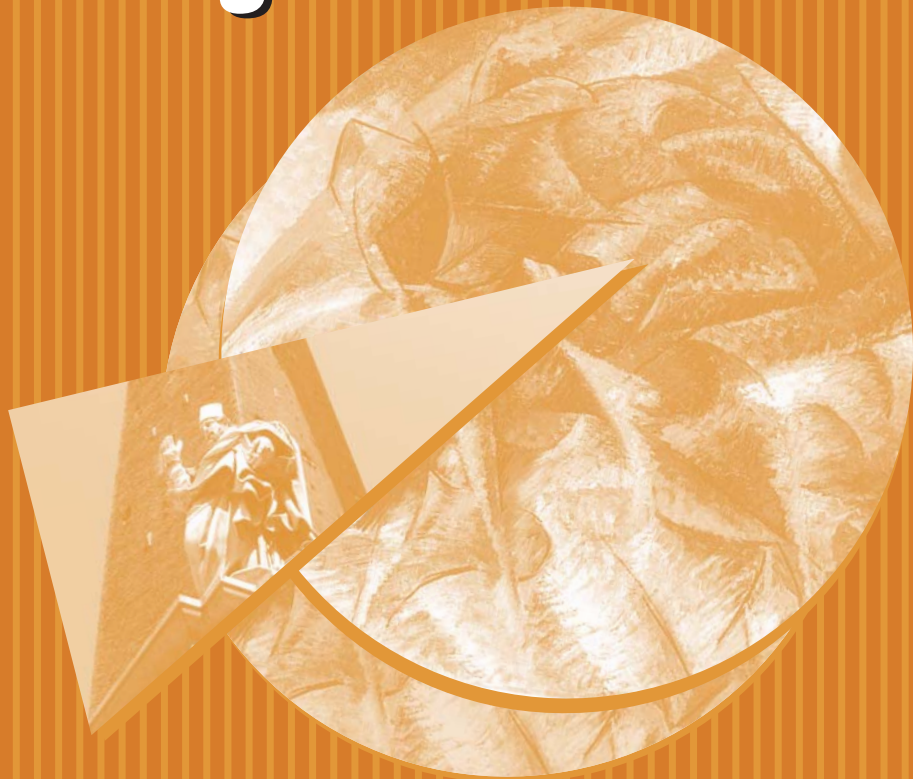




Società Italiana  
di Parodontologia

# XV Congresso Nazionale

**IL PROGRAMMA**



## Congresso degli Igienisti Dentali

Rapporti tra malattie  
parodontali e malattie sistemiche

La terapia parodontale  
non chirurgica

**Bologna**

7-8 Marzo 2008

Palazzo della Cultura e dei Congressi



# Venerdì, 7 Marzo 2008

## Sessione congiunta con gli Odontoiatri

9.00-9.15

### CERIMONIA INAUGURALE

Saluto del Presidente SIdP - Mauro Merli, *Rimini*  
Saluto delle Autorità

*Presidente di Seduta: Antonio Carrassi, Milano*

9.15-9.45

### LETTURA INAUGURALE

#### METODOLOGIE COMUNICATIVE

Pier Luigi Celli, *Roma*

## Pier Luigi Celli

Roma

Laureatosi in Sociologia all'Università di Trento, ha maturato significative esperienze come responsabile della gestione, organizzazione e formazione delle risorse umane in grandi gruppi, quali Eni, Rai, Omnitel, Olivetti ed Enel. Il bagaglio manageriale acquisito nella gestione di grandi aziende con business così complessi e diversificati, gli ha permesso nel 1998 di tornare in Rai come Direttore Generale.

Dopo aver ricoperto ruoli fondamentali nello start up di nuove attività per la telefonia mobile - Wind e Omnitel - è stato, per un breve periodo, alla guida di Ipse 2000, società di telefonia per l'UMTS.

Dal 2002 ad Aprile 2005 in Unicredito Italiano, come Responsabile della Direzione Corporate Identity, con la missione di dare un'identità ad un Gruppo che negli ultimi anni ha aggregato 7 realtà in Italia e 5 all'estero. Tale Direzione comprende le relazioni esterne, il coordinamento brand, le relazioni istituzionali, il rapporto con la stampa, il rapporto con il territorio, il bilancio sociale e ambientale e la Fondazione Unidea (Fondazione del Gruppo Unicredit).

Ora in Luiss-Libera Università degli Studi Guido Carli come Direttore Generale.

Ha al suo attivo numerose pubblicazioni, tra le quali: "L'impresa", "Il manager avveduto", "L'illusione manageriale", "Passioni fuori corso", "Breviario di cinismo ben temperato", "Nascita e morte di un'impresa in 42 lettere", "Impresa e classi dirigenti", "Un anno nella vita" e "Virtù Deboli", Novembre 2007.



Venerdì, 7 Marzo 2008



9.45-10.30 **LECTURA MAGISTRALIS:**  
**METODO E METODOLOGIE DELLA RICERCA**

Roberto L. Weinstein, *Milano*

**Roberto L. Weinstein** **Milano**

Si è laureato a Milano in Medicina e Chirurgia e specializzato in Clinica Odontoiatrica e Stomatologica. La sua carriera accademica lo ha visto nel 1981 Ricercatore a Milano, poi Professore associato presso l'Università di Modena.

Dal 1990 è Professore ordinario presso la Facoltà di Medicina e Chirurgia dell'Università degli Studi di Milano ove attualmente occupa le seguenti posizioni:

- Direttore della Clinica Odontoiatrica presso l'IRCCS Istituto Ortopedico Galeazzi.
- Direttore del Dipartimento di Tecnologie per la salute.
- Direttore del Centro Interuniversitario di Bioingegneria.
- Coordinatore del Dottorato di ricerca in Tecniche innovative in Implantologia orale.



In questa rassegna si descriverà il sistema di pensiero conosciuto come sistema induttivo-deduttivo che, nato con Aristotele 2500 anni fa, continua ad essere la base su cui si fonda il processo conoscitivo dell'uomo di scienza moderno. Si illustreranno le basi epistemologiche su cui esso si articola, i personaggi che hanno contribuito al suo affermarsi e si illustreranno esempi tratti dalla storia dell'odontoiatria. Verranno descritte le metodologie scientifiche correntemente utilizzate dai ricercatori e messi in luce i principi ispiratori di queste metodiche.

10.30-11.00 *Intervallo*

## METODOLOGIA CLINICA NEL TRATTAMENTO DELLA PARODONTITE CRONICA: ESPERIENZE A CONFRONTO

Coordinatore: Gianfranco Carnevale, *Roma*

### Gianfranco Carnevale Roma

Laureato in Medicina e Chirurgia presso l'Università di Roma; specializzato in Odontoiatria e Protesi Dentaria presso la stessa Università. Nel 1976 ha conseguito il "Master of Science in Dentistry in Periodontology" ed il "Certificate of Advanced Graduate Studies in Periodontology" presso la Boston University School of Graduate Dentistry.

Ha avuto l'incarico dell'insegnamento di Parodontologia alla Seconda Scuola di Specializzazione in Odontoiatria e Protesi Dentaria dell'Università di Roma dal 1980 al 1983. Dal 1983 al 1986 è stato Professore a contratto di tecniche chirurgiche parodontali presso il Corso di Laurea in Odontostomatologia dell'Università di Bologna.

È Socio Fondatore della Società Italiana di Parodontologia. In questa Società ha ricoperto le seguenti cariche: vice-Presidente dal 1981 al 1983; Coordinatore della Commissione Accettazione Soci dal 1983 al 1989; Presidente eletto dal 1989 al 1991; Presidente dal 1991 al 1993; Coordinatore della Commissione per l'attività scientifica dal 1993 al 1997, Coordinatore della Commissione Accettazione Soci dal 1997 al 2000 e dal 2008 al 2009. È Proboviro dal 2005 al 2007. È stato Consigliere e Membro della Commissione per l'Albo degli Odontoiatri dell'Ordine dei Medici Chirurghi e degli Odontoiatri della provincia di Bologna dal 1994 al 2000.

È Past-President della European Federation of Periodontology. È vice-Presidente del Comitato Intersocietario di Coordinamento delle Associazioni Odontostomatologiche Italiane.

È coautore del libro di testo "Parodontologia" e del libro di testo "Clinical Periodontology and Implant Dentistry", editori J. Lindhe, T. Karring, N.P. Lang; è autore di numerosi articoli pubblicati su riviste scientifiche internazionali.

Svolge attività libero professionale limitata alla Parodontologia a Roma.



*Presidente di Seduta: Giano Ricci, Firenze*

11.00-11.15 **Presentazione della sessione**, a cura del Coordinatore

Venerdì, 7 Marzo 2008



11.15-11.45 **La terapia non chirurgica: possibilità e limiti**  
Leonardo Trombelli, *Ferrara*

## Leonardo Trombelli Ferrara

Professore Associato, titolare dell'insegnamento di Parodontologia e Implantologia del Corso di Laurea in Odontoiatria e Protesi Dentaria dell'Università di Ferrara. Dal 1995 al 2004 è stato Assistant Professor presso l'Advanced Education Program in Periodontics and Implant Surgery della Loma Linda University, California. Presidente della Società Italiana di Implantologia Osteointegrata (SIO). Socio Attivo della Società Italiana di Parodontologia, Socio Attivo della Società Italiana di Implantologia Osteointegrata, Membro Attivo dell'International Association for Dental Research e Membro Attivo dell'International Academy of Periodontology.

È componente del Board Editoriale del *Journal of Clinical Periodontology*. È Direttore del Centro di Ricerca e Servizi per lo Studio delle Malattie Parodontali dell'Università di Ferrara.

Esercita attività libero-professionale limitata alla Parodontologia ed Implantologia a Ferrara.



Scopo fondamentale della terapia parodontale non chirurgica, quale componente essenziale della terapia causale, è quello di eliminare i depositi di placca (biofilm dentale), mineralizzati e non, dalla superficie dentale sia in sede sopra- che sotto-gengivale. Le procedure operative vengono effettuate mediante strumenti meccanici (sonici ed ultrasonici) e manuali, eventualmente complementati dalla somministrazione locale o sistemica di antimicrobici/antibiotici sia ad uso domiciliare che professionale. Gli obiettivi terapeutici che la terapia non chirurgica si prefigge consistono in una riduzione della carica batterica juxta e sotto-gengivale, con una diminuzione dei batteri parodontopatogeni nella flora microbica del biofilm dentale; un conseguente miglioramento del livello di infiammazione dei tessuti molli, con riduzione del sanguinamento al sondaggio; una diminuzione delle profondità di sondaggio patologiche, associata al miglioramento dei livelli di attacco clinico. Nel corso della presentazione verranno delineati quali sono le reali possibilità terapeutiche sia da un punto di vista clinico che microbiologico della terapia non chirurgica, sottolineando quali fattori ne possono influenzare la efficacia.

## 11.45-12.15 **La terapia chirurgica: lembo d'accesso vs. chirurgia ossea resettiva**

Alberto Fonzar, *Campoformido (UD)*

### **Alberto Fonzar**

**Campoformido (UD)**

Laurea in Medicina e Chirurgia presso l'Università di Trieste con il massimo dei voti, nel 1986.

Specializzazione in Odontoiatria e Protesi Dentaria, sempre con il massimo dei voti, presso l'Università di Pisa, nel 1989.

Dopo i primi studi di Endodonzia e di Conservativa, rispettivamente con il dott. GF Vignoletti nel 1987, e con il dott. GC Pescarmona nel 1988, si è dedicato in modo esclusivo alla Protesi e, soprattutto, alla Parodontologia, sotto la guida del dott. GF Di Febo nel 1991 e del dott. GF Carnevale nel 1989.

Ha preso parte a numerosi progetti di ricerca clinica parodontale pubblicati su riviste di rilevanza internazionale. Nel 2002 ha tenuto due corsi presso l'Eastman Institute di Londra, mentre nel 2006 è stato invitato in qualità di Relatore al Convegno Internazionale Europeo 5, che si è svolto a Madrid, ed anche all'EAO di Zurigo. A livello nazionale è stato Relatore a numerosi congressi organizzati dalla SIdP, dall'ANDI e dall'AIOP. È intervenuto, sempre in qualità di Relatore, all'EAED Meeting (Monaco, 2007).

È stato membro del Consiglio Direttivo della SIdP per molti anni e Tesoriere fino al 2007.



Nei pazienti affetti da parodontite cronica, qualora dopo la terapia causale residuino siti con profondità di sondaggio elevata e/o sanguinamento al sondaggio, il clinico si trova di fronte a tre alternative terapeutiche: eseguire un lembo d'accesso con lo scopo di eliminare l'infezione residua, applicare una metodica che consenta di rigenerare i tessuti parodontali andati perduti, oppure eliminare fisicamente le pareti della tasca in modo non solo da eliminare l'infezione ma anche ripristinare un apparato d'attacco dimensionalmente "fisiologico" (epitelio giunzionale "corto"). Quest'ultima alternativa terapeutica, la chirurgia ossea resettiva, dopo alcuni anni di "ostracismo" scientifico, è tornata in auge negli ultimi anni, in quanto capace, se correttamente eseguita, di creare le condizioni affinché la salute parodontale possa essere mantenuta per molti anni. La conferenza ha lo scopo di evidenziare indicazioni e limiti di questa procedura chirurgica confrontandoli con quelli del lembo d'accesso ed analizzando i dati della letteratura internazionale. Verranno utilizzate immagini cliniche e videofilmate.



12.15-12.45 **La terapia chirurgica:  
lembo d'accesso vs. rigenerazione tissutale guidata**  
Maurizio Tonetti, *Genova*

## Maurizio Tonetti Genova

È laureato in Odontoiatria e Protesi Dentale. Ha ottenuto il Master di Parodontologia presso la Harvard University di Boston. È il Direttore dell'European Research Group on Periodontology (ERGOPerio), il network di eccellenza in ricerca clinica in Parodontologia ed Implantologia; è l'editor del *Journal of Clinical Periodontology*. È stato Direttore del Dipartimento di Parodontologia e della Scuola di Specializzazione di Parodontologia dell'Eastman Dental Institute dell'Università di Londra nonché Direttore della divisione di Parodontologia e del Dipartimento di Oral Health e Diagnostic Sciences presso l'Università del Connecticut, Health Center Dental School, Farmington (USA). È Socio Attivo della Società Italiana di Parodontologia. È membro dell'AAP, della EFP, della IARD e di altre Associazioni internazionali. Svolge attività clinica limitata alla Parodontologia e alla Chirurgia implantare presso il suo studio privato a Genova.



È uno dei più apprezzati ricercatori mondiali nel campo della Parodontologia. La sua attività spazia dalla ricerca di base alla ricerca clinica, dalla diagnosi alla terapia. È relatore nei principali Convegni internazionali e nazionali. Ha pubblicato oltre 110 articoli scientifici originali nelle principali riviste internazionali.

Abstract non pervenuto

12.45-13.30 **TAVOLA ROTONDA**

*Domande alle quali i Relatori daranno risposta:*

- Quali sono le nuove metodologie cliniche nel trattamento della parodontite cronica?
- Esistono diverse strategie terapeutiche nel trattamento della parodontite cronica?
- In che misura la metodologia clinica viene influenzata dai fattori legati al paziente, al dente e al sito nella progressione della malattia parodontale?

13.30-14.15 *Colazione di lavoro*



Venerdì, 7 Marzo 2008

14.15-14.30 **Apertura del Congresso:**  
Saluto del Presidente SIdP - Mauro Merli, *Rimini*  
Saluto delle Autorità

## RAPPORTI TRA MALATTIE PARODONTALI E MALATTIE SISTEMICHE: IL PAZIENTE A RISCHIO

14.30-14.45 **Presentazione della sessione**  
Vitaliano Cattaneo, *Pavia*

**Vitaliano Cattaneo** Pavia

Si è laureato con lode in Medicina e Chirurgia nel 1964 all'Università di Pavia dove ha insegnato come Professore Associato di Chirurgia maxillo facciale dal 1982 al 1986 e come Professore Ordinario di Parodontologia dal 1986 al 1999. Attualmente è Professore Ordinario di Chirurgia maxillo facciale con affidamento dell'insegnamento di Parodontologia.

Specialista in Otorinolaringoiatria e Patologia cervico facciale, in Igiene, in Malattie infettive ed in Odontostomatologia, ha diretto nella Università di Pavia la Scuola di Specializzazione in Odontostomatologia dal 1990 al 1994 ed il Dipartimento di Discipline Odontostomatologiche dal 2004 al 2007.

Autore di numerose pubblicazioni su riviste nazionali ed internazionali, è membro della International Association of Dental Research e Socio Attivo della European Association for Osteointegration (EAO) e della Società Italiana di Parodontologia dove ha ricoperto la carica di Vicepresidente nel biennio 2005-2007.

Ha ottenuto nell'anno 2000 e nel 2003 il finanziamento ministeriale (PRIN) per Progetti di ricerca di interesse nazionale.



Venerdì, 7 Marzo 2008



Presidente di Seduta: Federico Bernardi, *Bologna*

14.45-15.30 **La gestione del paziente affetto da malattie sistemiche**

Luca Francetti, *Milano*

## Luca Francetti Milano

Laureato in Medicina e Chirurgia, specialista in Odontostomatologia, Socio Attivo della Società Italiana di Parodontologia, della quale è stato recentemente eletto Presidente per il biennio 2010-2011, è stato relatore a numerosi corsi e congressi ed è autore di oltre 110 pubblicazioni quasi esclusivamente in campo parodontale ed implantare.

Dal 1997 Ricercatore Universitario presso l'Università degli Studi di Milano, è attualmente Professore Associato nella stessa Università dove insegna Parodontologia e Implantologia nell'ambito di diversi corsi integrati per il Corso di laurea specialistica in Odontoiatria e Protesi Dentaria e per il Corso di laurea in Igiene Dentale.

È responsabile del Reparto di Parodontologia della Clinica Odontostomatologica dell'Istituto Ortopedico Galeazzi, Università degli Studi di Milano, diretto dal Prof. Roberto Weinstein.



La letteratura scientifica oltre che l'osservazione clinica ha ampiamente dimostrato l'esistenza di una correlazione tra lo stato di salute parodontale e patologie sistemiche. Tale correlazione si esprime sia come aumento del rischio di malattia parodontale in soggetti affetti da patologie sistemiche sia come possibili aggravamenti di situazioni sistemiche in pazienti con concomitante patologia parodontale.

Considerando patologie ad elevatissimo impatto epidemiologico come le patologie cardiovascolari o il diabete appare evidente, sulla base della recente letteratura, la biunivocità di tale correlazione. Sappiamo infatti che, in pazienti diabetici, il rischio di parodontite risulta essere estremamente elevato in virtù sia dei meccanismi di immunodepressione sia di riduzione del microcircolo sanguigno, indotti da iperglicemia ematica. Queste considerazioni giustificano la valutazione del diabete come uno dei maggiori fattori di rischio per la patologia parodontale. Meccanismi non ancora noti hanno però anche condotto all'osservazione che una corretta terapia parodontale è utile nel consentire al soggetto diabetico un controllo glicemico più efficace, dimostrando la bidirezionalità del meccanismo descritto.

Recenti studi epidemiologici hanno inoltre dimostrato come il controllo dell'infezione parodontale possa consentire una riduzione dei markers ematici, correlabili ad una patologia cardiovascolare. Esiste infatti una correlazione tra la patologia parodontale e l'iniziazione di lesioni ateromasiche, anche se tale legame non raggiunge ancora un livello di evidenza elevato.

È opportuno ricordare come patologie di tipo immunitario (HIV+, AIDS, leucemie, agranulocitosi, ecc) risultino facilmente correlabili alla patologia parodontale, a causa dell'effetto immunodepressivo e della conseguente maggiore suscettibilità nei confronti di patogeni.

15.30-16.15 **Rapporti tra malattie parodontali e malattie sistemiche:  
ruolo dell'Igienista**

Silvia A. Masiero, Saronno VA

**Silvia A. Masiero** Saronno (VA)

Nata a Tradate nel 1967, laureata in Odontoiatria e Protesi Dentaria presso l'Università degli Studi di Milano nel 1991. Si occupa prevalentemente di Parodontologia e Protesi dedicando il suo interesse scientifico principale alla correlazione della Parodontologia con l'ambito delle Patologie sistemiche. Collabora con il Reparto di Parodontologia - Università degli Studi di Milano e con l'Institute for Dental Research and Education - Milano. Docente in corsi annuali di Parodontologia e nella formazione del personale di assistenza e delle igieniste nell'ambito dell'ANDI-Cosmo. Autrice di pubblicazioni scientifiche.



La Parodontologia del terzo millennio ha ben accettato la sfida a divenire una disciplina di ampio respiro all'interno della quale far convergere non solo le basi del moderno piano di trattamento ma anche tutta una serie di valutazioni che la correlano a numerose patologie di carattere sistemico. Svareti studi internazionali indicano come la salute della bocca possa avere un potenziale legame con numerose malattie dell'organismo. In questa presentazione verranno esaminate queste associazioni al fine di chiarire la posizione del mondo scientifico a riguardo, sulla base della letteratura esistente. Partendo da questo presupposto è possibile conferire, quando possibile, ulteriore valenza alla terapia parodontale di supporto e alla figura dell'Igienista e dare maggiore importanza medica globale alla nostra professione.

16.15-16.45 *Intervallo*



16.45-17.30 **Nuove strategie nell'utilizzo degli antisettici orali**  
Enzo Vaia, Napoli

## Enzo Vaia

Napoli

Laureato con lode in Odontoiatria e Protesi Dentaria presso l'Università degli Studi di Napoli nel 1986, ha conseguito nel 1988 il Diploma di perfezionamento in "Chirurgia parodontale ricostruttiva" e nel 1996 il titolo di "Dottore di ricerca in chirurgia oro-maxillo-facciale".

Nell'anno accademico 1991-92 è stato professore a contratto di Parodontologia presso l'Università de L'Aquila e negli anni accademici dal 1995-96 al 1998-99 è stato professore a contratto di Parodontologia presso la Scuola di specializzazione in Ortognatodonzia dell'Università degli Studi di Napoli.

Autore di oltre novanta pubblicazioni scientifiche su riviste nazionali ed internazionali, è coautore del testo *"Implantologia orale"*. Nell'attività professionale si occupa esclusivamente di Parodontologia, Chirurgia orale ed Implantologia osteointegrata.

È membro "fellow" ITI, Socio Attivo della Società Italiana di Parodontologia (SIdP) e della Società Italiana di Implantologia Osteointegrata (SIO).



Le gengiviti e le parodontiti sono patologie infiammatorie estremamente diffuse nella popolazione la cui prevenzione e terapia sono possibili mediante una rimozione ed un controllo meticoloso, personale e professionale, della placca mucobatterica.

La rimozione meccanica della componente batterica dalle superfici dentarie è possibile con una molteplicità di presidi la cui efficacia ed efficienza è particolarmente influenzata dal tipo di strumento utilizzato, dalla tecnica applicata, dalla destrezza del paziente e dalla sua "compliance".

Il controllo clinico della placca effettuato con molteplici sostanze veicolate con varie modalità ed a concentrazioni diverse, rappresenta un ulteriore mezzo per l'odontoiatra ed il paziente per il raggiungimento di un ottimale controllo igienico.

Nel corso della relazione saranno illustrate le molteplici indicazioni e ci si soffermerà sull'efficacia delle varie metodiche di utilizzo degli antisettici orali nella pratica clinica.

17.30-18.00 **TAVOLA ROTONDA**

*Domande alle quali i Relatori daranno risposta*

- Come l'anamnesi influenza la metodologia del trattamento?
- Quali farmaci hanno effetto sui tessuti parodontali?
- Il trattamento farmacologico delle malattie sistemiche può condizionare il piano di trattamento della terapia parodontale?

Sabato, 8 Marzo 2008

**CORSO DI AGGIORNAMENTO  
“LA TERAPIA PARODONTALE NON CHIRURGICA”**

Coordinatore: Nicola M. Sforza, *Bologna*

**Nicola M. Sforza** *Bologna*

Dopo essersi laureato con lode in Odontoiatria e Protesi Dentaria nel 1986, ha frequentato diversi corsi di perfezionamento in Italia e all'estero. Dal 1986 ha svolto incarichi di ricerca clinica e didattica nel Reparto di parodontologia della Clinica Odontoiatrica di Bologna, in qualità di tutore e borsista.

Dal 1992 è Socio Attivo della Società Italiana di Parodontologia (SIdP), di cui è stato membro della Commissione Implantologica per il biennio 2001-2003, Segretario per il biennio 2003-2005 e membro della Commissione Culturale per il biennio 2005-2007. Attualmente è Tesoriere della SIdP.

Negli anni accademici 2000/2001-2001/2002 è stato Professore a contratto di Parodontologia ed Implantologia all'Università di Bologna.

Relatore a Corsi e Congressi italiani e internazionali.

Autore di pubblicazioni scientifiche su riviste italiane e internazionali riguardanti la Parodontologia e l'Implantologia.

Svolge la libera professione a Bologna assieme alla dott.ssa Anna Franchini (Endodonzia e Restaurativa), occupandosi esclusivamente di Parodontologia, Implantologia e Protesi.



Presidente di Seduta: Ottavio Gandolfi, *Bologna*

9.00-9.15

**Introduzione e presentazione**, a cura del Coordinatore

Sabato, 8 Marzo 2008

9.15- 10.15 **Tecnologie e modalità di strumentazione innovativa per il controllo meccanico delle infezioni (I parte)**

Anna Matsuishi Pattison, Los Angeles CA, USA

## Anna Matsuishi Pattison Los Angeles CA, USA

Consegue il titolo accademico BS in Igiene Dentale presso la University of Southern California ed il titolo MS in Igiene Dentale presso la Columbia University. È stata Professore Associato presso la University of Southern California per oltre 30 anni e Direttore del Dipartimento di Igiene Dentale nella medesima Università. Coautore del libro *Periodontal Instrumentation*, ha contribuito alla stesura di numerosi capitoli del testo *Carranza's Clinical Periodontology* (in precedenza *Glickman's*) nel corso delle sue ultime cinque edizioni. È speaker per l'American Academy of Periodontology, l'American Dental Association, l'American Dental Hygienists' Association, e la Canadian Dental Hygienists' Association, oltre a 35 associazioni statali, così come per diversi gruppi in Asia, Europa, Australia e Nuova Zelanda. È attualmente Co-Direttore assieme al marito, Dr. Gordon Pattison, del Pattison Institute, che organizza seminari e corsi pratici di strumentazione parodontale negli Stati Uniti e all'estero. È Editore Capo del periodico *Dimensions of Dental*. Nel 2005 riceve il premio Pfizer-ADHA excellence in Igiene Dentale e il premio USC School of Dentistry Alumnus of the year. Nel 2006 riceve il premio della California Society of Periodontology.



L'utilizzo dell'endoscopia odontoiatrica consente l'applicazione di nuove tecniche di strumentazione per rimuovere il tartaro non rilevabile al tatto con specilli o sonde manuali. Le forcazioni, tasche profonde, concavità radicolari, le angolazioni lineari e la zona della CEJ hanno spesso sottili strati di tartaro residuo che sono stati bruniti dagli strumenti convenzionali ultrasonici o manuali. Questa presentazione include riprese video endoscopiche che mostrano ciò che accade al tartaro sottogengivale mentre viene strumentato sia con strumenti manuali che con strumenti ad ultrasuoni. Durante questo aggiornamento sulla strumentazione parodontale avanzata verrà presentata una varietà di strumenti quali mini-lame, curettes per forcazioni, lime diamantate, punte per ultrasuoni piezoelettrici appositamente disegnate tra i nuovi strumenti più efficaci.

10.15-10.30 **Assegnazione del Premio "Michele Cagidiaco" per il miglior Poster**

10.30-11.00 *Intervallo*

11.00-12.30 **Tecnologie e modalità di strumentazione innovativa per il controllo meccanico delle infezioni (II parte)**

Anna Matsuishi Pattison, Los Angeles CA, USA

12.30-13.00 **TAVOLA ROTONDA**

*Domande alle quali il Relatore darà risposta*

- Quali sono le strategie innovative attuali in terapia parodontale non chirurgica?
- È più importante l'abilità dell'Operatore o il tipo di strumento impiegato?
- In che misura l'impiego dell'endoscopio può migliorare l'efficacia della terapia?

13.00-13.15 **Conclusioni** - Nicola Marco Sforza, Bologna



## Federico Bernardi

Bologna

Medico chirurgo, specialista in Odontoiatria, svolge la propria attività di ricerca, didattica e assistenza presso il Dipartimento di Scienze Odontostomatologiche dell'Università di Bologna dal 1977.

Insegnante di parodontologia al Corso di Laurea in Odontoiatria e Protesi Dentaria fino al 2001 e, dalla sua istituzione, al Corso di Laurea in Igiene Dentale, dove dal 2004 è il Coordinatore e ha la titolarità del corso di Scienze e Tecniche di Igiene dentale.

Autore di pubblicazioni e Relatore a congressi nazionali e internazionali principalmente su argomenti inerenti la diagnostica parodontale.

Socio Attivo della Società Italiana di Parodontologia dal 1982.



## Antonio Carrassi

Milano

Nato a Milano, si è laureato in Medicina e Chirurgia e specializzato in Clinica Odontostomatologica prima ed in Anatomia Patologica e Tecniche di Laboratorio poi.

Dal 1980 al 1990 ha operato presso la Clinica Odontoiatrica dell'Ospedale San Paolo di Milano prima come Assistente e poi come Aiuto Corresponsabile di Odontostomatologia. Ricercatore al Dipartimento di Anatomia dell'University College di Londra dal 1982 al 1983. Vincitore nel 1990 di un Concorso a posti di Professori di Prima Fascia di Patologia Speciale Odontostomatologica. Ha insegnato all'Università di Bologna dal 1990 al 1994 anno in cui è stato trasferito all'Università di Milano dove tuttora opera nella Facoltà di Medicina e Chirurgia e nell'Azienda Ospedaliera San Paolo. È stato Presidente dell'European Association for Dental Education (ADEE), dell'European Association of Oral Medicine (EAOM) e della Società Italiana di Parodontologia (SIdP). Antonio Carrassi è membro del comitato

Scientifico di *Clinical Evidence* (ed. italiana) dell'Editorial Board di *Oral Biosciences and Medicine*, di *Journal of Oral Health and Preventive Dentistry*, e di *Journal of Applied Biomaterials*. È, inoltre, ad hoc referee per diverse riviste scientifiche: *Oral Diseases*, *Oral Oncology*, *Journal of Clinical Periodontology*, *Journal of Periodontal Research*, *Scanning Electron Microscopy*. È attualmente il Direttore Scientifico di *Minerva Stomatologica* e di *Dental Clinics* ed è Vice-Presidente della Società Italiana di Odontostomatologia e Chirurgia Maxillo-Facciale. I suoi principali interessi scientifici sono centrati nell'area delle malattie delle mucose orali, della parodontologia, dei biomateriali e della formazione.





## Ottavio Gandolfi Bologna

Al termine di un lungo periodo di studio all'estero presso i laboratori di Preclinical Pharmacology del National Institute of Health (NIH), Bethesda, Maryland, viene chiamato nel 1991 a svolgere l'insegnamento di Farmacologia nel Corso di Laurea in Odontoiatria e Protesi Dentarie dell'Università di Bologna.

Dal 2001 ricopre la carica di Presidente del Corso di Laurea in Igiene Dentale dell'Università degli Studi di Bologna. Dal 2003 è Direttore del Dipartimento di Farmacologia.

Responsabile scientifico di Unità di Ricerca di rilevante interesse nazionale (ex 40%) e di progetti di ricerca ex 60%.

Membro della commissione per l'assegnazione di Fondi di Ricerca (comitato 06) dell'Ateneo di Bologna. Responsabile scientifico di numerosi contratti di ricerca tra l'Industria Farmaceutica e l'Università degli Studi di Bologna.

*Temi di ricerca:*

basi molecolari della patologia depressiva; effetti centrali dei neurolettici; ruolo della minebiogene nella consolidazione mnemonica; relazione tra farmaci o neurotossine e specifiche lesioni cerebrali; ruolo del glutammato nelle patologie neurogenerative.

Membro di diverse società scientifiche nazionali e internazionali: Society for Neuroscience, The New York Academy of Science, International Society of Psychoneuroendocrinology, European Neuroscience Association, British Brain Research Association, European Brain and Behavior Society, Società Italiana di Farmacologia, Società Italiana di Neuroscienze, Società Italiana di Tossicologia.

L'attività scientifica è documentata da un centinaio di pubblicazioni scientifiche su riviste internazionali.



## Giano Ricci Firenze

Ha conseguito la laurea in Medicina e Chirurgia e la specializzazione in Odontoiatria presso l'Università di Firenze. Nel '72 ha iniziato la sua attività professionale di parodontologo presso la Boston University dove, dopo 2 anni di studi, ha ottenuto il "Master of Science in Periodontology". Dal '74, anno del suo rientro dagli Stati Uniti, svolge presso il suo studio di Firenze attività professionale dedicata esclusivamente alla Parodontologia e dal '86 all'Implantologia. Durante il suo soggiorno in USA si è occupato attivamente di studi e ricerche in campo istologico e ha pubblicato, insieme a Henry Goldman e a Morris Ruben, un volume dal titolo "*Periodontal Disease: a didactic and pictorial review*" (Boston University Press). Autore di numerose pubblicazioni in campo parodontale, co-autore del testo "*Parodontologia*" (Ed. Martina), ha contribuito alla stesura del libro di Claude Rufenacht "*Principi di Estetica*" (Quintessence) e a quello di Franco Santoro e Carlo Maiorana "*Osteointegrazione avanzata*" (RC Libri). Ha tenuto numerose conferenze, relazioni, dimostrazioni pratiche e corsi di aggiornamento in Parodontologia in Europa, Stati Uniti e Giappone. Membro di numerose associazioni scientifiche nazionali ed internazionali. Fondatore, Socio Attivo e Past President della Società Italiana di Parodontologia.





**COMMISSIONE VALUTATRICE:** M. Cattabriga (Roma), S. Chieffi (Firenze), S. Matarasso (Napoli)

## **P1 - MANAGEMENT DEL PAZIENTE ORTODONTICO. SPAZZOLINO MANUALE VS SPAZZOLINO ELETTRICO E RUOLO DELLA MOTIVAZIONE**

**Roberta Tagliani**

*Dott.ssa I.D. - Libera professionista, Gavardo BS*

I trattamenti ortodontici con apparecchi fissi aumentano le aree di ritenzione batterica, in particolare si ha un incremento di batteri cariogeni quali *S. Mutans* e *Lactobacilli*. Lo scopo del lavoro è stato quello di valutare l'efficacia di due diversi spazzolini, manuale ed elettrico, stabilire il ruolo della motivazione eseguita da un'igienista dentale e monitorare la cariorecettività dei soggetti attraverso l'uso di test salivari. Lo studio è stato condotto su un campione di 40 soggetti con apparecchi fissi, di età compresa tra i 12 e i 15 anni, suddivisi con metodo random in 4 gruppi:

- 1) 10 soggetti istruiti all'igiene orale con spazzolino elettrico, non motivati ogni mese.
- 2) 10 soggetti istruiti all'uso dello spazzolino elettrico e motivati ogni mese.
- 3) 10 soggetti istruiti all'igiene con spazzolino manuale, non motivati ogni mese.
- 4) 10 oggetti istruiti all'igiene con spazzolino manuale, motivati ogni mese.

Ogni mese, per un periodo di 6 mesi, è stato rilevato l'indice di placca (QHI) ed è stato prelevato un campione di saliva per il test salivare.

Lo studio ha mostrato che non vi sono differenze statisticamente significative tra i due spazzolini, la motivazione ripetuta ogni mese ha portato ad una diminuzione dell'indice di placca.

Non vi è stata alcuna riduzione dei valori quantitativi di *S. Mutans* e *Lactobacilli* nella saliva.

## **P2 - INDAGINE PILOTA CON SIMULAZIONE D'INVECCHIAMENTO NELL'AMBITO DELLA RELAZIONE CON L'IGIENISTA DENTALE**

**Sarah Santini**

*Dott.ssa I.D. - Libera professionista, Faenza RA*

Il gruppo di studio è composto da 5 studenti del corso d'igiene dentale frequentanti l'ultimo anno presso l'Università di Bologna e da 30 pazienti anziani afferenti alla Clinica Odontoiatrica bolognese. L'indagine si è svolta attraverso lo svolgimento di due sedute tra igienisti e paziente anziano a distanza di due mesi e mezzo, mantenendo sempre costante la relazione: paziente anziano ed igienista. Al termine di ciascuno incontro è stato somministrato un test sia agli igienisti che ai pazienti anziani. Prima di effettuare la seconda seduta si è proceduto con una simulazione d'invecchiamento: sono state quindi inserite due dita della mano dell'igienista in un singolo dito del guanto per simulare le difficoltà manuali, è stata applicata della vasellina su degli occhiali per simulare le difficoltà visive come la cataratta ed infine è stato inserito del cotone nelle orecchie per simulare le difficoltà acustiche degli anziani. Una volta invecchiato, all'igienista è stato chiesto di provare ad utilizzare il filo interdentale. Al termine della sensibilizzazione si è proceduto con il secondo incontro. I risultati dei test hanno dato esiti positivi con un miglioramento della comunicazione degli igienisti, i quali hanno speso più tempo nella motivazione, parlando più lentamente, scandendo bene le parole ed usando termini più semplici. Gli anziani hanno affermato di aver notato miglioramenti da parte degli igienisti e di aver ricevuto molte più attenzioni e chiarimenti.



### P3 - IDENTIFICAZIONE DI BATTERI PRESENTI NELLA PLACCA SOTTOGENGIVALE IN PAZIENTI CON MALATTIA PARODONTALE

**Tatiana Giulia Rizzati, Silvia Mainetti, Marcello Gatti**

*Dipartimento di Scienze Odontostomatologiche, sezione di Microbiologia - Alma Mater Studiorum Università di Bologna*

*Scopi* del presente studio iniziale sono stati: a) descrivere la prevalenza di specie batteriche nella placca sottogengivale di pazienti con parodontite cronica PC, parodontite aggressiva localizzata PAL e parodontite aggressiva PA; b) terapia parodontale non chirurgica e c) rivalutazione clinica e microbiologica dopo 3 mesi.

*Materiali e metodi:* sono stati studiati 55 pazienti (età 14-60 anni) che presentavano PC (20 pz), PAL (5 pz) e PA (30 pz). Da 2 a 8 i siti di prelievo, per ogni pz, mediante coni di carta sterili che, tenuti separati, venivano inseriti in provette con terreno di trasporto per l'esame microbiologico.

*Risultati:* sono state considerate solo le specie batteriche con carica > di 105 cfu/ml. Sono stati identificati batteri anaerobi (69% nella PA, 72% nella PAL e 55.8% nella PC), microaerofili (24.25% nella PA, 20% nella PAL e 35% nella PC) e facoltativi (7% nella PA, 16% nella PAL e 11.7% nella PC). Le specie anaerobie più frequenti sono state: nella PA P.intermedia 21.35%, P.gingivalis 16.50%, T.forsythensis 8.7% e Prevotella spp. 39.8%; nella PAL P.intermedia 50%, Prevotella spp. 83.3% P.gingivalis e T.forsythensis non sono state isolate; nella PC P.intermedia 25.8%, P.gingivalis 22.6%, T.forsythensis 19.3% e Prevotella spp. 45.2%. I microaerofili più frequentemente isolati nei 3 gruppi sono stati A.actinomycetemcomitans, Campylobacter spp., Capnocytophaga spp., ed E.corrodens. Streptococcus spp. è risultato, tra i facoltativi, il più frequentemente isolato nei 3 gruppi.

*Conclusioni:* i dati mostrano la diversità delle specie batteriche della placca sottogengivale associate alle tre diverse forme di malattia parodontale. L'igienista dentale con il fine di prevenire o controllare tale patologia deve conoscerne gli aspetti clinici e microbiologici. Con la supervisione dell'odontoiatra sceglie trattamenti e presidi per il controllo della placca ideali e personalizzati alle esigenze di ogni paziente.

### P4 - ASSOCIAZIONE TRA ALITOSI, CONDIZIONI ORALI SISTEMICHE E STILI DI VITA ANALISI DELLE CORRISPONDENZE

**Simone Villa, Mario Migliario, Lia Rimondini**

*Università degli Studi del Piemonte Orientale "A. Avogadro"*

Numerosi studi epidemiologici mettono in evidenza come l'alitosi orale sia una condizione comune, riferibile a cause di natura differente. Il rilevamento e la successiva diagnosi possono essere utili al fine di intercettare patologie sistemiche ed orali. All'interno del quadro della malattia parodontale, l'alitosi, può essere un effetto o partecipare come fattore co-eziologico. Molti studi hanno cercato di mettere in evidenza la relazione tra alitosi e questo o quel fattore causale, pochi hanno utilizzato statistiche multivariate per evidenziare simultaneamente il rapporto tra le diverse variabili. Obiettivo del presente lavoro è stato valutare le possibili correlazioni tra alitosi e patologie orali, sistemiche e stili di vita voluttuari con tecniche di statistica multivariata al fine di costruire modelli predittivi. Lo studio è stato condotto su un campione di 192 soggetti con alitosi oggettiva afferenti alla Clinica Odontostomatologica di Novara che avevano richiesto una visita generica non motivata dal sintomo specifico del "feter ex ore". Ai pazienti, senza preavviso, è stato fatto compilare un questionario anamnestico in occasione del primo appuntamento programmato. Quindi sono stati sottoposti ad esame obiettivo del cavo orale e alla rilevazione degli indici parodontali (PI, PBI), indice di patina linguale ed all'esecuzione di test valutativi per la rilevazione dell'alitosi comprendenti: wrist-lick test, count-to-twenty test, spoon test, floss test. I dati sono poi stati espressi attraverso variabili discrete e sono stati elaborati costruendo un modello matematico tramite l'analisi delle corrispondenze. Sono stati costruiti diversi modelli che spiegavano varianze totali oscillanti dal 5 all'8%. I modelli hanno evidenziato una forte relazione tra indici di malattia parodontale (PBI>3), patina linguale, alitosi obiettiva e i diversi test utilizzati per rilevarla. I dati sono anche stati confermati dalla valutazione di alcune correlazioni che sono risultate statisticamente significative. Al contrario, la presenza di restauri e la loro tipologia è risultata poco interessante come elemento predittivo dell'alitosi.

## P5 - CONFRONTO DI DUE METODICHE NELLA RILEVAZIONE DI SPECIE BATTERICHE IMPLICATE NELLE PARODONTOPATIE: ESAME COLTURALE E REAL-TIME PCR

Silvia Mainetti, Tatiana Giulia Rizzati, Marcello Gatti

Dipartimento di Scienze Odontostomatologiche, sezione di Microbiologia - Alma Mater Studiorum Università di Bologna

*Scopo* di questo lavoro è stato quello di: a) mettere a confronto due tecniche Real-Time PCR del commercio (Meridol) che identifica 6 specie batteriche (*A. actinomycetemcomitans*, *P. gingivalis*, *T. forsythensis*, *P. intermedia*, *T. denticola* e *F. nucleatum*) e l'esame colturale con antibiogramma (ABG) per identificare batteri parodontopatogeni; b) terapia parodontale non chirurgica (ridurre o eliminare la gengivite BOP, ridurre la profondità delle tasche PPD, mantenere estetica e funzionalità soddisfacenti per il paziente), c) rivalutazione clinica e microbiologica dopo 3 mesi.

*Materiali e metodi*: sono stati studiati 16 pazienti (età 22-61 anni) tra cui 11 fumatori con parodontite cronica. Sono stati selezionati 5 siti di prelievo per ogni paziente, mediante coni di carta sterili che venivano inseriti in provette vuote per RT-PCR e con terreno di trasporto per l'esame colturale, per poi essere trasportati al laboratorio Gaba per RT-PCR e al laboratorio di Microbiologia del Dipartimento di Scienze Odontostomatologiche per l'esame colturale.

*Risultati*: l'esame colturale ha identificato con la stessa percentuale di presenza della RT-PCR *P. intermedia* (68.75%) *F. nucleatum* (87.5%) e *T. forsythensis* (50%), con percentuale più bassa *P. gingivalis* e *A. actinomycetemcomitans*, *T. denticola* non è stata cercata con l'esame colturale. L'ABG ha dimostrato resistenze varie, in particolare l'amoxicillina + acido clavulanico e il metronidazolo verso *P. intermedia*, *P. gingivalis* e *T. forsythensis*.

*Conclusioni*: i dati mostrano che RT-PCR ha una sensibilità maggiore rispetto all'esame colturale così come i tempi di risposta sono a favore della RT-PCR. Il ruolo dell'igienista dentale in collaborazione con l'Odontoiatra, al fine di arrestare l'evoluzione della malattia parodontale, è quello di:

- definire e seguire una strategia di trattamento;
- compilare e aggiornare la cartella parodontale;
- scaling e root-planing;
- terapia di supporto nei richiami di mantenimento;
- motivazione e istruzione al paziente di igiene domiciliare.

## P6 - TECNICA INNOVATIVA DI SUPPORTO MOTIVAZIONALE NEI PAZIENTI PARODONTOPATICI. REALIZZAZIONE DI UN PROTOCOLLO SPERIMENTALE

G. Bonifati\*, M. Muraca\*, L. Scolieri\*, E. Calabria°, V. Murano§

\*Igienista Dentale; °Odontoiatra; §Studente in Odontoiatria - Università degli Studi "Magna Grecia" di Catanzaro

*Razionale*: motivare il paziente è senz'altro una delle attività più importanti e impegnative per l'igienista dentale, perché da questa dipende il successo a lungo termine di ogni terapia parodontale.

*Scopo del lavoro*: dimostrare come sia possibile indurre modificazioni comportamentali di igiene orale domiciliare in pazienti affetti da malattia parodontale, attraverso l'ausilio di moderni ed innovativi mezzi informatici di divulgazione.

*Materiali e metodi*: sono stati presi in esame 50 pazienti parodontopatici, di cui 27 donne e 23 uomini di età compresa fra 40 e 60 anni. In prima seduta, l'igienista raccoglie i dati clinici e anamnestici del paziente, prestando particolare attenzione a quelle che sono le normali abitudini di igiene orale domiciliare. Il paziente viene poi motivato sull'importanza di una corretta igiene orale ed istruito sulle tecniche corrette da eseguire, stabilendone un metodo personalizzato. Nei recall di rivalutazione l'igienista dentale accerta il grado di compliance e suggerisce la consultazione di un sito web ideato all'interno dello studio odontoiatrico, consultabile domiciliariamente, volto ad implementare il livello informativo del paziente per il suo rinforzo motivazionale.

*Risultati*: mediante l'introduzione di tale sussidio nella pratica preventiva, è stato constatato un maggiore interesse dei pazienti nei confronti della propria salute orale. Inoltre, l'Igienista Dentale ha avuto la possibilità di interagire meglio con il paziente, il quale ha ampliato il proprio bagaglio informativo, acquisendo ulteriori nozioni sull'argomento e sulla prevenzione. Infatti da 38 pazienti su 50, si è ottenuta un'ottima compliance.

*Conclusioni*: in un paziente ben motivato i risultati di un buon trattamento parodontale saranno sicuramente più duraturi. Inoltre, grazie all'utilizzo di un mezzo divulgativo di uso comune, come internet, è possibile suscitare maggiore interesse per la propria salute generale e orale.



## P7 – STRATEGIE DI MOTIVAZIONE E COMUNICAZIONE PER MIGLIORARE LA COMPLIANCE DEL PAZIENTE IN TERAPIA PARODONTALE

**Simonetta Palermo**

*Dott.ssa I.D. - Libera professionista, Roma*

L'Igienista deve:

- avere abilità di comunicazione,
- comprendere i problemi di ogni singolo paziente, le sue ansie, le sue paure e stili di vita,
- essere spontaneo ed entusiasta,
- avere capacità tecniche,
- essere disponibile ma sicuro di sé,
- capace di creare una forte empatia con il paziente,
- avere un aspetto curato e gradevole per infondere fiducia nell'interlocutore.

Spiegare la malattia parodontale e le sue cause attraverso parole e immagini e l'importanza della prevenzione:

- dente sano,
- gengivite,
- parodontite iniziale,
- parodontite,
- parodontite grave.

Spiegare che la placca, principale causa della malattia parodontale, non è altro che un'aggregazione di colonie batteriche capaci di riprodursi e modificarsi danneggiando i denti e le loro strutture di sostegno.

Indurre il paziente ad eseguire quotidianamente le corrette manovre di igiene domiciliare insegnando i movimenti volti all'eliminazione dei residui alimentari e della placca batterica.

Educare il paziente a seguire un corretto regime alimentare attraverso una dieta povera di zuccheri.

Far comprendere quanto possano essere dannose per la salute ed in particolare quella orale alcune abitudini e stili di vita errati come ad esempio il fumo e l'abuso di alcolici.

Indicare i più moderni ed efficaci ausili nella pratica dell'igiene domiciliare Fare omaggio al paziente di uno spazzolino incentivandolo a ripetere a casa le manovre di igiene acquisite in studio.

## P8 – MOTIVAZIONE ATTRAVERSO LA COMUNICAZIONE INTERATTIVA

**Roberto Salerno**

*Corso di Laurea in Igiene Dentale - Università dell'Insubria di Varese*

**Introduzione:** oggi come non mai la cosiddetta "rivoluzione digitale" ci permette di integrare e coordinare linguaggi, strumenti e progetti comunicativi in maniera nuova e più efficace. Lo sviluppo di uno strumento di comunicazione innovativo vuole portare l'igienista ad instaurare un legame più stretto con il paziente, al fine di renderlo più informato sulle principali nozioni teoriche e pratiche (malattie del cavo orale, igiene orale domiciliare). L'avvento di nuovi media costituiscono anche un'occasione per costruire ambienti didattici aperti a forme di comunicazione multiple, diverse dalla pura comunicazione verbale. Attualmente viviamo in un mondo nel quale la comunicazione audiovisiva ha un ruolo fondamentale: è indispensabile quindi che qualsiasi educatore (e pertanto anche l'igienista dentale) ne sia pienamente consapevole e si adoperi per utilizzare, nello svolgimento del suo compito, materiali audiovisivi in maniera routinaria e non solo occasionale.

**Scopo del lavoro:** lo scopo di questa ricerca è stato quello di creare e sperimentare un nuovo strumento di comunicazione digitale-interattivo per la motivazione all'igiene orale e di testare l'efficacia di tale metodo valutando l'aumento di compliance del paziente nell'applicare le nozioni ricevute.

**Materiali e metodi:** il nuovo sistema educativo è stato testato su due gruppi, ognuno composto da 10 pazienti in cura presso la clinica Odontostomatologica di Velate (Università dell'Insubria di Varese). Ad entrambi viene consegnato un kit per l'igiene orale. Solo ad un gruppo (sperimentale) è impartita la lezione multimediale; al gruppo controllo vengono fornite uguali istruzioni con il semplice metodo della comunicazione verbale. I due gruppi vengono confrontati a distanza di quattro settimane (attraverso HI, BOP, e questionario interattivo).

**Conclusioni:** dall'analisi dei risultati ottenuti si vince che il nuovo strumento educativo sia in grado di catturare maggiormente l'attenzione dei pazienti, permettendo di superare in tutto o in parte alcuni fra i limiti maggiori della didattica tradizionale.

## **P9 - PREVENZIONE TERZIARIA IN PARODONTOLOGIA: UN APPROCCIO DUALE**

**Alba Squarcia DI, Fabrizio Zarroli DI, Andrea Giammarini DDS**

*Studio Giammarini, Studio di Prevenzione e Parodontologia, Porto San Giorgio AP*

L'obiettivo è offrire uno strumento che consenta di gestire con due chiare alternative i pazienti che partecipano alla prevenzione terziaria parodontale.

Abbiamo osservato come i pazienti che partecipano nel tempo al Sistema dei Richiami del nostro studio non rispondono sempre ai requisiti di salute parodontale, e necessitiamo di procedure non riconducibili a semplici attività di prevenzione. La terapia parodontale di supporto viene riconosciuta come prevenzione, quindi come una serie di attività non invasive, dal forte ambito motivazionale e psicologico.

La terapia parodontale di supporto dovrebbe trattare pazienti sani per mantenerli sani e stabili nel tempo tramite azioni non invasive: non sempre accade. La possibilità di avere all'interno del Team una terminologia ed un protocollo operativo chiaro e differente per quanto riguarda la Prevenzione Terziaria ci ha consentito di ottenere sensibili miglioramenti nella pratica quotidiana.

Alla terapia parodontale di supporto abbiamo affiancato il termine *Terapia Parodontale di Recupero*. Questo approccio duale introduce una nuova metodologia gestionale delle procedure di prevenzione terziaria con lo scopo di mantenere le stesse costi effective e time effective. Caratteristiche peculiari della terapia di recupero sono: differente durata degli appuntamenti, invasività degli stessi, informazioni gestionali per differenti consensi informati, elaborazione di Piani di Trattamento con un albero decisionale di pertinenza dell'Igienista Dentale. Risultato finale è una autonomia gestionale del paziente nella prima fase della Terapia di Recupero da parte dell'Igienista Dentale e della Segreteria organizzativa dello Studio Odontoiatrico.

## **P10 - USO TOPICO DI MATRICI BIODEGRADABILI CONTENENTI CLOREXIDINA ASSOCIATA A TERAPIA PARODONTALE NEL PAZIENTE DIABETICO**

**F. De Siena, S. Corbella, M. Basso**

*Dipartimento di tecnologie per la Salute I.R.C.C.S. Istituto Ortopedico Galeazzi Servizio di Odontostomatologia (Direttore Prof. Roberto L. Weinstein)*

Il diabete è un'alterazione metabolica caratterizzata da una diminuita o assente produzione di insulina o dalla non possibilità di utilizzo dell'ormone.

Diverse sono le complicanze sistemiche nei pazienti affetti da diabete. Per quanto concerne l'ambito odontoiatrico sappiamo che il diabete rappresenta un fattore di rischio importante per la malattia parodontale, rendendo i pazienti affetti individui complessi da trattare e che spesso non reagiscono in modo ottimale alle cure. Lo scopo di questo studio è di valutare l'efficacia, nella terapia e nel mantenimento, dell'utilizzo di matrici di clorexidina digluconato (25mg) a rilascio controllato, associato a scaling e root-planing nel paziente diabetico, ai fini di ridurre la profondità delle tasche parodontali, valutando anche i più importanti parametri clinici (G.I.; P.I.; PPD; qualità dell'igiene orale).

Sono stati selezionati 12 soggetti affetti da diabete mellito 1 e 2 e parodontite dell'adulto con profondità di sondaggio minima di 5 mm tra i pazienti pervenuti presso il reparto di Odontoiatria dell'IRCCS Istituto Ortopedico Galeazzi. Al fine di ridurre i bias derivanti dalla variabilità del singolo paziente è stata applicata la metodica split mouth. I risultati dello studio hanno mostrato già da subito un miglioramento nella qualità dell'igiene orale, e dell'indice di sanguinamento. Al termine dello studio, dopo 9 mesi, si è rilevato, per quanto concerne la profondità di sondaggio, un miglioramento significativo dei dati mentre per quanto riguarda le tasche trattate con matrici contenenti clorexidina, si è rilevato un più rapido e significativo miglioramento. È importante rilevare che durante la terapia non vi è stata alcuna variazione del controllo glicemico dei pazienti. Alla luce dei risultati ottenuti la terapia si è dimostrata molto efficace per il trattamento di pazienti suscettibili a questa patologia.





## P11 - PERIODONTAL SCREENING RECORDING: INDICE EPIDEMIOLOGICO DI MALATTIA PARODONTALE IN PAZIENTI HIV SIEROPOSITIVI

**M. Casini, R. Maritan, I. Toscanelli, E.M. Polizzi**

*Centro di Igiene Orale e Prevenzione del cavo orale dell'Ist. Scientifico Universitario San Raffaele di Milano*

**Obiettivo:** valutare la presenza di malattia parodontale in una popolazione di pazienti HIV sieropositivi attraverso un indice di screening di facile e veloce applicazione quale il *Periodontal Screening Recording*.

**Materiali e metodi:** Sono stati selezionati 50 pazienti HIV sieropositivi in terapia antiretrovirale ed un campione di 50 pazienti HIV sieronegativi. Tutti i pazienti si sono presentati in prima visita per diverse problematiche ed a tutti è stato applicato il *Periodontal Screening Recording* (PSR).

**Conclusioni e risultati:** i dati sono stati raccolti ed elaborati statisticamente. La media del PSR dei pazienti HIV sieropositivi è risultata di 2,97, quella dei pazienti HIV sieronegativi di 2,93. Questo studio preliminare non ha mostrato differenze statisticamente significative di prevalenza di malattia parodontale tra i due campioni, presumibilmente la terapia antiretrovirale contribuisce al mantenimento delle condizioni del sistema immunitario dei pazienti con HIV. Per avere risultati con maggiore significatività lo studio dovrà comunque proseguire su campioni di popolazione più numerosi.

## P12 - UTILIZZO DI UN SOFTWARE DI GESTIONE PARODONTALE PER FACILITARE LA COMUNICAZIONE CON IL PAZIENTE E MIGLIORARE LA MOTIVAZIONE E LA COMPLIANCE ALLE TERAPIE

**M. Casini, M. Brosio, P. Zanfognini, D. Ferraro**

*Centro di Igiene Orale e Prevenzione del cavo orale dell'Istituto Scientifico Universitario San Raffaele di Milano*

**Obiettivo:** nel Centro di Igiene Orale e Prevenzione del cavo orale dell'Istituto Scientifico Universitario San Raffaele di Milano si utilizza un software gestionale (DMS) che attraverso la raccolta dei dati clinici e la relativa rappresentazione grafica consente al paziente di visualizzare la problematica parodontale e permette agli operatori una maggiore facilità di comunicazione nella presentazione della diagnosi e della scelta terapeutica.

**Materiali e metodi:** è stato selezionato un campione di 100 pazienti con problematiche parodontali. Ad ogni soggetto viene effettuato un check up parodontale che consiste di un sondaggio parodontale e di una serie completa di radiografie endorali. I dati derivanti dal sondaggio sono raccolti sul computer che attraverso il software gestionale riproduce un grafico della situazione parodontale virtuale del paziente; inoltre, le radiografie digitali vengono visualizzate attraverso il software sullo schermo del computer per permettere una visione facilitata da parte del paziente. L'operatore attraverso gli ausili grafici spiegherà al paziente la diagnosi, la scelta terapeutica ed inizierà le procedure di motivazione. Alla fine del check up e del relativo colloquio è stato fatto compilare al paziente un questionario di gradimento sull'ausilio del software.

**Risultati e conclusioni:** tutti i pazienti hanno mostrato gradimento e soddisfazione per l'ausilio del software gestionale. È quindi fondamentale nella comunicazione e per una buona compliance del paziente l'utilizzo delle nuove tecnologie ed in particolare di software in grado di elaborare graficamente la situazione clinica del paziente.

### P13 - VALUTAZIONE DELLA COMPLIANCE DEL PAZIENTE PARODONTALE IN UN SETTING SPECIALISTICO

**Sara Dascola\***, **Andrea Piloni<sup>o</sup>**, **Laura Matrigiani\***

*\*Dott.ssa I.D. - Libera professionista, Roma; \*Prof. a contratto della Cattedra di Parodontologia all'Univ. di Roma "La Sapienza"*

Per una bocca sana e un bel sorriso occorrono conoscenza e perseveranza: conoscenza dei principi che regolano l'igiene orale e perseveranza nella loro applicazione intesa come una compliance costante nel tempo.

Una grande percentuale di cure perde la propria efficacia a causa della non-compliance con la conseguente perdita di salute personale e dispendio economico.

Lo scopo del nostro studio è quello di valutare la compliance del paziente parodontale seguito in un setting specialistico.

Lo studio è stato condotto su un campione di 113 pazienti affetti da malattia parodontale i quali sono stati divisi in 3 gruppi a secondo del trattamento ricevuto.

Per valutare differenze comportamentali dei pazienti tra la prima visita e la successiva avvenuta a un anno di distanza, sono stati condotti i test non parametrici di McNemar e di Wilcoxon, tenendo conto ovviamente dei tre differenti gruppi per tipo di trattamento.

Il test di McNemar ha evidenziato per il gruppo di pazienti il cui trattamento si è limitato alla M differenze statisticamente significative

( $p < 0,01$ ) in relazione all'utilizzo del filo interdentale, mentre per i gruppi i cui trattamenti sono stati M+L e M+L+TC, differenze statisticamente significative ( $p < 0,01$ ) sulla pulizia della lingua e sull'utilizzo dello scovolino.

Il test di Wilcoxon ha evidenziato per tutti e tre i gruppi di pazienti differenze statisticamente significative ( $p < 0,05$ ) in relazione alla frequenza di sostituzione dello spazzolino e alla frequenza delle sedute di igiene orale professionale.

Dai dati ottenuti possiamo notare come spesso è sufficiente informare i nostri pazienti per raggiungere un livello di compliance adeguato. Il problema principale è la scarsa educazione pubblica verso una corretta igiene orale per questa ragione è importante instaurare con i nostri pazienti un certo livello di compliance -da mantenere costante nel tempo- per attuare tutte quelle manovre di prevenzione necessarie a combattere patologie importanti come la malattia parodontale.

### P14 - STUDIO SULLA VALUTAZIONE DEL RISCHIO PARODONTALE IN PAZIENTI IN T.P.S.

**E. Lepre\***, **V. Redolfi**, **F. Bartoli**, **L. Bevilacqua**, **G. Castronovo**

*U.C.O. Clinica Odontoiatrica e Stomatologica (Direttore: prof. R. Di Lenarda); \*CdL in Igiene Dentale (Presidente: prof.ssa F. Bartoli) - Università degli Studi di Trieste*

Scopo di questo studio è creare un metodo semplice per la valutazione del rischio individuale nei confronti della malattia parodontale, che aiuti il clinico nella programmazione di una terapia di supporto individualizzata. Lo studio è stato condotto su 85 pazienti presso il reparto di Parodontologia della Clinica Odontoiatrica dell'Università di Trieste. La raccolta dei dati è stata eseguita utilizzando cartella parodontale, un modulo per la valutazione del rischio ed un foglio di calcolo Excel appositamente creati, radiografie periapicali con tecnica parallela. I parametri presi in considerazione sono:

1. BoP dell'intero cavo orale,
2. PD > 4 mm,
3. denti persi su un totale di 28, esclusi i terzi molari,
4. perdita ossea in relazione all'età del paziente (sito con maggior perdita ossea valutato mediante radiografie periapicali),
5. fattori ambientali (fumo),
6. presenza di fattori locali (mobilità, lesioni delle forcazioni, margini debordanti, attacchi di protesi removibili, invasione ampiezza biologica, recessioni gengivali, anomalie dentarie, affollamento, malposizioni, trauma occlusale, denti da estrarre, assenza di gengiva aderente, problematiche muco-gengivali).

Ad ognuno dei sei indicatori è stato conferito un livello di rischio da 1 a 6 secondo parametri prestabiliti, e creato un diagramma multifattoriale (Lang & Tonetti, 2003). Si è calcolata quindi l'area di rischio che permette di ottenere un valore numerico facilmente confrontabile nel tempo. La valutazione del livello di rischio, eseguita nel momento in cui il paziente entra nel programma di terapia di supporto, è uno strumento di facile utilizzo e di veloce esecuzione, e si basa su dati normalmente raccolti dagli operatori, permettendo di monitorare nel tempo la situazione parodontale e di individuare tutti quei fattori che possono essere modificati.



## P15 – IMPORTANZA DELL'IGIENE ORALE PROFESSIONALE IN CORSO DI PATOLOGIE ORALI

P. Carcieri, M. Carbone, R. Broccoletti, S. Gandolfo

Dipartimento di Scienze biomediche e Oncologia umana, Sezione di Medicina Orale, Università di Torino

*Introduzione:* il cavo orale può essere sede di patologie orali primitive locali oppure presentare importanti alterazioni in corso di patologie sistemiche; una adeguata igiene orale professionale è in grado di ridurre i disagi che presentano questi pazienti oltre a ridurre significativamente le complicanze infettive che spesso si associano a tali patologie

*Metodi:* presso la nostra Divisione si sono presentati consecutivamente tre pazienti di sesso femminile che presentavano rispettivamente una leucemia linfatica cronica, una Graft versus host disease successiva ad allo trapianto per Leucemia Acuta Mieloide e un lichen planus orale.

Tali pazienti presentavano manifestazioni orali proprie della malattie; associate a queste erano presenti alcuni elementi comuni quali:

scarsa igiene orale domiciliare,  
presenza di tartaro sub gengivale,  
sintomatologia dolorosa con sanguinamento spontaneo durante la fonazione e durante il riposo notturno;  
disagio sociale associato all'alitosi,  
difficoltà ad alimentarsi.

Tutti i pazienti sono stati trattati con un protocollo di igiene orale che prevedeva:

valutazione degli indici parodontali in sede di visita collegiale,  
sedute di igiene orale professionale non superiori a 30 minuti,  
sciacqui con clorexidina prima, durante e dopo la seduta di igiene,  
ablazione del tartaro con ultrasuoni e dove necessario l'utilizzo di curette,  
istruzione all'igiene orale domiciliare e consigli dietetici,  
controlli periodici dopo l'ultima seduta a 15 giorni, a 30 giorni e a 90 giorni con rivalutazione degli indici parodontali,  
sedute di igiene orale professionale trimestrali o semestrali.

*Risultati:* tutti i pazienti hanno manifestato un miglioramento dei parametri clinici e una diminuzione della sintomatologia presente all'esordio; nessuno dei pazienti ha presentato complicanze infettive locali; inoltre si è rilevata una compliance positiva inerente all'igiene orale domiciliare.

*Discussione:* gli Autori ritengono che l'igiene orale professionale mediante un'attività continua basata sull'informazione al paziente, il controllo e la correzione dei fattori di rischio sia in grado di evitare il rischio di complicanze infettive correlate.



## Sede

### Palazzo della Cultura e dei Congressi

Piazza della Costituzione, 4

BOLOGNA

Tel. 051 6375.111

## Segreteria

In sede congressuale, al primo terra del Palazzo della Cultura e dei Congressi, la Segreteria osserverà il seguente orario:

Venerdì, 7 Marzo ore 8.15 – 18.30

Sabato, 8 Marzo ore 8.15 – 14.00

## Iscrizione al Congresso

L'iscrizione al Congresso comprende:

- la partecipazione ai lavori scientifici,
- la cartella congressuale,
- l'attestato di partecipazione.
- una copia della pubblicazione "Come cercare, leggere ed interpretare l'articolo scientifico", a cura di GP Pini Prato e M. Esposito,
- la colazione di lavoro (Venerdì 7 Marzo).

## Attestato di partecipazione

A tutti gli iscritti che ne faranno richiesta alla Segreteria, in sede congressuale, verrà rilasciato un attestato di partecipazione.

## Card Socio SIdP

La tessera (inviata in fase pre-congressuale o consegnata all'atto della registrazione al Congresso ai pre-iscritti) consente l'accesso agli eventi organizzati dalla Società senza code, semplicemente ritirando la borsa congressuale presso l'apposito desk e consente, inoltre, la verifica della presenza ai fini ECM.

Ai Soci SIdP iscritti in sede di evento la Card sarà abilitata solo dopo il Congresso.

## Badge nominale

Rilasciato dalla segreteria, all'atto della registrazione, ai pre-iscritti Studenti, e ai Soci SIdP iscritti in sede di evento consente la verifica della presenza ai fini ECM.

*Si prega di indossare sempre il proprio badge nominale e di mostrare la Card Socio SIdP al personale preposto al controllo dell'ingresso principale del Palazzo della Cultura e dei Congressi e alla verifica degli accessi in sala.*

## Accreditamento ECM

Al **Congresso** sono stati attribuiti **nr. 6 crediti formativi** dal Programma di Educazione Continua in Medicina (ECM)

### Modalità per l'ottenimento dei crediti:

- partecipare all'intero programma formativo di ogni giornata; le presenze effettive saranno verificate tramite badge magnetico;
- compilare in ogni sua parte il questionario di verifica dell'apprendimento, riferito ad ogni specifica giornata, sulla base delle relazioni effettivamente seguite;
- riportare nello stesso questionario di verifica dell'apprendimento i dati richiesti, obbligatori ai fini del riconoscimento dei crediti.

**Le schede di valutazione e i questionari di verifica (contenuti nella cartella congressuale) devono essere consegnati alla segreteria, in sede d'evento, al termine dei lavori, sabato 8 Marzo.**

*La certificazione attestante l'acquisizione dei crediti verrà inviata dopo il completamento delle procedure ministeriali previste.*



### Lingue ufficiali

Le lingue ufficiali sono l'Italiano e l'Inglese. È prevista la traduzione simultanea dall'inglese all'italiano e viceversa, sabato 8 marzo. Il costo per il noleggio del ricevitore è di € 5,00.

### Sessione Poster

È allestita, presso il Palazzo della Cultura e dei Congressi, al piano terra, per tutta la durata del Congresso. Il Premio M Cagidiaco al miglior poster (attribuito da una Commissione costituita da personalità del mondo accademico e libero professionale e del valore di € 1.000,00=), verrà consegnato al vincitore, sabato 8 Marzo, alle ore 10.15.

### Area espositiva

È allestita, presso il Palazzo della Cultura e dei Congressi, in area congressuale, una esposizione tecnico-farmaceutica e di editoria scientifica.

### Telefono cellulare:

È assolutamente vietato tenere in funzione il telefono cellulare all'interno della sala congressuale, durante lo svolgimento delle sessioni scientifiche.

### **NON SONO AMMESSE RIPRESE AUDIOVISIVE E SCATTI FOTOGRAFICI**

### Programma sociale

**Venerdì 7 marzo – Cena sociale**, ore 20.45

PALAZZO ISOLANI (Via Santo Stefano, 16 – BOLOGNA)

Costo a persona: € 60,00= (IVA inclusa)

Coloro che hanno già provveduto a segnalare la propria partecipazione alla Cena Sociale possono ritirare il coupon presso il desk "Attività Sociali-Accompagnatori" – in sede di evento –. Le richieste in sede congressuale verranno evase in base alla residua disponibilità (rivolgersi sempre al medesimo desk).

### Programma per gli Accompagnatori

**Venerdì 7 marzo, pomeriggio**

Partenza dal piazzale antistante il Palazzo della Cultura e dei Congressi alle ore 14.45. Rientro previsto per le ore 18.15.

**Costo a persona: 40,00 Euro** (IVA inclusa)- *servizio transfer a/r incluso*. VISITA GUIDATA

Piazza Maggiore e la Basilica di S. Petronio. Centro politico e religioso di Bologna a partire del sec. XIII, piazza Maggiore riunisce i maggiori monumenti ed edifici della città: il bel palazzo Comunale, l'imponente palazzo del Podestà, la fontana del Nettuno, opera eccelsa di Giambologna e la maestosa basilica di San Petronio, impreziosita dal portale decorato da Jacopo della Quercia e che conserva, nel mirabile interno gotico numerose opere d'arte, fra cui preziose tavole di Lorenzo Costa e Parmigianino.

Palazzo Re Enzo. Il Palazzo fu edificato al principio del XIII secolo per ospitare la Curia del Comune; divenne in seguito Palazzo Giuridico e quindi residenza del Podestà e del Capitano del popolo. Deve il suo nome al sovrano che vi rimase rinchiuso dal 1249 al 1271, Enzo, figlio naturale di Federico II e Re di Sardegna, che venne catturato dai bolognesi nella battaglia di Fossalta.

Teatro Anatomico. Situato al primo piano dell'Archiginnasio, prestigiosa sede dello Studio bolognese edificata nel '500 dall'architetto Terribilis, il Teatro Anatomico, tutto in legno, fu realizzato nel secolo successivo per accogliere le lezioni, anche pubbliche, di anatomia. Le numerose nicchie dell'aula accolgono le statue lignee raffiguranti i "Maestri della Medicina" mentre la cattedra è sorretta da due impressionanti figure di "Spellati".  
Sala dello Stabat Mater, dove è allestita una bella mostra su Carducci e il mito della bellezza.

*I posti sono limitati a 15 partecipanti, conseguentemente le eventuali richieste in sede congressuale verranno evase in base alla residua disponibilità.*

Coloro che hanno già provveduto a segnalare la propria partecipazione possono ritirare il coupon presso il desk "Attività Sociali-Accompagnatori" – in sede di evento –. Per richieste in sede di evento rivolgersi al medesimo desk.

## **Sabato 8 marzo, mattina**

Partenza dal piazzale antistante il Palazzo della Cultura e dei Congressi alle ore 9.45. Rientro previsto per le ore 13.15

**Costo a persona: 40,00 Euro** (IVA inclusa) - *servizio transfer a/r incluso*. VISITA GUIDATA

Oratorio di Santa Maria della Vita. Ricostruita nel 1687-90 su una precedente fabbrica del sec. XV e coronata da una grande cupola del 1787, racchiude una antica immagine trecentesca della Beata Vergine della Vita. Di grande suggestione il gruppo in terracotta della "Marie piangenti", modellato attorno al 1463 da Niccolò dell'Arca – uno dei più vigorosi capolavori della scultura italiana.

San Giacomo Maggiore e l'Oratorio di S. Cecilia. Costruita fra il 1267 e il 1315, la chiesa di San Giacomo Maggiore fu ristrutturata alla fine del Quattrocento. Nel vasto interno a unica navata e serrate cappelle laterali, spiccano la *Cappella Bentivoglio*, decorata da affreschi della fine del Quattrocento di importanti artisti della scuola bolognese quali Francesco Francia e Lorenzo Costa e la *Cappella Poggi*, uno dei più importanti complessi dell'arte manieristica, eretta nel 1561 da Pellegrino Tibaldi. Di notevole interesse anche la tomba di Anton Galeazzo Bentivoglio realizzata da Jacopo della Quercia.

Nel vicino Oratorio di Santa Cecilia, si può ammirare un altro prezioso ciclo affrescato da Lorenzo Costa e Francesco Francia raffigurante la Vita dei SS. Valeriano e Cecilia.

Palazzo Poggi e i musei scientifici. Lo splendido Palazzo Poggi, costruito alla metà del '500 come residenza cardinalizia, fu rimaneggiato all'inizio del '700 quando diventò Istituto delle Scienze. All'interno, dove sono ospitati importanti raccolte scientifiche, si possono ammirare magnifici cicli affrescati da Pellegrini Tibaldi e Nicolò dell'Abate.

*I posti sono limitati a 15 partecipanti, conseguentemente le eventuali richieste in sede congressuale verranno evase in base alla residua disponibilità.*

Coloro che hanno già provveduto a segnalare la propria partecipazione possono ritirare il coupon presso il desk "Attività Sociali-Accompagnatori" – in sede di evento –. Per richieste in sede di evento rivolgersi al medesimo desk.

### **Taxi**

Un posteggio taxi si trova davanti all'ingresso principale del Palazzo della Cultura e dei Congressi.

Radio Taxi: 051 372727 – 051 534141

### **Prenotazioni alberghiere**

Coloro che necessitano di prenotazione alberghiera possono rivolgersi alla Segreteria, in sede congressuale.





Società Italiana  
di Parodontologia

# XV Congresso Nazionale



**GLI ATTI**

## Congresso degli Igienisti Dentali

Rapporti tra malattie  
parodontali e malattie sistemiche

La terapia parodontale  
non chirurgica

**Bologna**

7-8 Marzo 2008

Palazzo della Cultura e dei Congressi



# INDICE

**LA GESTIONE DEL PAZIENTE AFFETTO DA MALATTIE SISTEMICHE** pag. 32  
*Luca Francetti, Milano*

**LA GESTIONE DEL PAZIENTE AFFETTO DA MALATTIE SISTEMICHE:  
RUOLO DELL'IGIENISTA** pag. 35  
*Silvia Masiero, Saronno VA*

**NUOVE STRATEGIE NELL'UTILIZZO DEGLI ANTISETTICI ORALI** pag. 38  
*Enzo Vaia, Napoli*

# LA GESTIONE DEL PAZIENTE AFFETTO DA MALATTIE SISTEMICHE

Luca Francetti, *Milano*

Atti – Congresso degli Igienisti Dentali – XV Congresso Nazionale SidP • Bologna, 7-8 Marzo 2008

Si definisce malattia parodontale il processo patologico infiammatorio a carico dei tessuti di supporto dell'elemento dentario, costituenti appunto il parodonto.

Tale processo infiammatorio presenta una eziologia multifattoriale, in cui diverse componenti rivestono un ruolo fondamentale nell'espressione clinica della patologia. Fattori microbiologici, sistemici e le abitudini di vita agiscono in sinergia per determinare lo stato patologico di un soggetto. È nota da tempo l'influenza e l'importanza di diverse condizioni sistemiche nel determinare una predisposizione, anche spiccata, allo sviluppo della malattia parodontale. Questo gruppo di patologie comprende sicuramente tutte quelle condizioni cliniche che comportano una depressione del sistema immunitario che possa portare ad una risposta meno efficace a fronte di un insulto batterico. Tra queste patologie riconosciamo l'AIDS, ma anche patologie ematologiche come l'agranulocitosi, alcuni tipi di leucemie, leucopenie, ed anche patologie metaboliche come il diabete mellito che è stato dimostrato essere strettamente correlato alla malattia parodontale. Tale correlazione si esprime perché l'aumento del tasso glicemico nel sangue comporta alterazioni a livello del microcircolo sanguigno con un conseguente diminuito apporto ematico e quindi una ridotta risposta immune, ma comporta anche una diminuzione dell'efficacia dell'azione dei polimorfonucleati con una risposta immunitaria ridotta.

La correlazione tra patologie sistemiche e malattia parodontale è stata dimostrata esistere non solo come predisposizione di alcuni pazienti affetti da malattie sistemiche nei confronti degli agenti eziologici della parodontite ma anche in senso inverso. È stato infatti dimostrato in diversi studi scientifici come uno stato infiammatorio cronico, come la parodontite, possa influire sia sulla funzionalità a livello endoteliale sia sui livelli ematici di alcune sostanze tipiche degli stati infiammatori come la proteina C-reattiva. Alcuni studi epidemiologici hanno infatti dimostrato che esiste una correlazione tra malattia parodontale e patologie cardio-vascolari, diabete mellito, problematiche ostetriche e patologie polmonari.

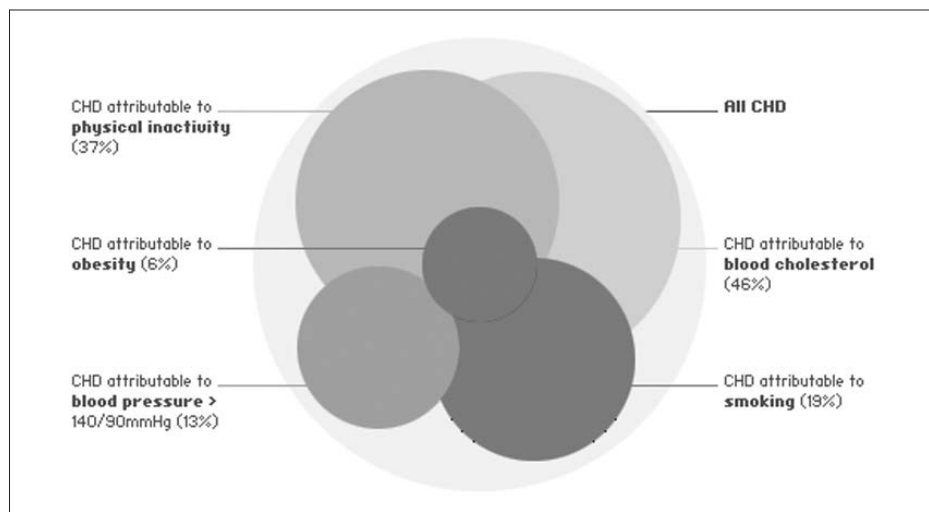
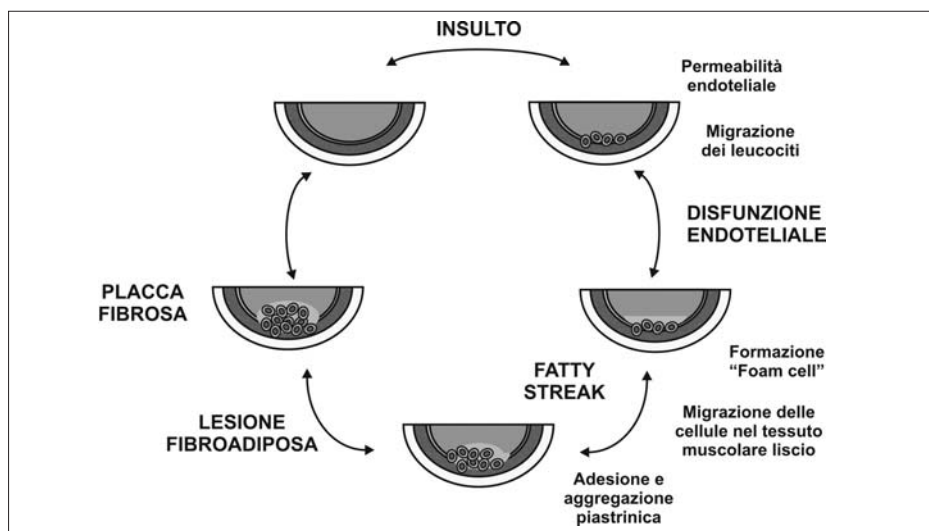


Figura 1. Distribuzione dei CHD (Coronary Heart Disease) per fattore di rischio (McPherson et al. 2002)





**Figura 2.** Processi di formazione della placca aterosclerotica

Le patologie cardiovascolari rappresentano la prima causa di decesso nei Paesi sviluppati. È nota l'eziologia principalmente imputabile alle abitudini di vita come il fumo di sigaretta o una dieta squilibrata nella predisposizione a tali disturbi. Sappiamo inoltre che nelle fasi precoci dell'aterosclerosi è rilevabile una disfunzione endoteliale e che citochine e molecole infiammatorie diffuse nel circolo ematico costituiscono certamente un fattore promuovente la formazione della placca aterosclerotica. Recenti studi hanno dimostrato una correlazione evidente tra la presenza di malattia parodontale e disfunzione endoteliale (1) oltre ad una correlazione tra malattia parodontale e la presenza in circolo di molecole *markers* di patologia cardiovascolare (2). Tale correlazione non è di facile dimostrazione poiché sia la malattia parodontale sia la patologia cardiovascolare condividono molti fattori di rischio e, pertanto gli studi condotti hanno avuto difficoltà a selezionare un campione ideale. Un recente studio di Tonetti et al (1) ha però dimostrato come il trattamento della parodontite possa condurre, già a distanza di sei mesi, ad un miglioramento della funzionalità endoteliale e ad una riduzione della concentrazione dei *markers* ematici. Se fossero riscontrati analoghi risultati in ulteriori studi clinici come auspicato (3), si verrebbero ad aprire nuove frontiere nella prevenzione della patologia cardiovascolare che vedrebbe quindi l'igienista dentale come un protagonista di rilievo.

Il diabete rappresenta una patologia metabolica diffusa che comporta numerose complicanze a livello sistemico e risulta essere associata a malattia parodontale (4). Tale condizione sembra essere dovuta alla diminuita funzionalità dei granulociti neutrofili, alla riduzione del microcircolo sanguigno e ad un modificato metabolismo del collagene, condizioni tutte che portano ad una predisposizione nei confronti dell'agente eziologico della malattia parodontale.

Esiste, inoltre, una correlazione inversamente proporzionale tra controllo glicemico e gravità della malattia parodontale. Attualmente è oggetto di studio la bidirezionalità di tale relazione. Meccanismi fisiopatologici non ancora chiari sembrerebbero condurre, nei soggetti diabetici trattati parodontalmente, ad un miglior controllo glicemico. Sembrerebbe che un ruolo in questo ambito sia svolto dal tessuto adiposo anche se tale correlazione non è stata ancora descritta con completezza (5). Poiché il diabete, come numerosissime patologie croniche, risulta essere strettamente collegato alle abitudini di vita, è ovvio come, anche a seguito di queste considerazioni, l'igienista dentale debba assumere un ruolo importante nella salute generale del paziente, non più intesa limitatamente all'ambito orale.

Un'altra correlazione studiata è stata, negli anni, quella tra la malattia parodontale e parti pretermine (prima della 37° settimana di gestazione). La possibile correlazione tra malattia parodontale e parti pretermine si fonderebbe su due ipotesi eziopatogenetiche. La prima si basa sulla batteriemia causata dalla presenza di parodontite che può comportare una colonizzazione della cavità uterina con complicità infiammatorie a livello del feto e del tessuto placentare e causare un parto pretermine. La seconda ipotesi riguarda il ruolo delle citochine proinfiammatorie che, aumentando nel circolo ematico in corso di malattia parodontale, provocherebbero modificazioni placentari tali da causare un calo ponderale del feto ed indurre un parto precoce. Tali considerazioni, unitamente ad osservazioni condotte sull'utilità che la prevenzione parodontale sembrerebbe avere nella riduzione della prevalenza di parti pretermine, supportano l'ipotesi che una terapia parodontale possa portare ad una significativa riduzione di tali eventi negativi (6). Tuttavia, la grande variabilità e disomogeneità degli studi presenti in letteratura non consente di trarre conclusioni definitive. Nuovi RCT potrebbero, risolvendo i problemi metodologici, condurre a conclusioni più solide.

Alla luce degli argomenti esposti è evidente come la professione dell'odontoiatra, come quella dell'igienista dentale, non possa più confinarsi al cavo orale ed alla sua patologia specifica ma debba tener conto dell'individuo nella sua integrità: è pertanto auspicabile la nascita di *equipe* che si occupino della prevenzione in modo integrato rivolgendo la propria attenzione non solo alla patologia orale, ma anche alla patologia sistemica in collaborazione con i medici di medicina generale e con gli specialisti delle singole discipline mediche coinvolte.

### Bibliografia

1. Tonetti, MS, et al. Treatment of periodontitis and endothelial function. *N Engl J Med.* 2007, Vol. 356, p. 911-920.
2. Loos, BG, et al. Elevation of systemic markers related to cardiovascular diseases in the peripheral blood of periodontitis patients. *J Periodontol.* 2000, Vol. 71, p. 1528-1538.
3. D' Aiuto F, Tonetti MS. Contribution of periodontal therapy on individual cardiovascular risk assessment. *Arch Intern Med.* 2005, Vol. 165, p. 1920-1921.
4. Papapanou, PN. Periodontal disease: epidemiology. *Ann Periodontol.* 1996, Vol. 1, p. 1-36.
5. Saito, T e Sakamoto, M. Obesity and periodontitis. *N Engl J Med.* 1998, Vol. 339, p. 482-483.
6. Xiong, X, et al. Periodontal disease and pregnancy outcomes: State of the science. *Obstet Gynecol Surv.* 2007, Vol. 62, pp. 605-615.

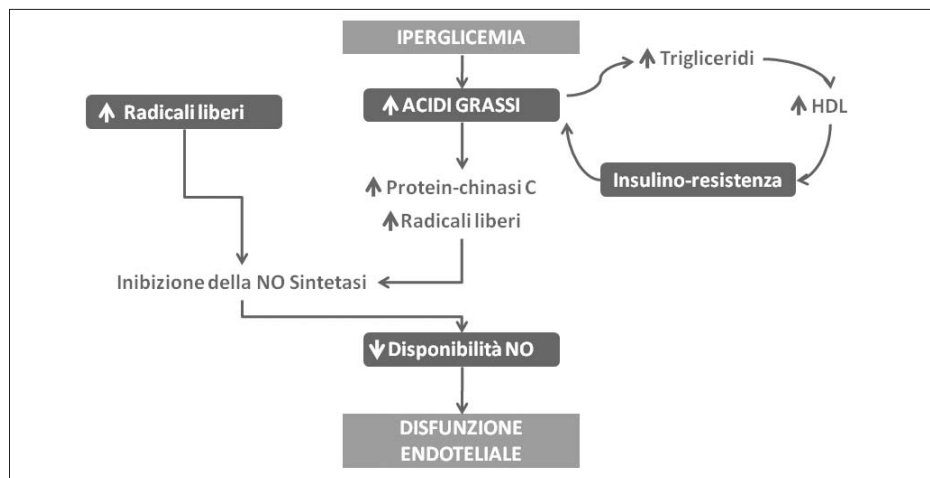


Figura 3. Disfunzione epiteliale causata da iperglicemia

# LA GESTIONE DEL PAZIENTE AFFETTO DA MALATTIE SISTEMICHE: RUOLO DELL'IGIENISTA

Silvia Masiero, *Saronno VA*

Atti – Congresso degli Igienisti Dentali – XV Congresso Nazionale SIdP • Bologna, 7-8 Marzo 2008

La figura dell'Igienista all'interno dello Studio Odontoiatrico assume negli anni duemila un ruolo di fondamentale importanza. Con le sempre maggiori conoscenze che riguardano la correlazione tra la salute generale dell'organismo e la salute della bocca del paziente, in particolare del parodonto, il team che si occupa del raggiungimento di uno stato di corretta igiene orale, della preparazione iniziale del paziente, del suo supporto all'interno di complessi piani di trattamento e del mantenimento dei risultati ottenuti con le svariate fasi della terapia, deve oggi confrontarsi con grande attenzione con le problematiche dei pazienti affetti da patologie sistemiche.

In particolare l'Igienista e il Professionista devono essere a conoscenza dei meccanismi biologici di correlazione fra molte patologie sistemiche e il cavo orale, delle interrelazioni fra i meccanismi eziopatogenetici, dei risultati crociati che le terapie possono avere. Il tutto si inserisce all'interno di un approccio al paziente non riferito solo alla salute del suo parodonto e della sua bocca bensì inteso alla salute dell'intero organismo raggiunto anche attraverso corretti stili di vita e attraverso l'attento controllo dei fattori di rischio.

Anche la Malattia Parodontale infatti appartiene ai “disturbi cronici” e le modalità per ottenere dei risultati su larga scala quando si parla di patologia cronica multifattoriale devono partire dal controllo dei fattori di rischio certi individuati. La Parodontite ha dei fattori di rischio in comune con altre patologie croniche tipiche della nostra società.

In particolare la relazione si occupa di esaminare le possibilità di intervento dell'Igienista all'interno della terapia di sua competenza nei riguardi di gruppi di pazienti particolari che siano contemporaneamente affetti da Malattia Parodontale in associazione con una o più delle seguenti patologie sistemiche o condizioni nelle quali si trova il soggetto:

1. Obesità,
2. Diabete,
3. Patologia cardiovascolare,
4. Gravidanza,
5. Distress,
6. Pazienti Fumatori.

In Italia il 10% della popolazione adulta è obesa e uno scolaro su 3 in soprappeso. Questi dati sono altamente indicativi del trend che anche la nostra Nazione propone sia in questa patologia che in quella diabetica direttamente alla prima correlata. Per molto tempo il tessuto adiposo è stato considerato un tessuto inerte, oggi viceversa si conosce che si tratta di un organo che secreta numerosi fattori immunomodulanti giocando un delicato ruolo nel controllo della regolazione metabolica. Un parametro che possiamo tenere sotto controllo è l'indice di massa corporea che qualora alterato dà indicazione di una particolare attenzione volta alla motivazione a più salutari stili di vita.

I dati relativi alla patologia diabetica risultano altrettanto preoccupanti costituendo un serio problema che l'intera comunità medico scientifica già si trova ad affrontare. Nel personale addetto sia alla informazione che alla terapia della patologia diabetica sono inserite sicuramente anche le Igieniste: anche questa categoria è chiamata a motivare i pazienti alla limitazione dei fattori di rischio, a monitorare i parametri parodontali e metabolici anche tramite la terapia parodontale non chirurgica che si è rivelata un intervento in grado di avere un effetto diretto sul controllo metabolico.

La stessa terapia non chirurgica tramite scaling e root planing sembrerebbe in grado di modificare alcuni parametri ematici e microbiologici molto importanti sia per lo sviluppo delle patologie di natura cardiovascolare (proteina C reattiva) sia per la correlazione all'evento di una gravidanza prematura o di un bimbo sottopeso in donne che presentano nel periodo preparto una condizione di malattia parodontale (PGE<sub>2</sub>).

Tutte queste condizioni meritano la formulazione di particolari protocolli e schemi di intervento e programmazione da parte dell'Igienista che verranno attentamente proposti ed esaminati.

Anche l'attenzione che il mondo delle Igieniste deve oggi avere e mantenere nei confronti della cessazione dell'abitudine al fumo dei nostri pazienti deve far parte di un iter costantemente seguito all'interno dello Studio Odontoiatrico secondo protocolli stabiliti che permettano da un lato di venire incontro alle esigenze del paziente dall'altro di ottenere l'obiettivo della cessazione tanto desiderata per il miglioramento dei parametri di guarigione della malattia parodontale nonché per la conseguita possibilità eventuale di spaziare nell'ambito di un numero maggiore di possibilità terapeutiche.

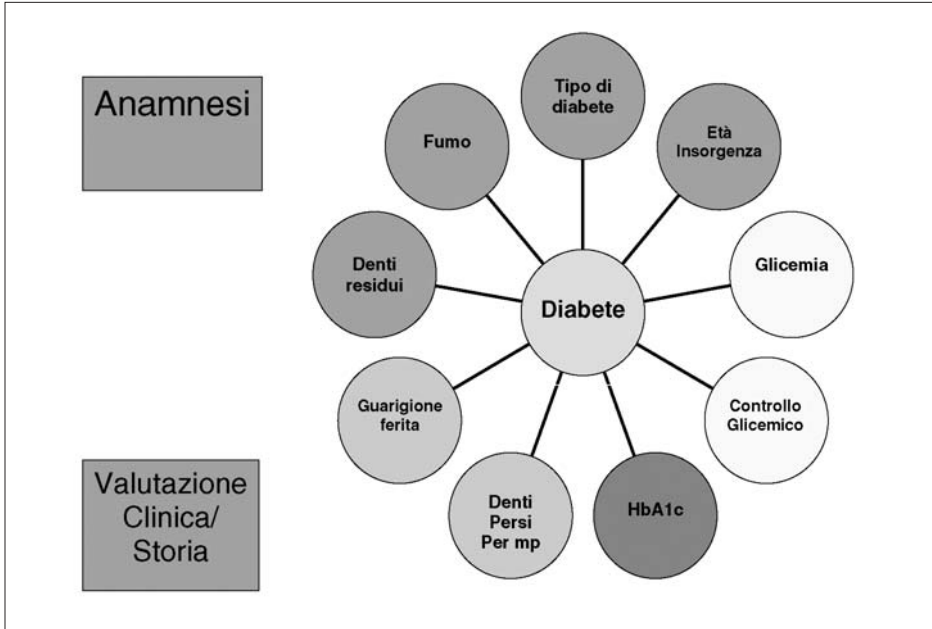
Infine la gestione della situazione psico-comportamentale dei nostri pazienti vede ancora una volta nella figura della Igienista quella di un soggetto fondamentale, capace di cogliere durante gli svariati momenti che deve trascorrere con soggetti particolari ad altri altrimenti invisibili.

HbA1c (%)	Interpretazione
<6	Valore normale
<7	Obiettivo per pazienti diabetici da raggiungere con dieta, esercizio fisico, farmaci
>8	Necessari cambiamenti stili di vita e tx farmaco per rientrare valore precedente

ESAME ORALE (almeno due volte all'anno) Dental Hygienists NY		
<i>Diabetologo</i>	riferire a	<i>Parodontologo</i>
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Esame orale all'interno della valutazione delle complicanze</li> <li>• Promuovere prevenzione della malattia parodontale:               <ul style="list-style-type: none"> <li>- Quando ultimo esame orale?</li> <li>- Esaminare denti e gengive</li> <li>- Infiammazione</li> <li>- IO quotidiana</li> <li>- Sintomi "urgenti" (dolore-spostamenti-edema sanguinamento, perdita denti, alitosi)</li> <li>- Motivare paziente ad auto-esame</li> <li>- Avisare pz 3 goals: A1C&lt;7; Blood Pressure &lt;130/80 Cholesterol &lt;100</li> <li>- Promuovere corretto stile vita: IO, ctr peso, alimentazione sana, attività fisica, no fumo</li> </ul> </li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>consultare</li> <li>richiedere valori HbA1c</li> <li>riferire con urgenza</li> <li>rinforzo</li> <li>rinforzo</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Prevenzione, trattamento precoce della malattia parodontale</li> <li>• Considerazioni sulla terapia:               <ul style="list-style-type: none"> <li>- Diagnosi di MP</li> <li>- consulto con Diabetologo</li> <li>- considerazioni su durata D (HbA1c), Ff, fattori rischio</li> <li>- educazione pz perio/D</li> <li>- Tx parodontale per raggiungere stato di salute</li> <li>• Monitorare risposta Tx Parod con valore HbA1c</li> <li>• Avisare pz 3 goals: A1C&lt;7; Blood Pressure &lt;130/80 Cholesterol &lt;100</li> <li>• Promuovere corretto stile vita: IO, Ctr peso, alimentazione sana, attività fisica, no fumo</li> </ul> </li> </ul>

## Fumo: le cinque "A"

- **Ask:** identificare i fumatori. Test di Fagerstrom
- **Advise:** consigliarli affinché smettano
- **Assess:** identificare la possibilità che smettano (pre-contemplazione-contemplazione-preparazione-azione-mantenimento)
- **Assist:** offrire assistenza se vogliono smettere (terapie comportamentali e farmacologiche)
- **Arange:** seguire il percorso di cessazione (follow-up diretto)



## Bibliografia

- 1) Nibali L et al. "Severe Periodontitis is associated with systemic inflammation and dysmetabolic status: a case-control study" *Journal of Clinical Periodontology* **34** (11), 931-937.
- 2) Reners M et al. "Stress and Periodontal disease" *Int J Dent Hygiene* **5**, 2007; 199-204.
- 3) Lan-Chen Kuo et al. "Association between periodontal diseases and systemic diseases: a review of the inter-relationships and interactions with diabetes, respiratory diseases, cardiovascular diseases and osteoporosis" *Public Health* (2007), doi.1016/j.puhe. 2007.07.004.
- 4) Scannapieco FA. "Systemic Effects of Periodontal Diseases" *Dent Clin N Am* **49** (2005) 533-550.
- 5) D'Aiuto et al. "Short term effects of intensive periodontal therapy on serum inflammatory markers and cholesterol". *Journal of Dental Research* 2002; **84**: 269-273.

# NUOVE STRATEGIE NELL'UTILIZZO DEGLI ANTISETTICI ORALI

Enzo Vaia, *Napoli*

*Atti – Congresso degli Igienisti Dentali – XV Congresso Nazionale SIdP • Bologna, 7-8 Marzo 2008*

È ormai ampiamente dimostrato dalla letteratura internazionale che le gengiviti e le parodontiti sono patologie estremamente diffuse nella popolazione, causate da un abnorme accumulo di placca mucobatterica, la cui prevenzione è legata ad un adeguato controllo della stessa. Ad oggi, nonostante che lo stato di igiene orale continui a migliorare nella popolazione di molti paesi sviluppati, la prevalenza soprattutto della gengivite è ancora molto alta. Ciò indica che molte persone non riescono a raggiungere un adeguato livello di igiene orale solo con il controllo meccanico domiciliare in quanto esso è notevolmente influenzato dallo status culturale, dalle condizioni socio-economiche, dalla “compliance”, dalla destrezza e dalla motivazione dei pazienti.

Tale condizione ha portato nel tempo ad un incremento delle ricerche verso lo studio, lo sviluppo e la diffusione di agenti chimici che, usati a livello topico, con un basso costo economico, ridotti effetti collaterali e con una minima necessità di cooperazione ed abilità nel loro uso, potessero incrementare l'efficacia del controllo domiciliare della placca sopragingivale.

In relazione alla complessa sequenza dei fattori che intervengono nel processo di formazione e deposito della placca patogena sulle superfici dentali, gli agenti chimici antiplacca possono agire a diversi livelli e con diversi meccanismi d'azione. Tra questi i più comuni sono: la prevenzione dell'adesione batterica sulle superfici dentali e/o mucose (mediante agenti antiadesivi), la riduzione della proliferazione batterica e/o rimozione della placca già presente (con agenti antimicrobici) e l'alterazione/riduzione della patogenicità della placca.

Nell'ambito di tali meccanismi d'azione diversi sono stati i gruppi di agenti proposti. Tra questi sono da elencare: gli antibiotici, gli enzimi, gli antisettici bis-guanidi, i composti di ammonio quaternario, i fenoli ed olii essenziali, i prodotti naturali, i fluoruri, i sali metallici, gli agenti ossigenanti e gli alcool amminici. Tutti questi composti, per essere utilizzati, necessitano di veicoli chimici per poter espletare la loro azione. Generalmente il loro uso avviene sotto forma di collutori, spray, dentifrici o gel la cui composizione e concentrazione può influenzare l'efficacia del principio attivo. Quest'ultima è, inoltre, subordinata ad una serie ulteriore di parametri tra i quali quello che appare più importante è la sostantività. Tale caratteristica misura la permanenza ed il tempo d'azione del prodotto nel cavo orale ed è legata all'adsorbimento della sostanza sulle superfici orali, al mantenimento della sua funzione in seguito all'adsorbimento ed, infine, alla lenta riduzione dell'attività o al lento de-adsorbimento del composto.

Tutte queste variabili spiegano la diversa risposta che tali agenti possono avere in vitro rispetto ai risultati in vivo e possono far comprendere lo scarso risultato clinico di prodotti con buone “performance” in vitro. Ad oggi l'antisettico più studiato nel controllo della placca batterica appare essere la clorexidina che, non scevra da effetti collaterali, viene utilizzata come elemento di comparazione nella valutazione dell'efficacia, dell'efficienza e del rapporto costi/benefici di nuovi e più moderni antisettici.

Nel corso della sua relazione il Relatore illustrerà le caratteristiche dei vari antisettici, ne indicherà l'efficacia e ne illustrerà le indicazioni d'uso e gli effetti collaterali.

## **Bibliografia**

1. Lindhe J. Parodontologia ed Implantologia Dentale - Cap. 16 - Gli antisettici nella terapia parodontale - pag. 461-487, Ed. Martina - Bologna - 2002.
2. Periodontology 2000. Mechanical and chemical supragingival plaque control - Vol. 8. Ed. Munksgaard - Copenhagen - 1995.
3. Periodontology 2000. Toothpaste, mouthrinse and other topical remedies in periodontics. Vol. 15. Ed. Munksgaard - Copenhagen - 1997.
4. Wu C.D., Savitt E.D. Evolution of the safety and efficacy of over the counter oral hygiene products for the reduction and control of plaque and gingivitis in: Periodontology 2000. Vol. 28. Ed. Munksgaard - Copenhagen - 2002.
5. AA. VV. Linee guida italiane sull'uso dei collutori per la tutela della salute orale - 2007.
6. Lang N.P., Karring T., Lindhe J. Proceedings of the 2<sup>nd</sup> European Workshop on Periodontology. Chemicals in Periodontics, Ed. Quintessence, 1997.



Società Italiana di Parodontologia

## RINGRAZIAMENTI

La **Società Italiana di Parodontologia**, desidera esprimere il più vivo ringraziamento alle **Aziende Major Sponsors**

**Apollonia & Fama Implant Srl**, Prato  
**Astra Tech Srl**, Sandrigo (VI)  
**Biomet 3i**, West Palm Beach, FL, USA  
**Dental Trey Srl**, Fiumana Predappio (FO)  
**Elsevier Masson SpA**, Milano  
**Gaba International AD**, Münchenstein (Svizzera)  
**Geistlich Biomaterials**, Thiene (VI)  
**Nobel Biocare Italiana SpA**, Agrate Brianza (MI)  
**Johnson & Johnson**, Pomezia (RM)  
**Sunstar Suisse S.A.**, Saronno (VA)  
**Zimmer Dental Italy Srl**, Vittorio Veneto (TV)

e alle **Aziende** che con il loro fattivo apporto hanno contribuito alla realizzazione del Congresso

**Alta-Tech Biotechnologies Srl**, Sandrigo (VI)  
**Biaggini Ormco Italia Srl**, La Spezia  
**Biomolecular Diagnostics**, Firenze  
**Bioteck Srl**, Vicenza  
**Bracco SpA**, Milano  
**Butterfly Srl**, Milano  
**Castellini SpA**, Bologna  
**CGM Meta SpA**, Reggio Emilia  
**Curaden Healthcare Srl**, San Giuliano Milanese (MI)  
**EMS Italia SpA**, Milano  
**Eurodent SpA**, San Lazzaro di Savena (BO)  
**Ghimas SpA**, Casalecchio di Reno (BO)  
**Glaxosmithkline Consumer Health SpA**, Baranzate (MI)  
**Hu Friedy Meg. Co. Inc.**, Leimen (Germania)  
**ILIC' Dr. Riccardo SpA**, Milano  
**Kavo Italia Srl**, Genova  
**Materialise Dental Italy**, Roma  
**Mectron SpA**, Carasco (GE)  
**Merighi Umberto Strumenti Chimo**, Bazzano (BO)  
**Neoss Italia Srl**, Milano  
**Nike Srl**, Orbetello (GR)  
**Omnia SpA**, San Michele Campagna (PR)  
**Procter & Gamble Professional Oral Health**, Roma  
**Protect Srl**, Viadana (MN)  
**Recordati SpA**, Milano  
**Reinhold di R. Testa**, Gorgonzola (MI)  
**Roen Sas**, Torino  
**Straumann Italia Srl**, Milano

*Si ringraziano inoltre:*

**Edi. Ermes Srl**, Milano  
**Ilic' Editrice**, Milano  
**Il Sole 24 ore SpA**, Bologna  
**Piccin Nuova Libreria**, Padova  
**Quintessenza Edizioni Srl**, Passirana di Rho (MI)  
**RC Libri**, Milano