

Il grande Progetto di Comunicazione SIdP... **NON PIÙ PIORREA**



**Editoriale
del Presidente**

SIdP, una storia
di eccellenza italiana

a pag. **2**



**Il Progetto di
Comunicazione SIdP**

a pag. **4**



**Editoriale
del Direttore**

La Parodontologia
catartica

a pag. **3**



**La SIdP per
l'Odontoiatria**

Testo Atlante di Parodontologia
e Terapia Implantare

a pag. **6**

Lato implantare. *in*



**Legge,
linee guida e impianti**

a pag. **14**

Lato parodontale. *in*



**Come aiutare
i pazienti
a selezionare
la terapia per il
successo a
lungo termine?**

a pag. **13**



**Intervista al
Prof. Filippo
Graziani**

Un italiano nel Board
della EFP per
i prossimi 5 anni

a pag. **7**

L'angolo della cravatta

L'algoritmo

a pag. **16**

Invito alla Lettura



**In questo numero
accogliamo i
suggerimenti di...**

a pag. **8**

Gli Sponsor. *in*



**Salute
olistica**

Approccio a 360°, dalla preven-
zione alla rigenerazione, per la
salute generale

a pag. **15**

• **E molto altro ancora**

L'angolo del papillon a pag. **16**

Lettera al Direttore a pag. **17**

Lettera da SIdP a pag. **18**

Tra il perio e il faceto a pag. **19**

Lato forte.in a pag. **20**

Soci Attivi e... a pag. **21**

Backstage a pag. **22**

Bob Dylan a pag. **23**



Editoriale del Presidente

La SIdp, una storia di eccellenza italiana

Cari Soci SIdP, carissimi Amici, alla soglia dei 40 anni della nostra amatissima Società è forse venuto il momento di ricordare a noi stessi e a tutta l'odontoiatria cos'è la SIdP: una vera storia di eccellenza italiana di cui essere orgogliosi.

La SIdP nasce come Società Italiana di Parodontologia a Roma il 18 Dicembre 1979



ad opera di 30 fondatori e nell'aprile del 1980 si riunisce l'Assemblea dei Soci Fondatori durante la quale vengono nominati Soci Attivi gli appartenenti al Gruppo Italiano di Studio di Parodontologia. Li voglio ricordare tutti: Giuseppe Cozzani di La Spezia promotore, Umberto Bar di Torino, Michele Cagidiaco di Pisa, Gianfranco Carnevale di Roma, Gigi Caruso di Cagliari, Mario Fonzar di Udine, Gastone Huober di Firenze, Remo Modica di Torino, Gaetano Piazza Roxas di Catania, Giano Ricci di Firenze, Fabio Toffenetti di Gallarate e Giorgio Vogel di Milano.

Da allora si sono succeduti alla Presidenza della SIdP: Giuseppe Ceria (1980-1983), Umberto Bar (1983-1985), Giorgio Vogel (1985-1987), Marcello Calandriello (1987-1989), Marcello Cattabriga (1989-1991), Gianfranco Carnevale (1992-1993), Giovan Paolo Pini Prato (1994-1995), Massimo de Sanctis (1996-1997), Roberto Weinstein

(1998-1999), Pier Paolo Cortellini (2000-2001), Giano Ricci (2002-2003), Antonio Carrassi (2004-2005), Giovanni Gagliardi (2006-2007), Mauro Merli (2008-2009), Luca Francetti (2010-2011), Alberto Fonzar (2012-2013) e Maurizio Tonetti (2014-2015).

Nel Novembre del 1992 la Federazione Europea di Parodontologia (EFP) certifica che la SIdP soddisfa gli scopi, gli obiettivi e la costituzione dell'EFP. La SIdP ha espresso tre Presidenti della Federazione Europea di Parodontologia: Gianfranco Carnevale nel 2000, Pierpaolo Cortellini nel 2006 e, prossimamente, Filippo Graziani.

Tanti amici, che hanno segnato profondamente la nostra storia, ci hanno purtroppo

lasciato: Mario Perino, Mario Fonzar, Giancarlo Valletta, Giuseppe Ceria, Giorgio Vogel, Marcello Cattabriga, Aldo Borsetti, Gastone Huober, Marcello Calandriello, Paolo Kulterer e Michele Cagidiaco. A loro va il mio pensiero e il mio ringraziamento per il contributo essenziale che hanno portato alla nostra Società e alla mia personale formazione.



Dal 2013 la Società ha cambiato il nome in quello di Società Italiana di Parodontologia e Implantologia, per confermare il principio che la terapia implantare deve essere considerata in ottica parodontale, sia in senso preventivo che terapeutico.

L'eccellente attività scientifica e didattica della nostra Società ha portato oltre 2500 presenze nel 2015 e 3295 nel 2016 con un crescente interesse da parte degli Igienisti dentali e dei giovani odontoiatri.

Attualmente la Società conta più di 1700 iscritti tra soci attivi, certificati, ordinari,

igiениsti, studenti e frequentatori, provenienti da tutte le regioni italiane e 105 soci attivi. Con i nostri siti web (www.sidp.it, www.gengive.org, www impiantidentali.org) raggiungiamo ormai gran parte della popolazione italiana nell'ambito del programma di comunicazione rivolta al pubblico, programma di cui sono particolarmente fiero e che ha visto tutta la nostra Società molto impegnata negli ultimi 2 anni. La SIdP promuove annualmente importanti premi ed eventi collegati allo studio e alla ricerca: il prestigioso premio Henry M Goldman per la ricerca di base e la ricerca clinica, il premio Marcello Calandriello per la migliore

tesi di laurea in campo parodontale o implantare, lo "Spazio Ricerca", lo "Spazio Ricerca-Premio M. Cagidiaco", il premio Marcello Cattabriga per la migliore Tesi di Laurea in Parodontologia nell'ambito del Corso di Laurea in Igiene Dentale e il Premio Giorgio Vogel, uno spazio nuovo dedicato, nell'ambito del Congresso annuale della Società, alla presentazione e discussione di casi clinici.

Non posso non fare cenno ai nostri progetti culturali divulgativi, frutto di grande impegno: il Progetto Diagnosi (1999-2001 Presidenza Pierpaolo Cortellini), il Progetto Impianti (2001-2003 Presidenza Giano Ricci), il Progetto Terapia (2004-2005 Presidenza Antonio Carrassi), il Progetto Videoeducation (2005-2007 Presidenza Giovanni Gagliardi), il Progetto PerioMedicine (2008-2009 Presidenza Mauro

Merli), il Progetto Stili di Vita (2010-2011 Presidenza Luca Francetti), il Progetto Testo Atlante Parodontologia e Terapia Implantare (2012-2013 Presidenza Alberto Fonzar), il Progetto Qualità e Sicurezza in Chirurgia Parodontale e Implantare (2014-2015 Presidenza Maurizio Tonetti) e i Progetti di Comunicazione GengiveInForma e ImpiantiInForma (2016-2017 Presidenza Claudio Gatti).

Sono sicuro che il Progetto Comunicazione nel quale tutti siamo impegnati contribuirà in modo determinante alla missione della SIdP (articolo 2 del nostro Statuto): "... promuovere la salute della popolazione italiana attraverso il miglioramento degli stili di vita, la prevenzione, la diagnosi, ed il ripristino funzionale ed estetico dei tessuti parodontali. La terapia implantare, nei pazienti parzialmente o totalmente edentuli, può contribuire al ripristino della funzione e dell'estetica...". Stiamo già raccogliendo i primi frutti: milioni di persone raggiunte tramite i media dalle nostre informazioni in campo di malattie parodontali (solo nei mesi di novembre e dicembre dello scorso anno ben 5.356.000 utenti attivi sulla pagina facebook gengive.org; 401.538 visualizzazioni dei video divulgativi motion graphic e 514.655 del nostro video istituzionale sulla parodontite).

La SIdP è diventata una Società che chiede tanto ai suoi associati: sarà sempre più necessario avere la collaborazione di soci (attivi e non), giovani e disponibili, che dedichino tempo ed energie per far fronte agli innumerevoli impegni che dovremo affrontare.

Sono felice di far parte di questa splendida Società; sono impegnato, insieme al mio fantastico Consiglio Direttivo (senza il quale non avrei potuto nulla) e sotto la guida esperta di Manuela Bertelli e dei suoi Collaboratori, a renderla sempre più giovane ed efficiente; sono certo che la SIdP continuerà ad essere un punto di riferimento, un faro guida (come ho più volte ricordato) per tutti i suoi soci e per tutti gli Odontoiatri e gli Igienisti dentali italiani. ●

Claudio Gatti



Editoriale del Direttore

La Parodontologia catartica

La Parodontologia è catartica! È l'ardita affermazione che formulai durante una Lectio magistralis che un amabile Direttivo mi volle affidare in un ormai lontano 2010. Il titolo della Lectio "Le affinità elettive:



viaggio emozionale nella Parodontologia italiana", di per sé concedeva di spingermi oltre i percorsi del dentale, tout court, e spaziare, affinità per affinità, nei sentieri della memoria, della letteratura latina e greca, della Storia e più propriamente in quel filone storico-filosofico, che va da Vico a Croce, e che per un napoletano costituisce una via maestra da percorrere sempre.



La mia ardita affermazione trovava, poi, proseliti spontanei in alcuni colleghi che tra una seduta congressuale ed un intervallo mi davano affettuosa testimonianza che, per quanto ardita, l'affermazione era quanto meno sentita. Ora, tornando a quel Benedetto Croce, mio nume tutelare e mio ispiratore "parodontale", nella sua "Storia come pensiero e come azione", affermava che la Storia è la vera conoscenza del reale e che la conoscenza storica è tutta la conoscenza.

Mutuando il concetto di Storia con il concetto di Parodontologia, possiamo affer-



mare liberamente e coscientemente che la Parodontologia è la vera conoscenza del reale dentale, e quindi riaffermare quella centralità della disciplina, che è nel Dna della Società e dei suoi Soci.

Dissertazioni poi, che in Croce si concludevano con "la conoscenza storica è catartica, in quanto conoscendo il passato possiamo liberarci del suo peso", e che traslato nella parodontologia, ci può far concludere che la nostra specialità, disciplina clinica, medica, biologica, umanistica, è catartica, nobilitando viepiù la figura del dentista, come è stato percepito per decenni nell'immaginario e nel concreto dalla società.

Catarsi che ha trovato la sua definitiva affermazione nel diffondersi nella Comunità scientifica del concetto di Periomedicine e nel veder crescere, nella Comunità professionale, la concezione dell'Odontoiatra, operatore sì della salute orale, ma nel contempo, fondamentale interlocutore per il controllo della salute sistemica.

Medici quindi, a tutto tondo, e nella consapevolezza di dover affermare questo versante biologico/umanistico della Professione, ammortizzatori di quelle tendenze irrefrenabili che stanno invadendo il dentale, quali la digitalizzazione, per quel che riguarda le applicazioni più propriamente diagnostico/cliniche, e, nel versante dell'approccio macro-economico, quale il diffondersi delle catene del montaggio dentale, effetto non ultimo della globalizzazione. ●

Giovanni Gagliardi



Il Progetto di Comunicazione SIdP

Prosegue intensa la campagna SIdP denominata Gengive inForma, avviata da SIdP ormai un anno fa con l'obiettivo di avvicinare il cittadino e fornire informazioni utili alla prevenzione e alla cura della malattia parodontale.

Il progetto ha avuto avvio con una lettera del Presidente ai professionisti del dentale diffusa attraverso canali stampa di settore, cartacea ed elettronica a cui ha fatto seguito un'imponente opera di comunicazione verso la popolazione, incentrata primariamente sulla promozione del sito web www.gengive.org.

Nell'arco dei mesi la campagna ha impiegato i principali canali mediatici per raggiungere la popolazione in maniera capillare e diffondere il proprio messaggio: messaggi radiofonici, interviste televisive durante programmi generalisti, campagne stampa su quotidiani e periodici, una pagina Facebook e un profilo Twitter dedicati, diffusione di filmati tramite YouTube e una campagna web hanno raggiunto milioni di italiani invitandoli alla navigazione di gengive.org.

L'intento con cui il sito è stato progettato va oltre il solo mezzo di apprendimento che il paziente può impiegare autonomamente, ma è anche quello di aiutare il professionista nella comunicazione, fornendo a odontoiatri e igienisti un supporto pratico e immediato. I contenuti sono stati elaborati da gruppi di lavoro di Soci SIdP alla luce dell'evidenza scientifica, con linguaggio intenzionalmente colloquiale e non tecnico per essere diretto e chiaramente comprensibile. Il tutto fornendo comunque nozioni autorevoli e scientificamente solide.

Abbiamo calcolato che oltre 5 milioni di Italiani siano stati raggiunti dalla campagna SIdP tramite i Social, 3 milioni tramite messaggi radiofonici, 2 milioni tramite passaggi televisivi. Il sito gengive.org è stato visitato da quasi 60.000 persone dal momento del suo lancio, con un trend in crescita costante.



La SIdP invita tutti gli operatori del dentale, Soci e non Soci, Odontoiatri e Igienisti a dialogare alla poltrona con i pazienti avvalendosi dei mezzi che la Società mette a loro completa disposizione.

Purtroppo la disinformazione in materia di prevenzione e cura delle malattie parodontali è ancora troppa e si ripercuote sul piano di trattamento (quanti denti estratti pur essendo perfettamente curabili, quanti impianti applicati in bocche affette da parodontite!) sulla salute sistemica e sulla qualità di vita. La Società ha prodotto dei

manifesti che mette a disposizione dei propri iscritti e che riassumono preziosi consigli rivolti al paziente sotto forma di decaloghi, per la cura delle malattie gengivali, per informare chi vuole ricorrere all'implantologia, ma soffre di parodontite e per chi vuole approfondire la correlazione parodontite/diabete.

Il sito gengive.org riserva uno spazio "Trova Parodontologo" che permette al cittadino di individuare sul territorio un professionista in grado di aiutarlo, selezionandolo da una lista di Soci Attivi, Soci Certificati e Soci Ordinari che hanno frequentato da più di 4 anni in modo continuativo i corsi e i congressi della Società.

La SIdP sostiene la tua professione.

Sostieni le campagne SIdP! ●

Alessandro Crea

Coordinatore Commissione Editoriale

Un anno insieme!
www.gengive.org

Le risposte SIdP

a cura di www.gengive.org e www impiantidentali.org



Testo Atlante di Parodontologia e Terapia Implantare

La ricerca in Odontoiatria ha conosciuto negli ultimi decenni uno straordinario sviluppo e i suoi risultati hanno profondamente modificato l'esercizio delle diverse discipline odontoiatriche; chi sia stato formato alla professione di Odontoiatra dieci o più anni fa, ritrova molto poco delle sue iniziali competenze nelle procedure che vengono attualmente utilizzate in Odontoiatria Conservativa, in Protesi, in Endodonzia.

Questo assunto è naturalmente valido, e forse a maggior ragione, per la Parodontologia e l'Implantologia, discipline alle quali il nostro Paese ha fornito contributi scientifici e clinici di particolare valore oltre che di respiro internazionale.

Molti di questi contributi sono opera di Soci Attivi della Società Italiana di Parodontologia e Implantologia ed è, quindi, comprensibile che il Direttivo e l'Assemblea dei Soci Attivi della SIdP abbiano deciso di mettere a disposizione della comunità odontoiatrica l'esperienza e le competenze acquisite negli anni dai suoi Membri. A seguito di questa decisione, venne a noi richiesto di pianificare i contenuti e di coordinare i lavori di un testo di Parodontologia e Terapia Implantare che raccogliesse i contributi dei nostri colleghi della SIdP. Un invito che abbiamo accettato con



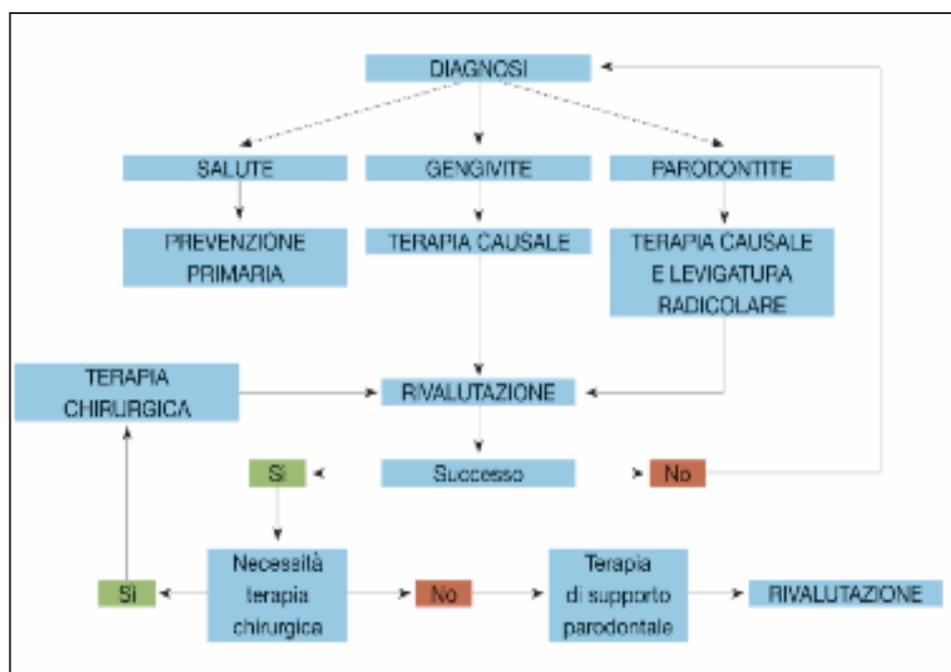
piacere e orgoglio pur consapevoli delle difficoltà ad esso associate: un onore oltre che una sfida vera e propria considerando gli eccellenti testi già pubblicati su queste tematiche.

Abbiamo pensato di sviluppare un'opera con una visione differente e una prospettiva originale, in grado di fornire un ausilio concreto a tutti gli Odontoiatri e non esclusivamente indirizzata allo Specialista in Parodontologia e Implantologia. Uno strumento non solo di studio, ma anche di consultazione. Un testo che potesse essere apprezzato nella sua visione integrale gra-

zie alla vasta ed esauriente panoramica sulle principali tematiche cliniche, ma che potesse anche essere fruito e utilizzato più semplicemente consultando il capitolo di interesse prima di effettuare una determinata procedura. Massima attenzione è stata posta affinché i contributi dei singoli capitoli rispecchiassero le competenze e l'esperienza dei rispettivi Autori, con il risultato di avere un libro di taglio squisitamente clinico e operativo. Ogni capitolo è corredato da una iconografia ricca ed esplicativa che assimila questo libro a un testo-atlante. Nel pianificare questi obiettivi abbiamo ritenuto, pur consci della sua importanza, di non approfondire l'area delle conoscenze eziopatogenetiche, ma di individuare i temi coi quali più frequentemente l'Odontoiatra si confronta con lo scopo di strutturare una guida operativa didatticamente utile anche per il Professionista già esperto. Nello sviluppo del testo, e dunque nel fornire gli strumenti diagnostici, di impostazione del piano di trattamento e tecnico-operativi per le procedure cliniche che caratterizzano il percorso clinico in Parodontologia e Implantologia, abbiamo sempre tenuto presente quello che noi consideriamo l'algoritmo fondamentale cui informare le nostre attività cliniche, cioè l'albero decisionale della SIdP che qui riportiamo. Il rispetto dei percorsi diagnostici e clinici sintetizzati in questo albero decisionale è indispensabile non solo per la prevenzione e la terapia delle malattie parodontali ma anche per la corretta applicazione della terapia implantare, endodontica e restaurativa, in altre parole della buona Odontoiatria.

Confidiamo che questo significativo impegno della SIdP possa contribuire all'arricchimento professionale dei colleghi che utilizzeranno questo testo, con l'ambizione che questa Opera possa rappresentare un punto di riferimento importante per la corretta gestione clinica dei nostri pazienti e per la tutela della loro salute. ●

*Antonio Carrassi
Pierpaolo Cortellini
Leonardo Trombelli*
Coordinatori





Intervista al Prof. Filippo Graziani

Un italiano nel Board della EFP per i prossimi 5 anni

Professor Graziani, ma mi viene più facile chiamarti Filippo, sei stato eletto nel Board della Federazione Europea di Parodontologia, i miei più sinceri auguri di ottimo lavoro.

Grazie Gianni, davvero.

Era tempo che un italiano non entrava in questa "stanza dei bottoni", i precedenti, in anni oramai lontani, erano, se non ricordo male, Past President, quindi avevano già compiuto un percorso di riconoscimento. Sicuramente ricordo sia Gianfranco Carnevale sia Sandro Cortellini: due "giganti" della nostra società. Adesso siamo caduti verso il basso! (RISATA).

G.G. La tua elezione come semplice Socio Attivo (e scusa per il semplice) la leggo come un riconoscimento importante alla Parodontologia Italiana, oltre che naturalmente alla tua persona.

Concordi con questa lettura di crescita scientifica, clinica e politica della nostra Parodontologia?

Credo che sia il risultato di più componenti. Da un lato è indubbio il lavoro del precedente Board: abbiamo cercato di contattare ogni singola Società per comprendere la loro visione della Federazione e capire quali fossero le loro necessità. Il programma della mia candidatura è stato costruito quindi sulle esigenze reali più che sugli accordi e le amicizie. Dall'altro è stata espressione di una voglia di cambiamento generazionale indubbiamente (che poi questa sia cosa buona è tutt'altro discorso ovviamente...).

G.G. Rimarrai nel Board per 5 anni, ci puoi indicare, già da ora i campi di attività in cui vorrai muoverti?

Sì certo. La Federazione si muove nella realizzazione di un programma strategico quinquennale. Il piano è suddiviso in varie

aree: ricerca, istituzione, comunicazioni, ecc. Il precedente può essere scaricato dal sito www.efp.org. Abbiamo già elaborato il prossimo, ma deve essere ratificato dall'Assemblea generale (composta da tutti presidenti ed i delegati EFP delle 29 Società). La prossima sarà a Santiago di Compostela nel mese di aprile. Io, nella fattispecie, dovrò coordinare per i prossimi 5 anni l'area della "Communication & Awareness" quindi tutto ciò che ha a che vedere con la capacità di comunicare gli scopi della Federazione sia verso il mondo che al suo interno.

G.G. La Federazione invia a tutti i Soci una Newsletter mensile, da cui si evincono alcune tendenze programmatiche. Puoi darci un quadro più ampio della politica della Federazione?

Credo che siano anni privilegiati per assistere a un importante cambiamento. La Federazione deve in un certo modo collocarsi fra l'essere semplicemente una sorta di realtà eterea o un'entità vivace che, senza "interferire" con le attività delle singole Società, possa completare il lavoro nazionale dei singoli membri (i membri della Federazione sono le Società nazionali, non i soci delle singole Società). Pertanto Europerio, la newsletter, il Journal of Clinical Periodontology, il JCP Digest, il EFP Master Clinic, il dialogo con la comunità europea e il WHO, i workshop europei, il lavoro con le altre pansocietà odontoiatriche e mediche, sono solo alcune delle attività EFP. In particolare, penso alla specializzazione in Parodontologia riconosciuta dalla EFP. È assolutamente necessario che una nazione come la nostra che esprime così tante eccellenze nella parodontologia mondiale (basta guardare i programmi di tutti i maggiori congressi internazionali) se ne doti al più presto.

G.G. Nei corridoi di alcune Società scientifiche circola la voce che ci è stata una cristallizzazione dei quadri dirigenti. Ci puoi confermare che è in atto un ricambio generazionale e di appartenenza nazionale? E quali Società stanno mostrando una nuova vivacità?

Il ricambio è evidente sicuramente in mol-



Juan Blanco, Iain Chapple, Gernot Wimmer, Filippo Graziani, Sharon Legendre, Tiernan O'Brien

tissime Società. Attenzione tuttavia, le cristallizzazioni, se ci sono state, in molti casi sono dovute al grande merito di alcune figure molto autorevoli. È indubbio tuttavia che i limiti anagrafici da una parte e la voglia di rinnovamento giochino un ruolo importante.

Al momento sono quasi predominanti le Società dove il/la Presidente è di categoria "junior". Le Società che mostrano vivacità sono molteplici e non solamente legate alla grandezza in termini di numero dei soci. Ciò che fa la differenza in questo momento è la capacità/voglia/possibilità di comunicare anche al grande pubblico e al mondo istituzionale non odontoiatrico, direi.

G.G. La Parodontologia è una sola. Dal tuo osservatorio e dalla tua percezione hai la sensazione che la professione parodontale sia unica e univoca, o ci sono più parodontologie?

Da una parte si può dire che la disciplina sia una sola. Questo è dovuto ai progressi della ricerca e alla larga diffusione della evidenza e dei workshop EFP che creano un consenso che, devo dire, in questo momento è influenzato in tutto il mondo proprio dalle realtà europee. Dall'altra, non si può negare che vi siano molte professioni diverse: accademici, libero-professionisti, aficionados delle viti, ultraconservatori dei denti, sono solo una parte della grande eterogeneità che fa, io credo, della nostra disciplina una fra le più eccitanti e più belle del panorama odontoiatrico (sono un tantino di parte?). ●

Invito alla Lettura



In questo numero accogliamo i suggerimenti di:

Roberto Rotundo

Nicola Sforza

Andrea Pilloni



Roberto Rotundo

“Non è tutto oro quel che luccica”:

un antico proverbio poi reso celebre dalla famosa opera teatrale di William Shakespeare “Il Mercante di Venezia” recitava proprio così.

Nel corso degli anni, durante la lettura di svariate pubblicazioni scientifiche in ambito medico e più nello specifico in ambito odontoiatrico, ci saranno sicuramente balzate agli occhi strane osservazioni o risultati a volte riportati da colleghi ricercatori, cosa che ingenuamente si attribuiva alla metodologia del momento storico in cui questi lavori venivano pubblicati o ad errori più propriamente commessi in buona fede. Tuttavia, già una ventina di anni fa un noto professore di Storia e Filosofia della Scienza, Federico Di Trocchio, pubblicava un best seller che ha letteralmente spopolato in ambito scientifico, ma che paradossalmente non parlava di nuovi farmaci miracolosi o tecniche chirurgiche funamboliche, bensì de “Le bugie della Scienza”. Chi avrebbe mai sospettato che la frode scientifica fosse antica quanto la scienza stessa, così come riporta l'autore. I mo-

venti, dice Di Trocchio, che hanno spinto (e forse tutt'ora spingono) i ricercatori a truffare possono identificarsi nell'ambizione, invidia, motivi a volte ideologici e politici, sino ad arrivare agli interessi economici di singoli privati o di interi gruppi di ricerca. Un libro certamente piacevole da leggere, al limite tra il reportage e il romanzo. Ma la notizia che ha dato conferma a queste non chiare vicissitudini raccontate da Di Trocchio è stato l'editoriale del dottor Richard Horton, caporedattore della rivista Lancet - una delle riviste mediche più accreditate al mondo- il quale ha dichiarato testualmente che: “much of the scientific literature, perhaps half, may simply be untrue. Afflicted by studies with small sample sizes, tiny effects, invalid exploratory analyses, and flagrant conflicts of interest, together with an obsession for pursuing fashionable trends of dubious importance, science has taken a turn towards darkness” (Horton R. Offline: What is medicine's 5 sigma? www.thelancet.com Vol 385 April 11, 2015).

Anche Marcia Angell, medico e da molto tempo direttore del New England Medical Journal (NEMJ), un'altra delle più prestigiose riviste mediche del mondo, ha affermato che “it is simply no longer possible to believe much of the clinical research that is published, or to rely on the judgment of trusted physicians or authoritative medical guidelines. I take no pleasure in this conclusion, which I reached slowly and reluctantly over my two decades as an editor of The New England Journal of Medicine” (Angell M. Drug companies and doctors: A story of corruption. January 15, 2009. The New York Review of Books 56. Available: <http://www.nybooks.com/articles/archives/2009/jan/15/drug-companies-doctors-story-of-corruption/>).

Davvero inquietante, direi!

La crisi economica negli ultimi decenni ha ridotto sempre più i fondi governativi destinati alla ricerca (e chi ha fatto esperienza universitaria ne ha potuto avere tangibile riprova), mentre le industrie del farmaco e dei medical devices hanno acquistato sempre più potere persuasivo nei confronti di chi voleva e vuole esercitare il ruolo di ricercatore. In aggiunta, negli ultimi anni, sebbene nel giusto intento di arginare tale deriva fraudolenta osservata in campo di

ricerca scientifica, nonchè di cercare di controllare sempre più l'ingravescente voglia di pubblicare a tutti i costi (a volte a danno degli stessi pazienti), le comunità scientifiche internazionali hanno quasi del tutto imposto la necessità di una valutazione “etica” dei progetti di ricerca da parte di comitati ad hoc, per lo più universitari, che richiedono coperture assicurative ben più onerose degli stessi esigui finanziamenti di cui un normale ricercatore, universitario o non, possa disporre. Come conseguenza, il vincolo con i finanziatori privati si è fatto sempre più stringente e, i condizionamenti sullo stesso lavoro di indagine, più forti.

D'altro canto è giusto anche dire che negli ultimi vent'anni il modo di fare ricerca è radicalmente cambiato. Ancora oggi applichiamo nel nostro ambito lavorativo clinico quotidiano approcci terapeutici basati su studi le cui prove di efficacia sono state testate mediante studi di tipo case report o case series. Tutto questo ci impone una conoscenza scientifica non più soltanto di tipo esclusivamente clinico, bensì anche statistico e metodologico. L'attività medica basata da secoli sull'esperienza personale, aspetto che rimane ancora tutt'oggi fondamentale, risulta tuttavia non più sufficiente nel momento in cui andiamo ad applicare terapie i cui test sono stati eseguiti in modo non appropriato o, ancor peggio, fraudolento.

È da considerare anche il fatto che, da quando è stato introdotto il metodo valutativo delle riviste scientifiche basato sull'Impact Factor, gli stessi editori sono stati essi stessi causa e a volte promotori della divulgazione di pubblicazioni scientifiche a dir poco inappropriate. Infatti è stato dimostrato che la pubblicazione di trial clinici randomizzati inerenti farmaci o medical devices risultano poi essere molto più citati (elevando quindi lo stesso Impact Factor della rivista), in quanto le aziende hanno un potere divulgativo degli stessi studi mediante media e mezzi di comunicazioni molto capillari e diffusivi (Harvey Marcovitch. Editors, Publishers, Impact Factors, and Reprint Income. PLoS Med. 2010 Oct; 7(10): e1000355. Published online 2010 Oct 26. doi: 10.1371).

E allora come difendersi? Cosa possiamo fare per “scremare” questa letteratura così ammalata di “bias” di diversa natura,

spesso ben nascosti agli occhi dei comuni clinici non tanto avvezzi alla metodologia e statistica scientifica?

Il rigore scientifico, assicurato dal rispetto di precise regole già accettate universalmente dalle comunità scientifiche (ad es. CONSORT, STROBE, PRISMA, STARD, SPIRIT, AGREE, ecc.), insieme a un lavoro sempre più impegnativo degli editori, attraverso anche la scelta di revisori sempre più idonei e preparati, potrebbero essere elementi determinanti per far sì che la qualità dei lavori scientifici pubblicati rispetti al meglio quegli standard qualitativi necessari per ridurre quella quota ormai prossima al 50% di lavori falsi o non corretti.

Inoltre, la pubblicazione dei dati originali (misurazioni, foto, ecc.), meglio noti come Individual Patient Data di ogni singola pubblicazione scientifica accettata, in appositi pubblici database online renderebbe molto più difficile la frode e la divulgazione di informazioni non veritiere.

Speriamo quindi che questo oro così prezioso quale è la ricerca scientifica torni presto interamente a luccicare!



Nicola Sforza

The influence of peri-implant keratinized mucosa on brushing discomfort and peri-implant tissue health

Souza AB, Tormena M, Matarazzo F, Araujo MG Clin. Oral Impl. Res. 2016; 27: 650-655

È necessaria la presenza di una certa quota di tessuto cheratinizzato intorno agli impianti dentali al fine di mantenere la salute a lungo termine, prevenendo le patologie perimplantari?

Ritengo questa domanda interessante ed attuale perché la sua risposta può condizionare le scelte del clinico.

Molti studi clinici a lungo termine dimostrano come l'impiego degli impianti dentali rappresenti un'opzione di trattamento prevedibile, con elevate percentuali di successo.

Nonostante ciò, sono descritte in letteratura diverse complicanze meccaniche e biologiche in grado di ridurre la percentuale di successo degli impianti. In particolare le complicanze biologiche come le mucositi e le perimplantiti presentano elevati livelli di prevalenza nella popolazione, stando a una certa preoccupazione nei clinici che, quotidianamente, si confrontano con i pazienti.

Diversi fattori di rischio locali e sistemici sono indicati dalla letteratura in associazione alle malattie perimplantari, come ad esempio la scarsa igiene orale, l'assenza di mucosa cheratinizzata, la persistenza della parodontite non trattata, il fumo, il diabete.

Tra questi diversi fattori, quello certamente più controverso, è l'assenza del tessuto cheratinizzato perimplantare.

In letteratura sono pubblicati diversi lavori clinici che dimostrano come i siti perimplantari con "un'inadeguata" quantità di mucosa cheratinizzata presentano un maggior accumulo di placca e infiammazione perimplantare.

Uno studio clinico (Schrott et al, 2009) mostra che, dopo 5 anni di funzione degli impianti, i siti implantari con una banda di tessuto cheratinizzato perimplantare < 2 mm, presentano più placca e sanguinamento al sondaggio (BOP) rispetto ai siti con mucosa cheratinizzata (KM) > 2mm.

Più recentemente, in uno studio clinico randomizzato (Askin et al, 2015), è stato dimostrato come l'impiego di un innesto epitelio-connettivale utilizzato in pazienti con siti perimplantari con KM < 2mm determinasse, dopo 6 mesi di follow up, un miglioramento degli indici di placca (PI), dell'indice gengivale (GI), del BOP e dei pa-

rametri immunologici, rispetto agli stessi indici registrati su pazienti con KM < 2mm e che non avevano ricevuto alcun trattamento chirurgico di innesto.

D'altra parte diversi studi clinici non sono stati in grado di dimostrare una chiara associazione tra quantità di tessuto cheratinizzato e salute dei tessuti perimplantari. In particolare, in uno studio clinico (Wennstrom et al, 1994), gli autori concludono che l'assenza di KM non è in grado di condizionare negativamente il mantenimento della salute dei tessuti perimplantari.

Successivamente in una recente systematic review (Wennstrom & Derks, 2012), gli autori suggeriscono che l'assenza di KM, pur non essendo di per se' dannosa per la salute perimplantare, possa tuttavia ridurre la capacità del paziente di pulire correttamente i denti, con conseguente rischio di aumento di placca. Ciò perché, secondo l'ipotesi degli autori, alcuni pazienti possono avvertire fastidio durante lo spazzolamento dei siti implantari con inadeguata KM, riducendo di fatto l'efficacia dello spazzolamento stesso.

La dimostrazione di tale ipotesi è l'obiettivo del recente studio clinico controllato pubblicato su "Clinical Oral Implant Research" che ho il piacere di presentare e che si propone di valutare quale sia l'influenza della KM perimplantare sul fastidio del paziente durante lo spazzolamento dei denti e sulla salute perimplantare in siti con KM \geq 2mm o < 2mm.

Per raggiungere l'obiettivo dello studio, un gruppo di ricercatori brasiliani ha reclutato pazienti durante le sedute di mantenimento periodico, in un periodo compreso tra gennaio e ottobre 2013.

Per eseguire una corretta valutazione clinica, sono stati esclusi pazienti che presentassero uno o più fattori "confondenti" come la parodontite, l'abitudine al fumo, il diabete, la presenza di siti implantari con overdenture e/o protesi implantari imprecise o con inadeguato accesso all'igiene orale.

Al termine del reclutamento sono stati inclusi nello studio 80 pazienti per un totale di 270 impianti.

CLINICAL ORAL IMPLANTS RESEARCH

André B. Souza
Mariana Tormena
Flávia Matarazzo
Maurício G. Araújo

The influence of peri-implant keratinized mucosa on brushing discomfort and peri-implant tissue health

Sulla base della presenza di KM, i pazienti sono stati allocati in due gruppi: uno con $KM \geq 2\text{mm}$ (Wide Group - WG) e uno con $KM < 2\text{mm}$ (Narrow Group - NG). I pazienti sono stati valutati da 2 esaminatori calibrati che hanno registrato i seguenti parametri clinici: PI, BOP, profondità di sondaggio (PPD) e livello di attacco clinico (CAL) su 3 siti vestibolari per ciascun impianto. Di seguito, ai pazienti sono stati consegnati, in maniera standardizzata, uno spazzolino manuale, uno scovolino, un filo interdentale e istruzioni all'igiene orale; i pazienti sono stati quindi invitati a pulire per non più di 30 secondi ciascun area perimplantare.

Mediante l'impiego di una scala visio-analogica 0-100 (VAS), ciascun paziente ha riportato il livello di fastidio da spazzolamento (BD). In base ai valori VAS registrati si sono ottenute diverse classi di BD: nessun fastidio ($VAS=0$), minimo fastidio ($VAS < 30$), fastidio moderato ($30 < VAS < 70$), fastidio elevato ($70 < VAS < 100$), fastidio estremo ($VAS=100$). I dati rilevati sono stati analizzati statisticamente considerando il paziente come unità sperimentale. In particolare sono stati utilizzati il T-Test di Student, il Wilcoxon's Signed-rank Test e Chi-squared Test.

I risultati ottenuti da questo studio clinico mostrano che il livello di fastidio rilevato dal paziente durante lo spazzolamento è significativamente maggiore nei siti con $KM < 2\text{mm}$. Ciò è dimostrato in termini di valore medio del fastidio allo spazzolamento, con differenze statisticamente significative tra i due gruppi di pazienti nei siti perimplantari mandibolari. Degno di nota il fatto che non si registrano differenze significative, nella percezione di dolore da spazzolamento, tra siti con tessuto cheratinizzato e siti senza tessuto cheratinizzato, quando si tratta di impianti inseriti nel mascellare superiore.

Il maggior livello di fastidio nei siti mandibolari è risultato anche in termini di frequenza di distribuzione dei valori VAS in relazione al gruppo: è stato osservato che nel gruppo di pazienti con $KM < 2\text{mm}$ era riportato dai pazienti un fastidio da moderato a elevato nel 30% dei casi, mentre il valore corrispondente è stato registrato

solo nel 2% dei pazienti del gruppo con $KM \geq 2\text{mm}$.

È interessante notare, altresì, che i valori VAS ottenuti nei risultati dimostrano anche che molti pazienti del gruppo NG, così come quelli del gruppo con $KM \geq 2$ (WG), riportano un fastidio allo spazzolamento nullo o moderato. Ciò potrebbe dipendere dalla presenza di altri fattori clinici in grado di condizionare il fastidio allo spazzolamento, oltre alla quantità del tessuto cheratinizzato perimplantare, come la soglia individuale del paziente per il dolore, la pressione dello spazzolamento, la profondità del fornice vestibolare.

I risultati dello studio mostrano anche, in maniera altamente significativa, che nel gruppo di pazienti con $KM < 2\text{mm}$, sono presenti più siti con placca e con sanguinamento al sondaggio rispetto al gruppo di pazienti con $KM \geq 2\text{mm}$.

Non si sono invece registrate differenze statisticamente significative tra i due gruppi in termini di profondità di sondaggio (PPD) e di livello di attacco clinico (CAL) dei siti perimplantari.

In conclusione, questo studio clinico mostra che pazienti che presentano siti implantari con tessuto cheratinizzato assente o comunque molto limitato ($< 2\text{mm}$) presentano più elevati livelli di dolore allo spazzolamento meccanico durante l'igiene orale, accompagnati anche da più elevati livelli di placca e infiammazione perimplantare.

La ricaduta sulla pratica clinica è interessante: i risultati dello studio non ci consentono di affermare che tutti i pazienti che presentino impianti con tessuto cheratinizzato vestibolare assente o limitato, debbano percepire necessariamente un maggior dolore durante lo spazzolamento;

tuttavia nei casi in cui il paziente dimostra un fastidio allo spazzolamento, tale fastidio è associato più frequentemente a un maggior accumulo di placca e infiammazione perimplantare.

L'assenza di mucosa cheratinizzata perimplantare significa quindi una condizione che rende il sito implantare inevitabilmente più prono allo sviluppo di una perimplantite?

Non è possibile rispondere a questa domanda sulla base dei risultati di questo studio clinico, per quanto interessante e con un disegno semplice e facilmente replicabile.

Sono necessari ulteriori studi clinici più "potenti", che consentano di valutare se i pazienti che segnalano un fastidio allo spazzolamento dei siti perimplantari possano sviluppare più facilmente una perimplantite a seguito di un maggiore accumulo di placca e di infiammazione.

I risultati dello studio possono tuttavia essere molto utili al clinico nella pratica quotidiana. Infatti, mentre non è giustificato l'aumento sistematico della banda di KM per tutti gli impianti, è però necessario adottare sempre quelle strategie chirurgiche che consentono di preservare tutto il tessuto cheratinizzato preesistente. Inoltre la presenza o meno di KM può essere utilizzata per monitorare eventuali situazioni di fastidio del paziente allo spazzolamento perché accompagnate frequentemente a più elevati livelli di placca batterica e infiammazione perimplantare.

Per valutare in maniera critica le ricadute sulla clinica dei risultati di questo studio, vorrei concludere con alcune considerazioni personali sui materiali e metodi della ricerca, portandole all'attenzione del lettore e del ricercatore come spunti di riflessione:

Sarebbero state differenti l'entità e la frequenza di distribuzione del fastidio allo spazzolamento con tempi di applicazione dello spazzolamento inferiori ai 30" indicati nel protocollo (e probabilmente un po' eccessivi per ogni singolo impianto)?

E se fosse stato utilizzato uno spazzolino elettrico piuttosto che manuale, sarebbero cambiati i risultati?

E ancora, in che modo il profilo di emergenza e la forma delle corone protesiche sugli impianti, in particolar modo a livello interprossimale, potrebbero aver modificato l'efficacia dell'igiene orale e il possibile fastidio sui tessuti perimplantari?

Bibliografia

Askin, S.B., Berker, E., Akincibay, H., Uysal, S., Erman, B., Tezcan, I. & Karabulut, E. (2015) Necessity of keratinized tissues for dental implants: a clinical, immunological, and radiographic study. *Clinical Implant Dentistry and Related Research* 17: 1-12.

Schrott, A.R., Jimenez, M., Hwang, J.W., Fiorellini, J. & Weber, H.P. (2009) Five-year evaluation of the influence of keratinized mucosa on peri-implant soft-tissue health and stability around implants supporting full-arch mandibular fixed prostheses. *Clinical Oral Implants Research* 20: 1170-1177

Wennstrom, J.L., Bengazi, F. & Lekholm, U. (1994) The influence of the masticatory mucosa on the peri-implant soft tissue condition. *Clinical Oral Implants Research* 5: 1-8.

Wennstrom, J.L. & Derks, J. (2012) Is there a need for keratinized mucosa around implants to maintain health and tissue stability? *Clinical Oral Implants Research* 23: 136-146.



Andrea Pilloni

The aging population: Demographics and the biology of aging

Eleni Kanasi, Srinivas Ayilavarapu & Judith Jones

Periodontology 2000, Vol. 72, 2016, 13-18

La popolazione sta invecchiando e di conseguenza la scienza medica è chiamata sempre di più a osservare i processi biologici legati all'invecchiamento per garantire il mantenimento dello stato di salute, ma al contempo prevenire e trattare le patologie legate ai tessuti dei pazienti anche in tarda età.

Numerosi studi epidemiologici dimostrano come l'11% della popolazione mondiale ha più di 60 anni di età, con un aumento previsto, entro il 2050, fino al 22%. Attualmente, tuttavia, esistono grandi variazioni tra paesi e continenti. Ad esempio: circa un terzo della popolazione del Giappone (32%) ha più di 60 anni di età ed è in questo paese la più alta aspettativa di vita (26 anni) a questa età, mentre l'aspettativa di vita più bassa a 60 anni è in Africa (17 anni). Nei paesi sviluppati, la percentuale di adulti che ha più di 65 anni di età è in aumento e il Center for Disease Control mostra il raddoppiarsi della popolazione oltre i 65 anni di età nell'arco di tempo di soli 30 anni. Dal 2000 al 2030, la percentuale della popolazione europea con 65 anni di età e oltre aumenterà dal 12,6 al 20,3%. Questa transizione presenta inedite sfide circa la salute pubblica. Ad esempio, l'80% delle persone anziane sembra avere almeno una condizione cronica che salgono a due per il 50%. Tutto ciò si traduce in un aumento di mortalità, mortalità e costi sanitari, ma anche nella constatazione di come queste condizioni possano portare a grave disabilità. L'invecchiamento della popolazione del mondo sviluppato sembra avere conse-

Periodontology 2000

guenze importanti per la salute orale e molte altre malattie. Le malattie orali più comuni con l'invecchiamento sono la carie dentale, la malattia parodontale e le malattie neoplastiche.

Questo articolo descrive il cambiamento globale in evoluzione del profilo demografico e gli effetti di una società che invecchia sulla prevalenza e l'incidenza della malattia parodontale.

L'invecchiamento, che è, in parte, un fattore determinante della vita di un essere umano, può essere definito semplicisticamente come la continua perdita di integrità fisiologica e la successiva compromissione della funzione. Capire la biologia di base dei processi di epigenetica (vale a dire quelli relativi o derivanti da influenze non genetiche sull'espressione genica) con maggior dettaglio e l'attuazione di interventi appropriati, potrebbero essere gli step idonei per promuovere una vita sana e un sano invecchiamento delle popolazioni. Secondo le ultime stime del National Health and Nutrition Examination Survey per il 2009-2010 la prevalenza della parodontite negli adulti degli Stati Uniti aumenta con l'aumentare dell'età. Anche se il 38,5% degli adulti al di sotto dei 65 anni di età presenta parodontite da moderata a grave, quasi due terzi (64%) di quelli con 65 anni e oltre mostra segni clinici di parodontite moderata o grave.

È interessante notare come la prevalenza della malattia parodontale sembra diminuire in individui con più di 80 anni di età, presumibilmente a causa della perdita di denti con la massima suscettibilità alla parodontite.

Molto interessante è la constatazione di come da un lato l'invecchiamento sia associato ad un calo delle risposte immunitarie, tra cui i livelli di IgM nella mucosa, le citochine e i marcatori per le cellule B e T, ma dall'altro come alcuni studi sembrano non trovare alcuna prova di modifiche immunitarie dell'ospite legati all'età in soggetti anziani con parodontite.

Dal punto di vista del microbioma gli individui più anziani con parodontite mostrano elevati livelli di anticorpi sierici per il Por-

phyromonas gingivalis ed è stato osservato un aumento del numero di neutrofili nei soggetti con grave malattia parodontale. Un punto importante da considerare nella relazione tra la malattia parodontale e l'invecchiamento è se l'invecchiamento sia in grado di provocare ritardi nella guarigione delle ferite. Nonostante diversi autori abbiano descritto una guarigione ritardata nel parodonto di adulti più anziani, la maggior parte degli studi non è stata in grado di dimostrare che l'aumento dell'età sia dannoso nel trattamento parodontale di pazienti con forme moderate e avanzate di parodontite.

L'invecchiamento dunque è un fenomeno naturale che porta a un declino della funzione fisiologica negli anziani ed è associato a una predisposizione a un maggior numero di patologie orali e sistemiche. Studi epidemiologici mostrano alti tassi di malattie parodontali in popolazioni anziane e comorbidità che preven- gono l'invecchiamento di successo. L'invecchiamento orale di successo è l'attuale obiettivo di molti gruppi di ricerca, su tutti

l'Organizzazione Mondiale della Sanità, che ha individuato nella popolazione anziana uno dei suoi target principali di analisi epidemiologica. L'obiettivo, per ogni individuo, è quello di conservare più di 20 denti fino all'età di 80 anni. Tuttavia, la prevalenza della malattia parodontale sembra essere in continuo aumento man mano che la popolazione invecchia. Inoltre, ogni specie ha la sua propria aspettativa di vita, che è determinata dalla storia evolutiva e che viene modificata da diversi fattori, tra cui i diversi meccanismi biologici. Il parodontologo nella sua vita professionale è posto di fronte a scelte di grande responsabilità clinica, soprattutto per essere in prima linea in strategie non solo terapeutiche ma principalmente di tipo prognostico. La prevenzione secondaria, ad esempio, recente oggetto di discussione e di analisi proprio nella nostra Società, avrà il compito di apportare quelle opportune modifiche nei protocolli di mantenimento che potranno tradursi in migliore qualità di vita per i nostri pazienti, anche per la possibilità di mantenere più a lungo e in stato

di salute i loro elementi dentali.

Bibliografia

1. Brunet A, Berger SL. Epigenetics of aging and aging-related disease. *J Gerontol A Biol Sci Med Sci* 2014; 69(Suppl 1): S17-S20.
2. Burt BA. Periodontitis and aging: reviewing recent evidence. *J Am Dent Assoc* 1994; 125: 273-279.
3. Centers for Disease Control and Prevention. Trends in aging - United States and worldwide. *MMWR Morb Mortal Wkly Rep* 2003; 52: 101-104, 106
4. Rowe JW, Kahn RL. Successful aging. *The Gerontologist* 1997; 37: 433-440.
5. Ghezzi EM, Berkey DB, Besdine RW, Jones JA. Clinical Assessment of the Elderly Patient. In: Holm-Pedersen P, Walls A, Ship J, editors. *Geriatric dentistry*. Singapore: Wiley, 2015: 61-80.

STUDY CLUB SidP 2017

Ecco le città!
Scegli quella più vicino a casa tua.

Scanno, Fano, Verona, Udine, Salsomaggiore, Parma, Piacenza, Vicenza, Mantova, Padova, Ferrara, Bologna, Ravenna, Rimini, Pisa, Firenze, Perugia, Viterbo, Campobasso, Roma, Frosinone, Napoli, Benevento, Bari, Lecce, Sassari, Cagliari, Catania.

SidP
 Società Italiana di Parodontologia e Implantologia
 UEP CIC

www.sidp.it

Lato parodontale. *in*



Come aiutare i pazienti a selezionare la terapia per il successo a lungo termine?

Giovedì 29 dicembre il quotidiano La Stampa presentava, con titolo e richiamo in prima pagina, un articolo intitolato "In viaggio coi pendolari dei denti". Attratto dal titolo, ho letto con molta attenzione il pezzo anche perché era all'interno di una sezione intitolata "L'Italia che cambia".

L'articolo parla di un servizio navetta che parte a mezzanotte da Cuneo per Parenzo in Croazia, 700 chilometri, due-tre volte la settimana. "Il primo viaggio è gratis, così come visita, lastra panoramica, consulto e preventivo. Si arriva alla clinica alle 7,30 e i pazienti in attesa possono usufruire gratuitamente di wi-fi e bevande calde. Alle 8 iniziano le visite. I nuovi clienti sono sottoposti alla panoramica e poi alla visita. L'estrazione di un dente varia tra i 25 e i 35 euro. Per quanto riguarda le protesi: dalla corona provvisoria di 22 euro a quella in ceramica su zirconio a 350 euro; lo sbiancamento va da 53 euro ai 166. Una tac 144. Si può pagare con carta di credito, bancomat, bonifico o contanti e i clienti del servizio autonoleggio hanno uno sconto del 20%. In questo policlinico spiegano che sviluppano un piano di terapia implantologica attraverso l'aiuto di uno scanner digitale computerizzato Iluma cone beam 3-D che consente la visualizzazione delle strutture dentali in tre dimensioni ... Verso le 14 si riparte. Chi ha subito l'estrazione di uno o più denti è dotato di mascherina, borsa del ghiaccio e le medicine da prendere senza dover andare in farmacia una volta rientrato in Italia. Nessuno si lamenta, stanchezza ed effetto anestesia invitano al sonno. Sette ore e si arriva a casa."

Non voglio certo sollevare dubbi sulla professionalità dei colleghi croati, anche se sempre più frequentemente mi capita di dover intervenire di nuovo su pazienti trattati con modalità simili, quanto sulle pos-

sibilità di fornire cure appropriate in simili condizioni. Da sempre tutti, anche noi soci SIdP, cerchiamo la convenienza. Quello che in realtà mi pare strano, e probabilmente anche per colpa nostra, è che non si comprenda l'enorme differenza che esiste tra l'acquisto di un bene (anche costoso) e un trattamento odontoiatrico.

Purtroppo, il trattamento odontoiatrico è percepito ancora da molti come una disgrazia simile alla rottura delle tubature del bagno o al portare l'auto dal carrozziere dopo un incidente. E allora se ti capita la disgrazia, tanto vale cercare di risolverla prima possibile, tentando di risparmiare il più possibile.

Credo che sia giunto il tempo, dopo aver discusso per anni se sia meglio la chirurgia o resettiva o rigenerativa, che noi intensifichiamo lo sforzo per illustrare alla popolazione il valore della salute orale. Perché non siamo ancora riusciti a trasmettere il nostro desiderio di accompagnare i pazienti ad avere una bocca più sana durante tutta la vita? E che spesso non necessariamente è indispensabile spendere subito una grossa cifra? Siamo convinti che una delle cose principali, ancor prima di stilare preventivi con grosse cifre, è il miglioramento dello stile di vita da parte dei pazienti. Anzi, più la situazione è tragica, maggiore deve essere il coinvolgimento del paziente. E questo è a costo zero, o, spesso, addirittura con un risparmio economico assoluto. Perché non siamo riusciti ancora a trasmettere questo messaggio?

Come fanno i colleghi croati a fare diagnosi corretta e stilare un progetto terapeutico in così poco tempo? Se sono così bravi, perché non li incontriamo mai nelle sessioni principali degli importanti congressi internazionali? Tra l'altro, più il caso clinico è complesso, e quindi il presunto risparmio è maggiore, più le variabili da prender in considerazione sono tante e i tempi si allungano. Come sapete, uno degli argomenti che si tratta più frequentemente ora è il trattamento delle complicanze. Ma se in Croazia la biologia segue le stesse regole e presenta le stesse probabilità di eventi avversi, cosa succede a quel paziente trattato a 700 km di distanza?

Esiste più che mai uno scollamento tra quanto viene comunicato ai pazienti e la realtà delle cure odontoiatriche. Davvero il

decreto Bersani, che voleva liberalizzare la pubblicità in campo medico per aiutare le fasce più deboli, ha ulteriormente aggravato la situazione. L'impressione è che le maggiori vittime siano proprio le persone con minori strumenti culturali e che avrebbero paradossalmente maggior bisogno di cure dedicate.

E allora altri interrogativi attraversano la mia mente: quanto tempo dedicano in questo "paradiso del sorriso" a motivare un paziente a un'igiene domiciliare corretta? E quando valutano la risposta individuale dei tessuti dopo la preparazione iniziale? Diventa importante ribadire che il piano di terapia (e il relativo prospetto di tempi e costi), può, nella maggior parte dei casi essere stilato solo molto tempo dopo la prima visita. E non esistono scorciatoie geografiche o informatiche!

Credo che la vera sfida per il futuro sia quella di individuare gli strumenti ideali per capire:

- come motivare i pazienti nella scelta consapevole della cura ideale per loro;
- come coinvolgere i pazienti attivamente per il successo della terapia;
- come aiutare i pazienti a valutare la reale qualità del trattamento.

La sfida è difficile, ma non credo che possa più essere rimandata, per aiutare "l'Italia che cambia", ad andare nella direzione giusta. ●

Mario Rocuzzo



Lato implantare. *in*



Legge, linee guida e impianti

Uno statistico importante mi confidò che temeva i medici, perché fanno scienza con i casi singoli e curano i malati con le statistiche. Timore attualissimo, nel momento in cui si dà valore anche legale alle linee guida, per cercare di arginare i danni prodotti dalla medicina difensiva.

Immaginiamo che l'ingegner Mario Rossi si rivolga a uno stimato parodontologo, richiedendo espressamente un impianto immediato, per sostituire un incisivo laterale superiore con frattura longitudinale. L'ingegnere non vuole altri ponti e non vuole aspettare mesi per tornare alla normalità: il lavoro non glielo consente.

Il parodontologo non è ancora convinto dell'affidabilità degli impianti postestrattivi, ma ha sentito dire che conviene attenersi alle linee guida, per garantirsi da spiacevoli guai legali.

Siccome si ricorda di una certa legge Balduzzi, si attacca al pc, dove può leggere il decreto del 2012 e la successiva legge di conversione. Naturalmente, non ci capisce un granché; cerca ancora e trova un commento, dove si spiega l'articolo 3, che esenta dalla responsabilità penale chi ha causato delle lesioni per colpa lieve, attenendosi alle linee guida e alle "buone pratiche accreditate dalla comunità scientifica". Attenzione, però!

Per parte della giurisprudenza non ci sarebbe nessun alleggerimento se il sanitario sbaglia per imprudenza o negligenza. Beneficia dell'esenzione solo chi ha causato un danno per imperizia, essendosi trovato ad affrontare un caso di particolare difficoltà. Sarebbe dunque difficile la situazione dello specialista, salvo il caso di tecniche nuove. E qui ci siamo: gli impianti postestrattivi a carico immediato possono essere considerati semisperimentali.

Ma quali sono, in concreto, le linee guida valide? E chi decide quali sono le buone

pratiche? L'incertezza si fa insostenibile; il nostro eroe cerca ancora aiuto da Internet e trova un bell'articolo, che spiega le differenze fra l'attuale legge Balduzzi, già oggetto di giurisprudenza difforme, e l'approvando (sic!) disegno di legge Gelli, peraltro già sospetto di incostituzionalità.

Qui finalmente spunta una definizione chiara di raccomandazioni valide: quelle contenute nelle linee guida "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, da emanare entro novanta giorni dalla data di entrata in vigore della presente legge, e da aggiornare con cadenza biennale".

Il parodontologo crede di aver individuato la fonte della verità giuridica nelle "raccomandazioni cliniche" ministeriali, alla cui redazione la SIdP ha dato un contributo sofferto. Certo, la SIdP è una società scientifica più che rispettabile e le raccomandazioni sono volute e diffuse dal Ministero, nonostante il testo sia stato oggetto di polemiche e contestazioni.

Invece, l'art. 5 precisa che: "Le linee guida e gli aggiornamenti delle stesse elaborati

dai soggetti di cui al comma 1 sono integrati nel Sistema nazionale per le linee guida (SNLG) (...) L'Istituto Superiore di Sanità pubblica nel proprio sito internet le linee guida e gli aggiornamenti delle stesse indicati dal SNLG".

E allora, via di corsa al sito ISS, dove il parodontologo trova tutte le linee guida ufficiali, valide per l'approvanda legge Gelli-Bianco, sui temi più diversi, dal coinvolgimento dei cittadini nelle scelte in Sanità alla diagnosi e terapia del carcinoma ovarico; ma sugli impianti ce n'è una sola, intitolata "revisione sistematica sulle protesi d'anca: affidabilità dell'impianto".

Il nostro amico si sente abbandonato dalle Istituzioni, ma non demorde: si arma delle più recenti revisioni sistematiche della letteratura; poi si mette davanti allo specchio, per essere più sicuro di fare la sua scelta in scienza e coscienza, come si diceva una volta, nell'interesse del paziente, pardon, dell'assistito.

Volete sapere com'è andata a finire la storia? Abbiate pazienza: bisogna aspettare la sentenza definitiva del processo per lesioni, introdotto dall'ingegnere. ●

Carlo Clauser



Società Italiana
di Parodontologia
e Implantologia

SENIOR SPONSOR		
 <small>PROVIDING SOLUTIONS - ONE PATIENT AT A TIME</small>		 <small>Blomaterials</small>
		 <small>Your progress. Our promise.</small>
MAJOR SPONSOR		
 <small>SCIENCE • INNOVATION • SERVICE</small>	 <small>HEALTHCARE</small>	 <small>Mitsui Chemicals Group</small>
 <small>SPONSORED BY THE MAKERS OF LISTERINE Johnson & Johnson</small>		 <small>ITALIA</small>
 <small>simply doing more</small>	 <small>IMPLANTOLOGY</small>	
SPONSOR		
	 <small>How the best perform</small>	
MEDIA PARTNER		
	 <small>VENTILE D'INFORMAZIONE MEDICINALE DENTALE</small>	 <small>CASI CLINICI E DIDATTICA</small>

Gli Sponsor. *in*



Salute olistica

Approccio a 360°, dalla prevenzione alla rigenerazione, per la salute generale

Sunstar crede che il benessere generale è legato a molti e differenti elementi che poi convergono insieme per un unico risultato di salute generale. Ecco dunque che per avere corpo e mente in salute, è necessario prendersi cura della propria persona in maniera olistica con un approccio a 360° in tutti gli ambiti.

Con questo approccio olistico Sunstar commercializza prodotti e servizi con un unico filo conduttore: aiutare le persone a vivere meglio, per un periodo più lungo e soprattutto con i propri denti naturali.

Sunstar è da decenni che riconosce l'importanza della salute orale - ed in particolare della salute gengivale - come forte impulso per migliorare la salute generale della persona.

Per arrivare a questo, Sunstar non solo ha effettuato numerose ricerche e raccolto dati clinici, ma ha anche promosso lo scambio tra ricercatori, istituti di ricerca ed università - in Giappone prima ed a livello internazionale poi, con l'obiettivo di dimostrare che l'igiene orale è in grado di migliorare la salute generale del consumatore.

Nel mentre, la società è cambiata drammaticamente ma la visione di Sunstar è ancora più rilevante ed attuale che mai. I professionisti dentali hanno riconosciuto l'importanza di una migliore salute parodontale per ridurre rischi e complicanze a livello sistemico e sempre più persone recepiscono questo messaggio, desiderosi di stare bene ed in salute più a lungo.

Con questa filosofia, la missione è fornire alla classe medica ed al consumatore finale, le più innovative soluzioni di prodotti per prevenire, trattare e mantenere in salute denti, gengive e tessuto parodontale. La particolarità del servizio Sunstar è il supporto dalla prevenzione alla rigenerazione ossea con una particolare attenzione ai casi dove la malattia parodontale è progredita in maniera severa, con soluzioni congiunte GUM, GUIDOR e BUTLER.

Il fondatore Hiroo Kaneda, che ha fatto della salute l'argomento chiave, ha sempre creduto che "sino a quando Sunstar sarà



impegnata nel dare il proprio contributo come impresa vicina alla salute, noi potremo espandere le nostre attività oltre i presidi di igiene orale domiciliare (spazzolini, scovolini, collutori...) e approcciare il campo medico con prodotti che migliorino la salute generale.

Il nostro corpo ha la capacità di guarire dalle ferite, naturalmente. Con lo sviluppo di tecnologie in grado di supportare, sfruttare e potenziare la naturale capacità rigenerativa, Sunstar vuole aiutare a rendere possibile il mantenimento del dente e del tessuto parodontale per la vita. ●

Il Diabete e la Parodontite 10 cose da sapere

PER SAPERNE DI PIÙ
www.gengive.org

<p>1 Diabete (ne soffrono 9 milioni di italiani) e Parodontite (8 milioni) con forme gravi sono malattie infiammatorie croniche e spesso correlate.</p>	<p>2 La Parodontite può rimanere a lungo asintomatica. Il sanguinamento gengivale è il primo segno di malattia.</p>	<p>3 La percentuale di casi di parodontite e diabete non diagnosticati è molto elevata.</p>	<p>4 Chi soffre di Diabete ha un rischio tre volte superiore di ammalarsi di Parodontite.</p>	<p>5 Viceversa, chi soffre di Parodontite ha una tendenza a sviluppare il Diabete.</p>
<p>6 Il Dentista deve eseguire un'accurata diagnosi (con una manovra specifica, il sondaggio parodontale) per individuare eventuali segni di parodontite.</p>	<p>7 Se presente Parodontite, bisogna intervenire con un'adeguata terapia e suggerire al paziente un programma di regolari visite di controllo con il Dentista e mantenimento con l'Igienista Dentale.</p>	<p>8 Il Dentista attraverso la visita di denti e gengive e il colloquio con il Paziente può rilevare segni e sintomi di sospetto diabete.</p>	<p>9 Nei casi di sospetto Diabete, il Dentista può consigliare alcuni esami del sangue e una visita diabetologica.</p>	<p>10 Trentacinque minuti di attività fisica frequente e moderata, una dieta sana e un'attenta igiene orale aiutano la salute e la prevenzione di Parodontite e Diabete.</p>

L'angolo della cravatta



L'Algoritmo

La prima volta che mi incrociai con questo concetto, l'algoritmo, fu un 2 agosto del 1998, a Rimini, al primo incontro dei Responsabili del Progetto Diagnosi. Sarà stato per la data, sarà stato per l'assenza dell'aria condizionata, o per la emozione di partecipare ad un incontro così importante, ma io subito pensai che per algoritmo si intendesse una sindrome dolorosa, derivante da musica troppo ritmica! E invece scoprii il procedimento matematico che poi ha condizionato tutta la mia successiva vita professionale, dalla terapia parodontale, alla scelta delle nuove segre-



No, gli algoritmi non sono neutrali. Ed è un problema che non possiamo sottovalutare.

I modelli matematici che decidono sulla nostra vita non sono oggettivi come si crede. Anzi: sono arbitrari, ideologici, irresponsabili e privi di ogni trasparenza. La durissima accusa della comunità accademica a un dogma contemporaneo.

un durissimo attacco ad un dogma contemporaneo! Si afferma che i modelli matematici che decidono sulla nostra vita non sono neutri e oggettivi, come si crede, anzi sono arbitrari, ideologici, irresponsabili e privi di ogni trasparenza! Affranto e disorientato, mi vado, allora, a riconsiderare l'algoritmo originario da cui a cascata si era fondata tutta la mia capacità

causale;
c) la maggior parte della comunità professionale del dentale esegue la terapia implantare in soggetti con parodontite;
d) la maggior parte della comunità professionale del dentale non è in grado di organizzare e attuare una opportuna terapia di mantenimento.

Ed anche sulla scelta delle segretarie ho rivisto il mio criterio decisionale! Non si tratta di considerazioni basate su dati scientifici, ma solamente di opinabili considerazioni personali. Ma come diceva un noto uomo politico "a pensar male si commette peccato, ma spesso ci si azzecca", e allora ora mi vado a confessare e mi sorbisco le dovute penitenze. ●

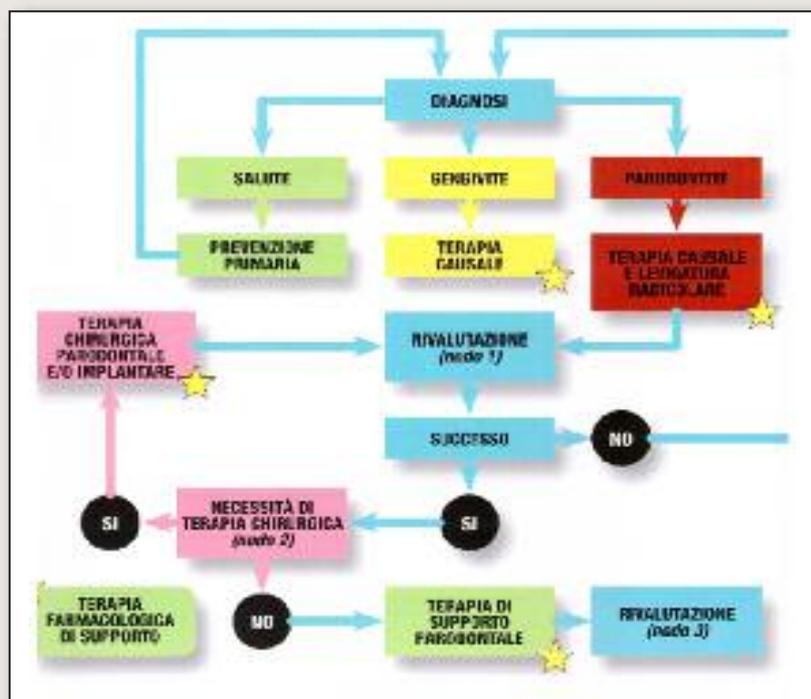
L'angolo del papillon



Parole e concetti della post-modernità

Ideologia della irresponsabilità, una neo-ideologia che in termini retro-moderni vuol dire: "lanciare il sasso e nascondere la mano"! e che, nobilitato in concetto attuale, significa ancora: non avere alcun obbligo morale sulle conseguenze di quello che si dice e si predica.

E chi sono questi nuovi guru? Sono apprendisti stregoni, incendiari, pifferai magici o agnostici, alfieri dell'indifferentismo. E come operano? Vivono e lavorano nel Villaggio globale attraverso l'utilizzo dell'urlo, la sparata, l'esagerazione. Mettono in



tarie, alla selezione dell'impianto più appropriato da inserire in quel tipo di sito, alla scelta sofferta, ma poi supportata dall'algoritmo, del sistema più idoneo, per passare al rilievo della impronta digitale. E giù di lì fino ai giorni nostri. Poi, nell'ottobre del 2016 (L'Espresso n°40, del 2 ottobre 2016) mi imbatto in un articolo dal titolo: "Come è ingiusto l'algoritmo"! sic!, in cui la comunità accademica sferra

decisionale, mi scatta un alert, e a malincuore prendo atto che, nonostante l'algoritmo SldP:

a) la maggior parte della comunità professionale del dentale non è in grado di fare diagnosi differenziale tra salute, gengivite e parodontite;
b) la maggior parte della comunità professionale del dentale non è in grado di eseguire una corretta e adeguata terapia



cercolo falsità, panzane, bufale, uguali a, per usare il linguaggio post-moderno, fake! Creano degli pseudo eventi, oggi denominati "fattoidi", di cui però già parlava, negli anni Sessanta, lo storico Daniel Boorstin! ●

Lettera al Direttore

Gent. Direttore, caro Gianni, vorrei che tu mi aiutassi ad analizzare un tema che da qualche anno mi disturba molto ma che credo sia di difficile soluzione.

Le "riviste open access" hanno invaso l'universo editoriale dentale e, a mio parere, in questo momento stanno creando solo disturbo. Disturbano perché la maggior parte di loro sono citate in PubMed e quando si fa una ricerca su qualsiasi argomento, come risposta si ha un elenco enorme di riferimenti e si deve verificare da soli la qualità scientifica di ogni referenza prima di poterla consultare. Anni fa si aveva una lista molto più breve con dei riferimenti la maggior parte dei quali provenivano da riviste ben note e generalmente qualificate.

La risposta che ho sempre ricevuto quando ho messo in discussione la funzione delle "riviste open access" è che il pubblico dei lettori scientifici ha il diritto di essere informato sui risultati della ricerca nel più breve tempo possibile e senza dover pagare per nuove conoscenze. Niente da dire su entrambe le affermazioni... come non essere d'accordo.

A mio parere forse è possibile risolvere la prima questione, entro un certo limite.

Tuttavia, dare informazioni scientifiche aggiornate gratuitamente, significa cozzare contro un problema economico; il costo del servizio. Anche la pubblicazione di "riviste ad accesso libero" ha un costo, e si sa che nessuno lavora a profitto zero.

I lettori del nostro "Journal of Clinical Periodontology", con il loro abbonamento annuale, sono disposti a pagare un prezzo perché vogliono leggere articoli scientifici di alta qualità nel campo della parodontologia. Wiley come Publisher lo sa molto bene e infatti mantiene alta la qualità di ciò che pubblica. Come è ovvio, se non si continuassero a pubblicare articoli di alta qualità, i lettori diminuirebbero e di conseguenza anche le finanze di cui l'Editore ha bisogno per pubblicare la rivista.

Ma se il "Journal of Clinical Periodontology" fosse una "rivista ad accesso libero", non considerando i principi etici, certamente l'Editore sarebbe molto meno preoccupato se i suoi lettori non fossero soddisfatti della



qualità di ciò che leggono, perché non sono loro i suoi finanziatori. Il costo della pubblicazione della "rivista ad accesso libero" viene pagato dagli autori che forniscono gli articoli e quindi la qualità degli articoli in questo caso non sarebbe più così importante per la sopravvivenza economica della rivista finché ci sono autori disposti a pagare per avere i loro articoli pubblicati.

Non so se il metodo di lasciare all'autore la decisione se pagare la pubblicazione o meno sia una soluzione o un compromesso.

Può essere che non esista soluzione a questo dilemma o può essere che, utilizzando la capacità della rete di fornire pubblicità a pagamento, ci sia la possibilità di spostare il carico economico su un terzo pagante che non è direttamente legato agli autori degli articoli pubblicati né ai lettori.

La situazione ideale sarebbe: più lettori, come risultato della elevata qualità delle ricerche pubblicate, aumentano la possibilità di ottenere più pubblicità. Più pubblicità significa più finanze a disposizione dell'Editore che può mantenere la sua autonomia e la qualità della rivista ad un livello elevato.

Purtroppo non so se c'è abbastanza denaro nel business della pubblicità del settore dentale per permettere questo cambiamento. Ma i "Publishers" lo sanno di sicuro. Cordiali saluti ●

Gianfranco Carnevale



Pablo Neruda

CHI MUORE?

Lentamente muore
chi diventa schiavo dell'abitudine,
ripetendo ogni giorno gli stessi percorsi,
chi non cambia la marca,
chi non rischia di vestire un colore nuovo,
chi non parla a chi non conosce.

Muore lentamente chi evita una passione,
chi preferisce il nero al bianco
e i puntini sulle "i"
piuttosto che un insieme di emozioni,
proprio quelle che fanno brillare gli occhi,
quelle che fanno di uno sbadiglio un sorriso,
quelle che fanno battere il cuore
davanti all'errore e ai sentimenti.

Lentamente muore
chi non capovolge il tavolo,
chi è infelice sul lavoro,
chi non rischia la certezza per l'incertezza
per inseguire un sogno,
chi non si permette
almeno una volta nella vita
di fuggire ai consigli sensati.

Lentamente muore chi non viaggia,
chi non legge,
chi non ascolta musica,
chi non trova grazia in sé stesso.

Muore lentamente,
chi distrugge l'amor proprio,
chi non si lascia aiutare.

Muore lentamente,
chi passa i giorni a lamentarsi
della propria sfortuna o della pioggia incessante.

Lentamente muore,
chi abbandona un progetto
prima di iniziarlo,
chi non fa domande
sugli argomenti che non conosce,
chi non risponde
quando gli chiedono
qualcosa che conosce.

Evitiamo la morte a piccole dosi,
ricordando sempre che essere vivo
richiede uno sforzo
di gran lunga maggiore
del semplice fatto di respirare.

Soltanto l'ardente pazienza porterà
al raggiungimento
di una splendida felicità.

Lettera da SIdP

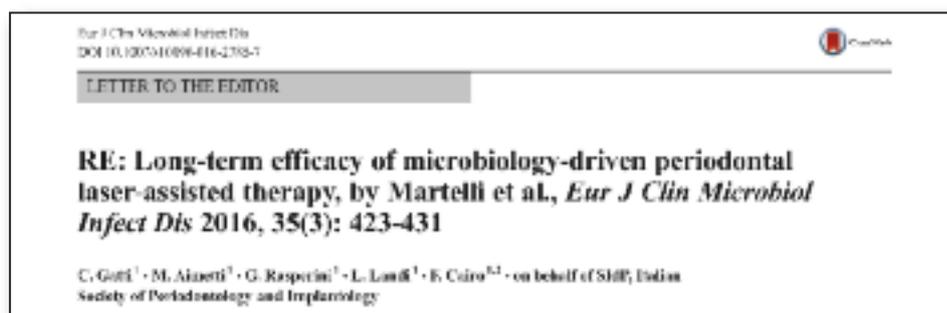
Comunicato Stampa “Precisioni sull’uso del laser nella cura della parodontite”

La cura delle malattie parodontali si effettua con procedure cliniche che utilizzano strumenti manuali e strumenti sonici o ultrasonici. In casi selezionati si possono associare combinazioni particolari di antibiotici. I benefici clinici sono elevatissimi: in pazienti che mantengono un buon livello di igiene orale, questa terapia determina la risoluzione dell’infiammazione gengivale, la riduzione delle tasche (le zone di gengiva più profonde) e l’eliminazione dei batteri patogeni favorendo il mantenimento dei denti. In qualche caso si deve ricorrere anche all’intervento chirurgico per correggere le tasche gengivali persistenti. Il protocollo terapeutico in questione ha un’enorme validazione scientifica con studi clinici che ne dimostrano il successo a oltre 30 anni di osservazione, è accettato da tutta la comunità scientifica internazionale e può essere eseguita a costi sostenibili. I protocolli alternativi che usano il laser per trattare la parodontite sono stati molto studiati negli ultimi anni in diverse Università/Paesi e da gruppi di ricerca indipendenti. Intervistato in proposito il dottor Claudio Gatti, Presidente della SIdP, Società Italiana di Parodontologia e Implantologia, dice “L’utilizzo del laser come unica terapia comporta risultati che solo in alcuni lavori sarebbero simili alla terapia ‘classica’, ma con lo svantaggio di essere molto più costosi. Tutti gli studi fino ad oggi pubblicati concordano sul fatto che i benefici ottenuti non sono mai superiori alle procedure convenzionali e che il laser non determina nessun vantaggio aggiuntivo se usato in combinazione con la terapia convenzionale.” Queste osservazioni sono condivise dai massimi esperti mondiali, sono state pubblicate sulle migliori riviste di Parodontologia e fanno parte delle linee guida internazionali per la cura della parodontite. SIdP ritiene inoltre utile evidenziare che anche i più recenti studi pubblicati (nella maggior parte dei casi senza neanche l’uso indispensabile di un gruppo controllo) non aggiungono niente a quanto già noto nella

letteratura scientifica e che i risultati riportati a supporto dell’efficacia del laser sono in realtà assolutamente sovrapponibili a quelli che si possono ottenere con la terapia convenzionale classica. È inoltre evidente che questi studi non sono in grado di dimostrare neanche un beneficio aggiuntivo del laser se utilizzato in associazione alla terapia convenzionale, tantomeno a lungo termine. Pertanto la SIdP raccomanda cautela alla popolazione nell’affidarsi a cure “miracolistiche”, che, oltre ad essere spesso molto costose, al momento

non sono in grado di migliorare i risultati clinici che si possono ottenere con la terapia convenzionale.

Il Consiglio di Presidenza ha ritenuto di inviare una lettera all’Editore della rivista “European Journal of Clinical Microbiology & Infectious Diseases” che ha pubblicato l’articolo (*Long-term efficacy of microbiology-driven periodontal laser-assisted therapy*). La pubblicazione della lettera SIdP sulla rivista è stata concessa.



Dear Editor,
We read with interest the manuscript by Dr Martelli et al. entitled “*Long-term efficacy of microbiology-driven periodontal laser-assisted therapy*”^[1], recently published in the *European Journal of Clinical Microbiology & Infectious Diseases* (2016 Mar; 35(3): 423-431). In this manuscript, the authors described the treatment of periodontal disease in more than 2,000 patients, and reported clinical and microbiological findings after 2 years. As board members of the Italian Society of Periodontology and Implantology (SIdP), we would like to draw attention to some critical points that may affect the study outcomes and conclusions.

Diagnosis
The diagnosis of periodontal disease as applied by the authors is far from the current international standard^[2]. In the present manuscript, information with regard to mean clinical attachment level, full-mouth plaque score, full-mouth bleeding score and tooth loss is unknown. In addition, the diagnosis of severe periodontal disease applies when more than 30 % of sites are involved in chronic periodontitis, while for aggressive periodontitis this definition should be extended with the involvement of at least three additional teeth to molars/incisors. The definition of disease severity used by the authors is based on personal criteria. Furthermore, information with regard to possible risk factors for periodontal disease is limited to smoking habits only, although the detrimental effect of other risk factors or potential risk factors (such as diabetes, systemic diseases, immunodeficiency, drugs, osteoporosis, stress, obesity, etc.) in terms of disease progression and treatment outcomes is very well known^[3].

Treatment
In the additional material section, the authors stated “*An accurate mechanical ultrasound for SRP was performed according to the needs of the patients and up to complete satisfaction of the clinicians. After completion of SRP, patients were treated in all pockets with a 1064 nm Nd:YAG laser*”^[1]. This means that classical mechanical sub-gingival debridement of root

surfaces (SRP) was performed at each experimental site before laser application and the final delivered therapy is a combination of SRP and laser treatment. Since the study is a case series lacking a control group (single treatment with SRP or laser) it is impossible for the reader to assess if final benefits are associated or not with laser application. A randomized clinical trial (RCT) is mandatory to investigate the efficacy of combined therapy versus single treatments, and to understand the potential additional benefits of laser application. In the last 15 years, RCTs from several independent universities and systematic reviews (SR) clearly showed a similar efficacy in applying classical therapy (mechanical SRP) or laser, and no additional benefits in adding laser to mechanical treatment^[4-7]. These findings suggest that caution must be taken with laser application for periodontal treatment, also considering the cost-benefit ratio^[4-7]. In fact, as demonstrated approximately 15 years ago^[8,9], similar clinical and microbiological outcomes to those reported by Martelli et al.^[1] may be easily achieved using conventional therapy, with significantly less costs. The reader should also keep in mind the long-term clinical efficacy of traditional periodontal therapy, which is supported by several studies with more than 10 years of follow-up^[10,11]. Finally, in the present study^[1] the full-mouth treatment, meaning the treatment of all involved sites in the patient mouth, is not clearly defined, and this is another critical point, since patients were described by the authors as affected by “advanced” chronic or aggressive periodontitis.

Follow-up
The authors defined as a “long-term” observation the final 2-year follow-up. This is another surprising aspect of this manuscript, since in periodontal literature the long-term effect of therapy is usually defined after at least 5 years of observation^[12]. Conversely, the manuscript lacks critical information for the reader, including tooth loss (teeth extracted for advanced bone destruction) at final follow-up. The latter reflects the obvious primary treatment goal and the type of re-treatment of sites showing progression

of periodontitis. Statistical analysis alone is not able to provide information related to prediction of disease progression and tooth loss at final follow-up. Furthermore, information regarding the secondary prevention of enrolled patients is unknown, even if authors generically reported the additional use of laser "only by teeth showing periodontal pockets with PPD > 2 mm".

Statistical analysis

Surprisingly, the authors used a *t*-test for statistical analysis, which is not adequate in this type of study since multilevel analysis^[13, 14] is generally used to assess the effect of prognostic factors on treatment outcomes. This approach allows the analysis of a multifaceted scenario that is non-surgical treatment of periodontal disease, where every variable is interconnected and able to influence each other at different levels.

Ethics

Although the authors reported that "there are no experiments requiring appropriate institutional review board(s) approval", it is surprising that no ethical board approval was reported, since the applied procedure is not a standard technique for the treatment of periodontal disease, and the clinical benefits are questionable.

Based on our criticisms, the manuscript conclusion "This study, conducted for the first time on such a large series, clearly demonstrates long-term efficacy of microbiology-driven non-invasive treatment of periodontal disease" is, in our opinion, erroneous since

not supported by the applied methodology during the study. We do not believe that the present study provides useful clinical information in periodontal therapy.

Best regards

The Board of the SIdP, Italian Society of Periodontology and Implantology

References

1. Martelli FS, Fanti E, Rosati C, Martelli M, Bacci G, Martelli ML, Medico E. Long-term efficacy of microbiology-driven periodontal laser-assisted therapy. *Eur J Clin Microbiol Infect Dis*. 2016;35(3):423-431. doi: 10.1007/s10096-015-2555-y.
2. Armitage GC. Development of a classification system for periodontal diseases and conditions. *Ann Periodontol*. 1999;4(1):1-6. doi: 10.1902/annals.1999.4.1.1.
3. Amaliya A, Laine ML, Delanghe JR, Loos BG, Van Wijk AJ, Van der Velden U. Java project on periodontal diseases: periodontal bone loss in relation to environmental and systemic conditions. *J Clin Periodontol*. 2015;42(4):325-332. doi: 10.1111/jcpe.12381.
4. Rotundo R, Nieri M, Cairo F, Franceschi D, Mervelt J, Bonaccini D, Esposito M, Pini Prato G. Lack of adjunctive benefit of Er:YAG laser in non-surgical periodontal treatment: a randomized split-mouth clinical trial. *J Clin Periodontol*. 2010;37(6):526-533. doi: 10.1111/j.1600-051X.2010.01560.x.
5. Zhao Y, Yin Y, Tao L, Nie P, Tang Y, Zhu M. Er:YAG laser versus scaling and root planing as alternative or adjuvant for chronic periodontitis treatment: a systematic review. *J Clin Periodontol*. 2014;41(11):1069-1079. doi: 10.1111/jcpe.12304.
6. Slot DE, Jorritsma KH, Cobb CM, Van der Weijden FA. The effect of the thermal diode laser (wavelength 808-980 nm) in non-surgical periodontal therapy: a systematic review and meta-analysis. *J Clin*

Periodontol. 2014;41(7):681-692. doi: 10.1111/jcpe.12233.

7. Sgolastra F, Severino M, Petrucci A, Gatto R, Monaco A. Nd:YAG laser as an adjunctive treatment to nonsurgical periodontal therapy: a meta-analysis. *Lasers Med Sci*. 2014;29(3):887-895. doi: 10.1007/s10103-013-1293-6.
8. Kiménez-Fyvie LA, Haffajee AD, Som S, Thompson M, Torresyap G, Socransky SS. The effect of repeated professional supragingival plaque removal on the composition of the supra- and subgingival microbiota. *J Clin Periodontol*. 2000;27(9):637-647. doi: 10.1034/j.1600-051x.2000.027009637.x.
9. Cobb CM. Clinical significance of non-surgical periodontal therapy: an evidence-based perspective of scaling and root planing. *J Clin Periodontol*. 2002;29(Suppl 2):6-16.
10. Cattabriga M, Rotundo R, Muzzi L, Nieri M, Verrocchi G, Cairo F, Pini Prato G. Retrospective evaluation of the influence of the interleukin-1 genotype on radiographic bone levels in treated periodontal patients over 10 years. *J Periodontol*. 2001;72(6):767-773. doi: 10.1902/jop.2001.72.6.767.
11. Axelsson P, Nyström B, Lindhe J. The long-term effect of a plaque control program on tooth mortality, caries and periodontal disease in adults. Results after 30 years of maintenance. *J Clin Periodontol*. 2004;31(9):749-757. doi: 10.1111/j.1600-051X.2004.00563.x.
12. Kaldahl WB, Kalkwarf KL, Patil KD, Molvar MP, Dyer JK. Long-term evaluation of periodontal therapy: I. Response to 4 therapeutic modalities. *J Periodontol*. 1996;67(2):93-102. doi: 10.1902/jop.1996.67.2.93.
13. D'Aiuto F, Ready D, Parkar M, Tonetti MS. Relative contribution of patient-, tooth-, and site-associated variability on the clinical outcomes of subgingival debridement. I. Probing depths. *J Periodontol*. 2005;76(3):398-405. doi: 10.1902/jop.2005.76.3.398.
14. Tomasi C, Leyland AH, Wennström JL. Factors influencing the outcome of non-surgical periodontal treatment: a multilevel approach. *J Clin Periodontol*. 2007;34(8):682-690. doi: 10.1111/j.1600-051X.2007.01111.x.

Tra il perio e il faceto

il Direttore... Crea

Progetto Comunicazione Parodontite La Parodontite...tra incudini e martelli...oh yes!

Quelli che hanno fatto corsi sulla Terapia Implantare
e ora fanno corsi sulla Periimplantite...oh yes!



Lato forte.



Il rapporto ideale Medico-Igienista



S- *“Buongiorno Dottoressa come ha passato la serata ieri? Siamo pronti per affrontare la giornata?”*

Nel saluto e nella prima domanda mattutina si cela l'intimità di un rapporto lavorativo intenso e dinamico, fatto di conoscenza, rispetto, condivisione, senso di responsabilità e rigore metodologico.

Ripenso al giorno del primo colloquio, alle prime impressioni...quanto tempo è passato e quanto più giovane di me è questa Collega...!

C- *“Buongiorno Silvia, ieri sera sono andata a vedere quella mostra di cui parlavamo ieri, dovrebbe andare a vederla, secondo me potrebbe piacerle! Ho guardato il planning della giornata che mi è stato mandato via mail e ho visto che ci sono un paio di pazienti che meritano un'attenzione speciale.”*

S- *“Infatti, più tardi dobbiamo controllare quella Paziente di 27 anni alla quale volevano estrarre tutti i denti; come avete elaborato assieme la presa di coscienza della grave Parodontite?”*

C- *“Durante la fase di diagnostica ci siamo ritagliate una buona mezz'oretta per discutere della sua situazione, abbiamo parlato di counselling e abbiamo rivisto con calma le manovre di igiene orale che dovrebbe eseguire a casa. Come modello comunicativo ho sfruttato come sempre l'analisi del rischio individuale per poterle spiegare il rapporto esistente tra la sua giovane età e la gravità della malattia e mi sembra che abbia compreso pienamente. Lunedì scorso l'ho rivista per l'appuntamento di rivalutazione dopo 12 settimane dalla tera-*

pia attiva e abbiamo avuto successo, ma ho bisogno di controllare con lei un paio di siti in cui Mobilità e Sanguinamento al sondaggio non mi sembrano sotto controllo. Che idea si è fatta sul piano di trattamento e sulla Paziente?”

S- *“Il mio piano di trattamento prevede di eseguire in quei difetti infraossei degli interventi di chirurgia rigenerativa ma non ho ancora i dati oggettivi e soggettivi relativi alla compliance e ovviamente la Paziente dovrà attentamente valutare il tasto dolente del preventivo. In questi casi però attraverso un'attenta e precisa comunicazione della situazione e venendo incontro alle esigenze personali sono certa che condivideremo il progetto terapeutico e quindi il percorso che ne consegue.”*

C- *“Sono d'accordo, durante gli appuntamenti di controllo post terapia causale il FMPS si è notevolmente ridotto, ma non sono ancora soddisfatta poiché in rivalutazione lo score era del 25% e vorrei rimotivarla per portare questo indice sotto al 15%. Prima di pensare alle chirurgie ho la necessità di rivederla più volte con un programma di TPS serrato a 3 mesi in cui continueremo a lavorare su questo aspetto. Oggi viene per un controllo, voglio vedere se riesce ad usare meglio gli scovolini in quelle zone.”*

S- *“Mi dica, secondo lei i Pazienti percepiscono l'impegno e la dedizione che mettiamo nella cura di ogni singolo dettaglio?”*

C- *“Penso proprio di sì! Consideri che la nostra paziente in questione era dispiaciuta più di me nel non aver raggiunto l'obiettivo del FMPS che avevamo discusso prima ancora di iniziare a lavorare insieme.*

Con attenzione mi seguiva nella dettatura dei numerosi indici da registrare nella cartella parodontale e quando siamo arrivate all'ispezione del 3° sestante palatale era emozionata nell'apprendere che la tasca più grave che aveva in bocca si era notevolmente ridotta. Ora conosce esattamente la localizzazione delle sue tasche residue!”

S- *“Quanta energia per un paio di millimetri di guadagno di attacco!”*

Quando penso a questo sicuramente consi-

dero di avere più orizzonti del mio Collega endodontista, ma so anche che ho bisogno di guardare lontano e dare un senso diverso alla mia professione. Un'ora più tardi mentre controllo quella gocciolina di sangue ma incontro il sorriso della giovane Paziente assieme alla quale stiamo attivamente lottando per salvare i denti da lei creduti persi fino a qualche settimana fa... quei millimetri che misuro sulla mia sonda parodontale assumono un valore dimensionale differente e io sono subito più felice! Chissà se con quel sorriso la nostra amica voleva darci riscontro di quello che noi ci chiediamo? Io credo di sì! Dottoressa, chiedo alla Collega Igienista:

“Come era il controllo odierno della placca batterica? che tipo di placca c'era?”

C- *“Dottoressa, direi che siamo andate benissimo!!! Oggi abbiamo un FMPS del 12% e sono molto fiera della nostra paziente che ovviamente deve continuare così, senza abbassare mai la guardia!”*

S- *Esco dalla sala operativa contenta, guardo sul monitor il mio planning quotidiano e realizzo che non tutti i Pazienti sono uguali così come non tutti gli Studi Odontoiatrici e le modalità operative. Devo infatti vedere una urgenza, un Paziente conoscente di un caro amico: la prima comunicazione con la Segreteria ha identificato un Soggetto molto esigente e molto sicuro di sé, un ingegnere; attenzione Silvia, è necessario impostarsi su una differente modalità di comunicazione. Ritengo di essere in grado di rapportarmi abbastanza bene con il prossimo, non fatico a trovare la parola giusta al momento giusto, ma sono certa che in certi casi qualche stratagemma in più vada scovato. È sì, perché a seconda del Paziente dobbiamo assolutamente essere in grado di porci a un livello comunicativo efficace.*

Dico dobbiamo perché non solo dobbiamo essere in grado di farlo noi Odontoiatri ma assieme a noi anche i Colleghi Igienisti e tutto il personale che lavora con noi in assistenza e in segreteria.

Chissà di là Camilla con chi sta parlando ora? Magari invece zitta zitta starà scovando quel pezzettino di tartaro con il suo amato microscopio là in fondo a quella tasca. Lasciamola tranquilla!

Mezz'ora dopo concludo il mio colloquio con

SIdP
Società Italiana
di Parodontologia
e Implantologia

**CORSO
ANNUALE
DI PARODONTOLOGIA**

Riservato agli Igienisti Dentali

2017

TORINO
Dental School - Via Nizza, 230

3 incontri di 2 giorni
Lezioni teoriche
Esercitazioni pratiche

Corso Annuale SIdP
15-16 settembre
27-28 ottobre
24-25 novembre

l'Ingegnere; sapete ama sciare e c'è stato subito un grande feeling; mezz'ora dopo Camilla conclude la sua seduta di terapia non chirurgica e sorridenti ci ritroviamo a bere un caffè.

"Sei riuscita a strumentare senza anestesia?"

C- "Fortunatamente era disponibile il dottor Brambilla e con un gocciolo di anestesia sono riuscita a decontaminare correttamente tutte le tasche profonde: preferisco lavorare bene senza dare troppo discomfort; ho anche visto il signor Mario e ho eseguito il controllo degli impianti: la prossima volta va programmato un appuntamento congiunto perché dobbiamo smontare la protesi scheletrica avvitata, eseguire un controllo radiografico e valutare attentamente sondaggi ed eventuale sanguinamento: quel paziente dice di aver smesso di fumare, ma non ne sono assolutamente convinta!"

S- *"Vedrai a breve in appuntamento per la fase diagnostica un Ingegnere: non avrai vita facile perché io l'ho conquistato parlando di montagna, se proverà a fare lo stesso con te lo perdiamo! So che sei piena di risorse, sicuramente tutti gli indici e i numeri che ti*

vedrà segnare verranno da lui rielaborati con chissà quali conclusioni, ma la tua abilità dialettica lo indirizzerà verso il cambiamento di attenzione al problema delle sue gengive.

Sai che ti dico... io vado ad allenarmi."

C- "D'accordo cercherò la modalità giusta per avvicinarmi anche con l'Ingegnere. Lei non lo sa, ma anche se non pratico sport invernali e sport in generale in montagna frequento molte baite e ristoranti e mi sono appassionata di cucina tipica locale! A fine giornata le mando una mail di aggiornamento di tutti i Pazienti del mio planning odierno così non perdiamo alcun dettaglio. Buona serata Silvia e non si alleni troppo!" ●

*Silvia A. Masiero
Camilla Donghi*

Soci Attivi e...



Carlo Poggio,
Socio Attivo
della SIdP, è
stato eletto
Presidente

Eletto della Accademia Italiana di Odontoiatria Protetica (AIOP) per il biennio 2017-18, e ne sarà Presidente per il biennio 2019-20.

Dopo Maurizio Zilli (2011-13) e Leo Biscaro (2014-15) si rinnova e si rinforza la tradizione di SIdP, luogo di formazione e di crescita di colleghi che assurgono a ruoli dirigenziali prestigiosi.

"AIOP ha una lunga tradizione di collaborazione e rapporti istituzionali con SIdP, ed è decisamente mio desiderio mantenerli e promuoverli. Le due Società hanno più volte negli anni svolto incontri condivisi (il primo che io ricordi credo nel 1994 a Rimini insieme anche a SIDO), l'ultimo lo scorso anno a Riccione (Leaders' Forum 2015)".

A Carlo vanno gli auguri più sinceri di buon lavoro ●

Backstage

a cura di Michele Posadinu



Direttivo e...diretrice



Commissione culturale per voi



Corso annuale per Odontoiatri



Corso annuale per Igienisti dentali



SIdP in Rai



SIdP Giovani e non



SIdP per l'Africa



SIdP a Baveno



Campioni e vice campioni



Agundide



L'angolo del papillon



La voglia di scherzare non ci manca!

KNOCKIN' ON HEAVEN'S DOOR

Mama take this badge off of me
I can't use it anymore.
It's gettin' dark, too dark for me to see
I feel like I'm knockin' on heaven's door.

Knock, knock, knockin' on heaven's door
Knock, knock, knockin' on heaven's door
Knock, knock, knockin' on heaven's door
Knock, knock, knockin' on heaven's door

Mama put my guns in the ground
I can't shoot them anymore.
That long black cloud is comin' down
I feel like I'm knockin' on heaven's door.

Knock, knock, knockin' on heaven's door
Knock, knock, knockin' on heaven's door
Knock, knock, knockin' on heaven's door
Knock, knock, knockin' on heaven's door

BLOWIN' IN THE WIND

How many roads must a man walk down
Before you call him a man?
Yes, 'n' how many seas must a white dove sail
Before she sleeps in the sand?
Yes, 'n' how many times must the cannon balls fly
Before they're forever banned?
The answer, my friend, is blowin' in the wind,
The answer is blowin' in the wind.

How many times must a man look up
Before he can see the sky?
Yes, 'n' how many ears must one man have
Before he can hear people cry?
Yes, 'n' how many deaths will it take till he knows
That too many people have died?
The answer, my friend, is blowin' in the wind,
The answer is blowin' in the wind.

How many years can a mountain exist
Before it's washed to the sea?
Yes, 'n' how many years can some people exist
Before they're allowed to be free?
Yes, 'n' how many times can a man turn his head,
Pretending he just doesn't see?
The answer, my friend, is blowin' in the wind,
The answer is blowin' in the wind.



parole e musica Bob Dylan

BUSSANDO ALLE PORTE DEL CIELO

Mamma toglimi questo distintivo
non posso più usarlo
si sta facendo scuro, troppo scuro per vedere
mi sembra di bussare alle porte del cielo

Busso busso busso alle porte del cielo
Busso busso busso alle porte del cielo
Busso busso busso alle porte del cielo
Busso busso busso alle porte del cielo

Mamma seppellisci le mie pistole nella terra
non posso più sparare
quella lunga nuvola nera sta scendendo
mi sembra di bussare alle porte del cielo

Busso busso busso alle porte del cielo
Busso busso busso alle porte del cielo
Busso busso busso alle porte del cielo
Busso busso busso alle porte del cielo

SOFFIA NEL VENTO

Quante strade deve percorrere un uomo
prima che lo si possa chiamare uomo?
Sì, e quanti mari deve sorvolare una bianca colomba
prima che possa riposare nella sabbia?
Sì, e quante volte le palle di cannone dovranno volare
prima che siano per sempre bandite?
La risposta, amico, sta soffiando nel vento
La risposta sta soffiando nel vento

Quante volte un uomo deve guardare verso l'alto
prima che riesca a vedere il cielo?
Sì, e quante orecchie deve avere un uomo
prima che possa ascoltare la gente piangere?
Sì, e quante morti ci vorranno perchè egli sappia
che troppe persone sono morte?
La risposta, amico, sta soffiando nel vento
La risposta sta soffiando nel vento

Quanti anni può esistere una montagna
prima di essere spazzata fino al mare?
Sì, e quanti anni la gente deve vivere
prima che possa essere finalmente libera?
Sì, e quante volte un uomo può voltare la testa
fingendo di non vedere?
La risposta, amico, sta soffiando nel vento
La risposta sta soffiando nel vento

Società Italiana di Parodontologia e Implantologia 2016 - 2017

Consiglio Direttivo

Presidente: Dott. Claudio **GATTI**

Presidente Eletto: Prof. Mario **AIMETTI**

Vice Presidente: Prof. Giulio **RASPERINI**

Tesoriere: Dott. Luca **LANDI**

Segretario: Dott. Francesco **CAIRO**

Collegio dei Probiviri

Dott. Mauro **MERLI**

Dott. Gianfranco **CARNEVALE**

Prof. Antonio **CARRASSI**

Prof. Luca **FRANCETTI** (*supplente*)

Dott. Alberto **FONZAR** (*supplente*)

Commissione Culturale

Dott. Nicola Marco **SFORZA** (*Coordinatore*)

Dott. Alberto **FONZAR**

Prof. Filippo **GRAZIANI**

Dott. Stefano **PARMA BENFENATI**

Prof. Andrea **PILLONI**

Rappresentante Igienisti Dentali:

Dott.ssa Silvia **BRESCIANO**

Commissione Accettazione Soci Attivi

Dott. Mario **ROCCUZZO** (*Coordinatore*)

Dott. Diego **CAPRI**

Dott. Gianfranco **CARNEVALE**

Dott. Rodolfo **GIANSERRA**

Prof. Leonardo **TROMBELLI**

Dott. Roberto **ROTUNDO** (*supplente*)

Dott. Alberto **FONZAR** (*supplente*)

Commissione Scientifica

Dott.ssa Claudia **DELLAVIA** (*Coordinatore*)

Dott. Piero **CASAVECCHIA**

Prof. Luca **RAMAGLIA**

Dott. Maurizio **SILVESTRI**

Dott.ssa Martina **STEFANINI**

Commissione Editoriale

Dott. Alessandro **CREA** (*Coordinatore*)

Dott. Raffaele **CAVALCANTI**

Dott.ssa Silvia Anna **MASIERO**

Dott. Dario **MILANO**

Dott. Antonio **RUPE**

Rappresentante Igienisti Dentali:

Dott.ssa Elisa **PIEROZZI**

EFP-Membri Rappresentanti

Prof. Filippo **GRAZIANI**

Prof. Mario **AIMETTI**

CIC-Membri Rappresentanti

Dott. Gianfranco **CARNEVALE** (*Rappresentante*)

Dott. Rodolfo **GIANSERRA** (*Rappresentante supplente*)

Segreteria

Sede Operativa:

Viale dei Mille, 9 - 50131 Firenze

Tel. 055 5530142

Fax 055 2345637

E-mail: segreteria@sidp.it

www.sidp.it

Spazio Aperto: scrivi a direttore.sidppunto.in@sidp.it