



Società Italiana
di Parodontologia



**"IL TRATTAMENTO DEL PAZIENTE AFFETTO DA PARODONTITE:
ALTERNATIVE TERAPEUTICHE IN RELAZIONE ALLE POSSIBILITÀ ECONOMICHE"
Roma 9-10 Maggio 2008**

***Il mantenimento a lungo termine della dentatura naturale compromessa:
considerazioni parodontali.***

Relatore: Dott. S.Chieffi

I costi delle cure parodontali raramente sono stati discussi in letteratura. Sappiamo, comunque, da alcuni lavori di ricerca, che in alcuni paesi europei, la percezione da parte della popolazione di avere un problema parodontale, è legata alla presenza di un sistema di rimborso economico delle prestazioni da parte del servizio sanitario nazionale. E', quindi, una percezione "guidata" dalle necessità economiche e non dal reale bisogno di cure.

Possiamo, comunque, suddividere i costi delle cure parodontali in:

-immediati (terapia causale, terapia correttiva)

-tardivi (terapia di supporto, recidive).

Oppure in costi:

-diretti (es. un lembo)

-indiretti (es. devitalizzazione prima di una rizectomia)

-intangibili (es. peggioramento estetico).

Chiaramente, tanto più grave sarà la situazione clinica all'inizio delle cure, come nel secondo caso clinico delle fotografie, quanto maggiori saranno i costi per affrontare l'iter terapeutico parodontale e non sempre sarà possibile fare una libera scelta tra due o più soluzioni terapeutiche (opzioni).



Caso 1



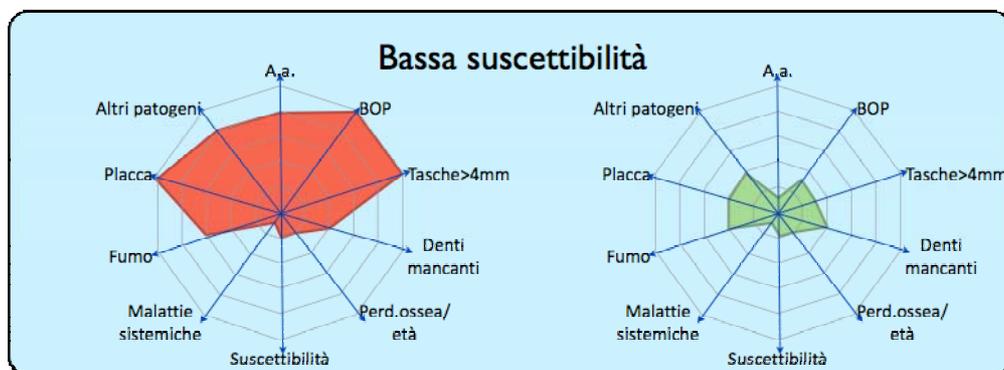
Caso 2

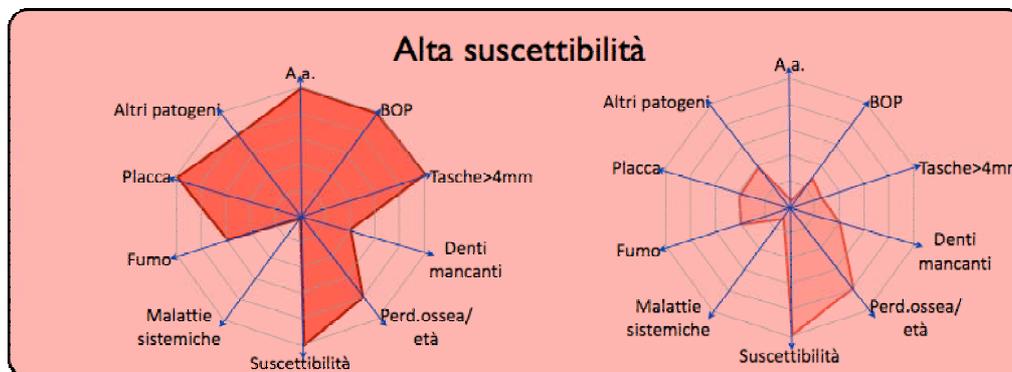
In alcuni casi, per necessità legate alla situazione economica del paziente, dovremo scegliere l'alternativa terapeutica meno costosa; questo non significa che debba essere l'alternativa sbagliata, ma soltanto meno impegnativa da un punto di vista economico.

Poiché non esiste un'alternativa alla terapia causale, potremmo modificare la tecnica, eseguendo la strumentazione sottogengivale con l'utilizzo degli ultrasuoni (microultrasuoni) in un'unica seduta, secondo i parametri della "full mouth disinfection" (FMD) di Quirynen, piuttosto che in quattro sedute classiche; questo, infatti, permetterebbe di risparmiare tempo.

Dalla letteratura sappiamo che, ad ogni situazione clinica parodontale, si associa un'opzione terapeutica appropriata.

Se le condizioni cliniche del paziente in fase di rivalutazione dei parametri parodontali indicano un probabile rischio di progressione della malattia, prima di effettuare il piano di trattamento correttivo (o aggiuntivo), dovremo tenere in mente queste opzioni terapeutiche e stabilire quale sia la migliore per quel paziente, cercando di individuare il reale livello di suscettibilità (vedi schemi) del soggetto nei confronti di una eventuale progressione della malattia; questo per evitare di effettuare cure non necessarie.





Comunque, per abbassare i costi, quando possibile, dovremo ridurre il numero degli interventi chirurgici al minimo indispensabile, anche se l'equazione: meno chirurgia = risparmio, non è sempre valida. In alcuni casi il risparmio, infatti, sarà immediato, ma se durante la terapia di supporto saremo costretti a reintervenire in siti con recidive frequenti, i costi potrebbero aumentare e la situazione clinica peggiorare (con un ulteriore incremento dei costi stessi).

La decisione di eseguire subito terapie più complesse (ad es. una chirurgia resettiva con rizectomie), a volte è legata alla necessità di intervenire con ricostruzioni protesiche complesse. Si tratta, quindi, di stabilire se sia necessario intervenire subito o se sia possibile posticipare alcune cure; questo anche indipendentemente dalla situazione economica e cercando di venire sempre incontro alle richieste del paziente (*patient centred outcome*).

In conclusione, possiamo stabilire quanto segue:

1. Non esistono alternative terapeutiche alla terapia causale e alla terapia di supporto. Si possono ridurre i tempi di lavoro utilizzando gli ultrasuoni e riducendo la necessità di ritrattamento durante il mantenimento, evitando, per quanto possibile, le recidive.
2. Ogni passo della terapia parodontale, ha le sue indicazioni precise (opzioni).
3. Considerare sempre la suscettibilità del paziente prima di stabilire il piano di trattamento definitivo (correttivo o aggiuntivo) e di conseguenza valutare con attenzione le estrazioni e le chirurgie da eseguire.
4. L'alternativa terapeutica eventualmente scelta (tenendo presente i suggerimenti del punto 3), dovrà per quanto possibile, essere scelta nell'ottica futura di permetterci di eseguire una terapia di supporto efficace. Questo significa anche aumentare la sopravvivenza a lungo termine dei denti, che rimane l'obiettivo più importante della terapia parodontale.

Bibliografia

- 5th European Workshop on Periodontology. *J ClinPeriodontol*. 2005; 32 Suppl 6:301-13.
Cost-benefit, cost-effectiveness and cost-utility analyses of periodontitis prevention.
Braegger U.
- *Br Dent J*. 2007 Feb 24; 202 (4).
Attitudes regarding specialist referrals in periodontics.
Sharpe G, Durham JA, Preshaw PM.
- *J Epidemiol Community Health*. 2006 Dec; 60(12): 1027-33.
Inequity in access to dental care services explains current socioeconomic disparities in oralhealth: the Swedish National Surveys of Public Health 2004-2005.
Wamala S, Merlo J, BoströmG.
- *J ClinPeriodontol*. 2005 Jul; 32(7): 732-3.
Single-visit, full-mouth ultrasonic debridement: a paradigmshift in periodontaltherapy?
Kinane DF.
- *J ClinPeriodontol*. 2004 Sep; 31(9): 749-57.
The long-term effect of a plaque control program on tooth mortality, caries and periodontal disease in adults. Results after 30 years of maintenance.
Axelsson P, Nyström B, Lindhe J.
- *J ClinPeriodontol* 2007; 34: 342–348.
Long-term effects of supportive therapy in periodontal patient treated with fibre retention osseous resective surgery. II: tooth extractions during active and supportive therapy.
Carnevale G, Cairo F, Tonetti MS.