

Comunicato Scientifico della EFP  
Dicembre 2016



**Traduttore:** Cosimo Loperfido.  
Clinical Teacher, Dipartimento di Parodontologia, Guy's, King's  
and St. Thomas' Dental Institute, King's College, Londra.

**Estensori:**  
**Molina, A. con Sanz, M.**

*Per l'articolo originale clicchi il seguente link:*  
<http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1111/jcpe.12509/full>  
Accesso tramite la pagina personale:  
<http://www.efp.org/members/jcp.php>

**Affiliazione:** Preparato da un dottorando di ricerca e istruttore clinico del Master in Parodontologia, Facoltà di Odontoiatria, Università Complutense, Madrid, Spagna e con la supervisione del professore e direttore del Master in Parodontologia, Facoltà di Odontoiatria, Università Complutense, Madrid, Spagna.

**Titolo:**



## Costi di mantenimento di molari compromessi parodontalmente in una popolazione tedesca

Schwendicke, F., Plaumann, A., Stolpe, M., Dörfer, C.E., Graetz, C.

*J Clin Periodontol* 2016; 43, 261-270.

*Riassunto dall'articolo originale per gentile concessione di Wiley Online Library*  
Copyright © 1999-2015 John Wiley & Sons, Inc. All Right Reserved

**Background:**

E' stato dimostrato che la terapia parodontale di denti compromessi ottiene risultati predicibili in termini di sopravvivenza a lungo termine. Tuttavia la predicibilità può essere ridotta quando questi denti sono affetti da altri fattori influenzanti come: interessamento della forcazione (FI), perdita di osso,

mobilità, condizione endodontica o protesica, così come da fattori di rischio a "livello del paziente". Questi fattori possono anche influenzare il costo-efficacia di una terapia di supporto parodontale (SPT) a lungo termine, tuttavia tali costi non sono stati quantificati negli studi precedenti.

**Scopo dello studio:**

Quantificare i costi annui del mantenimento a lungo termine di molari con patologia parodontale e identificare quei fattori che influenzano il rapporto costo-efficacia.

**Metodi:**

Questo è uno studio retrospettivo di coorte che include pazienti che avevano ricevuto terapia parodontale per una parodontite cronica da moderata a severa o aggressiva tra il 1982 e il 1998 all' Università Christian-Albrechts di Kiel in Germania e che avevano avuto regolare SPT per  $\geq 9$  anni (intervallo di mantenimento 3-12 mesi). I pazienti dovevano avere almeno un primo o un secondo molare nel momento in cui la terapia iniziale parodontale (T1) era stata completata. I costi sono stati calcolati in base alle tariffe per prestazione secondo la struttura delle tariffe tedesche

nel contesto di un sistema di cura di secondo livello. L'analisi includeva sistemi di pagamento sia pubblici che privati dal momento che la maggior parte dei pazienti (86%) aveva una assicurazione pubblica, ma non tutte le prestazioni (come per esempio SPT) erano coperte; pertanto queste prestazioni sono state pagate dal paziente stesso. Risorse e costi sono stati calcolati per dente.

Nei casi in cui le prestazioni erano contemporanee per più di un dente (per esempio esame clinico o terapia antibiotica), i costi sono stati distribuiti su tutti i denti presenti.

*Continua . . .*

*Comunicato  
Scientifico  
della EFP  
Dicembre 2016*

**Metodi:**  
*(cont'd)*

L'efficacia è stata definita come gli anni di ritenzione dentaria dal momento dell' inclusione nello studio fino all' estrazione o all' ultima osservazione (censura). Nessun rapporto costo-efficacia è stato calcolato per quei denti che sono stati mantenuti dopo la censura dal momento che i costi di mantenimento erano sconosciuti. L' unità di analisi era per dente. Il costo/anno è stato calcolato stimando il costo totale dei trattamenti (iniziale, ritrattamenti e SPT) per anno di ritenzione del dente. Sono state valutate l'associazione tra rapporto costo/efficacia e le seguenti variabili: a) livello del paziente: genere, diagnosi (parodontite cronica o aggressiva), età (in anni) al baseline (T0), condizione di fumatore autoriportata; b) livello dentario: arcata dentaria (mascella/mandibola), massima PPD (mm), grado di FI a T0, perdita di

osso radiografica (% della lunghezza del dente  $\leq 25\%$ ,  $\leq 50\%$  e  $> 50\%$ ) e mobilità dentaria a T0, ricostruzione protesica/ pilastro a T0 (si/no), trattamento endodontico inizialmente presente (si/no), lesioni peri-apicali a T0 (si/no).

L'analisi della varianza (ANOVA) ed il post-hoc test di Bonferroni sono stati eseguiti per valutare l'influenza di differenti variabili predittive sui costi o sull' efficacia, mentre l'influenza sul rapporto costo/efficacia è stata valutata attraverso modelli generalizzati lineari-misti. Costi e costi/anno sono anche stati calcolati a livello del paziente. Con la modellizzazione lineare generalizzata è stata testata l'influenza dei predittori a livello del paziente e la massima FI a T1, come predittore a livello dentario, sul rapporto costo-efficacia a livello del paziente.

**Risultati:**

Sono stati inclusi un totale di 2.306 molari in 379 pazienti. L' età media del paziente a T0 era 45.7 anni (SD: 10.0), ed il monitoraggio complessivo è stato di 16.5 anni (SD: 6.8).

**TTreatamenti eseguiti (media per anno):**

- Levigatura radicolare: 0.07 (SD: 0.12). Questo è stato significativamente più alto nei pazienti più giovani rispetto ai più anziani e in molari con PPD  $\geq 5$  mm.
- Lembo di accesso: 0.04 (SD: 0.11). Questo è stato più alto nei pazienti più anziani, molari con PPD  $\geq 5$  mm, mobilità, FI-3, o trattamento protesico a T0.
- Chirurgia resettiva: 0.01 (SD: 0.04). Questa procedura è stata eseguita più frequentemente su molari superiori, molari con mobilità di grado 3, FI-3, perdita di osso, trattamento endodontico, lesioni peri-apicali o trattamenti protesici.
- SPT: 2.49 (SD: 0.12). PPD, perdita di osso, mobilità, FI e trattamento endodontico erano associate con un più alto numero di visite.

**Costi per anno:**

Da una prospettiva privata-pubblica, il costo totale parodontale per anno e per molare era rispettivamente €19.32 (SD: €18.78) e €14.71 (SD: €12.65). A livello del paziente i costi medi del follow-up per anno erano €137.86 (SD: €370.03). Il totale dei costi del trattamento parodontale sono incrementati significativamente per i molari con PPD  $\geq 5$  mm, mobilità, FI, perdita di osso, lesioni endodontiche e peri-apicali e numero di denti  $< 24$ . A livello del paziente c'era una associazione significativa tra il rapporto costo/efficacia e la condizione di fumatore (più alta in caso di fumatori) e il fatto di avere almeno un molare con FI di grado 3.

**Predittori del rapporto costo efficacia:**

I costi totali per anno sono incrementati significativamente con ciascun mm di massima PPD, molari mascellari e mandibolari, molari mobili, quelli con perdita di osso, trattamento endodontico, lesioni peri-apicali a T0. I molari ricostruiti protesicamente hanno dimostrato costi anno inferiori quando paragonati ai molari non ricostruiti.

*Continua . . .*

*Comunicato  
Scientifico  
della EFP  
Dicembre 2016*

---

**Limitazioni,  
conclusioni  
e impatto:**

**Limitazioni:**

- Le stime dei costi possono essere applicate solo al sistema sanitario tedesco e non è facile estrapolare questi dati per altri paesi o altri sistemi sanitari.
- I trattamenti parodontali non includevano terapia rigenerative, che avrebbero potuto influenzare sia i costi per il mantenimento dentario che il rapporto costi/efficacia.
- Nel calcolo sono stati usati solo costi diretti. Altri possibili costi - come quelli derivanti dall'assenza del paziente al lavoro o da altri fattori di produttività - avrebbero potuto influenzare il rapporto costo/efficacia.
- Il campione dei pazienti includeva pazienti con alta compliance e pertanto i costi di trattamento di pazienti con una irregolare SPT possono essere differenti.
- I dati collezionati sono retrospettivi e possono essere non accurati o incompleti.
- I modelli di predizione hanno valutato i parametri misurati alla baseline e dopo la terapia iniziale, pertanto il loro valore di predicibilità può essere valutato solo dopo la terapia iniziale e può essere influenzato dalla risposta individuale al trattamento.

**Conclusioni:**

- Il mantenimento a lungo termine dei molari affetti da malattia parodontale richiede terapia e costi limitati. Alcuni fattori a livello dentario (come PPD, mobilità, FI o perdita di osso) e fattori a livello del paziente (condizione di fumatore) sono stati associati con la frequenza del trattamento parodontale ed il costo-efficacia. I costi stimati per mantenere molari affetti parodontalmente dovrebbero essere presi in considerazione quando si pianifica il trattamento parodontale per ciascun paziente.

**Impatto:**

- Il mantenimento di molari affetti parodontalmente può essere ottenuto con successo con una terapia limitata e con costi annuali limitati.
- Mentre la maggior parte dei costi dei trattamenti sono dipendenti dalla condizione parodontale del dente, altri aspetti - come lo stato endodontico e protesico del dente - possono influenzare il costo-efficacia della terapia e dovrebbero pertanto essere attentamente valutati e considerati.
- Quando si pianifica il trattamento parodontale di un paziente, possono essere previsti i costi a lungo termine derivanti dal mantenimento e ritenzione dei denti.