

IL DENTISTA DEVE ESSERE BRAVO

Colloquio con il dott. Mario Bresciano – odontoiatra (1)

Ft: (2)

Lei dice “non mi importa di tutto il resto; per essere dei dentisti di successo bisogna essere bravi”. Questo è il punto di partenza. E' la bravura l'aspetto che va sottolineato. Il resto, passa in secondo piano. In realtà poi non tutti i dentisti riescono ad esserlo.. Lei ci riesce perché è particolarmente bravo, oppure perché ha anche una storia tale per cui ha costruito un target di pazienti molto significativo?

Mb

Partiamo da un primo dato: quest'idea di essere bravi da cosa nasce? Perché oggi sembra che passi in secondo piano. Mi spiego. In questo momento di crisi, noi dentisti siamo giustamente invogliati a impegnarci molto nell'organizzazione aziendale, nel marketing, etc. Ma dobbiamo innanzitutto ricordare che la base di partenza è essere bravi dentisti. Provo quindi a definire che cosa vuol dire “bravo”.

Il concetto essenziale è che l'odontoiatria è una branca chirurgica. Noi siamo poco medici e molto chirurghi. In medicina la parte prevalente è la parte diagnostica, cioè l'interpretazione dei dati e quanto consegue. Poi l'esecuzione della terapia è semplice: si prescrive un farmaco. Non c'è nessuna bravura tecnica nel prescrivere una medicina. Insomma, bisogna essere bravi nell'interpretare i segni e i sintomi che sono spesso complessi, ma non c'è nulla di manuale.

La disciplina chirurgica è di solito il contrario. C'è anche lì tutta una serie di dati da interpretare, ma poi alla fine è la tecnica chirurgica, sono le mani, la bravura nell'eseguire il lavoro con le mani che determina notevolmente il successo della terapia.

Ed è dimostrato da innumerevoli studi che la prognosi aumenta all'aumentare dell'esperienza del chirurgo. E' ovvio che quanto più uno è esperto nel fare una determinata operazione chirurgica, tanto migliori siano i risultati clinici. Nel mondo anglosassone, prima di scegliere il professionista, un paziente chiede al chirurgo, ed ora spesso anche ai dentisti: “Quante operazioni di questo tipo ha eseguito?”

Ft:

Questo vale per tutte le azioni chirurgiche? Voglio dire, dall'estrazione di un ottavo incluso, a un impianto, all'All on four?

Mb:

Parlo di chirurgia in senso lato, e mi riferisco anche alle operazioni che comunque sono chirurgiche anche se non vengono definite tali. Otturare una carie significa rimuovere una porzione di dente malato e sostituirla con un materiale sintetico. Alla fine si tratta sempre di un'operazione chirurgica, anche se in piccolo.

Anche se sembra una discorso da falegnameria, in linea di massima noi dentisti risolviamo i problemi togliendo un pezzo di qualcosa, tessuto malato oppure tartaro, spesso sostituendolo con qualcos'altro.

Storicamente, il dentista non deriva dal medico, ma dal barbiere, da quello che girava nelle piazze dal medioevo in poi a togliere denti, tagliare arti velocemente, ecc.. Cioè quello che sapeva usare velocemente pinze e bisturi.

Ft:

Quindi il dentista nasce come chirurgo.

Mb:

Negli Usa il titolo di Odontoiatra viene tradotto con Doctor in Dental Surgery (DDS). In Francia si parla di Chirurgien Dentiste.

¹) Presidente dell'International College of Prosthodontists 2016-17. Professionista in Torino. Diplomato odontotecnico nel 1984 Laureato in Odontoiatria, all'Università di Torino, nel 1990. Specializzato in Protesi Dentaria nel 1993 presso la University of Southern California, Los Angeles. Nel 2002 Diplomate of American Board of Prosthodontics. Recognized Specialist by the European Prosthodontic Association. Fellow of the American College of Prosthodontists. Member of the American Academy of Fixed Prosthodontics and of the Academy of Osseointegration

²) il colloquio è stato condotto da Franco Tosco presso la sede di Lessicom srl.

Ft:

E l'ortodonzia?

Mb:

L'ortodonzia è una branca di cui non mi occupo, ma in cui certamente l'importanza dell'abilità diagnostica è, se non prevalente, almeno uguale alla parte tecnica.

Ft:

Ecco: siete solo una branca chirurgica, oppure la vostra azione è più complessa?

Mb:

Chiaramente la situazione è più complessa.

Ft:

Voglio dire che voi avete tre passaggi che sono sicuramente importantissimi: la diagnosi, decidere la corretta terapia e poi eseguirla.

Mb:

Vero.

Ft:

Quindi se veniamo all'idea di "bravo" da cui siamo partiti, significa che dovete saper fare, allo stesso livello, tutti e tre i passaggi?

Mb:

Confermo.

Ft:

E come si fa a diventarlo?

Mb:

In teoria l'istituzione responsabile dell'insegnamento è l'Università. Vogliamo parlare dell'università nel mondo o in Italia?

Ft:

Di tutti e due.

Mb:

Premesso che il caso "Italia" è, a mio avviso del tutto particolare, in generale mettiamola così.

Come già detto, nella stragrande maggioranza dei casi la diagnosi è relativamente semplice. Diciamo chiaramente che per diagnosticare una carie non è che ci voglia un super scienziato.

E' l'esecuzione tecnica che è difficile. Per fare un lavoro ben fatto bisogna aver le lenti ingrandenti, avere tutti i materiali a disposizione, aver fatto molta pratica.

E dunque, molta parte dell'insegnamento ai futuri dentisti dovrebbe essere di tipo pratico, prima su simulatori e poi sui pazienti. Ebbene, nella gran parte delle università italiane l'insegnamento su paziente non esiste. Migliaia di odontoiatri italiani si laurea senza mai aver visto un paziente.

In Italia ci sono ben 32 corsi di laurea in odontoiatria, alcuni con una decina di studenti per anno, a cui, per carenze di fondi e organizzative, viene impartito solo un insegnamento teorico.

L'esempio, che faccio sempre, riguarda il corso di laurea di Torino - che è tra i migliori d'Italia grazie al lavoro di qualche lustro fa del Prof. Preti - nel quale gli studenti eseguono, nel loro cursus studiorum, una ventina di otturazioni ed una dozzina di cure canalari.

Mia moglie, che ha studiato alla USC di Los Angeles, negli USA, ha dovuto, per laurearsi, raggiungere almeno 1850 punti clinici (in realtà erano 2000 ma se eri bravo ti facevano uno "sconto"). Ad ogni operazione clinica veniva attribuito un punteggio. Un'otturazione valeva due punti, una corona ben otto; questo per dare un'idea della differenza di organizzazione tra i corsi universitari italiani e statunitensi.

Il sistema americano consente ai neolaureati di iniziare subito a lavorare, senza dover fare corsi privati post laurea per colmare le lacune del mancato insegnamento pratico. Ovviamente le tasse scolastiche e le risorse a disposizione non sono nemmeno paragonabili.

Mao diceva che la quantità prima o poi produce la qualità. In chirurgia ed in odontoiatria è senz'altro così.

Ft:

E la diagnosi e la scelta della terapia?

Mb:

La diagnosi e la scelta della terapia sono concetti legati tra loro. Non si può scegliere la terapia corretta se la diagnosi è fatta male. Ma l'importanza della diagnosi e della scelta corretta della terapia aumenta con la difficoltà del caso clinico. E questo scenario è di spettanza dello specialista.

Come per la medicina, anche in odontoiatria esistono gli specialisti, cioè coloro che hanno superato un ulteriore corso di studi post-laurea solitamente triennale.

L'Italia, in questo campo, è molto indietro, perché ha pochi corsi di specialità.

Noi abbiamo ortodonzia, chirurgia orale, che è un retaggio del passato come se la cosa principale in bocca fosse togliere i denti, e, da poco, anche odontoiatria pediatrica. Mancano endodonzia, parodontologia e protesi.

Nel resto del mondo il dentista generico affronta le terapie semplici e di media difficoltà, e invece invia i casi più complessi allo specialista, perché sa di non essere in grado di risolverli al meglio.

Infatti, mentre nel corso di laurea in odontoiatria, si rinforzano le competenze tecniche, nei corsi di specialità si dà più importanza alla componente diagnostica e decisionale.

Jack Preston, uno dei più grandi maestri della protesi mondiale, ha pubblicato vent'anni fa un editoriale intitolato "Prosthodontics is a cerebral specialty", cioè "la protesi è una specialità intellettuale", proprio per sottolineare questo concetto.

In sostanza, nel corso di laurea si insegna il come, nella specialità il perché.

Ft:

Ha detto che la situazione dell'Italia è un caso a sé. Per il fatto che non c'è pratica o per altro?

Mb:

L'Italia è un paese a sé perché è uno dei pochi stati in cui le prestazioni odontoiatriche sono praticamente tutte erogate dai liberi professionisti. In America il mercato è molto vario, c'è molta libera professione, ma ci sono le assicurazioni e anche molte convenzioni dirette, da cui per altro la maggioranza dei colleghi sta cercando di liberarsi, ci sono odontoiatri dipendenti ed altre forme di esercizio della professione.

L'insegnamento universitario in Italia però è decisamente scadente, tant'è che porto ad esempio il fatto che le Accademie italiana di Conservativa e di Protesi organizzano corsi annuali di base sempre pieni.

Ma la base non dovrebbe però essere insegnata a scuola?

Bisogna dire che nella libera professione c'è sempre stata la necessità di fare le cose bene, e, storicamente, in Italia questo vuoto di insegnamento è stato riempito dalle società scientifiche. A onor del vero, le università stanno cercando di migliorare l'offerta post laurea con Master vari, ma siamo comunque distanti dal resto del mondo. Possiamo dire senza sbagliarci più di tanto che la generazione precedente, quella di mio padre, ha imparato a fare bene il mestiere grazie agli Amici di Brugg.

C'è anche da sottolineare che i congressi con la qualità clinica migliore in assoluto sono quelli delle accademie italiane, come l'AIOP, l'AIC, la SIdP, la SIE, etc.

In compenso, parlo per la mia specialità, la protesi, il livello delle informazioni scientifiche nei congressi italiani non è un granché.

Ft:

Ma non sono un granché perché non partecipano ai congressi scientifici, oppure non sono in grado di parteciparvi?

Mb:

No, la partecipazione ai congressi è una cosa complessa. Il mercato italiano è fatto per i liberi professionisti che vogliono vedere casi clinici per ispirarsi e migliorare il lavoro quotidiano.

Non c'è in Italia l'abitudine allo studio sistematico degli articoli scientifici, che tra l'altro, se presentato ad un nostro congresso farebbe addormentare la platea. In Italia mancano le specialità.

Ft:

In genere sento dire che al momento l'odontoiatria italiana è tra le migliori al mondo, e non è più vero che si parte dall'Italia per andare a studiare da un'altra parte, ma sono dall'altra parte che vengono a studiare in Italia. E' un errore?

Mb:

Non so da dove arrivino questi dati sui flussi migratori degli studenti. Personalmente non conosco nessuno che venga in Italia per imparare a fare il dentista. Per prendere un diploma forse, ma per imparare il mestiere ho dei dubbi. Ad esempio, secondo me, in generale, la protesi viene insegnata meglio nelle università Sudafricane o cilene. In molti paesi del cosiddetto terzo mondo, infatti, i professori universitari hanno studiato in America e ne stanno copiando l'organizzazione universitaria, visto che funziona. Noi in Italia, Francia e Germania, siamo arretrati.

Ft:

Però Francia e Germania hanno un sistema sanitario che fornisce di meno, paradossalmente, dell'Italia. Questo è dovuto da noi alla crescita del privato.

Noi abbiamo dei dati di Bardonecchia, dove abbiamo clienti. Non si rilevano flussi di gente che dall'Italia va in Francia, anche se costa meno. Abbiamo al contrario dei dati di sistematico travaso di pazienti dalla Francia in Italia.

Mb:

Dati interessanti, perché sottolineano come la qualità alla fine prevale sul low cost. Il mio ragionamento però si riferiva all'insegnamento. Le università italiane stanno introducendo dei master aperti anche agli stranieri. Ma sono, per il momento, rarità, come il Master di micro-chirurgia endodontica qui a Torino, molto ambito tra gli stranieri. Tolto questo, tutta questa gente che viene dall'estero per imparare in Italia mi farebbe piacere sapere dov'è. Mi vorrà mica dire che uno straniero per imparare a fare il dentista va a studiare a Palermo? A Roma? Dove non fanno pratica clinica su paziente?

Ft:

In genere è così proprio perché c'è questa prevalenza del privato, quindi, come ha detto lei, vanno dal privato. Ad esempio guardi tutti quelli che vanno a imparare dal dott. Fradeani.

Mb:

Questo è chiaro. E' giustissimo, non è sbagliato. Ma i giovani colleghi che frequentano i corsi di Fradeani o di altri bravi colleghi come lui, non vogliono imparare la parte teorico-scientifica. Cercano un metodo clinico pratico che li aiuti a migliorare il lavoro di tutti i giorni. E fra l'altro il livello di insegnamento clinico di tutti questi corsi privati così diffusi in Italia è decisamente elevato.

Il corso di specialità è però un'altra cosa. Alla pratica clinica si deve abbinare lo studio in profondità del perché si deve scegliere una soluzione piuttosto che un'altra. E spesso, invece che diminuire, i dubbi aumentano.

Ft:

E qui veniamo a lei con la sua idea di "bravo". In gran parte me l'ha già spiegata, però scendiamo nella sua specialità. Essere bravi in protesi: che cosa significa e come riesce lei ad esprimerlo ai pazienti?

Mb:

Precisiamo intanto che in protesi, nei casi semplici e di media difficoltà, non c'è bisogno di essere specializzati per fare un lavoro di qualità.

Ft:

Sì ma in Italia siete solo in 4 ad essere specializzati in questo settore.

Mb:

Non è corretto. In Italia, specializzati in Protesi in America saremo circa una trentina, forse quaranta. Siamo in quattro ad aver superato l'American Board of Prosthodontics, che è una cosa in più. Superare questo esame vuol dire che oltre alla laurea ed alla specializzazione, un piccolo gruppo di tuoi pari ti ha valutato degno di stare insieme a loro. E io sono stato il primo italiano a superare la prova. Adesso siamo in quattro.

Comunque, ci tengo a ribadirlo, nei casi semplici, dove, come già detto, la componente tecnica prevale su quella diagnostica, e il risultato finale dipende dalla manualità dell'operatore, non è necessaria una specialità per fare bene.

E' ovvio che uno come me, che nella pratica clinica quotidiana si occupa solo di protesi, preparerò mediamente più corone di un collega che si divide tra la protesi, l'endodonzia e la parodontologia. Probabilmente, in questi vent'anni di lavoro ho già accumulato più esperienza in protesi fissa di mio padre in tutta la carriera. In compenso non saprei più trattare endodonticamente un dente.

Nei casi complessi invece, dov'è difficile stabilire che cosa fare e decidere quale sia la scelta migliore tra diverse opzioni, ecco che un corso di specialità, basato sulla valutazione della scienza, l'applicazione dei concetti scientifici ai singoli casi, la selezione delle informazioni scientifiche per capire che cosa sia vero e che cosa no, allora la specialità serve eccome.

Ft:

Nell'esempio che lei mi faceva prima, se fossimo in America, lei sarebbe il soggetto a cui i dentisti normali invierebbero i casi.

Mb:

Esatto.

Ft:

Possiamo estendere questa situazione al resto del mondo? Si può dire che, uscendo dall'America, anche nel mondo "il più bravo" è sinonimo di quel nucleo di persone a cui vengono inviati i casi che la norma non riesce a risolvere?

Mb:

Il concetto è relativo e legato alle competenze di ognuno. Uno specialista in protesi è "bravo" perché ha acquisito le competenze necessarie per scegliere ed eseguire la terapia migliore nei casi complessi. Ma un dentista generico ha tutte le competenze per eseguire al meglio le terapie per i casi più semplici. Negli USA non ci si pone neanche il problema di un possibile conflitto tra specialisti e non. I casi semplici vengono risolti dal dentista generico, le situazioni difficili dagli specialisti.

Fra l'altro, poi, il dentista, generico o specialista che sia, non lavora da solo. Un bravo dentista si avvale dell'aiuto di bravi odontotecnici e di brave igieniste. E li deve compensare in maniera adeguata. Da soli si fa poca strada.

Ft:

Siamo arrivati ad un altro dei punti che mi piacerebbe affrontare con lei. Che cosa significa per un dentista bravo essere anche etico?

Mb:

L'etica nelle professioni intellettuali è una condizione imprescindibile. Il dentista, come tutti gli altri professionisti, ha come ragione d'essere il fare ciò che è meglio per il paziente. Deve scegliere non la terapia più conveniente e remunerativa, bensì la cura più adatta al paziente e questo, a volte, può essere anche non fare nulla o rimandare le scelte.

Ecco perché io sono contrario, personalmente, all'entrata del socio di capitale nella gestione di uno studio odontoiatrico. Perché il suo scopo, assolutamente legittimo quando un industriale costruisce e vende aspirapolveri, è di guadagnare. E possiamo intuire quali ordini un socio di capitale possa dare a dentisti giovani e con necessità di lavorare.

Pensi poi che in alcuni corsi di marketing implantare, viene addirittura insegnato che uno deve insistere a proporre gli impianti perché sono un tipo di operazione ad alta redditività.

Tutta questa spinta a dribblare l'etica si è poi intensificata con la crisi economica di questi anni.

Ft:

Un'affermazione di questo genere, per esempio, collocherebbe la maggior parte di questa odontoiatria, tipo Vitaldent, e queste varie forme, al di fuori del mondo che dovrebbe occuparsi di salute.

Mb:

Non posso dire che nei centri Vitaldent non ci si comporti eticamente, ma se fossi un paziente, sapere che il Banco di Santander, socio di capitale, ha come obiettivo di far stipulare finanziamenti per le cure odontoiatriche, mi indurrebbe in qualche cautela.

Inoltre, tutti quanti pubblicizzano il carico immediato che, guarda caso, è una delle procedure più remunerative che ci siano nel nostro campo. Io personalmente ho ereditato uno studio, quello di mio padre, in cui si è sempre cercato di mantenere i denti dei nostri pazienti e direi che ci riusciamo abbastanza, più per merito di mia sorella igienista, di mia moglie che si occupa di conservativa, e di mio cognato, professore in endodonzia, che mio.

Devo dirle che tutti questi pazienti, a cui si devono togliere tutti i denti e sostituirli con protesi su impianti io non li vedo. Con il carico immediato c'è una semplificazione della diagnosi e della terapia. Se io poi, alla fine, tolgo tutti i denti e metto quattro o due protesi in resina, ho risolto un sacco di problemi. Inclusi quelli economici.

Ft:

Certo.

Mb:

Attenzione, anche noi, nel nostro studio, eseguiamo degli interventi a carico immediato, ma le parlo di qualche caso all'anno. In questi centri ne fanno uno al giorno, e forse anche di più. Mi sembra di non essere nel torto se dico che molti denti che vengono tolti si potrebbero mantenere a lungo. Tra l'altro, come vengono controllati questi centri?

Ft:

Cioè?

Mb:

Il mercato americano ha da decenni un sacco di negozi come Vitaldent. Già 20 anni fa, a Santa Monica in California, c'era una catena di centri dentistici che aveva allestito uno degli studi in un ex ristorante chiamato "The Penguin", lasciando la vecchia insegna neon di quindici metri di altezza. Il trionfo del kitsch.

Comunque in questi centri veniva praticata odontoiatria convenzionata, a basso costo e bassa qualità, con tempi cronometrati, pubblicità martellante, e molte risorse dedicate al contenzioso legale.

Anche qui i dentisti che vi lavoravano erano giovani, direi non proprio bravini, che così potevano farsi le ossa imparando la velocità, e poi scappavano appena potevano.

Qual è però la differenza tra l'Italia e i paesi anglosassoni? Noi abbiamo importato il peggio del sistema anglosassone: socio di capitale, pubblicità, abolizione delle tariffe, etc.

Quello che non abbiamo importato è la severità del giudizio nei confronti dei colleghi incapaci o che si comportano in maniera aporetica. Negli USA e in Gran Bretagna vengono sbattuti fuori dalla professione.

Un collega che viene beccato a proporre una terapia che non è necessaria, viene segnalato nel report trimestrale inviato a tutti i dentisti con la pena inflittagli, che, la seconda volta, significa espulsione.

In Italia non si riesce neanche a far smettere la gente che non ha la laurea.

La colpa ultima di questa situazione è solo nostra, di noi medici ed odontoiatri, che abbiamo tollerato un Ordine dei Medici che non sanziona abbastanza. E che, se sanziona, lo fa in segreto

Come dicevo, in ogni report trimestrale del Registro inglese dei Dentisti o di quello californiano c'è l'elenco di almeno quaranta dentisti che vengono cacciati dalla professione.

Mi dice il nome di tre dentisti italiani cacciati per lo stesso motivo dal proprio Ordine provinciale?

Ft:

Che succede quando vengono cacciati?

Mb:

Non possono più fare i dentisti. L'etica nei paesi anglosassoni è molto sentita. Il "codice d'onore" è un sistema di valori molto significativo nelle professioni intellettuali. Basta vedere i film americani sugli avvocati.

Da noi la severità non c'è mai stata, e questo ha fatto comodo a tutti in passato, quindi non c'erano né crisi né concorrenza.

Ft:

Poiché lei ora è assurto alla funzione di Presidente dell'Associazione mondiale degli Specialisti in Protesi, pur essendole di un gruppo ristretto, gli obiettivi che lei si pone in questo momento, a fronte delle cose che lei ha affermato, vuoi dal punto di vista clinico, vuoi da quello delle procedure o da quello etico, vuoi sul significato dei termini quali bravo, studio, conoscenza etc., quali sono?

Mb:

L'International College of Prosthodontists promuove la specialità in protesi dentaria.

Lo fa in due modi. Essendo una società prevalentemente scientifica, organizza un congresso biennale che viene ospitato ogni volta in un continente diverso. E' appena terminato quello di Seoul, Corea. Nel 2013 c'è stato il congresso in Italia, a Torino, organizzato con le Università di Torino e Genova.

Il secondo scopo istituzionale è aiutare i paesi privi di specialità in protesi ad istituirla.

Il College ha sviluppate delle linee guida utili per impostare l'insegnamento dei corsi di specialità.

Fra l'altro, se fatte come negli USA, le specialità odontoiatriche sarebbero una grande fonte di reddito per le università. In tutto il mondo, per diventare specialista, si paga. Noi liberi professionisti sappiamo benissimo che per imparare dobbiamo pagare. Sono convinto che in molti sarebbero disposti ad investire su se stessi affrontando un ulteriore corso di studi, in cambio di un titolo, come quello di specialista, facilmente spendibile in un mercato molto concorrenziale come è diventato il nostro.

Ft:

Sì, che poi non si potrebbe nemmeno dire che c'è un'abitudine italiana a non pagare queste specializzazioni perché, tutte le volte che vai in qualunque altro posto che non sia l'Italia, sono strapagate.

Mb:

In Italia, la specialità odontoiatrica viene equiparata a quella medica, di stampo ospedaliero, dove chi si specializza deve essere pagato, anche perché con gli stipendi futuri da impiegato pubblico non riuscirebbe mai a rientrare dei costi.

In America invece lo stipendio da specializzando lo ricevi, se lo ricevi, solo all'ultimo anno, dopo che ne hai pagati almeno due, e questo ti serve per pagare le tasse scolastiche, quindi in pratica lavori gratis.

Risultato in Italia? Stanno chiudendo le specialità in Ortodonzia o riducendo drammaticamente i posti. Dei geni! Pensi invece che la Scuola di Odontoiatria della University of Southern California, dove ho studiato, rappresenta la seconda fonte di reddito per tutta l'università, seconda solo alla squadra di football americano, che ha dalla sua tutto il merchandising sportivo, con volumi superiori a molte squadre di calcio italiane. In pratica gli studenti e gli specializzandi in odontoiatria mantengono le facoltà umanistiche.

Ft:

Queste impostazioni lei le proporrà a livello nazionale o europeo?

Mb:

Ma secondo lei, il Parlamento italiano ha tra le sue priorità la particolarità delle specialità odontoiatriche?

Sono molto pessimista.

Attenzione, però, perché c'è un problema. Una specialità, per legge europea, è ufficialmente riconosciuta come tale se è presente in almeno 5 paesi dell'Unione Europea.

La specialità in Protesi esiste, perché ce l'hanno la Polonia, la Croazia, la Slovenia, l'Inghilterra, la Repubblica Ceca.

Il giorno che in un concorso universitario italiano arriverà uno Sloveno, che ha il titolo di specialista e che però non gli verrà riconosciuto, cosa farà? Farà ricorso e, a mio parere vincerà, passando davanti a nostri connazionali magari più bravi.

A parte questo scenario forse fantasioso, ma le sembra possibile che l'Italia debba arrancare dietro alla Polonia o alla Slovenia?

Ft:

Ma se il mondo va in una certa direzione, anche tu prima o poi ci arrivi. Ed è inutile che qualcuno si opponga, perché comunque il mondo va avanti per conto suo. Al limite questo "qualcuno" viene eliminato. Allora chi è a capo di una simile Associazione e si trova, seppure in anticipo, ad avere la possibilità di organizzare, non dico per l'anno prossimo, ma magari da qui a 5 anni o magari per i suoi figli, un mondo che va nella direzione corretta che lei ha in testa, secondo me lo deve fare. Lei ha intenzione di muoversi in questa direzione oppure no?

Mb:

Ovvio che cercherò di cambiare le cose, ma non mi chiedo di essere ottimista. Quello che posso fare è senz'altro un'azione informativa, raccontando come va il resto del mondo.

Da socio ventennale dell'Associazione Nazionale Dentisti Italiani, cercherò di capire come mai nella programmazione strategica del sindacato non c'è menzione delle specialità.

C'è da dire che diversi docenti universitari concordano con la necessità di cambiare il sistema di insegnamento, ma sono anche loro pessimisti perché molte decisioni sono prese a Roma, diciamo senza troppo dibattito.

Si può intuire che i docenti di cui parlo sono soci ultradecennali dell'International College of Prosthodontists.

Ft:

Si, calcolato però che è poi il contesto che va a collocare la funzione delle società scientifiche. In America ci pensa qualcun altro, ma qui in Italia o ci pensate voi o non ci pensa nessuno. Questo è il dato di fatto.

Mb:

In Italia le disposizioni normative che interessano noi odontoiatri le fanno il Parlamento, le Regioni, i Ministeri, consigliati da non si sa bene chi.

Il dato di fatto è che hanno appena approvato l'istituzione di un altro Corso di Laurea in odontoiatria a Salerno, tra il silenzio dei nostri sindacati e lo sconforto di molti docenti seri.

Ft:

Si, però nel suo colloquio ha espresso un'etica come quella da lei descritta prima. Abbiamo invece avuto una storia, almeno per le cose che conosco io di questo mondo, non tanto del clinico in generale, quanto dell'odontoiatria propria, di gente che mirava soprattutto al proprio tornaconto di bottega.

E' sicuramente meglio avere qualcuno che possiede lo stampo di un'etica sanamente Calvinista, che non ha bisogno di Dio per dire che, se sei un delinquente, ti metto in galera.

Complessivamente credo di averle fatto tutte le domande perché siamo passati dall'esser bravi fino ai processi per esserlo, fino all'etica per poterlo applicare e fino alle proposte che lei andrebbe a fare in questa direzione.

Mb:

Aggiungerei solo una cosa.

Il fatto che siamo una specialità chirurgica, nella quale gran parte dell'intervento dipende dalle mani, rende molto poco scientifica la terapia odontoiatrica.

Che cosa vuol dire? Che si tratta di una questione di soldi investiti nella ricerca e di facilità nel fare ricerca scientificamente importante.

La ricerca odontoiatrica infatti, avendo a che fare con malattie non mortali, è di per sé meno importante, e per questo riceve in generale meno investimenti rispetto alle altre branche della medicina.

Inoltre, la ricerca in odontoiatria e protesi dentaria è difficile da realizzare.

Mi spiego. In medicina, per arrivare a conoscere se il principio attivo di un farmaco funziona o no, il percorso è molto semplice. Si esegue uno studio a triplo cieco, dove il medico non sa ciò che somministra, il paziente non sa quello che riceve, e una terza persona controlla chi è guarito e chi no. Così si elimina l'effetto placebo, quello per cui si guarisce per il semplice fatto di ricevere un prodotto da un medico, ed il gioco è fatto.

In odontoiatria, come per le altre branche chirurgiche, ciò è impossibile perché io so cosa faccio, so che materiale uso, so che impianto metto. Il paziente vede e capisce se da una parte ha un impianto e dall'altra parte non ce l'ha. E ancora, l'operazione di dare una pillola non richiede nessuna tecnica e ha costi minimi, mentre invece mettere un impianto implica tecnica e soldi. Molti.

Per questo motivo ci sono molti argomenti controversi, tante discussioni, tanti congressi scientifici, e soprattutto tante terapie diverse per una stessa situazione clinica.

Mi ricordo di un vecchio "Mi manda Raitre" in cui Michele Lubrano, il conduttore, era stupito del fatto che una persona con una mono edentulia, recatasi con la telecamera nascosta da dieci dentisti, aveva ricevuto sette diversi piani di trattamento. Questa è una cosa che la gente non riesce a capire, ma che per noi dentisti è normale. Anche perché un dentista, se sa fare bene una terapia, è quella che propone di più. Perché nelle sue mani è quella che funziona. Non è detto che sia la migliore in assoluto, ma è senz'altro quella che gli viene meglio e di conseguenza quella che alla fine propone al paziente.

Ft:

Quindi non dipende tanto dal medico quanto dal metodo che si utilizza a far sì che i 10 casi siano affrontati con 7 diverse proposte?

Mb:

E' difficile spiegare a chi non è del mestiere. Per la validazione di un tipo di terapia contano i dati scientifici, ma l'applicazione al singolo caso dipende dal medico, dalla sua preparazione, dalle sue competenze, dalle sue convinzioni.

Ft:

Allora dipende dall'operatore.

Mb:

E' un discorso complesso. La scelta di una terapia piuttosto che un'altra è un percorso influenzato da diversi fattori. Il medico deve scegliere secondo scienza e coscienza. Lasciamo stare la coscienza per un attimo, e concentriamoci sulla scienza. In protesi la ricerca scientifica è di livello medio basso e le informazioni definite scientifiche non sono tutte uguali. Il dentista ha a disposizione migliaia di informazioni, ma non tutte hanno lo stesso peso, alcune sono più importanti di altre.

Ft:

Faccio un esempio: ho 7 tipi di impianti diversi e tutti hanno sicuramente una filettatura. E' probabile che le filettature siano diverse, perché altrimenti non capirei perché devo andare a comprarne una piuttosto che un'altra, oppure prenderei quella che costa meno e tutto finisce lì. Allora, se sono diverse, ci sarà una motivazione scientifica attraverso la quale sono in grado di dire "questo vale 1, questo 2, etc."?

Mb:

Lei ha un concetto scientifico che è un concetto assoluto. Scientifico uguale dimostrato.

Ft:

Sì. Applico un algoritmo.

Mb:

In medicina non è così. Parafrasando Cuccia, le informazioni scientifiche non si contano, si pesano. Ci sono quelle più pesanti e quelle meno pesanti o addirittura leggerissime.

Ft:

E il peso da che cosa è dato?

Mb:

Il peso è dato dal tipo e dalla qualità dell'esperimento scientifico.

Ft:

Quindi dal successo dell'esperimento?

Mb:

No, il successo dell'esperimento è un'altra cosa. Per chi ha fatto le professioni classiche o studi umanistici questi concetti non sono facili.

Le faccio un esempio: ho a disposizione l'impianto A e l'impianto B. Come faccio a scegliere tra i due? Sono venduti entrambi ed entrambi hanno il placet del ministero. Uno è meglio dell'altro o sono uguali?

Per chiarirmi le idee, cerco su internet tutti gli articoli pubblicati dalle riviste di implantologia che riguardano sia gli impianti A e sia i B. Ne ottengo un centinaio, due terzi che mi dicono che l'impianto A è meglio del B, un terzo il contrario. Cosa scelgo? Tenga a mente che quello che sto descrivendo non è un caso eccezionale, ma l'assoluta normalità per ogni problema odontoiatrico. In letteratura c'è tutto e il contrario di tutto.

Comunque cosa faccio? Non mi devo basare sulla maggior quantità di studi a favore di A rispetto a B.

Per decidere cosa fare, devo capire quali informazioni sono vere e quali no, o meglio, poiché non esiste mai una prova assoluta, devo scegliere le informazioni "più vere" delle altre.

Infatti, esiste una vera e propria gerarchia delle informazioni scientifiche.

Continuiamo con l'esempio. Se leggo che l'impianto A è meglio di B su un editoriale, senza che venga condotto un esperimento, non devo fidarmi. E' solo l'opinione personale di chi ha scritto l'editoriale e, pertanto, il peso scientifico dell'informazione è molto basso, praticamente nullo.

Un gradino più in su ci sono gli esperimenti in laboratorio, cosiddetti in vitro, facili da fare. La letteratura odontoiatrica ne è invasa. Ma poiché un modello di laboratorio non rispecchia mai completamente la realtà del corpo umano, se l'esperimento di laboratorio mi dice che l'impianto A è meglio di B, continuo a nutrire seri dubbi.

Ancora un gradino più su ci sono i test sugli animali, assolutamente insostituibili nella ricerca medica. Pensare di passare direttamente da test in laboratorio alla sperimentazione sull'uomo è una stupidaggine colossale.

Comunque, continuando con l'esempio, se gli studi istologici fatti sugli animali mi dicono sempre che A è meglio di B, comincio a crederci un po' di più. Ma ovviamente non basta, ci vogliono gli studi clinici sugli esseri umani, che però sono condotti, a loro volta, con metodi differenti e con diverso peso scientifico.

Gli studi clinici più diffusi e meno pesanti scientificamente sono quelli retrospettivi, cioè quelli che esaminano a distanza di tempo gli impianti messi tempo prima. Esempio. Un chirurgo ha messo negli ultimi dieci anni 300 impianti A e ha constatato una percentuale di successo del 98%. Un altro chirurgo in 7 anni ha messo 200

impianti B e ha constatato una percentuale di successo del 93%. Sembrerebbe che anche questa volta l'impianto A sia meglio di B. Ma, per essere sicuri, dobbiamo condurre un tipo di studio clinico più controllato. Scelgo duecento persone con caratteristiche più omogenee possibili, li divido in due gruppi assolutamente a caso. Al primo gruppo assegno impianti A ed al secondo quelli B, e poi seguo il decorso degli impianti per i prossimi 10 anni. Se questo studio scientificamente più pesante, mi dice che, a differenza della maggioranza degli studi meno importanti, ma più numerosi, l'impianto B è meglio di A, allora la mia scelta sarà B. Non senza dubbi, perché le certezze non esistono, e perché tra qualche tempo può spuntare uno studio, fatto ancora meglio, che ribalta la situazione.

Ft:

Quindi basta studiare gli esperimenti fatti bene e si risolve tutto.

Mb:

Eh già. Sembra semplice, ma non lo è. In letteratura odontoiatrica gli studi clinici ben condotti e ad alto peso scientifico sono molto rari. La stragrande massa di informazioni scientifiche che guida le scelte di noi dentisti ha un basso grado di scientificità.

Ft:

Ciò quindi modifica anche tutto il concetto di ricerca scientifica come normalmente intesa.

Mb:

Direi di sì. Comunque, spiegare queste cose a chi non è un addetto ai lavori è difficile, ma se la può consolare non è facile nemmeno farlo comprendere ai dentisti.

Il metodo per confrontare e valutare le informazioni scientifiche si chiama "evidence based dentistry", cioè l'odontoiatria basata sull'evidenza, ed è un sistema mutuato dalla medicina.

Spesso però, girando tra i congressi, mi rendo conto che molti colleghi non ne intuiscono il potenziale.

A molti di loro sembra che esista una divisione tra chi fa e chi studia, che chi scrive di EBD sia uno scienziato chiuso in laboratorio che non fa il dentista come mestiere. Con la conseguenza che non si approfondisce la ricerca di delle soluzioni "più veritiere" e che si continui a lavorare proponendo al paziente terapie meno valide scientificamente.

Fra l'altro, a complicare ulteriormente la scelta della migliore terapia, ci sono gli studi che descrivono le modalità con cui il cervello umano prende una decisione. Quindi, oltre alla scienza spesso dubbia, e alla coscienza, coi problemi di etica già visti, ci dobbiamo mettere i modelli decisionali studiati in economia cognitiva e applicabili a mio avviso anche in odontoiatria come ho scritto in un'editoriale su International Journal of Prosthodontics

Ft: Modelli decisionali?

Mb:

Negli anni settanta Daniel Kahneman e Vernon Smith hanno vinto il premio Nobel in economia per i loro studi di "finanza comportamentale". Hanno studiato come mai una persona prende determinate decisioni piuttosto che altre. Decisioni che in economia spostano masse di denaro spaventose. E' un argomento molto interessante, che ha applicazioni per ogni tipo di decisione, incluse quelle medico-odontoiatriche.

Partiamo dall'inizio. In teoria noi uomini dovremmo arrivare a prendere una qualunque decisione analizzando prima le informazioni sul problema, codificandole, valutando le varie ipotesi possibili. Una volta scelta l'ipotesi che ci sembra più giusta, dovremo implementarla e verificarne i risultati nel tempo. Questo modo di prendere le decisioni si chiama "modello prescrittivo", perché è il modo più logico e organizzato, quello con cui dovremmo procedere. Tra l'altro, in medicina questa sequenza è ben chiara da secoli: raccolta dati da esami clinici e strumentali, diagnosi, scelta della terapia, valutazione della prognosi, esecuzione della terapia e sua valutazione.

La realtà però è ben diversa. Quello che hanno scoperto i due premi Nobel è che il cervello umano non segue tutto questo lungo percorso, bensì prende delle scorciatoie, che hanno chiamato euristiche.

Questi vari tipi di scorciatoie sono state studiate da Kahneman e da Vernon, le hanno chiamate euristiche perché si tratta di tutta una serie di euristiche, di scorciatoie che uno fa. Il cervello umano è stato costruito

così: se veniva il leone non si doveva pensare, ma solo scappare e basta. Si doveva disporre di scorciatoie del pensiero di questo genere.

E' interessante che, secondo me, noi dentisti cadiamo nello stesso comportamento con la diagnosi. Non perdiamo tempo. Poiché noi guadagniamo sulla terapia, non perdiamo abbastanza tempo, in generale, a fare la diagnosi – dovremmo farla da seduti, spiegando le cose etc. E invece...

Ma tant'è, il nostro cervello funziona così. La più classica delle teorie euristiche è quella temporale, del tipo: A è successo prima di B, e lì si stabilisce una relazione di successione temporale, quando magari non esiste nessun tipo di collegamento. L'altra è quella dell'ancoraggio. Ad esempio, la prima impressione è quella che conta. Io la vedo, lei mi sta antipatico e io valuto tutto quello che fa sulla base della prima informazione, che mi è ancora alle altre.

E ce ne sono diverse e interessanti che spiegano ad esempio come mai uno compra un'azione, quest'azione scende e invece di venderla tende a tenerla. Ma perché uno non vuole andare contro la sua decisione iniziale. L'altra cosa è che uno cerca, e in letteratura odontoiatrica lo può fare, solo le informazioni o la selezione di informazioni che gli danno ragione, ignorando le altre. Questo è classico di chiunque.

Ft:

Al liceo classico si fa logica teoretica. E una delle cose che ti insegnano è proprio fare questi tipi di collegamento, i cosiddetti sillogismi. Uno errato, poiché il termine di riferimento è ambiguo, è ad esempio "uccidere è reato, il macellaio uccide, il macellaio commette un reato". Questo esempio è classico, ma quello che diceva lei adesso è: "Adesso qui piove e in Australia cade una pera, quindi tutte le volte che cade una pera in Australia qui piove". Sono poi questi gli esempi che muovono molti dei ragionamenti che faceva. Assolutamente interessante.

Mb.

Perché spesso noi dentisti, come del resto tutti gli altri, prendiamo queste scorciatoie.

Ft:

Lei ha fatto la scuola odontotecnica di base. E' veramente un caso a sé.

Mb:

In effetti siamo rimasti in pochi che proveniamo dalla formazione odontotecnica. Una delle mie teorie, forse strampalata, è che uno dei problemi italiani consista nel fatto che la cosiddetta classe dirigente abbia una formazione classica e non scientifica, per cui fa degli ottimi ragionamenti formali, ma mette sullo stesso piano, perché non li sa distinguere, determinati concetti che non sono sullo stesso piano dal punto di vista scientifico. Non è un caso che i metodi Stamina e Di Bella siano un prodotto italiano. In entrambi i casi, da una parte c'era il metodo rigoroso e la scienza, dall'altra la sedicente, e soprattutto seducente, libertà di cura. Solo uno che non conosce nel merito l'argomento mette tutto sullo stesso piano.