

GIORGIO BERCHICCI

IL NESSO TRA BIOETICA E ODONTOIATRIA

E se, nel futuro prossimo, fosse un robot a curare i nostri denti?¹ E se tutta l'attività pratica dell'Odontoiatra fosse gestita da strumenti tecnologicamente abili e al Medico fosse lasciata solo l'attività diagnostica e l'impostazione del piano di cura? D'altronde, con il camice lungo, i guanti sterili o non, gli occhialoni, mascherina, cappello, non sembra forse che il Medico si presenti come un robot? E, ancora, un robot che esegue prestazioni mediche o odontoiatriche, seguendo le indicazioni di un Medico o un Dentista, potrà essere per esempio accusato di esercizio abusivo di pratica medica o di pratica odontoiatrica?

Che l'Odontoiatria sia una delle specialità meno tecnologiche della Medicina è un fatto ormai acquisito dal mondo scientifico, e non solo. La figura del dentista appare ancora come quella di un artigiano che, con il trapano a turbina, il traumatico micromotore e con strumenti manuali da oreficeria, recupera i nostri cari denti. È lui il custode del nostro sensazionale sorriso, è il Medico che apre le porte del benessere all'Uomo, il restauratore che ci consente, è il caso di dire, un equilibrio naturale. È il dentista a sovrintendere all'oralità, intesa non solo come capacità di riferire fatti e esperienze visute, ma anche a riparare (mettere a riparo, aggiustare, riporre e, di nuovo, custodire) i nostri *je e moi*²: è il primo ad aver compreso come un bel sorriso sia una porta aperta alla disponibilità, all'accettazione dell'altro e così via³.

-
- 1 Al Mindwinter Meeting di Chicago, che si è concluso il 23 Febbraio 2019 sul futuro dell'Odontoiatria digitale un posto d'onore è spettato al primo robot progettato e realizzato per sostituire il Dentista nella cura dei denti, mentre Dentsply Sirona ha presentato uno scanner intraorale per la presa delle impronte dentali, mentre Raysacn 3D Edge consente di acquisire le scansioni del viso oltre che delle arcate dentarie.
 - 2 J. Lacan, *Seminari*, Einaudi, Torino 2002.
 - 3 Viviamo oggi nella società della comunicazione ed è, questo, un potere che non conosceamo. "La società della comunicazione è caratterizzata da ininterrotti flussi informativi nei quali tutti siamo continuamente immersi" (S. Rodotà, *Foucault e le nuove forme del potere*, Biblioteca di Repubblica, Roma 2011).

Stiamo vivendo la più importante rivoluzione della storia dell'Umanità, la rivoluzione biotecnologica. La Medicina non sarà più la stessa nel giro di pochissimi anni: tecniche sempre meno invasive modificano la percezione corrente della Chirurgia. Inutile enumerare anche i progressi innegabili della farmacologia (siamo nell'era degli anticorpi monoclonali, utilizzati sia come antitumorali, visto che sembrerebbero essere più efficaci ed efficienti della chemioterapia tradizionale, che in diversi altri ambiti terapeutici), della genetica, della farmacogenomica e della farmaco-produzione avanzata. Un notevole impulso riguarderà anche la diagnostica molecolare, che sta influenzando sia lo sviluppo dei nuovi farmaci che la selezione dei pazienti. La diagnostica molecolare promette di semplificare le decisioni, riducendo le incertezze circa la scelta di un trattamento. Quello che oggi sembra essere un protocollo scientifico particolarmente avanzato sarà, domani, la semplice ordinaria amministrazione. Difficile non pensare, inoltre, all'uso delle staminali, che – se pure sembrano essere in una sorta di quiescenza per la ricerca – si gioveranno anche del controllo radiologico di massima precisione, un po' quello che oggi è la laparoscopia guidata da un'ecografia: per così dire si entrerà sempre più in officina, e sempre meno in corsia. Ma la dimostrazione del continuo sviluppo della genetica e delle biotecnologie è anche nell'interesse che avvolge, per esempio, la Medicina di genere.

L'epistemologia è lo studio critico della natura e dei limiti della conoscenza scientifica. Si può parlare di conoscenza scientifica a partire dalla definizione del metodo scientifico, e la Medicina e l'Odontoiatria, che non sono scienze, vengono definite tecniche⁴ che si avvalgono di conoscenze scientifiche. Ma l'Odontoiatria, più della Medicina, è stata sempre più accomunata ad una tecnica piuttosto che a una disciplina di carattere scientifico, nonostante sia tra le poche ad aver contribuito in misura notevole alla considerazione della Filosofia della Scienza, delle sue articolazioni epistemologiche e delle sue implicazioni. Parliamo anche di Gnoseologia, cioè di filosofia della conoscenza, di quella cioè che ci indirizza verso l'apprendi-

4 Sul concetto di tecnica, e sulle sue implicazioni filosofiche, sarà opportuno ritornare agli inizi del XX secolo, quando Karl Jaspers fu tra i primi ad indagare sulla tecnica e su come questa possa divenire oggetto di indagine etica. Ma si deve a Martin Heidegger e alla sua Scuola (Hans Georg Gadamer, molto attivo anche a Napoli fino alla sua morte avvenuta alla splendida età di 103 anni, e soprattutto Hans Jonas, che di Gadamer fu allievo e che è stato autore di volumi come *Il principio Responsabilità*, *Il concetto di Dio dopo Auschwitz*, e il fondamentale *Tecnica, Medicina ed Etica, Prassi del principio responsabilità*) se lo studio di questo argomento ha assunto una rilevanza assoluta.

mento di concetti e nozioni essenziali per la nostra cultura. È una specialità relativamente giovane, che nasce nell'800 e resta sostanzialmente immutata, nei suoi aspetti artigianali di recupero dell'anatomia e della funzione masticatoria, fino ai nostri giorni.

Nonostante l'esistenza di una sorta di *conventio ad escludendum* messa in atto per diversi decenni, pur tuttavia riteniamo che anche per questa disciplina, da sempre autonoma, si debba parlare di conoscenza tecnico-scientifica. Le ipotesi etiologiche formulate nei riguardi di carie dentaria e parodontopatie, che sono le due malattie della bocca più diffuse e destruenti, non possono non subire un ingrato confronto in relazione con le più recenti acquisizioni biotecnologiche. Una volta acclarato che il problema della Odontoiatria classica, cioè di quella Odontoiatria che ancora oggi si professa ovunque, va inquadrato più nella conoscenza della evoluzione tecnologica che non nell'epistemologia in senso stretto, si scorge comunque il profilo di una nuova Odontoiatria che nasce dalle più recenti acquisizioni scientifiche su codice genetico, informatica, e tecnologie connesse alla cura e alla eliminazione delle malattie della bocca e dei denti. La nuova Odontoiatria sarà figlia, quindi, della necessità di realizzare l'essenza della ricerca e dello scopo⁵ della Medicina: la scomparsa delle malattie. Il ruolo sempre più rilevante che la Medicina ricopre nella società moderna comporta per i medici, oltre a una ovvia responsabilità professionale, anche il dovere di operare una costante autoriflessione sui propri principi e metodologie. Quanto al concetto di "guarigione" è da ritenere implicito che le pratiche medico-chirurgiche siano in linea di principio finalizzate alla guarigione delle malattie realmente in atto, ma non necessariamente raggiungono lo scopo, perché la malattia può evolvere verso la cronicizzazione o il peggioramento fino alla morte. Tutto questo vale anche per l'Odontoiatria, nel senso che anche l'Odontoiatra segue una scansione conoscitiva sovrapponibile a quella Medica, ma soprattutto non perde di vista l'essenza assolutamente specifica della disciplina odontoiatrica di saper coniugare una ricerca scientifica seria con una tecnologia che avanza sempre più, tanto da condizionare seriamente anche gli inquadramenti nosologici⁶. Sarebbe dunque che l'Odontoiatria si possa avvalere di procedimenti e valenze epistemologiche come guida nella quotidianità: si riuscirà a mantenere intatto il nostro patrimonio di conoscenza senza che sia alterato l'equilibrio culturale formatosi gradualmente nella nostra spe-

5 Cfr. CNB, *Scopi, limiti e rischi della Medicina*, 14 Dicembre 2001.

6 La storica classificazione delle pulpiti fu accantonata nel momento in cui si affermò la Tecnica di Schilder della condensazione della guttapercha.

cialità? Se assumiamo che l'epistemologia ha ragione di essere in quanto il patrimonio tecnico scientifico odontoiatrico si evolve continuamente, credo non si possa parlare di crisi della Epistemologia. Nello stesso tempo, è particolarmente evidente che l'Odontoiatria va assumendo una identità culturale che prima non aveva avuto.

1. *Identità*

Chi è in realtà la persona che siede sulla poltrona del riunito? Pensate sia possibile ricostruire la vita di un uomo “leggendo” i suoi denti, la bocca, il volto?⁷ E mi riferisco non solo alla sua storia sanitaria, ma anche al suo stile di vita, in breve alla sua identità⁸. Il valore simbolico della bocca e dei denti è straordinario, e le pubblicazioni su questo argomento non si contano. “Se si considera che l'immagine (della bocca) si completa con la mimica, con la tipicità della voce e l'articolato delle parole, risultano più che mai evidenti le potenzialità del dentista nell'arricchire di significato o irrimediabilmente compromettere l'aspetto del paziente e quindi la sua identità”⁹. Eviterò quindi richiami ben noti.

Sembra che il DNA dell'esercito di Gengis Khan sia ancora rintracciabile in almeno sette popoli di diverse regioni della Terra e questo significa che possiamo risalire a caratteristiche che, se pure suggeriscono una attrattiva inconsueta, sono in realtà il risultato di una genetica misconosciuta. Uno studio condotto dall'Università di Oxford e dall'University College London ha mappato le migrazioni di popoli e del loro DNA. Lo sviluppo della genomica ha aperto indiscutibilmente delle nuove prospettive terapeutiche per le malattie più incurabili, più devastanti finora conosciute che e che potranno forse essere individuate, prevenute e sconfitte grazie alla Medicina Predittiva, che consente di individuare le mutanti genetiche che possono virare in patologia.

Esiste una Società Scientifica di Medicina Predittiva e, da poco, ce ne è anche una di Odontoiatria Predittiva. Mi sembra molto divertente pensare che con una visita accurata della bocca e l'ausilio della Odontoiatria Predittiva ci sarà, in futuro, ben poco spazio per l'Odontoiatria come oggi la conosciamo e pratichiamo.

7 Un libro estremamente interessante è il “Dizionario fisiognomico. Il volto, le forme, l'espressione” di Giovanni Gurisatti, Quodlibet, Macerata 2006.

8 La cultura di un Uomo è la sua identità, ma anche l'Odontoiatria intesa nella sua globalità necessita di trovare una sua propria identità.

9 CNB, *Etica in Odontoiatria*, 2005.

Credo, infatti, che il Dentista sia il solo medico che riesca con facilità a “penetrare” nell’identità della persona, e nell’intimità della donna. Elizabeth Roudinesco¹⁰ è autrice di una bellissima biografia di Jacques Lacan. Sono numerose le pagine e le citazioni dedicate a una personalità di primissimo ordine nel panorama della filosofia contemporanea francese, Alexandre Kojève¹¹. Lacan ne fu allievo e collaboratore (così come lo fu del filosofo della scienza Alexandre Koyre¹²), e si deve a Kojève tra l’altro “il passaggio da una filosofia dell’io penso a una filosofia dell’io desidero introducendo una scissione tra je, luogo del pensiero o del desiderio, e moi, fonte di errore”.¹³ Lacan ha utilizzato moltissimo questa partizione di Kojève, che arriva ad affermare che l’Uomo è desiderio. Nei suoi seminari, e in uno in particolare, mette in relazione il je e il moi con la stupida categoria dei dentisti nel corso di una dissertazione sull’identità, che localizza proprio nella bocca. “La specie di gente che con notazione convenzionale definiremo i dentisti è molto sicura dell’ordine del mondo perché pensa che Cartesio abbia esposto nel Discorso sul metodo le leggi e i processi della chiara ragione. Il suo “penso, dunque sono”, assolutamente fondamentale per la nuova soggettività, non è così semplice come sembra a questi dentisti, e certuni credono di doversi riconoscere un puro e semplice gioco di prestigio”¹⁴.

“Il vero io non sono io”, afferma Lacan. È questa precisamente la posizione di misconoscimento che egli assegna all’io (moi) come formazione immaginaria distinta dal soggetto dell’inconscio (Je). L’io è un aggregato, una costellazione di identificazioni immaginarie la cui costituzione Lacan cerca di istituire proprio nel cosiddetto stadio dello specchio¹⁵.

La Biometria viene generalmente indicata come una tecnica di identificazione, ma è anche una sorta di strumento di controllo sociale. Il controllo avviene per il tramite di cittadinanza, politica delle immigrazioni, servizi sociali, Medicina e servizio sanitario. Ma è un elenco non completo. È assurda

10 E. Roudinesco, *Jacques Lacan. Profilo di una vita*, Raffaello Cortina Editore, Milano 1995.

11 La vita di Kojève è davvero avvincente, ebreo russo cresciuto nella Parigi del primo dopoguerra, fu filosofo della scienza, senza un franco per mangiare. Fu aiutato da alcuni importanti personalità della cultura francese, e inserito nel corpo diplomatico. Morì a Bruxelles nel 1968, mentre rappresentava la Francia in una conferenza diplomatica.

12 Alexandre Kojève, filosofo della scienza russo, allievo di Soloviev, naturalizzato francese, si era rifugiato in Francia dopo l’avvento del comunismo in Russia.

13 E. Roudinesco, *Jacques Lacan. Profilo di una vita*, cit., p. 113.

14 J. Lacan, *Seminario libro II*, Einaudi, Torino 1991.

15 M. Recalcati, *Il vuoto e il resto*, Mimesis, Milano 2013.

all'onore delle cronache dopo le decisioni prese dagli Stati Uniti all'indomani dell'11 Settembre. Decisero di identificare persino la popolazione migrante sembra siano circa 4 milioni le persone che ogni giorno si muovono negli aerei di linea), hanno cominciato ad usare l'iride oltre che le impronte digitali; hanno ipotizzato l'obbligatorietà di microchip sotto pelle e, ovviamente, cercano di intercettare le variazioni estetiche e funzionali che possono alterare i tratti somatici del viso. Gli Odontoiatri, quindi, sono estremamente interessati alle ragioni dell'etica e della Biometria: basta una protesi mobile completa superiore per trasformare i tratti somatici di una persona! Siamo alle prese con una nuova fisiognomica, che si trasforma in conseguenza delle necessità di identificazione. Un breve inciso: il filosofo Giorgio Agamben, in un articolo scritto ormai diversi anni or sono sul quotidiano La Stampa, afferma che ci sono oggi più leggi limitative della libertà personale che non durante il fascismo. Questo perché si giustificano le limitazioni di libertà individuali con la necessità di una efficace lotta al terrorismo. Segreto bancario, telecamere in spazi pubblici e privati, telefonia, carte di credito, codice fiscale sono tutti strumenti di controllo individuale e collettivo. E Michel Foucault, che tra i tanti meriti ha avuto anche quello di essere stato tra i primi a scrivere di Biopotere, Biopolitica e Biodiritto, è stato tra i primi a sottolineare uno degli aspetti più paradossali della Biopolitica: le stesse tecniche che sono adoperate per proteggerci da terrorismo, furti, rapine, sono adoperate anche per ostacolarci e controllarci. Ma questa nuova fisiognomica è dettata anche dalla evidenza di una maschera che può coprire l'identità.

Se Edgar Morin è il filosofo della complessità, colui che ci ha illustrato le dinamiche insite in una società aperta e complessa, crediamo che anche l'identità individuale sia formata, condizionata e spesso trasformata dalla complessità delle vite che viviamo. Allora, che relazione può esserci tra identità e benessere in una società complessa come la nostra? Come può essere definito il benessere quando la vita di ognuno di noi è segnata da ritmi e stress inimmaginabili fino a pochi anni or sono? E quando si parla di "crisi di identità", cosa intendiamo con precisione, dal momento che la nostra identità può subire capovolgimenti inattesi e a volte destruenti?

Parafrasando il titolo di un fortunato volume collettaneo a cura di D. Sicondulfo¹⁶, il benessere è diventato una sorta di religione laica della borghesia, che dopo aver abbandonato i sogni legati al '68 si è ritrovata nel suo privato, purtroppo senza valutare attentamente le accelerazioni di una società sempre più tecnologica e precaria.

16 D. Sicondulfo, *Sociologia del benessere. La religione laica della borghesia*, Franco Angeli, Milano 2011.

Ecco, il medico è chiamato oggi a interpretare i cambiamenti della società che necessariamente si riflettono sulla vita dei propri pazienti, a dare loro una dimensione sintomatologica se non patologica, a curare disturbi dell'anima che si estrinsecano nel corpo. Che cos'è il teatro se non pensiero, anima che si fa corpo? E che cos'è il Medico se non colui che è chiamato a interpretare la "parte" che il paziente interpreta?

Interrogarsi su chi è realmente la persona che ci ha chiesto di essere visitata, rappresenta oggi la base essenziale su cui distribuire la classica partizione semeiologica utilizzata per raggiungere la diagnosi. Di più, la maschera che spesso si osserva sul volto del paziente non va sollevata: sarà lui, se lo riterrà opportuno, ad abbassarla. A noi il compito arduo di non far capire di aver capito.

Intanto iniziano a levarsi i primi allarmi sulla forte riduzione del numero dei Medici nella nostra Nazione, riduzione che riguarderà soprattutto i Medici di base. Si scorge il profilo di figure professionali più definite di quanto siamo abituati: quella di un professionista della salute orale con una grande preparazione in oncologia medica e chirurgica, in genetica e in immunologia, che si occuperà non solo e non tanto di protesi o di patologie orali dall'etiologia piuttosto dubbia, quanto di una corretta analisi computerizzata di tutto l'apparato stomatognatico. E quella di un Medico che sarà non più l'isolato e riservato punto di riferimento della nostra salute ma il Manager dotato di elevatissime competenze che ci sorveglierà avvalendosi di tutti i più moderni strumenti biotecnologici a disposizione. Ad entrambi l'opportunità di confrontarsi anche con il biopotenziamento¹⁷, un neologismo che fa paura per i numerosi significati intrinseci e per le complesse implicazioni insite nel termine.

Si materializzano sul nostro orizzonte una Medicina, e una Odontoiatria, sostanzialmente diverse da quelle a cui ci eravamo abituati: ripeto, non è più il tempo del Medico e del Dentista che trascorrono una vita professionale solitaria, e ricevono i pazienti nei loro studi monoprofessionali: ci avviamo tutti, guidati da una legislazione ad hoc, verso una Medicina strutturata, sul modello di Cliniche polispecialistiche nelle quali la salute dei Cittadini è monitorata e salvaguardata da algoritmi appositamente elaborati: non ci sarà più spazio per diagnosi su cui discutere o per terapie inappropriate o per indicazioni inadeguate: l'algoritmo non farà errori e il codice genetico svelerà ogni predisposizione individuale o familiare.

17 Medicina Potenziativa art. 76 del Codice Deontologico in vigore, volta non a curare ma a migliorare lo stato di benessere, sino a superare gli stessi limiti della natura.

Toccherà a tutti i Medici il controllo continuo, costante dell'aggiornamento professionale, ricordando che esso rappresenta un obbligo giuridico e deontologico che tutti dobbiamo assolvere

I provvedimenti riguardanti le libere professioni dovranno includere interventi che vanno dal lavoro alle pensioni, per ribadire che i professionisti devono avere maggiori possibilità di crescita e soprattutto rappresentare una migliore opportunità di lavoro per il futuro dei giovani, dando nuovamente linfa vitale all'ascensore sociale ed alla classe media oggi in gravissima sofferenza. I professionisti hanno dimostrato di sapere interpretare le dinamiche imposte dall'innovazione tecnologica e dalla digitalizzazione e tutti quei cambiamenti che stanno intervenendo nell'economia; tuttavia nel settore odontoiatrico insistono problematiche peculiari che ostacolano lo sviluppo del modello professionale ed il ricambio generazionale.

2. Una panoramica sull'attualità della professione odontoiatrica

È forte l'esigenza di intervenire rispetto alle dinamiche del lavoro del libero professionista ed a tutti gli aspetti ad esso correlati promuovendo un perfetto allineamento alla normativa vigente ed una regolamentazione che, da una parte, incrementi la salvaguardia della salute nel rispetto dell'art. 32 della Costituzione e dall'altra consenta lo sviluppo del modello professionale dell'odontoiatra. Tutto ciò in sintonia con le attuali e future occorrenze, ferma restando la centralità del rapporto medico paziente, impedendo la forma impersonale e commerciale di una professione medica.

necessità di aprire una fase di studio ed approfondimento sul tema del lavoro nella libera professione odontoiatrica. Per consentire l'inquadramento del tema riportiamo di seguito una serie di contenuti e considerazioni che potrebbero costituire il punto di partenza per sviluppare proposte di razionalizzazione ed innovazione del comparto odontoiatrico.

3. Proposte per un adeguato livello di salute orale e di rilancio del settore odontoiatrico

In Italia permane un elevato bisogno di cure odontoiatriche, rilevato anche dai dati di ricerche epidemiologiche effettuate dall'OMS (Organizzazione Mondiale della Sanità). Nonostante l'esigenza di salute si evidenzia

un netto calo degli accessi alle prestazioni, legato anche alla persistente crisi economica e di fiducia presente nel nostro Paese che molti istituti di ricerca, tra cui anche Istat, hanno quantificato nel 17% dal 2009 ad oggi. Un calo di domanda di prestazioni odontoiatriche che ha toccato punte drammatiche nel settore della protesi con una riduzione (fonte So.Se.) dell'81%. Infatti gli interventi odontoiatrici si caratterizzano sempre di più con interventi di odontoiatria d'urgenza, quasi che le prestazioni "non d'urgenza" (prevenzione, conservativa, protesica, impianti, eccetera) non costituissero elementi fondamentali di una adeguata e duratura salute orale.

È pertanto necessario da un lato operare con organiche e coordinate politiche di intervento per promuovere la salute e quindi incentivare la domanda di prestazioni preventive, ma contemporaneamente sostenere l'offerta di beni e di servizi dell'intero sistema. Si tratta cioè, da un punto di vista economico e produttivo, di far uscire il sistema dentale italiano dalla crisi strutturale in cui versa fin dall'inizio del 2000 e che si è ulteriormente aggravata con il permanere dell'attuale crisi economica.

Dal punto vista sanitario è necessario garantire un adeguato livello di salute orale alla popolazione, soprattutto a quella più indigente e fragile, visto che solo il 35-40% di essa si reca di norma almeno una volta all'anno dal dentista: misure economiche per promuovere la salute orale ed incentivare la domanda. L'ipotesi principale proposta riguarda l'introduzione di benefici fiscali in termini di maggiori deduzioni di imposta a vantaggio del paziente (come avviene nel settore dell'edilizia per fare un esempio) per favorire l'accesso alle prestazioni odontoiatriche, per una appropriata gestione non solo della salute orale ma anche di quella generale. Una tale operazione, che comporta un maggior aggravio per il bilancio statale, sarebbe ampiamente compensata dal recupero e dall'ampliamento della base imponibile. La determinazione della percentuale di maggiore deduzione fiscale dovrebbe avvenire attraverso un confronto tra le rappresentanze del sistema dentale e Governo, al fine di rendere compatibile l'intervento fiscale con l'esigenza di incentivare la domanda.

Le misure di carattere fiscale dovrebbero altresì essere accompagnate da una vera e propria campagna di promozione della salute orale, del Made in Italy odontoiatrico ed a tutela della legalità nel settore realizzata in collaborazione col Ministero della Salute, con un progetto che sotto l'Alto Patronato delle maggiori istituzioni del Paese (Presidenza della Repubblica, Senato e Camera dei Deputati, Presidenza del Consiglio dei Ministri) investa i più autorevoli e diffusi mass media e coinvolga l'insieme delle rappresentanze del sistema dentale italiano e le associazioni dei consumatori

Riepilogando:

- aumento della deducibilità dei costi delle cure odontoiatriche in modo da favorire l'accesso alla popolazione e combattere efficacemente l'evasione fiscale; prestazioni gratuite alle fasce fragili in cambio di un credito di imposta;
- campagna di promozione della prevenzione orale;
- sostegno, verso i cittadini che seguono corretti stili di vita, anche in tema di prevenzione orale;
- Tutela delle fasce deboli attraverso la preventiva identificazione dei bisogni in relazione allo stato di salute oro-dentale identificabile con semplici mezzi di screening (OPT) e visita odontoiatrica da parte, anche di liberi professionisti che possano certificare a fini legali le cure appropriate a carico del SSN al fine di prevenire il danno erariale per malversazione di fondi pubblici come quelle verificatesi in Lazio all'istituto israelitico e in Lombardia con lo scandalo di Lady dentiera (al secolo Paola Canegrati).
- Promozione e sostegno dei percorsi che implementano l'igiene e la sicurezza dei luoghi di lavoro e profilassi dei lavoratori;
- Tutela della sicurezza e dell'appropriatezza delle prestazioni sanitarie in relazione anche all'indipendenza dell'odontoiatra rispetto ad influenze commerciali e tariffarie imposte dalle convenzioni;
- Introduzione di strumenti che promuovano la formazione continua anche di gruppo e dei tirocini formativi;
- Facilitazioni all'ingresso nel mondo del lavoro e nel subentro delle giovani generazioni nelle attività di chi abbandona la professione;

Dal lato dell'offerta la tipologia delle iniziative da intraprendere dovrebbe riguardare quegli interventi atti a contribuire all'incremento della domanda di prestazioni attraverso un migliore, più efficiente ed efficace intervento sul lato dell'offerta. Tali misure potrebbero riguardare:

- valorizzazione dell'attività libero professionale odontoiatrica, quale cardine imprescindibile del sistema salute del nostro Paese;
- semplificazione della burocrazia e degli adempimenti quotidiani per le attività libero professionali;
- regolamentazione dell'ingresso dei capitali nel settore della odontoiatria e formulazione di adeguate misure di controllo per le attività svolte presso le strutture odontoiatriche non di proprietà di iscritti all'Albo degli Odontoiatri;

- auspicio di una generale diminuzione delle aliquote fiscali nell'ottica dell'assioma "pagare meno per pagare tutti" e non l'ormai dimostrato difficile perseguimento del contrario, ovvero "pagare tutti per pagare meno";
- benefici fiscali per innovazioni tecnologiche, l'adeguamento di determinati beni strumentali ai nuovi requisiti delle legislazioni europee e nazionali in vigore e per adeguare il livello di informatizzazione dei soggetti del sistema dentale italiano;
- benefici fiscali per combattere la plethora ed incentivare la crescita della dimensione media degli studi professionali e delle imprese del settore favorendo l'accesso al mondo del lavoro dei giovani, sostenendo il ricambio generazionale;
- benefici fiscali per gli odontoiatri (ad es. Crediti di imposta) che prestino, in regime di gratuito patrocinio in proprio o presso le strutture del SSN, attività a favore dei non abbienti e contemporaneo tutoraggio nei confronti dei giovani neo-abilitati che possono migliorare il proprio bagaglio di esperienza professionale nel contesto di una maggiore sensibilità verso le classi meno abbienti della popolazione.
- benefici fiscali per le spese di investimento in ricerca, sviluppo ed aggiornamento professionale;
- valorizzazione del Made in Italy per tutto il comparto odontoiatrico a garanzia della qualità delle cure e dei dispositivi utilizzati;
- ripristino ed introduzione di efficaci strumenti pubblici a supporto dell'internazionalizzazione delle imprese italiane

4. Il futuro prossimo

L'evoluzione tecnologica e scientifica vertiginosa hanno reso forse meritevole di qualche aggiustamento il percorso formativo del giovane che desidera intraprendere la professione odontoiatrica.

La Genetica, la Diagnostica molecolare, nanotecnologie e miniaturizzazione stanno conoscendo sviluppi inimmaginabili appena trent'anni fa. Gli esami, e il contenuto dei loro programmi, dovrebbero essere rimodulati periodicamente in accordo con i cambiamenti delle Linee Guida e degli orientamenti maturati nella Evidence Based Medicine. Se desideriamo pensare ad una Odontoiatria più "scientifica" non possiamo non riferirci alla EBM, in quanto le basi scientifiche mediche e odontoiatriche sono le stesse.

Tra le “emergenze” formative più avvertite va senz’altro menzionata la Odontoiatria Legale e Forense. Dal momento che all’Odontoiatra, e solo a lui, spetta la competenza sulla bocca, sul cavo orale e sui tessuti molli periorali appare in tutta evidenza che non può essere un qualsiasi laureato in medicina ad occuparsi del contenzioso medico-legale e assicurativo di interesse odontoiatrico. Questa considerazione è tanto più forte in quanto la Medicina Legale può essere esercitata da tutti i laureati in Medicina e Chirurgia anche se sprovvisti di specializzazione. Lo stesso non può dirsi per l’Odontoiatria Legale, in quanto la Laurea in Odontoiatria è una laurea specialistica.

Gli investimenti nella prevenzione della carie dentaria nei bambini non sempre tengono conto dei soggetti disabili, soprattutto di coloro che soffrono di coordinazione motoria agli arti; ma soprattutto, non trovano analoghi investimenti finalizzati alla ricerca di un vaccino contro la carie, che potrebbe essere di beneficio di tutti, non solo dei bambini italiani (neppure le Università, che sarebbero i luoghi elettivi per la ricerca e la didattica, sembrano dirigersi nel senso indicato).

Un Medico non è tale se, oltre alle competenze maturate, non intercetta anche i cambiamenti che si fanno strada nella coscienza della gente: viviamo in una “società del benessere” diffuso, i Cittadini hanno acquisito, proprio grazie ad esso, una maturità estetica che prima non hanno mai potuto avere: le grandi firme della moda hanno disegnato, dal secondo dopoguerra in poi, una donna diversa, più libera, più bella; il concetto di bellezza fisica si è modificato completamente: non più la donna grassoccia che mangia tanto e con la pancia prominente (simbolo di un’alimentazione che sconfiggeva la Tubercolosi...), ma la donna che “si nutre”, magra, agile, leggera, che indossa l’emblema degli anni ’60, il tubino. Il maschio segue con molto ritardo, ingessato nel suo doppiopetto di grisaglia e ben attento a non scoprirsi neanche sulla spiaggia. “Il terzo inferiore della faccia merita una particolare riflessione bioetica considerato che il volto e soprattutto la bocca, quale ‘strumento polifunzionale, fonte di erotismo e centro fisiologico di articolazione delle parole’...” resta “la sola immagine di noi – seppure incompleta e unilaterale – che ci portiamo dentro come simbolo della nostra identità in grado di condizionarci nei rapporti con gli altri”¹⁸.

Non è nostra intenzione uscire fuori dal portato scientifico che ci siamo proposti, ma non possiamo non sottolineare che i cambiamenti alimentari, sociali, e soprattutto culturali, ambientali hanno modificato anche fisicamente gli Uomini, hanno inciso in termini assoluti sulla loro identità. Le

faccine per i telefonini debuttano nel 1997: da allora, hanno invaso la comunicazione quotidiana di ognuno di noi, una faccina sorridente e un *like* entrano nella nostra vita.

I Medici di Medicina Generale seguono con estrema attenzione i parametri analitici dei loro assistiti dando a semplici valori numerici significati di salute¹⁹, o di mancanza di salute, con una accuratezza finora sconosciuta.

Ma come si dice da tempo, ormai, la percezione del benessere è individuale e non può essere parametrata come fosse un dato riproducibile: e un Paziente che non accetta la propria bocca, le rughe periorali, la perdita della dimensione verticale e così via, è un paziente bisognoso di una corretta terapia che gli restituisca fiducia e sicurezza nei momenti essenziali del suo quotidiano, e nuovamente nella sua identità.

Un approccio scientificamente ineccepibile ed essenziale sembra essere il modo più adatto per allargare le competenze dell'Odontoiatra alle mansioni espresse già nella Legge 409/85 istitutiva della professione odontoiatrica: parlare di Odontoiatria estetica, e quindi non solo del restauro estetico dei denti, significa dare realizzazione pratica al dettato legislativo avendo la consapevolezza che il terzo inferiore del volto può, e deve..., essere il territorio del Dentista che completa il lavoro effettuato nella bocca al Paziente con una Chirurgia estetica dei tessuti periorali.

E quindi è assolutamente necessario aumentare le ore di esercitazioni pratiche per conferire più conoscenze tecniche e sicurezza operativa al futuro Dentista.

La tutela della salute individuale e collettiva viene indicata tra i Diritti fondamentali dell'Uomo. Le campagne di prevenzione dalla carie dentaria sono state efficaci e hanno consentito di ridurre drasticamente l'incidenza di questa patologia. Sarebbe opportuno continuarle ed intensificarle per minimizzare la sua presenza. A queste andrebbero aggiunte campagne di prevenzione oncologica, non solo per il cavo orale ma per tutta l'area di competenza odontoiatrica. È assolutamente pleonastico sottolineare l'importanza fondamentale di una diagnosi oncologica corretta e precoce: sarebbe davvero importante se il futuro Dentista potesse avere una formazione teorica e pratica su queste patologie, utilizzando anche gli Istituti di ricerca presenti sul territorio.

19 La salute è una condizione di equilibrio (dinamico, dunque sempre nuovo, continuamente da costruire) tra il soggetto e l'ambiente (umano, fisico, biologico, sociale) che lo circonda. La salute definita come *stato di completo benessere fisico, mentale e sociale e non semplice assenza di malattia* dell'OMS sembra essere obsoleta e ormai abbandonata.

Il legittimo interesse della popolazione, ad essere curato in maniera definitiva, confligge purtroppo con gli interessi universitari e professionali: bisogna stabilire una volta per tutte se vogliamo combattere seriamente contro le malattie (e il riferimento a quelle, come la carie, di cui si conoscono etiopatologia, diffusione e terapia è più che evidente) oppure creare l'illusione di una ricerca onnipotente che, però, lo è solo nominalmente. Le campagne di prevenzione sono state svolte solo dall'industria, senza intervento alcuno da parte dello Stato: dobbiamo ringraziare quindi i produttori di spazzolini e dentifrici se oggi, globalmente, abbiamo tutti una bocca più pulita e curata meglio che nel passato. Nel nostro Paese si garantiscono cure gratuite agli indigenti e si professa la prevenzione in Odontoiatria, ma solo a parole: assenza di un piano organico di informazione nelle scuole di ordine inferiore, assenza di piani di trattamento ortodontico, assenza di pedodonzia pubblica, assenza appunto di un ampio programma di prevenzione nell'età pre-scolare e scolare. Non crediamo sia possibile fare prevenzione contando le assenze più che le presenze.

Il Medico e il Dentista rappresentano un baluardo civile e sociale di estrema importanza e la tutela dei Cittadini avviene per il tramite degli Ordini professionali, che vigilano sull'osservanza del dettato legislativo e sul corretto comportamento degli iscritti. Non solo: sarebbe opportuno che gli Ordini professionali (in accordo con il Sistema Sanitario Nazionale) esprimessero un sistema di valutazione delle capacità diagnostiche ed operative dell'Odontoiatra. Si potrebbe avere così un elenco delle valorialità di ogni Collega, basato sugli stessi criteri valutativi, non una classifica dei buoni e dei cattivi ma un modo per invitare quelli con maggiori criticità a migliorare le proprie conoscenze e la manualità operativa.

La tutela della salute individuale e collettiva viene indicata tra i Diritti fondamentali dell'Uomo. Le associazioni di Bioetica si sono domandate se le scelte operate in materia di salute individuale e collettiva rispondessero ai principi di equità²⁰, visto che la salute è un bene di tutta la società e viene condizionata da una ampia serie di variabili sociali, economiche, ambientali.

20 A questo proposito un utile riferimento può essere costituito dal documento del CNB, *Orientamenti bioetici per l'equità nella salute*, del 25 Maggio 2001, con la definizione dell'equità (intesa come possibilità per ciascuno di raggiungere il miglior livello possibile di salute e come accesso e qualità delle cure), sulla distinzione fra equità e uguaglianza, sulle risorse per la salute (che non sono soltanto quelle monetarie, farmacologiche e professionali) e sul rapporto fra stato e mercato nell'assistenza sanitaria.

Naturalmente, non è possibile pensare che le risorse economiche disponibili per assicurare la tutela della salute a tutti i Cittadini siano interminabili, e quindi si pone il problema della sostenibilità della spesa sanitaria.

Il problema riguarda non solo il campo della Medicina intesa con tutte le sue specializzazioni, ma anche dell'Odontoiatria. La Medicina è inserita totalmente nel Sistema Sanitario Nazionale mentre solo il 6% delle attività odontoiatriche lo sono! Il 92% dell'Odontoiatria è esercitata in forma libero professionale, quindi la sostenibilità delle spese è un problema riguardante direttamente le famiglie, e lo Stato interviene in misura molto ridotta a rimborsare solo un numero ridotto delle tantissime prestazioni che ogni giorno vengono erogate.

Le condizioni economiche degli Stati occidentali non sembrano essere, al momento, tra le più felici, perdurando pressoché ovunque una crisi economica che impoverisce i redditi familiari e le spese odontoiatriche si sono sensibilmente ridotte. Si pone quindi anche il problema dell'aumento di patologie orali riguardanti in particolare gli anziani e i bambini²¹ Per

21 Le cure odontoiatriche hanno subito una flessione negli anni della crisi economica. La quota di popolazione che durante l'anno si è rivolta al dentista o all'ortodontista è pari al 37,9% nel 2013, dal 39,3% del 2005. Risulta invece in aumento, dal 24,0% al 29,2%, la percentuale di persone che hanno dilazionato le visite in un arco temporale più lungo, da 1 a 3 anni.

Si riduce il numero di trattamenti effettuati: le persone che si sono sottoposte ad un solo tipo di trattamento nell'anno sono il 70,7% (49,3% nel 2005).

Diminuisce il ricorso ai dentisti che esercitano la libera professione (la percentuale passa dal 34,7% nel 2005 al 32,3%), mentre rimane molto contenuta la quota coperta dal settore pubblico o convenzionato, pari al 5% e stabile rispetto al 2005. Nel 2013, il 12% delle persone di 14 anni e più ha rinunciato, nei 12 mesi precedenti, a una visita odontoiatrica o a trattamenti per motivi economici. Sul totale di chi rinuncia alle visite, i motivi economici incidono per l'85,2%.

Lo svantaggio del Mezzogiorno è molto evidente: solo il 27,7% della popolazione di 3 anni e più ha fatto ricorso alle cure odontoiatriche (rispetto alla media nazionale Del 37,9%; inoltre è più alta la quota di chi rinuncia per motivi economici (14,5% rispetto al 12,0% osservato a livello nazionale).

Anche per le visite per prevenzione o per la pulizia dei denti professionale, la quota di persone rilevata nel Meridione (16,1%) è la metà di quella del Nord (30,7%), mentre è doppia rispetto al Nord la percentuale di coloro che non sono mai stati da un dentista (12,1% contro 6,2%).

A livello nazionale migliora complessivamente la salute dei denti rispetto al 2005. La quota di persone di 14 anni e più che conservano tutti i propri denti naturali (28) passa dal 37,8 al 41,4%, mentre coloro che hanno perso tutti i denti naturali si riducono dal 12,0 al 10,8%.

Per tutti gli indicatori di accesso alle cure e della salute orale permangono le disuguaglianze sociali. Il ricorso al dentista nell'anno supera il 50% tra le persone con

quanto riguarda la vulnerabilità sanitaria, si tratta dei minori fino a 14 anni, delle donne in gravidanza, di chi presenta patologie particolari, come la labiopalatoschisi, malformazioni facciali congenite, di chi presenta gravi deficit psichici o fisici, dei pazienti oncologici e di chi ha avuto diagnosi di malattie immunitarie, malattie rare e malattie sistemiche. Poi ci sono i cittadini in condizioni di vulnerabilità sociale, come i disoccupati, gli invalidi civili di vario grado o chi presenta gravi problematiche socioeconomiche. Una parte sicuramente numerosa di cittadinanza, quindi, va inquadrata nell'ambito della vulnerabilità.

titolo di studio alto e scende al 27,6% tra chi ha conseguito al massimo la licenza media. Le persone anziane senza alcun dente naturale sono il 17,9% tra coloro che hanno almeno la laurea e il 41,6% tra quanti hanno un basso titolo di studio. Si riduce dal 39,4% del 2005 al 34,0% del 2013 la quota di bambini (3-14 anni) che non sono mai stati dal dentista, percentuale che scende al 32,2% per quelli con almeno un genitore laureato e sale al 41,5% se i genitori hanno al massimo la licenza media. Tra i bambini stranieri raggiunge il 46,3%. Fonte ISTAT, 2013 pubblicate nel 2015.