



Scopo del lavoro Analisi critica dei documenti della Federazione Europea di Parodontologia (EFP), per valutare la problematica delle patologie parodontali e perimplantari a livello globale con particolare attenzione al panorama italiano e al ruolo dell'igienista dentale.

Materiali e Metodi Fase A - Sono stati analizzati alcuni documenti pubblicati dalla Federazione Europea di Parodontologia e redatti nel contesto degli European Workshop on Periodontology, dal 2008 in poi. Fase B - Analisi della condizione dell'Igienista Dentale in Italia.

Risultati La prevalenza di malattie parodontali è ancora molta alta, ponendole al 6° posto tra le patologie croniche più frequenti al mondo. Nel contesto italiano la popolazione affetta da malattie parodontali è di circa 36.290.384 con 3.991.942 persone affette da forme gravi. Nella fascia di popolazione compresa tra i 15-79 anni la prevalenza di malattia parodontale è di circa 28.996.016 e di 3.189.562 per le forme severe.

Conclusioni La Federazione Europea di Parodontologia (EFP) ha lanciato una chiamata globale all'azione per la prevenzione e la cura delle patologie parodontali. In Italia tale appello fatica a essere accolto, data la carenza dei professionisti della prevenzione e cura di queste patologie, gli Igienisti Dentali (circa 50.000 unità), precludendo ad ampie fasce della popolazione prestazioni di prevenzione e cura di queste patologie.

L'igienista dentale come protagonista nella prevenzione delle patologie parodontali e perimplantari

The dental hygienist as the protagonist in the prevention of periodontal and perimplant diseases



KEYWORDS

Igienista dentale; Malattia perimplantare; Parodontopatie; Prevalenza; Prevenzione.
Dental Hygienist; Peri-implant disease; Periodontal disease; Prevalence; Prevention.



AUTORI

Ignazia Casula*
Federico Folchini
Nicola Salvaro

Igienisti Dentali

* Ricercatore, dipartimento specialità medico-chirurgiche, scienze radiologiche e sanità pubblica, Università degli Studi di Brescia

INTRODUZIONE

Le malattie parodontali, gengiviti e parodontiti, e perimplantari, distinte in mucositi e perimplantiti, sono caratterizzate da un'etiologia multifattoriale, prevalentemente batterica, e sono influenzate nel loro decorso da numerosi fattori sistemici e locali.

In Italia la prevalenza di malattie parodontali è del 60% circa, con un valore del 10-14% di forme gravi o avanzate, con particolare incremento nella fascia di età 35-44 anni (1). A livello globale la parodontite affligge più del 50% della popolazione adulta, con una prevalenza dell'11,2% delle sue forme più severe: con circa 743 milioni di persone affette, la parodontite severa rappresenta la sesta malattia più prevalente dell'umanità (5).

La parodontite rappresenta la principale causa di perdita di denti nella popolazione adulta. L'edentulismo parziale o totale comporta disfunzioni masticatorie, deterioramento della qualità della vita e dell'autostima, e ha un importante impatto socio-economico nonché sui costi delle cure. L'impatto globale della malattia parodontale rappresenta, infatti, la maggior voce dei 442 miliardi di USD/anno di costo totale delle patologie orali.

I determinanti sociali e i fattori di rischio della parodontite sono condivisi con un ampio segmento di patologie croniche non trasmissibili come diabete, cancro, patologie cardiache e respiratorie (11).

Fumo, inattività fisica, obesità e scorretta alimentazione sono associati a un aumento del rischio di parodontite (9). L'accumulo di biofilm dentale conseguente a inad-

guate manovre di igiene orale domiciliare, conduce, interagendo con lo specifico profilo di suscettibilità dell'individuo, allo sviluppo e alla progressione della parodontite con conseguente distruzione dell'apparato di sostegno del dente (10).

Il carattere asintomatico dei primi stadi di tale patologia, in associazione a una scarsa consapevolezza della malattia, conduce i pazienti a non avvertire la necessità di sottoporsi a cure professionali adeguate. Nonostante la parodontite sia prevenibile, facilmente diagnosticabile e trattabile con successo, anche nei Paesi più avanzati una larga fetta della popolazione presenta un alto carico di tale patologia e difficoltà nell'accesso alle informazioni e ai servizi professionali. In tale contesto l'igienista dentale gioca un ruolo chiave poiché rappresenta l'operatore sanitario che, in possesso del diploma universitario abilitante, svolge compiti relativi alla prevenzione delle affezioni oro-dentali su indicazione degli odontoiatri e dei medici chirurghi legittimati all'esercizio dell'odontoiatria (8).

Lo scopo del presente lavoro è stato quello di analizzare i documenti della Federazione Europea di Parodontologia (EFP) per valutare la problematica delle patologie parodontali e perimplantari a livello globale con particolare attenzione al panorama italiano e al ruolo dell'igienista dentale.

MATERIALI E METODI

- **Fase A:** sono stati analizzati alcuni documenti pubblicati dalla Federazione Europea di Parodontologia e redatti nel contesto degli European Workshop on Periodontology, dal 2008 in poi.
- **Fase B:** analisi della condizione dell'igienista dentale in Italia.

RISULTATI E DISCUSSIONE

Fase A

Sono stati selezionati i Consensus Report della Federazione Europea di Parodontologia del 2008, 2011, 2015 e 2017 (Tab. 1) che sono stati analizzati mediante l'utilizzo di una tabella di estrazione dei dati che ha considerato: articolo, obiettivo, disegno dello studio e periodo di osservazione, argomenti trattati nell'articolo, conclusioni e osservazioni coerenti con l'obiettivo dello studio.

Malattie parodontali

Dall'analisi dei Consensus emerge come la prevalenza di malattie parodontali rimanga alta anche nei Paesi più avanzati. Da ciò nasce la necessità di una chiamata globale all'azione, basata sull'evidenza scientifica, che promuova la salute parodontale e il benessere generale, adottando strategie preventive, diagnostiche e terapeutiche.

Questi documenti identificano come sia relativamente

Tonetti MS, Jepsen S, Jin L, Otomo-Corgel J. Impact of the global burden of periodontal diseases on health, nutrition and wellbeing of mankind: A call for global action. *J Clin Periodontol* 2017;44:456–462

Tonetti MS, Chapple ILC, Jepsen S, Sanz M. Primary and secondary prevention of periodontal and peri-implant diseases Introduction to, and objectives of the 11th European Workshop on Periodontology consensus conference. *J Clin Periodontol* 2015; 42 (Suppl. 16): S1–S4

Lang NP, Berglundh T on Behalf of Working Group 4 of the Seventh European Workshop on Periodontology. Peri-implant diseases: where are we now? – Consensus of the Seventh European Workshop on Periodontology. *J Clin Periodontol* 2011; 38 (Suppl. 11): 178–181

Lindhe J, Meyle J. Peri-implant diseases: Consensus Report of the 6th European Workshop on Periodontology. *J Clin Periodontol* 2008; 35 (Suppl. 8): 282–285

TAB. 1 Consensus Report Federazione Europea di Parodontologia

facile la diagnosi della malattia parodontale, ma ancora oggi tale metodica diagnostica viene fatta spesso tardivamente o addirittura è mancante.

La prevenzione è il cardine della salute orale e l'igienista dentale rappresenta in tale ambito un attore fondamentale.

Sono tre gli step nella diagnosi parodontale identificati dalle organizzazioni professionali in tutto il mondo:

1. autoidentificazione dei segni e dei sintomi da parte del paziente;
2. screening parodontale professionale al fine di segmentare la popolazione in termini di salute parodontale, gengivite e parodontite;
3. esame parodontale e diagnosi per pianificare i trattamenti più appropriati.

La complessità dei trattamenti aumenta con il progredire della patologia, ciò rende necessaria la pianificazione di programmi di prevenzione primaria e secondaria nei sistemi di salute nazionale e l'impegno attivo di professionisti della salute orale altamente specializzati e motivati.

Malattie perimplantari

Le lesioni a carico dei tessuti perimplantari sono rappresentate dalla mucosite e dalla perimplantite, entrambe causate da batteri.

Il sondaggio, la presenza di sanguinamento e di suppurazione dovrebbero essere valutati regolarmente nella diagnosi di malattia perimplantare. Gli esami radiografici sono necessari per la valutazione dei livelli di osso di supporto intorno agli impianti.

I fattori di rischio associati alla patologia perimplantare sono rappresentati dalla scarsa igiene orale, dalla storia di parodontite, fumo di sigaretta, diabete con scarso controllo metabolico, consumo di alcol. Vi è invece un'evidenza limitata in riguardo ai fattori genetici e al tipo di superficie implantare.

Il sanguinamento al sondaggio dei tessuti perimplantari rappresenta un segno d'infiammazione e la presenza di suppurazione è spesso indicativa di perimplantite.

La misurazione della profondità di sondaggio a baseline deve essere annotata per consentire il monitoraggio annuale e la diagnosi precoce di malattia perimplantare. Da sottolineare che l'utilizzo di sonde convenzionali non danneggia né l'attacco mucoso né l'impianto.

Di fondamentale importanza, prima di eseguire riabilitazioni implantari, è il trattamento della malattia parodontale ed un'adeguata terapia di mantenimento. Il clinico deve essere consapevole che le perimplantiti sono difficili da trattare ed i risultati non sono predicibili. Nel caso in cui la terapia meccanica non chirurgica non risolva la lesione sono raccomandati l'aggiunta di antimicrobici ed il trattamento chirurgico.

Fase B

Nel panorama nazionale sono circa 7.850 (Tab. 2) gli igienisti dentali censiti dalle associazioni professionali. Attualmente non è prevista la figura dell'igienista dentale tra i professionisti strutturati all'interno del Servizio Sanitario Nazionale; quasi tutti gli igienisti dentali operano infatti in studi odontoiatrici privati e solo una minima percentuale lavora in strutture sanitarie pubbliche (Fig. 1). Ma vediamo che cosa ciò significa in numeri.

- Le persone affette da patologie parodontali in Italia sono idealmente 36.290.384 usando come riferimento una popolazione totale di 60.483.973.

$$\frac{(60.483.973 \times 60)}{100} = 36.290.384$$

- I casi di forme severe sono circa 3.991.942 (11% del 60% idealmente malato).

$$\frac{(36.290.384 \times 11)}{100} = 3.991.942$$

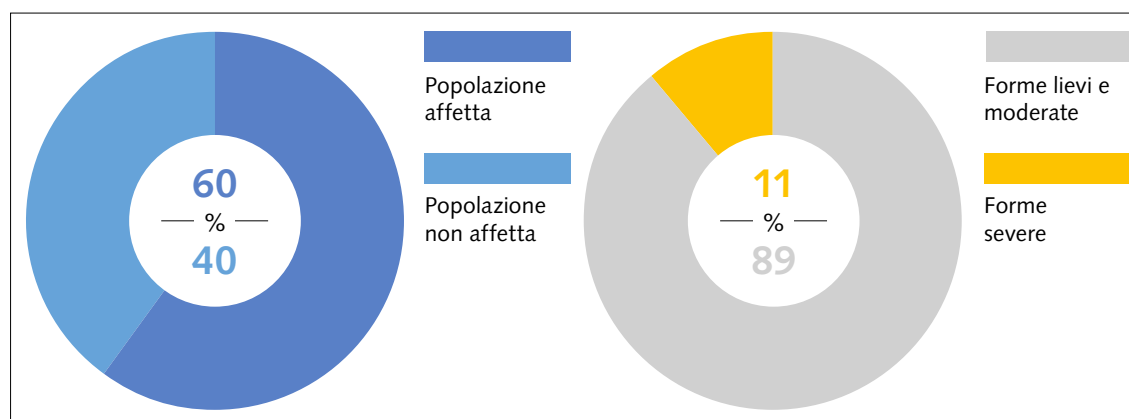


FIG. 1 La prevalenza malattia parodontale in Italia (dati calcolati sul bilancio nazionale Istat; periodo di riferimento 2017; pubblicato 13/6/2018).

	Popolazione abitanti		Operatori stimati	
Piemonte	4.404.246	7,3%	562	7,2%
V. d'Aosta	127.329	0,2%	19	0,2%
Lombardia	10.006.349	16,5%	1.141	14,5%
Pa Bolzano	520.891	0,9%	92	1,2%
Pa Trento	538.223	0,9%	79	1,0%
Veneto	4.915.123	3,1%	631	8,0%
Friuli V.G. 1	121.218	2,0%	184	2,3%
Uguria	1571.053	2,6%	269	3,4%
Emilia R.	4.448.146	7,3%	596	7,6%
Toscana	3.744.398	6,2%	502	6,4%
Umbria	891.181	1,5%	123	1,6%
Marche	1543.752	2,5%	188	2,4%
Lazio	5.888.472	9,7%	838	10,7%
Abruzzo	1.326.513	2,2%	196	2,5%
Molise	312.027	0,5%	58	0,7%
Campania	5.850.850	9,6%	686	8,7%
Puglia	4.on.l66	6,7%	544	6,9%
Basilicata	573.694	0,9%	83	1,1%
Calabria	1.970.521	3,2%	246	3,1%
Sicilia	5.074.261	3,4%	585	7,5%
Sardegna	1.658.138	2,7%	227	2,9%
Totale	60.665.551		7.850	

TAB. 2 Censimento Igienisti Dentali Italiani (da: Sanità, Il Sole 24 Ore, 2-8 maggio 2017; 20: 16).

A partire dai dati estrapolati è possibile stimare che per ogni igienista dentale vi sia un potenziale carico di circa 4.623 ($36.290.384 \div 7.850 = 4.623$) pazienti affetti da malattia parodontale, con un carico pro capite di pazienti affetti da forme più gravi di circa 509 unità ($3.991.942 \div 7.850 = 509$).

Prospettiva dell'ideale fabbisogno di igienisti dentali per sostenere il carico di malattia parodontale in Italia L'Equivalente a Tempo Pieno (FTE, Full-Time Equiva-

lent) viene usato per quantificare lo sforzo, in termini di risorse umane, erogato o pianificato per svolgere una determinata attività o progetto.

Un FTE corrisponde a una persona che lavora 8 ore al giorno per 220 giorni all'anno.

- 1 persona lavora quindi 1.760 ore in un anno (8 x 220=1.760);
- In Italia sono stimati 7.850 igienisti dentali;
- Il FTE stimato erogato dagli igienisti dentali in Italia è quindi pari a 7.850, che matematicamente equivale a 13.816.000 ore totali di lavoro annue (7850 x 1760 = 13.816.000).

Considerando che:

- in Italia vi sono circa 36.290.384 persone affette da malattia parodontale;
- moltiplicando tale dato per il numero medio di richiami necessari per il trattamento di questi pazienti (3 richiami di un'ora), si ottiene un carico di ore equivalente a 108.877.152 (36.290.384 x 3 = 108.877.152).

Media Ponderata dei richiami

Nella malattia parodontale la frequenza dei richiami varia, a seconda della gravità della patologia, in un range compreso tra 2 e 6 volte l'anno. Considerando una frequenza di 4-6 richiami l'anno per le forme severe e di 2-3 volte l'anno nelle forme lievi/moderate, si ha una media rispettivamente di 2,5 e 5 richiami l'anno. Trattandosi nell'11% di casi di forme severe, nel calcolo della media ponderata si avrà un peso inferiore dei richiami (5 all'anno, 5 x 11 = 55). La restante percentuale di forme lievi/moderate avrà invece un peso maggiore (2,5 richiami all'anno, 2,5 x 89 = 222,5).

$$2+3 \div 2 \times 89+ (4+6) \div 2 \times 11 \div 100 = (222,5+55) \div 100 = 2,77 \approx 3$$

Carico di ore:

$$36.290.384 \times 3 = 108.877.152$$

Pertanto, 108.877.152 sono le ore totali annue necessarie per coprire il fabbisogno di 3 richiami annui per ogni soggetto affetto da malattia parodontale presunto su 36.290.384 persone con patologie parodontali. Considerando inoltre che: in un anno un singolo igienista dentale eroga 1.760 ore, al fine di garantire l'erogazione annua di 108.877.152 ore, sarebbero necessari circa 62.000 igienisti dentali.

$$108.877.152 \div 1760 = 61.862$$

Il FTE necessario per coprire il carico di malattia parodontale è quindi circa 62.000.

Dall'analisi dei dati emerge quanto segue (Fig. 2).

- I 7.850 igienisti dentali stimati in Italia coprono appena il 12,7% del fabbisogno di FTE per il tratta-

FTE stimato per il trattamento della malattia parodontale

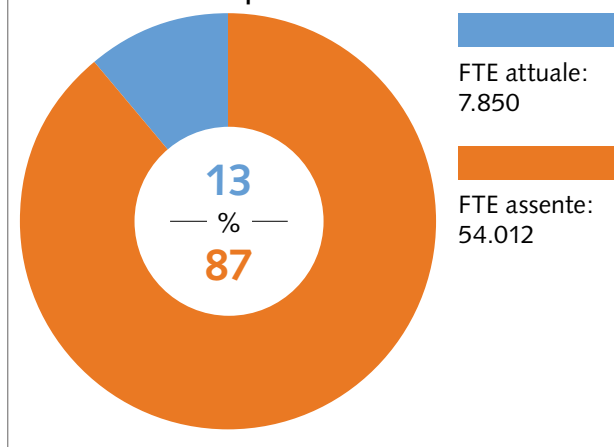


FIG. 2 Full Time Equivalent degli igienisti dentali in Italia.

mento dei pazienti con malattia parodontale.

$$61.862 : 100 = 7.850 : X$$

$$X = (100 \times 7.850) : 61.862$$

$$X = 12,7\%$$

La discrepanza di igienisti dentali per il trattamento dei pazienti con malattia parodontale è quindi di 54.012 FTE, ovvero 95.061.120 ore annue.

$$61.862 - 7.850 = 54.012$$

$$54.012 \times 1760 = 95.061.120$$

A oggi, avendo ogni singolo Igienista Dentale un potenziale carico di 4.623 pazienti con Malattia Parodontale, sarebbero necessari 2,6 anni per trattare una sola volta ognuno dei soggetti affetti (4.623/1.760=2,6). Si è voluto inoltre creare una stima dell'impatto della malattia parodontale nel range di età 15-79 anni, ipotizzando che sia la fascia più a rischio di sviluppare gengiviti (da 15 a 34 anni) e parodontiti (da 35 a 79 anni). La fascia di età 15-79 anni costituisce il 79,9% della popolazione italiana e corrisponde a 48.326.694 persone (Tab. 3).

In tale range la malattia parodontale, che ha una prevalenza del 60%, colpisce 28.996.016 persone delle quali 3.189.562 (11%) con forme severe.

Rielaborando i dati sulla stima di malattia parodontale nel range di età 15-79 si evidenzia quanto segue.

- Il carico di pazienti affetti in questo range di età per ogni singolo igienista dentale è pari a circa 3.694 (28.996.016 ÷ 7.850 = 3.694), con un carico di 406 pazienti con forme severe di malattia (3.189.562 ÷ 7850 = 406).
- Il FTE attuale è 7.850 e corrisponde a 13.816.000 ore.

ANNI	COMPOSIZIONI PERCENTUALI				INDICI			
	0-14 anni	15-64 anni	65 anni e oltre	80 anni e oltre	Vecchiaia	Dipendenza strutturale	Dipendenza degli anziani	Età media
REGIONI								
ITALIA								
Censimento 1991	15,9	68,8	15,3	3,4	96,6	45,3	22,3	39,1
Censimento 2001	14,2	67,1	18,7	4,3	131,4	49,0	27,8	41,9
Censimento 2011	14,0	65,2	20,8	6,1	148,8	53,5	32,0	43,8
1.1.2018 PER RIPARTIZIONE								
ITALIA	13,4	64,1	22,6	7,0	168,9	56,1	35,2	45,2
Nord	13,3	63,2	23,6	7,4	177,1	58,3	37,3	45,8
Nord-ovest	13,2	63,0	23,8	7,4	179,8	58,7	37,7	45,9
Nord-est	13,4	63,4	23,2	7,3	173,4	57,8	36,7	45,7
Centro	13,1	63,7	23,3	7,4	178,3	57,0	36,5	45,8
Mezzogiorno	13,6	65,6	20,8	6,1	152,8	52,6	31,8	44,0
Sud	13,8	65,7	20,5	6,1	149,3	52,2	31,3	43,7
Isole	13,3	65,3	21,4	6,3	160,6	53,3	32,8	44,4

TAB. 3 Censimento popolazione Italiana Istat 2018.

- Considerando la media ponderata di 3 richiami annuali per i pazienti affetti da malattia parodontale, si ottiene un carico totale di 86.988.048 ore ($28.996.016 \times 3 = 86.988.048$).
- Il FTE necessario a sostenere tale carico di ore corrisponde a 49.425 ($86.988.048 \div 1.760 = 49.425$).
- Il FTE potenziale attuale copre il 15,9% del carico di pazienti affetti da malattia parodontale in Italia nella fascia di età 15-79 anni (Fig. 3).
 $49.425:100=7.850:X$
 $X=(100 \times 7.850) \div 49.425$
 $X=15,9\%$

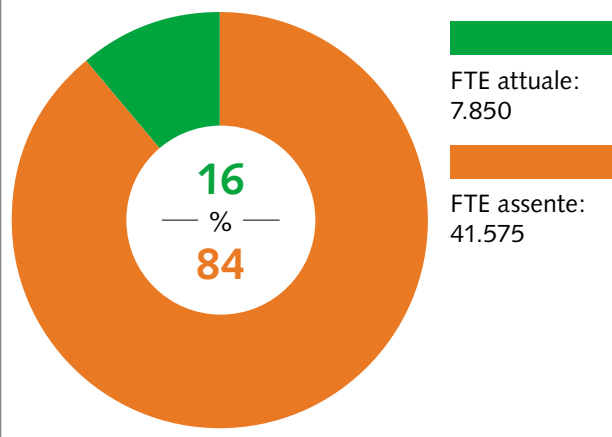
Prospettiva della malattia perimplantare

Con riferimento alle patologie perimplantari, i dati non sono facilmente reperibili, ma non è possibile conoscere l'esatto numero d'impianti osteointegrati inseriti in Italia.

Alcune stime, emerse nel "Consensus Report of the 6th European Workshop on Periodontology", riportano che, a livello globale, la prevalenza delle perimplantiti sia circa del 22% mentre quella delle mucositi perimplantari risulta essere intorno al 43%. Secondo una recente review (7) la prevalenza di perimplantite interessa il 10% degli impianti e il 20% dei pazienti, mentre la mucosite perimplantare il 50% dei siti e l'80% dei soggetti.

In base all'evidenza attuale i risultati della terapia non chirurgica nel trattamento delle malattie perimplantari non sono predicibili. Da tale dato è facile dedurre come il campo d'azione si debba concentrare sulla prevenzione primaria, ambito nel quale l'igienista dentale rappresenta un'eccellenza. È inoltre

FTE stimato per il trattamento della malattia parodontale in Italia nella fascia di età 15-79 anni


FIG. 3 FTE riferito alla fascia di età 15-79.

di fondamentale importanza tenere in considerazione l'impatto socioeconomico che tali problematiche comportano.

Circa 2,5 milioni d'italiani ogni anno ricorrono a una protesi fissa o mobile e circa 1 milione di questi a causa della parodontite. Ogni anno la spesa per le cure odontoiatriche sfiora i 2,5 miliardi di euro, ma tale dato non comprende le cure extraodontoiatriche scaturite da tale patologia. Solo 1 italiano su 4 sa di essere affetto da parodontite ed è consapevole delle conseguenze che tale patologia comporta.

Mario Aimetti (presidente SIdP e della commissione di parodontologia e implantologia) evidenzia che il 90% di coloro che soffrono di disturbi parodontali non ha rice-

dell'associazione?

vuto una diagnosi corretta, tanto che solo 1 su 100 viene sottoposto a cure specifiche e le strutture pubbliche o convenzionate coprono appena il 5,4% delle prestazioni odontoiatriche (6).

CONCLUSIONI

Valutazione dei Consensus

Dai diversi Consensus Report della EFP emergono le raccomandazioni essenziali per diminuire la prevalenza di malattie parodontali e perimplantari. Esse si suddividono in terapia di prevenzione primaria e terapia di prevenzione secondaria. In entrambi i campi d'azione l'igienista dentale, grazie al suo specifico profilo professionale, è la figura cardine. L'igienista dentale, tuttavia, non ha a oggi la visibilità che la sua professionalità imporrebbe. Molti studi odontoiatrici privati non hanno tale figura all'interno del proprio organico (non mancano poi casi in cui la sua funzione è abusivamente demandata a personale non qualificato e privo di competenze).

Nelle strutture pubbliche la situazione dell'igienista dentale non è certo più favorevole, considerando che tale figura professionale non è prevista negli organici del Servizio Sanitario Nazionale (SSN) e di conseguenza non sfruttata dallo stesso sistema pubblico che ha provveduto alla sua formazione. Ciò merita una riflessione particolare, poiché alla popolazione tutta sono negate la prevenzione e la cura della salute orale.

In un'ottica di welfare sanitario appare imprescindibile la necessità di un intervento da parte dello stato: attraverso campagne d'informazione e prevenzione atte a rendere la popolazione più edotta e consapevole rispetto alle patologie parodontali e perimplantari, attraverso una maggiore copertura di prestazioni sanitarie odontoiatriche erogate dal SSN e all'introduzione dell'igienista dentale, il professionista più qualificato in tema di prevenzione delle affezioni oro-dentali, nella sanità pubblica.

La chiamata all'azione della Federazione Europea di Parodontologia, oggi come oggi, non sta avendo una risposta adeguata.

Costi

L'Organizzazione Mondiale della Sanità (OMS) definisce la salute come "stato di completo benessere fisico, mentale e sociale e non semplice assenza di malattia". La mancanza di un piano nazionale d'informazione, formazione ed educazione sulle problematiche orali non consente di affrontare le patologie parodontali adeguatamente e impedisce l'abbassamento della prevalenza e dei costi diretti e indiretti che ne scaturiscono, non consentendo così alla popolazione di raggiungere la condizione di salute nel valore espresso dalla definizione dell'OMS. I costi economici sono molto elevati una volta che le problematiche si sono sviluppate. Le terapie diventano più complesse e comportano maggior fatica per il paziente

ed un'elevata spesa. Inoltre, per sopperire alla problematica parodontale innescatasi, è richiesto un maggior impegno da parte del paziente, sia durante il trattamento, sia durante le quotidiane manovre d'igiene orale domiciliare. Quindi, ai costi economici, si aggiungono quelli biologici, psicologici e relazionali.

Prospettiva di miglioramento delle competenze dell'igienista dentale italiano

Dall'interpretazione dei Consensus della EFP emerge la necessità di fornire all'igienista dentale italiano una maggiore competenza clinica per potere seguire il paziente a 360°, riducendo così il disagio e i tempi del trattamento. In Italia le competenze dell'igienista dentale sono adeguate. Pur tuttavia, in un'ottica di allineamento delle competenze all'interno dell'Unione Europea, sarebbe auspicabile l'abilitazione all'esecuzione di esami radiografici, anestesia locale infiltrativa, nonché alla diagnosi di malattia parodontale.

Una terapia parodontale non chirurgica per dare minor disagio al paziente e maggior comfort all'operatore dovrebbe essere eseguita con l'utilizzo di anestesia e/o sedazione cosciente. La necessità del supporto dell'odontoiatra in queste metodiche aumenta i tempi di trattamento e non permette all'igienista dentale di concentrarsi e dedicarsi a pieno ai bisogni dei pazienti. Inoltre, un sondaggio parodontale svolto senza il supporto radiografico può rivelarsi impreciso. In fasi successive della terapia il sondaggio parodontale supportato da uno status radiografico permette di valutare in modo accurato l'efficacia dei trattamenti eseguiti e pianificare i passi successivi.

Carico di lavoro

Come abbiamo visto, il numero di igienisti dentali censito in Italia nel 2017 è di circa 7.850 unità. Le stime indicano che la quantità di professionisti in Italia copre solamente il 12,7% del carico di malattia parodontale. Il numero potenzialmente necessario di igienisti dentali per garantire gli appropriati trattamenti a tutta la popolazione affetta da patologie parodontali è di circa 62.000 unità. È importante sottolineare come questo dato faccia riferimento unicamente ai casi in cui la patologia sia già presente. Ciò significa che, per garantire anche alle persone sane di rimanere tali, sarebbe necessario un numero di professionisti ancora maggiore. È fondamentale garantire a tutti coloro che potrebbero sviluppare patologie parodontali un adeguato inquadramento e protocolli atti a mantenere lo stato di salute parodontale.

Risulta evidente la carenza a livello nazionale di un programma preventivo adeguato per fronteggiare il carico, tutt'oggi ingente, di popolazione affetta da patologie parodontali. Inoltre, il mancato coinvolgimento della figura dell'igienista dentale nella salute pubblica impedisce di affrontare e abbassare la prevalenza di patologia, con un conseguente aumento dei costi sanitari per le cure dei pazienti stessi e per il SSN. L'aumento dei costi per la sanità pubblica è legato inoltre ad una scarsa conoscenza

popolare delle patologie oro-dentali e della correlazione tra queste e le problematiche sistemiche. Questo sotto-linea ulteriormente la necessità di promuovere e istituire programmi di prevenzione ponendo al centro di questi professionisti specializzati come l'igienista dentale.

ABSTRACT

Aim Critical analysis of the documents of the European Federation of Periodontology (EFP) to assess the problem of periodontal and peri-implant diseases at a global level with particular attention to the Italian panorama and the role of the dental hygienist.

Materials and methods Phase A: Consensus published by the European Federation of Periodontology written in the context of European Workshop on Periodontology, from 2008 onwards were analyzed. Phase B: Analysis of the condition of the dental hygienist in Italy.

Results The prevalence of periodontal disease is still very high, placing them in 6th place among the most frequent chronic pathologies in the world. In the Italian context, the population affected by periodontal diseases is approximately 36,290,384 with 3,991,942 people suffering from severe forms. In the 15-79 age group, the prevalence of periodontal disease is around 28,996,016 and 3,189,562 for severe forms.

Conclusions The European Federation of Periodontology (EFP) has launched a global call to action for the prevention and treatment of periodontal diseases. In Italy this appeal was not answered. The lack of about

50,000 dental hygienists, professionals in the prevention and treatment of these diseases, denies the population the benefits of prevention and treatment of these diseases.

BIBLIOGRAFIA

1. Ministero della salute, <http://www.salute.gov.it/portale/home.html>
2. Lindhe J, Meyle J. Peri-implant diseases: Consensus Report of the Sixth European Workshop on Periodontology. *J Clin Periodontol* 2008; 35 (Suppl. 8): 282–285. doi: 10.1111/j.1600-051X.2008.01283.x
3. Lang NP, Berglundh T on Behalf of Working Group 4 of the Seventh European Workshop on Periodontology: Periimplant diseases: where are we now? – Consensus of the Seventh European Workshop on Periodontology. *J Clin Periodontol* 2011; 38 (Suppl. 11): 178–181. doi: 10.1111/j.1600-051X.2010.01674.x.
4. Tonetti MS, Chapple ILC, Jepsen S, Sanz M. Primary and secondary prevention of periodontal and peri-implant diseases—Introduction to, and objectives of the 11th European workshop on periodontology consensus conference. *J Clin Periodontol* 2015; 42 (Suppl. 16): S1–S4. doi: 10.1111/jcpe.12382.
5. Maurizio S. Tonetti, Søren Jepsen, Lijian Jin, Joan Otomo-Corgel. Impact of the global burden of periodontal diseases on health, nutrition and wellbeing of mankind: A call for global action. *J Clin Periodontol*. 2017;44:456–462.
6. Il Sole 24 Ore, 2-8 maggio 2017, anno XX - n° 16.
7. Mombelli A, Müller N, Cionca N. The epidemiology of peri-implantitis. *Clin Oral Implants Res*. 2012 Oct;23 Suppl 6:67-76. doi: 10.1111/j.1600-0501.2012.02541.x.
8. Decreto Ministeriale 15 marzo 1999, n. 137
9. Chapple IL, Bouchard P, Cagetti MG, Campus G, Carra MC, Cocco F, Schulte AG. Interaction of lifestyle, behaviour or systemic diseases with dental caries and periodontal diseases: consensus report of group 2 of the joint EFP/ORCA workshop on the boundaries between caries and periodontal diseases. *J Clinical Periodontology* 2017; 44(Suppl 18): S39–S51.
10. Darveau RP. Periodontitis: A polymicrobial disruption of host homeostasis. *Nature Reviews Microbiology* 2010; 8: 481–490.
11. Ezzati M, Riboli E. Can non-communicable diseases be prevented? Lessons from studies of population and individuals. *Science* 2012; 337: 1482–1487.