Gaetano Calesini

Su idea del direttore scientifico, professor Enrico Gherlone, Doctor Os ospiterà quest'anno 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?

Personalmente ho avuto la possibilità di osservare il cambiamento dell'odontoiatria italiana, nell'arco degli ultimi quarantasei anni, dalla posizione privilegiata data dalla contiguità con professionisti di alto profilo che hanno rappresentato per decenni i punti di riferimento nazionale e che hanno dato l'esempio anche fondando e/o contribuendo alla crescita di alcune delle sedi universitarie più prestigiose e/o di società scientifiche riconosciute fra le migliori.
La presenza di queste punte di diamante sia nella libera professione sia nell'ambito universitario, unitamente all'istituzione del corso di laurea in odontoiatria, ha dato luogo ad un circolo virtuoso che nel corso degli ultimi tre decenni ha totalmente rivoluzionato la qualità dell'odontoiatria nazionale. Devo poi riconoscere che la naturale tendenza all'eccellenza degli italiani ha fatto il resto; oggi possiamo dire, senza timore di essere smentiti, che la qualità dell'odontoiatria italiana e della sua ricerca scientifica è assolutamente un punto di riferimento per gli altri paesi.

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?

Sì, sono convinto che la categoria sia più unita rispetto al passato; questo è un bene per tutti poiché solo uniti possiamo pensare di migliorare la nostra posizione professionale fornendo, nel contempo, il nostro contributo alla società italiana per superare l'attuale crisi.
Per quanto riguarda il rapporto fra libera professione ed università, le interazioni e le sinergie sono aumentate esponenzialmente negli ultimi anni, sia all'interno delle società scientifiche, sia nei programmi dei congressi e nelle commissioni scientifiche sia, infine, nei corsi master di aggiornamento post universitari la cui offerta cresce di anno in anno. Personalmente sono particolarmente contento di questa nuova situazione poiché credo che la formazione continua debba essere di tipo multidisciplinare e gestita in ambito istituzionale; questo è il motivo per cui, circa otto anni fa, ho interrotto la mia attività didattica con i corsi privati.

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?

Il rapporto del Censis del 5 giugno 2012 stima che la sanità integrativa coinvolge circa 6 milioni di iscritti ai Fondi e oltre 11 milioni di assistiti; i Fondi esistenti sono varie centinaia e ad oggi sono circa 300 quelli iscritti all'Anagrafe dei Fondi presso il Ministero della Salute. Partendo da questi dati è chiaro che il processo è ormai irreversibile e che quindi è opportuno, per gli odontoiatri, contribuire a gestirlo in maniera costruttiva piuttosto che subirlo passivamente. Ricordiamo però che questo strumento, se da un lato facilita l'accesso alle cure odontoiatriche dall'altro, nei paesi in cui il terzo pagante è operativo da decenni (gli Stati Uniti d'America per esempio) ha grandemente contribuito all'abbassamento ed all'appiattimento della qualità media delle prestazioni erogate; occhi aperti dunque…

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?

In linea generale, alla luce delle vicende emerse dagli scandali degli ultimi anni e pensando al sistema sanitario nazionale in generale, lo stato sicuramente non riesce a conciliare qualità e costi. Se poi ci riferiamo all'odontoiatria la percentuale di italiani che si rivolge al sistema sanitario nazionale oscilla a seconda delle fonti dal 2 all'8%, una quota miserrima del mercato! Detto ciò sarebbe auspicabile che lo Stato, in questo momento difficile, a fronte degli investimenti economici e temporali necessari per riorganizzare gli studi ed i protocolli secondo le raccomandazioni ministeriali, riconoscesse ai professionisti almeno sgravi ed agevolazioni fiscali, considerando che ciò produrrebbe benefici a vantaggio dei

cittadini utenti. Comunque, per concludere, sono finiti i tempi in cui gli odontoiatri compravano di tutto solo per il piacere di "provare" un nuovo prodotto o una nuova attrezzatura; oggigiorno non solo è possibile, ma indispensabile ottimizzare i costi di gestione in relazione alle risorse disponibili minori rispetto al passato.

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

È sempre difficile generalizzare; la crisi economica non interessa in egual misura tutta la società, le fasce socioeconomiche più deboli sono quelle maggiormente colpite. Gli studi che curano le classi meno abbienti hanno maggiormente risentito della crisi e per questo motivo devono cercare nuove strategie di gestione.
Inoltre, l'aumento dell'età media dei pazienti rappresenta per gli odontoiatri non un danno ma una notevole risorsa; i pazienti over 60 sono infatti mediamente più motivati ed attenti, hanno maggiori risorse temporali ed economiche da dedicare alle terapie e, generalmente, apprezzano più di un paziente "giovane" il nostro impegno ed il risultato del nostro lavoro.
Riguardo alle richieste dei pazienti, esse sono la gran parte delle volte influenzate dalla non conoscenza del problema o da proposte terapeutiche formulate da colleghi consultati prima di noi. È nostra responsabilità informare correttamente il paziente spiegandogli che l'obiettivo prioritario è, quando possibile, conservare quanto esiste piuttosto che affrontare costose terapie restaurative con impianti e/o protesi fisse; il costo della prevenzione delle malattie orali è infatti assai modesto e potenzialmente accessibile a tutte le fasce socioeconomiche. Le terapie protesiche, che rappresentano la fase più onerosa economicamente, possono essere procrastinate a tempi migliori e devono, comunque, essere subordinate al ripristino dello stato di salute orale; protesi parziali rimovibili a basso costo (ma ben progettate ed eseguite) possono rappresentare sia un'ottima protesi ad interim in attesa di poter intraprendere terapie più complesse e costose, sia una buona soluzione come protesi definitiva.

Il "turismo odontoiatrico" e le cliniche low cost hanno influenzato i normali protocolli terapeutici?

È noto come, nei periodi di crisi, la confusione generale venga alimentata da preoccupazioni e comportamenti irrazionali che tendono ad occultare le soluzioni dei problemi. I dentisti non sfuggono a questa regola generale e l'allarme relativo al turismo odontoiatrico è stato strumentalizzato dai mass media, rappresentando le nostre preoccupazioni motivate dalla difesa degli interessi di categoria piuttosto che dalla difesa della salute dei cittadini italiani. La rilevanza che stiamo dando al fenomeno ha prodotto una formidabile cassa di risonanza che lo sta alimentando e promuovendo. Il turismo odontoiatrico non è cosa nuova: ricordiamo tutti i torpedoni diretti in Olanda e sappiamo che il fenomeno si è estinto spontaneamente (non sono state certo le campagne d'informazione a debellarlo...).
Le cliniche low cost che assumono personale clinico scarsamente qualificato che, per contratto, deve "curare" quattro pazienti l'ora sono un fenomeno destinato a produrre in breve tempo più patologia orale di quanto non riescano a fare nel medesimo periodo carie e malattia parodontale...sono quindi anch'esse un fenomeno temporaneo destinato a scomparire grazie al passaparola delle "vittime".
Molti colleghi invocano una campagna d'informazione di massa ma, secondo il mio punto di vista, la vera campagna d'informazione nei confronti dei cittadini italiani deve essere fatta da ciascuno di noi, nel proprio studio, nella propria realtà, dedicando il tempo e l'impegno necessari per informare e curare i pazienti che già si hanno, piuttosto che pensare a quelli che si vorrebbero avere. Solo migliorando costantemente i protocolli terapeutici ed innalzando gli standard qualitativi possiamo differenziarci e conquistare il posto che ci compete nel mercato, per merito, non per "diritto".

Cosa pensa dell'odontoiatria mini invasiva? Moda o esigenza?

È bizzarro osservare come periodicamente si "riscoprano" delle antiche, anzi antichissime regole, e semplicemente rinominandole con neologismi si pensi di aver inventato qualcosa. "Primum non nocere" è un brocardo che tutti abbiamo imparato nei primissimi anni di formazione universitaria e non riguarda soltanto l'evitare danni iatrogeni; esso è applicabile quotidianamente in ogni circostanza della nostra esistenza oltre ad essere uno dei pilastri su cui è fondata la bioetica. Risulta quindi quasi pleonastico ribadire che l'odontoiatria mini invasiva non rappresenta né una novità nè una moda ma solo una delle opportunità fornite dalla merceologia. Di fatto i criteri di scelta di una terapia sono fondati, e sempre saranno, sul concetto di massimo risparmio biologico: una regola morale prima ancora che clinica.

Prevenire stress e ansia della seduta dal dentista può garantire un maggior accesso alle cure?

Amo quest'ultima domanda poiché mi fornisce l'opportunità di ribadire un concetto fondamentale per il successo professionale e per l'immagine dell'intera categoria. Un dentista sensibile e preparato non genera stress nel paziente; egli rappresenta, di per sé, la miglior terapia ansiolitica per i pazienti ed il veicolo di promozione più efficace per promuovere l'accesso alle terapie odontoiatriche. È vero che esistono pazienti odontofobici ma, quando si indaga bene nella loro storia clinica, si trova sempre un episodio legato ad un precedente rapporto con un clinico scarsamente sensibile e/o preparato. Trovo indispensabile assumerci la responsabilità di quanto successo anche altrove ed in passato a quel particolare paziente aiutandolo, con tecniche di counselling, a ritrovare la fiducia nella medicina e nell'odontoiatria. Penso sia parte delle responsabilità del clinico sviluppare parallelamente alla competenza professionale le doti di empatia che gli consentano di controllare e ridurre il proprio livello di ansia e, di conseguenza, quello dei pazienti che a lui si affidano.

GAETANO CALESINI

Diplomato in Odontotecnica, laureato in Medicina e Chirurgia, specializzato in Odontoiatria e Protesi Dentaria presso La Sapienza Università di Roma.
Ha svolto attività didattica presso l'Università degli Studi di Roma Tor Vergata e l'Università degli Studi di Chieti Pescara Gabriele D'Annunzio; attualmente collabora attivamente con l'ateneo Vita-Salute, San Raffaele di Milano.
Past President dell'Accademia Italiana di Odontoiatria Protesica, socio attivo della Società Italiana di Osteointegrazione, della American Academy of Osseointegration e della Pierre Fauchard Accademy, socio onorario SICOI.
Relatore in numerosi congressi in Europa, USA ed Asia, ha pubblicato lavori scientifici su riviste nazionali ed internazionali. Coautore dei libri "Implantologia Orale" ed "Implantoprotesi. Il ripristino dell'omeostasi orale tramite restaurazioni singole", per le Edizioni Martina Bologna.
Fa parte del comitato scientifico di numerose riviste.
È libero professionista in Roma con attività dedicata all'odontoiatria protesica, collabora con specialisti in altre discipline alla risoluzione di casi particolarmente complessi.

Ascolta l'intervista