



Società Italiana
di Parodontologia
e Implantologia



La DIAGNOSI in **PARODONTOLOGIA**



Questo documento è stato redatto dalla Commissione per il **"Progetto Diagnosi Parodontale"** della Società Italiana di Parodontologia nell'anno 2000:

Dott. Pierpaolo **CORTELLINI**

Dott. Giovanni **GAGLIARDI**

Dott. Mauro **MERLI**

Dott. Maurizio **TONETTI**

e aggiornato dalla Commissione Scientifica della Società Italiana di Parodontologia e Implantologia SIdP 2018-2019

Dott. Cristiano **TOMASI** (*Coordinatore*)

Dott. Carlo **CLAUSER**

Dott. Mauro **DONATI**

Prof. Andrea **PILLONI**

Prof. Giulio **RASPERINI**

con la collaborazione del Dott. Pierpaolo **CORTELLINI** *per la Commissione di Progetto.*

Prodotto dalla **Società Italiana di Parodontologia e Implantologia SIdP**

Via del Gelsomino, 20

50125 Firenze

Tel. 055 5530142

Fax 0552345637

E-mail: segreteria@sidp.it

PRESENTAZIONE

Firenze, 31 Marzo 2020

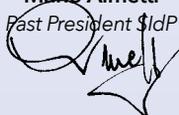
Cara/o Collega,

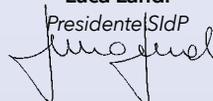
la "diagnosi" in medicina rappresenta il primo passo, il primo imprescindibile obiettivo che un medico ha nei confronti del proprio paziente. Terapia e prognosi pongono le loro basi sulla diagnosi.

Come "medici del cavo orale" non infrequentemente ci confrontiamo con le malattie parodontali. Tra queste le parodontiti sono certamente le più temute e diffuse. Circa il 50% della popolazione è colpito da parodontite ma, il 10-12% ne è affetto in forma grave (parodontite di stadio III e IV). Queste ultime sono la principale causa della perdita di denti in età adulta e minacciosa causa di infiammazione sistemica. È perciò fondamentale diagnosticare e curare precocemente le parodontiti in modo da evitare gravi danni funzionali, estetici e potenziali pericolose conseguenze a livello sistemico.

Per questo motivo la Società Italiana di Parodontologia e Implantologia (SIdP) ha ritenuto utile revisionare il materiale che venne organizzato nel 2000 per la campagna nazionale rivolta agli odontoiatri "Progetto Diagnosi". Grazie al lavoro svolto dalla Commissione Scientifica e dal Coordinatore del Progetto Diagnosi SIdP (anno 2000), oggi siamo in grado di condividere un documento aggiornato con l'obiettivo di rinforzare la sensibilizzazione degli operatori di area odontoiatrica all'uso di appropriate metodiche di diagnosi parodontale e di fornire ai pazienti un documento di opportuno acculturamento. Troveremo in allegato il testo, che rappresenta la posizione ufficiale attuale della Società in tema di diagnosi parodontale. Viene descritta una metodica di trascrizione dei rilievi clinici parodontali molto semplice e rapida: il Periodontal Screening and Recording (PSR). Questa metodica consente di effettuare una diagnosi di screening semplice e veloce che rappresenta un passaggio diagnostico obbligato per tutti i pazienti che necessitano di una visita odontoiatrica. Questo manuale contiene inoltre la descrizione dettagliata degli elementi fondamentali per effettuare una diagnosi parodontale corretta e completa che deve integrare il PSR nei casi più severi.

Con questo documento SIdP continua ad investire risorse per contribuire da una parte alla realizzazione di una Odontoiatria più sensibile alla salute dei pazienti e dall'altra alla diffusione di un'informazione istituzionale rivolta al cittadino per renderlo sempre più cosciente perché correttamente informato. Questo lavoro va esattamente in questa direzione.

Mario Aimetti
Past President SIdP


Luca Landi
Presidente SIdP


INTRODUZIONE

LE MALATTIE PARODONTALI ASSOCIATE A PLACCA

Le malattie parodontali sono patologie che interessano le strutture di supporto dei denti (**Fig. 1**).

Vengono comunemente distinte in gengivite e parodontite.



FIG. 1



FIG. 2

La *gengivite* interessa la gengiva marginale ed è caratterizzata da arrossamento del margine gengivale, edema, sanguinamento al sondaggio e, talvolta, ipertrofia gengivale (**Fig. 2**). È completamente reversibile e può precedere una parodontite. Secondo la nuova classificazione delle malattie parodontali del 2017, un paziente soffre di gengivite quando più del 10% dei siti presenta sanguinamento al sondaggio. Se la percentuale di siti è tra il 10% ed il 30% si parlerà di gengivite localizzata, altrimenti sarà una gengivite generalizzata.



FIG. 3

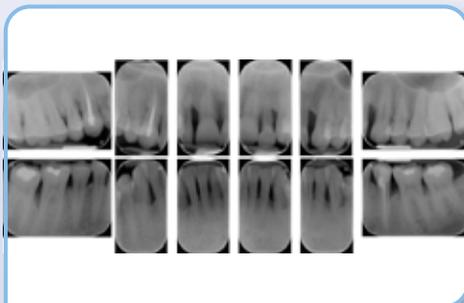


FIG. 4

La *parodontite* è una patologia caratterizzata dalla distruzione dell'apparato di supporto dei denti. Clinicamente si manifesta con perdita di attacco e di osso, formazione di tasche e talvolta formazione di recessioni (**Figg. 3 - 6**).

Il segno patognomonico di parodontite è rappresentato dalla perdita di attacco.

La distruzione dei tessuti di sostegno dei denti causata da una parodontite è irreversibile.



FIG. 5

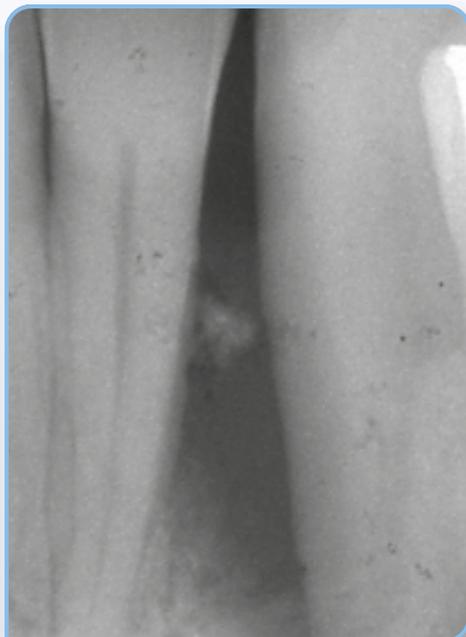


FIG. 6

Le parodontite, secondo la Federazione Europea di Parodontologia (EFP), come riportato nella classificazione del 2017, può essere classificata a seconda del grado di severità, di complessità, di distruzione e di rapidità di progressione. La classificazione prevede 4 stadi (stage), da 1 a 4 e 3 gradi (grade), da 1 a 3. L'estensione della malattia sarà generalizzata se colpisce più del 30% dei siti, oppure localizzata se meno o incisivi-molari se solo questi elementi sono coinvolti.

Parodontite	Perdita di attacco	Perdita radiografica	Perdita di denti	Complessità
Stadio 1	Da 1 a 2 mm	Terzo coronale (<15%)	Nessuna	PPD ≤ 4 mm Perdita orizzontale
Stadio 2	Da 3 a 4 mm	Terzo coronale (15-33%)	Nessuna	PPD ≤ 5 mm Perdita orizzontale
Stadio 3	≥ 5mm	Terzo medio e oltre	≤4 per parodontite	PPD ≥ 6 mm Infra ≤ 3mm Forca II o III
Stadio 4	≥ 5mm	Terzo medio e oltre	≥5 per parodontite	PPD ≥ 6 mm Infra ≤ 3mm Forca II o III Necessità di riabilitazione

Parodontite	Perdita di osso o attacco	% Perdita radiografica/Età	Caso clinico	Fumo/Diabete
Grado 1	Nessuna in 5 anni	< 0,25	Molti depositi e poca distruzione	Non fumatore No diabete
Grado 2	< 2mm in 5 anni	Da 0,25 a 1,0	Distruzione proporzionata a depositi	Fumo < 10 sig/g HbA1c < 7,0 %
Grado 3	≥ 2mm in 5 anni	> 1,0	Molta distruzione con pochi depositi	Fumo ≥ 10 sig/g HbA1c ≥ 7,0 %

EPIDEMIOLOGIA

Circa il 60% della popolazione italiana è affetta da una forma di malattia parodontale da lieve a grave. Circa il 10-14 % è ammalata di parodontite grave che, in assenza di adeguata diagnosi e terapia, può portare alla perdita di elementi dentari. Una quota rilevante di queste patologie non viene attualmente diagnosticata né adeguatamente trattata.

LA PARODONTITE E LA TERAPIA

La parodontite è strettamente legata agli stili di vita, è provocata da alcune specie batteriche ed è influenzata nel suo decorso da numerosi fattori locali e sistemici. Sappiamo per esempio che la cattiva igiene orale, il fumo, il diabete, alcune malattie sistemiche che alterano la risposta immunitaria, alcune anomalie genetiche e lo stress ne influenzano grandemente l'espressione clinica (Fig. 7).

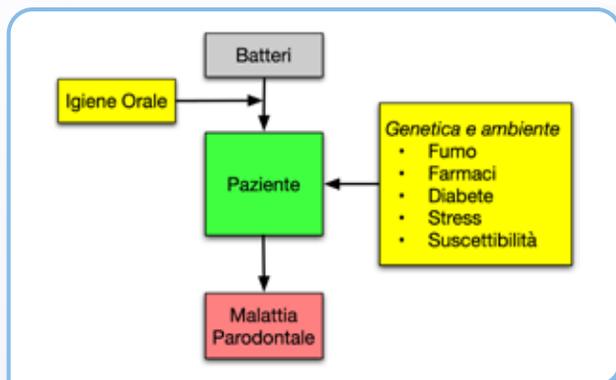


FIG. 7

Attualmente la parodontite è la principale causa di edentulismo parziale e totale in Italia. In molti casi la parodontite non viene diagnosticata o solo molto tardivamente. La mancata diagnosi precoce e la mancata terapia influenzano grandemente la progressiva distruzione dell'apparato di sostegno dei denti, con conseguente compromissione della funzione masticatoria e dell'aspetto estetico e con perdita degli elementi dentari.

Inoltre oggi sappiamo che la parodontite può rappresentare un potenziale fattore di rischio per alcune patologie sistemiche, quali batteriemie, endocarditi acute e subacute, patologie cardio-vascolari, infezioni di protesi sostitutive, diabete, malattie respiratorie; è correlata al rischio di nascita di bambini pretermine e sottopeso e può essere alla base di fenomeni ascessuali cerebrali e di altre patologie "focali".

Queste conoscenze sottolineano l'inderogabile necessità di diagnosticare precocemente la parodontite per instaurare le corrette procedure preventive e/o terapeutiche.

La parodontite in fatti può essere prevenuta e curata. La prevenzione e la terapia sono molto efficaci nella maggior parte dei casi.

DIAGNOSI DELLA MALATTIA PARODONTALE

La diagnosi deve essere effettuata da tutti i dentisti su tutti i pazienti, applicando le appropriate metodiche cliniche ed interpretando ed elaborando tutti i dati raccolti.

La visita parodontale si compone dei seguenti elementi: anamnesi, esame obiettivo, esami radiografici, esami di laboratorio.

- *L'anamnesi medica e dento-parodontale* può far emergere la presenza di una serie di fattori che influenzano l'insorgenza e la progressione delle parodontiti. I fattori di maggior interesse sono:
 - 1) esposizioni ambientali quali il fumo e l'assunzione di alcuni farmaci (ciclosporine, nifedipina, difenilidantoina);
 - 2) malattie sistemiche come il diabete o altre patologie ereditarie o acquisite che alterano la risposta immunitaria;
 - 3) predisposizioni genetiche: le forme di parodontite a insorgenza precoce presentano un andamento a carattere familiare; alcuni polimorfismi (modificazioni) genetici sembrano influenzare l'espressione clinica delle parodontiti;
 - 4) modificazioni ormonali, quali quelle legate alla pubertà e alla gravidanza.

L'esame obiettivo si basa essenzialmente sull'osservazione e ispezione dei denti e dei tessuti gengivali e mucosi peri-dentali, sulla accurata valutazione dell'igiene orale del paziente e sul sondaggio parodontale.

L'osservazione e l'ispezione consentono di annotare la formula dentale, la posizione degli elementi dentari, lo stato dei tessuti molli e ogni altra caratteristica ritenuta rilevante per il processo diagnostico.

La valutazione dell'igiene orale è determinante per la diagnosi (rapporto relativo fra quantità di placca batterica rilevata e gravità delle lesioni parodontali) e per la formulazione di un corretto piano di trattamento, in cui le modificazioni delle abitudini igieniche del paziente giocano un ruolo fondamentale.

Il sondaggio parodontale è la manovra clinica essenziale per la diagnosi della malattia parodontale in quanto consente di eseguire la diagnosi differenziale tra



FIG. 8



FIG. 9

gingivite e parodontite, nonché di stimare la perdita di attacco che rappresenta il segno patognomonico della parodontite. Il sondaggio si effettua con la sonda parodontale (Fig. 8), strumento millimetrato standardizzato, che deve essere inserito fra dente e gengiva con la corretta angolazione e spinto con una forza di circa 25-30 grammi fino a raggiungere il fondo del solco o della tasca.

La sonda permette di misurare la profondità delle tasche parodontali e delle recessioni (Fig. 9), di individuare il coinvolgimento delle forcazioni (Fig. 10), di rilevare la presenza di sanguinamento al sondaggio (Fig. 11) e la presenza di tartaro e restauri debordanti in sede sub gengivale.

Il sondaggio deve essere effettuato facendo scorrere la sonda lungo tutta la circonferenza di ogni elemento dentale (Fig. 12): questo è molto importante poiché la parodontite può causare distruzioni di

diversa entità nei diversi siti di ogni dente o causare lesioni solo su un sito di un singolo elemento dentale. Le registrazioni nella cartella clinica, tuttavia, vengono effettuate in posizione standard (normalmente 6 siti per dente) che rappresentano convenzionalmente i "siti parodontali" (Fig. 13).

Esistono anche modalità di registrazione "semplificata" dei rilievi clinici effettuati con il sondaggio. Una di queste modalità, il "Periodontal Screening and Recording" (PSR), viene presentato in una successiva sezione di manuale.

Il rilievo della mobilità dentale completa l'esame obiettivo.



FIG. 10



FIG. 11

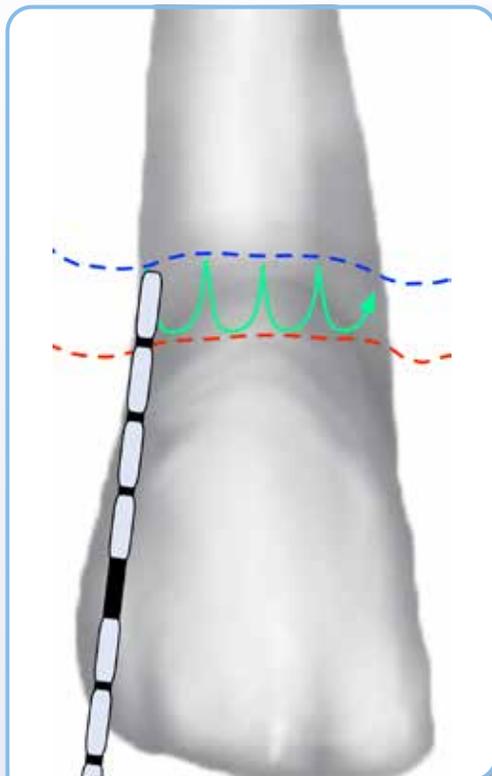


FIG. 12

- Gli esami radiologici endorali devono essere effettuati nei casi o nelle zone in cui rappresentano un complemento utile all'esame obiettivo e permettono di acquisire nuove informazioni per la diagnosi e/o il piano di trattamento. È importante ricordare che l'esame radiografico è un esame invasivo e deve essere limitato ai casi di effettiva necessità.

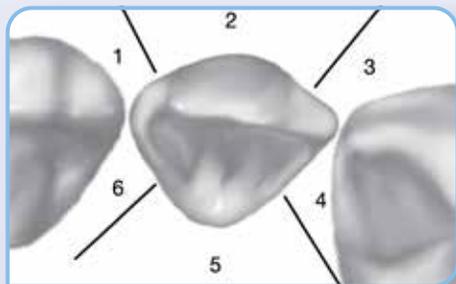


FIG. 13

La metodica utilizzata è la radiografia endorale periapicale effettuata con la tecnica dei raggi paralleli (Fig. 14).

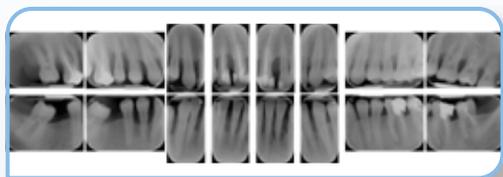


FIG. 14

- *Gli esami di laboratorio* possono essere un complemento alla diagnosi nei casi in cui le informazioni cliniche raccolte facciano emergere la presenza di parodontite grave, parodontite ad insorgenza precoce, parodontite associata a patologie sistemiche o altre forme di patologia parodontale avanzate e/o inusuali. Gli esami di laboratorio oggi disponibili includono: 1) esami microbiologici per la ricerca dei batteri responsabili delle malattie parodontali; 2) esami ematologici per lo studio del numero e della funzionalità dei polimorfonucleati e dei linfociti; 3) esami per individuare la suscettibilità genetica alla parodontite.

TRASCRIZIONE DEI RILIEVI CLINICI

Tutti i dati raccolti devono essere registrati in una cartella clinica e contribuiscono alla formulazione della diagnosi parodontale e alla determinazione del tipo, dell'estensione e della gravità della patologia eventualmente riscontrata.

Gli stessi dati sono indispensabili per la formulazione di un corretto piano di trattamento.

A chi devono essere applicate le procedure diagnostiche?

LA DIAGNOSI PARODONTALE DEVE ESSERE EFFETTUATA SU TUTTI I PAZIENTI DALL'ETÀ PEDIATRICA IN POI.

Quando deve essere effettuata la diagnosi parodontale?

LA DIAGNOSI PARODONTALE DEVE ESSERE EFFETTUATA IN PRIMA VISITA E IN TUTTE LE VISITE DI CONTROLLO SU TUTTI I PAZIENTI. RICORDIAMO INFATTI CHE LO STATO DI SALUTE PARODONTALE PUÒ MODIFICARSI DURANTE TUTTO IL CORSO DELLA VITA.

IL PERIODONTAL SCREENING AND RECORDING (PSR)

In alcuni casi può essere conveniente effettuare la diagnosi parodontale in più di una seduta, per incrementare l'efficienza della procedura. L'obiettivo di tale orientamento è quello di differenziare, con una prima rapida seduta, i soggetti sani da quelli ammalati e di sottoporre ad una seconda seduta diagnostica, solo i soggetti ammalati che ne presentano la necessità.

Lo scopo del PSR, messo a punto dall'Accademia Americana di Parodontologia, è l'identificazione dello stato di salute dei tessuti parodontali mediante una procedura rapida ed efficace, che evita un inutile spreco di risorse umane ed economiche.

La maggior rapidità del PSR rispetto ad un esame obiettivo parodontale "tradizionale" rende questo approccio estremamente efficace nella pratica clinica quotidiana, permettendo l'effettuazione di un esame parodontale completo su tutti i pazienti a costi accettabili.

È comunque importante sottolineare che la maggior rapidità del PSR non è fondata su un ridotto esame del paziente, ma su una registrazione semplificata dei rilievi clinici. Anche con il PSR, infatti, si esplorano tutti i siti di tutti gli elementi dentali con una sonda parodontale, dopo aver completato i rilievi anamnestici.

COME SI APPLICA IL PSR

L'applicazione corretta del PSR consiste nell'effettuare un esame obiettivo completo di tutte le superfici di tutti gli elementi dentali.

Da un punto di vista pratico la bocca viene suddivisa in sestanti.

La cartella parodontale è molto semplice (vedi schema alla pagina seguente) e di facile inserimento sulle cartelle cliniche già in uso, per esempio mediante un semplice timbro.

Il sondaggio si effettua con una sonda parodontale semplificata, la sonda della OMS (FIG. 15). La sonda presenta una punta arrotondata di 0,5 mm di diametro ed un'area colorata che si estende da 3,5 mm a 5,5 mm.



FIG. 15

La sonda viene delicatamente inserita nel solco gengivale tenendola parallela all'asse lungo del dente e facendone scorrere la punta arrotondata sulla superficie del dente, finché incontra una resistenza. La profondità



FIG. 16



FIG. 17



FIG. 18



FIG. 19

dell'inserimento (profondità di sondaggio) può essere letta sulla sonda con riferimento alla posizione della banda colorata rispetto al margine della gengiva. La sonda deve essere fatta scorrere nel solco gengivale di ogni versante (buccale, mesiale, linguale e distale) di ogni dente e utilizzata per la ricerca del coinvolgimento delle forcazioni.

L'esame viene effettuato a sestanti: in ogni sestante viene memorizzato e registrato solo un valore (**codice**) che rappresenta il valore di maggiore gravità per quel sestante. Per esempio, si può iniziare ad esaminare il primo sestante (sestante 1, superiore destro), ispezionando il solco disto-buccale, buccale e mesio- buccale di ogni dente, poi il solco disto linguale, linguale e mesio-linguale di ogni dente del sestante 1: il valore o codice più alto (un solo numero) sarà registrato sulla casella relativa al sestante 1. Si prosegue con il sestante 2, poi con gli altri.

I sestanti edentuli vengono contrassegnati con la lettera X.

I **codici** utilizzati sono:

Codice 0. La porzione colorata della sonda rimane completamente visibile anche nel punto di massimo sondaggio del sestante. Non si rilevano placca batterica, tartaro e/o margini di restauri debordanti. Non si rileva sanguinamento al sondaggio (**Fig. 16**).

Codice 1. La porzione colorata della sonda rimane completamente visibile anche nel punto di massimo sondaggio del sestante. Non si rilevano tartaro e margini di restauri debordanti. Si rileva sanguinamento al sondaggio (**Fig. 17**).

Codice 2. La porzione colorata della sonda rimane completamente visibile anche nel punto di massimo sondaggio del sestante. Si rilevano tartaro e /o margini di restauri debordanti. Si può rilevare sanguinamento al sondaggio (**Fig. 18**).

Codice 3. La porzione colorata della sonda rimane solo parzialmente visibile nel punto di massimo sondaggio del sestante. Questo indica la presenza di una tasca compresa fra 3,5 e 5,5 mm di profondità (**Fig. 19**).

Codice 4. La porzione colorata della sonda scompare completamente nel punto di massimo sondaggio del sestante. Questo indica la presenza di una tasca maggiore di 5,5 mm di profondità (**Fig. 20**).

In aggiunta ai codici, si utilizza il simbolo * per registrare problemi parodontali particolari eventualmente individuati in ogni sestante.

I problemi possono essere:

- a) Coinvolgimento di forcazioni
- b) Ipermobilità dentale
- c) Problemi mucogengivali (frenuli, assenza di gengiva)
- d) Recessioni importanti (che si estendono oltre la tacca dei 3,5 mm della sonda) (**Fig. 21**).



FIG. 20



FIG. 21

Così per esempio, i sestanti 2 e 5 della figura 22 hanno un codice 0, perché non ci sono tasche, tartaro e sanguinamento e un simbolo* perché sono presenti recessioni profonde (Fig. 22).

Il sestante 1 della figura 23 ha un codice 4 perché almeno in un punto la banda colorata della sonda scompare completamente nella tasca.

Per la presenza del coinvolgimento di una forcazione dobbiamo aggiungere anche il simbolo* (Fig. 23).



FIG. 22



FIG. 23

COME INTERPRETARE IL PSR

Il PSR può essere interpretato seguendo alcune semplici linee guida, che suggeriscono l'iter terapeutico più opportuno o il necessario approfondimento diagnostico prima della terapia.

Codice 0. Salute gengivale. Se il paziente ha tutti i sestanti con codice 0, si consiglia di organizzare un programma di prevenzione primaria.

Codice 1. Presenza di gengivite. Se il paziente ha uno o più sestanti con codice 1, si consiglia di instaurare un programma di istruzione all'igiene orale, profilassi e rimozione della placca batterica sopra e sottogengivale.

Codice 2. Presenza di fattori ritentivi per la placca batterica. Se il paziente ha uno o più sestanti con codice 2, si consiglia di instaurare un programma di istruzione all'igiene orale, profilassi e rimozione della placca batterica sopra e sottogengivale e, soprattutto, rimozione dei depositi di tartaro e/o dei restauri debordanti.

*I pazienti che presentano solo codici 0,1,2 in assenza di problemi parodontali particolari (simbolo *) presentano uno stato di salute o di gengivite e quindi spesso non necessitano di ulteriori approfondimenti diagnostici ma, dopo l'opportuna terapia, devono essere riesaminati con il PSR ad ogni visita di controllo.*

Codice 3 e 4. Presenza di tasche poco profonde (3,5-5,5mm) o profonde (6mm o più). Nei pazienti che presentano un codice 3 o 4 in uno o più sestanti il clinico sospetterà la presenza di una parodontite, malattia irreversibile ed evolutiva che può portare alla perdita degli elementi dentali colpiti.

Tale sospetto richiede l'effettuazione di una visita parodontale con una registrazione completa dei dati per confermare la presenza di una parodontite e pianificare la necessaria terapia. Possono essere necessari ulteriori esami quali quelli radiologici e di laboratorio.

Simbolo *. Indica l'esistenza di un problema parodontale particolare. Può essere necessario effettuare una visita parodontale con una registrazione completa dei dati, che è comunque indispensabile se il simbolo* si associa a codici 3 o 4.

VANTAGGI DEL PSR

Il PSR è un esame obiettivo completo dei tessuti parodontali con valenza clinica e medico - legale. È molto semplice da effettuare, molto rapido (richiede dai 3 ai 5 minuti), poco costoso e non invasivo.

Queste caratteristiche ne fanno una "modalità" di registrazione dei rilievi parodontali (esame obiettivo) estremamente conveniente e facile da applicare in tutte le realtà cliniche su tutti i pazienti, con il grande vantaggio di incrementare la tutela della salute dei pazienti e la tutela della professionalità dei dentisti.

Ricordiamo che il PSR deve necessariamente essere completato con una accurata registrazione di tutti i rilievi parodontali e da esami radiologici e /o di laboratorio, ogni volta che se ne presenta l'indicazione.



SOCIETÀ ITALIANA DI PARODONTOLOGIA E IMPLANTOLOGIA

POSIZIONE UFFICIALE SULLA DIAGNOSI PARODONTALE

Premesso che:

- 1) la malattia parodontale è strettamente legata agli stili di vita, è provocata da alcune specie batteriche ed è influenzata nel suo decorso e gravità da numerosi fattori locali e sistemici;
- 2) i valori di prevalenza della parodontite nella popolazione italiana sono molto alti a livello della popolazione in generale e che anche la prevalenza di forme gravi o avanzate è alta (10-14%) ed aumenta drasticamente nelle fasce di età a partire da 35 - 44 anni;
- 3) è possibile effettuare una efficace ed efficiente prevenzione primaria e una facile diagnosi di gengivite e parodontite individuando contemporaneamente i siti sani;
- 4) la terapia è efficace ed efficiente in una grande percentuale dei casi;
- 5) essendo la parodontite la principale causa di mortalità dentaria nella popolazione adulta, le conseguenze di una mancata prevenzione, diagnosi e trattamento influenzano grandemente la prevalenza dell'edentulismo parziale e totale;

la Società Italiana di Parodontologia ritiene che la diagnosi parodontale sia compito irrinunciabile dell'Odontoiatra e che, quindi, la diagnosi parodontale (la valutazione dello stato di salute o di malattia)

DEBBA

essere effettuata da tutti gli Odontoiatri su tutti i pazienti e su tutti i denti adottando appropriate metodiche cliniche e tenendo conto che la patologia può essere limitata ad un solo sito.

La diagnosi parodontale deve essere fatta interpretando, ed elaborando i dati:

- dell'anamnesi medica e dento-parodontale
- dell'osservazione ed ispezione dei tessuti gengivali e mucosi peridontali
- del sondaggio manuale circonferenziale di tutti i denti presenti mediante sonda parodontale, per il rilievo:
 - del livello di igiene orale
 - del sanguinamento
 - della presenza di tartaro e di restauri incongrui
 - della profondità delle tasche parodontali
 - del coinvolgimento delle forcazioni
 - della presenza di recessioni
 - della valutazione della mobilità
- dell'esame radiografico endorale periapicale effettuato con la tecnica dei raggi paralleli a livello delle zone dove l'esame consenta di ottenere nuove informazioni utili alla diagnosi e /o alla formulazione del piano di trattamento.

Questa procedura può essere effettuata in una o più sedute a seconda dei livelli di efficienza che si ritiene di poter raggiungere.

Nel caso che la raccolta dei dati avvenga in più di una seduta, gli obiettivi della prima visita sono la differenziazione dei soggetti sani da quelli affetti da patologia parodontale. Ciò si ottiene con il rilievo dei dati succitati a livello di tutti i siti parodontali; una registrazione semplificata dei dati è in questa fase accettabile. La eventuale seconda seduta provvederà a completare, nei soggetti ammalati, la raccolta e la registrazione dei dati necessari alla formulazione della diagnosi e del piano di trattamento.

Nei soggetti in cui la diagnosi parodontale fa emergere la presenza di parodontite grave, parodontite ad insorgenza precoce (soggetti al di sotto dei 35 anni di età), parodontite associata a patologie sistemiche, o altre forme di patologia parodontale avanzate e/o inusuali, può essere indicato un supplemento diagnostico. Questo integra i dati precedentemente rilevati (ad esempio mediante ulteriori rilievi clinici e/o esami laboratorio) e li re-interpreta alla luce dei nuovi dati acquisiti.

