



S.I.O.D.

SINDACATO ITALIANO ODONTOIATRIA
DEMOCRATICA

ADERENTE A  **FEDER
PROFESSIONI**
CONFERENZA GENERALE PROFESSIONISTI INTELLETTUALI

COMUNICAZIONE E RISK MANAGEMENT NEL DENTAL TEAM

Dispense di studio del Corso di aggiornamento per Dental Staff

Barcellona Pozzo di Gotto (ME) • 3 ottobre 2026

FIMA Formazione • Piazza Borsellino 8





**FORMAZIONE PER ASSISTENTI DI STUDIO
ODONTOIATRICO E PERSONALE SANITARIO**

 **3 OTTOBRE 2026**
SABATO

 **BARCELLONA P.G.**
FIMA FORMAZIONE
PIAZZA BORSELLINO 8

 08:00 – 13:00 **5 ore**

CONOSCI E ASCOLTA
Coinvolgimento e ascolto attivo
dei pazienti e dei familiari
Comunicazione • Negoziazione • Gestione dei conflitti

RELATORI
Roberto Castellaneta
Sofia Mezzasalma
Lucia Toscano
Francesco Romano

 **La
relazione
al centro
della cura**

 14:00 – 19:00 **5 ore**

**RISCHIO CLINICO
E SICUREZZA**
Rischio clinico, eventi avversi
e rischio occupazionale

RELATORI
Roberto Castellaneta
Rosaria Anna La Malfa
Giulio Leghissa
Emanuele Testa
Ermelinda Imburgia

 **Sicurezza
oggi
professionisti
domani**

**A cura di Francesco Romano
Segretario Generale SIOD**

Nota editoriale

Queste dispense rielaborano in forma discorsiva e didattica i contenuti presentati durante la giornata formativa SIOD del 3 ottobre 2026. Non sono una semplice raccolta di slide: ogni intervento è stato trasformato in un capitolo di studio, integrando i materiali dei relatori con riferimenti normativi e scientifici essenziali.

Il documento è destinato a odontoiatri, igienisti dentali, ASO, personale di front office e back office, responsabili di struttura e, più in generale, a tutti i componenti del Dental Team. Le informazioni cliniche e normative devono essere applicate nel rispetto della legislazione vigente, delle competenze professionali e delle procedure della singola struttura. I requisiti di autorizzazione e accreditamento possono variare tra Regioni e tipologie di struttura.

STRUTTURA DEL VOLUME

La giornata formativa è stata articolata in due corsi distinti: la mattina dedicata alla COMUNICAZIONE e alla relazione di cura; il pomeriggio dedicato al RISK MANAGEMENT, alla sicurezza clinica e al rischio occupazionale. Il volume mantiene la stessa sequenza didattica e lo stesso ordine dei relatori previsto dal programma ufficiale.

Indice

Sezione	Contenuto
Introduzione generale	Francesco Romano - Segretario Generale SIOD
PARTE I	Comunicazione: la relazione è parte della cura
1	Roberto Castellaneta - Introduzione alla comunicazione nel Dental Team
2	Sofia Mezzasalma - La relazione di cura, ascolto e gestione dei pazienti difficili
3	Lucia Toscano - Front office sanitario, telefono, negoziazione e reclami
4	Francesco Romano - La comunicazione nel percorso di cura
PARTE II	Risk Management: dal rischio alla cultura della sicurezza
5	Roberto Castellaneta - Introduzione al rischio e al ciclo di miglioramento
6	Rosaria Anna La Malfa - Risk management odontoiatrico e responsabilità organizzativa
7	Giulio Cesare Leghissa - Gestione del rischio nella pratica quotidiana

Sezione	Contenuto
8	Emanuele Testa - Prevenzione posturale e rischio occupazionale
Appendici	Checklist operative e riferimenti essenziali

Introduzione generale

Francesco Romano • Segretario Generale SIOD

La formazione del Dental Team non può più essere considerata un'attività accessoria o affidata alla sola buona volontà dei singoli. La qualità delle cure odontoiatriche dipende dalla competenza clinica, ma anche dall'organizzazione, dalla sicurezza dei processi, dalla capacità di comunicare e dalla possibilità di documentare che il personale sia stato informato, formato e addestrato in modo coerente con il proprio ruolo.

Il quadro italiano è oggi costruito su requisiti nazionali essenziali e su sistemi regionali di autorizzazione e accreditamento. Gli Organismi Tecnicamente Accreditanti (OTA) sono presenti nelle Regioni e operano secondo indirizzi condivisi a livello Stato-Regioni; manuali, checklist e modalità operative sono poi declinati nei diversi contesti regionali. Non esiste, quindi, un unico decreto identico in tutta Italia che imponga gli stessi corsi con la stessa periodicità, ma la direzione è comune: qualità, sicurezza, gestione del rischio, formazione del personale e disponibilità di evidenze documentali devono diventare parte ordinaria della gestione di una struttura sanitaria. (Intesa Stato-Regioni 19 febbraio 2015, Rep. Atti n. 32/CSR).

In Sicilia questo percorso è particolarmente leggibile nel D.A. 9 gennaio 2024, n. 20 e negli strumenti dell'OTA, tra cui il Manuale MAMB nella versione vigente. L'attenzione non si limita alla presenza formale di documenti: durante le verifiche vengono ricercate evidenze che dimostrino l'effettiva applicazione dei requisiti. Per uno studio o ambulatorio odontoiatrico ciò significa essere in grado di mostrare, quando applicabile, piani formativi, attestati, registri delle presenze, procedure, verbali di addestramento, aggiornamenti e documenti che rendano visibile la cultura organizzativa della struttura. (Regione Siciliana, D.A. n. 20/2024; Manuale MAMB 3.0).

In questa prospettiva il datore di lavoro, il direttore sanitario e, per gli aspetti di salute e sicurezza sul lavoro, l'RSPP devono poter ricostruire il percorso con cui il team è stato formato e aggiornato. Non si tratta di "accumulare carta": la documentazione è la traccia verificabile di un'organizzazione che ha definito responsabilità, identificato rischi e trasformato la formazione in comportamento quotidiano.

UN PUNTO DI METODO

Qualità e sicurezza non si dimostrano soltanto con un certificato finale. Una struttura matura sa mostrare il percorso: programma, docenti, presenze, obiettivi, eventuale verifica dell'apprendimento, addestramento pratico, procedure aggiornate e follow-up organizzativo.

Dalla salute orale alla salute generale

La giornata SIOD del 3 ottobre 2026 nasce però da una visione ancora più ampia. La Dichiarazione di Bangkok, adottata al primo Global Oral Health Meeting dell'Organizzazione Mondiale della Sanità nel novembre 2024, ha posto in modo netto la salute orale dentro la grande agenda delle malattie non trasmissibili, della copertura sanitaria universale e della salute pubblica. Il messaggio "No Health Without Oral Health" sintetizza una trasformazione culturale: la bocca non è un distretto separato, ma parte della persona e della sua salute complessiva. (WHO, Bangkok Declaration - No Health Without Oral Health, adottata nel 2024 e pubblicata nel 2025).

Per chi lavora in odontoiatria questo orientamento comporta una responsabilità nuova. L'odontoiatra, l'igienista, l'ASO e il personale che accoglie e segue il paziente non sono semplicemente esecutori di prestazioni. Sono attori di prevenzione, educazione sanitaria, intercettazione dei bisogni e continuità assistenziale. Devono saper riconoscere i fattori di rischio, raccogliere informazioni senza invadere, motivare il paziente, collaborare con altri professionisti e costruire un percorso comprensibile anche per i familiari.

Le Raccomandazioni cliniche in odontostomatologia del Ministero della Salute, pur risalendo al 2017, contengono nelle pagine iniziali un messaggio ancora attuale: la condivisione degli obiettivi e dei percorsi terapeutici può migliorare la comunicazione e la fiducia nel professionista e nel sistema delle cure. (Ministero della Salute, Raccomandazioni cliniche in odontostomatologia, 2017). È esattamente il punto da cui parte questo volume: comunicazione, organizzazione e sicurezza non sono appendici della terapia; sono parte del modo in cui la terapia viene resa possibile, compresa e mantenuta nel tempo.

Perché due corsi nella stessa giornata

La mattina è stata dedicata alla comunicazione: ascolto attivo, alleanza terapeutica, gestione dei conflitti, front office, consenso, relazione con pazienti e familiari. Il pomeriggio ha affrontato il risk management: eventi avversi e near miss, responsabilità, cultura della sicurezza, procedure, miglioramento continuo e rischio occupazionale. Sono due corsi distinti, ma costruiti come due facce dello stesso problema. La comunicazione inefficace genera rischio; un sistema di gestione del rischio che non comunica non viene realmente applicato.

La filosofia SIOD è stata quindi quella di mettere nella stessa aula figure diverse. Il Dental Team non è solo il gruppo clinico in senso stretto: comprende direzione sanitaria, odontoiatri, igienisti, ASO, front office, back office, gestione dei dati e, nelle strutture più organizzate,

figure che presidiano comunicazione digitale, qualità e flussi. Ciascuna ha un ruolo distinto, ma il paziente percepisce il sistema come un'esperienza unica.

TAKE HOME MESSAGE

- Formazione, qualità e sicurezza devono essere progettate come un unico sistema.
- Gli obblighi e le evidenze richieste cambiano con Regione, struttura e livello di complessità: servono verifica locale e tracciabilità.
- La salute orale è parte della salute generale e il Dental Team ha un ruolo crescente nella prevenzione e nell'educazione sanitaria.
- Comunicazione e risk management sono competenze di squadra, non prerogative di una sola figura.

Francesco Romano
Segretario Generale SIOD

PARTE 1

COMUNICAZIONE

Coinvolgimento e ascolto attivo dei pazienti e dei familiari, negoziazione e gestione dei conflitti







**FORMAZIONE PER ASSISTENTI DI STUDIO
ODONTOIATRICO E PERSONALE SANITARIO**


3 OTTOBRE 2026
 SABATO


BARCELLONA P.G.
 FIMA FORMAZIONE
 PIAZZA BORSELLINO 8


 08:00 - 13:00


5 ore

CONOSCI E ASCOLTA
 Coinvolgimento e ascolto attivo
 dei pazienti e dei familiari
 Comunicazione • Negoziazione • Gestione dei conflitti

RELATORI
 Roberto Castellaneta
 Sofia Mozzasina
 Lucia Toscano
 Francesco Romano


 La
 relazione
 al centro
 della cura


 14:00 - 19:00


5 ore

**RISCHIO CLINICO
E SICUREZZA**
 Rischio clinico, eventi avversi
 e rischio occupazionale

RELATORI
 Roberto Castellaneta
 Rosaria Anna La Malfa
 Giulio Leghissa
 Emanuele Testa
 Ermelinda Imburgia


 Sicurezza
 oggi
 professionisti
 domani

PARTE I • CAPITOLO 1

Roberto Castellaneta

Comunicazione: la relazione è parte della cura



Introduzione alla sessione mattutina e definizione degli obiettivi formativi.

OBIETTIVO DEL CAPITOLO

Comprendere perché la comunicazione debba essere trattata come una competenza professionale del Dental Team e non come una semplice qualità personale.

La relazione di cura comincia molto prima della poltrona. Il primo contatto può essere una telefonata, un messaggio, una mail, una richiesta di informazioni alla reception o la lettura di una pagina web. In ciascuno di questi momenti il paziente costruisce un'idea della struttura: affidabile o disordinata, disponibile o frettolosa, coerente o contraddittoria. La qualità percepita nasce quindi da una sequenza di micro-esperienze che precedono e accompagnano la prestazione clinica.

Parlare di comunicazione in odontoiatria non significa invitare il team a “essere gentile”. Significa lavorare su una competenza osservabile: saper accogliere, raccogliere informazioni, spiegare un percorso, gestire le aspettative, riconoscere emozioni e conflitti, verificare che il messaggio sia stato compreso. La comunicazione è efficace quando produce un esito: il paziente capisce, decide in modo consapevole, collabora e sa cosa fare dopo.

Dall'informazione all'alleanza terapeutica

L'alleanza terapeutica è la cornice entro cui il paziente smette di essere destinatario passivo e diventa parte attiva del progetto di cura. Questo non significa trasferire al paziente la responsabilità clinica, ma costruire un processo decisionale in cui diagnosi, alternative, limiti, tempi e obiettivi siano comprensibili. Quando il paziente comprende il senso di una proposta, l'aderenza aumenta e diminuisce la probabilità che ogni imprevisto venga letto come una promessa tradita.

Il Dental Team deve quindi condividere un linguaggio comune. Se il medico descrive un intervento come semplice e breve mentre la segreteria parla di una mezza giornata; se l'ASO minimizza un rischio che il consenso presenta come rilevante; se il front office promette tempi non concordati con il clinico, il paziente non percepisce ruoli diversi: percepisce incoerenza. La coerenza comunicativa è già risk management.

Ascoltare prima di rispondere

Ascolto attivo significa lasciare che il paziente formuli la propria agenda, riconoscere ciò che sta chiedendo davvero e verificare di aver compreso. In odontoiatria la domanda apparente può nascondere un bisogno differente: “quanto costa?” può significare paura di non potersi permettere la terapia; “quanto dura?” può esprimere ansia; “è proprio necessario?” può indicare sfiducia, esperienze negative precedenti o bisogno di una seconda spiegazione. Una risposta tecnicamente corretta ma data alla domanda sbagliata non risolve il problema.

Il corso ha volutamente coinvolto professionisti e personale amministrativo perché ogni ruolo partecipa alla relazione. L’obiettivo non è creare frasi standard rigide, ma allenare un metodo comune: ascoltare, chiarire, contestualizzare, proporre e riepilogare. Le parole cambiano da persona a persona; il metodo deve restare riconoscibile.

Il conflitto come informazione

Il conflitto non è sempre un fallimento. Può essere il segnale di un disallineamento tra aspettative e realtà, di un’informazione incompleta, di una promessa implicita, di una procedura organizzativa che non funziona o di un bisogno che nessuno ha ancora esplicitato. Per questo un reclamo ben gestito può diventare uno strumento di miglioramento: prima di difendersi, il team deve capire che cosa è accaduto e quale parte del processo va corretta.

TAKE HOME MESSAGE

- La comunicazione è parte del percorso di cura e coinvolge ogni ruolo del team.
- Ascoltare non significa essere passivi: significa raccogliere l’agenda prima di guidare il colloquio.
- Coerenza tra clinica, front office e ASO riduce incomprensioni e rischio.
- Il conflitto può diventare una fonte di informazione per migliorare il processo.

Fonte primaria del capitolo: Roberto Castellaneta, “Comunicazione: la relazione è parte della cura”, introduzione al Corso SIOD, 3 ottobre 2026.

PARTE I • CAPITOLO 2

Sofia Mezzasalma

La relazione di cura: ascolto, alleanza terapeutica e gestione dei pazienti difficili



Dalla parola come strumento clinico alla comunicazione delle informazioni complesse.

OBIETTIVO DEL CAPITOLO

Sviluppare una lettura psicologica della relazione odontoiatrica e acquisire strumenti per comunicare con pazienti ansiosi, oppositivi o difficili senza perdere il confine professionale.

La relazione di cura si costruisce attraverso tre elementi che la medicina conosce da secoli: il contatto, il rimedio e la parola. In odontoiatria la parola ha un peso particolare perché il paziente sperimenta frequentemente vulnerabilità, perdita di controllo, paura del dolore e difficoltà a parlare durante la prestazione. Il modo in cui il team prepara, spiega e accompagna la procedura modifica quindi l'esperienza della cura e, spesso, la disponibilità del paziente a seguirla nel tempo.

La relazione moderna tende a superare il modello puramente direttivo. Il professionista mantiene la responsabilità clinica, ma costruisce con il paziente un progetto terapeutico condiviso. L'alleanza non richiede di assecondare ogni richiesta: richiede di rendere trasparenti obiettivi, limiti, alternative e priorità. È proprio la chiarezza dei confini a rendere possibile una partecipazione autentica.

I cinque assiomi della comunicazione

La pragmatica della comunicazione umana descritta dalla scuola di Palo Alto offre una chiave molto utile anche in studio odontoiatrico. Il primo principio è che non si può non comunicare: silenzio, postura, attesa, fretta e sguardo trasmettono comunque un messaggio. Il secondo ricorda che ogni comunicazione ha un contenuto e una relazione: la frase “apra la bocca” può essere identica nelle parole ma completamente diversa nel tono e nel significato relazionale. Gli altri assiomi riguardano la “punteggiatura” degli scambi, la combinazione di verbale e non verbale e la natura simmetrica o complementare delle relazioni. (Watzlawick, Beavin Bavelas e Jackson, 1967).

Formulati da Paul Watzlawick e dai suoi colleghi della scuola di Palo Alto nel 1967, descrivono le **proprietà fondamentali** della comunicazione:

- Non si può non comunicare
- Ogni comunicazione ha un aspetto di contenuto e uno di relazione
- La natura della relazione dipende dalla punteggiatura di comunicazione tra i comunicanti
- Gli esseri umani comunicano sia con il modulo numerico (verbale/digitale) sia con quello analogico (non verbale)
- Tutti gli scambi di comunicazione sono simmetrici o complementari, a seconda che siano basati sull'uguaglianza o sulla differenza



Figura 1. I cinque assiomi della comunicazione nella presentazione della Dott.ssa Mezzasalma.

In pratica, il team deve imparare a osservare la congruenza tra ciò che il paziente dice e ciò che mostra. Un “va tutto bene” pronunciato con spalle rigide, mani serrate e sguardo sfuggente merita una domanda in più. Allo stesso modo, una spiegazione corretta ma data con tono impaziente può essere percepita come rifiuto. La relazione non dipende solo dal contenuto informativo, ma dal significato che il paziente attribuisce all’interazione.

Ansia, odontofobia e pazienti difficili

L’ansia odontoiatrica può andare da una normale apprensione fino a forme intense di paura e comportamento di evitamento. Un paziente che ha rimandato per anni può presentarsi con vergogna, timore del giudizio e necessità di controllo. In questi casi minimizzare (“non si preoccupi”) è spesso controproducente. È più utile riconoscere l’emozione, spiegare i passaggi, concordare un segnale di stop, ridurre gli stimoli sensoriali inutili e mantenere un tono stabile.

Alcuni pazienti manifestano modalità relazionali che rendono la gestione più complessa: richieste ripetute di rassicurazione, impulsività, bisogno di controllo, sospettosità, lamentele costanti o aspettative irrealistiche. Il compito del team non è formulare diagnosi psicologiche o psichiatriche, ma riconoscere pattern relazionali che richiedono più struttura. Definire limiti, mantenere coerenza tra operatori, documentare le informazioni e non entrare in escalation emotive sono strategie di protezione sia per il paziente sia per la struttura.

Comunicare informazioni difficili

Quando l’odontoiatra deve comunicare una diagnosi rilevante o proporre un invio per una lesione sospetta, il contenuto clinico e la modalità di comunicazione sono inseparabili. Un modello utile è il protocollo SPIKES: preparare il setting, comprendere che cosa il paziente sa, chiedere quanto desidera sapere, fornire informazioni chiare, accogliere le emozioni e concludere con una sintesi e un piano condiviso. (Baile et al., 2000).

Un protocollo progettato per comunicare cattive notizie al malato (di cancro) è quello di Baile e Buckman (2000), denominato **SPIKES** (acronimo formato dalle lettere iniziali dei sei passi fondamentali che lo compongono).

S = Setting up (**prepara** il setting)
P = Perception (**valuta** cosa il paziente sa)
I = Invitation (**chiedi** quanto vuole sapere)
K = Knowledge (**dai** le informazioni con chiarezza)
E = Emotions (**accogli** le emozioni)
S = Summary (**riassumi e pianifica** insieme al pz)

Figura 2. Il protocollo SPIKES come traccia per strutturare la comunicazione di informazioni difficili.

Il principio più importante è evitare di “scaricare” una quantità di informazioni in un unico momento. Le informazioni devono essere offerte a piccole dosi, verificate e collegate a un piano. Il paziente ha bisogno di sapere non solo che cosa è stato trovato, ma che cosa accadrà dopo, chi contattare, quali tempi attendersi e quale ruolo può avere un familiare o una persona di fiducia.

TAKE HOME MESSAGE

- La parola è uno strumento clinico: può aumentare o ridurre ansia, fiducia e aderenza.
- Non si può non comunicare: comportamento, tono e postura fanno parte del messaggio.
- Con i pazienti difficili servono empatia e confini, non improvvisazione.
- Le informazioni complesse vanno preparate, dosate, verificate e concluse con un piano.

Fonte primaria del capitolo: Sofia Mezzasalma, “La relazione di cura”, materiali del Corso SIOD, 3 ottobre 2026.

PARTE I • CAPITOLO 3

Lucia Toscano

Comunicazione nel front office sanitario: telefono, negoziazione e reclami



Il front office come snodo clinico-organizzativo della relazione con il paziente.

OBIETTIVO DEL CAPITOLO

Trasformare il front office da semplice funzione amministrativa a presidio di accoglienza, continuità, coerenza comunicativa e prevenzione dei conflitti.

Il front office è il primo punto di contatto tra paziente e struttura. Accoglienza, telefonate, appuntamenti, preventivi, richieste, documenti e reclami sembrano attività amministrative, ma in realtà costruiscono la percezione di affidabilità dello studio. Il paziente non separa nettamente l'esperienza clinica da quella organizzativa: una prestazione eccellente può essere indebolita da informazioni contraddittorie, attese non spiegate o risposte brusche.

Per questo il personale di front office deve possedere competenze relazionali oltre a quelle organizzative. Ascolto, chiarezza, autocontrollo, riservatezza, problem solving e capacità di lavorare in squadra sono elementi professionali. Il front office è il ponte tra il paziente e il sistema interno: deve sapere cosa può risolvere, cosa deve verificare e quando è necessario coinvolgere il clinico.

La telefonata: il primo vero “ingresso” nello studio

Al telefono mancano molte informazioni non verbali. Il tono, il ritmo e la scelta delle parole diventano quindi determinanti. Una risposta professionale identifica lo studio e l'operatore, offre aiuto e apre lo spazio alla richiesta. “Buongiorno, Studio..., sono Lucia, come posso aiutarla?” è più efficace di “Pronto?” o “Dica”, perché dà subito un contesto e trasmette disponibilità.

Gestire bene una telefonata significa seguire una sequenza semplice: accogliere, ascoltare, comprendere, rispondere, concordare, riepilogare e concludere. Riepilogare è particolarmente importante per appuntamenti, preparazioni preoperatorie e indicazioni logistiche: riduce gli errori e crea una memoria condivisa di ciò che è stato concordato.

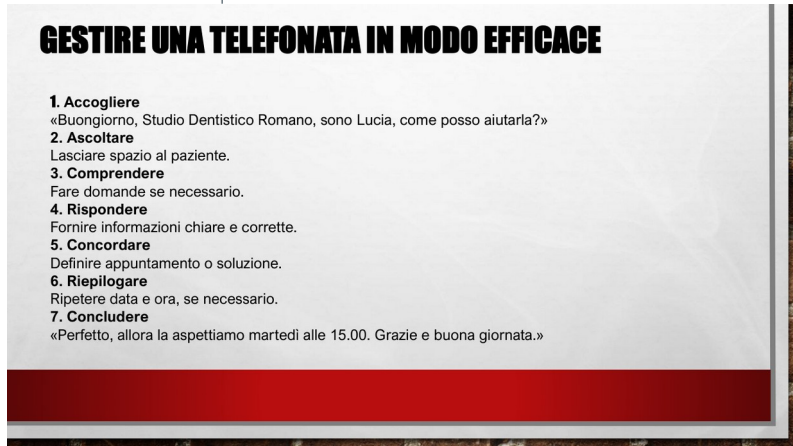


Figura 3. Sequenza operativa per la gestione efficace di una telefonata.

Negoziare senza “cedere”

Nel front office la negoziazione riguarda orari, urgenze, spostamenti, tempi di attesa, modalità di pagamento e molti altri aspetti. Negoziare non significa dare sempre ragione al paziente. Significa capire qual è il bisogno sottostante e cercare una soluzione compatibile con i vincoli clinici e organizzativi. Un “non posso” può diventare “non posso fare esattamente questo, ma posso proporle queste alternative”.

Le obiezioni possono essere lette attraverso alcune aree ricorrenti. L’area della fiducia emerge quando il paziente percepisce incoerenze; l’area della necessità riguarda la priorità attribuita a un problema; l’area dell’urgenza riguarda tempi e sequenze; l’area della possibilità riguarda limiti economici o organizzativi. La risposta efficace non è automatica: richiede domande, riformulazione e un dialogo che chiarisca cosa può essere modificato e cosa, per ragioni cliniche, deve rimanere invariato.

Il front office e il consenso: coerenza senza sconfinamenti

Una delle aree più delicate è la richiesta di spiegazioni cliniche. Il personale può aiutare a rendere comprensibili informazioni già fornite dal medico, ma non deve fare diagnosi, promettere risultati o modificare indicazioni cliniche. La regola è la coerenza: riformulare e semplificare senza inventare, chiedere al medico in caso di dubbio, non banalizzare i rischi. Il fatto che il paziente chieda chiarimenti all’ASO o alla segreteria non significa che il consenso informato sia delegabile.

La legge italiana ricorda che il tempo della comunicazione tra medico e paziente costituisce tempo di cura. (Legge 22 dicembre 2017, n. 219, art. 1, comma 8). Questo principio deve riflettersi anche sull’organizzazione: il paziente ha bisogno di spazi e passaggi nei quali possa fare domande senza percepire fretta, ma ogni ruolo deve restare dentro il proprio perimetro professionale.

Gestire un reclamo

Il reclamo è una manifestazione di insoddisfazione. Può riguardare attese, appuntamenti, costi, comunicazione o servizio. La prima reazione dell'operatore non dovrebbe essere difendersi, ma ricostruire i fatti. Un metodo utile segue sei passaggi: ascoltare, comprendere, riconoscere il disagio, verificare, proporre e concludere. Riconoscere il disagio non significa ammettere automaticamente una responsabilità: significa mostrare che la situazione è stata compresa e che verrà gestita.

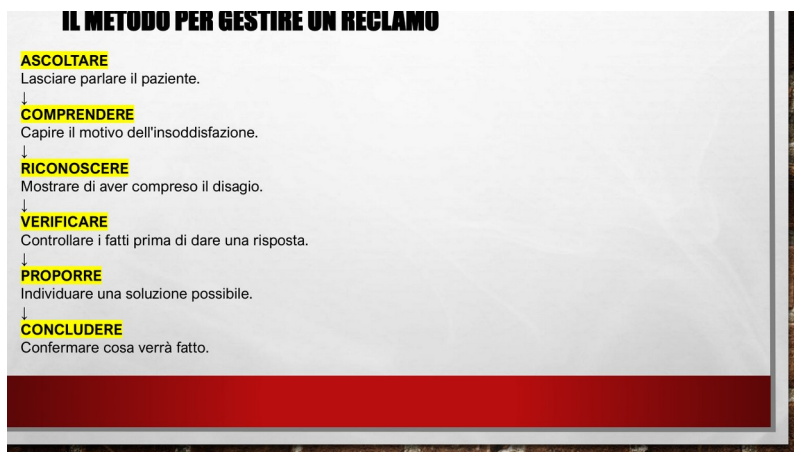


Figura 4. Metodo operativo per la gestione di un reclamo.

TAKE HOME MESSAGE

- Il front office è parte dell'esperienza di cura e della reputazione clinico-organizzativa.
- Al telefono: accogliere, ascoltare, comprendere, rispondere, concordare, riepilogare.
- Negoziare significa trovare un accordo realistico, non “vincere” sul paziente.
- Il personale non deve improvvisare risposte cliniche: coerenza e limiti di ruolo sono elementi di sicurezza.
- Un reclamo ben gestito può diventare una fonte di miglioramento.

Fonte primaria del capitolo: Lucia Toscano, “Comunicazione nel front office sanitario, gestione telefonica, negoziazione e gestione dei reclami”, Corso SIOD, 3 ottobre 2026.

PARTE I • CAPITOLO 4

Francesco Romano

La comunicazione nel percorso di cura



Coinvolgimento di pazienti e familiari, errori comunicativi frequenti e cultura condivisa del Dental Team.

OBIETTIVO DEL CAPITOLO

Integrare comunicazione clinica, organizzazione del team, consenso e follow-up in un unico percorso di cura leggibile dal paziente.

Il paziente entra in studio con un problema odontoiatrico, ma porta con sé una persona intera: storia medica, abitudini, paure, lavoro, famiglia, aspettative e fattori di rischio. Il nuovo paradigma della salute orale ci invita a guardare oltre il singolo dente. La comunicazione è lo strumento che permette di raccogliere informazioni, restituire significato e collegare la terapia odontoiatrica alla salute generale.

Dalla prestazione alla presa in carico

La Dichiarazione di Bangkok e il Global Oral Health Action Plan spingono verso un'odontoiatria integrata nella prevenzione delle malattie non trasmissibili e nella copertura sanitaria universale. Per il singolo ambulatorio questo significa soprattutto aumentare la qualità dell'anamnesi, riconoscere fattori di rischio, utilizzare il colloquio per promuovere comportamenti salutari e, quando necessario, attivare invii e percorsi condivisi. Non è necessario trasformare l'odontoiatra in medico di medicina generale: è necessario che il team riconosca la connessione tra salute orale e salute complessiva.

Anche le domande più delicate possono essere formulate in modo rispettoso se se ne esplicita il senso clinico. “Le faccio questa domanda perché...” trasforma una curiosità apparente in un atto di cura. Lavoro, turni, stress, esposizioni professionali, fumo, sonno e fragilità sociale possono essere rilevanti; il paziente deve capire perché stiamo chiedendo.

Il Dental Team esteso

Lo studio di successo non è la somma di professionisti che lavorano uno accanto all'altro. È un sistema in cui ruoli distinti condividono metodo e linguaggio. Direzione sanitaria, odontoiatri,

igienisti, ASO, front office e back office hanno responsabilità diverse. Nelle strutture più complesse possono essere presenti anche social media manager, webmaster, clinical data manager e figure di coordinamento dei flussi. Questi ruoli non devono essere confusi dentro un generico “front office”: vanno riconosciuti e collegati da procedure comuni.

L'idea del dentista “one-man-band”, capace di fare tutto da solo, è ancora culturalmente presente. Ma più lo studio cresce, più la sicurezza dipende da deleghe corrette, ruoli chiari e comunicazione interna. Il paziente avverte il clima: percepisce se il team è coeso, se i colleghi si rispettano, se le informazioni sono allineate e se qualcuno sta cercando di scaricare sugli altri un problema.

Ascolto: il tempo iniziale è un investimento

Gli studi classici sulla comunicazione medico-paziente hanno mostrato quanto spesso l'agenda iniziale venga interrotta precocemente. Nello studio di Marvel e colleghi del 1999 l'interruzione avveniva mediamente dopo circa 23 secondi. Il dato non va trasformato in un feticcio, ma in una regola pratica: prima di guidare il colloquio, lasciare al paziente il tempo di completare il motivo della visita e chiedere se c'è altro che ritiene importante. (Marvel et al., JAMA, 1999).

Ascoltare non significa rinunciare alla leadership clinica. Significa alternare guida e ascolto. Prima si accoglie il racconto, poi lo si riflette e lo si verifica, infine si porta il colloquio verso diagnosi, piano di cura e consenso. Una leadership che interrompe troppo presto perde informazioni; una leadership che non guida mai lascia il paziente senza struttura.

Consenso, istruzioni e follow-up

Il consenso informato non è un modulo ma una conversazione clinica personalizzata, poi documentata. Benefici, alternative, rischi rilevanti e aspettative devono essere collegati al caso. Le istruzioni postoperatorie, invece, dovrebbero essere sempre scritte, semplici e coerenti con quanto spiegato a voce. Nel momento della dimissione il paziente può essere stanco, ansioso o ancora influenzato dall'esperienza appena vissuta: affidarsi solo alla memoria è un errore organizzativo.

Il follow-up è comunicazione e sicurezza. Un recapito chiaro per dubbi e urgenze e una telefonata mirata dopo procedure importanti possono ridurre ansia, intercettare precocemente problemi e rafforzare la continuità. Anche qui la tecnologia aiuta, ma non sostituisce il giudizio: messaggi automatici, telecamere intraorali, CBCT, scanner e AI diventano realmente utili quando vengono tradotti in significato comprensibile per il paziente.

La comunicazione si studia

Carlo Guastamacchia ricordava provocatoriamente che esistono corsi e specializzazioni per ortodonzia, chirurgia ed endodonzia, mentre la comunicazione è stata a lungo lasciata

all'intuito del singolo. Proprio per questo va insegnata, allenata e verificata. Nel nostro Centro, ad esempio, programmiamo periodicamente formazione interna con Fabio Tosolin e con l'approccio dell'analisi comportamentale applicata alle organizzazioni: non per "imparare frasi", ma per osservare comportamenti, feedback, procedure e risultati.

La maturità professionale richiede tempo. Giovani odontoiatri e igienisti possono avere ottime competenze tecniche, ma diventare professionisti solidi significa imparare a lavorare con altri, accettare tutoraggio, conoscere i propri limiti e costruire esperienza nel tempo. L'umiltà è un acceleratore di crescita, non un segnale di debolezza.

TAKE HOME MESSAGE

- Il percorso di cura comincia prima della poltrona e continua dopo la dimissione.
- Il Dental Team esteso comprende ruoli clinici, organizzativi e digitali distinti ma coordinati.
- Ascolto e leadership devono alternarsi: prima raccogliere l'agenda, poi guidare.
- Consenso, istruzioni scritte e follow-up sono strumenti di sicurezza oltre che di comunicazione.
- La comunicazione è una competenza da studiare, allenare e misurare.

Fonte primaria del capitolo: Francesco Romano, "La comunicazione nel percorso di cura", Corso SIOD, 3 ottobre 2026.

PARTE 2

RISK MANAGEMENT

Rischio clinico, eventi avversi, rischio occupazionale e cultura della sicurezza







**FORMAZIONE PER ASSISTENTI DI STUDIO
ODONTOIATRICO E PERSONALE SANITARIO**


3 OTTOBRE 2026
 SABATO


BARCELLONA P.G.
 FIMA FORMAZIONE
 PIAZZA BORSELLINO 8


 08:00 - 13:00


5 ore

CONOSCI E ASCOLTA
 Coinvolgimento e ascolto attivo
 dei pazienti e dei familiari
 Comunicazione • Negoziazione • Gestione dei conflitti

RELATORI
 Roberto Castellaneta
 Sofia Mezzasalma
 Lucia Toscano
 Francesco Romano


 La
 relazione
 al centro
 della cura


 14:00 - 19:00


5 ore

**RISCHIO CLINICO
E SICUREZZA**
 Rischio clinico, eventi avversi
 e rischio occupazionale

RELATORI
 Roberto Castellaneta
 Rosaria Anna La Malfa
 Giulio Leghissa
 Emanuele Testa
 Emelinda Imburgia


 Sicurezza
 oggi
 professionisti
 domani

PARTE II • CAPITOLO 5

Roberto Castellaneta

Risk Management: dal rischio alla cultura della sicurezza



Introduzione alla sessione pomeridiana, concetti di rischio e logica del miglioramento continuo.

OBIETTIVO DEL CAPITOLO

Comprendere il passaggio dalla ricerca del colpevole alla progettazione di sistemi capaci di prevenire, intercettare e imparare dagli errori.

Il rischio zero non esiste. Qualunque sistema sanitario contiene variabilità, complessità, fattori umani, tecnologie e processi che possono generare deviazioni. L'obiettivo del risk management non è promettere l'assenza totale di errore, ma costruire un sistema che renda meno probabile l'evento, più precoce la sua intercettazione e più efficace l'apprendimento dopo un near miss o un evento avverso.

Questo cambio di prospettiva è decisivo. Se ogni errore viene trattato solo come colpa individuale, il personale tende a nascondere; se invece l'organizzazione ricerca cause, condizioni favorevoli e barriere mancanti, l'errore diventa informazione. Una cultura della sicurezza non elimina la responsabilità professionale, ma evita di ridurre problemi complessi a una sola persona quando il processo è stato progettato male.

Rischio, evento avverso e near miss

Per lavorare in modo ordinato occorre distinguere i concetti. Il rischio è la possibilità che un evento produca un danno o un esito indesiderato. L'evento avverso è un danno associato al processo assistenziale. Il near miss è una situazione che avrebbe potuto produrre un danno ma è stata intercettata in tempo. Proprio perché non ha causato conseguenze, il near miss è una preziosa finestra di apprendimento: consente di correggere il sistema prima che lo stesso meccanismo generi un evento reale.

Il risk management comprende anche la sicurezza degli operatori e l'organizzazione del lavoro. In odontoiatria questo significa, tra l'altro, gestione di emergenze, dispositivi medici, farmaci, sterilizzazione, radioprotezione, ergonomia, movimentazione, esposizioni biologiche e chimiche, ma anche comunicazione, turni, stanchezza, procedure e addestramento.

Il ciclo PDCA come metodo

Il miglioramento continuo può essere organizzato con il ciclo Plan-Do-Check-Act. PLAN: identificare un problema concreto e definire l'obiettivo. DO: sperimentare una soluzione, preferibilmente su scala controllata, formando il personale coinvolto. CHECK: misurare i risultati e raccogliere feedback. ACT: correggere ciò che non ha funzionato o standardizzare ciò che ha funzionato. Il ciclo riparte da un nuovo livello di consapevolezza.

La forza del PDCA è che impedisce di confondere l'intenzione con il risultato. “Abbiamo fatto un corso” non significa automaticamente “abbiamo migliorato il comportamento”. Occorre chiedersi: che cosa volevamo cambiare? come lo misuriamo? che cosa è accaduto? quali criticità sono emerse? quale procedura aggiorniamo?

TAKE HOME MESSAGE

- Il rischio zero non esiste: esiste la capacità di gestire il rischio.
- Near miss ed errori devono produrre apprendimento, non silenzio.
- La sicurezza riguarda paziente, operatori e organizzazione.
- Il PDCA trasforma problemi e formazione in miglioramento misurabile.

Fonte primaria del capitolo: Roberto Castellaneta, “Risk Management: dal rischio alla cultura della sicurezza”, introduzione al Corso SIOD, 3 ottobre 2026.

PARTE II • CAPITOLO 6

Rosaria Anna La Malfa

Risk management odontoiatrico: rischio clinico, responsabilità e gestione organizzativa



Dalla sicurezza delle cure alla costruzione di procedure, team e indicatori di miglioramento.

OBIETTIVO DEL CAPITOLO

Leggere il risk management come sistema organizzativo: ruoli, comunicazione, tracciabilità, indicatori e miglioramento continuo.

La sicurezza delle cure non è un progetto parallelo alla clinica: è una componente del diritto alla salute. La Legge 8 marzo 2017, n. 24, nota come Gelli-Bianco, colloca la prevenzione e la gestione del rischio tra gli elementi strutturali dell'assistenza e richiama il coinvolgimento del personale che opera nelle strutture sanitarie. (Legge 8 marzo 2017, n. 24). In odontoiatria questo principio obbliga a guardare oltre l'errore tecnico e a valutare anche processi, comunicazione, organizzazione e documentazione.

Un risk management efficace identifica i rischi, li valuta, stabilisce priorità e introduce barriere. L'obiettivo è ridurre eventi avversi e contenere le conseguenze cliniche, economiche e reputazionali quando un problema si verifica. Una struttura ben organizzata non reagisce solo dopo l'evento: costruisce sistemi che rendono più difficile sbagliare e più facile accorgersi di una deviazione.

Near miss: il valore del quasi errore

Il near miss è un errore o una deviazione che avrebbe potuto provocare danno, ma viene intercettata prima. Il suo valore è enorme perché consente di studiare il meccanismo senza che il paziente abbia subito conseguenze. Se il team teme sanzioni o giudizi, tenderà a non segnalare. La cultura della sicurezza richiede invece un contesto in cui la segnalazione sia trattata come informazione da analizzare, mantenendo naturalmente ferme le responsabilità nei casi di condotte gravemente inappropriate.

il Near Miss: errore che avrebbe potuto causare danno al paziente

Un **nearmiss** è un evento che avrebbe potuto danneggiare il paziente, ma che è stato intercettato prima che il danno si verificasse. È una finestra preziosa per migliorare i processi, *senza attribuire colpe*.

Evento Avverso

Il danno è già avvenuto. Si analizza per rimediare.

Near Miss

Il danno è stato evitato. Si analizza per imparare.



Figura 5. Evento avverso e near miss: due momenti diversi dello stesso sistema di apprendimento.

Dal paternalismo alla partnership

La gestione del rischio passa anche dal rapporto con il paziente. Un modello centrato esclusivamente sul professionista riduce il paziente a destinatario di decisioni. Una partnership ben costruita, invece, rende espliciti benefici, alternative, limiti e preferenze. Il paziente non deve essere sovraccaricato di informazioni, ma coinvolto nelle decisioni chiave. La condivisione riduce aspettative irrealistiche e rende più trasparente il rapporto tra evidenze cliniche, esperienza professionale e valori individuali.

Ruoli e accountability

Un team sicuro sa chi fa cosa. Odontoiatri, igienisti, ASO, segreteria e paziente stesso contribuiscono al percorso con responsabilità diverse. Le “zone d’ombra” organizzative sono pericolose: quando una consegna non ha un proprietario, una verifica non è assegnata o tutti presumono che se ne occupi qualcun altro, il rischio aumenta. La chiarezza delle responsabilità non serve a distribuire colpe, ma a rendere il processo controllabile.

La comunicazione interna è quindi una vera barriera di sicurezza. Briefing mattutini, condivisione dei casi complessi, procedure scritte, passaggi di consegne e feedback periodici riducono errori da omissione. La comunicazione esterna ha lo stesso valore: spiegazioni semplici, consenso informato, follow-up e coerenza del messaggio riducono incomprensioni e conflitti.

PDCA, obiettivi SMART e SOP

Il ciclo PDCA consente di trasformare un problema generico in un progetto. Un obiettivo deve essere specifico, misurabile, realistico, rilevante e definito nel tempo. Esempi odontoiatrici sono la riduzione dei no-show, il miglioramento dell’accettazione dei piani di cura o la riduzione delle rotture di stock. La fase DO deve essere pilota; la fase CHECK deve usare dati reali; la fase ACT consolida il nuovo standard in una procedura operativa standard (SOP) e nella formazione dei nuovi membri del team.

Cos'è il Ciclo PDCA?

Un metodo iterativo per osservare,
correggere e consolidare



Figura 6. Il ciclo PDCA: Plan, Do, Check, Act come metodo di miglioramento continuo.

Una procedura non deve essere un documento morto. Deve descrivere attività realmente eseguite, essere accessibile, aggiornata, conosciuta e verificata. La qualità diventa stabile quando lo studio dipende da procedure condivise e non dalla memoria o dalla disponibilità occasionale del singolo.

TAKE HOME MESSAGE

- La sicurezza delle cure è un diritto e richiede un sistema di prevenzione del rischio.
- Il near miss è un'occasione di apprendimento da proteggere e analizzare.
- Ruoli chiari, briefing, procedure e feedback sono barriere organizzative.
- Misurare con KPI e standardizzare con SOP rende il miglioramento ripetibile.

Fonte primaria del capitolo: Rosaria Anna La Malfa, "Risk Management odontoiatrico", materiali del Corso SIOD, 3 ottobre 2026.

PARTE II • CAPITOLO 7

Giulio Cesare Leghissa

Gestione del rischio nella pratica quotidiana



Formazione del team, comunicazione, procedure e presa in carico come strumenti quotidiani di sicurezza.

OBIETTIVO DEL CAPITOLO

Portare il risk management fuori dai documenti e dentro i comportamenti ripetuti del team: formazione, organizzazione, comunicazione e follow-up.

Il risk management quotidiano parte da un presupposto realistico: nei sistemi complessi errori e incidenti non sono completamente eliminabili. La risposta efficace non è cercare sempre un colpevole, ma capire perché il sistema ha consentito che l'errore avvenisse. Questo non cancella la responsabilità individuale; amplia l'analisi a strumenti, conoscenze, abilità sociali, motivazione, carichi di lavoro e organizzazione.

Quando una prestazione non migliora, prima di concludere che “la persona non è adatta” occorre chiedersi se esistano materiali e strumenti adeguati, regole chiare e formazione sufficiente. Le cause possono essere legate a conoscenze, abilità relazionali o motivazione. Il compito del management è mettere le persone nelle condizioni di raggiungere gli obiettivi con convinzione.

Formare e addestrare prima di agire

Ogni nuovo strumento, macchinario o procedura richiede formazione e addestramento. Conoscere una regola non significa saperla applicare sotto pressione. La simulazione e la prova pratica servono a trasformare un'informazione in comportamento. Questo principio è particolarmente importante nelle emergenze mediche, nella sterilizzazione, nell'uso di dispositivi complessi e in tutte le attività in cui una sequenza errata può produrre danno.

Il rischio aumenta quando l'organizzazione confida nella memoria. Procedure, etichette, disposizione dei materiali, checklist e segnali devono rendere facile fare la cosa giusta e difficile fare la cosa sbagliata. La buona progettazione del sistema riduce la dipendenza dall'eroismo o dall'esperienza individuale.

La comunicazione è sicurezza

Comunicare in modo chiaro, semplice e sintetico è una regola di sicurezza. Un appuntamento comunicato solo con data e ora può essere incompleto: possono mancare giorno della settimana, prestazione, durata, operatore o preparazione. Le ambiguità generano errori organizzativi e possono diventare rischi clinici quando riguardano farmaci, istruzioni o preparazioni preoperatorie.

La letteratura ha documentato criticità comunicative anche in contesti ad alta intensità assistenziale, come la sala operatoria. In odontoiatria la lezione è trasferibile: informazioni incomplete tra medico, ASO, segreteria e paziente possono contribuire a deviazioni e incomprensioni. Il tempo è una risorsa critica: non si può comprimere indefinitamente, si può solo organizzare meglio.

Il primo contatto e l'alleanza

La sicurezza non comincia in sala operativa. Inizia dalla prima telefonata, dalla raccolta corretta dei dati, dal reminder, dalla preparazione del paziente e dall'accoglienza. La segreteria e l'ASO entrano nell'alleanza terapeutica perché accompagnano il paziente e mantengono il filo della cura. Precisione non significa freddezza: una comunicazione precisa può essere calda, rassicurante e umana.

Con i pazienti ansiosi bisogna evitare formule automatiche come “non si preoccupi” o “stia calmo”. È più utile comunicare presenza, aggiornare il paziente sul fatto che la procedura sta procedendo come previsto, usare un tono stabile e mantenere continuità. Anche il follow-up dopo l'intervento è parte della sicurezza: una telefonata mirata può intercettare un problema o semplicemente ridurre un'ansia che altrimenti diventerebbe un accesso improprio o un conflitto.

Fatti, inferenze e presa in carico

Una squadra sicura distingue ciò che sa da ciò che sta deducendo. “Sì”, “no” e “non lo so, ma mi informo” sono risposte professionali quando impediscono di inventare. L'inferenza è inevitabile nel ragionamento umano, ma diventa pericolosa quando viene scambiata per un fatto. La verifica deve precedere la conclusione, soprattutto quando si prendono decisioni cliniche o si risponde a un paziente.

Infine, lo studio non è una “fabbrica di denti”, ma un luogo di salute. L'esame del cavo orale e dei tessuti molli, l'intercettazione di una lesione sospetta e l'invio appropriato sono parte della presa in carico. L'invio efficace non è limitarsi a dare un numero di telefono: quando la situazione lo richiede, significa facilitare concretamente l'accesso al centro di riferimento e assicurarsi che il paziente non venga perso nel passaggio.



Figura 7. Sintesi didattica dei temi trattati dal Dott. Leghissa: sistema, formazione, comunicazione e organizzazione.

TAKE HOME MESSAGE

- Cercare le cause, non solo il colpevole.
- Formare e addestrare prima di introdurre nuovi strumenti o procedure.
- Progettare sistemi che rendano facile fare bene.
- Comunicazione, primo contatto e follow-up sono parte del risk management.
- Separare fatti e inferenze protegge decisioni e relazione.

Fonte primaria del capitolo: Giulio Cesare Leghissa, "Gestione del rischio nella pratica quotidiana", sintesi SIOD delle parti I e II, 3 ottobre 2026.

PARTE II • CAPITOLO 8

Emanuele Testa

Prevenzione posturale e rischio occupazionale nel Dental Team



Ergonomia, movimento e prevenzione dei disturbi muscolo-scheletrici per chi lavora seduto o in piedi.

OBIETTIVO DEL CAPITOLO

Integrare la prevenzione muscolo-scheletrica nella gestione del rischio occupazionale, trasformando postura, movimento e pause in abitudini di lavoro.

Il rischio occupazionale in odontoiatria non riguarda soltanto esposizioni biologiche, chimiche o radiologiche. Una quota importante del carico quotidiano deriva da posture mantenute, movimenti ripetitivi, torsioni, lavoro statico e ridotta possibilità di cambiare posizione. Odontoiatri, igienisti, ASO e personale amministrativo sono esposti in modo diverso, ma condividono un principio: il corpo è progettato per muoversi, non per mantenere la stessa posizione per ore.

Anche una postura apparentemente corretta, se mantenuta troppo a lungo, può generare sovraccarico. Il rischio deriva quindi dalla combinazione tra posizione, durata, ripetizione e recupero insufficiente. Cervicale, spalle, zona lombare, anche, ginocchia e arti inferiori sono le aree più frequentemente coinvolte nei lavori sedentari o in piedi prolungato.

Tre regole semplici: muoviti, allunga, rinforza

La prevenzione può essere tradotta in tre comportamenti: cambiare posizione con regolarità, inserire brevi esercizi di allungamento e mantenere una sufficiente capacità muscolare. Non serve trasformare il luogo di lavoro in una palestra: pochi minuti distribuiti nella giornata possono interrompere il carico statico e favorire recupero. La regolarità conta più dell'intensità occasionale.



Figura 8. Le tre regole pratiche proposte: muoversi, allungare e rinforzare.

Ergonomia dinamica

Parlare di postura ideale può essere fuorviante se induce a cercare una posizione perfetta da mantenere per ore. È più utile parlare di ergonomia dinamica: schermo e strumenti posizionati in modo da ridurre flessioni e torsioni, piedi ben appoggiati, gomiti vicini al corpo, possibilità di alternare appoggi e postura, rotazione dei compiti quando possibile. Per chi lavora in piedi è utile evitare di rimanere completamente immobile; per chi lavora seduto è importante alzarsi periodicamente.

 **D.O. EMANUELE TESTA**

ERGONOMIA VELOCE

4 consigli seduti + 4 consigli in piedi.

Se lavori seduto

-  **MONITOR ALL'ALTEZZA DEGLI OCCHI**
-  **GOMITI A CIRCA 90°**
-  **PIEDI BEN APPOGGIATI**
-  **TASTIERA VICINA**

Se lavori in piedi

-  **ALTERNA L'APPOGGIO DEI PIEDI**
-  **USA UN PICCOLO RIALZO QUANDO POSSIBILE**
-  **EVITA TORSIONI RIPETUTE**
-  **CAMBIA SPESSO POSIZIONE**

Figura 9. Indicazioni rapide di ergonomia per lavoro seduto e lavoro in piedi.

Micro-pause e routine

Una routine semplice può prevedere, ogni 45-60 minuti, due minuti per alzarsi, camminare, fare un breve stretching e respirare profondamente. Il tempo esatto va adattato alla situazione clinica e all'organizzazione, ma il concetto è importante: prevenire significa introdurre recuperi prima che compaia dolore persistente. Le micro-pause non sono tempo perso se riducono affaticamento, errori e assenze.

Gli esercizi proposti durante il corso - retrazione del mento, apertura del torace, mobilità dell'anca, stretching dei polpacci e ischiocrurali, mobilità della colonna e respirazione diaframmatica - devono essere eseguiti nel rispetto delle condizioni individuali. La presenza

di dolore persistente, deficit neurologici, trauma o altre condizioni cliniche richiede valutazione sanitaria specifica; una dispensa non sostituisce la valutazione di un professionista.

Rischio occupazionale e sistema di prevenzione

Nel quadro del D.Lgs. 81/2008 la prevenzione richiede valutazione dei rischi, informazione, formazione e misure organizzative adeguate. (D.Lgs. 9 aprile 2008, n. 81 e s.m.i.). L'ergonomia non dovrebbe quindi essere affidata solo alla buona volontà del singolo: può entrare nel DVR, nei programmi formativi, nella progettazione delle postazioni, nella rotazione dei compiti e nei briefing interni. L'RSPP e il datore di lavoro possono contribuire a trasformare raccomandazioni generiche in misure documentate e verificabili.

TAKE HOME MESSAGE

- Non esiste una postura perfetta da mantenere per ore: il movimento è parte della prevenzione.
- Muoversi, allungare e rinforzare sono tre regole semplici e ripetibili.
- L'ergonomia deve essere progettata nelle postazioni e nell'organizzazione del lavoro.
- Micro-pause e routine possono ridurre carico statico e affaticamento.
- La prevenzione muscolo-scheletrica è parte del sistema di salute e sicurezza sul lavoro.

Fonte primaria del capitolo: Emanuele Testa, "Prevenzione posturale sul lavoro", materiali del Corso SIOD, 3 ottobre 2026.

Appendice operativa

PERCHÉ UNA CHECKLIST

Le dispense hanno valore quando diventano comportamento. Le checklist che seguono non sostituiscono procedure o requisiti regionali, ma possono essere adattate alla realtà della singola struttura.

Checklist A - Comunicazione nel percorso di cura

- Il paziente ha potuto completare il motivo iniziale della visita prima di essere guidato con domande mirate.
- Le domande sensibili vengono precedute da una spiegazione del loro significato clinico.
- Il linguaggio usato dal clinico è comprensibile e coerente con quello del team.
- Il front office conosce il proprio perimetro e sa quando coinvolgere il professionista.
- Il consenso è personalizzato e viene verificata la comprensione.
- Le istruzioni postoperatorie sono scritte, chiare e coerenti con quanto spiegato a voce.
- È indicato un canale di contatto per dubbi e urgenze.
- Per i casi complessi il team effettua un briefing prima della seduta.
- Reclami e incomprensioni vengono registrati e analizzati come segnali di processo.
- Il follow-up è programmato quando clinicamente e organizzativamente appropriato.

Checklist B - Risk Management quotidiano

- I rischi principali della struttura sono identificati e periodicamente riesaminati.
- Esiste una modalità semplice per segnalare near miss, anomalie ed eventi avversi.
- Le segnalazioni vengono analizzate cercando cause e barriere, non solo responsabilità individuali.
- Nuovi strumenti, macchinari e procedure prevedono formazione e addestramento.
- Le procedure critiche sono scritte, accessibili e coerenti con la pratica reale.
- I ruoli sono chiari e i passaggi di consegne sono definiti.
- Le emergenze vengono simulate periodicamente secondo il piano della struttura.
- La formazione è tracciata con programma, presenze, docenti e attestati quando applicabile.
- Le azioni di miglioramento hanno obiettivi misurabili e responsabili assegnati.
- I risultati vengono verificati e, se efficaci, standardizzati in SOP o istruzioni operative.

Checklist C - Evidenze da tenere disponibili per audit e verifiche

- Piano annuale/pluriennale di formazione e aggiornamento del personale.
- Programmi dei corsi, registri presenze, attestati e, quando previsti, test di apprendimento.
- Verbali di addestramento su dispositivi, tecnologie e procedure.
- DVR e documentazione di salute e sicurezza sul lavoro pertinente.
- Procedure e SOP vigenti con evidenza di revisione e approvazione.
- Registri o report di incident reporting/near miss nel rispetto della riservatezza.

- Verbali di briefing o riunioni qualità/risk management quando adottati dalla struttura.
- Piani di miglioramento con indicatori e risultati del controllo.
- Documentazione su consenso informato, istruzioni e follow-up coerente con le procedure cliniche.
- Evidenze di formazione specifica richiesta dalla normativa professionale o regionale applicabile.

Nota: gli elementi richiesti variano in funzione della tipologia di struttura, del livello di complessità, dell'accreditamento e della normativa regionale applicabile. La checklist va quindi utilizzata come strumento di autovalutazione e non come elenco normativo esaustivo.

Riferimenti essenziali

World Health Organization. Bangkok Declaration - No Health Without Oral Health. Adopted in Bangkok, 29 November 2024; published 31 January 2025.

World Health Organization. Global strategy and action plan on oral health 2023-2030.

Ministero della Salute. Raccomandazioni cliniche in odontostomatologia. Settembre 2017.

Regione Siciliana. D.A. 9 gennaio 2024, n. 20, requisiti per esercizio e accreditamento istituzionale.

Regione Siciliana - Organismo Tecnicamente Accreditante. Manuale MAMB, versione 3.0, adottato 17 giugno 2025.

Intesa Stato-Regioni 19 febbraio 2015, Rep. Atti n. 32/CSR, organizzazione e funzionamento degli OTA.

Legge 8 marzo 2017, n. 24 (Legge Gelli-Bianco), disposizioni in materia di sicurezza delle cure e responsabilità professionale.

Legge 22 dicembre 2017, n. 219, norme in materia di consenso informato e disposizioni anticipate di trattamento.

D.Lgs. 9 aprile 2008, n. 81 e s.m.i., tutela della salute e della sicurezza nei luoghi di lavoro.

Watzlawick P, Beavin Bavelas J, Jackson DD. Pragmatics of Human Communication. 1967.

Baile WF, Buckman R, Lenzi R, et al. SPIKES - A Six-Step Protocol for Delivering Bad News. The Oncologist. 2000;5:302-311.

Marvel MK, Epstein RM, Flowers K, Beckman HB. Soliciting the patient agenda: have we improved? JAMA. 1999;281(3):283-287.

Beckman HB, Frankel RM. The effect of physician behavior on the collection of data. Ann Intern Med. 1984;101:692-696.

Dyche L, Swiderski D. The Effect of Physician Solicitation Approaches on Ability to Identify Patient Concerns. J Gen Intern Med. 2005;20:267-270.

Lingard L, Espin S, Whyte S, et al. Communication failures in the operating room. Quality & Safety in Health Care. 2004;13:330-334.

NOTA FINALE

Queste dispense sono state predisposte per finalità formative SIOD. Prima dell'uso come protocollo interno o documento di compliance, ogni struttura deve verificarne la coerenza con la propria organizzazione, con le competenze dei professionisti presenti e con i requisiti regionali applicabili.