deve diventare un campanello d'allarme anche per lo studio perché il rischio insolvenza è elevato.

5. Diario Clinico

Non è nostra intenzione entrare in un argomento così complesso, ci limiteremo a dare qualche piccolo suggerimento utile agli scopi di questo manuale:

a) Dettaglio operazioni e operatori

- Non sono rari i casi di richieste di risarcimento ricevute molti anni dopo le cure prestate, per questo motivo una cartella ben dettagliata che include i nominativi degli eventuali collaboratori risulta indispensabile al fine di ricostruire la vicenda e difendersi dalle richieste del paziente.

b) Foto

- L'era del digitale ha di molto semplificato l'acquisizione e l'archiviazione di documentazione fotografica e non di rado una foto pre cure può risolvere a proprio vantaggio molti contenziosi.

c) Radiografie

- Molto spesso le radiografie sono digitali e quando non lo sono è sufficienti uno scanner o una foto sul negatoscopio per archiviare una vecchia RX presentata alla visita dal paziente che certamente scomparirà quando il paziente contesterà un'estrazione non necessaria

d) Modelli Clinici

- E' impossibile archiviare tutti i modelli clinici predisposti sia per lo studio del caso che per l'esecuzione della protesi, ma anche in questo caso sono sufficiente alcune fotografie per dimostrare sia il tempo dedicato allo studio del caso sia le motivazioni che vi hanno portato alle scelte terapeutiche

E' importante ricordare che, in caso di contenzioso, il vostro operato verrà analizzato da almeno tre diversi periti che valuteranno il vostro lavoro a posteriori (un po' come giocare a poker a carte scoperte), interesse vostro è far loro capire da dove siete partiti, quali valutazioni avete fatto e quindi i motivi delle scelte terapeutiche che hanno portato a quel risultato; Sarà più facile ottenere rispetto, comprensione e collaborazione.

6. Fine Cure

Periodiche visite di controllo e sedute di igiene sono alla base di una corretta prevenzione ma sono anche riconosciute come pratiche indispensabili per mantenere efficienti nel tempo le riabilitazioni protesiche e implantari.

Comunicare o suggerire tali indicazioni non è sufficiente; è sempre consigliabile, a fine lavori, far firmare un documento integrativo al consenso informato con cui si sollecita il paziente ai previsti controlli e alle periodiche sedute di igiene e, nel caso in cui il paziente non sia collaborativo, è sempre consigliabile inviare a mezzo raccomandata un sollecito che, con toni molto pacati, spieghi che è impossibile garantire una durata temporale adeguata al lavoro eseguito senza la collaborazione del paziente.

Contributi:

6.d.1 **Consenso informato fine cure** Dr. A. Galluzzi

6.d.2 **Richiamo di Igiene** Dr. A. Galluzzi

7. Gestione delle lamentele

a) Gli aspetti psicologici del contenzioso medico/paziente

- Un aspetto spesso trascurato nel contenzioso è quello psicologico; Molto spesso i problemi insorgono non tanto per un errore o per un problema economico ma per uno scarso rapporto fra odontoiatra e paziente che porta lo stesso ad un progressivo calo di fiducia e quindi all'esplorazione di alternative cliniche presso altri studi.

8. Denuncia del sinistro

Nonostante le attenzioni poste a volte il contenzioso diventa inevitabile.

A questo punto la cosa migliore è affrontare la questione nel modo migliore possibile cercando di limitare il più possibile i danni se non, in alcuni casi, uscirne indenni; E' importante ricordare che, in caso di soccombenza, sarà la compagnia assicuratrice a pagare i danni e le spese nei termini previsti dal contratto ma la restituzione di quanto pagato dal paziente rimane sempre a carico dell'odontoiatra o dello studio e a volte questo importo supera il danno risarcito. (salvo alcune compagnie che prevedono, anche se in parte, anche tale copertura assicurativa)

a) Non aspettare la citazione

- Non bisogna assolutamente attendere una citazione o una comunicazione da parte di un legale per considerarsi oggetto di una richiesta di risarcimento; E' più che sufficiente una comunicazione scritta da parte del paziente e, per alcune compagnie, anche una lamentela verbale.
- Se il paziente vi esprime in modo chiaro, anche se non per iscritto, l'intenzione di procedere con una richiesta di risarcimento provvedete a contattare la compagnia assicurativa o a verificare sul contratto modi e termini della denuncia di sinistro.
- Nell'apertura di sinistro comunicate tutte le informazioni utili alla compagnia alla gestione del sinistro utilizzando un linguaggio comune (quasi sempre chi legge le denunce non ha competenze odontoiatriche specifiche); Più informazioni fornirete

meno perdite di tempo avrete in seguito a causa di continue delucidazioni richieste dalla compagnia o da periti e liquidatori; Indicate sempre:

- Vostri dati anagrafici completi
- Riferimenti al contratto assicurativo
- Indirizzo e contatti telefonici a cui contattarvi (un indirizzo mail è auspicabile)
- Esplicitate la richiesta di apertura sinistro
- Riassumete la storia clinica del paziente
- Descrivete nel miglior modo possibile le vostre opinioni sulla vicenda e sulle richieste del paziente contestando eventuali imprecisioni o inesattezze presenti sulla richiesta di risarcimento pervenuta.
- Allegate copia del diario clinica
- Allegate copia del consenso informato
- Allegate ogni documento (foto, radiografie o altro) utile a rafforzare la vostra posizione
- Molto importante è poter dimostrare di aver regolarmente inviato la documentazione di apertura sinistro e ogni eventuale ulteriore documentazione successive quindi utilizzate sempre solo ed esclusivamente strumenti che vi rilascino una ricevuta legalmente valida e trattenete sempre una copia di tutto ciò che inviate; Vi suggeriamo:
- Raccomandata con Ricevuta di Ritorno
- Posta elettronica certificata (i documenti devono essere firmati e in seguito scansionati; Non inviate fogli di word non firmati)
- Fax (verificate che stampi il rapporto di trasmissione e che questo non sia su carta chimica che nel tempo si deteriorerebbe diventando illeggibile)

b) Attenzione alla pregressa

I contratti assicurativi operano secondo la formula del "*claims made*".

- Le polizze di Responsabilità Civile Professionale, per legge, funzionano con il principio del Claims Made e cioè non considerano la data dell'evento ma la data della denuncia dello stesso; Tradotto significa che occorre essere assicurati non tanto mentre si lavora ma quando si riceve una richiesta di risarcimento; Questo è di norma a vantaggio dell'assicurato garantendo la copertura assicurativa anche di periodi precedenti non assicurati o assicurati con compagnie che non operano più nel settore o che sono completamente uscite dal mercato, ma, nel caso in cui si ricevesse una richiesta di risarcimento in un periodo NON assicurato anche se per un paziente curato nel periodo assicurato, la compagnia declinerebbe la responsabilità e non si riceverebbe alcuna assistenza né copertura; Per questo motivo è necessario mantenere una copertura assicurativa con continuità provvedendo con puntualità ai rinnovi e accertandosi che il contratto in essere preveda una periodo di pregressa meglio se illimitato e, in caso di cessazione dell'attività, richiedere l'attivazione della postuma.
- Fate quindi molta attenzione ad inserire e togliere clausole sulla vostra RC professionale ad esempio:

- Direzione Sanitaria
 - Implantologia
 - Medicina Estetica
 - C'è il reale rischio che una richiesta di un risarcimento da parte di un paziente curato anni prima, mentre la polizza includeva la garanzia necessaria, pervenuta successivamente all'eliminazione della clausola venga respinta con ragione dalla compagnia assicuratrice.
 - La legge Gelli impone un periodo minimo di retroattività o pregressa di 10 anni ma molte sono le sentenze che riconoscono al paziente il diritto al risarcimento anche oltre questo periodo sulla base di diverse sentenze dalla cassazione che stabiliscono che i 10 anni di prescrizione non decorrono dalla data dell'intervento ma dalla data in cui il paziente si è reso conto di aver subito il danno.; Per questo motivo consigliamo vivamente di scegliere polizze con pregressa illimitata e di sottoscrivere polizze con retroattività di 10 anni solo entro i primi 10 anni di attività professionale continuando poi con la stessa compagnia solo in presenza di clausola di raccordo che in pratica aumenta il periodo di pregressa se l'assicurato ha mantenuto in essere la stessa polizza nel tempo.
 - Tutte le polizze escludono in modo più o meno esplicito eventuali contenziosi di cui l'assicurato sia già a conoscenza; Questo seppur logico e chiaro a chiunque, implica una serie di problemi pratici soprattutto in caso di cambio di compagnia assicurativa; Esempio:
 - Anno 2011 paziente contesta un lavoro e chiede a voce o per iscritto di proprio pugno la restituzione di quanto versato perché il lavoro finito comporta problematiche non risolte
 - Anno 2012 l'odontoiatra cambia compagnia assicurativa
 - Anno 2012 il paziente invia una richiesta di risarcimento tramite un suo legale nella quale cita la precedente comunicazione del 2011
 - Risultato la compagnia respinge il sinistro.
- c) Perizia di Parte e CTU
- Con lo scopo di far comprendere meglio il meccanismo di valutazione da parte dei periti pubblichiamo alcune perizie di esempi che troverete fra i contributi.

Contributi:

8.d.1 **Perizia Tecnica CTU** Dr. D'Aleo Salvatore

8.d.2 **Perizia Tecnica CTP** Dr. D'Aleo Salvatore

9. Le Assicurazioni

Quasi tutte le compagnie assicuratrici hanno a listino un prodotto vendibile ad un odontoiatra ma la maggior parte di questi prodotti sono genericamente predisposti per i medici che nella maggior parte dei casi lavorano all'interno di grandi strutture con problematiche ed esigenze completamente diverse:

- Non hanno una struttura da gestire
- Non hanno dipendenti
- Non hanno collaboratori
- Non hanno fornitori

- Non fatturano
- Non raccolgono dati sensibili
- ecc..

E' di certo preferibile una polizza specifica che contempli tutte le esigenze specifiche di un'attività professionale svolta in regime quasi sempre privato e in modo imprenditoriale.

Di seguito alcune caratteristiche da verificare su ogni contratto:

a) Pregressa

Ogni paziente ha fino a 10 anni di tempo per far valere il proprio diritto ad essere risarcito se ritiene di aver subito un danno e questi 10 anni non decorrono dalla data dell'intervento ma dalla data in cui il paziente si accorge di aver subito il danno; Questo allunga in modo indefinito il periodo a rischio risarcimento.

E' importante quindi che la vostra polizza preveda la copertura del periodo pregresso senza limiti temporali: Di norma trovate questa informazione all'interno delle condizioni generali di assicurazione (cga) in un articolo di norma chiamato "Inizio e Termini della garanzia"; al suo interno troverete una definizione simile alla seguente: " L'assicurazione vale per le richieste di risarcimento pervenute all'assicurato per la prima volta durante il periodo di validità del contratto indipendentemente dalla data in cui sia stato commesso il fatto all'origine della richiesta di risarcimento".

Le righe successive sono di norma le più importanti perchè prevedono alcuni limiti:

Limiti temporali; spesso è indicato un limite di tempo 5 o 10 anni sono i più frequenti

Limiti contrattuali; se nel periodo in cui è stato commesso il fatto era presente una copertura assicurativa che prevedeva la postuma (rarissime)

Limiti legali; A condizione di non essere stato a conoscenza della richiesta di risarcimento prima della sottoscrizione del contratto.

Alcune compagnie limitano ulteriormente la pregressa:

A condizione che il periodo fosse comunque già assicurato da altra compagnia

(presuppone che voi restiate in possesso di tutti i contratti sottoscritti), che siate sempre stati assicurati e che la compagnia non sia stata posta in liquidazione.

- b) Postuma
- c) Franchigie
- d) Estensione territoriale
- e) Conduzione
- f) Dipendenti e Collaboratori

10. Direttori Sanitari

Compito e responsabilità del Direttore Sanitario:

Di seguito indichiamo le principali responsabilità ascrivibili al Direttore Sanitario dal Art. 69 del Codice Deontologico:

- Responsabilità strutturale sotto il profilo igienico sanitario
- Responsabilità in materia di rifiuti liquidi, solidi e gassosi
- Definizione e verifica di protocolli di sterilizzazione e sanificazione ambientale
- Proposte e pareri per l'acquisto di apparecchiature e dispositivi medici
- Responsabilità osservanza D.Lgs. n. 626/1994
- Obbligo di denunce, certificazioni
- Formulazione e rispetto della carta dei servizi
- Gestione dei conflitti, reclami, vertenze medico-legali
- Promozione di iniziative rivolte a migliorare l'accessibilità dell'utente alla struttura
- Responsabilità in materia di privacy ex Codice D.Lgs. n. 196/2003
- Pubblicità sanitaria
- Controllo del personale, compreso eventuale espletamento di procedimento disciplinare, controllo sull'ammissione di personale volontario, frequentatori ai fini di eventuale riconoscimento di professionalità
 - *NB: A questo scopo consigliamo vivamente di raccogliere per ogni collaboratore di raccogliere la documentazione relativa:*
 - *Certificato di Laurea*
 - *Iscrizione all'ordine (verificando online la correttezza)*
 - *Documento di identità valido*
 - *Anagrafica completa*
 - *Copia contratto assicurativo*
 - *Copia certificato d'incasso rata (in caso di rinnovo)*
 - *Contratto di collaborazione professionale*
- Vigilanza in materia di tariffe e prestazioni
- Gestione cartelle cliniche (controllo completezza, copie, archiviazione e conservazione)
- Controlli in materia di farmaci: vigilanza sulla validità dei farmaci, disciplina degli stupefacenti
- Registro operatorio
- Controllo sulla attività operatoria consentita
- Promozione e vigilanza sulla applicazione dei consensi informati ai trattamenti sanitari
- Definizione modalità di gestione in caso di urgenza ed eventi imprevisti (clinici, organizzativi)
- Promozione rispetto dei principi etici delle figura professionali garantendo il rispetto del Codice deontologico
- Controllo di qualità (D.Lgs 502/92)
- Responsabilità nei riguardi dell'organizzazione e funzionamento nelle strutture accreditate (anche rispetto all'obbligo di ECM) (D.Lgs 229/99)

E' consigliabile a tutti coloro che assumono l'incarico di direttore sanitario di avere una copertura assicurativa che include in modo esplicito tale incarico e che la copertura includa l'implantologia anche se non esercitata in prima persona all'interno della struttura perché il direttore sanitario è responsabile di ogni pratica svolta all'interno dello studio implantologia inclusa e non di rado viene coinvolto nei sinistri dello studio e ritenuto responsabile per mancata vigilanza o per errori non nell'esecuzione (normalmente ascritti in modo esclusivo all'operatore) ma nella predisposizione del piano di cure che, in teoria, dovrebbe essere redatto secondo protocolli e norme indicate dallo stesso.

- Non tutte le compagnie assicurative prevedono la possibilità di inserire nel contratto la direzione sanitaria e quindi consigliabile, se si ha l'intenzione o si prevede la possibilità di assumere tale incarico, verificare se la propria compagnia lo potrà includere nel momento del bisogno
- Le migliori polizze per gli studi odontoiatrici prevedono tale estensione e quindi è consigliabile verificare che non sia già inclusa e, ancor più importante, verificare che la struttura che si andrà a dirigere **abbia** un'adeguata copertura di Responsabilità Civile Professionale a norma Legge Gelli.
- È consigliabile anche provvedere alla sottoscrizione di una polizza di Tutela Legale che includa la Direzione Sanitaria viste le tante responsabilità a carico del direttore sanitario di ordine penale che non sarebbero prese in considerazione dalla polizza di Responsabilità civile.

- Se fino al 2017 era prassi comune giustificata che le strutture richiedano ai loro collaboratori copia del contratto di Rc Professionale in corso di validità sarebbe ora corretto, sulla base della legge Gelli, che siano i collaboratori, primo fra tutti il direttore sanitario a richiedere copia della RC professionale alle strutture con cui collaborano.
- Anche per la direzione sanitaria è applicabile il concetto di Claims Made e quindi, una volta cessato l'incarico di direttore sanitario presso una struttura è importante verificare che la copertura che si è scelto (inserita nella propria RC professionale o nella RC Professionale della struttura) abbia o una possibilità di postuma o che resti attiva per coprire il periodo pregresso.

11. Collaboratori

Da agosto 2014 è scattato l'obbligo di sottoscrivere una polizza assicurativa, a propria tutela e dei propri pazienti; verificate con cura la copertura assicurativa dei vostri collaboratori (Odontoiatri e Igienisti) e verificate che la vostra copertura assicurativa vi tuteli da responsabilità insorgenti dell'operato dei vostri collaboratori.

Contributi:

1.a.1 La cartella clinica odontoiatrica

Raccolta e conservazione della storia clinica del paziente odontoiatrico

La cartella odontoiatrica da cosa è composta? Che dati vanno inseriti in essa?

Valutiamo in modo dettagliato come si forma.

Intanto occorre dire che i dati possono essere conservati sia su supporto digitale che cartaceo. Per la mia esperienza sono necessari entrambi.

Quando si entra per la prima volta in uno studio odontoiatrico viene subito consegnato un foglio da compilare prima da soli e poi con l'aiuto dell'odontoiatra. Si tratta dell'anamnesi, cioè delle informazioni sanitarie che sono necessarie per poter impostare in sicurezza la cura odontoiatrica.

Si deve informare il sanitario, che esegue un'accurata intervista, dei farmaci che si assumono e quanto di rilevante dal punto di vista della salute vi può essere, non ultimo il proprio stato di "ansia da dentista".

Contemporaneamente a questo documento di raccolta di dati sanitari ed anagrafici, viene consegnato il documento della Privacy. Infatti se il paziente non acconsente per iscritto alla raccolta dei suoi dati personali, non si può né fare domande né registrare nessuna informazione che lo riguardi.

Dopo questo se non si è già in possesso di una adeguata documentazione radiografica, si inizierà con una ortopantomografia (una radiografia panoramica di tutta la bocca) ed altre radiografie endorali ove si rivelassero necessarie. Inoltre verranno scattate una serie di fotografie che documentano lo stato iniziale: sono anche un ottimo mezzo per comunicare con il paziente. Anche queste vanno conservate insieme alle radiografie sia nella cartella clinica cartacea che in quella digitale.

Dopo un'accurata visita viene steso un piano di trattamento ed un preventivo. Anche questi devono essere firmati e conservati nella nostra famosa cartella. Un'ulteriore firma che il paziente dovrà apporre su un documento che deve essere conservato con cura è quella del consenso informato detto "generico". A questo consenso informato ne seguiranno degli altri specifici, da firmare dopo aver ricevuto adeguate informazioni riguardo alle terapie proposte anche con l'ausilio di immagini e la visione di casi clinici simili al proprio. Per esempio chi si sottopone ad interventi di implantologia dovrà avere, alla fine delle spiegazioni, un documento scritto ove si documenta quanto espresso verbalmente: consenso informato implantologico.

Se necessario, occorre raccogliere nella cartella clinica anche esami strumentali o ematochimici che possano essere interessanti per la cura. Per esempio un paziente che assume degli anticoagulanti, dovrà eseguire un test (INR) che indichi se può essere sottoposto ad intervento o meno. Anche eventuali consulenze con altri specialisti (cardiologo, diabetologo, medico di famiglia) vanno conservati accuratamente.

Sin dall'inizio delle cure viene redatto un diario clinico ove vengono annotati i farmaci somministrati, gli anestetici, le lunghezze dei canali dei denti devitalizzati e molte altre informazioni relative alla terapia che si sta eseguendo.

Quando è necessario eseguire anche lavori protesici come per esempio una corona, un altro documento da

conservare in cartella è una copia della prescrizione per il laboratorio odontotecnico a cui si dà incarico di eseguire il manufatto. Con la consegna della capsula finita, il laboratorio consegna anche un documento che attesta la qualità dei metalli, le tecniche utilizzate ed altre informazioni che indicano che il lavoro è stato eseguito secondo le normative in vigore. Questo documento oltre a dover essere conservato per legge per almeno 5 anni nella cartella del paziente, può essere consegnato in copia all'interessato.

Quando il lavoro è terminato, vanno consegnate al paziente le istruzioni d'uso del manufatto protesico. Una copia è bene conservarla anche in studio. Vi si trovano i consigli per l'igiene domiciliare, le tecniche di pulizia delle protesi mobili o fisse ed altro ancora.

Nel caso in cui si eseguano degli atti chirurgici, al paziente vengono ugualmente consegnate delle istruzioni post-chirurgiche scritte del mantenimento domiciliare oltre che un recapito telefonico per le urgenze fuori orario di studio. Una copia per ricevuta va conservata in studio.

Se il paziente è stato sottoposto a sedazione cosciente con benzodiazepine (per bocca e/o per via endovenosa) occorre, prima di congedarlo, fargli eseguire il test di Newman che attesta che è in grado di lasciare, sebbene accompagnato, lo studio dentistico. Anche questo documento va conservato in cartella.

Per ultimo, si deve registrare e conservare la parte amministrativa con copia dei versamenti e relative fatture.

Tutto ciò comporta che la cartella del paziente diviene corposa e di un certo ingombro, con problemi per la conservazione e il facile reperimento..... ma questa è un'altra storia.

Dott. Michele Caruso

6.d.1 Consenso Informato a fine cure

Paziente

Sono a conoscenza dell'importanza dell'igiene orale per la sopravvivenza degli impianti osteointegrati.

Mi impegno a seguire correttamente le manovre di igiene orale domiciliare e di sottopormi a controlli semestrali per i primi 2 anni a partire dal carico degli impianti tramite protesi e annuale dal terzo anno in poi.

In tale occasione mi sottoporro a seduta d'igiene orale professionale.

li.....

firma

6.d.2 Richiamo di igiene

Gentile paziente,

In data le ho consegnato la/e protesi su impianto/i.

Le ricordo l'importanza dell'igiene orale domiciliare per la sopravvivenza degli impianti.

Le ricordo inoltre che tale sopravvivenza è garantita se accompagnata da sedute di igiene orale professionale e controlli radiografici da effettuarsi presso il mio studio odontoiatrico.

Nel caso in cui si è rivolto o si rivolge ad un collega la prego di contattarmi per permettermi di aggiornare la sua scheda di igiene orale.

La frequenza di tali controlli è semestrale per i primi 2 anni dalla consegna della/e protesi e annuale per gli anni successivi.

L'importanza di tali manovre è essenziale, il non effettuarle potrebbe far nascere problemi che potrebbe far perdere l'osteointegrazione con la conseguente perdita degli impianti.

Tali problemi, se intercettati in tempo dall'odontoiatra, risultano facilmente risolvibili.

Ad oggi non si è ancora sottoposto ai regolari controlli.

La prego di contattarmi per fissare al più presto la sua seduta di igiene orale e controllo radiografico degli impianti.

Cordiali saluti

Dott. Alessandro Galluzzi

www.alessandrogalluzzi.it

3.a.1 Modulo di Consenso Informato (Fac simile)

INFORMAZIONE E CONSENSO ALLA PRESTAZIONE ODONTOIATRICA

DATI ANAGRAFICI:

Cognome Nome
Indirizzo
Luogo e data di nascita
Cod. Fiscale medico di base dott
Tel. Abi. tel. Uff Tel .cell

Ho compreso l'effettiva portata dell'intervento terapeutico, le difficoltà ad esso legate, gli obiettivi, le probabilità dei risultati che potranno essere conseguiti (ivi compresa l'ipotesi che esso possa non essere risolutore), e comunque i prevedibili vantaggi, i rischi connessi e gli eventuali effetti indesiderati.

Mi sono state descritte accuratamente la prevedibile durata dell'atto terapeutico e della successiva convalescenza, le terapie pre e post-operatorie che dovrò subire con particolare riferimento ai benefici ed agli effetti indesiderati da esse dipendenti; nonché quale verosimilmente sarà la qualità della degenza e/o convalescenza post-trattamento cui andrò incontro.

Mi è stato chiarito che le indicazioni fornitemi sono valide soltanto in assenza di complicanze ed effetti collaterali indesiderati, che varierebbero i tempi ed i modi del trattamento.

Mi è stato spiegato, indicandomeli dettagliatamente, che taluni di questi rischi sono da considerarsi eccezionali, altri sono possibili, altri ancora probabili; e che alcuni di essi sono invece certi e non evitabili, in quanto insiti nell'atto diagnostico-terapeutico stesso; Tutto ciò, sia in senso generale che in riferimento al mio quadro clinico.

Mi è stato anche spiegato quali cure o interventi sarà necessario eseguire in caso di complicazioni, e quali problemi questi nuovi atti terapeutici potrebbero cagionare.

Le complicanze ed i rischi principali legati al piano di cura previsto sono:

.....
.....

Alle domande da me poste l'odontoiatra ha fornito risposte comprensibili, tali da consentirmi di farmi un quadro completo e del tutto esauriente della situazione; sono quindi in grado di decidere consapevolmente sul trattamento diagnostico-terapeutico cui dovrò essere sottoposto.

Infine, faccio presente di essere stato informato del fatto che nel corso della procedura diagnostica o del trattamento potrebbe evidenziarsi un quadro diverso dal previsto, ovvero che potrebbero verificarsi circostanze non attese, tali da rendere opportuno o necessario procedere ad ulteriori misure diagnostico-terapeutiche, differenti da quelle progettate. Anche a queste possibili variazioni rispetto alla linea di condotta prestabilita (che mi sono state compiutamente descritte, così come mi è stato descritto quanto, nelle singole evenienze, diverrà opportuno o necessario effettuare) dichiaro consapevolmente di acconsentire.

Note sul piano di cure previsto:

.....
.....

Data

Firma del paziente, del legale rappresentante o dell'esercente la patria potestà.

Firma dell' Odontoiatra

1.b.1 Consenso al trattamento dei dati ed informative ai sensi del Codice sulla Privacy

(D.Lgs. 196/03)

Per fornirci i suoi dati personali, La preghiamo di leggere il presente foglio informativo.

1. Per "dati" si intendono:
 - quelli che Le richiediamo oggi, col presente modulo e che potremo richiederLe in futuro;
 - quelli sanitari che avremo occasione di rilevare nell'espletamento delle prestazioni mediche a suo favore;
 - quelli sanitari necessari o che si renderanno necessari per l'espletamento della nostra attività nel perseguimento della finalità di tutela della Sua salute;
 - quelli spontaneamente da Lei forniti.
 2. I dati vengono da noi raccolti con l'esclusiva finalità di svolgere la nostra attività professionale nei suoi confronti, compresa la gestione contabile del rapporto. In particolare provvederemo a tenere le registrazioni obbligatorie per legge, sia amministrative che sanitarie.
 3. I dati potranno essere registrati su supporti informatici e cartacei, che verranno da noi mantenuti e protetti con modalità idonee
 4. I dati potranno essere:
 - comunicati al suo medico curante in caso di necessità o comunicati ad altro personale sanitario;
 - messi a disposizione del personale odontoiatrico associato, che frequenta, che collabora o che dovesse sostituire il titolare in caso di sua assenza;
 - resi noti ai dipendenti ed ai consulenti dello studio per gli aspetti che possono riguardarli e secondo le modalità previste dalla legge;
 - comunicati ai laboratori odontotecnici per le attività loro proprie, secondo le norme del D.lgt. 46/97, dir. 93/42/CEE.
- 5 – Le comunichiamo i Suoi diritti:
- a) **Ottenere, a cura del titolare, senza ritardo:**
 - la conferma o meno dell'esistenza dei dati personali che La riguardano, anche se non ancora registrati, e la comunicazione in forma intelligibile dei medesimi dati e della loro origine, nonché della logica e delle finalità su cui si basa il trattamento: la richiesta può essere rinnovata, salvo giustificati motivi, con intervallo non minore di 90 giorni;
 - la cancellazione, la trasformazione in forma anonima o il blocco dei dati trattati in violazione della legge, compresi quelli di cui non è necessaria la conservazione in relazione agli scopi per i quali sono stati raccolti o successivamente trattati;
 - l'aggiornamento, la rettificazione, ovvero qualora ne abbia interesse, l'integrazione dei dati;
 - l'attestazione che le operazioni di cui ai precedenti n. 2 e 3 sono state portate a conoscenza, anche per quanto riguarda il loro contenuto, di coloro ai quali i dati sono stati comunicati, eccettuato i casi in cui tale adempimento si riveli impossibile o comporti un impiego di mezzi manifestamente sproporzionato al diritto tutelato;
 - b) **Opporsi in tutto od in parte al trattamento dei dati personali che La riguardano, ancorché pertinenti allo scopo della raccolta.**

Per quanto riguarda il suo diritto ad opporsi in tutto od in parte al trattamento di dati personali che La riguardano ai fini di invio di materiale pubblicitario o di vendita diretta ovvero per il compimento di ricerche di mercato o di comunicazione commerciale, Le precisiamo che tali attività NON verranno comunque svolte dal nostro Studio in quanto estranee all'esercizio professionale medico e odontoiatrico; La informiamo inoltre che per poter ottenere una corretta erogazione dei nostri servizi professionali è necessario che ci fornisca i dati richiesti.

Consenso

Apponendo la firma in calce al presente modulo, manifesto il mio consenso al trattamento dei dati, nell'ambito delle finalità e modalità di cui sopra, e nei limiti in cui il mio consenso fosse richiesto ai fini della legge.

In particolare manifesto il mio consenso espresso per:

- l'acquisizione e il trattamento dei dati di cui al punto 1 e 2;
- la comunicazione dei dati a terzi e il trattamento ai sensi del punto 4;

Cognome

Nome

Indirizzo

Luogo e data di nascita

Cod. Fiscale Tel. Abi. tel. Uff Cell

data firma

8.d.1 Perizia Tecnica CTU

omissis ...

Mi sono stati depositati i seguenti documenti.

A) Ortopantomografia e dental scan precedenti l'intervento. Panoramica recente

B) Dischetto dell'intero iter operativo

In tali reperti si evidenzia uno spessore osseo misurabile in cm.: Ante intervento ,di 2cm circa nella parte centrale ed invece uno spessore osseo, attuale ,di circa 1 cm. misurabile nella parte anteriore(**evito ,anche in seguito, termini estremamente tecnici per una migliore comprensione**),La situazione dell'apparato osseo –dentale prima e dopo l'intervento; Un intervento fatto secondo i comuni protocolli implantologici come si visualizza nel dischetto

DEI FATTI

In data 21 04 08 la paziente veniva sottoposta ad intervento chirurgico stomatologico per il ripristino della funzionalità estetico-masticatoria tramite l'inserimento di protesi implantologiche presso lo studio del dott XXX. Il ricorso al giudice si basa sul fatto che la paziente lamenti danni riferibili all'esecuzione di tale intervento e chiedi all'operatore il giusto indennizzo.

ESAME OBIETTIVO

Presenza di protesi fissa nella parte buccale superiore che va dal settimo di dx al sesto di sx

Presenza di protesi totale nella parte inferiore

Mal occlusione con terza classe, reputo provocata dall'attuale mal allineamento occlusale tra le due protesi

Da foto antecedente l'intervento si evidenzia che la paziente fosse invece in condizione di normo occlusione

Appiattimento della cresta alveolare inferiore dovuto certamente alla protesi totale ,che dopo molto tempo doveva essere riadattata o sostituita

ORTOPANTOMOGRAMMA

Non richiesta ,dopo i reperti radiologici da me visualizzati

PREMESSA ,EX LEGE

La responsabilità professionale del medico nasce sostanzialmente da una prestazione inadeguata che ha prodotto effetti negativi sul diritto alla salute del paziente. La prestazione del medico, nei confronti del paziente, viene tradizionalmente configurata come **un'obbligazione di mezzi e non di risultato** . Il medico non garantisce pertanto il risultato finale, la guarigione, il cui avverarsi può dipendere da elementi alla sua opera estranei, ma ha comunque "il dovere di svolgere l'attività professionale necessaria ed utile in relazione al caso concreto, ed ha il dovere di svolgerla con la necessaria adeguata diligenza" (come rilevo da una sentenza di Cass. Civ. n. 12253/1997).

Tale "necessaria adeguata diligenza" nello svolgimento della sua attività, insieme a **un'adeguata informazione al paziente**, sono elementi sostanziali della prestazione professionale del medico. Vi è così la sua responsabilità ogniqualvolta non abbia osservato, sia per mancanza di adeguata preparazione professionale che per negligenza, le comuni regole necessarie allo svolgimento della propria professione.

Per individuare poi una responsabilità del medico, occorre avere innanzitutto riguardo alla difficoltà tecnica della diagnosi o dell'intervento effettuato.

Qualora si tratti di **un caso ordinario**, che non presenti problemi tecnici di speciale difficoltà, il medico risponde delle conseguenze del suo operato solo **se ha agito con imperizia e negligenza**. Solamente nel caso occorra risolvere una situazione che implichi problemi di **rilevante difficoltà**, si prevede un'attenuazione della normale responsabilità medica, e dunque la necessità del dolo o della colpa grave. La "ratio" di tale delicata costruzione sulla responsabilità medica, spesso di difficile risoluzione nei casi concreti, è quella che nasce dalla

"esigenza di non mortificare l'iniziativa del professionista col timore di ingiuste rappresaglie da parte del cliente in caso di insuccesso e con quella inversa di non indulgere verso non ponderate decisioni o riprovevoli inerzie del professionista" (Corte Costituzionale, sent. N. 166 del 28.11.1973)

RELAZIONE TECNICA

Mio compito è dunque valutare in maniera imparziale quanto denunciato dalla paziente nei confronti del medico operatore tenendo presente quanto sopra documentato

Da una analisi della situazione pre operatoria, per **come anche relazionata dal perito di parte dott XXX**, non si evince che vi fossero situazioni tali da predisporre ad un rigetto degli impianti anche se lo stesso perito rileva almeno la presenza di una periodontite cronica dell'adulto ;

Trattasi probabilmente di **paradontite** cronica dell'adulto. E'una patologia lentamente progressiva, che provoca la distruzione dei tessuti di sostegno del dente: osso alveolare e legamento parodontale. Il processo patologico che porta all'involutione del parodonto profondo, è di natura principalmente batterica: i batteri e il tartaro infatti, si insinuano in profondità, prima attraverso il solco gengivale, per poi invadere il legamento e l'osso alveolare, innescando così una infiammazione cronica. Le difese del nostro organismo non sono in grado di eliminare il tartaro e di contrastare l'infezione batterica, e così i tessuti si allontanano dalla noxa (causa) patologica. Questo circolo vizioso può portare alla formazione di 2 tipi di difetti ossei:

- difetto orizzontale, o tasca gengivale/sovrà-ossea

- difetto verticale, o tasca infra-ossea (ossea)

L'accumulo di placca e tartaro possono essere favoriti da vari fattori:

scarsa igiene orale, terapie odontoiatriche incongrue, traumi meccanici, affollamento dentale, disturbi metabolici (diabete, osteoporosi...) o immunitari (leucemie, H.I.V.)..

dal punto di vista diagnostico si può rilevare in modo specifico tramite un vetrino dell'essudato o tramite l'analisi dell'emocromo. In tal caso, i monociti di sangue periferico sono una popolazione cellulare piuttosto eterogenea, con fenotipi molecolari, che cambiano, in base ai processi di attivazione e differenziazione. Molti monociti esprimono il recettore CD14 di LPS e LTA, il quale, nei pazienti con periodontite, **risulta aumentato** su cellule di sangue periferico.

Radio graficamente può essere apprezzabile in tali casi almeno un sito con perdita di attacco clinico compresa tra 2 e 6 mm, anche se ciò non sempre è specifico solo di tale patologia

La terapia implantare può essere effettuata nel paziente ammalato *di malattia parodontale solo dopo aver curato ed eradicato la eventuale parodontite, diagnosticata secondo i metodi di cui sopra.*

Con l'estrazione dei denti residui, la pulizia delle eventuali tasche e la cura antibiotica specifica() effettuata nel pre trattamento il xxxx si dichiarava sicuro di aver posto rimedio a tale problema (riferisco quanto dichiarato in sede peritale dai convenuti) E ciò se veramente effettuato può aver predisposto ad una bonificazione del campo chirurgico;*

Nel caso della paziente poi, in assenza di disturbi metabolici od immunitari, come dalla medesima dichiarato nel consenso informato, può tale paradontite essere **dovuta a scarsa igiene orale** od a terapie odontoiatriche incongrue precedenti, essendo la stessa in effetti già stata trattata per la realizzazione di elementi di protesi fissa. Il parere dei dentisti precedenti risultava quindi in tal caso importante nel dare l'imput d'avvio di una terapia all'implantologo che però valuta dopo esso stesso il caso e decide per l'intervento od il non intervento..

L'analisi personale delle radiografie mi hanno condotto alle conclusioni che l'osso fosse sufficiente a sopportare un intervento anche in assenza, ripeto, in tal caso, di patologie organiche specifiche avverse

L'arcata superiore, pur con protesi non completamente ottimali, risulta oggi al mio controllo, priva di patologie riferibili ad una paradontite in atto

L'implantologia moderna è ampiamente prevedibile; possiamo affermare che siamo in grado di raggiungere il successo nel 96-97% dei casi.

E' importante però rispettare alcuni principi.

Diagnosi: effettuare una visita accurata valutando lo stato di salute generale e le condizioni locali.
Valutazione ossea locale: verificare se la qualità e la quantità dell'osso è sufficiente per l'inserimento di impianti.
Valutazione generale della bocca: indagare se ci sono patologie o malattie in corso o se l'igiene è buona.
Valutazione radiologica: analizzare le radiografie per accertarsi della reale qualità e quantità ossea e delle eventuali limitazioni anatomiche o patologie presenti.

Chirurgia: operare in sterilità (operatori, paziente, strumentario, ambiente).

Chirurgia: effettuare una chirurgia con minima invasività rispetto all'intervento da eseguire e con rispetto dei protocolli consolidati.

Materiali: utilizzare impianti che rispondano agli standard di qualità, sicurezza e garanzia.

Controlli: richiedere ed effettuare richiami periodici di controllo.

Protesi: applicare una protesi su impianti che soddisfi i criteri di occlusione, funzione, estetica e di carico.

Quali sono le cause di insuccesso degli impianti?

Le cause del fallimento **sono poche** nella moderna implantologia, sempreché l'operatore sia esperto e i materiali idonei, ma ci sono delle condizioni che possono determinare la mancata integrazione dell'impianto all'osso. Le condizioni di rischio sono determinate da fattori anatomici, come ad esempio **poco osso** che comporta la mancanza di stabilità primaria, o dall'utilizzo di impianti troppo corti. Oppure sono legate a pazienti con osso di scarsa qualità (osteoporosi), o a protesi o denti mal costruiti o incongrui, o ancora alla **mancanza d'igiene** adeguata del sito implantare da parte del paziente, fattore che nel tempo può compromettere la tenuta dell'impianto. Il successo impiantare è quindi strettamente correlato alla conoscenza della materia ed implica perizia da parte dell'implantologo nel campo biologico, chirurgico, protesico.

Ovvero per predisporre ad un impianto

La presenza o assenza di **"OSSO"** non è l'unico fattore importante per decidere se fare o non gli impianti in un paziente.

Per iniziare faccio un esempio: di fronte a due pazienti ideali, che hanno una quantità ideale di osso per fare impianti, che desiderano una riabilitazione implantare fissa e sono portatori di dentiere od edentuli noi possiamo trovarci di fronte a delle situazioni locali e generali che ci obbligano a consigliare ed effettuare due piani di trattamento

completamente diversi che prevedono un numero di impianti diversi ed un tipo di riabilitazione protesica diversa. E' assolutamente importante comprendere come premessa questi concetti, in quanto sono diversi i fattori che possono influenzare una scelta terapeutica rispetto ad un'altra.

Attualmente abbiamo la possibilità di utilizzare il DENTASCAN (che in effetti e' stato usato anche in via preliminare in tale caso), metodica radiologica che ci permette di valutare la **quantità** ma anche la **qualità** del tessuto osseo a disposizione oltre a vedere eventuali controindicazioni locali all'**implantologia**; è chiaro che di fronte ad una qualità ossea scadente saranno necessari un numero di impianti maggiori in grado di permettere un adeguato sostegno per la protesi sia essa fissa che mobile, come pure alcune tecniche potranno, o no, essere utilizzate.

Altro tema di attualità è l'implantologia a **cielo chiuso**, senza effettuare il lembo ed incidere quindi la gengiva. E' questa, sicuramente, una metodica meno invasiva per i nostri pazienti che però li espone a rischi laddove la quantità ossea non sia elevata e sia richiesta una contestuale tecnica rigenerativa o ricostruttiva associata, impossibile con questa metodica.. Solo il dentanscan effettuato in fase di studio del nostro paziente ci può dire se è applicabile o no la tecnica a cielo chiuso che ovviamente riduce i tempi di guarigione, l'edema e l'ematoma che vi può essere dopo un intervento implantologico.

Ma continuando sulle possibili diverse scelte terapeutiche per i nostri pazienti possiamo pensare ai pazienti che non presentano un'**igiene corretta**; questi pazienti sono a rischio di insuccesso in quanto la carica batterica è in grado di determinare un processo infiammatorio del tessuto gengivale prima e osseo poi con riassorbimento dello stesso e perdita dell'impianto; ecco quindi che eseguire impianti in pazienti che sono affetti da piorrea è a rischio se la malattia non è stata trattata. Quindi la piorrea risulta una controindicazione all'implantologia se non trattata. Un importante argomento da prendere in considerazione è il fumo; attualmente i pazienti fumatori vengono riabilitati con gli impianti ma è importante che sappiano che il rischio di insuccesso è molto più elevato che nei pazienti non fumatori sia a breve che a lungo termine, sia per l'azione quindi immediata sui processi di guarigione delle ferite subito dopo l'intervento chirurgico sia per l'azione negativa che il fumo determina a livello della circolazione periferica e quindi dei processi di osteointegrazione.

Un tema di grande attualità è l'uso di **BIFOSFONATI**, I bifosfonati vengono utilizzati per il trattamento dell'**osteoporosi**, dell'**osteite deformante** (malattia di Paget dell'osso), delle **metastasi** ossee (in presenza o meno d'**ipercalcemia**), del **mieloma multiplo** e di tutte le altre condizione che possono indurre fragilità ossea. Trovano, in effetti, un ruolo importante nel prevenire l'osteoporosi indotta da un uso cronico di **corticosteroidi**.

Sono dunque una categoria di farmaci che vengono utilizzati soprattutto nell'**osteoporosi** e nelle terapie in presenza di neoplasie e vengono somministrati per os, endovena o intramuscolo. Questi farmaci ormai molto comuni, non vengono metabolizzati e permangono nell'osso per molti anni in elevate concentrazioni. Qualsiasi intervento chirurgico, non solo implantologico, quindi, esporrebbe al rischio di necrosi ossea a livello dei mascellari per i pazienti, soprattutto in terapia endovenosa da tempo con bifosfonati.

L'OSTEOPOROSI non rappresenta una controindicazione all'implantologia in quanto i parametri e le sollecitazioni a livello del distretto dei mascellari sono diverse rispetto alle ossa lunghe.

I pazienti **DIABETICI** con complicanze circolatorie sono a rischio per il trattamento implantologico, il che significa che possono essere trattati ma con più bassa percentuale di successo e di questo devono essere edotti, come tutti i pazienti che presentano complicanze a livello della **CIRCOLAZIONE PERIFERICA**.

L'ETA' dei pazienti non sembra aver importanza sul successo implantologico rispetto a quanto si credeva, per cui anche pazienti molto anziani attualmente vengono riabilitati con gli impianti.

La **TERAPIA RADIANTE** a livello dei mascellari ha importanza, per cui si consiglia ai pazienti che hanno subito terapia radiante di effettuare gli impianti o subito alla fine della terapia stessa o, in alternativa, dopo un anno dalla fine della terapia

Questa breve sintesi delle **reali controindicazioni**, relative ed assolute, all'implantologia e ad alcune modalità di applicazioni delle tecniche implantologiche come pure dei rischi legati all'implantologia per osteointegrazione e di questa fino ad ora abbiamo parlato ,essendo questa la metodica scientificamente provata ed approvata dalla comunità scientifica internazionale, vuol far capire che pur essendo una metodica chirurgica standardizzata va ASSOLUTAMENTE **INDIVIDUALIZZATA**, dagli **esperti in implantologia**, per ogni PAZIENTE in funzione delle caratteristiche LOCALI dei mascellari e GENERALI cliniche del paziente stesso.

DOMANDE

Le domande che bisogna porsi sono dunque

- 1 la paziente presentava prima dell'intervento condizioni tali da prefigurare un successivo rigetto?
- 2 l'intervento e' stato effettuato con perizia dall'operatore?
- 3 la tecnica e gli strumenti usati erano i piu' idonei?
- 4 il post operatorio e' stato gestito come da prassi consolidata?

La paziente da indagini amnesiche, e riportate nel foglio "raccolta dati e consensi",non datato, ma a sua firma, **non risulta** portatrice di nessuna delle patologie di cui sopra ne' in terapia con farmaci particolari,bonificata dal punto di vista buccale con estrazioni e metodiche correlate ,come a me dichiarato dai dentisti, e quindi era apparentemente idonea ad un intervento implantare

Per quanto riguarda l'uso di quel determinato tipo di impianti utilizzato dal dott xxx, ritengo in tale ambito **l'Implant Bridge** ideale per protesi avvitata su impianti per segmenti parzialmente edentuli e arcate complete su impianti o a livello di pilastro.

Questo tipo di ponte viene fresato da un unico blocco di titanio ricavando una struttura resistentissima e leggera, priva di distorsioni o altri difetti solitamente legati alla fusione.

I pazienti allergici possono essere dei candidati per questo prodotto; Sono utilizzabili tutti i metodi estetici: dall'acrilico e denti in resina al composito o ceramica

Nel post terapia per prassi il dentista somministrerà al paziente un antidolorifico che il paziente avrà cura di ripetere per uno o due giorni successivi all'intervento; sarà cura inoltre del dentista dare al paziente del ghiaccio secco da appoggiare sulla guancia dalla parte dell'intervento; questo limiterà il gonfiore (edema) post-operatorio.

Antibiotici sono prescritti solo nel preoperatorio come copertura all'intervento od in seguito solo ad infezioni secondarie e manifeste.

TERAPIA DI MANTENIMENTO DEGLI IMPIANTI

Il successo a lungo termine della terapia impianto-protetica dipende da alcuni fattori uno dei quali, molto importante, è rappresentato **dall'igiene orale**.

Il dentista quindi programmerà:

1. Una visita di controllo periodica che è ogni 3 mesi per il 1° anno, ogni 6 per il 2° anno, una volta l'anno per gli anni successivi (se ci sono fatti nuovi o non chiari il paziente si deve comunque rivolgere al dentista al di là di questo programma).
2. L'igiene domiciliare deve essere molto accurata. Se il paziente non pulisce bene il rischio di perdere l'impianto è alto. È bene non dimenticare che l'impianto, diversamente dal dente naturale, non ha il legamento parodontale che lo protegge dagli insulti della placca e del tartaro, che attaccano direttamente l'osso cui è ancorato l'impianto.
3. L'igiene orale accurata prevede l'uso quotidiano di:
 - spazzolino di setole artificiali, da usare per almeno 3 minuti alla sera prima di coricarsi e dopo i pasti
 - filo interdentale, per rimuovere intorno agli impianti, alle barre su impianti e alle ball attachments ciò che vi può rimanere e provocare quindi tartaro;

- scovolini da protesi fissa, di forma cilindrica (più sottili) e tronco-conica (più grandi), che permettono la rimozione di residui presenti;
- sciacqui mediante colluttori;
- igiene professionale all'interno dello studio dentistico nei tempi e nelle modalità decise dal dentista in accordo con il paziente, modalità che sono funzione, sostanzialmente, della capacità, da parte del paziente, di raggiungere una igiene orale ottimale

CONCLUSIONI FINALI

Ritengo pertanto che il dott XXX, quale unico operatore, da specialista che, come dal medesimo autocertificato ,”si e’ perfezionato in parodontologia presso l’università di Palermo, ha frequentato corsi in Svezia, Svizzera, Stati Uniti e Francia occupandosi di implantologia avanzata da più di 15 anni “

abbia operato sulla paziente secondo le metodiche usuali in tali condizioni , come sopra riportato .

La condizione di perdita degli impianti infatti come nel caso della signora XXX purtroppo puo’ avvenire, anche se di rado (5% dei casi), ed e’ dovuta spesso non a difetti di tecnica dell’operatore ,soprattutto se lo stesso dispone di una casistica alta in tali interventi.

Almeno ritengo che in tale caso non vi fossero fattori predisponenti un insuccesso dell’inserimento delle protesi implantari

Le cause di fallimento dell’integrazione ossea in generale possono (repetita) infatti essere:

- un trauma chirurgico
- infezioni
- tabagismo
- fattori biomeccanici
- patologie ossee
- patologie sistemiche

I fallimenti implantari possono essere distinti poi in precoci o tardivi

Il fallimento precoce si ha con assenza di osteointegrazione per:

- trauma chirurgico
- tecnica chirurgica errata
- ridotta capacità di guarigione dei tessuti
- infezione precoce dei tessuti perimplantari
- mancata stabilità primaria

Il fallimento precoce è dovuto dunque alla perdita di osteointegrazione che riconosce in sintesi un’eziopatogenesi traumatica o infettiva. Nel caso specifico e’ da valutare soprattutto il fattore infettivo. Gli impianti che perdono l’osteointegrazione per motivi **biomeccanici** in assenza di infezione presentano infatti una microflora, costituita principalmente da streptococchi, compatibile con un parodonto sano; gli impianti che perdono l’osteointegrazione per cause **infettive** , come appare probabile nel caso della signora XXX (paradontite cronica secondaria) presentano una microflora costituita per il 42% da spirochete, fusobatteri e bastoncelli Gram negativi provocando ,come in tal caso ,evidenziato anche dalla relazione del perito di parte, ”periodontiti” specie in zone edentule. L’eradicazione di tale microfora avviene come da me sopra accennato(*)

Le manifestazioni patologiche che coinvolgono i tessuti perimplantari, muco-gengivali ed ossei, hanno un’eziopatogenesi strettamente correlata alla morfostruttura anatomica ed istologica specifica degli stessi tessuti

coinvolti nell'integrazione, alla morfologia superficiale della fixture ed alla precisione di accoppiamento dei componenti implantari.

Tutte queste condizioni peculiari del sito implantare fanno sì che il principale fattore eziologico della malattia perimplantare sia quello infettivo; ricerche microbiologiche e cliniche sperimentali hanno dimostrato **che un efficace controllo di placca batterica (ottima igiene orale) riduce la possibilità di malattia perimplantare così come per la malattia parodontale**

Per quanto riguarda il consenso informato e' da puntualizzare che Il consenso "deve essere frutto di un rapporto reale e non solo apparente tra medico e paziente, in cui il sanitario è tenuto a raccogliere un'adesione effettiva e partecipata, **non solo cartacea**, all'intervento. Esso non è dunque un atto puramente formale e burocratico ma è la condizione imprescindibile per trasformare un atto normalmente illecito in un atto fonte di responsabilità. Circa la natura di tale obbligo deve precisarsi che, superato l'orientamento giurisprudenziale secondo il quale il suo mancato assolvimento darebbe luogo a responsabilità di natura precontrattuale (Cass. n. 10014/94), esso deve più correttamente inquadrarsi negli obblighi di natura contrattuale. Infatti l'attività professionale medica si qualifica come prestazione complessa che comprende una fase diagnostica e una terapeutica, ed è proprio successivamente alla prima fase e precedentemente alla seconda che si colloca l'obbligo di informazione, volto ad ottenere la partecipata adesione del paziente alla terapia e ai trattamenti propostigli. Ne consegue che l'onere probatorio circa l'assolvimento del dovere di informazione grava sul medico (Cass. n. 7027/2001): sarà dunque sufficiente la mera allegazione dell'inadempimento da parte del creditore-paziente; graverà, invece, sul convenuto debitore-medico l'onere di fornire la prova dell'avvenuto assolvimento dell'obbligo contrattuale posto a suo carico, secondo i principi generali in materia di onere della prova nell'adempimento delle obbligazioni (recentemente ribaditi dalla Corte di Cassazione a S.U. con sentenza n. 13533/01" (05.05.2005 TRIBUNALE di MILANO - fonte dirittosanitario.net)

Pertanto sulla richiesta posticipata di tale consenso ,che in ogni caso vi e' stato, si formalizza una mera "distrazione professionale" dell'operatore ma solo in ordine alla tempistica **mentre** per sintetizzare i quesiti posti dal sig.Giudice, come CTU esprimo le seguenti conclusioni

relativamente alla

1) "entità delle lesioni riportate" le stesse ,sono da me ritenute *"complicanze"* e non lesioni di un intervento chirurgico , e personalmente non sono ascrivibili agli operatori ma

2)le "cause delle stesse" potrebbero essere una non idonea ricezione ossea all'impianto, non ascrivibile agli operatori, e soprattutto una possibile *cattiva cura igienica* sugli stessi una volta installati; posto poi che

3)"gli interventi per porre rimedio alla situazione"sono già stati **parzialmente** attuati con la consegna di protesi mobile totale che personalmente ritengo di **natura provvisoria**, mentre, nelle condizioni buccali del momento della signora, ritengo la soluzione più logica, se anche condizioni di *flora batterica* lo permetteranno, la riprogrammazione di un secondo intervento implantologico possibile anche con lo spessore osseo attuale, svolto eventualmente anche da altro operatore e magari con metodiche suppletive (innesti ossei), che permetta ad una protesi totale di avere, tramite due viti implantologiche, quella stabilità che ridia alla paziente oltre una normocclusione estetica e funzionalmente più adeguata quel senso di "sicurezza"nei rapporti professionali mentre, relativamente al Rapporto contrattuale tra la XXX da un lato ed il XXX e XXX dall'altro, esso si e' realizzato nel momento in cui la paziente ha richiesto una prestazione sanitaria al medico (consenso informato), che accetta di fornirla. La eventuale inadempienza, come in tal caso, comporta una mera **responsabilità contrattuale**. Se in seguito all'inadempienza si verifica anche un danno alla paziente (come nel caso con i dolori, la perdita del tempo, del riposo, etc,) si ha concorso anche di responsabilità **extracontrattuale**. Ma in tale specifico caso **non si rileva** tale responsabilità extracontrattuale del chirurgo e tantomeno del dentista proprio perché non rilevo da quanto sopra i punti specifici della mancanza di negligenza, di imperizia o di dolo nell'operatività che siano **connessi a dimostrarlo e quindi a quantificarlo**

Tuttavia pur avendo operato "lege artis", il chirurgo **e' stato dunque inadempiente ,e solo ,riguardo tale rapporto contrattuale** in se'e relativamente al fatto di aver fornito una soluzione protesica **diversa** da quella richiesta dalla sua paziente (protesi mobile, sostitutiva della implantologica rigettata dall'organismo)

Pertanto ritengo, personalmente ed in base ad un codice etico, non scritto ma proprio di ogni operatore della sanità, lo stesso debba rimediare o con un supporto economico che permetta alla paziente di rivolgersi ad altro operatore (..e faccio riferimento per esempio alla restituzione in toto della somma percepita da operatore e dentista) o esso stesso provvedendo con altra soluzione come da me sopra ipotizzata.

in fede

dott D'Aleo Salvatore

ctu tribunale Reggio Calabria

medico chirurgo-specialista odontostomatologia, mal.infettive, anestesia

expert med.et odontologique (perito medico)-un parigi

diplomato in paradontologia -master stomatologia tor vergata

e-mail dottdaleo@libero.it

8.d.2 Perizia Tecnica CTP

Dott D'Aleo Salvatore

Specialista in odontostomatologia - in mal.infettive - in anestesia e rianimazione

Docente-tutor in med. generale - incaricato un. di Messina

Perito medico-odontoiatrico diplomato univ.di Parigi

Ctu tribunale di Reggio Calabria/ Ctù Tar di Reggio Calabria

Reggio Calabria li' 20 10 09

Premessa

Il valore probatorio della CTP pare venire confermato da tutta una serie di dati normativi. In primo luogo la introduzione dell'art. 233 nel libro del codice di rito dedicato alla prova è argomento esegetico da non sottovalutare. Soprattutto, il suo inserimento tra i mezzi di prova indica inequivocabilmente come il consulente si affranchi dal ruolo di semplice ausiliario e consigliere della parte per **assumere quello di fonte di prova**. Si è così sostenuto come, mediante l'escussione dibattimentale, il consulente diviene "soggetto" di prova. (KOSTORIS, 1993, p. 306) A conferma di tale impostazione vi è poi l'articolo 422 del codice di procedura che inserisce tra le prove decisive ai fini della sentenza di non luogo a procedere, accanto a periti e testimoni, anche i consulenti tecnici. La consulenza tecnica extraperitale può ormai quindi ben considerarsi un mezzo di prova tipico e nominato nell'ordinamento processuale italiano, distinto sia dalla perizia che dalla testimonianza. Inquadrate la natura della consulenza tecnica extraperitale, appare quindi necessario esaminare i poteri conferiti dal legislatore all'esperto di parte ai fini dell'espletamento del suo incarico. I poteri del consulente extraperitale sono descritti in via principale dagli articoli **230** e 233 del codice di procedura penale.

CONSIDERAZIONI TECNICHE SU RELAZIONE CTU

su le conclusioni espresse dal ctu, in data 17 09 20xx ,dott XXX incaricato dalla dott-ssa XXX ,del tribunale sezione civile di Locri ,al n°di reg xxx/xx

vorrei, nella mia qualifica di perito di parte, già incaricato dallo studio Avv. XXX su mandato di XXX, e sulla base di rilevante in essere già espresse chiaramente nella mia perizia antecedente ,dell'08 11 2006, focalizzare alcune conclusioni del collega, ai fini di una giusta liquidazione del danno

RILEVO PERTANTO CHE

Al punto 1) della consulenza, il giudice chiede al ctu di accertare".." la evoluzione ed i trattamenti delle presunte lesioni quali si presentavano al momento del fatto stesso..."

In primis, non si tratta, dal nostro punto di vista, di **presunte** lesioni, ma si ribadisce che lesioni vere si siano verificate nella data accertata, a meno che..... la storia sanitaria riportata in una **cartella clinica** del pronto soccorso dell'ospedale di Locri (e poi nella stessa perizia rimarcata dal ctu medesimo,a pag.3) in cui si parla di".....trauma contusivo regione frontale sx, trauma contusivo arcata dentaria sx con ROTTURA DI APPARECCHIO PROTESICO, trauma contorsivo discorsivo rachide cervicale...."a danno della XXX ,e da noi allegata a suo tempo, non sia stata inventata di sana pianta dal medico stesso del p.s., cosa che non mi risulta, non essendo stato lo stesso, penso, indagato ad oggi

per tale reato, ed invece a tutt'oggi rappresentando la stessa cartella un atto pubblico di fede privilegiata e dotata di efficacia probatoria ai sensi ex art 2700 cc

D'altronde nelle sue conclusioni, sinteticamente, anche il dott XXX, pur sorvolando su accertamenti dentali, che d'altronde a distanza di anni cinque erano difficilmente riscontrabili, (con un lapsus... anche sulla data dell'incidente, marcato erroneamente nel....2009), risponde affermativamente a ciò che era stato da noi antecedentemente evidenziato, scrivendo che....."le lesioni sono quelle descritte in diagnosi.....omissis....lo stato attuale e' quello precedentemente descritto...omissis...."

Al punto 5) conferma poi che "...gli esiti permanenti sono suscettibili di riduzione mediante applicazioni di idonei trattamenti sanitari..."

A questo punto ,dato che "l'esito" e' la conseguenza di un avvenimento, e che tale nel nostro caso e' un incidente con esito in caduta ed avente per conseguenza **anche** una protesi rotta, e' allora da chiedersi quale sia "l'idoneo trattamento sanitario"....??? Io reputo sia **anche** quello di rifare una nuova protesi per ristabilire lo status quo. Esiste allora, come da me verificato nella precedente perizia, dunque **un danno emergente** ed la signora XXX ha il pieno diritto di essere risarcita anche e soprattutto per la parte odontoiatrica, per una piena riabilitazione estetico fonetica' nonche' funzionale dell'apparato masticatorio. Ed allora, il mio conteggio del 2006, pari ad €17.000,00 e rimarco riguardante solo tale voce, va rivisto alla luce degli aggiornamenti dei tariffari AIO (ASSOCIAZIONE ITALIANA ODONTOIATRI) di almeno un 5% in più, portando la richiesta ad euro 17.850,00, con conferma invalidità 2% per /disturbi dell'art. dentale post traumatica/ paragrafo 31 tabelle europee val. danno biologico. Un'infermità non interessa sotto il profilo etiopatogenetico, ma piuttosto in relazione al declino o alla perdita funzionale che essa determina. L'inquadramento clinico di ogni singolo caso è fondamentale per inserire la menomazione da cui è affetto l'assicurato in diversi livelli di gravità; la condizione "biologica" rappresenta uno stato di svantaggio esistenziale identificabile normativamente con la riduzione della capacità lavorativa nelle attività confacenti alle attitudini.

Altro concetto insito nella valutazione dell'invalidità e dell'inabilità è quello che la riduzione o la perdita della capacità di lavoro per infermità o difetto fisico o mentale, devono possedere il requisito della permanenza. Essa deve basarsi su criteri statistici e prognostici tenendo presente che, in ambito medico-legale, "permanente" non significa immutabile né sicuramente insanabile, ma è riferibile **ad una situazione non transitoria, che evolve a tempo indeterminato, senza previsione di guarigione e miglioramenti a breve scadenza**, in relazione alle conoscenze mediche del momento: la parola "riabilitazione" significa riportare alla capacità primaria e restituire ad una condizione di salute e di attività utile e costruttiva.

Mentre, sono da pagare a parte le spese ,confermate pure quelle parzialmente dalla perizia del ctu dott. XXX ,parzialmente ,perche' ci dissociamo invece dalla valutazione del danno biologico .

Il danno biologico per noi risulta infatti **permanente** e non temporaneo (punto3) delle conclusioni, relativamente alla cervicalgia postraumatica :

da pubblicazioni scientifiche, rileviamo infatti che normalmente tale cervicalgia traumatica evolve nel tempo in piu' dolorose radicolopatie o plessopatie ,.

non potendo penso contestare il ctu tale nostra diagnosi, essendo stata valutata l'evoluzione delle stessa cervicalgia dal collega solo...."dall'esame obiettivo...omissis..."(come risulta da punto (4) delle conclusioni del ctu), ma non facendo ricorso come da protocollo, per personale valutazione, anche per esempio ad un esame elettromiografico piu' specifico, non risultante invece presente nella perizia .

Si confermano le richieste economiche precedenti anche relativamente agli esiti da cervicalgia, confermando le percentuali invalidanti in:

Esiti di trauma minore del collo con persistente rachialgia, limitazione antalgica dei movimenti del capo e con disturbi trofico-sensitivi radicolari 3%

ACUFENI PERMANENTI O SUBCONTINUI DI FORTE INTENSITA' ED INSORTI DA PIU' DI TRE ANNI 3%

Paragrafo 19 e 41 tabelle europee valutazione danno biologico

tecnicamente vorrei rimarcare che gli esiti di tale patologia (cervicalgia postraumatica) non sono così banali:
*“... il colpo di frusta o cervicalgia post traumatica è prevalentemente determinato dall’arrivo di una violenta spinta sul tronco che provoca un improvviso rovesciamento all’indietro del capo e che trascina con sé la colonna cervicale in una brusca estensione.

In termini biomeccanici, il collo rappresenta il **fulcro** su cui poggia la testa, che - in condizioni di quiete - mantiene la sua posizione eretta grazie all’azione equilibrata di muscoli posteriori, anteriori e laterali del collo, che ne assicurano una corretta postura ed un calibrato movimento.

A ciò va aggiunto che il rachide cervicale - a differenza degli altri segmenti colonnari - gode di ampie possibilità motorie e che l’escursione in flessione e in estensione di questo tratto di colonna ha un raggio d’azione assai ampio. Tuttavia, allorché il movimento di flesso-estensione viene esercitato in maniera rapida e violenta tutti gli elementi che assicurano la stabilità della colonna vengono sottoposti ad una sollecitazione abnorme, con eccessivo stiramento e **possibili lacerazioni dell’apparato muscolo-legamentoso.**

Nelle circostanze più gravi, gli stessi **corpi vertebrali** possono subire - per effetto della violenta sollecitazione e per il venir meno della contenzione legamentosa - una più o meno ampia dislocazione (disallineamento, sub-lussazione, lussazione) con temibili effetti compressivi sul midollo spinale contenuto in quel tratto di colonna. Fra l’altro, il danno che si provoca per effetto del colpo di frusta non è soltanto quello legato all’eccesso di estensione del rachide cervicale, ma anche quello indotto dalla brusca ed immediata risposta riflessa dovuta all’attivazione dei muscoli flessori che, con altrettanta violenza, tendono a far rimbalzare il capo da dietro in avanti. Va qui ricordato che i **legamenti** (rappresentati da fasce di un assai resistente tessuto fibroso, che hanno il compito di trattenere al loro posto i corpi vertebrali), sono quattro. Questo complesso apparato legamentoso è molto resistente e la sua capacità di contenzione può essere superata soltanto da traumi decisamente violenti. Quando si realizza il “colpo di frusta”, il capo viene proiettato violentemente indietro ed il legamento longitudinale anteriore viene fortemente stirato, come pure vengono sottoposti a stiramento i **muscoli** e i tendini della regione (in particolare, il muscolo sternocleidomastoideo, lo scaleno, il lungo del collo).

Nell’immediata fase successiva, quando il capo “rimbalza” in avanti con una brusca flessione della colonna cervicale, è il legamento longitudinale posteriore che - a sua volta - viene stirato.

A ciò va aggiunto che muscoli, tendini, capsule e legamenti della zona interessata dal “colpo di frusta” sono ricchi di minuscoli sensori destinati a raccogliere tutta una serie di **informazioni “propriocettive”**, quelle informazioni, cioè, che si rivelano di enorme importanza nel controllo tonico e posturale del capo e degli arti. Questi organelli sono simili a delle piccole centraline che, a seguito della brusca sollecitazione, “sparano” esuberanti segnali in merito alla condizione di stiramento e alla velocità di movimento angolare cui viene sottoposta la colonna e ciò si riverbera su tutta la muscolatura corporea, che viene indotta a modifiche tonico-posturali, alcune immediate e transitorie, altre destinate a protrarsi anche nel tempo.

La violenta scossa determinata dal “colpo di frusta” può indurre una sofferenza diretta sull’**apparato vestibolare** (peraltro ben collegato anche alle centraline propriocettive, di cui s’è appena parlato), per cui non è raro che insorga in questi soggetti una sintomatologia vertiginosa, più o meno imponente.

Inoltre, la brusca estensione della colonna (e l’eventuale dislocazione dei corpi vertebrali) può determinare una turbativa nel transito del sangue che viaggia all’interno delle **arterie vertebrali**. Queste ultime sono addette al trasporto di sangue destinato alle regioni posteriori del cervello, al tronco encefalico e al cervelletto, per cui un deficit di apporto ematico può rinforzare il disturbo vertiginoso di origine vestibolare e creare anche la presenza di disturbi

visivi (visto che nelle regioni posteriori del cervello sono ubicati i centri terminali della visione). La sintomatologia vertiginosa che insorge dopo colpo di frusta il più delle volte si manifesta solo a seguito dei movimenti del capo (**vertigini "posizionali"**). In questo caso il soggetto avverte una forte sensazione di capogiro e di instabilità, che compare subito dopo aver esercitato un'estensione del collo (come per guardare verso il soffitto) o dopo aver rivolto la testa da un lato. A differenza delle severe vertigini che accompagnano altre significative patologie labirintiche quelle che compaiono dopo colpo di frusta sono abitualmente di entità e durata decisamente meno evidenti e per tale motivo vengono definite come vertigini parossistiche posizionali "benigne". Queste forme sono anche denominate "**cupololitiasi**", poiché a seguito dell'evento traumatico si determina un distacco di alcuni cristalli di carbonato di calcio (otoliti) che abbandonano la loro fisiologica collocazione a livello del labirinto vestibolare (utrículo e sacco) e vanno a cadere nella cupola dei canali semicirculari, rendendo la cupola stessa assai sensibile ai vari spostamenti del capo. Il termine "litiasi", che è sinonimo di calcolosi, ci fa capire che questi microscopici sassolini (otoliti) sono andati a collocarsi a livello della cupola (cupololitiasi) e sono responsabili delle vertigini posizionali talora presenti dopo colpo di frusta.

Inoltre, la colonna cervicale contiene al suo interno (e cioè nel canale vertebrale) un importantissimo tessuto nervoso, il **midollo spinale**, dal quale si dipartono le **radici spinali** (che poi si prolungano nei **tronchi nervosi**). E' del tutto evidente che anche queste strutture nervose vengono coinvolte nell'anomalo movimento di flessione-estensione della colonna cervicale, con conseguenze che possono variare dal semplice stiramento radicolare sino alle ben più preoccupanti condizioni di sofferenza midollare.

Ad analoghe sollecitazioni abnormi vengono sottoposti i **dischi intervertebrali**, che rappresentano un delicato sistema di ammortizzatori posto fra una vertebra e l'altra. I dischi sono costituiti da una parte centrale, più morbida (detta "**nucleus pulposus**"), rappresentata da materiale gelatinoso per lo più costituito da acqua, proteoglicani e collagene, e da una parte esterna, molto resistente, che circonda ad anello il nucleo (detta "**anulus fibrosus**"). A seguito della violenta sollecitazione, il nucleus pulposus viene fortemente schiacciato e sospinto verso la periferia del disco e - se la spinta è decisamente forte - si può realizzare anche una condizione di **ernia del disco**, ovvero la fuoriuscita del nucleus attraverso un'apertura che si crea a seguito della lacerazione traumatica dell'anulus. Tutte le notazioni sin qui effettuate vanno ovviamente correlate ad altri importanti fattori (quali ad esempio l'età del soggetto, il sesso, la dinamica dell'incidente, la violenza dell'impatto, l'adozione o meno di misure protettive, la presenza di poggiatesta non idonei, ecc.) che possono accentuare o attenuare le conseguenze dell'evento. Infine, su tutta la sintomatologia che caratterizza il colpo di frusta incidono in maniera pesante le **connotazioni psicologiche** del soggetto e dette connotazioni sono responsabili, in misura tutt'altro che trascurabile, di quello spartiacque che colloca - da una parte - i soggetti che dopo aver accusato dolore e qualche danno motorio poi recuperano sino alla guarigione e - dall'altra - coloro che invece **cronicizzano il disagio derivante dalla sintomatologia avvertita e stentano a recuperare.**" *recensito da uno studio del prof Alberto Freddi Medico Chirurgo Specialista in Neurologia Specialista in Medicina Fisica e Riabilitazione.

in fede

dott D'Aleo Salvatore