

La parodontite e gli italiani (2016-2020): necessità di linee guida per implementare una terapia efficace

Periodontitis and Italians (2016-2020): need for clinical guidelines to perform effective therapy

Ricevuto il 9 marzo 2020
Accettato il 15 marzo 2020

*Autore di riferimento
Francesco Cairo
francesco.cairo@unifi.it

Mario Raspini^{1,2}
Raffale Cavalcanti^{1,3}
Marco Clementini^{1,4}
Alessandro Crea^{1,5}
Massimo Di Stefano^{1,6}
Adriano Fratini⁷
Michele Karaboue⁸
Giorgia Viola Lacasella⁹
Luca Landj^{1,10}
Raffaele Larussa¹¹
Cristiano Littarru^{1,12}
Nicola Marco Sforza^{1,13}
Francesco Cairo^{1,14}

¹Task Force Società Italiana di Parodontologia e Implantologia
²Libero professionista in Cesena e Arezzo
³Dipartimento di Chirurgia Generale e di Specialità Medico-Chirurgiche, Scuola di Odontoiatria, Università degli Studi di Catania
⁴Dipartimento di Parodontologia, Università Vita e Salute San Raffaele Milano
⁵Libero professionista in Viterbo
⁶Università degli Studi di Milano, IRCCS Galeazzi, Reparto Parodontologia.
⁷Libero professionista in Orvieto
⁸Università degli Studi della Campania, Dipartimento di Medicina di Precisione
⁹Università degli Studi del Molise, Dipartimento di Medicina e Scienze della Salute
¹⁰Libero professionista in Verona e Roma
¹¹Università degli Studi di Foggia, Dipartimento di Medicina Clinica e Sperimentale
¹²Libero professionista in Roma
¹³Libero professionista in Bologna
¹⁴Unità di ricerca in Parodontologia e Medicina Parodontale, Dipartimento di Clinica e Medicina Sperimentale, Università degli Studi di Firenze

RIASSUNTO

La parodontite o malattia parodontale è una distruzione infiammatoria cronica dei tessuti che circondano i denti, causata da specifici patogeni anaerobi contenuti nella placca dentale organizzata sulla superficie del dente. La sua progressione porta alla perdita ossea ed è la causa principale dell'edentulia tra gli adulti. **Oltre il 40% della popolazione nei paesi industrializzati mostra segni clinici di malattia parodontale e oltre il 10% manifesta forme gravi di malattia.** Un numero crescente di prove ha

anche dimostrato una significativa associazione tra infiammazione sistemica dovuta a malattia parodontale e **aumento del rischio di comorbidità sistemiche, comprese malattie cardiovascolari e diabete.**

Alcune indagini condotte tra la popolazione italiana dal 2016 al 2020 hanno rilevato che, sebbene negli ultimi anni sia aumentata la consapevolezza sulla parodontite, la discrepanza tra pazienti con problemi parodontali e le diagnosi e terapie effettuate a riguardo è ancora elevata. Vi è

un forte bisogno di cure parodontali nella popolazione e molto spesso questa malattia non viene adeguatamente diagnosticata e/o trattata, con conseguenti problemi estetici, funzionali e psicologici per i pazienti. Il trattamento della forma avanzata di parodontite molto spesso richiede in aggiunta un trattamento protesico complesso, con l'inserimento di impianti dentali, comportando quindi costi significativi per i pazienti. Questo Dossier evidenzia i concetti attuali di parodontite e descrive il

suo impatto sociale nella popolazione italiana. Inoltre, l'adozione di linee guida cliniche focalizzate sulla medicina basata sull'evidenza è fortemente raccomandata per migliorare la sicurezza del paziente nella diagnosi e nel trattamento della parodontite e per ridurre l'impatto socio-economico-sanitario di questa malattia.

PAROLE CHIAVE

- Parodontite
- Linee guida
- Diagnosi
- Indagine epidemiologica
- Medicina legale

ABSTRACT

Periodontitis or periodontal disease is a chronic inflammatory destruction of tissue surrounding the teeth caused by specific anaerobic pathogens contained in dental plaque organized on the tooth surface. Its progression leads to bone loss and it is the primary cause of edentulism among adults. Over 40% of adults in industrialized countries show clinical signs of periodontal disease, and severe form of disease are described in more than 10% of population. A growing body of evi-

dence has also demonstrated a significant association between systemic inflammation due to periodontal disease and increased risk of systemic comorbidities, including cardiovascular diseases and diabetes.

A number of surveys conducted among the Italian population from 2016 to 2020 have found that, although awareness of periodontitis has increased in recent years, the discrepancy between patients with periodontal problems and the actual diagnoses and therapies of

this conditions is still high. There is dramatic need of periodontal treatment in the population and very often this disease is not properly diagnosed and/or treated, with aesthetic, functional and psychological problems for patients. Treatment of advanced form of periodontitis very often require complex prosthetic treatment with dental implant application, with significant cost for patients.

The present Dossier highlights the current concepts of periodontitis and describes its social impact in

the Italian population. Furthermore, the adoption of clinical guidelines focused on *evidence based medicine* is strongly recommended in order to improve patient safety in diagnosis and treatment of periodontitis and to reduce the socio-economic-health impact of this disease.

KEY WORDS

- Periodontitis
- Guidelines
- Diagnosis
- Epidemiological survey
- Forensic medicine

1. INTRODUZIONE

Parodontite: epidemiologia e impatto per il sistema socio-economico-sanitario

La parodontite è la malattia infiammatoria cronica non trasmissibile più comune nell'uomo. Secondo lo studio *Global Burden of Disease 2010*, la prevalenza globale della parodontite grave, standardizzata per età, nel ventennio 1990-2010 è stata dell'11,2%, rappresentando così la sesta patologia più diffusa al mondo^[1]. L'incidenza standardizzata per età delle forme gravi nel 2010 è stata di 701 casi su 100.000 persone per anno, con un trend simile al 1990. La prevalenza è aumentata gradualmente con l'età, mostrando un forte aumento tra la terza e la quarta decade di vita, con un picco di incidenza a circa 38 anni di età. All'interno di questo trend, esistono notevoli variazioni geografiche, che comunque sollecitano una grande attenzione da parte dei policymaker sanitari. In studi più recenti, la prevalenza globale della parodontite grave è stata stimata nel 7,4%

della popolazione mentre la prevalenza di forme più lievi può affliggerne il 50%^[2]. Recentemente in Italia è stato eseguito uno studio epidemiologico per valutare la prevalenza della parodontite in una popolazione adulta urbana del Nord Italia^[3]. In questo studio orizzontale è stato selezionato un adeguato campione rappresentativo della popolazione adulta della città di Torino. Circa 1600 individui, di età compresa tra 20 e 75 anni, sono stati selezionati e 736 soggetti hanno accettato di partecipare alla raccolta dei parametri clinici (47% dei soggetti campionati). La stima di prevalenza di parodontite grave e di parodontite moderata erano, rispettivamente, del 34,94% (95% CI: 31,23-38,74) e del 40,78% (95% CI: 36,89-44,79). La probabilità di parodontite è aumentata nei fumatori (OR aggiustato 2,06, 95% CI: 1,26-3,37, p = 0,004) e con l'età ma si è stabilizzata nel gruppo di età superiore ai 50 anni (p < 0,001).

La parodontite, se non trattata o trattata in modo inadeguato, porta al riassorbimento dei tessuti di supporto del dente e

quindi alla perdita dell'elemento stesso^[1], con notevoli problemi funzionali, estetici e psicologici per i pazienti.

Per molti anni la classificazione accettata a livello internazionale^[4] delle parodontiti implicava una divisione in:

- parodontite cronica, che rappresenta le forme distruttive delle malattie parodontali, caratterizzate da lenta progressione;
- parodontite aggressiva, un gruppo eterogeneo di patologie altamente distruttive che colpivano principalmente i giovani e caratterizzate da una rapida progressione;
- parodontite come manifestazione di una malattia sistemica, un gruppo eterogeneo di condizioni patologiche sistemiche che si associano anche alla parodontite;
- malattie parodontali necrotizzanti, un gruppo di condizioni che condividono un fenotipo caratteristico con la rapida necrosi della gengiva come caratteristica clinica;
- ascessi parodontali, episodi acuti di infezione in lesioni pre-esistenti.

Più recentemente, un intenso lavoro di revisione ha dimostrato come la distinzione diagnostica tra parodontite cronica e aggressiva sia poco affidabile e sono stati introdotti nuovi criteri diagnostici dal World Workshop congiunto dell'European Federation of Periodontology e dell'American Academy of Periodontology^[6].

In particolare, un caso di parodontite si definisce tale se è presente perdita di attacco clinico (CAL) interdentale rilevabile in ≥ 2 denti non adiacenti, oppure CAL vestibolare ≥ 3 mm con tasche ≥ 3 mm rilevabili in ≥ 2 denti.

È importante tenere in considerazione che la perdita di attacco osservata può non essere attribuita a parodontite ma a cause correlate come:

- recessione gengivale traumatica da spazzolamento;
- carie dentale che si estende nella zona cervicale del dente;
- presenza di CAL sull'aspetto distale di un secondo molare associata a malposizionamento o estrazione di un terzo molare,
- una lesione endodontica drenante attraverso il parodonto marginale;
- la presenza di una frattura radicolare verticale.

Al contempo, il recente World Workshop ha introdotto la Nuova Classificazione delle malattie parodontali, descrivendo per la parodontite come unica entità nosologica quattro stadi progressivi di malattia (da I a IV) per identificare severità ed estensione della patologia e la complessità del trattamento^[6] (**tab. I**). La recente Classificazione introduce anche 3 gradi di malattia (A, B, C) che definiscono il potenziale rischio individuale di progressione della patologia, la velocità di deterioramento e l'influenza di co-morbidità^[5] (**tab. II**). Fra gli elementi decisivi nel defi-

nire il grado di malattia ci sono fattori come il fumo, il diabete, la perdita ossea e la manifestazione clinica della malattia. Tale Classificazione, in linea con i criteri diagnostici di altre discipline mediche, ha l'obiettivo di standardizzare un modello diagnostico coerente per inquadrare una strategia terapeutica mirata al paziente.

Le patologie parodontali sono inoltre associate a una serie di malattie sistemiche che possono portare a morte prematura come il diabete, le malattie cardiovascolari e la cosiddetta sindrome metabolica^[6]. L'associazione tra parodontite e diabete è forte, ed è chiaro ormai che i soggetti diabetici affetti da malattia parodontale sperimentano complicanze più gravi rispetto ai pazienti non affetti^[7]. La terapia parodontale condotta nel paziente diabetico porta, inoltre, a vantaggi sostanziali nel controllo glicemico, come riportato in nove revisioni sistematiche pubblicate dal 2013 al 2017, che dimostrano come questa riduca i livelli di emoglobina glicata di 0,27-1,03 punti percentuali^[6].

L'evidenza degli ultimi anni suggerisce anche che avere la parodontite contribuisce al carico infettivo e infiammatorio dell'organismo e può contribuire all'insorgenza di eventi cardiovascolari e ictus in soggetti suscettibili^[8]. Recenti evidenze indicano come la parodontite e l'ipertensione abbiano un background genetico in comune e il più recente *consensus report* su questo argomento afferma che il successo della terapia parodontale influenza la progressione di malattie cardiovascolari^[9].

Le relazioni con malattie e condizioni sistemiche sono in continua evoluzione e più recentemente la parodontite è stata associata anche a malattie degenerative neurologiche, come l'Alzheimer^[10], l'artrite reumatoide (RA)^[11], a malattie respiratorie, come la polmonite e la bron-

copneumopatia cronica ostruttiva (BPCO)^[12] oltre al rischio di nascite premature e sottopeso^[13].

Per tutte queste condizioni l'associazione e la plausibilità biologica trovano sempre più evidenze a supporto e si stanno conducendo trial clinici di intervento che possano permettere di misurare l'efficacia del controllo dell'infiammazione parodontale nel ridurre la gravità o l'incidenza delle condizioni sistemiche prese in esame.

L'alta prevalenza della parodontite nella popolazione over 50 induce a una riflessione che riguarda l'andamento demografico del nostro e di tutti i paesi sviluppati. Questi sono caratterizzati da un progressivo processo di invecchiamento della popolazione, la cui intensità dipende sia da una forte caduta della natalità, che da un generalizzato aumento della durata della vita.

Negli ultimi cinquant'anni l'invecchiamento della popolazione italiana è stato uno dei più rapidi tra i paesi sviluppati e le proiezioni ISTAT prevedono che nel 2050 la quota di ultra 65enni sul totale della popolazione potrebbe ulteriormente aumentare tra 9 e 14 punti percentuali rispetto al livello del 2018 (pari al 23%).

L'invecchiamento della popolazione comporta sostanziali conseguenze a livello individuale e di società che, in ambito sanitario, sta determinando un deciso aumento della prevalenza di patologie croniche e degenerative. Fonti ISTAT affermano che il 40,8% dei residenti in Italia (circa 24 milioni di persone) ha dichiarato di essere affetto da almeno una delle principali patologie sistemiche croniche, e che circa un anziano su due soffre di almeno una malattia cronica grave o è affetto da più di una malattia cronica; nella fascia degli ultra-ottantenni, ben il 64,0% è affetto da 3 o più patologie croniche^[14].

Tab. I Framework dello staging della parodontite secondo la Nuova Classificazione delle malattie parodontali EFP/AAP World Workshop 2017. La stadiazione identifica la gravità e la complessità della malattia

Stadio di parodontite		Stadio I	Stadio II	Stadio III	Stadio IV
Gravità	Perdita di attacco clinico al sito più grave	1-2 mm	3-4 mm	≥5 mm	
	Perdita ossea	Terzo coronale (<15%)	Terzo coronale (15-33%)	Estesa al terzo medio della radice e oltre	
	Perdita di denti per parodontite	No perdita di denti		≤4 denti persi	≥5 denti persi
Complessità		Profondità di tasca massima ≤4 mm perdita ossea orizzontale	Profondità di tasca massima ≤5 mm perdita ossea orizzontale	Oltre alla complessità di stadio II	Oltre alla complessità di stadio III
				Profondità di tasca ≥6 mm	Disfunzione masticatoria
				Perdita ossea verticale ≥3 mm	Trauma occlusale secondario
				Forcazioni Classe II-III	Collasso del morso
				Difetto di cresta moderato	Meno di 10 coppie di denti in occlusione
					Migrazione e sventagliamento
					Grave difetto di cresta

≤

Tab. II. Framework del grading della parodontite secondo la Nuova Classificazione delle malattie parodontali EFP/AAP World Workshop 2017. Il grado identifica la velocità di progressione, il rischio di futuro peggioramento e l'influenza di co-morbidità

Grado di parodontite			Grado A	Grado B	Grado C
Criteri primati	Evidenza diretta di progressione	Dati longitudinali (perdita ossea radiografica con perdita di attacco clinico)	Assenza di progressione durante i 5 anni	<2 mm in 5 anni	>2 mm in 5 anni
		Percentuale di perdita osso/età	<0,25	0,25-1,0	<1,0
	Evidenza indiretta di progressione	Fenotipo	Grandi quantità di depositi di placca e tartaro con basso livello di istruzione	Distruzione commisurata alla quantità di depositi di placca e tartaro	Distruzione sproporzionata ai livelli di placca e tartaro. Evidenza di periodi di progressione rapida, insorgenza precoce della malattia o scarsa risposta alla terapia
Fattori che modificano il grado	Fattori di rischio	Fumo	Non fumatore	Fumatore <10 sigarette/giorno	Fumatore >10 sigarette/giorno
		Diabete	Glicemia normale con o senza diagnosi precedente di diabete	HbA1c ≤7,0% in soggetto con diabete	HbA1c ≥7,0% in soggetto con diabete

Il fatto che la parodontite sia associata a numerose patologie croniche e che la prevalenza della stessa aumenti con l'età, ci dà la portata del peso a livello sanitario che questa patologia detiene all'interno della popolazione italiana.

Altro aspetto da considerare, inoltre, in ambito di mantenimento della salute orale è quello socio-economico. Sono marcate, infatti, le disuguaglianze sociali nella prevenzione orale, nonché nell'accesso alle cure, a svantaggio delle persone poco istruite o con scarse risorse economiche. È interessante notare come negli studi di prevalenza il basso livello di istruzione sia correlato a una maggiore probabilità di soffrire di parodontite^[15]. Dati ISTAT stimano che nel 2019 quasi 1 milione e 700mila famiglie residenti fossero in condizione di povertà assoluta, per un totale di circa 4,6 milioni di individui; le famiglie in condizioni di povertà relativa erano invece stimate in poco meno di 3 milioni (11,4%), per un totale di oltre 8,8 milioni di individui (14,7%)^[16].

Dati recenti riportano che in Italia la parodontite provoca danni per circa 2,5 miliardi di euro all'anno con un trend in aumento (dati Keystone 2020). Questi dati sono allineati a quelli che, su scala globale, stimano che la spesa sanitaria per questa patologia ammonti a circa 54 miliardi di dollari in costi di trattamento diretto e ulteriori 25 miliardi di dollari in costi indiretti^[17]. Nel Regno Unito si calcola che la gestione della malattia parodontale sia costata al servizio sanitario nazionale (NHS) più di 2,8 miliardi di sterline solo nel 2017^[18]. La parodontite contribuisce in modo significativo al costo della cura delle malattie dentali, per la necessità di sostituire i denti persi a causa della malattia stessa, con un incremento significativo del ricorso a protesi dentali fisse e mobili. In Italia, infatti, circa 2,5 milioni di cittadini ricorrono alla protesi e circa il

50% di questi a causa degli effetti della parodontite (dati Keystone 2020).

Considerando questi dati e il fatto che in materia di assistenza odontoiatrica il servizio sanitario nazionale offre in Italia circa il 5,4% delle prestazioni odontoiatriche complessive^[19], è evidente che per un'ampia fascia di popolazione l'accesso alle cure odontoiatriche e la sostituzione dei denti persi siano molto difficili, aumentando così non solo la disuguaglianza sociale, ma anche il rischio di esposizione a possibili complicanze come le malattie croniche sistemiche. Queste condizioni si concentrano soprattutto nella fascia di età più anziana, per la quale il sopraggiungere dell'incompetenza masticatoria può portare anche a un maggiore rischio di morte prematura^[20].

Percezione degli italiani rispetto alla parodontite

Alla luce dei dati epidemiologici e demografici italiani, la Società Italiana di Parodontologia e Implantologia (SIdP), con una serie di indagini demoscopiche condotte tra il 2016 e il 2020, in collaborazione con l'agenzia Keystone ha voluto indagare l'impatto e la percezione del problema parodontale nella popolazione italiana, anche in relazione al servizio di diagnosi e cura offerto dagli studi odontoiatrici privati^[21].

Le indagini sono state realizzate su campioni, rispettivamente, di 1000 (anno 2016), 2157 (anno 2017), 2002 (anno 2020) cittadini italiani, scelti casualmente negli elenchi telefonici nazionali, con prestratificazione su base regionale, di età compresa tra i 25 e i 74 anni con caratteristiche demografiche rappresentative dell'intera popolazione italiana. È stato inoltre effettuato un sovra campionamento sulla fascia di popolazione più giovane, dai 18 ai 35 anni, per poter avere una rappresentatività maggiore di alcuni fenome-

ni sociologici. Per la somministrazione del questionario è stato scelto sia lo strumento delle interviste per via telefonica (sistema CATI), che via web (sistema CAWI). Le domande poste agli intervistati erano suddivise in macro-aree, per ognuna delle quali sono state poste domande che prevedevano tipologie di risposta: chiusa, multipla o giudizio su una scala da 1 a 10, aperta. I dati raccolti sono stati analizzati con due programmi di elaborazione, Excel (Windows®, Microsoft® Co., 2011, Redmond, USA) e SPSS (IBM® Analytics, Armonk, New York, USA).

In funzione degli obiettivi e della tipologia di domande, le elaborazioni sono state effettuate secondo le più moderne e idonee tecniche e logiche di elaborazione statistica. Gli intervalli di confidenza calcolati sui campioni per un livello di significatività del 95% sono stati del $\pm 3,1\%$ (anno 2016) e del $\pm 2,2\%$ (anno 2017 e 2020). Tale intervallo è stato altresì calcolato per ogni variabile e per ogni risposta. Per tutte le variabili secondarie (segmenti del campione) è stato effettuato un test di significatività delle differenze rispetto ai risultati complessivi (test t di Student sulle medie e test z sulle percentuali).

Nella più recente indagine svolta nel 2020 su di un campione rappresentativo di circa 32,8 milioni di italiani, si è riscontrato come ben l'82% degli intervistati soffra o abbia sofferto di uno dei sintomi potenzialmente associabili a un quadro clinico di parodontite: sanguinamento gengivale, gengive che si ritirano, alito cattivo ricorrente o cattivo sapore in bocca, dolore gengivale, denti che si muovono e/o si spostano e infezione delle gengive (fig. 1a). Andando a considerare la sintomatologia più tipica della parodontite (gengive che si ritirano, denti che si muovono, infezione delle gengive) si è arrivati a stimare come circa il 50% della



Fig. 1a, b Domanda: “Ha mai sofferto di uno di questi sintomi?” (a); domanda: “Ha mai sofferto di uno di questi sintomi (cerchiati in rosso i sintomi più tipici di un probabile quadro ‘parodontale’)?” (risposta multipla) (b)

popolazione intervistata ne soffra o ne abbia sofferto (fig. 1b) con un dato che si allinea a quello che emerge dalla letteratura più recente.

Tra coloro che presentano sintomi associati a problemi gengivali, il 50% è rappresentato da pazienti over 60. Esiste poi una correlazione statisticamente significativa tra pazienti con sintomatologia correlata a patologia parodontale e presenza di contemporanee patologie sistemiche (fig. 2). Nel corso degli anni, grazie anche a una campagna informativa promossa dalla SIdP al fine di sensibilizzare la popolazione sulla conoscenza della parodontite, si registra un sensibile e progressivo aumento dei soggetti che dichiarano di conoscere questa patologia. Dall’iniziale 64% degli intervistati che dichiaravano di conoscere la parodontite nel 2016, si giunge al 68% nel 2017, per arrivare al 77% nell’indagine del 2020 (fig. 3a).

Parallelamente alla conoscenza della patologia, è aumentata con lo stesso trend anche la percentuale di pazienti che è ricorso al dentista in caso di sintomatologia associabile alla patologia parodontale (60% nel 2016, 70% nel 2017, 69% nel 2020) (fig. 3b). È senza dubbio il dentista di fiducia, infatti, la fonte ritenuta più au-

torevole riguardo ai disturbi gengivali (dati 2017) e l’82% della popolazione, al netto dei livelli di scolarizzazione e reddito inferiori, dichiara di avere un dentista di fiducia, al quale si rivolge principalmente per ragioni di prevenzione (igiene orale professionale e visite di controllo). Nell’ultimo anno, a fronte del 62% di pazienti che si è rivolto a un dentista (vs 44% secondo l’ISTAT, che include quelle fasce della popolazione che per condizioni socio-economiche sfuggono alle indagini condotte con tecnologia CAWI), il 46% ha infatti dichiarato di averlo fatto per motivi di prevenzione (figg. 4a, b).

Rispetto all’indagine 2016, quando il 60% degli intervistati con disturbi gengivali si era rivolto al dentista per un con-

sulto e solo al 9% era stata diagnosticata parodontite, è leggermente aumentato il tasso di diagnosi di questa patologia, portandosi al 17% dei casi (fig. 5a).

Tuttavia, ancora nel 2020 tra coloro che hanno dichiarato alcuni dei sintomi potenzialmente correlati con la parodontite, si osserva come più del 90% abbia ancora tali sintomi e al 43% non sia stata fatta diagnosi corretta (dati 2020) (fig. 5b).

Dati ricavati da un’indagine condotta nel 2017 dall’agenzia Keystone, su un campione di 425 studi dentistici (rappresentativo della popolazione degli studi dentistici nazionali), dimostrano come la sonda parodontale, strumento indispensabile per valutare clinicamente lo stato di salute parodontale, per circa 1/3 degli intervistati

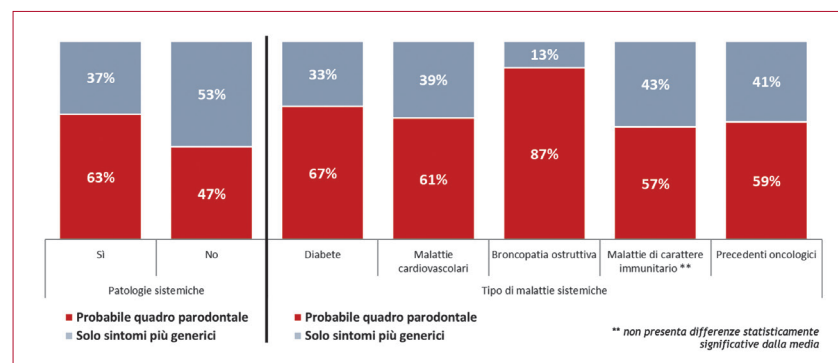
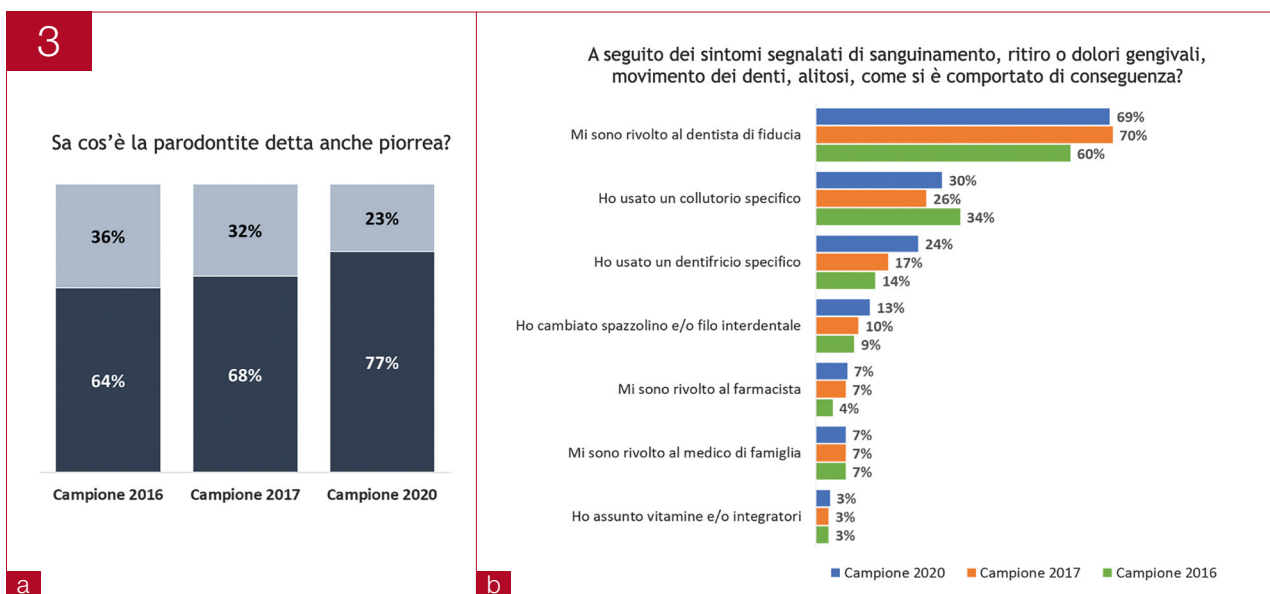


Fig. 2 Correlazione tra patologie sistemiche e “quadro parodontale”



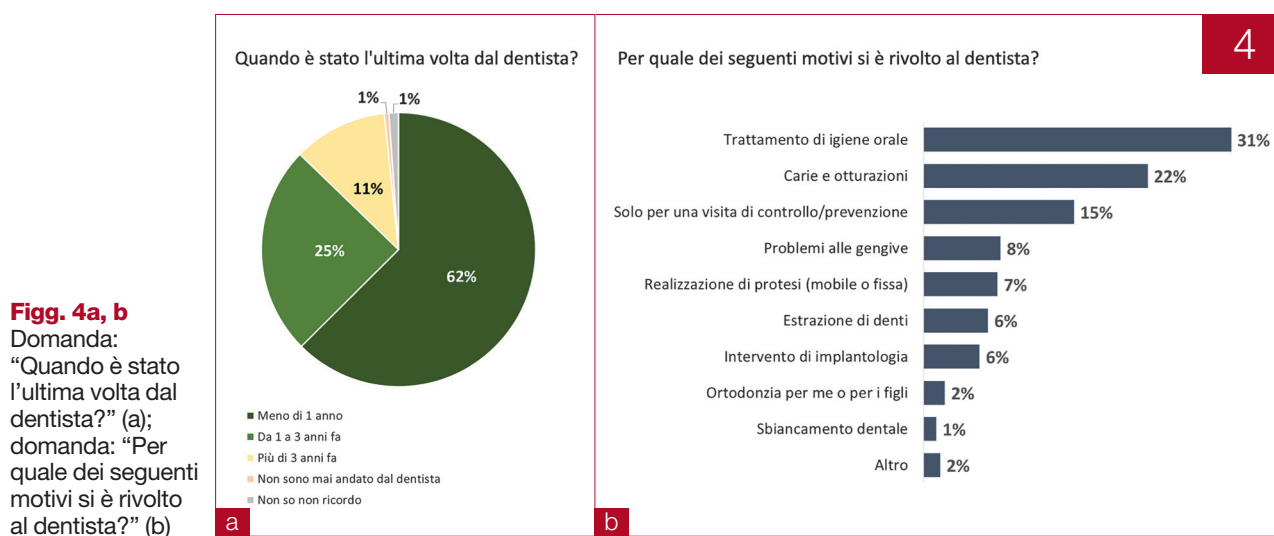
Figg. 3a, b Domanda: “Sa che cosa è la parodontite, detta anche piorrea?” (risposta del campione analizzato nella survey 2016, 2017 e 2020) (a); domanda: “A seguito dei sintomi segnalati di sanguinamento, ritiro o dolori gengivali, movimento dei denti, alitosi, come si è comportato di conseguenza?” (risposta del campione analizzato nella survey 2016, 2017 e 2020) (b)

sia considerata “quasi mai indispensabile” durante la prima visita (**fig. 6a**). Inoltre, il Periodontal Screening and Recording (PSR), metodica di screening per l'identificazione della malattia parodontale, non è conosciuto dal 40% dei dentisti, mentre solo il 25% dichiara di usarlo (**fig. 6b**).

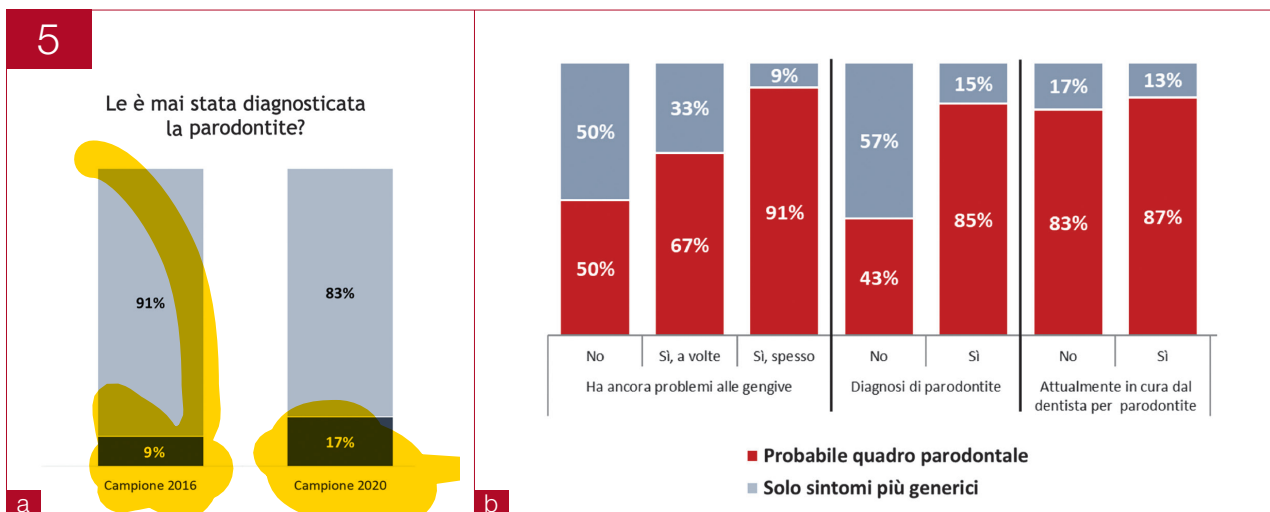
Questo dato evidenzia come, nonostante l'aumento della consapevolezza dei citta-

dini sulla parodontite (dati survey SidP/Keystone), sia ancora alta la discrepanza tra i pazienti che hanno problematiche parodontali e le effettive diagnosi effettuate. Dati ISTAT 2015 riportano come solo l'1,4% delle visite siano per motivi parodontali, dato confermato in una indagine Keystone 2016 con solo il 3%. Ciò risulta ancora più rilevante quando fattori

socio-economici entrano in gioco: sul totale degli italiani a cui è stata diagnosticata la parodontite, meno della metà (47%) risulta attualmente in cura. Dalla stessa indagine si evidenzia come la maggior parte dei pazienti in cura appartenga a una classe socio economica medio-alta, dichiarando un reddito superiore a 3000 € mensili (dati 2020).



Figg. 4a, b Domanda: “Quando è stato l'ultima volta dal dentista?” (a); domanda: “Per quale dei seguenti motivi si è rivolto al dentista?” (b)



Figg. 5a, b Domanda: “Le è mai stata diagnosticata la parodontite?” (risposta del campione analizzato nella survey 2016 e 2020) (a); analisi del “quadro parodontale” (b)

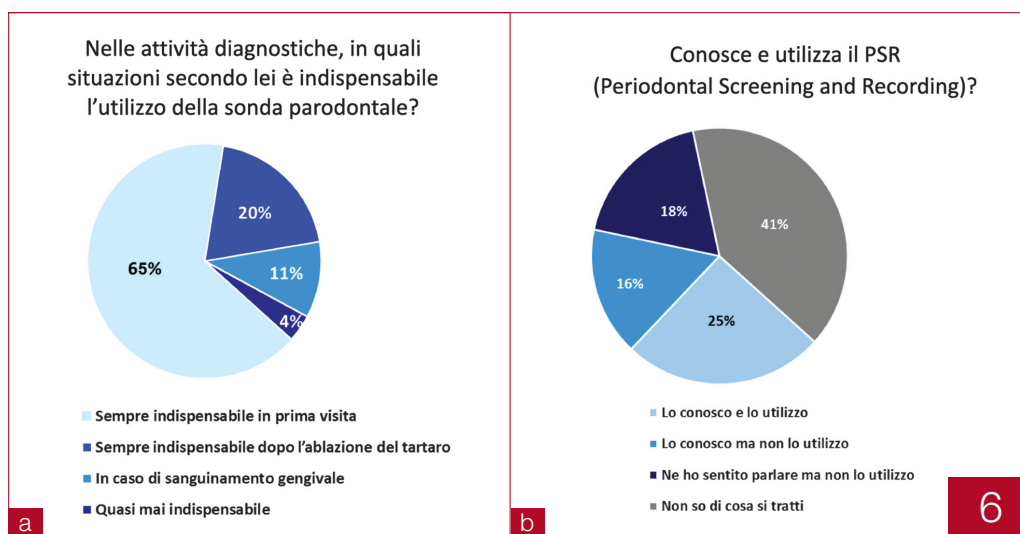
Necessità di linee guida per la diagnosi e la cura della parodontite

Negli ultimi 25 anni, in area sanitaria, si è affermato il modello della medicina basata sull'evidenza scientifica, ovvero un approccio alla pratica clinica dove le decisioni cliniche risultano dall'integrazione tra l'esperienza del medico e l'utilizzo coscienzioso, esplicito e giudizioso delle migliori evidenze scientifiche disponibili in relazione alle preferenze del paziente^[22]. L'esperienza professionale costituisce, inoltre, elemento di integrazione equilibrata di evidenze scientifiche, preferenze del paziente e contesto clinico-assistenziale in cui si opera. All'interno del modello di una medicina basata sull'evidenza, il *consensus* sviluppato su queste prove scientifiche rappresenta un alto livello di conoscenza. Nello specifico, questo, è una pubblicazione scientifica su un aspetto particolare della conoscenza medica al momento in cui viene diffusa e redatta da un gruppo rappresentativo di esperti che la ritengono basata sull'evidenza e rappresentativa dello stato dell'arte della ricerca scientifica in quel determinato momento. Il *consensus* sintetizza quindi le ultime informazioni, derivate dalla letteratura più recente o dalla ricerca in corso su un determinato argomento, che ne determinano una rivalutazione in termini di pratiche medico-cliniche di routine, senza fornire algoritmi decisionali o linee guida specifici

te^[22]. L'esperienza professionale costituisce, inoltre, elemento di integrazione equilibrata di evidenze scientifiche, preferenze del paziente e contesto clinico-assistenziale in cui si opera. All'interno del modello di una medicina basata sull'evidenza, il *consensus* sviluppato su queste prove scientifiche rappresenta un alto livello di conoscenza. Nello specifico, questo, è una pubblicazione scientifica su un aspetto particolare della conoscenza medica al momento in cui viene diffusa e redatta da un gruppo rappresentativo di esperti che la ritengono basata sull'evidenza e rappresentativa dello stato dell'arte della ricerca scientifica in quel determinato momento. Il *consensus* sintetizza quindi le ultime informazioni, derivate dalla letteratura più recente o dalla ricerca in corso su un determinato argomento, che ne determinano una rivalutazione in termini di pratiche medico-cliniche di routine, senza fornire algoritmi decisionali o linee guida specifici

cui viene diffusa e redatta da un gruppo rappresentativo di esperti che la ritengono basata sull'evidenza e rappresentativa dello stato dell'arte della ricerca scientifica in quel determinato momento. Il *consensus* sintetizza quindi le ultime informazioni, derivate dalla letteratura più recente o dalla ricerca in corso su un determinato argomento, che ne determinano una rivalutazione in termini di pratiche medico-cliniche di routine, senza fornire algoritmi decisionali o linee guida specifici

Figg. 6a, b Survey “I dentisti e la parodontologia”, 2016. Domanda rivolta agli odontoiatri: “Nelle attività diagnostiche, in quali situazioni secondo lei è indispensabile l'utilizzo della sonda parodontale?” (a); domanda: “Conosce e utilizza il PSR (Periodontal Screening and Recording)?” (b)



che. Quando le evidenze dirette su un certo argomento sono deboli, i *consensus* sono generalmente sviluppati da un gruppo di esperti utilizzando un metodo di appropriatezza (RAND model) cercando di fornire la posizione del gruppo di esperti su un argomento di specifico interesse. Ogni *consensus* fornisce, inoltre, i dettagli degli atti della conferenza, i particolari delle revisioni delle evidenze effettuate e l'analisi dei punti critici della discussione che hanno condotto allo statement finale.

A rappresentare il punto di incontro tra le migliori evidenze scientifiche (*consensus*) e il mondo della pratica clinica ci sono poi le linee guida.

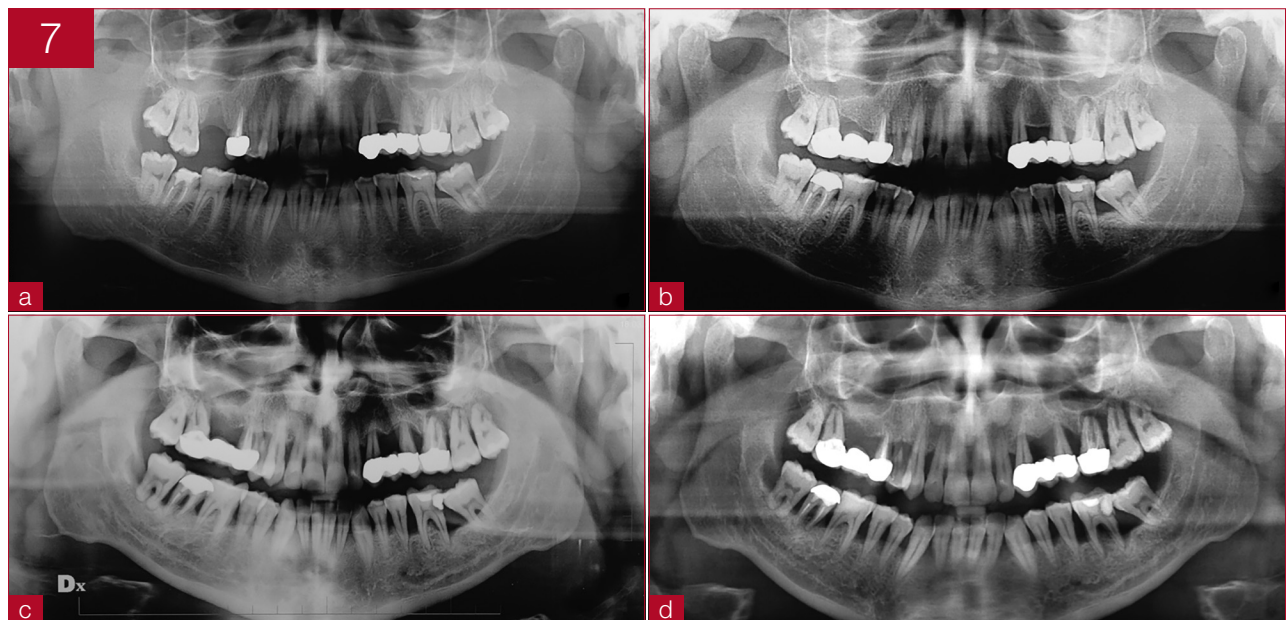
Come definita dalla WHO, “una linea guida è costituita da qualunque documento contenga raccomandazioni per la pratica clinica o per le politiche di salute pubblica. Ciascuna raccomandazione indica

all'utente finale delle linee guida ciò che può o dovrebbe fare in specifiche situazioni, considerando il rapporto rischio-beneficio, per raggiungere i migliori risultati possibili in termini di salute individuale o collettiva. Le linee guida devono offrire una scelta tra diversi interventi o misure che abbiano un impatto positivo previsto sulla salute e implicazioni per l'uso delle risorse. Le raccomandazioni aiutano chi utilizza le linee guida a prendere decisioni informate sull'opportunità di intraprendere interventi specifici, test clinici o misure di salute pubblica, e su quando e dove farlo. Inoltre, aiutano a selezionare e dare la priorità a una serie di potenziali interventi” (figg. 7a-d).

Quando sono nate, le linee guida avevano la funzione di migliorare la qualità delle cure e il loro intento era quello di cercare di stabilire quali fossero le opzioni terapeutiche migliori, mediando tra novità

apportate dalla ricerca e interventi consolidati e applicabili. La loro funzione si è modificata nel corso del tempo. Proprio l'ultimo impianto giuridico nazionale approvato dal Parlamento (Legge 8 marzo 2017, n. 24)^[23], che norma le responsabilità dei professionisti sanitari, ha innalzato le linee guida al ruolo non più solo di miglioramento della qualità delle cure, ma a strumento alla base della sicurezza delle cure che abbraccia, ora, la salvaguardia del paziente. Una modifica rilevante che ha delle importanti ricadute sulla responsabilità dell'operato del medico.

Una valutazione ulteriore meritano i profili medico-legali, intrinsecamente collegati alla volontà di redigere un documento di indirizzo come le linee guida. La Legge 24/17, cosiddetta Legge Gelli-Bianco, all'articolo 5 al comma 1 recita che “*gli esercenti le professioni sanitarie, nell'esecuzione delle prestazioni sanitarie con fi-*



Figg. 7a-d Storia radiografica di paziente trattato da dentista generico nel corso degli anni. Il paziente presenta edentulia dell'elemento 1.6. Si riscontra una perdita lieve generalizzata di osso alveolare e una lesione osteolitica apicale all'elemento 2.6 (a); è stata eseguita riabilitazione protesica fissa su elementi 1.7-X-1.5 e 4.6. Si riscontra nuova lesione curiosa sull'elemento 3.6, progressiva perdita generalizzata di osso alveolare (ora riassorbimento moderato) e aumento di dimensioni della lesione osteolitica apicale all'elemento 2.6 (b); è stato eseguito restauro provvisorio elemento 3.6. Si riscontra progressiva perdita generalizzata di osso alveolare (ora riassorbimento severo) e aumento di dimensioni della lesione osteolitica apicale all'elemento 2.6 (c); esame radiografico con cui il paziente giunge in visita odontoiatrica per riferita mobilità dentale (d)

nalità preventive, diagnostiche, terapeutiche, palliative, riabilitative e medicina legale, si attengono, salve le specificità del caso concreto, alle raccomandazioni previste dalle linee guida pubblicate ai sensi del comma 3 ed elaborate da enti e istituzioni pubblici e privati nonché dalle società scientifiche e dalle associazioni tecnico scientifiche delle professioni sanitarie iscritte in apposito elenco istituito e regolamentato con decreto del Ministro della Salute". Questo comma dell'articolo 5 insieme all'articolo 15 sono, dal punto di vista medico-legale, gli elementi fondamentali dell'incardinamento della responsabilità professionale nei suoi metodi di valutazione e di giudizio e di rispondenza alla migliore metodologia medico-legale. La valutazione delle linee guida come momento di primaria valutazione dei comportamenti sanitari, e come incoraggiamento rispettoso delle regole di buona pratica nel trattamento diagnostico-terapeutico dei pazienti, è una derivazione anglosassone dell'espressione *Safe Harbor*, in italiano porto sicuro o approdo si-

curo, che indica normalmente un principio secondo cui taluni comportamenti non sono considerati come violazioni di un principio o di una regola più generale. In questo sistema di scudo protettivo vi sono molti potenziali benefici: innanzitutto il fatto di eliminare, o perlomeno ridurre, molti contenziosi che non sono basati su reali e tangibili problemi tecnici; mitigare la variabilità delle sentenze nelle parti motivazionali tecniche; ridurre le pratiche di medicina difensiva; rafforzare, infine, l'integrazione dell'*evidence based medicine* dentro la pratica clinica al fine di migliorare la sicurezza per il paziente. La Società Italiana di Parodontologia e Implantologia (SIdP) si è da sempre distinta nel porre l'evidenza scientifica e l'appropriatezza delle cure a caposaldo del mantenimento della dentatura naturale e di un corretto stile di vita, con l'obiettivo di mitigare i fattori di rischio collegati all'insorgenza e alla progressione delle malattie parodontali e allo stretto monitoraggio dei loro rapporti con le diverse patologie sistemiche a esse connesse.

Questi principi si sono già tradotti nell'attiva partecipazione di esponenti della SIdP *in primis* alla stesura delle Raccomandazioni Cliniche in Odontostomatologia redatte con il Segretariato generale del Ministero della Salute nel 2017, nelle quali SIdP ha curato la parte delle raccomandazioni per la disciplina parodontale e implantare. Più recentemente ha partecipato con i suoi esperti al *consensus* riguardante la nuova Classificazione delle Malattie Parodontali, redatta in collaborazione tra l'American Academy of Periodontology (AAP) e l'European Federation of Periodontology (EFP) di cui SIdP è parte integrante^[24]. Infine, la SIdP ha attivamente contribuito alla stesura delle prime linee guida per la corretta pratica diagnostica e terapia della parodontite per il paziente di stadio I-III emanate dalla Federazione Europea di Parodontologia^[25]. Tali linee guida sono state già adottate da diversi paesi europei, come Spagna, Germania e Regno Unito, nell'ambito delle linee guida nazionali per il trattamento della parodontite.

2. CONCLUSIONI

Alla luce della situazione epidemiologica italiana relativa alla parodontite, che come già illustrato mostra valori di prevalenza notevoli con un'elevata incidenza delle forme più gravi, si fa ancora più pressante la necessità di adottare linee guida condivise.

L'adozione di linee guida nella cura del paziente affetto da parodontite è in grado di generare molteplici aspetti positivi:

- migliorare la sicurezza del paziente nel seguire gli approcci clinici validati alla luce dell'*evidence based medicine*;
- ridurre l'impatto socio-sanitario derivante dalla mancanza di un corretto approccio diagnostico e terapeutico;
- fornire all'odontoiatra un approccio coerente e standardizzato di valutazione clinico-diagnostica per individuare le azioni da applicare, risultando così di pratica e oggettiva utilità per chi le adotta;
- aiutare il consulente del Giudice nella valutazione della causalità e della responsabilità professionale. ■

CONFLITTO DI INTERESSI

Gli autori dichiarano di non avere alcun conflitto di interessi.

FINANZIAMENTI ALLO STUDIO

Gli autori dichiarano di non avere ricevuto nessun finanziamento per il presente studio.

CONSENSO INFORMATO

Gli autori dichiarano che è stato ottenuto il consenso informato del paziente per la pubblicazione del caso, foto incluse.

BIBLIOGRAFIA

1. **Kassebaum NJ, Bernabè TD, Dahiya M, Bhandari B, Murray CJL, Marcenes W.** Global burden of severe periodontitis in 1990-2010: a systematic review and meta-regression. *J Dent Res* 2014;93(11):1045-53.
2. **Kassebaum NJ, Smith AGC, Bernabè E, Fleming AE, Reynolds T et al.** Global, regional, and national prevalence, incidence, and disability-adjusted life years for oral conditions for 195 countries, 1990-2015: a systematic analysis for the global burden of diseases, injuries, and risk factors. *J Dent Res* 2017;96(4):380-7.
3. **Aimetti M, Perotto S, Castiglione A, Mariani GM, Ferrarotti F, Romano F.** Prevalence of periodontitis in an adult population from an urban area in North Italy: findings from a cross-sectional population-based epidemiological survey. *J Clin Periodontol* 2015;42(7):622-31.
4. **Armitage GC.** Development of a classification system for periodontal diseases and conditions. *Ann Periodontol* 1999;4(1):1-6.
5. **Tonetti MS, Greenwell H, Kornman KS.** Staging and grading of periodontitis: framework and proposal of a new classification and case definition. *J Clin Periodontol* 2018;45(Suppl 20):S149-61.
6. **Sanz M, Ceriello A, Buyschaert M, Chapple I, Demmer RT, Graziani F et al.** Scientific evidence on the links between periodontal diseases and diabetes: consensus report and guidelines of the joint workshop on periodontal diseases and diabetes by the International Diabetes Federation and the European Federation of Periodontology. *J Clin Periodontol* 2018 Feb;45(2):138-49.
7. **Genco RJ, Graziani F, Hasturk H.** Effects of periodontal disease on glycemic control, complications, and incidence of diabetes mellitus. *Periodontol 2000* 2020 Jun;83(1):59-65.
8. **Kinane D, Bouchard P.** Periodontal diseases and health: Consensus Report of the Sixth European Workshop on Periodontology. *J Clin Periodontol* 2008;35(Suppl. 8):333-7.
9. **Landi L, Grassi G, Sforza NM, Ferri C.** Hypertension and periodontitis: an upcoming joint report by the Italian Society of Hypertension (SIIA) and the Italian Society of Periodontology and Implantology (SIdP). *High Blood Press Cardiovasc Prev* 2021 Jan;28(1):1-3.
10. **Leira Y, Domínguez C, Seoane J, Seoane-Romero J, Pías-Peleiro JM et al.** Is periodontal disease associated with Alzheimer's disease? A systematic review with meta-analysis. *Neuroepidemiology* 2017;48(1-2):21-31.
11. **Qiao Y, Wang Z, Li Y, Han Y, Zhou Y, Cao X.** Rheumatoid arthritis risk in periodontitis patients: a systematic review and meta-analysis. *Joint Bone Spine* 2020 Dec;87(6):556-64.
12. **Gomes-Filho IS, Cruz SSD, Trindade SC, Passos-Soares JS, Carvalho-Filho PC et al.** Periodontitis and respiratory diseases: a systematic review with meta-analysis. *Oral Dis* 2020 Mar;26(2):439-46.
13. **Manrique-Corredor EJ, Orozco-Beltran D, Lopez-Pineda A, Quesada JA, Gil-Guillen VF, Carratala-Munuera C.** Maternal periodontitis and preterm birth: systematic review and meta-analysis. *Community Dent Oral Epidemiol* 2019 Jun;47(3):243-51.
14. **Istituto Nazionale di Statistica-Istat.** 2017. Anziani: le condizioni di salute in Italia e nell'Unione europea. Anno 2015. Statistiche Report. Roma: Istat: https://www.istat.it/it/files//2017/09/Condizioni_Salute_anziani_anno_2015.pdf
15. **Geyer S, Schneller T, Micheelis W.** Social gradients and cumulative effects of income and education on dental health in the Fourth German Oral Health Study. *Community Dent Oral Epidemiol* 2010 Apr;38(2):120-8.
16. **Istituto Nazionale di Statistica-Istat.** Giugno 2020. Le statistiche Istat sulla povertà - 2019. Statistiche report. Roma, Istat: https://www.istat.it/it/files//2020/06/REPORT_POVERTA_2019
17. **GBD 2017 Disease and injury incidence and prevalence collaborators.** Global, regional, and national incidence, prevalence, and years lived with disability for 354 diseases and injuries for 195 countries and territories, 1990-2017: a systematic analysis for the Global Burden of Disease Study 2017. *Lancet* 2018 Nov 10;392(10159):1789-858.
18. **Janakiram C, Dye BA.** A public health approach for prevention of periodontal disease. *Periodontol 2000* 2020 Oct;84(1):202-14.
19. **Istituto Nazionale di Statistica-Istat.** Luglio 2015. Il ricorso alle cure odontoiatriche e la salute orale in Italia - 2013. Statistiche report. Roma, Istat: www.istat.it/it/files//2015/07/salute_dei_den_ti_DEFINITIVA.pdf
20. **Brown D.** Complete edentulism prior to the age of 65 years is associated with all-cause mortality. *J Public Health Dent Fall* 2009;69(4):260-6.
21. **Società Italiana di Parodontologia e Implantologia (SIdP).** Periodontitis within the Italian population: an Italian Society of Periodontology and Implantology (SIdP) study. *Jan 2017 Dental Cadmos* 85(3):156-68.
22. **Sackett DL, Roseberg WM, Gray JA et al.** Evidence based medicine: what is it and what it isn't. *BMJ* 1996 Jan 13;312(7023):71-2.
23. **Gazzetta Ufficiale della Repubblica Italiana 17 marzo 2017, Legge 8 marzo 2017, n. 24.** Disposizioni in materia di sicurezza delle cure e della persona assistita, nonché in materia di responsabilità professionale degli esercenti le professioni sanitarie.
24. **Caton JG, Armitage G, Berglundh T, Chapple ILC, Jepsen S et al.** A new classification scheme for periodontal and peri-implant diseases and conditions – Introduction and key changes from the 1999 classification. *J Clin Periodontol* 2018 Jun;45(Suppl 20):S1-8.
25. **Sanz M, Herrera, D, Kebschull, M, Chapple I, Jepsen S et al.** Treatment of stage I-III periodontitis – The EFP S3 level clinical practice guideline. *J Clin Periodontol* 2020 Jul;47(Suppl 22):4-60.