

La gnatologia dell'evidenza

La nuova gnatologia dovrebbe basarsi sull'efficacia dei risultati

di *Edoardo Bernkopf*



Pur senza arrivare agli eccessi polemici del caso Di Bella, anche nel settore odontoiatrico si pone a volte il problema della scientificità di una nuova ipotesi di lavoro o di una nuova terapia. È curioso notare come il rigore che abitualmente si pone in essere in questi casi, non sempre viene impiegato nella riconsiderazione, che dovrebbe essere periodica, di concetti, tecniche e filosofie che, anche se accettate da tempo e da un gran numero di operatori, a un riesame scientifico altrettanto rigoroso presterebbero il fianco ad altrettante critiche. Si è molto parlato dei rapporti tra occlusione e postura: sarebbe in realtà più corretto parlare di rapporti tra occlusione e un gran numero di patologie non solo posturali, di usuale pertinenza di altre branche specialistiche e dalle medesime "scientificamente" e specialisticamente codificate, quali cefalee, cervicobrachialgie, lombosciatalgie, vertigini, patologie respiratorie ricorrenti ecc.

Un atteggiamento oggi molto diffuso è quello di ritenere che non esistano elementi di certezza scientifica per avvalorare eventuali rapporti di causalità a questi livelli. Pertanto non si sarebbe autorizzati ad affrontare per via occlusale un problema extraocclusale. A tutt'oggi dunque il dentista dovrebbe limitarsi a tratta-

re la sola occlusione, in attesa delle indispensabili conferme scientifiche a problemi emergenti ma ancora non ben chiariti.

Ci siamo d'altro canto mai chiesti quanto ci sia di scientifico anche nel rimanere in questo ambito tradizionale? Posto che non sia scientifico occuparsi in sede occlusale dei quadri extraocclusali sopra elencati, è davvero più

scientifico non occuparsene o è solo più al riparo dalle critiche delle più diffuse correnti di pensiero e da attacchi medico-legali? A ben vedere la gnatologia olistica non è in sé scientificamente

L'odontoiatria attende indispensabili conferme scientifiche a problemi emergenti

te più vulnerabile di quella classica, che in fondo nasce dagli studi dei vari Stuart, McCollum, Guichet che dimostrarono, tecnicamente più che scientificamente, che la riabilitazione in relazione centrica rendeva le protesi particolarmente longeve. Non c'era molto di scientifico in questo, se mai si trattava di un'intuizione, geniale per i tempi, dei vantaggi non biologici, ma tecnici di questa impostazione: gli eventuali vantaggi o svantaggi per la salute ex-

traorale del paziente, oggi discussi, non erano allora nemmeno presi in considerazione, né scientificamente né non scientificamente. Il successo "protetico", inoltre, costituiva e costituisce tuttora prova di un corretto operare più alla luce di un'evidenza clinica che di una vera analisi scientifica: la protesi dura a lungo, ergo è stata ben eseguita, ergo possiamo continuare a operare secondo quegli stessi schemi.

NUOVE TECNICHE

Passata la grande e rivoluzionaria stagione della

gnatologia classica, negli ultimi anni l'attenzione dei ricercatori è stata completamente assorbita dalle nuove tecniche e dai nuovi materiali, ma non è più emerso niente di nuovo sulle strategie generali nell'approccio globale con una bocca, sia che si ragioni di un caso ortodontico o protesico, che peraltro possono effettivamente comunque giovare in seconda battuta, a livello per così dire "tattico", di questo o quell'altro nuovo prodotto o accorgimento tecnico settoriale. In tutto il mondo circolano sostanzialmente ancora gli stessi articolatori concepiti decenni fa (anzi, per lo più loro sottoprodotti semplificati a

valore medio), quasi fossero vecchi intercettori F104, che però non precipitano, e che quindi nessuno si attiva a rottamare: la loro obsolescenza, concettuale se non strumentale, non viene percepita.

La novità è però ai nostri giorni costituita dal fatto che molti pazienti sono grati al proprio dentista per aver loro risolto un anoso problema di cefalea o di lombosciatalgia; altri purtroppo gli imputano invece la responsabilità di averle procurate con normali e in sé non criticabili pratiche odontoiatriche: è cronaca anche recente, spesso arricchita da risvolti giudiziari. In questo contesto non è pensabile che l'odontoiatria moderna metta la testa sotto la sabbia e si trinceri dietro la mancanza di prove scientifiche, sia in caso di successo sia di insuccesso o danno (anche se questo aspetto non è spiacevole in eventuali contrasti medico-legali).

È ben vero che nel dubbio bisognerebbe astenersi, ma effettuare una riabilitazione secondo le regole tradizionali non significa astenersi, ma operare comunque, e spesso in modo alquanto aggressivo e irreversibile.

Poiché dunque fermi non si può stare e il tornare indietro o l'andare oltre presentano a ben vedere lo stesso coefficiente di (piuttosto scarsa) scientificità, è giunto il momento di codificare una nuova

Edoardo Bernkopf

Via Garofolino, 1 36100 VICENZA 0444 545509

Via Petrarca, 3 43100 PARMA 0521 236426

Via Massaciuccoli, 19. 00100 ROMA 06 86382917

edber@studiober.com

sito internet: www.studiober.com

→ "GNATOLOGIA DELL'EVIDENZA"

basata come in fondo quella classica, sull'efficacia dei risultati. Risultati che però, nel supremo interesse del paziente non possono limitarsi alla

longevità delle protesi e alla stabilità dei trattamenti ortodontici, ma devono essere ricercati olisticamente, quando ciò risulti possibile, anche in ambiti extraorali fino ad oggi inusuali per noi dentisti. Le tecniche proposte da vari autori, pur prive di conferma scientifica, consentono quasi sempre di ottenere la verifica clinica delle aspettative terapeutiche sia del dentista sia del paziente, pur restando in un ambito preliminare del tutto reversibile e privo di qualunque prezzo biologico.

Il fondamentale pilastro deontologico "primo, non nuocere" sarà quindi assolutamente rispettato. Si avrà cura di rispettare anche l'obbligo di informare il paziente della limitatezza scientifica dell'ambito in

cui si opera e di ottenere il suo consenso a proseguire soprattutto sulla base dell'evidenza clinica di una guarigione o di un miglioramento da lui tangibilmente apprezzati nella prima fase di in-

tervento del tutto reversibile. Non possiamo invece più ritenerci soddisfatti se, in

presenza di sintomi extraorali che sappiamo spesso accompagnarsi alle disfunzioni cranio-mandibolo-vertebrali, chiudiamo gli occhi e ripieghiamo su un approccio occlusale classico, diffusamente accettato e quindi difensivo per noi,

ma a ben vedere altrettanto non scientifico, e che non può non infiltrarci ogni giorno di più nella coscienza il tarlo del dubbio di non aver fatto per il nostro paziente tutto il possibile e di avergli forse addirittura potuto recare del danno.