

Qualità e prognosi delle cure parodontali



Mario Aimetti

*

Professore associato di malattie odontostomatologiche, Università degli studi di Torino

PAROLE CHIAVE

Qualità, sicurezza, prognosi, terapia olistica.

La sicurezza e la qualità delle cure sono obiettivi prioritari in ambito di salute. Queste, per essere oggettivate, necessitano di dimensioni e indicatori ai quali si aggiungono una serie di fattori che ne rappresentano le fondamenta. Formazione, competenza, tecnologie aggiornate, a cui vanno aggiunte una cultura organizzativa e una buona collaborazione multidisciplinare, sono elementi cardine per una gestione razionale e integrata dei pazienti. Elementi essenziali per esprimere cure di qualità sono i fattori che sostengono il continuo miglioramento della qualità. Sviluppare linee guida cliniche, implementare sistemi di monito-



raggio e raccogliere dati sugli esiti può aiutare a identificare aree di miglioramento. Intrinseci della qualità delle cure in parodontologia sono certamente i fattori clinici. Una diagnosi accurata, fattori correlati alla scelta e alla competenza con cui vengono eseguite le procedure operative, fattori professionali, fattori ambientali e psicologici svolgono un ruolo rilevante. La qualità delle cure parodontali, e come tale la prognosi, sono quindi influenzate da un'ampia gamma di fattori interconnessi. Un approccio integrato che consideri tutti questi aspetti non solo migliora i risultati clinici, ma promuove anche la salute generale del paziente.

La sicurezza e la qualità delle cure rappresentano elementi fondamentali di tutte le prestazioni sanitarie e sono obiettivi prioritari in ambito di salute. La qualità delle terapie è un tema cruciale di grande attualità in medicina, in chirurgia e in odontoiatria. Per oggettivare il concetto di qualità necessitiamo però di **dimensioni e indicatori** che ci permettano di esprimerla e definirla. Quando si parla di **dimensione della qualità delle cure**, ci si riferisce principalmente a efficacia, sicurezza, accessibilità, continuità e soddisfazione da parte del paziente.

L'efficacia esprime la capacità di un trattamento o di un intervento di produrre i risultati desiderati ed è spesso misurata at-

traverso studi clinici di tipo randomizzato e controllato, nonché suggeriti all'interno di linee guida, laddove si disponga di sufficienti dati e forza di evidenza. Non bisogna dimenticare che l'efficacia deve essere valutabile non solo in termini di esiti clinici ma anche di miglioramento della qualità della vita del paziente.

La sicurezza delle cure si riferisce alla minimizzazione dei rischi e degli eventi avversi durante un trattamento. La consapevolezza del potenziale rischio di errori medici e la conoscenza degli eventi avversi da parte del clinico sono fondamentali per migliorare la sicurezza complessiva delle cure. Di questo aspetto il clinico deve tenere conto nella selezione delle diverse opzioni di trattamento.

L'accessibilità riguarda la disponibilità di servizi sanitari per tutti i pazienti, indipendentemente dalla loro situazione economica, geografica o sociale e include anche la tempestività con cui i pazienti possono accedere alle cure. Per quanto riguarda l'odontoiatria i più recenti dati riferiscono che il 95% delle cure odontoiatriche erogate nel nostro Paese sono di pertinenza libero professionale. Questo dato apre a considerazioni relative alla discriminazione sociale, in quanto sei italiani su dieci non possono accedere alle cure odontoiatriche.

La continuità delle cure si riferisce alla coerenza e alla continuità nella somministrazione delle cure attraverso diversi livelli di assistenza nel tempo. Questo elemento dimensionale è importante per garantire che i pazienti ricevano il follow-up necessario e che le informazioni cliniche siano quanto più possibile condivise tra i fornitori di servizi.

La soddisfazione del paziente, cioè la percezione del paziente riguardo alla qualità delle cure ricevute, è un indicatore importante. La soddisfazione, in effetti, può anche influenzare la risposta e l'aderenza del paziente ai trattamenti.

A proposito invece di **indicatori di qualità delle cure**, ci si riferisce a indicatori strutturali, processuali e di esito.

Gli indicatori strutturali riguardano le caratteristiche delle strutture sanitarie e quindi anche dei nostri studi, nonché delle risorse disponibili, come il numero di personale, le attrezzature e l'infrastruttura.

Gli indicatori processuali si riferiscono invece alle modalità di somministrazione delle cure e ai protocolli seguiti dai professionisti della salute. Ad esempio, la percentuale di pazienti che riceve screening per malattie specifiche o che segue protocolli per la gestione di malattie croniche come la parodontite.

Gli indicatori di esito misurano i risultati finali delle cure quantificabili come miglioramento dei sintomi, della qualità di vita e riduzione delle complicanze.

Una volta elencati dimensioni e indicatori, sono da prendere in analisi i **fattori che influenzano la qualità delle cure**.

La formazione e la competenza del personale sanitario rappresentano elementi imprescindibili per garantire cure di alta qualità. L'adozione di **tecnologie avanzate**, come sistemi informatici per la gestione dei dati dei pazienti, innovative tecnologie diagnostiche e strumenti operativi all'avanguardia possono, se appropriatamente utilizzati, migliorare l'efficacia e la sicurezza delle cure.

Le politiche sanitarie nazionali e locali influenzano l'organizzazione e la disponibilità delle cure, nonché le risorse finanziarie destinate all'assistenza sanitaria. Le cure odontoiatriche non rappresentano una priorità della politica sanitaria pubblica in Italia, così come in molti altri paesi. Solo il 5% delle cure dento-parodontali vengono erogate in ambito pubblico. Costi elevati e insufficiente presa di coscienza dei costi sociali diretti e indiretti della parodontite possono spiegare perlomeno in parte questi dati.

Una cultura organizzativa che promuove la sicurezza, l'apertura alla segnalazione degli errori e il miglioramento continuo è essenziale per garantire la qualità delle cure.

Una comunicazione e collaborazione efficace tra i membri del team di assistenza sani-

La parodontite è la sesta malattia più diffusa al mondo e la prima causa di perdita di denti nell'adulto. La perdita dei denti genera rilevanti deformità dei tessuti duri e molli con tutte le difficoltà che questo comporta in termini di complessità delle cure.



taria e con i pazienti è cruciale. Una buona collaborazione multidisciplinare porta a una gestione più razionale e integrata dei pazienti.

Parlando di qualità delle cure non si devono poi dimenticare i fattori che sostengono **il miglioramento della qualità delle cure**.

PROGRAMMI DI QUALITÀ E SICUREZZA

Gli ospedali e le strutture sanitarie, compresi i nostri studi, dovrebbero implementare programmi specifici per migliorare la qualità e la sicurezza delle cure. Audit clinici, formazione e sensibilizzazione ne rappresentano i pilastri principali. Rilevante è il ruolo rivestito dalle società scientifiche. Il progetto “qualità e sicurezza” realizzato e sostenuto negli ultimi anni dalla Società italiana di parodontologia e implantologia (SIdP) ha avuto come obiettivo primario quello di fornire uno stimolo per migliorare tutti quegli aspetti che hanno un ruolo nella qualità della terapia.

LINEE GUIDA CLINICHE

Sviluppare linee guida cliniche basate su evidenze scientifiche è fondamentale per standardizzare le terapie e per garantire che i pazienti ricevano trattamenti appropriati ed efficaci. La Federazione europea di parodontologia negli ultimi anni ha realizzato la stesura delle linee guida di terapia della parodontite di stadio III e IV. Grazie poi al lavoro della SIdP le linee guida di terapia della parodontite di stadio III sono diventate le prime linee guida ministeriali in ambito odontoiatrico nel nostro Paese. In questo modo odontoiatri e igienisti dentali hanno un modello di comportamento clinico sostenuto dalla migliore evidenza scientifica attualmente disponibile. Tutte le informazioni relative a ciò che è corretto o meno fare, a come e quando farlo sono riportate in un percorso di trattamento che si snoda in fasi successive (stepwise approach).

COINVOLGIMENTO DEL PAZIENTE

Coinvolgere i pazienti nel processo decisionale riguardo alle loro cure e fornire informazioni chiare e comprensibili può migliorare la loro esperienza, la loro aderenza alla terapia, ottenendo risultati più predicibili.

VALUTAZIONE E MONITORAGGIO

Implementare sistemi di monitoraggio per valutare la qualità delle cure e raccogliere dati sugli esiti può aiutare a identificare aree di miglioramento.

Tutti questi elementi ci permettono di condividere che la qualità delle cure in medicina e in odontoiatria, con le loro specifiche peculiarità, rappresenta un argomento molto complesso e multidimensionale. Comprendere e migliorare la qualità della terapia non solo aumenta l'efficacia del trattamento, ma promuove anche la sicurezza e la soddisfazione del paziente. Investire in formazione, tecnologie e politiche sanitarie mirate, così come promuovere una cultura di sicurezza e miglioramento continuo, sono passi fondamentali per garantire che i pazienti ricevano cure di alta qualità.

Tenendo presente tutti gli elementi su esposti proviamo ora a declinare le specificità della qualità delle cure in parodontologia.

1. Fattori clinici

La diagnosi. È “*conditio sine qua non*” e deve essere svolta in modo preciso e completo. Nessuna terapia può prescindere da una diagnosi corretta. Una diagnosi precoce rappresenta il primo passo per un trattamento efficace e una prognosi più predicibile. Le malattie parodontali non sfuggono a questa considerazione. Ritengo pertanto importante sottolineare l'importanza degli strumenti diagnostici. Un'ispezione associata alla capacità di identificare quali indicatori di rischio i segni precoci di infiammazione, come arrossamento e aumento di volume della gengiva, aiuta a intervenire tempestivamente. La sonda parodontale per misurare il grado di infiammazione superficiale, la perdita di livello di attacco, la profondità delle tasche, il coinvolgimento delle biforcazioni, la presenza di infiammazione profonda è uno strumento ancora oggi imprescindibile per la diagnosi parodontale. Le radiografie sono fondamentali per valutare in modo appropriato la perdita ossea e la morfologia dei difetti. L'integrazione dei dati clinici e strumentali ci consente una diagnosi corretta. Tecniche avanzate come la tomografia computerizzata (CBCT) possono fornire informazioni più dettagliate e tridimensionali sulla morfologia ossea. Oggi questo tipo di indagini può trovare indicazione in quelle circostanze in cui la radiologia convenzionale bidimensionale non sia in grado di fornire tutti gli elementi diagnostici utili a selezionare il più appropriato trattamento, come ad esempio nell'analisi di alcuni difetti nei denti multiradicolati.

Anche la classificazione delle malattie parodontali ritengo che delinea, seppure indirettamente, l'importanza non solo della diagnosi “di per sé” ma anche di una diagnosi precoce. Mentre una gengivite o una parodontite di stadio I o II (diagnosi precoce) evidenziano una complessità di trattamento che necessita di conoscenze, competenze e mezzi tecnici di pertinenza del generalista, la parodontite di stadio III (diagnosi tardiva) evidenzia la necessità di una terapia specialistica parodontale. Un ulteriore incremento di difficoltà lo si rileva per la terapia della parodontite di stadio IV, per cui una diagnosi molto tardiva necessita invece di conoscenze, competenze e supporto tecnologico di tipo specialistico multidisciplinare, elevando sensibilmente la complessità della terapia e contestualmente i rischi di possibili insuccessi. Infine, il “grado” di malattia (**grading**), con l'insieme di informazioni che lo caratterizzano, ci fornisce elementi clinici rilevanti per delineare il profilo di rischio prognostico. Prevedere l'evoluzione potenziale della malattia stessa è rilevante in quanto non solo guida le nostre scelte terapeutiche ma anche le modalità e la frequenza con cui il paziente dovrà essere seguito nel tempo al termine del percorso terapeutico attivo.

2. Definizione degli endpoints

Definizione degli endpoints di trattamento: questo è un punto chiave per valutare la predicibilità del trattamento e per identificare la prognosi del paziente. Sulla base di alcuni dati oggi disponibili in letteratura una parodontite controllata, con al massimo 4 tasche residue ≥ 5 mm al termine della terapia attiva, rappresenta un risultato terapeutico raggiungibile in oltre il 50 % di casi. Il raggiungimento di una parodontite stabile (no PPD ≤ 4 mm; no BoP in siti con PD di 4 mm e BoP $<10\%$ dei siti) sembrerebbe raggiungibile solo nel 9% dei pazienti (55% dei siti) trattati con terapia convenzionale, così come gli endpoints di terapia definiti dalle linee guida EFP (no PPD > 4 mm con BoP e no PPD ≥ 6 mm) sarebbero raggiungibili nel 28% dei pazienti (74% dei siti). Parodontite stabile ed endpoints di terapia sembrerebbero quindi obiettivi non facilmente raggiungibili, anche

La qualità delle cure parodontali e come tale la prognosi sono influenzate da un'ampia gamma di fattori interconnessi. Un approccio integrato che consideri tutti questi aspetti non solo migliora i risultati clinici, ma promuove anche la salute generale del paziente.

se il mancato raggiungimento di entrambi questi obiettivi di trattamento non troverebbe un'associazione statisticamente significativa con una maggiore perdita di denti. Il mancato raggiungimento di una parodontite controllata invece sarebbe associato a una maggiore perdita di denti. D'altra parte, però, sappiamo che con l'aumentare della profondità di sondaggio aumenta il rischio di perdita dell'elemento dentale in modo esponenziale. Tutti questi dati vanno quindi letti con estrema cautela e devono essere correttamente circostanziati e interpretati. Mi sembra evidente che debbano altresì essere contestualizzati al piano di trattamento del paziente: la necessità di un utilizzo dei denti come pilastri protesici, ad esempio, rappresenta una differenza rilevante nel definire l'obiettivo di terapia.

3. Comorbidità correlate

Tra gli elementi importanti sottolineerei anche il ruolo delle **comorbidità correlate**. La relazione tra diabete e malattie parodontali è bidirezionale. Il diabete non controllato può aggravare le malattie parodontali e viceversa. Diagnosticare queste correlazioni è fondamentale per un trattamento olistico del paziente. Al contempo va rilevato il ruolo fondamentale dell'odontoiatra nel diagnosticare casi di diabete latente o di prediabete non ancora diagnosticati. Questo importante ruolo di "sanitario di famiglia", che per caratteristiche specifiche ha l'odontoiatra, riguarda anche altre comorbidità come le malattie cardiovascolari su base ateromastica, alcune malattie respiratorie e altre condizioni che possono essere influenzate da una infiammazione sistemica di basso grado prodotta dalla parodontite. L'identificazione "precoce" di possibili comorbidità può essere un elemento di rilievo non solo per la salute loco regionale ma anche per quella sistemica del paziente.

4. Controllo dei fattori di rischio (step I di terapia)

- **Igiene orale:** una strumentazione professionale sovra gengivale non invasiva associata ad una motivazione e un'istruzione personalizzate hanno come obiettivo il controllo del biofilm generando nel paziente la capacità di raggiungere e mantenere un'igiene orale domiciliare corretta. Va sottolineato che il controllo domiciliare del biofilm è un passaggio imprescindibile per un successo terapeutico a lungo termine. Va altresì rilevato che durante lo step I igienista dentale e odontoiatra hanno la possibilità di rendere cosciente il paziente sul suo stato di malattia. Questa "presa di coscienza" genera un percorso virtuoso che assume un valore indispensabile per centrare l'obiettivo di qualsiasi terapia parodontale.
- **Stili di vita:** il ruolo del fumo, sostenuto da una forte evidenza scientifica, ma anche l'alimentazione con una dieta ricca di vitamine (soprattutto vitamina C) e una attività fisica regolare influenzano la salute parodontale condizionando l'insorgenza e la progressione della malattia, l'efficacia e la prognosi delle nostre terapie. Inoltre, va sottolineato il ruolo terapeutico olistico con il suo relativo impatto sociale.
- **Adesione al trattamento:**
 - » **barriere alla compliance:** comprendere le ragioni della mancata adesione, come costi elevati, paura del dentista o semplicemente scarsa preparazione dell'odontoiatra e dell'igienista dentale a fare comprendere l'importanza di una diagnosi precoce o di una terapia, può aiutare a sviluppare un modello professionale migliore. Una comunicazione più professionale, supportata da elementi di conoscenza adeguati, consente una più efficace presa di coscienza da parte del paziente ed è da ritenersi un passaggio importante per migliorare l'aderenza alle terapie;

- » **follow-up:** fare comprendere e percepire l'importanza dei follow-up regolari è fondamentale per incentivare i pazienti a mantenere lo stato di salute raggiunto con la terapia attiva. Senza questa comprensione, il rischio di ripresa della malattia aumenta, mettendo in discussione la prognosi di trattamenti portati a termine con successo.

5. Fattori terapeutici

- **Soluzioni terapeutiche:** terapia non chirurgica: la strumentazione professionale sotto-gengivale (step II) mininvasiva, mirata e sito specifica è essenziale per rendere la radice dentale biocompatibile con il minimo danno a carico dei tessuti duri e dei tessuti molli;
- **terapia chirurgica (step III):** nei casi in cui al termine dello step II rimangano dei siti con una profondità di sondaggio residua ≥ 6 mm si renderanno necessarie altre procedure come una ulteriore strumentazione sottogengivale, la chirurgia ossea conservativa, resettiva o ricostruttiva. Queste diverse opzioni terapeutiche trovano indicazione in base agli elementi diagnostici e prognostici correlati al paziente, al dente e al sito. Di ognuna di queste terapie conosciamo indicazioni e controindicazioni, sappiamo cosa aspettarci in termini di guarigione istologica e clinica e in termini di predicibilità e stabilità dei risultati a lungo termine. Questi fattori sono determinanti nel selezionare quindi la procedura chirurgica più indicata per ciascun singolo difetto di ogni singolo dente inquadrato nel cavo orale di ogni specifico paziente e in relazione alla finalità del piano di terapia. La diagnosi e la prognosi, passando per le diverse fasi e soluzioni terapeutiche, sono quindi strettamente correlate.
- **Il piano di trattamento personalizzato** comporta:
 - » **analisi del paziente:** l'analisi approfondita della storia medica, del quadro clinico al momento della prima visita comparato con quello in fase di rivalutazione (al termine dello step II) e le esigenze del paziente rappresentano i pilastri su cui definire un piano di terapia centrato sul paziente;
 - » **obiettivi di trattamento:** stabilire obiettivi chiari e realistici, definire i possibili rischi, privilegiare il più possibile soluzioni terapeutiche "flessibili", che consentano la possibilità di re-interventi mirati nel corso del tempo, rappresentano un valore non solo durante la fase di terapia attiva ma anche e soprattutto durante la terapia di supporto. È indispensabile che tutte queste criticità e peculiarità vengano condivise e comprese dal paziente.

6. Fattori professionali

- **Formazione ed esperienza del professionista:**
 - » **specializzazione:** i professionisti con formazione specifica in parodontologia hanno una comprensione più profonda delle malattie parodontali e delle possibilità di trattamento. A questo riguardo le Università giocano un ruolo chiave tanto nella qualità della formazione dei corsi di laurea in odontoiatria e in igiene dentale quanto in quella post-laurea. Percorsi di "alta" formazione sono auspicabili ed essenziali per poter offrire gli strumenti adeguati di conoscenza, competenza e ispirazione a coloro che desiderano esercitare una professione in linea con i principi fin qui esposti;
 - » **esperienza pratica:** la pratica clinica e l'esperienza nella gestione di casi complessi "possono" migliorare le capacità diagnostiche e terapeutiche. "Possono" significa che non è sufficiente avere "trattato" tanti casi. L'esperienza clinica si raggiun-

Coinvolgere i pazienti nel processo decisionale riguardo alle loro cure e fornire informazioni chiare e comprensibili può migliorare la loro esperienza, la loro aderenza alla terapia, ottenendo risultati più predicibili.



ge se animati dalla passione verso la professione. Solo disponendo di approfondite conoscenze e competenze assorbite nella “scuola” e sostenuti da una grande attenzione clinica quotidiana, si arriva a saper “vedere” sempre di più e meglio piuttosto che guardare a ciò che si fa tecnicamente.

- **Aggiornamento professionale:**

- » **formazione continua:** la partecipazione a corsi di aggiornamento, conferenze e seminari è fondamentale per rimanere informati sulle innovazioni in ambito scientifico. A questo riguardo sono principalmente le società scientifiche che svolgono un ruolo determinante. Certo è che la SIDP si colloca come una delle società scientifiche tra le più autorevoli e, da sempre, svolge un ruolo centrale nell’ambito della formazione post-laurea in ambito di parodontologia e implantologia;
- » **collaborazione interprofessionale:** anche collaborare con altri professionisti della salute può espandere le conoscenze e le competenze, migliorando la qualità delle cure. In quest’ambito i progetti di ricerca traslazionale, interdisciplinare e i progetti condivisi con le società scientifiche di area medica rappresenta un altro elemento virtuoso.

7.

Fattori Ambientali

- **Accesso ai servizi:**

- » **equità nell’accesso:** è importante garantire che tutti i pazienti, indipendentemente dalla loro posizione geografica o situazione economica, abbiano accesso a cure parodontali di qualità. Questo è uno sforzo che, per quanto possibile, tutti gli attori in campo, dovrebbero cercare di fare. Purtroppo, se anche in Paesi come il nostro possono andare dall’odontoiatra solo 4 persone su 10, significa che il dato dovrebbe essere perlomeno discusso tra le figure istituzionali coinvolte;
- » **telemedicina:** l’uso di tecnologie per la telemedicina potrebbe rappresentare uno strumento in grado di migliorare l’accesso e la continuità delle cure, soprattutto in aree remote.

- **Supporto del team sanitario:**

- » **comunicazione efficace:** la comunicazione aperta tra dentisti, igienisti dentali e altri professionisti sanitari può ottimizzare i percorsi di cura e migliorare l’esperienza del paziente;
- » **formazione del team:** formare il personale sulle pratiche parodontali e sull’importanza della salute orale migliora la qualità del servizio offerto.

8.

Fattori psicologici

Educazione e consapevolezza: educare i pazienti sull’importanza della salute parodontale e sui rischi associati può aumentarne la motivazione a seguire le indicazioni terapeutiche. Trovare soluzioni che consentano di ampliare la conoscenza del problema e istruire sulle modalità per evitarne l’insorgenza rappresenta uno dei punti più rilevanti, se non il più importante, per andare nella direzione di una vera prevenzione. Dal punto di vista sociosanitario la sola prevenzione della gengivite in Italia comporterebbe un risparmio di 36 miliardi di euro in 10 anni (The Economist 2023), e questo mi sembra un dato rilevante anche dal punto di vista politico.

La qualità delle cure parodontali e come tale la prognosi sono influenzate da un’ampia gamma di fattori interconnessi. Un approccio integrato che consideri tutti questi aspetti non solo migliora i risultati clinici, ma promuove anche la salute generale



La collaborazione tra paziente e professionista, insieme a un ambiente di cura accogliente, preparato e sostenibile, è fondamentale per garantire il successo a lungo termine delle cure parodontali. Un'educazione continua, poi, è essenziale per affrontare le sfide emergenti nel campo della cura delle malattie parodontali.

del paziente. La collaborazione tra paziente e professionista, insieme a un ambiente di cura accogliente, preparato e sostenibile, è fondamentale per garantire il successo a lungo termine delle cure parodontali. Un'educazione continua è essenziale per affrontare le sfide emergenti nel campo della cura delle malattie parodontali. Ricordiamo che la parodontite è la sesta malattia più diffusa al mondo e la prima causa di perdita di denti nell'adulto. La perdita dei denti genera rilevanti deformità dei tessuti duri e molli con tutte le difficoltà che questo comporta in termini di complessità delle cure e di conseguente maggiore incertezza prognostica. Certo che la presentazione di un qualsivoglia piano di terapia che non tenga conto di tutti gli aspetti che abbiamo preso in considerazione non può dirsi allineato ai canoni di evidence based medicine e di qualità che la medicina si è data negli ultimi 30 anni.

In fondo, però, l'esercizio della medicina rimane anche un'arte in cui bisognerebbe insegnare non solo a curare ma a "prenderci cura" delle persone, ad amare i nostri pazienti.

QUALITY AND PROGNOSIS OF PERIODONTAL CARE

Abstract

Safety and quality of care are priority objectives in the health sector. In order to be objectified, these require dimensions and indicators to which a series of factors are added that represent their foundations. Training, competence, updated technologies, to which an organizational culture and good multidisciplinary collaboration must be added, are key elements for a rational and integrated management of patients. Essential elements for expressing quality care are the factors that support continuous quality improvement. Developing clinical guidelines, implementing monitoring systems and collecting data on outcomes can help identify areas for improvement. Clinical factors are certainly intrinsic to the quality of care in periodontology. An accurate diagnosis, factors related to the choice and competence with which the operative procedures are performed, professional factors, environmental and psychological factors play a significant role. The quality of periodontal care, and as such the prognosis, are therefore influenced by a wide range of interconnected factors. An integrated approach that considers all these aspects not only improves clinical results, but also promotes the general health of the patient.

Keywords

Quality, safety, prognosis, holistic therapy.

Bibliografia

1. Sicurezza delle cure e governo clinico. La sicurezza delle cure. Ministero della Salute
2. Progress in evidence-based medicine: a quarter century on Djulbegovic B, Guyatt GH. *Lancet*. 2017 Jul 22;390(10092):415-423. doi: 10.1016/S0140-6736(16)31592-6. Epub 2017 Feb 17. PMID: 28215660 Review.
3. Treatment of stage I-III periodontitis-The EFP S3 level clinical practice guideline Sanz M, Herrera D, Kerschull M, Chapple I, Jepsen S, Berglundh T, Sculean A, Tonetti MS; EFP Workshop Participants and Methodological Consultants. *J Clin Periodontol*. 2020 Jul;47 Suppl 22(Suppl 2):4-60. doi: 10.1111/jcpe.13290
4. Treatment of stage IV periodontitis: The EFP S3 level clinical practice guideline. David Herrera, Mariano Sanz, Moritz Kerschull, Søren Jepsen, Anton Sculean, Tord Berglundh, Panos N Papapanou, Iain Chapple, Maurizio S. Tonetti; EFP Workshop Participants and Methodological Consultant *J Clin Periodontol*. 2022 Jun;49 Suppl 24:4-71. doi: 10.1111/jcpe.13639.
5. Prevalence of stable and successfully treated periodontitis subjects and incidence of subsequent tooth loss within supportive periodontal care: A systematic review with meta-analyses V Rattu, D Raindi, G Antonoglou, L Nibali *J Clin Periodontol*. 2023 Oct;50(10):1371-1389. doi: 10.1111/jcpe.13835
6. Time to take gum disease seriously. The societal and economic impact of periodontitis. *The Economist* 2021
7. Endpoints of active periodontal therapy Bruno G. Loos, Ian Needleman *J Clin Periodontol*. 2020 Jul;47 Suppl 22(Suppl 2):61-71. doi: 10.1111/jcpe.13253.
8. Consensus report of the joint workshop of the Italian Society of Diabetology, Italian Society of Periodontology and Implantology, Italian Association of Clinical Diabetologists (SID-SIDP-AMD). Guido Adda, Mario Aimetti, Filippo Citterio, Agostino Consoli, Paolo Di Bartolo, Luca Landi, Luca Lione, Livio Luzi. *Nutrition, Metabolism & Cardiovascular Diseases* (2021) 31, 2515e2525