

IL CONSENSO INFORMATO IN CHIRURGIA ORTOGNATICA PRECOCE

Tosi C, Dalessandri D*, Laffranchi L, Contini E, Bindi M, Delbon P, Conti A, Paganelli C.

Dipartimento di Specialità Medico-Chirurgiche, Scienze Radiologiche e Sanità Pubblica,
 Università degli Studi di Brescia, Brescia, Italia

Introduzione:

Negli ultimi anni si è assistito ad una evoluzione del trattamento chirurgico ortognatico in unico tempo a fine della crescita, per una valutazione costo/beneficio a favore di questa scelta confronto a ciò che si faceva in due tempi. In realtà l'autore ritiene che ci siano ancora casi che meritano una considerazione differente, perché la salute della persona non può prescindere dal benessere psicologico e sociale del soggetto e una grave deformità impedirebbe lo sviluppo funzionale, anatomico e complessivo del paziente.

Scopi:

Riferendosi a casi presentati in Tribunale in cui si è scelto questa seconda strada, si è voluto indagare come l'odontoiatria forense possa portare il suo contributo nell'informare correttamente il paziente sui vantaggi che il primo intervento può determinare nonostante sia plausibile che ci possa essere della recidiva e sia necessario re-intervenire a fine crescita.



Materiali e metodi:

Sono stati esaminati consensi informati ortodontici e pre-chirurgici focalizzando l'attenzione sui dubbi riferiti dai pazienti dopo aver ricevuta adeguata informazione, aver letto e compreso la procedura di richiesta del consenso. Si sono inserite in pubmed e goggle scholar le parole chiave: chirurgia ortodontica, chirurgia ortognatica, chirurgia precoce, consenso informato, odontoiatria forense, medicina legale, problemi legali. Le parole chiave odontoiatria forense e medicina legale hanno trovato maggiore corrispondenza per articoli legati agli esami bioptici e riconoscimento dei cadaveri, mentre utilizzando problemi legali abbinati al



Risultati:

E' stato messo in luce come l'impatto della malocclusione e del suo trattamento sulla qualità della vita legata alla salute orale venga percepita dai pazienti legata soprattutto all'aspetto estetico e accettazione sociale, piuttosto che alla funzione ed alla salute. I pazienti si rivolgono al dentista per un trattamento ortodontico prevalentemente per uno scopo socio-psicologico- emotivo, non aspettandosi ripercussioni sulla malocclusione e del relativo rischio del trattamento, per esempio, di sviluppare carie, malattie parodontali e disordini temporomandibolari. La maggior parte dei pazienti vuole conoscere, in fase di consenso informato, le maggiori complicanze dell'intervento, come cambia la qualità della vita, cosa comporta il non sottoporsi alla procedura, la gestione del decorso post-operatorio e gli effetti a lungo termine dell'intervento. Un numero significativo di pazienti vuole conoscere le opzioni alternative sugli effetti a breve termine per quanto riguarda il tempo libero o le relazioni personali, sugli effetti a lungo termine nel lavoro. Pochi pazienti sono invece vogliono apprendere i dettagli della procedura chirurgica, le complicanze minori e le tecniche di anestesia/analgesia/sedazione. Non si è trovata differenza significativa nei sessi, nell'età e nella professione dei pazienti che hanno risposto al sondaggio, mentre c'è differenza significativa rispetto all'educazione ricevuta.

La simulazione al computer del risultato del trattamento facilita la comunicazione creando meno incomprensioni, anche se può generare eccessive aspettative e maggiore ansia rispetto al decorso post-operatorio.

La maggior parte dei casi giudiziari è dovuta non solo ad un errore nel trattamento, ma soprattutto a un'incongrua gestione del contenzioso per un inadeguato comportamento del sanitario. La corretta compilazione e conservazione di accurata documentazione clinica, radiografica e consenso alla cura da parte del paziente, si rivela una base irrinunciabile per garantire l'eccellenza delle terapie e poi strumento fondamentale di autotutela del sanitario in caso di contenzioso, specialmente alla luce del moderno orientamento giurisprudenziale, che pone in capo al medico il pieno onere di provare, dimostrare di avere posto in essere ogni possibile accorgimento per agire secondo le regole dell'arte e in linea con i precetti classici della "non colpa professionale" (perizia, prudenza e diligenza).

Conclusioni:

Non esiste evidenza scientifica in relazione ad un consenso informato specificamente formulato in casi di rilevata necessita' di interventi di chirurgia ortognatica precoce, tranne che per i casi di labiopalatoschisi. Molto spesso il consenso informato viene presentato all'ultimo momento e mal spiegato, relegando la sua funzione a mera formalità, quando non viene addirittura sottoposto dal personale infermieristico senza una parola da parte del medico e chirurgo. In questo modo un trattamento precoce, che potrebbe rappresentare per il paziente la giusta terapia intermedia può essere travisato come inutile e biologicamente costoso, inducendo il paziente a chiederne il rimborso economico, se non correttamente informato che un ulteriore trattamento sarà senz'altro necessario. In questo senso sarebbe dovere dell'odontoiatra generico e dell'ortodontista ascoltare, rendere partecipe il paziente della programmazione del trattamento, verificare attentamente che il paziente abbia compreso l'importanza della malocclusione sulla qualità della vita, includendo in questa osservazione la funzione orale, l'aspetto estetico, l'accettazione sociale, il benessere psicologico ed emotivo. Se si accetta le premesse bioetiche e medico-legali, comprende che gli obiettivi del trattamento ortodontico e chirurgico devono essere definiti insieme dal medico e dal paziente, e che devono essere considerate con il paziente attentamente tutte le alternative. Solo dopo questa verifica dell'apprendimento dell'intero problema, la procedura del consenso informato si potrebbe definire completata con successo; oltre al vantaggio bioetico, sarebbe di grande beneficio anche dal punto di vista della gestione del rischio. Infatti è dimostrato che il successo del trattamento non può essere definito soltanto sulla base del risultato oggettivo clinico, ma anchee soprattutto nel contesto della percezione da parte del paziente.

Bibliografia:

- 1.Radice C., Maddalone M., Pellegrinelli M.- Profili di responsabilità professionale in ortodonzia: errori e complicanze- Dentista Moderno, febbraio 2012, 44-69.
- 2.Avrarova N., Yaneva K.- Patients' informed consent in dental practice in Bulgaria- OHDM, June 2011, Vol.10, No2, 80-86
- 3.Zhang M., McGrath C., Hagg U.- Patients' expectations and experiences of fixed orthodontic appliance therapy- Angle Orthodontist, 2007, Vol.77, No2, 318-321
- 4.Chate R.A.C.- An audit of the level of knowledge and understanding of informed consent amongst consultant orthodontist in England, Wales and Northern Ireland- British Dental Journal, December 2008, Vol.205, No12, 665-673
- 5.Beskow L.M., Burke W., Merz J.F., Barr P.A., Terry S., Penchaszadeh V.B., Gostin L.O., Gwinn M., Khoury M.J.- Informed consent for population-based research involving genetics - JAMA, November 2001, Vol.286, No18, 2315-2321
- 6.Phillips C., Broder H.L., Bennett M.E.- Dentofacial disharmony: motivations for seeking treatment- Int.J.Adult Orthodon Orthognath Surg., 1997, 12(1), 7-15
- 7.Williams A.C., Shah H., Sandy J.R., Travess H.C.- Patients' motivations for treatment and their experiences of orthodontic preparation for orthognathic surgery- Journal of orthodontics, 2005, Vol.32, 191-202
- 8.Baird J.F., Kiyak H.A.- The uninformed orthodontic patient and parent: treatment outcomes- American Journal of Orthodontics and dentofacial orthopedics, 2003, vol.124, No.2, 212-215
- 9.Lavelle-Jones C., Byrne D.J., Rice P., Cuschieri A.- factors affecting quality of informed consent- BMJ, 1993, Vol.306, 885-890
- 10.Phillips C.- Patient-centered outcomes in surgical and orthodontic treatment- Semin. Othod., December 1999, 5(4), 223-230
- 11.Ackerman J.L., Proffit W.R.- Communication in orthodontic treatment planning: bioethical and informed consent issues- The Angle orthodontist, 1995, Vol.65, No4, 253-261
- 12.Boffano P., Gallesio C., Garzaro M., Pecorari G.- Informed consent in orthognathic surgery- Craniomaxillofac Trauma Reconstr, June 2014, 7(2), 108-111
- 13.Kiyak H.A.- Does orthodontic treatment affect patients' quality of life?- Journal of dental education, August 2008, vol.72, No8, 886-894
- 14.Wakeel H.El., Taylor G.J., Tate J.J.T.- What do patients really want to know in an informed consent procedure? A questionnaire-based survey of patients in the Bath area, UK- J.Med Ethics, 2006, Vol.32, 612-616
- 15.Phillips C., Bailey L.T., Kiyak H.A., Bloomquist D.- Effects of a computerized treatment simulation on patient expectations for orthognathic surgery- Int.J. Adult Orthognathic Surg., 2001, 16(2), 87-98
- 16.Phillips C., Cannac C.- The influence of video imaging on patients' perceptions and expectations- The Angle Orthodontist, 1995, Vol.65, No 4, 263-270