

DOCUMENTO DI SINTESI

La cura parodontale interprofessionale nello ambulatorio odontoiatrico svizzero

Data: 9 giugno 2023, Versione 1.0

Società Svizzera di Parodontologia (SSP)

Sintesi

La cura parodontale può essere attuata in modo efficiente in un team interprofessionale. Questo documento fornisce una panoramica su come le professioni odontoiatriche nello ambulatorio odontoiatrico svizzero possono attuare congiuntamente i loro compiti individuali e interprofessionali per la profilassi, la terapia e la cura parodontale a lungo termine.

Mentre i dentisti possono delegare la profilassi parodontale, la terapia parodontale non chirurgica e le cure di richiamo all'interno del team dello studio dopo la diagnosi, pur mantenendo la responsabilità del caso, il team deve essere consapevole delle competenze di tutte le professioni odontoiatriche e, in caso di instabilità parodontale, guidare i propri pazienti verso il trattamento indicato. In questo senso, il presente documento descrive i compiti dell'odontoiatra, dell'igienista dentale dipl. SSS e dell'assistente alla profilassi SSO nella cura parodontale e discute le opzioni per trasmettere i pazienti al professionista più appropriato.

Per motivi di migliore leggibilità, le forme linguistiche maschio, femmina e diverso non sono utilizzate contemporaneamente. Tutti i riferimenti alle persone si applicano ugualmente a tutti i generi.

Citazione:

Documento di sintesi: La cura parodontale interprofessionale nello studio dentistico svizzero, Società Svizzera di Parodontologia (SSP), Data: 9 giugno 2023, Versione 1.0. 1–13

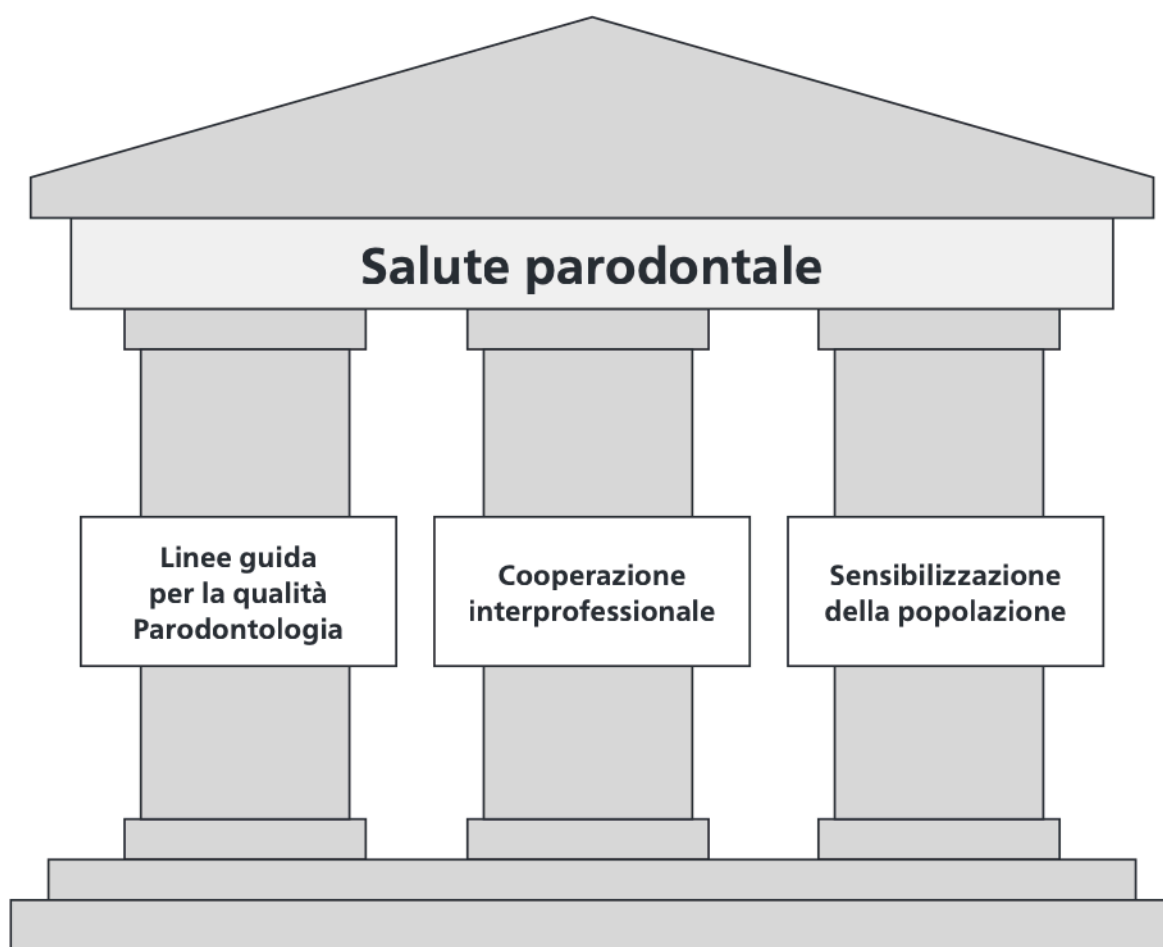
Introduzione

L'istruzione e la formazione delle professioni odontoiatriche nello ambulatorio odontoiatrico svizzero sono regolamentate individualmente. Tuttavia, la presentazione e la discussione della cooperazione interprofessionale nel team dello studio odontoiatrico sono carenti per queste professioni. Il presente documento fornisce una panoramica su come queste professioni possano svolgere insieme i loro compiti individuali e interprofessionali di cura parodontale, tenendo conto delle normative vigenti.

La salute parodontale della popolazione svizzera si basa su 1) misure di cura parodontale nello ambulatorio odontoiatrico secondo le linee guida di qualità odontoiatrica in parodontologia, 2) cooperazione interprofessionale all'interno dell'équipe dello ambulatorio odontoiatrico e 3) sensibilizzazione della popolazione a sottoporsi a controlli regolari nello ambulatorio odontoiatrico e a mettere in pratica le raccomandazioni ivi contenute.

Le linee guida di qualità per la parodontologia della Società Svizzera di Odontoiatria SSO e i relativi criteri di valutazione riguardano le misure diagnostiche e terapeutiche

per la prevenzione e la terapia delle malattie dei tessuti parodontali e periimplantari, nonché la loro cura a lungo termine per la stabilizzazione parodontale e la prevenzione della perdita dei denti (MOMBELLI et al. 2014). Tutte le professioni odontoiatriche del team di ambulatorio sono coinvolte nell'implementazione della *cura parodontale interprofessionale*. Dopo un esame parodontale di base (EBP) da parte dell'odontoiatra o dell'igienista dentale dipl. SSS (ID), i pazienti possono essere trasferiti allo specialista in parodontologia, se necessario. Allo stesso modo, dopo l'esecuzione della terapia parodontale, i pazienti possono essere trasferiti all'interno del team dello ambulatorio a un successivo terapeuta per la fase di richiamo. L'obiettivo della *sensibilizzazione del pubblico* è quello di promuovere la consapevolezza della parodontite e della periimplantite e delle loro conseguenze sulla salute generale. La popolazione viene regolarmente informata dalla stampa quotidiana e dai social media sul modo in cui le professioni odontoiatriche collaborano all'interno del team dello studio e su quale lavoro di cura parodontale viene svolto da chi.



Cura parodontale

La cura dei pazienti con parodontite

Lo screening con l'esame parodontale di base (EPB) consente di rilevare clinicamente l'eventuale presenza di parodontite e fornisce le basi per una valutazione parodontale completa. L'EPB viene eseguito dal dentista o dall'igienista dentale dipl. SSS (ID) con la competenza necessaria per misurare le profondità al sondaggio a partire da 4 mm e per registrare i gradi EBP 3 (profondità al sondaggio: 4–5 mm) e 4 (profondità al sondaggio > 6 mm) dell'esame parodontale di base.

La diagnosi parodontale completa da parte dell'odontoiatra o dell'ID con la misurazione e la documentazione di tutte le profondità al sondaggio parodontale, le recessioni e le forcazioni esistenti, nonché la visualizzazione radiografica dell'osso alveolare nelle aree affette da parodontite, consente la diagnosi, la pianificazione del trattamento, nonché la stima dei costi fino alla rivalutazione parodontale. La stabilità parodontale può essere raggiunta e mantenuta con l'esecuzione della terapia parodontale o nel corso delle cure di richiamo. Ciò richiede un'igiene orale ottimale, un numero minimo di tasche parodontali residue di 4 mm e un grado minimo di infiammazione gengivale.

La stabilità parodontale viene rivalutata a tutti gli appuntamenti nella fase di richiamo. I risultati minimi della valutazione della stabilità parodontale comprendono la misurazione delle tasche parodontali residue da parte del dentista o dell'ID e la valutazione del grado di infiammazione. Gli intervalli di richiamo sono ridotti a un minimo di tre mesi se il grado di infiammazione è elevato ed estesi a un massimo di sei mesi se il numero di tasche residue è minimo e i fattori di rischio parodontale sono ridotti in modo ottimale. Di conseguenza, i pazienti affetti da parodontite vengono seguiti almeno due volte l'anno durante il richiamo e ricevono un'ulteriore terapia secondo le indicazioni.

In casi di parodontite avanzata, i pazienti possono essere indirizzati dal dentista generalista allo specialista in parodontologia già dopo la diagnosi iniziale, dopo la fine della terapia attiva o nel corso delle cure di richiamo. Dopo l'esecuzione della terapia parodontale, lo specialista in parodontologia ritrasmette il paziente al dentista generalista per ulteriori cure di richiamo.

La cura dei pazienti parodontalmente sani e dei pazienti con gengivite

I pazienti sani dal punto di vista parodontale e i pazienti con gengivite valutata allo screening con profondità di sondaggio di 3 mm o meno ed esame parodontale di base di grado 0, 1 o 2 vengono seguiti periodicamente con sessioni di profilassi. La profilassi parodontale si concentra sulla minimizzazione della gengivite attraverso il mantenimento di una buona igiene orale e sessioni regolari di profilassi con pulizia professionale dei denti e motivazione e istruzioni sull'igiene orale ottimale. I pazienti vengono inoltre controllati annualmente dal dentista o dalla ID per confermare il mantenimento della salute parodontale. Poiché pazienti dopo anni di sedute di profilassi possono sviluppare la parodontite in età adulta (KASSEBAUM et al. 2014), è di particolare importanza valutare periodicamente l'insorgere della parodontite e la collaborazione interprofessionale tra l'assistente alla profilassi SSO (AP) e l'odontoiatra o l'ID.

Cooperazione interprofessionale

L'implementazione della collaborazione interprofessionale nella cura parodontale richiede la conoscenza delle competenze di tutti gli odontoiatri. Indirizzando i pazienti ai professionisti più appropriati all'interno del team dello studio, è possibile ridurre i tempi di trattamento ed evitare errori di trattamento.

La tabella seguente elenca le professioni odontoiatriche e le loro responsabilità nella cura parodontale. Le zone di colore più scuro indicano un maggior peso di queste responsabilità. In uno studio dentistico senza assistente alla profilassi SSO (SP), l'igienista dentale dipl. SSS (ID) assume le sue responsabilità. In assenza di un'ID ma in presenza di un'AP, il dentista assume le responsabilità dell'ID.

La cooperazione interprofessionale nell'équipe dello studio dentistico consente il trasferimento interno dei pazienti al professionista più appropriato. Mentre l'odontoiatra mantiene la cosiddetta responsabilità del caso dopo il trasferimento, cioè la responsabilità legale per la diagnosi effettuata e la cura parodontale indicata, il ID e il AP assumono tutti i compiti per i quali sono stati appositamente formati.

Questi compiti saranno presentati e discussi di seguito in relazione alle cure parodontali interprofessionali.

	Screening	Diagnostica	Profilassi	Terapia	Fase di richiamo
D	EPB ed invio a DSP se necessario	Diagnosi parodontale	Profilassi (terapia della gengivite)	Terapia della parodontite con rivalutazione ed invio a DSP se necessario	Cura di richiamo
ID	EPB ed invio a DSP se necessario	Diagnosi parodontale	Profilassi (terapia della gengivite)	Terapia parodontale non-chirurgica con rivalutazione ed invio a DSP se necessario	Cura di richiamo
AP	Nessun screening	Controllo dell'igiene orale ed rilevamento dell'indice gengivale dopo esame parodontale di base da parte di dentista o ID Consulto con dentista o ID se si rileva un aumento della profondità al sondaggio o si identificano alterazioni patologiche attorno ad impianti	Profilassi (terapia della gengivite)	Nessuna terapia della parodontite	Cura di richiamo Consulto con dentista o ID se si rileva un aumento della profondità al sondaggio o si identificano alterazioni patologiche attorno ad impianti
DSP	EPB	Diagnosi parodontale		Terapia parodontale e rivalutazione	Cura di richiamo o invio a dentista o ID

D: Dentista, ID: Igienista dentale dipl. SSS, AP: Assistente alla profilassi SSO, DSP: Dentista specialista in parodontologia, EPB: Esame parodontale di base, MHI: Indice di igiene orale, GI: Indice gengivale

I compiti profilattici e terapeutici dell'odontoiatra in ambito parodontale

I dentisti formati in Svizzera completano i loro studi quinquennali di odontoiatria presso un'università svizzera in un programma di Bachelor triennale (6 semestri, 180 crediti ECTS) e di Master biennale (4 semestri, 120 crediti ECTS). Al termine degli studi universitari, le università di Basilea, Berna, Ginevra e Zurigo rilasciano il titolo accademico di «Master of Dental Medicine», abbreviato in «M Dent Med» o MDM, che legittima l'accesso all'esame federale di medicina dentale. (FACOLTÀ DI MEDICINA NA DELL'UNIVERSITÀ DI BASILEA 2023, FACOLTÀ DI MEDICINA DELL'UNIVERSITÀ DI BERNA 2023, FACOLTÀ DI MEDICINA DELL'UNIVERSITÀ DI GINEVRA 2023, FACOLTÀ DI MEDICINA DELL'UNIVERSITÀ DI ZURIGO 2023). Dopo il superamento di questo esame, l'Ufficio federale della sanità pubblica (UFSP) conferisce il titolo aggiuntivo di «Odontoiatra qualificato a livello federale» ai sensi della Legge federale sulle professioni mediche (LPMed). (UFFICIO FEDERALE DELLA SANITÀ PUBBLICA (UFSP) 2023).

La formazione universitaria in parodontologia si basa sulle conoscenze acquisite nelle materie mediche di base del programma di bachelor e comprende gli aspetti teorici e clinici, che vengono insegnati e approfonditi nel programma biennale di master attraverso lezioni, corsi pratici e corsi clinici su pazienti. In parodontologia, i dentisti acquisiscono tutte le competenze diagnostiche necessarie per la valutazione critica del caso e la pianificazione del trattamento, nonché tutti i trattamenti clinici indicati utilizzati nella profilassi, nella terapia parodontale iniziale e nella cura parodontale a lungo termine (recall). Dopo gli studi universitari, i dentisti possono a loro volta seguire una formazione complementare di tre anni presso le quattro cliniche universitarie di odontoiatria in Svizzera per diventare specialisti in parodontologia. Questo perfezionamento, riconosciuto anche a livello federale, comprende la diagnostica e la pianificazione del trattamento dei casi di parodontologia grave, nonché il loro trattamento nell'ambito dell'intero spettro della parodontologia e dell'implantologia.

I dentisti sono soggetti all'obbligo di formazione continua di 80 ore all'anno e pertanto partecipano regolarmente a eventi di formazione continua in materia di parodontologia, come la riunione annuale della Società svizzera di parodontologia (SSP), il congresso annuale dell'Associazione svizzera dei dentisti (SSO) o altri eventi di formazione continua.

I dentisti si assumono la responsabilità del caso nel team dello studio dentistico per le cure che accettano e mantengono questa responsabilità anche se passano i pazienti all'igienista dentale dipl. SSS (ID) o all'assistente di profilassi SSO (AP) all'interno del team dello studio. Idealmente, i

dentisti creano un concetto di studio in collaborazione con il proprio team di studio che organizza la cooperazione interprofessionale in tutti i trattamenti parodontali come una linea guida separata e ottimizza il trasferimento dei pazienti all'interno del proprio studio mantenendo la responsabilità del caso.

I compiti di profilassi e terapia parodontale dell'igienista dentale dipl. SSS

L'igienista dentale dipl. SSS (ID) acquisisce le sue competenze in seguito alla formazione triennale (circa 5400 ore di formazione) presso un istituto tecnico superiore (SSS), basato su un apprendistato professionale o su un diploma di maturità. Il titolo professionale è «igienista dentale dipl. SSS» / «igienista dentale dipl. SSS». (ODASANTÉ – ORGANIZZAZIONE NAZIONALE DEL MONDO DEL LAVORO NELLA SANITÀ E ASSOCIAZIONE DEI CENTRI SVIZZERI DI FORMAZIONE SANITARIA (BGS) 2021).

I compiti della ID stabiliti nel curriculum sono completi e comprendono in gran parte gli aspetti funzionali dentali, parodontali, stomatologici e masticatori, nonché quelli protesici relativi alla cura dei denti. In questo documento, sono descritti in modo più dettagliato gli aspetti parodontali del lavoro di una ID. La sezione seguente ha quindi lo scopo di presentare l'attuale curriculum della ID in relazione alla cura parodontale interprofessionale nello studio dentistico e di elaborare ulteriormente le competenze menzionate nel curriculum a tale proposito.

La ID riconosce le alterazioni patologiche dei denti, del parodonto, degli impianti dentali e della mucosa orale. Da ciò derivano le misure profilattiche e terapeutiche. Essa ha il compito di informare i pazienti sulle cause delle malattie, sulle loro conseguenze e sulle opzioni di trattamento. La ID possiede le conoscenze che le consentono di riconoscere le manifestazioni orali delle malattie mediche generali e conosce gli effetti negativi della parodontite sulla salute generale. Essa l'obbligo di consultare il dentista o il medico per chiarimenti su situazioni che esulino dalla sua area di competenza.

La ID consiglia e cura persone sane e con problemi medici di tutte le età e con diversi background socio-culturali. La ID è in grado di stabilire una relazione terapeutica a lungo termine con i suoi pazienti, che ha un'influenza nel promuovere la cooperazione e il cambiamento comportamentale. Nel suo campo di specializzazione, è anche in grado di assumere responsabilità di leadership e di istruzione nell'ambito della pratica clinica in essere oltre che di delegare e valutare compiti organizzativi, legati all'igiene dentale o alla profilassi.

Come indicato nel curriculum, la ID svolge i compiti menzionati e descritti di seguito in modo indipendente.

Prevenzione

La ID identifica la necessità di mantenere la salute orale dei propri pazienti e di assumerne la co-responsabilità. La ID sviluppa autonomamente concetti di prevenzione e li applica in programmi di apprendimento e promozione con i pazienti dello studio dentistico, le loro famiglie e diversi gruppi target della popolazione.

Anamnesi e risultati diagnostici

La ID esegue le anamnesi pertinenti per i pazienti con e senza rischi medici o dentali sotto la propria responsabilità e nell'ambito delle proprie competenze. Tali anamnesi comprendono le anamnesi sociali, mediche generali e odontoiatriche nonché, per interrogare il comportamento del paziente, l'anamnesi sull'igiene orale domiciliare e – soprattutto per la cura parodontale – sulla motivazione a modificare la dieta o l'eventuale consumo di tabacco.

Nell'esame intraorale, la ID identifica e denomina le alterazioni patologiche nella sostanza dentale dura (ad esempio carie o erosioni), del parodonto (ad esempio gengivite o parodontite), intorno agli impianti (ad esempio mucosite peri-implantare o peri-implantite) e nella mucosa orale (ad esempio leucoplachia).

Per la valutazione clinica della salute parodontale, la ID esegue l'esame parodontale di base (EPB) quindi lo screening parodontale è sotto la propria responsabilità. Sulla base della sua valutazione, la ID esegue autonomamente le fasi successive della diagnosi parodontale. Ciò include la valutazione gengivale o la valutazione della mucosa intorno agli impianti orali, nonché lo stato parodontale intorno ai denti e agli impianti orali, che può essere indicato, con l'indagine completa della valutazione delle profondità di sondaggio, delle recessioni gengivali e del livello di attacco clinico in diversi punti per dente, nonché la determinazione della mobilità dentale (MILLER 1950) e la registrazione dei denti affetti da compromissione della forzazione (HAMP et al. 1975). Secondo Lang e colleghi (1986), la ID registra il grado di infiammazione parodontale attraverso il sanguinamento al sondaggio (BOP), cioè il numero di i siti sanguinanti come percentuale di tutti i siti esistenti intorno ai denti e agli impianti dentali. (LANG et al. 1986). La forza massima di sondaggio utilizzata intorno ai denti non dovrebbe superare gli 0,25 N sia nei pazienti parodontalmente sani che in quelli con un parodonto ridotto. (KARAYIANNIS et al. 1992, LANG et al. 1991). L'esame clinico delle tasche perimplantari può essere difficile e persino doloroso a seconda della ricostruzione presenti. Inoltre, la forza di sondaggio non dovrebbe superare gli 0,15 N, in modo che l'eventuale sanguinamento al sondaggio possa rilevare lo stato di mucosite peri-implantare (GERBER et al. 2009). L'eccessivo sanguinamento è impor-

tante in questo scenario, perché un sanguinamento puntiforme o diffuso possono verificarsi anche intorno ad impianti sani.

La ID riconosce autonomamente la necessità di radiografie, le suggerisce, qualora necessarie e le prepara in accordo con il dentista. La ID interpreta le radiografie, comprese le ortopantomografie (OPT), identifica e denomina le alterazioni dei denti, degli impianti dentali, e prende le decisioni appropriate per la pianificazione del trattamento di igiene dentale e della terapia insieme al paziente. Per ulteriori chiarimenti diagnostici e terapie, la ID consulta il dentista o altri specialisti..

Interpretazione dei risultati e pianificazione del trattamento

La ID valuta i risultati clinici, comprese le immagini radiografiche, e prepara una sintesi di piano di trattamento e cura a lungo termine dal punto di vista dell'igiene dentale tenendo conto dei fattori di rischio medici e dentali (vedi curriculum, competenza 3.3: Interpretazione dei risultati, pagina 19). Dopo gli opportuni chiarimenti con il dentista, avvia, se necessario, ulteriori processi di trattamento interprofessionale al di fuori del suo campo di attività, come il rinvio per ulteriori chiarimenti stomatologici.

Comunicazione e motivazione al cambiamento di comportamento

Nella responsabilità personale assegnatale dal titolare dello studio, la ID lavora tra le esigenze di stabilizzazione della salute orale da un lato e le possibilità dei suoi pazienti dall'altro. Nel comunicare con i suoi pazienti, la ID mira a stabilire e mantenere un rapporto di fiducia a lungo termine. A tal fine, la ID utilizza metodi psicologici adeguati al gruppo target, come il colloquio motivazionale (MI) secondo Miller e Rollnick (2002), per consentire ai pazienti di contribuire al miglioramento della propria salute orale con l'aiuto delle proprie risorse. (MILLER E ROLLNICK 2002). La ID accompagna e sostiene i pazienti nell'applicazione costante del nuovo comportamento appreso e modificato.

Misure e strumenti terapeutici

La ID esegue la cura parodontale sulla base del piano di trattamento dell'igiene dentale preparato individualmente. Nei pazienti parodontalmente sani o con gengivite, le misure della ID sono finalizzate alla profilassi. In questi casi il trattamento si concentra sull'esecuzione di una seduta di igiene professionale dei denti con rimozione della placca sopragengivale, delle discromie, sulla profilassi degli impianti dentali e sul supporto comportamentale per ridurre i fattori di rischio esistenti.

Nei pazienti con parodontite o periimplantite, l'attenzione del trattamento si sposta sulla terapia iniziale (non chirurgica). In questo caso, la ID sceglie gli strumenti più adeguati per garantire un'accurata pulizia sopra e subgingivale anche in condizioni difficili. La rimozione dei depositi duri e molli sulle superfici dentali viene effettuata mediante detartrasi e levigatura radicolare, a volte anche subgingivale (detartrasi profonda), quando l'anatomia radicolare non è prevedibile in ogni dettaglio e non è disponibile un accesso visivo. In questa fase della terapia parodontale, la ID esegue anche la rimozione dei sovracontorni e la lucidatura delle otturazioni. In consultazione e collaborazione con il dentista, la ID esegue anche la terapia non chirurgica della peri-implantite.

La ID ha a disposizione i seguenti strumenti per la pulizia professionale dei denti: 1) strumenti manuali (curette e ablatori per le tecniche di levigatura necessarie), 2) dispositivi a ultrasuoni per la rimozione della placca sopra e subgingivale, nonché dispositivi per la depurazione meccanica delle forcazioni, 3) dispositivi a getto di polvere per la rimozione della placca sopragengivale e con attacchi (ugelli) per la rimozione subgingivale della placca molli, 4) curette in fibra di carbonio per la depurazione delle superfici implantari e 5) manipoli a contrangolo con strumenti dedicati per la rimozione dei sovracontorni e per la lucidatura delle otturazioni.

Dopo aver completato il necessario corso di perfezionamento, la ID può eseguire l'anestesia terminale prescritta e supervisionata dal dentista e utilizzarla nelle situazioni cliniche appropriate.

Rivalutazione

Alla rivalutazione, 6–8 settimane dopo il completamento della terapia parodontale iniziale, la ID valuta l'eventuale infiammazione locale o generalizzata residua sulla base dei risultati clinici e anamnestici. In consultazione con l'odontoiatra, decide se è necessario effettuare ulteriori trattamenti con istruzioni di igiene orale e disinfezione o se è necessario adottare ulteriori misure odontoiatriche. L'obiettivo del trattamento della ID in questa fase è garantire che la parodontite o la periimplantite non progrediscono ulteriormente e che il suo impatto negativo sulla salute generale possa essere ridotto.

Cura parodontale a lungo termine (follow-up, richiami)

La ID si occupa autonomamente dell'organizzazione, della pianificazione e dell'attuazione dell'assistenza di follow-up (richiamo) dei pazienti che gli sono stati affidati. La ID determina l'intervallo di richiamo sulla base delle necessità e ne assicura l'attuazione.

Durante l'esecuzione delle cure di follow-up, la ID esegue le analisi cliniche parodontali in modo indipendente e sotto la propria responsabilità, dopo aver raccolto l'anamnesi generale. Le analisi cliniche comprendono la valutazione dell'igiene orale, la misurazione delle tasche parodontali residue su tutti i denti e sugli impianti dentali, nonché la determinazione quantitativa dell'infiammazione parodontale, la percentuale di sanguinamento al sondaggio (BOP%). Vengono inoltre registrati i dati relativi ad eventuali recessioni, forcazioni e la mobilità dentale. Infine, viene determinato lo stato dei fattori di rischio e i pazienti vengono motivati a ridurre al minimo i rischi con attività di counseling.

L'ID esegue autonomamente la pulizia professionale dei denti secondo le indicazioni. I punti con sanguinamento o placca sondabile vengono depurati. Se indicato, l'ID applica anche metodi di terapia fotodinamica (PDT) intorno a denti e impianti. (LULIC et al. 2009, METTRAUX & HUSLER 2011, METTRAUX et al. 2016)..

Dopo aver consultato il dentista, l'ID esegue un'adeguata cura perimplantare per gli impianti orali secondo la procedura CIST descritta da Lang e collaboratori (2000). (LANG et al. 2000).

Altre competenze

Nella cura parodontale, ulteriori lavori aggiuntivi, come la rimozione delle suture o altri controlli parodontali, possono essere eseguiti dall'ID secondo le istruzioni del dentista.

Ulteriori aspetti interprofessionali dei compiti dell'ID

L'ID si assume la responsabilità personale di una comunicazione funzionante tra pazienti, dentisti e altri professionisti, nonché di una collaborazione cooperativa, costruttiva ed efficiente. In un contesto interprofessionale, l'ID rappresenta gli interessi dei propri pazienti per quanto riguarda la cura ottimale dell'igiene dentale ed è coinvolto nello sviluppo e nel supporto di concetti pratici in questa direzione.

Per il successo dell'implementazione della cura parodontale nello studio dentistico, l'ID può determinare il numero necessario di appuntamenti per tutti i trattamenti e la loro durata minima. Inoltre, può pianificare il trattamento parodontale completo indicato e offrire ai suoi pazienti la condivisione del lavoro con l'assistente alla profilassi, in accordo con il titolare dello studio. In questi casi, l'assistente alla profilassi esegue la pulizia dentale professionale sopragengivale e le istruzioni di igiene orale, mentre l'ID completa la depurazione con la pulizia dentale sottogengivale tempestivamente, ad esempio nello stesso appuntamento.

I compiti di profilassi parodontale dell'assistente di profilassi SSO

L'assistente dentale (AD) può acquisire il certificato di specializzazione per «assistente alla profilassi SSO» o «assistente alla profilassi SSO» (AP) in un corso di formazione continua SSO presso una scuola di formazione continua riconosciuta SSO in un periodo di 9–11 mesi (circa 350 ore di formazione). (ASSOCIAZIONE SVIZZERA DEI DENTISTI SSO 2022). È vietato l'impiego di un assistente dentale dedicato alla profilassi senza un corso di formazione continua SSO.

Nel suo lavoro quotidiano, l'assistente alla profilassi si occupa sia degli aspetti odontoiatrici che di quelli parodontali e collabora anche ad azioni di profilassi, ad esempio nelle scuole o nei ricoveri. Tuttavia, questo documento di sintesi si concentra principalmente sugli aspetti parodontali del lavoro dell'assistente alla profilassi. La sezione che segue ha quindi lo scopo di integrare l'attuale regolamento di perfezionamento SSO per l'assistente di profilassi SSO per quanto riguarda la cura parodontale interprofessionale nello studio odontoiatrico e di descriverne ulteriormente i compiti menzionati nella sezione 2.

Come indicato nel Regolamento per la Formazione Continua SSO, l'assistente alla profilassi svolge i compiti menzionati e descritti di seguito sotto la direzione, la responsabilità e in presenza dell'odontoiatra:

Valutazione dell'igiene orale

La valutazione regolare dell'igiene orale da parte dell'assistente alla profilassi è un passo essenziale nella prevenzione di tutte le malattie parodontali. La sua valutazione con l'ausilio di rivelatori viene utilizzata per l'istruzione all'igiene orale e per motivare e aumentare l'autoefficacia di tutti i pazienti.

Valutazione dell'infiammazione gengivale

In parodontologia sono già stati sviluppati diversi indici gengivali per la valutazione dell'infiammazione gengivale e sono stati implementati nella pratica clinica. Tre indici in particolare sono disponibili per gli indici gengivali menzionati nella sezione 2.1.2 del Regolamento per la Formazione Continua SSO. L'indice di sanguinamento del solco secondo Mühlemann e Son (1971) o l'indice di sanguinamento della papilla secondo Saxer e Mühlemann (1975) sono utilizzati per determinare la percentuale di infiammazione gengivale e per motivare i pazienti alla profilassi (MÜHLEMANN & SON 1971, SAXER & MÜHLEMANN 1975). Un altro indice gengivale è stato descritto per la prima volta da Ainamo & Bay (1975) e consiste nel sondare il solco gengivale in alcuni punti con una sonda parodontale a

una profondità massima di 3 mm. (AINAMO & BAY 1975). La comparsa di sanguinamento al sondaggio dal solco gengivale viene interpretata come infiammazione gengivale. Gli indici gengivali sono utilizzati dall'assistente alla profilassi per registrare topograficamente e quantitativamente l'estensione della gengivite.

Al contrario, nei pazienti con parodontite, l'odontoiatra o l'ID registrano l'indice parodontale «bleeding on probing» (BOP) secondo Lang e collaboratori (1986), che può documentare il sanguinamento al sondaggio fino al fondo della tasca parodontale presentando sia topograficamente che quantitativamente l'infiammazione parodontale (LANG et al. 1986).

Rilevamento di profondità di sondaggio maggiori

Il riconoscimento dell'incremento della profondità di sondaggio mediante una sonda parodontale, come indicato nel Regolamento per la Formazione Continua SSO al punto 2.1.3, si riferisce all'identificazione dicotomica di una profondità di sondaggio superiore a 3 mm, che porta l'assistente alla profilassi a chiamare l'odontoiatra o l'ID e a informarli del sito interessato. L'esame clinico supplementare del sito o dei siti interessati da parte dell'odontoiatra o dell'ID consente di formulare la diagnosi necessaria e di decidere come procedere nel caso specifico in base alle indicazioni.

Quando si registra l'indice gengivale secondo Ainamo & Bay (1975) con la sonda parodontale, l'assistente alla profilassi penetra nel solco gengivale fino a un massimo di 3 mm in sei punti per dente. Non appena è possibile sondare oltre questo valore massimo, si presume una perdita di attacco, cioè una perdita dell'apparato di supporto parodontale. Per l'assistente alla profilassi è quindi possibile rilevare un aumento della profondità di sondaggio di oltre 3 mm nei risultati clinici in modo dicotomico. Questo risultato viene registrato come «>3 mm» e segnalato al dentista o all'ID. La misurazione di una tasca parodontale e la registrazione metrica della profondità di sondaggio clinica vengono effettuate solo dal dentista o dall'ID.

Di conseguenza, l'assistente alla profilassi non esegue una misurazione metrica delle profondità di sondaggio parodontale. Tuttavia, registrerà l'osservazione che un sito parodontale ha categoricamente una profondità di sondaggio superiore a 3 mm e coinvolgerà il dentista o l'ID. Per consentire di ottenere sistematicamente la documentazione dei risultati della valutazione parodontale e, se necessario, di trasmetterla per iscritto, è disponibile il seguente schema: i sestanti con siti parodontali superiori a 3 mm vengono spuntati e i denti interessati e i relativi siti vengono scritti nella riga sottostante lo schema:

X	X	
		X
ST>3 mm:	14(mb), 12(mp), 36(db)	

In alternativa, le posizioni di questi reperti parodontali con profondità di sondaggio elevate (ST) possono essere comunicate nelle cartelle cliniche senza uno schema con: **ST>3 mm: 14(mb), 12(mp), 36(db)**.

L'aumento della profondità di sondaggio di «>3 mm» viene rilevato durante la raccolta dell'indice gengivale. Il riscontro di «>3 mm» da parte dell'assistente alla profilassi non porta a una diagnosi di parodontite, ma porta alla misurazione della profondità di sondaggio da parte del dentista o dell'ID e, infine, alla diagnosi da parte del dentista.

Rilevare e registrare i siti di ritenzione della placca e la presenza di tartaro

Quando si registrano i risultati, le aree con presenza di tartaro e altri siti di ritenzione di placca identificati dall'assistente alla profilassi vengono registrati nella cartella clinica del paziente in base all'indice di ritenzione secondo Løe (1967). (LØE 1967). Anche i margini di ricostruzione difettosi degli impianti dentali nell'area della mucosa marginale possono essere rilevati e registrati.

La registrazione dei siti di ritenzione della placca e della presenza di tartaro con le lettere «R» o «T» può essere effettuata secondo lo schema già illustrato in precedenza:

X R	X	R
	ZS	X
ST>3 mm:	14(mb), 12(mp), 36(db)	
R:	14(m), 26(m)	
ZS:	33–45(l)	

Riconoscimento di alterazioni patologiche intorno agli impianti orali

Nel controllo dell'igiene orale, l'assistente alla profilassi registra depositi di placca visivamente riconoscibili o colorabili sulle ricostruzioni o sugli impianti. Rileva anche arrossamenti e gonfiori della mucosa perimplantare e, durante l'ispezione con la sonda parodontale, rileva la fuoriuscita di pus dal solco perimplantare. Rileva inoltre una fistola paramarginale intorno all'impianto orale e registra l'eventuale mobilità delle ricostruzioni o degli impianti.

L'assistente alla profilassi non misura le profondità di sondaggio intorno agli impianti orali. Non utilizza il rilevamento sopra descritto di profondità di sondaggio maggiori di 3 mm per gli impianti orali. Nella sua area di competenza, è consigliabile utilizzare l'indice di sanguinamento del solco modificato descritto da Mombelli e colleghi (1987) per rilevare l'infiammazione perimplantare. Dopo l'ispezione con sonda parodontale, ampie linee di sangue nel solco peri-implantare o un eccessivo sanguinamento sono considerati segni di mucosite. (MOMBELLI et al. 1987).

Il rilevamento di alterazioni patologiche intorno agli impianti orali da parte dell'assistente alla profilassi non porterà alla diagnosi di mucosite perimplantare o peri-implantite, ma porterà alla registrazione dei risultati da parte del dentista o dell'ID e alla formulazione di una diagnosi da parte del dentista.

La registrazione delle alterazioni patologiche intorno agli impianti orali con la lettera «I» può essere effettuata nello stesso modo dello schema già illustrato in precedenza:

X R	X	I R
	ZS	X
ST>3 mm:	14(mb), 12(mp), 36(db)	
R:	14(m), 26(m)	
ZS:	33–45(l)	
I:	24	

Radiografie

L'esecuzione ordinata di radiografie da parte dell'assistente alla profilassi è una parte indispensabile della diagnostica parodontale e perimplantare. L'interpretazione di queste radiografie è affidata al dentista o all'ID.

Motivazione e istruzione del paziente

L'assistente alla profilassi istruisce i propri pazienti sulle cause e sulla progressione della carie e della malattia parodontale. Motiva i suoi pazienti ad apportare cambiamenti comportamentali di profilassi parodontale, per esempio attuando l'intervento puntuale sul tabacco (RAMSEIER et al. 2007) o la consegna di semplici raccomandazioni dietetiche. L'istruzione all'igiene orale è adattata alle circostanze individuali del paziente, e l'assistente alla profilassi ha a disposizione gli stessi strumenti per l'istruzione che sono accessibili anche ai suoi pazienti.

Misure e strumenti pratici di profilassi

Il AP rimuove la placca e il tartaro sopragengivale e le discromie. La rimozione della placca subgingivale è espressamente vietata. Per la pulizia professionale dei denti, l'assistente alla profilassi utilizza scaler ma non curette. Per la depurazione meccanica, utilizza un dispositivo a ultrasuoni con punte per la rimozione della placca sopragengivale.

L'assistente alla profilassi non deve lucidare vecchie otturazioni o rimuovere gli eccessi. È vietato l'uso di strumenti di rifinitura e lucidatura e di contrangoli ad alta velocità.

Dopo la pulizia meccanica dei denti, l'assistente alla profilassi lucida le superfici dentali precedentemente pulite con manipoli e spazzole contrangolari a bassa velocità, lucidatori di gomma e pasta lucidante. Successivamente, applica localmente il fluoro per la profilassi della carie, secondo le istruzioni.

Dopo aver completato l'appropriato corso di perfezionamento o dopo un ulteriore addestramento in base alle normative vigenti, l'assistente alla profilassi può utilizzare anche dispositivi a getto d'acqua in polvere. Per tutte le applicazioni di questi dispositivi, sia intorno ai denti sia intorno agli impianti orali, l'assistente alla profilassi deve considerare i rischi di sviluppo di enfisema (BASSETTI et al. 2014).

Assistenza post-terapia

All'inizio di tutti gli appuntamenti di follow-up e dopo aver esaminato gli aspetti medici generali, l'assistente di poliambulatorio (PA) esegue le sue valutazioni in analogia con le analisi cliniche che le sono consentite. In questo modo, controlla e monitora il programma di igiene orale individuale dei suoi pazienti, fornisce nuove istruzioni, motiva ulteriormente il cambiamento comportamentale o conferma il comportamento ottimale del paziente per aumentare ulteriormente la sua autoefficacia.

Dopo l'attuazione di tutte le misure di profilassi, la PA determina l'intervallo di ulteriori cure di follow-up dopo aver consultato il ID o il dentista.

Altri aspetti interprofessionali dei compiti del AP

Il AP effettua la valutazione clinica parodontale mediante l'igiene orale e l'indice gengivale su pazienti che sono già stati sottoposti a screening dal dentista o dal ID con un esame parodontale di base (EPB). Di conseguenza, la PA non esegue lo screening mediante EPB e il triage parodontale dei pazienti a lei indirizzati. I risultati parodontali dell'AP non confermano quindi la salute parodontale o la malattia parodontale. L'igiene orale e gli indici gengivali

dell'AP servono a motivare il paziente e, in presenza di una maggiore profondità di sondaggio rilevata dall'AP, a giustificare l'ulteriore visita del paziente da parte del dentista o del ID.

Il fatto che la AP sia in grado di rilevare anche le alterazioni patologiche intorno agli impianti orali, oltre a rilevare l'aumento della profondità di sondaggio, significa che la trasmissione del paziente interessato al ID o al dentista è di importanza centrale.

Discussione sulla distribuzione dei compiti nel team di pratica

Un'unità di dottrina nell'équipe di ambulatorio odontoiatrico consente l'attuazione coordinata della cura parodontale interprofessionale nell'intera équipe. Le regolari discussioni in équipe consentono inoltre di standardizzare, ottimizzare e, se del caso, semplificare continuamente le procedure interprofessionali nella pratica quotidiana.

Trasferimento di pazienti tra dentista e igienista dentale dipl. SSS

L'igienista dentale dipl. SSS (ID) supporta l'odontoiatra effettuando lo screening parodontale, la diagnosi parodontale, la terapia parodontale iniziale (non chirurgica) con rivalutazione e follow-up (richiamo).

I pazienti affetti da parodontite sono seguiti dal ID durante il follow-up parodontale. Consultazioni regolari tra il dentista e il ID consentono di ottimizzare gli intervalli di richiamo, di valutare le terapie parodontali aggiuntive indicate e di prendere le misure necessarie in caso di emergenze parodontali.

Trasferimento dei pazienti tra dentista e assistente di profilassi SSO

L'assistente alla profilassi SSO (AP) prende in consegna dal dentista i pazienti sani e con gengivite per l'attuazione regolare delle misure di profilassi. Per effettuare la motivazione dei pazienti, il AP di solito raccoglie annualmente gli indici di placca e gengivali, che vengono messi a disposizione dell'intero team dello studio.

Dopo aver determinato un aumento della profondità di sondaggio superiore a 3 mm, il dentista o il ID vengono chiamati per misurare la profondità di sondaggio. I pazienti giudicati instabili dal punto di vista parodontale vengono immediatamente indirizzati dal AP all'ID o al dentista.

Quando si effettua la misurazione delle profondità di sondaggio, si può generalmente ipotizzare un errore di misurazione di ± 1 mm (BADERSTEN et al. 1984). La verifica della profondità di sondaggio da parte del ID o dell'odontoiatra consente di ridurre sia la frequenza che l'entità degli errori di misurazione attesi.

Trasferimento tra igienista dentale dipl. SSS e assistente di profilassi SSO

L'assistente alla profilassi SSO (AP) subentra all'igienista dentale dipl. SSS (ID) in consultazione con il dentista per i pazienti parodontalmente sani e per quelli con gengivite per l'attuazione regolare delle misure di profilassi. Ciò consentirà al ID di occuparsi maggiormente della terapia e del follow-up dei pazienti affetti da parodontite.

In casi determinati, con profondità di sondaggio non superiore a 3 mm e buona aderenza agli appuntamenti di richiamo, anche i cosiddetti pazienti con parodontite «secondariamente sana» possono essere passati all'AP in accordo con il dentista responsabile del caso. Va notato che nella letteratura attuale si presume che questi pazienti con parodontite secondaria sana abbiano le cosiddette «tasche chiuse» con una profondità di sondaggio fino a 4 mm senza sanguinamento da sondaggio dopo la terapia parodontale. (TOMASI & WENNSTRÖM 2017). Tuttavia, per la cura parodontale interprofessionale nello studio dentistico svizzero, in cui si parla di pazienti sani secondari, si assume una soglia più rigida di 3 mm, indipendentemente dal sanguinamento al sondaggio.

Criteri di stabilità parodontale

La stabilità parodontale è associata ai seguenti criteri:

A livello di paziente

- Buona igiene orale con indice di placca <20%. (BERTL et al. 2022)
- Numero minimo di tasche residue superiori a 3 mm e intervallo di richiamo adeguato da tre a 12 mesi. (RAMSEIER et al. 2019)
- Basso grado di infiammazione con BOP% <20% (non fumatori, ex fumatori: <23% e fumatori: <16%, rispettivamente). (RAMSEIER et al. 2015)
- Riduzione ottimale dei fattori di rischio. (LANG et al. 2015)

A livello di singoli siti parodontali

- Profondità di sondaggio singola di massimo 4 mm senza sanguinamento al sondaggio. (TOMASI & WENNSTRÖM 2017)
- Compromissione della forzazione di grado massimo 1 (profondità di penetrazione orizzontale <3 mm). (SALVI et al. 2014)

In caso di aumento della profondità di sondaggio superiore a 3 mm o di peggioramento degli indici di placca e gengivale per un periodo di tempo più lungo, il AP coinvolgerà il ID o il dentista. I pazienti giudicati instabili dal punto di vista parodontale vengono seguiti dal ID o dall'odontoiatra fino a quando la profondità di sondaggio non è inferiore a 4 mm e il paziente può essere nuovamente affidato al AP.

Esempio 1

Tre anni dopo essersi sottoposta a terapia parodontale presso il ID, una donna di 55 anni non fumatrice mostra una buona igiene orale e aderisce agli appuntamenti di richiamo a intervalli di sei mesi. Non ha mai più mostrato profondità di sondaggio superiori a 3 mm e il BOP% è regolarmente inferiore al 20%. Di tanto in tanto mostra debolezze nell'igiene orale e presenta regolarmente tartaro nella regione anteriore mandibolare.

L'équipe dell'ambulatorio odontoiatrico decide insieme al paziente di fissare ulteriori appuntamenti con il AP oltre ai controlli annuali dal dentista o dal ID, finché la situazione parodontale rimane stabile.

Esempio 2

Una paziente di 65 anni è stata in cura da un AP per molti anni. Da qualche tempo ha osservato un peggioramento dell'igiene orale. In corrispondenza del dente 36 linguale, non riesce più a sentire il pavimento del solco a 3 mm. Alla domanda, il paziente dichiara anche un peggioramento della sua salute generale e nuovi farmaci che deve assumere.

Dal momento che l'AP riconosce una maggiore profondità di sondaggio e che la situazione medica generale del paziente necessita di un chiarimento più dettagliato, l'assistente di studio informa il ID dell'équipe dello ambulatorio odontoiatrico della nuova situazione e gli consegna il paziente per ulteriori chiarimenti.

Assenze temporanee nel team dello studio

Se il ID è temporaneamente assente, i suoi pazienti non sono assistiti dal AP ma dal dentista. Di conseguenza, questo lavoro viene fatturato in base al professionista, cioè il lavoro del ID temporaneamente fornito dal dentista viene fatturato in base alle posizioni tariffarie del dentista. Allo stesso modo, se la AP è temporaneamente assente, i suoi pazienti sono assistiti dal ID o dal dentista. Anche questo lavoro viene fatturato in base ai fornitori di servizi, cioè il lavoro dell'AP che è stato temporaneamente fornito dal ID o dal dentista viene fatturato in base alle posizioni tariffarie del ID o del dentista.

Responsabilità del caso

Come menzionato in precedenza, all'interno del team odontoiatrico, sono i dentisti a assumere la responsabilità del caso per le cure che forniscono. Tale responsabilità comprende tutti i lavori eseguiti dall'AP o dall'ID, tenendo conto della loro esperienza professionale individuale, e non si limita quindi solo alle competenze acquisite durante la formazione di base. Anche negli ambulatori dove un'ID o un'AP esperta amplia le proprie competenze nel rispetto delle linee guida di qualità SSO in parodontologia e dell'interprofessionalità qui discussa, la responsabilità del caso rimane sempre nelle mani del dentista.

Pertanto, per effettuare la diagnosi, tutti i risultati disponibili dell'intero team odontoiatrico possono essere presi in considerazione. Ad esempio, se un'AP con esperienza clinica rileva una maggiore profondità di sondaggio durante la realizzazione dell'indice gengivale e il suo strumento indica un valore di 5 mm, tale valore può essere annotato da lei e presentato all'ID o al dentista per una revisione clinica.

Ringraziamenti

Desidero esprimere i miei più sinceri ringraziamenti ai seguenti colleghi per la revisione di questo manoscritto e per i loro preziosi suggerimenti durante la sua preparazione:

Claudia Altorfer-Sigrist, Dr. Beat Annen, Sandra Augustin-Wolf, Barbara Blaser, Dr. Barbara Carollo, PD Dr. Norbert Cionca, Dr. Christoph Epting, Dr. Jean-Philippe Haesler, Dr. Petra Hofmänner, Dr. Patrick Isler, Dr. Fabiola Krebs Rodriguez, Dr. Hrvoje Jambrec, Claudia Jeanneret, Dr. Pascale Lecoultré-Stadelmann, Dr. Nenad Lukic, Dr. Roger Naef, Daniel Piguet, Edith Pulfer-Rechsteiner, PD Dr. Philipp Sahrman, Monika Salzmann Wüest, Dr. Dorothee Schär, Prof. Patrick Schmidlin, Conny Schwiete, PD Dr. Alexandra Stähli, Dr. Antje Straub, Dr. Peter Suter, Dr. Alkisti Zekeridou

Traduzione

Dr. Siro de Ry, Dr. Michele Morandini,
Dr. Andrea Rocuzzo, Prof. Dr. Giovanni E. Salvi

Letteratura

- AINAMO J, BAY I: Problemi e proposte per la registrazione di gengivite e placca. *Int Dent J* 25: 229-235 (1975)
- BADERSTEN A, NILVEUS R, EGELBERG J: Riproducibilità delle misurazioni del livello di attacco al sondaggio. *J Clin Periodontol* 11: 475-485 (1984)
- BASSETTI M, BASSETTI R, SCULEAN A, SALVI G E: [Enfisema sottocutaneo a seguito di terapia non chirurgica della perimplantite con un dispositivo abrasivo ad aria: un case report]. *Swiss Dent J* 124: 807-817 (2014)
- BERTL K, PANDIS N, STOPFER N, HARIRIAN H, BRUCKMANN C, STAVROPOULOS A: L'impatto dello status di «paziente con parodontite stabile trattata con successo» sui parametri di esito correlati al paziente durante le cure parodontali di supporto a lungo termine. *J Clin Periodontol* 49: 101-110 (2022)
- UFFICIO FEDERALE DELLA SANITÀ PUBBLICA (UFSP): Schweizerischer Lernzielkatalog Zahnmedizin gemäss MedBG. 1-10. (2023) www.bag.admin.ch/dam/bag/de/dokumente/berufe-gesundheitswesen/medizinalberufe/eidg-pruefungen-universitaerer-medizinalberufe/zahnmedizin/lernzielkatalog-zahnmedizin.pdf.download.pdf/lernzielkatalog-zahnmedizin.pdf. (Data: 12.03.2023)
- GERBER J A, TAN W C, BALMER T E, SALVI G E, LANG N P: Sanguinamento al sondaggio e profondità della tasca di sondaggio in relazione alla pressione di sondaggio e alla salute della mucosa intorno agli impianti orali. *Clin Oral Implants Res* 20: 75-78 (2009).
- HAMP S E, NYMAN S, LINDHE J: Trattamento parodontale di denti multiradicolarati. Risultati dopo 5 anni. *J Clin Periodontol* 2: 126-135 (1975)
- KARAYIANNIS A, LANG N P, JOSS A, NYMAN S: Sanguinamento al sondaggio in relazione alla pressione di sondaggio e alla salute gengivale in pazienti con un parodonto ridotto ma sano. Uno studio clinico. *J Clin Periodontol* 19: 471-475 (1992).
- KASSEBAUM N J, BERNABE E, DAHIYA M, BHANDARI B, MURRAY C J, MARCENES W: Global burden of severe periodontitis in 1990-2010: a systematic review and meta-regression. *J Dent Res* 93: 1045-1053 (2014)
- LANG N P, JOSS A, ORSANIC T, GUSBERTI F A, SIEGRIST B E: Sanguinamento al sondaggio. Un predittore della progressione della malattia parodontale? *J Clin Periodontol* 13: 590-596 (1986)
- LANG N P, NYMAN S, SENN C, JOSS A: Sanguinamento al sondaggio in relazione alla pressione di sondaggio e alla salute gengivale. *J Clin Periodontol* 18: 257-261 (1991).
- LANG N P, SUVAN J E, TONETTI M S: Risk factor assessment tools for the prevention of periodontitis progression a systematic review. *J Clin Periodontol* 42 Suppl 16: S59-70 (2015)
- LANG N P, WILSON T G, CORBET E F: Complicazioni biologiche con gli impianti dentali: loro prevenzione, diagnosi e trattamento. *Clin Oral Implants Res* 11 Suppl 1: 146-155 (2000)
- LÖE H: L'indice gengivale, l'indice di placca e i sistemi di indice di ritenzione. *J Periodontol* 38: Suppl:610-616 (1967)
- LULIC M, LEIGGENER GOROG I, SALVI G E, RAMSEIER C A, MATTHEOS N, LANG N P: Risultati a un anno della terapia fotodinamica aggiuntiva ripetuta durante il mantenimento parodontale: uno studio clinico randomizzato-controllato proof-of-principle. *J Clin Periodontol* 36: 661-666 (2009).
- FACOLTÀ DI MEDICINA DELL'UNIVERSITÀ DI BASILEA: Regolamento per il programma di Master in Odontoiatria presso la Facoltà di Medicina dell'Università di Basilea. 1-8. (2023) https://www.unibas.ch/dam/jcr:8eec29f0-9eb2-41c3-bd02-c62bc1d5efb4/446_345_05.pdf. (Data: 12.03.2023)
- FACOLTÀ DI MEDICINA DELL'UNIVERSITÀ DI BERNA: Piano di studi per il programma di Master in Odontoiatria presso la Facoltà di Medicina. 1-11. (2023) https://www.unibe.ch/e152701/e154048/e191232/e205435/e457489/med_sp_ma_dent_final_ger.pdf. (Data: 12.03.2023)
- FACOLTÀ DI MEDICINA, UNIVERSITÀ DI GINEVRA: Plan d'études applicable au Master en médecine dentaire. 1-8. (2023) www.unige.ch/medecine/dentaire/index.php/download_file/view/951/234/. (Data: 12.03.2023)
- FACOLTÀ DI MEDICINA DELL'UNIVERSITÀ DI ZURIGO: Studienordnung für das Bachelor- und Masterstudium an der Medizinischen Fakultät der Universität Zürich. 1-16. (2023) www.zzm.uzh.ch/dam/jcr:fffff9d37-6529-ffffd08e3ac7/Studienordnung_MeF_UZH_2020.pdf. (Data: 12.03.2023)
- METTRAUX G, HUSLER J: [Implementazione della terapia fotodinamica antibatterica transgengivale (PDT) in aggiunta a scaling e root planing. Uno studio clinico controllato di principio]. *Schweiz Monatsschr Zahnmed* 121: 53-67 (2011)
- METTRAUX G R, SCULEAN A, BURGIN W B, SALVI G E: Risultati clinici a due anni dopo la terapia meccanica non chirurgica della perimplantite con applicazione aggiuntiva di laser a diodi. *Clin Oral Implants Res* 27: 845-849 (2016).
- MILLER S C (1950). *Textbook of Periodontia*. Filadelfia: Blakiston Co.
- MILLER W R, ROLLNICK S (2002). Il colloquio motivazionale: Preparare le persone al cambiamento (2a ed.). New York: Guilford Press.
- MOMBELLI A, SCHMID J, WALTER C, WETZEL A: SSO Quality Guidelines Periodontology. 1-7. Associazione Svizzera dei Dentisti SSO (2014) https://parodontologie.ch/wp-content/uploads/2021/08/Qualitaetsleitlinien_Paro_SDJ_2014-02_d.pdf. (Data: 12.03.2023)
- MOMBELLI A, VAN OOSTEN M A, SCHURCH E, JR, LAND N P: Il microbiota associato al successo o al fallimento degli impianti in titanio osteointegrati. *Oral Microbiol Immunol* 2: 145-151 (1987).
- MÜHLEMANN H R, SON S: Sanguinamento del solco gengivale – un sintomo principale nella gengivite iniziale. *Helv Odontol Acta* 15: 107-113 (1971).
- ODASANTÉ – NATIONALE DACH-ORGANISATION DER ARBEITSWELT GESUNDHEIT UND VERBAND BILDUNGSZENTREN GESUNDHEIT SCHWEIZ (BGS): Rahmenlehrplan für Bildungsgänge der höheren Fachschulen «Dentalhygiene» mit dem geschützten Titel «dipl. Dentalhygienikerin HF» und «dipl. Dentalhygieniker HF». 1-42. (2021) https://www.odasante.ch/fileadmin/odasante/docs/Hoehere_Berufsbildung_und_Hochschulen/DH/Rahmenlehrplan_DH_HF.pdf. (Data: 12.03.2023)
- RAMSEIER C A, KLINGLER K, SAXER U P, BORNSTEIN M M, WALTER C: Prevenzione e cessazione del tabagismo nella pratica odontoiatrica. *Schweiz Monatsschr Zahnmed* 119: 253-278 (2007).
- RAMSEIER C A, MIRRA D, SCHUTZ C, SCULEAN A, LANG N P, WALTER C, SALVI G E: Bleeding on probing as it relates to smoking status in patients enrolled in supportive periodontal therapy for at least 5 years. *J Clin Periodontol* 42: 150-159 (2015)
- RAMSEIER C A, NYDEGGER M, WALTER C, FISCHER G, SCULEAN A, LANG N P, SALVI G E: Il tempo tra le visite di richiamo e le profondità di sondaggio residue predicono la stabilità a lungo termine nei pazienti iscritti alla terapia parodontale di supporto. *J Clin Periodontol* 46: 218-230 (2019)
- SALVI G E, MISCHLER D C, SCHMIDLIN K, MATULIENE G, PIETURSSON B E, BRÄGGER U, LANG N P: Fattori di rischio associati alla longevità dei denti multiradicolarati. Risultati a lungo termine dopo la terapia parodontale attiva e di supporto. *J Clin Periodontol* 41: 701-707 (2014).
- SAXER U P, MÜHLEMANN H R: [Motivazione e formazione]. *SSO Schweiz Monatsschr Zahnheilkd* 85: 905-919 (1975)
- ASSOCIAZIONE SVIZZERA DEI DENTISTI SSO: Regolamento SSO sulla formazione continua «Assistente di profilassi SSO» e «Assistente di profilassi SSO». 1-24. (2022) www.sso.ch/de/media/2196/download?attachment. (Data: 12.03.2023)
- TOMASI C, WENNSTRÖM J L: L'uso delle differenze nell'entità del guadagno CAL è appropriato per trarre conclusioni sull'efficacia dei mezzi terapeutici non chirurgici? *J Clin Periodontol* 44: 601-602 (2017)

Indirizzo di corrispondenza:

PD Dr. med. dent. Christoph A. Ramseier, MAS
Zahnmedizinische Kliniken der Universität Bern
Klinik für Parodontologie
Freiburgstrasse 7, CH-3010 Berna
Telefono +41 31 684 07 28
E-Mail: christoph.ramseier@unibe.ch