

Italia alla guida dell'odontoiatria conservativa in Europa



Da sinistra, Stefano Patroni (Aic) e Lorenzo Breschi (Efcd)

Il congresso internazionale Aic-ConsEuro mette insieme i migliori clinici italiani dell'Accademia italiana di odontoiatria conservativa e restaurativa (Aic) e quelli della Federazione europea di odontoiatria conservativa (Efcd). Ci si confronta nello scenario di un'odontoiatria sempre più digitale e globalizzata, nella quale i top trend sono sempre più l'approccio conservativo, la mininvasività e la ricostruzione biomimetica. «Preservare i tessuti sani del dente è diventato il filo conduttore della nostra attività clinica» sottolineano Lorenzo Breschi e Stefano Patroni

Tutta l'odontoiatria conservativa contemporanea si ritrova a Bologna: «quest'anno l'Accademia italiana di odontoiatria conservativa e restaurativa (Aic) e la Federazione europea di odontoiatria conservativa (Efcfd) hanno l'onore e l'orgoglio di organizzare insieme il più importante congresso di odontoiatria conservativa in Europa». Sono le parole con cui il presidente Aic **Stefano Patroni** e il presidente Efcfd **Lorenzo Breschi** presentano il 19° Congresso internazionale Aic & ConsEuro di Bologna, che si tiene dall'11 al 13 maggio. «Un evento eccezionale – dicono Breschi e Patroni –, dove ricercatori

e professionisti provenienti da tutti i Paesi europei possono esporre lo stato dell'arte in odontoiatria conservativa e presentare le loro più recenti ricerche scientifiche». Il titolo, rigorosamente in inglese data l'internazionalità dell'evento è: “Clinical procedures and digital (r)evolution: contemporary synergies in conservative/restorative dentistry”. *Italian Dental Journal* ha intervistato i due presidenti e i temi toccati, inevitabilmente, sono le novità nel panorama dell'odontoiatria conservativa in un panorama odontoiatrico globalizzato.

APPROCCIO CONSERVATIVO E BIOMIMETICO SONO I TOP TREND DELLA DISCIPLINA

Dottor Patroni, cosa può dare al clinico italiano il confronto con i colleghi europei?

Già nel 2000, Aic fu la promotrice di Conseuro, il primo congresso europeo di conservativa, perché siamo sempre stati convinti che il confronto rappresenti una necessità imprescindibile per la crescita culturale comune. Dal confronto non possono che nascere miglioramento e innovazione; dall'esperienza condivisa e dalle differenze, accrescimento per tutti: credo che viaggiare, in senso lato, porti alla conoscenza del diverso e ci arricchisca enormemente.

Coniugare gli aspetti più strettamente scientifici desunti dalla ricerca, traducendoli in percorsi clinici che ottimizzino i risultati funzionali ed estetici, è uno dei compiti del nostro evento internazionale. Le due sessioni infatti, l'una a prevalenza clinica e l'altra dedicata alla ricerca, sono chiamate a collaborare al fine di tradursi in un arricchimento conoscitivo, che ai partecipanti potrà certamente apportare notevoli benefici in termini di operatività clinica in studio.

In odontoiatria conservativa ci sono più modi per arrivare allo stesso risultato?

Le vie per risolvere un problema di natura conservativa/restaurativa possono essere differenti. Il principio che oggi deve determinare la scelta si riconduce in primis alla preservazione dei tessuti residui e ai principi di biomimetica, in definitiva proprio al termine “conservazione”, elemento da sempre costitutivo non solo in senso semantico ma anche sostanziale del Dna di Aic.

L'attualità in restaurativa è rappresentata dunque dalla conservativa; le ricerche più recenti ci hanno mostrato quanto rimuovere tessuti sani significhi indebolire la resistenza dell'insieme dente-restauro. Una volta acclarato questo principio, le tecniche scelte possono variare, certo: dalle dirette alle indirette, dalle convenzionali analogiche a quelle Cad-Cam a seconda della situazione di partenza, ma sempre poggiando le proprie fondamenta sulla preservazione e, di conse-



➤ Stefano Patroni

guenza, sulla possibilità di adesione a quanto rimasto. Ovviamente il percorso da seguire sarà scelto anche in funzione delle preferenze e della competenza dell'operatore, nonché degli aspetti economici, che purtroppo possono condizionare e orientare verso scelte talvolta meno ideali, ma anche meno onerose per il paziente.

I dentisti stranieri, come approccio, sono più o meno conservativi di quelli italiani?

In più di trent'anni di professione ho potuto più volte constatare che l'atteggiamento nello stabilire un piano di trattamento spesso cambia sia in funzione della nazionalità di appartenenza, sia della specializzazione del professionista consultato. Intendo dire che in media un restauratore, un endodontista e un parodontologo partono dal presupposto del recupero di quanto presente, mentre l'implantologo tende, per sua natura, a sostituire artificialmente la radice naturale anche quando ancora mantenibile.

Se parliamo poi di maggiore o minore invasività – per capirci: scelta tra restauro totale piuttosto che parziale adesivo – ho potuto di recente verificare che l'odontoiatra europeo, mediamente, si comporta in modo più conservativo rispetto al collega di oltreoceano. Devo però rimarcare, ahimè, che troppo di frequente la scelta operativa tende a essere condizionata dalla determinante reddituale, o meglio economica, ben più che dall'origine geografica.

Si pone dunque un problema etico?

A questo proposito tengo a evidenziare che il cosiddetto

“daughter test” (test della figlia, ndr) dovrebbe rappresentare il punto di partenza nonché il punto di arrivo del nostro operato quotidiano. Correttezza diagnostica, preservazione dei tessuti residui, appropriatezza delle procedure seguite nel corso dell'intervento e delle varie fasi operative sono i mezzi più idonei da utilizzare al fine di raggiungere il miglior risultato in termini di qualità, sempre ricordandoci: se ci fossi io sulla poltrona, se ci fosse mia figlia o mio figlio, cosa farei e come lo farei?

Il modello di riferimento sempre più deve essere rappresentato dall'aforisma ipocratico “primum non nocere”, assioma centrale della pratica medica in generale, che ci deve guidare nell'evitare ogni inutile aggressione iatrogena; tale modello trova, e lo dico con grande soddisfazione, una propria continuità e assonanza in quanto espresso negli anni più recenti dal punto di vista scientifico e della ricerca clinica dalle più prestigiose università europee.

Questo processo culturale ha spesso visto come attori di primo piano anche clinici e ricercatori italiani e tutto ciò non può fare altro che renderci orgogliosi di quanto l'odontoiatria italiana si sia evoluta al servizio del cittadino, vivendo di una luce propria universalmente riconosciuta in ambito scientifico.

In questo Aic si è di recente mossa con una iniziativa gratuita, “hAICarie”, rivolta agli odontoiatri che vorranno partecipare e che toccherà tutti i capoluoghi di provincia italiani. Tale iniziativa parte dalla diagnosi e offre un update gratuito in tema di diagnosi precoce, criteri di intervento e mininvasività, sapendo per certo che la diagnosi rappresenta in modo inequivocabile la prima e insostituibile tappa di un corretto piano di trattamento.

L'aspetto estetico è un ambito altamente soggettivo e influenzato da fattori culturali. Ha mai constatato una diversa percezione rispetto a quella dei suoi colleghi stranieri?

Certamente il concetto di

estetica è quanto mai vasto e soggettivo. Al significato etimologico del termine, che nella sua accezione originale significa “sensazione” e “percezione attraverso i sensi”, dobbiamo coniugare il significato di bellezza, che definisce invece quanto percepito dai sensi suscitando sensazioni piacevoli, “emozionando positivamente”, consciamente o inconsciamente.

La percezione del bello dunque è estremamente condizionata dalla formazione culturale della persona, dall'ambito sensoriale in cui questa si muove e si trova a vivere. In Europa tutti noi siamo da sempre profondamente immersi nella storia e nella cultura ed è una fortuna, perché è un'eredità meravigliosa che ha affinato il nostro senso del bello e la nostra percezione estetica.

Nel nostro lavoro, il bello significa un bel dente e un bel sorriso sia dal punto di vista morfologico che cromatico. Tutto ciò spesso si estrinseca nell'imitare un bel dente naturale, nel realizzare un bel sorriso che si integri al meglio nella specificità di ogni viso.

Infatti, i parametri non sono solo universali ma anche individuali e possono, in una certa misura, prescindere e allontanarsi da rigide regole, da proporzioni rinascimentali o neoclassiche per dare vita a un “unicum” che caratterizzi quella persona, quelle labbra, quel sorriso rendendolo originale, diversamente armonico e infine “bello”.

Ovviamente lo spazio di manovra è limitato; di poco infatti ci si può discostare dalle proporzioni di riferimento ottimali, auree se vogliamo, ma la soggettività di interpretazione esiste.

I modelli estetici di oggi si discostano molto da quelli del passato?

I modelli di riferimento oggi prevalenti, spesso nati oltreoceano, hanno modificato quello che è più strettamente correlato alla storia. I media, e il web in particolare, sempre più ci propongono una luminosità del sorriso e la tendenza a omogeneizzare tutto quanto; in definitiva, ci portano a privilegiare un aspetto sempre più giovane e dunque

più luminoso e meno vissuto. La percezione estetica nelle varie aree del mondo è spesso differente, ma negli ultimi anni i modelli di eccellenza si sono sempre più omogeneizzati.

In quali passaggi operativi si può sintetizzare la rivoluzione digitale in odontoiatria conservativa?

La rivoluzione digitale che ha coinvolto l'ambito odontoiatrico, alcune volte quasi travolgendolo, ha ovviamente interessato anche il settore della conservativa e in particolare quello della restaurativa, che si riferisce più specificamente alla realizzazione indiretta dei restauri.

Tantissimi aspetti sono cambiati e ancora di più sono i cambiamenti che ci attendono. Già dalla fase diagnostica, la nostra routine quotidiana è risultata sconvolta, a partire dall'indagine radiografica, in cui si sottopone il paziente a un livello di radiazio-

ni molto più ridotto rispetto al passato. La fotografia non è più uno strumento per pochi, ma alla portata di tutti: oggi fotografia e documentazione video digitale sono essenziali non solo per poter diagnosticare ma anche per documentare, per comunicare con i pazienti prefigurando a monitorare una possibile via da percorrere e, non da ultimo, per scambiare informazioni essenziali con il laboratorio odontotecnico in modo semplice, rapido ed economico.

Pensiamo poi a quali possibilità ci hanno aperto in questi ultimi anni la digitalizzazione dei modelli e le tecniche Cad-Cam nella realizzazione di manufatti con precisione molto maggiore rispetto al passato. Disponiamo inoltre di nuovi materiali con caratteristiche meccaniche sempre più performanti. E non dimentichiamo il chair-side, che penso rappresenterà nel prossimo futuro un'opzione sempre più importante del mercato.

Dottor Patroni, questa evoluzione ha solo aspetti positivi?

Non bisogna pensare che, da solo, lo strumento garantisca sempre un miglioramento, che invece non può prescindere dalla conoscenza e dalla preparazione del professionista che lo utilizza.

Inoltre, il marketing sempre più diligente e presente nel nostro settore e il diffondersi di una cultura che fa prevalere l'apparire sull'essere, possono risultare fuorvianti nei confronti di pazienti che tendono ad assumere modelli idealizzati e lontani dalla realtà.

Oggi non possiamo essere svincolati dal digitale, ma non dobbiamo esserne assoggettati; dobbiamo governare un cambiamento che ci permetta di ottimizzare le procedure, ridurre i costi biologici ed economici nel solo esclusivo interesse del paziente.

Renato Torlaschi

IN COPERTINA

LE SCUOLE MONDIALI DI CONSERVATIVA E LA RIVOLUZIONE DELL'ADESIONE

Professor Breschi, a livello europeo c'è uno standard nella qualità delle cure odontoiatriche o ci sono forti differenze tra i Paesi?

Gli standard di qualità dipendono principalmente da due fattori: la formazione odontoiatrica universitaria e la presenza o meno del sistema sanitario pubblico e assicurativo.

La formazione europea è uniformata ad alti livelli, ma l'assistenza odontoiatrica al cittadino è molto differente, passando da un sistema prevalentemente pubblico e basato sulla prevenzione tipico dei paesi scandinavi, a un sistema assicurativo misto come in Germania, Francia e Inghilterra, a uno principalmente



> Lorenzo Breschi

privato come quello italiano, quello spagnolo e quello svizzero. Ovviamente le differenti situazioni socio-economiche dei Paesi, associate alla possibilità del paziente, contribuiscono in maniera significativa a definire i piani terapeutici e gli standard di qualità.

Ci fa una panoramica delle scuole di riferimento nell'odontoiatria mondiale?

Al mondo storicamente esistono per tradizione consolidate varie scuole di riferimento in un panorama in continuo rinnovamento: la scuola statunitense, scandinava, brasiliana, elvetica e ovviamente anche quella italiana. Ciascuna di queste realtà racchiude in sé alcune specifiche peculiarità che ne caratterizzano il percorso e l'operato nel corso degli anni.

La scuola statunitense da sempre rappresenta un punto di riferimento per quanto riguarda in particolare i programmi di post-graduate, avendo storicamente la caratteristica di chiamare come docenti i più noti ricercatori da tutto il mondo e dunque spesso dall'Europa. Essa in particolare richiama, come studenti, coloro i quali vogliono perfezionarsi in una branca specifica dell'odontoiatria: parodontologia, endodonzia, implantologia, ortodonzia e protesi.

Spesso però, per la conservativa diretta e la restaurativa con materiali estetici come le resine composite, i riferimenti universitari respirano aria più europea, con grande attenzione per la scuola italiana, da sempre eccellente in questa branca.

La scuola scandinava si è sempre distinta in particolar modo nella ricerca, sia nei settori della prevenzione e della parodontologia che della restaurativa; in quest'ultimo campo, in particolare nella ricerca relativa ai materiali più che nella pratica clinica.

La scuola svizzera invece, sorgente di numerosissimi clinici di eccellenza italiani ed europei, rappresenta un riferimento specie nei settori della protesi e dell'implantologia, distinguendosi da sempre nell'insegnamento clinico oltreché ovviamente nella ricerca clinica. Tutto questo già a

partire dai programmi di under-graduate, per poi proseguire in quelli di dottorato e post-graduate.

Al congresso di Bologna si presentano i più recenti protocolli per i restauri diretti e indiretti. Quali novità comportano rispetto ai protocolli esistenti?

Oggi il tema centrale dell'odontoiatria conservativa e restaurativa è certamente l'adesione smalto-dentinale e i nuovi materiali compositi e ceramici. I recenti protocolli adesivi hanno drasticamente modificato infatti non solo l'odontoiatria conservativa, ma anche la protesi, imponendo nuovi concetti basati sulla prevenzione e la minima invasività. Non si tratta solo di conservare il tessuto sano, ma di ricostruire l'elemento dentario con tecniche in grado di ristabilirne l'integrità strutturale e funzionale.

Le novità sono assimilate rapidamente dai dentisti, generici o specialisti, oppure è un processo lento? Come si può agire per migliorare l'iter che va dalla ricerca all'applicazione clinica?

Questo è davvero un tema cruciale ed è uno degli obiettivi di questo congresso: favorire la cultura dell'adesione e della minima invasività nell'era digitale. Una vera rivoluzione per l'odontoiatria generica, che deve tradursi nella quotidianità lavorativa con scelte mirate a ridurre l'invasività.

La ricerca ci riporta molte conferme in tal senso. L'adesione è stabile nel tempo e, se eseguita con cautela e con un approccio standardizzato, è in grado di garantire un risultato ottimale anche a lungo termine. Al tempo stesso, i materiali compositi e ceramici ci offrono elevate performance meccaniche ed estetiche.

Renato Torlaschi

1 odontoiatria generica

2 è in grado