



## Andrea Edoardo Bianchi

**S**u idea del direttore scientifico, professor Enrico Gherlone, anche quest'anno Doctor Os ospiterà interviste a rappresentanti della libera professione, e quindi ai suoi referenti principali, per parlare dello stato dell'arte della conoscenza scientifica e del loro rapporto con i cittadini e con l'accademia.

### Come considera la libera professione italiana e come la colloca nella scala dell'eccellenza sanitaria nazionale?

È indiscusso che l'odontoiatria italiana sia un'eccellenza in ambito internazionale e ciò è testimoniato dal fatto che negli ultimi 20 anni le più prestigiose riviste scientifiche impattate hanno pubblicato articoli di universitari o liberi professionisti italiani. Tutto ciò non può che avere una ricaduta nella scala di eccellenza nazionale che, pur riconoscendo l'apporto della ricerca di base di tanti centri illustri nel nostro paese, non può non tenere conto delle capacità e della professionalità degli operatori del sistema odontoiatrico che in questi anni hanno fornito un grande contributo elevando l'odontoiatria da "cenerentola" a specialità con una dignità non inferiore a tutte le altre.

### L'odontoiatria italiana negli ultimi tempi, forse per merito di alcuni dirigenti nazionali, sembra abbia raggiunto una maggiore coesione. Secondo lei anche il rapporto fra libera professione e università ha avuto lo stesso trend?

A mio avviso il rapporto tra queste due realtà ha avuto negli ultimi anni un avvicinamento addirittura inaspettato. Il percorso già in fieri è stato accelerato da illuminati dirigenti a

#### CURRICULUM VITAE

Laureato in Medicina e Chirurgia presso l'Università degli Studi di Milano nel 1984, dove si specializza in Chirurgia dell'Apparato Digerente ed Endoscopia Digestiva nel 1989 e in Chirurgia Maxillo-Facciale nel 1994. Master triennale al Centro Interuniversitario di Ricerca su Biotecnologie per l'Ingegneria Biomedica nel 2003. Presidente della Società italiana di Chirurgia Orale e Implantologia nel biennio 2010-2012. Nell'anno successivo consegue l'idoneità a Professore Associato con Abilitazione Scientifica Nazionale. Titolare dell'Insegnamento di Parodontologia presso il CLID dell'Università Vita-Salute San Raffaele di Milano. Responsabile del Reparto di Parodontologia I dell'Istituto Stomatologico Italiano e, dal 2014, Presidente di questa prestigiosa Istituzione.

livello nazionale ma anche dall'acquisizione da parte dell'Accademia di personaggi della libera professione. Anche le più importanti società scientifiche nazionali di settore hanno contribuito ad unire le due realtà, sia comprendendo nei propri soci attivi professionisti di entrambe, sia favorendo il dialogo e il confronto in ambiti congressuali.

### Sapendo che i fondi sanitari integrativi del servizio sanitario nazionale sono regolamentati da una legge dello stato, cosa pensa del terzo pagante? Questo strumento normativo ha effettivamente facilitato o faciliterà l'accesso alla poltrona odontoiatrica?

La legge che regola l'attività dei fondi integrativi è stata un'evoluzione naturale per arrivare a normare l'introduzione di un terzo pagante a sostegno della spesa odontoiatrica dei propri iscritti. Ciò che si ravvisa è che l'idea originaria, in cui i fondi integrativi di categoria dovevano sostenere le spese in ambito odontoiatrico dei propri lavoratori, ha subito l'influsso di assicurazioni e altri enti privati che, in base a studi statistici, hanno messo in atto un meccanismo di selezione, ma anche di competizione, che determina in molti casi un allineamento dei rimborsi delle prestazioni al ribasso. Ma l'atto medico non può e non deve essere considerato come una merce per nessun motivo; se dovesse passare questo modo di pensare il danneggiato non potrà che essere il cittadino.

### Le Raccomandazioni Cliniche del Ministero della Salute definiscono criteri di appropriatezza clinica, tecnologica e strumentale per garantire ai cittadini-pazienti la qualità delle prestazioni e una maggiore tutela della salute. Secondo lei è possibile conciliare qualità e costi?

La stesura delle Raccomandazioni Cliniche in odontoiatria è un processo che negli anni più e più volte il Ministero aveva cercato di adempiere sollecitando e declinando le parti interessate a comporlo e che purtroppo è andato a vanificarsi per interessi banalmente non concordanti tra gli operatori del settore. Solo in questi ultimi anni l'indicazione del Ministero di affidare questo difficile compito a persone accreditate trasversalmente ha permesso di mettere allo stesso tavolo tutte quelle componenti che avrebbero dovuto esprimersi coerentemente per arrivare a definire dei protocolli che non fossero l'espressione del "gold standard

odontoiatrico” ma che potessero essere recepite e assimilate dall’intero mondo professionale e semmai indicare quella soglia al di sotto della quale non si dovrà andare nella tutela del paziente. Rimane inteso che la compilazione di protocolli per ogni singola prestazione specifica delle singole branche non potrà mai interpretare il consenso indiscusso dell’eterogeneo mondo odontoiatrico. Ritengo che il licenziamento delle Raccomandazioni non possa che essere il trampolino di lancio per fornire un’indicazione agli odontoiatri nel senso del “ben operare” senza nulla togliere all’apporto positivo che la professionalità individuale potrà comunque fornire. Tutto ciò non può che portare a un miglioramento delle prestazioni e quindi della salute del paziente. Qualità e costi dovranno essere riconsiderati anche alla luce di queste indicazioni ministeriali, dopo un’appropriata autovalutazione del proprio operato e, se necessario, un aggiornamento degli standard della propria attività personale, in modo da raggiungere un congruo equilibrio e definire un corretto margine di profitto.

#### La crisi economica e l’aumento dell’età media hanno modificato le richieste dei pazienti?

La crisi economica ha modificato innanzitutto la possibilità di gran parte della popolazione di interessarsi alla propria salute. Se la soglia di povertà è in costante aumento, se anche la fascia che si riteneva benestante ora non ha più certezza sul risparmio, se all’improvviso si perde l’occupazione o non c’è possibilità di assentarsi dal lavoro con permessi, è impensabile che il nostro comparto non ne risenta. In questo momento di grande incertezza l’attenzione della popolazione è volta alla sopravvivenza piuttosto che al vivere bene e si guarda in altre direzioni piuttosto che alla salute o ancor di più all’estetica. Per quanto riguarda l’età media, la popolazione italiana è destinata ad invecchiare gradualmente: nei prossimi decenni gli ultrasessantenni continueranno ad aumentare e la popolazione femminile tra gli ottanta e i novant’anni avrà un incremento importante. È quindi bene considerare che affluirà nei nostri studi un numero sempre maggiore di pazienti meno collaboranti, che facilmente saranno condizionati da problematiche psicofisiche con gravi cronicità. Inoltre questa fascia di popolazione avrà in gran

parte capacità economiche ridotte. Di conseguenza l’offerta riabilitativa che potremo proporre sarà necessariamente orientata verso terapie non protratte nel numero di sedute e nei tempi alla poltrona; il professionista dovrà essere sempre più attento alla “fragilità” di questi pazienti dedicando maggiore tempo a coordinarsi con il medico di base o con altri specialisti, come anche essere in grado di interfacciarsi più agevolmente con strutture istituzionali, presenti sul territorio, qualora necessiti di supporto per alcune terapie previste nel piano di trattamento. Dunque ci si dovrà indirizzare verso terapie protesiche di semplice realizzazione: cure conservative con tecniche adesive, protesi totali implantosupportate tipo overdenture. La sostenibilità di queste cure, a mio avviso, necessiterà anche del supporto delle tecnologie, per contrarre i tempi di esecuzione e i conseguenti costi.

#### Il “turismo odontoiatrico” e le cliniche low cost hanno influenzato i normali protocolli terapeutici?

Turismo odontoiatrico e cliniche low cost sono due realtà completamente diverse, anche se sinergiche nella crisi dell’attività professionale di tanti studi privati. Il turismo odontoiatrico, qualora non preveda l’indirizzo di pazienti verso centri eticamente non accettabili per l’aggressività delle terapie, è un fenomeno determinato dal fatto che in altri paesi europei i costi di gestione dello studio professionale e la pressione fiscale sono assolutamente più bassi. Molti di questi centri sono in grado di erogare terapie di buon livello utilizzando materiali e tecnologie qualificate. Individuo in questo caso la criticità nel fatto che non sempre i piani di trattamento complessi sono realizzabili in tempi ridotti, se non con grandi compromessi, e inoltre che queste terapie necessitano comunque a breve, medio e lungo termine di controlli. La distanza del paziente dal centro a cui si affida va troppo spesso a discapito della sopravvivenza della riabilitazione eseguita, sia perché il paziente rimane abbandonato a se stesso senza un adeguato recall di mantenimento e controllo, sia perché ogni qual volta necessiti di un supporto per un problema non trova facilmente nel luogo di origine interlocutori, sia per soggettiva disponibilità che per oggettiva difficoltà nel reperire le componentistiche necessarie nel singolo caso. Diversi, invece, sono i centri low-cost presenti sul territorio nazio-

nale che, grazie alla ragione sociale, hanno una pressione fiscale diversa e godono di normative che permettono un impatto mediatico efficace, strutturato sulle basi del marketing. I due elementi agevolano già di per sé l’amplificarsi di questo fenomeno; inoltre, non è così intuitivo come possa essere così alto il profitto di queste società se vengono soddisfatti gli standard di qualità delle prestazioni e dei materiali utilizzati, il rispetto delle regole igienico-sanitarie e degli adempimenti normativi, la congrua remunerazione degli operatori che lì lavorano. Voglio con forza sottolineare che l’approccio alla professione odontoiatrica esclusivamente sotto il profilo del costo della prestazione ridotto all’acquisto di un prodotto di consumo è assolutamente anacronistico e riduttivo se si vuole tutelare realmente il paziente.

#### Cosa pensa dell’odontoiatria mini invasiva? Moda o esigenza? Prevenire stress e ansia della seduta dal dentista può garantire un maggior accesso alle cure?

L’individuazione di tecniche mini invasive è stata mediata inizialmente dalla chirurgia generale con l’approccio endoscopico e in seguito da altre chirurgie specialistiche, come la chirurgia vascolare, per diminuire la morbilità del paziente e quindi anche il costo gestionale dell’ammalato. Specialità come la chirurgia plastica e l’odontostomatologia necessitano in modo importante di un tale indirizzo proprio per la specificità del distretto coinvolto. Tecniche flapless diminuiscono il dolore post operatorio, l’edema dei tessuti e le complicanze post intervento; altrettanto vero è che, in generale, le tecniche a “cielo chiuso” sono più complesse da eseguire e necessitano di operatori esperti e di curve di apprendimento lente e graduali. Auspico che questo indirizzo terapeutico possa proseguire con il supporto delle aziende nella diagnostica strumentale e nella chirurgia computer assistita, ma con la consapevolezza del mondo professionale che l’introduzione di nuove tecnologie deve essere cauta, controllata nei risultati, rispettosa della salute del paziente. Certamente protocolli mini invasivi possono determinare una prevenzione dell’ansia della seduta odontoiatrica, ma allo stesso modo ritengo fondamentale il rapporto umano medico-paziente sulle basi della correttezza e della stima reciproca.