

COSA PENSIAMO DEL FORUM SIO "QUALITÀ IN IMPLANTOLOGIA"

Luca Dal Carlo, Marco e Paolo Pasqualini, Dino Garbaccio,
Pier Maria Mondani, Silvano Tramonte, Pierangelo Manenti
Giancarlo Cortese, Luciano Riccardi, Massimo Corradini, Franco Rossi

Il quaderno del Sole 24 Ore Sanità sul forum SIO (Società Italiana di Implantologia Osteointegrata) è arrivato ai dentisti italiani. La pubblicazione include una serie di articoli scritti da *rappresentanti* SIO, dai contenuti molto discutibili e volti a condizionare il futuro della professione. Non emerge tuttavia notizia che la SIO abbia ricevuto un mandato ministeriale o di altra istituzione per attuare una simile iniziativa. L'evidenza è invece che si intende, trovati adeguati finanziamenti e dotandosi dell'indirizzo completo dei dentisti italiani, imporre il proprio modo di agire in Sanità. Assodato quindi che si tratta di un'operazione unilaterale, verrebbe anche da chiedersi quale sia la superiore competenza degli autori della pubblicazione in tema di implantologia orale. Si nota infatti la smisurata auto-stima da parte di colleghi che si arrogano il diritto di mettere in discussione l'esistenza sul mercato di presidi terapeutici utili per la gente.

Il documento ricalca un metodo da tempo utilizzato per legittimare posizioni personali nei confronti della collettività: come avviene per i congressi organizzati dagli sponsor commerciali, spesso gratuiti, si fanno partecipare quante più persone possibile per legittimare un testo di valenza politica da dare alla stampa. E si tratta di stampa pubblica, non specialistica. Sarebbe interessante conoscere quale sia la condivisione degli argomenti da parte dei partecipanti al forum, oltre che comunicare *urbi et orbi* i loro nominativi. I partecipanti al forum si trovano elencati a fine documento, quali fossero co-autori di tutti gli articoli, che invece portano precisi nomi e cognomi.

Ancor oggi si vuole utilizzare, in questo documento, in luogo del termine impianto dentale, puro e semplice (che di per sé sottende il fatto che deve essere costruito e controllato secondo norma) il termine *impianto dentale osteointegrato* (ancora prima di essere posizionato, sic!) suscitando il sorriso da parte dei colleghi di altra specialità, quali ad esempio gli ortopedici, che mai e poi mai parlano di protesi d'anca o di ginocchio osteointegrata. Per loro, come per noi e per i cittadini, è evidente come un aggettivo d'effetto, peraltro improprio ed obsoleto, non può avere che una finalità commerciale. Quindi suscita perplessità che su questo binario si muovano non solo i commercianti, ma anche accademici, creando una confusione di ruoli che permette di intravedere sposalizi poco edificanti.

Non dimentichiamo che (fonte: www.fism.it):

"Il conflitto di interessi in sanità è la condizione in cui il giudizio professionale, per sua natura improntato alla deontologia e finalizzato alla tutela della salute dell'individuo, può essere influenzato da un interesse secondario, sia esso economico, personale o di altra natura.

Il conflitto di interessi nella formazione ECM è la condizione in cui si trova un professionista che non ha esplicitamente dichiarato eventuali collaborazioni, intrattenute con una qualsiasi società o ente ed inerenti alla tematica dell'evento, così da rischiare di compromettere completezza e oggettività dell'informazione scientifica."

Un forum andrebbe fatto sui denari che girano attorno alla nostra professione e di cui beneficiano alcune persone che, per ruolo, non dovrebbero proprio neppure entrare nel merito delle questioni commerciali. Verrebbero fuori tante situazioni imbarazzanti. E sarebbe ora di farlo, visto l'esito dell'assenza di contrasto al fenomeno.

Allora si capirebbe bene perché nell'articolo del coordinatore scientifico del forum si dice: *"E' indispensabile che le Aziende"* - (quelle con la A maiuscola, le altre no, n.d.a.) - *"del settore partecipino a fornire al paziente per tramite dell'odontoiatra"* - (tramite, ossia l'odontoiatra consegna le informative delle aziende ai pazienti come un fattorino n.d.a.) - *"gli strumenti informativi..."* D'altronde, nell'articolo del forum firmato da V. Serra e P. La Porta, si auspica una *"visione più allargata che coinvolga anche i fornitori..."* e *"...il disegno progettuale vede coinvolte ... le principali industrie biomediche"*. Chi abbia stabilito questa classifica delle industrie biomediche e quale ne sia il vantaggio per i pazienti non è dato sapere.

D'altronde non è il caso di sorprendersi dato che il documento proviene da una società scientifica nata attorno al termine *osteointegrazione*, bandiera commerciale di una nota ditta produttrice. Con questo termine non fu fatto altro che ridenominare l'anchilosi ossea per fini commerciali. Quindi, in aperto conflitto d'interesse, la SIO, un'associazione che rappresenta una parte infinitesimale dei dentisti italiani, vuole imporre l'utilizzo di prodotti, nota bene, non di corrette metodologie di lavoro, ma di prodotti, violando il diritto alla cura dei cittadini e le leggi del libero mercato.

Oggi come non mai alcune persone hanno perso ogni senso etico e pensano che tutto sia commerciabile e quindi che si tratti di inserirsi non in un contesto sanitario, ma in un mercato nel quale si possa sguazzare facendo i propri interessi e, quel che è peggio, senza rispetto per chi ha lottato per il miglioramento della professione e per dare ai pazienti le soluzioni più vicine alla *"restitutio ad integrum"*. Si vuole relegare il nostro paese a standards di serie B, imponendo metodiche rimaste in 30 anni ai blocchi di partenza.

La totale misconoscenza delle basi dell'occlusione statica e dinamica e la focalizzazione sulla marca di impianto di ogni esito correlato alla terapia, ha portato all'individuazione di soluzioni di seconda scelta per i pazienti, basate sull'uso di dentiere agganciate agli impianti (overdentures), in modo da scaricare sulle mucose le forze occlusali che non si sapevano gestire con le protesi fisse. Come se si volessero, per amore della sicurezza, mettere in sedia a rotelle tutti i pazienti affetti da artropatia del ginocchio. Invece di reagire, con questo documento si intende castrare completamente la possibilità dei pazienti di essere curati in modo appropriato, impedendo ai professionisti capaci di trattare i casi che vanno al di fuori dello standard e, con il pretesto di ebm e sicurezza, imporre un cartello di ditte in modo da poter finalmente, obiettivo perseguito da tempo, creare un monopolio utile a gestire a piacimento i prezzi dei prodotti implantari. Così il progresso scientifico, che si persegue negli altri Paesi, in Italia viene soffocato per favorire gli interessi economici di pochi. A nulla valgono le conoscenze scientifiche su gnatologia e occlusione. Tutto deve cedere il passo al commercio imperante, all'osteointegrazione. Sventolando il vessillo dell'EBM (Evidence Based Medicine). Anche se è già accaduto di osservare che tecniche implantologiche ampiamente sostenute dall'evidenza scientifica sono state improvvisamente abbandonate nonostante numerosi articoli specialistici ne rivendicassero l'infallibilità pressoché totale. Analizzando i contenuti degli articoli e i nomi degli autori, ci si è però frequentemente resi conto del fatto che gli autori, sempre gli stessi, erano ricercatori dell'industria produttrice.

Sarebbe ora di smetterla di utilizzare l'evidenza scientifica a proprio piacimento, ad esempio andando a dire che il Prof. Branemark avrebbe per primo utilizzato sui pazienti impianti endossei in titanio nel 1965, senza che vi sia alcuna documentazione attendibile a riguardo. L'anchilosi ossea che si crea attorno agli impianti endossei fu dimostrata dall'italiano Prof. Pasqualini con uno studio su animali pubblicato nel 1962, con il quale dimostrò anche l'identità di inclusione ossea tra impianti sommersi e non sommersi. Con studi istologici pubblicati e non con aleatorie pretese di priorità estera. Tramonte nel 1964, primo al mondo, introdusse il titanio in implantologia orale.

Come lui stesso dice, Branemark, un biologo, iniziò nel 1965 ad occuparsi del rapporto tra osso e impianto. I suoi studi giunsero a conclusione molto più tardi rispetto a quelli italiani e furono pubblicati nel 1977. Mai si è sentito il Prof. Branemark dire qualcosa di diverso e quindi bisognerebbe chiedere a lui e alla tanto citata Università di Goteborg se sono così contenti che i loro nomi vengano liberamente utilizzati per fini commerciali.

Solo gravi problemi di vista possono indurre a non capire la manovra portata avanti da alcune industrie bio-mediche per appropriarsi dell'interessante mercato dell'implantologia

orale, progetto coltivato da tempo, visto che a più riprese sulla stampa pubblica, quindi **con informazioni estremamente impattanti per il resto dei professionisti**, si era coltivato il progetto di creare selezioni, dando loro il nome di patenti, ehm e quant'altro. Aizzando i pazienti contro i colleghi. Sospinti a tal punto dalle industrie biomediche da pubblicizzare un rapporto diretto stile garanzia tra l'industria ed il paziente. Evidente è il conflitto tra il ruolo accademico di molti degli estensori degli articoli sulla stampa pubblica ed il palese coinvolgimento negli interessi commerciali; compatibile con l'insegnamento di Stato ?

Entrando nel contesto attuale non va dimenticato che oggi si gioca una partita molto importante: quella delle forniture alle strutture convenzionate legate ai fondi integrativi e low-cost. Accaparrarsi il mercato rappresenta un grande interesse, ed ecco improvvisamente comparire i mecenati che "nell'interesse dei cittadini" (sic!) sono disposti a farlo. Una grossa fetta dei partecipanti al forum eseguono regolarmente, quali relatori, corsi finanziati dalle ditte sponsor e quindi l'interesse reciproco è evidente.

La presunta evidenza scientifica si basa su prodotti per lo più abbandonati. Infatti gli unici studi a lungo termine, ad esempio dell'impianto di Branemark, non riguardano impianti oggi in produzione, ma impianti descritti come pressoché infallibili nelle pubblicazioni, che sono stati però tolti dal mercato. Si pretende quindi di legittimare i nuovi impianti utilizzando la letteratura fatta uscire per i vecchi (ed abbandonati !), ossia **legittimare non uno specifico prodotto, ma la ditta che lo produce.**

Peraltro in uno dei tanti articoli comparsi sulla stampa di recente, si legge testualmente il seguente consiglio al paziente: "*chieda al dentista quale marca intende utilizzare per sostituire il suo dente*" e di seguito: "*Per quanto riguarda la perizia tecnica i più bravi implantologi...fanno solo impianti*" (Prof. G. Aiello). Si noti che dietro a questo filosofeggiare sulla professione da parte di persone che, forse, fanno parte del settore, ma la cui esperienza professionale non è nota ai più, ci sono delle vere e proprie contraddizioni di principio. Sembra infatti che il professionista più capace sia colui che nella sua vita mette solo impianti senza approfondire il resto, sa utilizzare una sola tecnica e, di più, una sola marca di impianto, guidato nel suo agire dalle indicazioni dei fabbricanti. A questo punto non si capisce perché, ancor oggi, si continui ad imporre alla gente di laurearsi per fare il dentista, quando addirittura l'implantologo, che fa solo impianti guidato dalle industrie biomediche sia nel suo agire che nell'informazione al paziente, della quale è solamente tramite (vedi art. Trombelli forum Sio), non ha la capacità mentale di scegliere il meglio per il suo paziente. Peraltro i protocolli "validati" dall'evidenza scientifica prevedono cure talmente di alto livello, da prevedere per i pazienti non edentuli il medesimo destino (overdenture) dei pazienti edentuli già abituati alla dentiera.

La certezza della qualità dei materiali è oggi garantita dalle normative vigenti (norme CEE) che sorvegliano la qualità dei materiali, la resistenza, la sterilizzazione. Ogni cosa che vada oltre a ciò, entra nella sfera della competenza del professionista e ne limita indebitamente l'azione.

Se i numerosi professionisti che verrebbero a subire un grave danno nella loro attività professionale seguono con apprensione l'evolversi di questa iniziativa, grave, anzi gravissimo, è il danno che subirebbero i pazienti, per due aspetti, economico e terapeutico. Gran parte di essi infatti si troverebbe privo di cura, perché i casi particolari non si risolvono con le terapie standardizzate, **tanto meno con soluzioni protesiche mobili o rimovibili che, surrettiziamente, sulla stampa pubblica vengono spacciate come identiche alla situazione naturale.** Inoltre il danno economico, in quanto si può ben immaginare cosa potrebbe conseguire alla formazione di un cartello di una decina di ditte.

Proprio di recente è stata pubblicata all'estero una ricerca su 5700 impianti endoossei in 2500 interventi, nella quale si sono analizzati i risultati utilizzando 14 diverse forme di impianto (è la forma che conta, non la marca). L'analisi dei dati rilevati ha portato ad indicazioni interessanti sulla forma cilindrica o conica dell'impianto, sulla superficie liscia o rugosa, sull'ampiezza delle spire, sui rapporti con le corticali, sui post-estrattivi, sul carico immediato, sulla contenzione degli impianti, sulla protesi. I dati rilevati sfatano numerosi miti che sono il cavallo di battaglia di alcune ditte commerciali e consigliano di non estremizzare le posizioni pro o contro una tipologia di impianto.

Per migliorare una situazione già buona, dato che l'Italia in tema di implantologia è Paese di riferimento a livello mondiale, si può sviluppare l'idea di un libretto sanitario implantare (i termini *passaporto* e *patente* non sono termini sanitari), raccogliendo la disponibilità di tutte le ditte presenti sul mercato a produrre, in dimensioni compatibili con l'applicazione nello spazio apposito presente sul libretto, le etichette che già forniscono oggi in accompagnamento ai loro impianti. Compito che potrebbe essere affidato, ad esempio, all'Ordine Nazionale, se disponibile. In questo modo il paziente potrebbe avere con sé la sua storia clinica e reperire più facilmente, per gli impianti con connessione, gli eventuali pezzi da sostituire. Includendo anche impianti di produzione su misura, endoossei e sottoperiosteici, con la sede di produzione, il lotto del metallo utilizzato e quant'altro serva ad attestarne la qualità. Va rilevato che la problematica della componentistica è proprio figlia di quell'implantologia sommersa che, per alcuni versi, ha contribuito a complicare la vita dei pazienti in caso sia necessario da parte di altro dentista mettere le mani sul lavoro impianto-protesico. Con gli impianti in mono-blocco questa problematica non esiste.