

Pratiche a rischio d'inappropriatezza di cui professionisti e pazienti dovrebbero parlare
**Cinque raccomandazioni della Società Italiana di Chirurgia Odontostomatologica
(S.I.d.C.O.)**

1	<p>NON PRESCRIVERE DI ROUTINE ANTIBIOTICI in caso di estrazioni dentarie.</p> <p>Negli interventi di estrazione dentaria semplice e soprattutto in assenza di condizioni di rischio infettivo, non devono essere somministrati antibiotici in maniera indiscriminata. In ogni caso è raccomandato adottare misure antisettiche locali (collutori, spray o gel disinfettanti del cavo orale) prima e dopo l'intervento odontoiatrico. Buona pratica: solo nei casi di interventi di chirurgia orale estrattiva a MAGGIORE COMPLESSITÀ prescrivere antibiotici adeguati per formulazione, dosaggio e durata della terapia.</p>
2	<p>NON RINVIARE le cure odontoiatriche durante il periodo di GESTAZIONE.</p> <p>Le donne in gestazione sono soggette frequentemente a problemi a denti e gengive e la gravidanza non rappresenta una controindicazione alle cure dentarie. I trattamenti odontoiatrici urgenti devono essere garantiti per prevenire potenziali rischi per la gestante (parto prematuro) o per il nascituro (ritardo di crescita). Gli interventi odontoiatrici procrastinabili devono invece essere rimandati al termine della gravidanza. Buona pratica: in accordo con il medico ginecologo, adottare specifiche misure di PREVENZIONE delle malattie della bocca (igiene orale). Utilizzare PROTOCOLLI SPECIFICI (anestetici, terapia antibiotica e antinfiammatoria/antalgica con farmaci approvati per l'uso in gravidanza) effettuando il trattamento in periodi di sicurezza in base al periodo di gestazione e ad eventuali condizioni di rischio ostetrico.</p>
3	<p>NON ESTRARRE DI ROUTINE i terzi molari inclusi.</p> <p>L'estrazione dei terzi molari inclusi in assenza di sintomi e ad esclusivo scopo preventivo non è supportata da concrete evidenze scientifiche e può esporre inutilmente il paziente ai rischi legati alla procedura chirurgica (dolore, gonfiore, emorragia, osteite alveolare post-estrattiva, parestesia temporanea o permanente, sinusiti e complicanze correlate all'uso di anestetici locali). Buona pratica: ESTRARRE i terzi molari inclusi solo in presenza di: manifestazioni infiammatorie/infettive; carie e malattia parodontale del terzo molare e/o dell'elemento adiacente; necessità ortodontiche e protesiche.</p>
4	<p>NON SOSPENDERE DI ROUTINE gli antiaggreganti piastrinici nelle procedure di chirurgia orale e non sostituirli con eparine a basso peso molecolare.</p> <p>Il rischio emorragico intra/post-operatorio in pazienti in trattamento con antiaggreganti orali è molto inferiore rispetto alle potenziali complicanze cardiache e vascolari che derivano dalla sospensione del trattamento. Concordemente alle raccomandazioni della Società Europea di Cardiologia, è controindicata la sospensione della terapia con antiaggreganti piastrinici, specialmente nei pazienti ad alto rischio cardiovascolare. Non è inoltre indicata la loro sostituzione di routine con eparine a basso peso molecolare. Buona pratica: GESTIRE l'eventuale sanguinamento con farmaci antiemorragici ad uso LOCALE.</p>
5	<p>NON PRESCRIVERE esami radiografici in ambito odontoiatrico SENZA un valido quesito diagnostico espresso nella richiesta clinica.</p> <p>La prescrizione di esami radiografici in odontoiatria deve sempre essere preceduta da una attenta valutazione della storia clinica del paziente, da un accurato esame obiettivo e dalla visione di esami radiologici precedenti. Gli esami radiologici rappresentano uno strumento utile al completamento della diagnosi e della programmazione terapeutica. Buona pratica: PRESCRIVERE esami radiografici (rx endorale, ortopantomografia delle arcate dentarie, TC Cone Beam, TC) solo DOPO aver visitato il paziente e se in presenza di un VALIDO QUESITO DIAGNOSTICO che va espresso nella richiesta clinica.</p>

Attenzione: le informazioni sopra riportate non sostituiscono la valutazione e il giudizio del professionista. Per ogni quesito relativo alle pratiche sopra individuate, con riferimento alla propria specifica situazione clinica è necessario rivolgersi al professionista.

Come si è giunti alla creazione della lista

In occasione della Consensus tenutasi a Messina (8-9 settembre 2017) e successivamente, in occasione di un open meeting (Roma, 13 aprile 2018), sono state rese ufficiali da parte della S.I.d.C.O. 5 pratiche ad alto rischio d'inappropriatezza, illustrate dal Delegato Societario Prof. Giacomo Oteri (UNIME) e identificate secondo le indicazioni di Slow Medicine nell'ambito del progetto "Fare di più non significa fare meglio- Choosing Wisely Italy". È stata effettuata una revisione della letteratura basandosi sulle pratiche di uso comune nella clinica che non determinano, nella maggior parte dei casi, una corretta decisione clinica né una corretta (efficiente ed efficace) terapia. Le pratiche selezionate sono state scelte in base ai risultati di un sondaggio condotto su un campione di odontoiatri generalisti per verificare la conoscenza e il grado di appropriatezza operativa riguardo le più frequenti procedure di chirurgia orale. L'identificazione delle procedure ha tenuto conto dei criteri di appropriatezza delle Ministero della Salute Raccomandazioni cliniche in odontostomatologia, 2017 http://www.salute.gov.it/imgs/C_17_pubblicazioni_2637_allegato.pdf. Le buone pratiche sono rivolte principalmente a dentisti, chirurghi e medici orali, medici generici, ma anche alla comunità di pazienti.

Principali fonti bibliografiche

1	<ol style="list-style-type: none"> 1. Lawler B, Sambrook PJ, Goss AN. Antibiotic prophylaxis for dentoalveolar surgery: is it indicated? Aust Dent J. 2005 Dec;50(4 Suppl 2):S54-9. 2. Poeschl PW, Eckel D, Poeschl E. Postoperative prophylactic antibiotic treatment in third molar surgery--a necessity? J Oral Maxillofac Surg. 2004 Jan;62(1):3-8. 3. Tong DC, Rothwell BR. Antibiotic prophylaxis in dentistry: a review and practice recommendations. J Am Dent Assoc. 2000 Mar;131(3):366-74. 4. Hill M. No benefit from prophylactic antibiotics in third molar surgery. Evid Based Dent. 2005;6(1):10.
2	<ol style="list-style-type: none"> 1. Raccomandazioni per la promozione della salute orale in età perinatale 2014, Ministero della Salute. www.salute.gov.it/imgs/C_17_pubblicazioni_2317_allegato.pdf 2. Task Force on Periodontal Treatment of Pregnant Women, American Academy of Periodontology. American Academy of Periodontology statement regarding periodontal management of the pregnant patient. J Periodontol. 2004 Mar;75(3):495. 3. Villa A, Abati S, Pileri P, Calabrese S, Capobianco G, Strohmer L, Ottolenghi L, Cetin I, Campus GG. Oral health and oral diseases in pregnancy: a multicentre survey of Italian postpartum women. Aust Dent J. 2013 Jun;58(2):224-9 4. Offenbacher S, Lin D, Strauss R, McKaig R, Irving J, Barros SP, Moss K, Barrow DA, Hefti A, Beck JD. Effects of periodontal therapy during pregnancy on periodontal status, biologic parameters, and pregnancy outcomes: a pilot study. J Periodontol. 2006 Dec;77(12):2011-24.
3	<ol style="list-style-type: none"> 1. Friedman JW. The Prophylactic Extraction of Third Molars: A Public Health Hazard. American Journal of Public Health. 2007;97(9): 1554-1559. doi:10.2105/AJPH.2006.100271. 2. Costa MG, Pazzini CA, Pantuzo MC, Jorge ML, Marques LS. Is there justification for prophylactic extraction of third molars? A systematic review. Braz Oral Res. 2013 Mar-Apr;27(2):183-8. 3. Fuster Torres MA, Gargallo Albiol J, Berini Aytés L, Gay Escoda C. Evaluation of the indication for surgical extraction of third molars according to the oral surgeon and the primary care dentist. Experience in the Master of Oral Surgery and Implantology at Barcelona University Dental School. Med Oral Patol Oral Cir Bucal. 2008 Aug 1;13(8):E499-504. 4. Bataineh AB, Albashairh ZS, Hazza'a AM. The surgical removal of mandibular third molars: a study in decision making. Quintessence Int. 2002 Sep;33(8):613-7.
4	<ol style="list-style-type: none"> 1. Steen Dalby Kristensen et al. 2014 ESC/ESA Guidelines on non-cardiac surgery: cardiovascular assessment and management. European Heart Journal Sep 2014, 35 (35) 2383-2431; 2. Sadeghi-Ghahrody M, Yousefi-Malekshah SH, Karimi-Sari H, Yazdanpanah H, Rezaee-Zavareh MS, Yavaramhadi M. Bleeding after tooth extraction in patients taking aspirin and clopidogrel (Plavix®) compared with healthy controls. Br J Oral Maxillofac Surg. 2016 Jun; 54(5):568-72. 3. Halley D, Weld-Moore R, Duane B. No evidence for stopping long-term aspirin therapy before tooth extraction. Evid Based Dent. 2015 Dec; 16(4):118-9. 4. Zhao B, Wang P, Dong Y, Zhu Y, Zhao H. Should aspirin be stopped before tooth extraction? A meta-analysis. Oral Surg Oral Med Oral Pathol Oral Radiol. 2015 May;119(5):522-30.
5	<ol style="list-style-type: none"> 1. American Dental association. Dental radiographic examinations: recommendations for patient selection and limiting radiation exposure, revised: 2012. Council on Scientific Affairs, U.S. Department of Health and Human Services, Public Health Service, Food and Drug Administration 2. Smith NJ. Selection criteria for dental radiography. Br Dent J 1992;173(4):120-1. 3. Hintze H. Screening with conventional and digital bite-wing radiography compared to clinical examination alone for caries detection in low-risk children. Caries Res 1993;27(6):499-504. 4. Martínez Beneyto Y, Alcaráz Banos M, Pérez Lajarin L, Rushton VE. Clinical justification of dental radiology in adult patients: a review of the literature. Med Oral Patol Oral Cir Bucal. 2007 May 1;12(3):E244-51

Slow Medicine, rete di professionisti e cittadini per una cura sobria, rispettosa e giusta, ha lanciato in Italia nel dicembre 2012 il progetto "Fare di più non significa fare meglio- Choosing Wisely Italy" in analogia all'iniziativa Choosing Wisely già in atto negli Stati Uniti. Il progetto ha l'obiettivo di favorire il dialogo dei medici e degli altri professionisti della salute con i pazienti e i cittadini su esami diagnostici, trattamenti e procedure a rischio di inappropriatezza in Italia, per giungere a scelte informate e condivise. Il progetto italiano è inserito nel movimento Choosing Wisely International. Sono partner del progetto: FNOMCeO, FNOPI, ASI, SNR, ARS Toscana, Partecipasalute, Altroconsumo, Federazione per il Sociale e la Sanità della prov. aut. di Bolzano, Zadig. Per ulteriori dettagli: www.choosingwiselyitaly.org; www.slowmedicine.it

La Società Italiana di Chirurgia Odontostomatologica è un'Associazione fra Medici Chirurghi e Odontoiatri, nata con lo scopo di contribuire allo sviluppo scientifico e tecnico della Chirurgia Odontostomatologica, di diffonderne la conoscenza, di tutelare il prestigio e gli interessi ed infine di promuovere l'inserimento della disciplina nelle sedi istituzionali universitarie e nel Servizio Sanitario Nazionale. La Società non ha alcun fine commerciale o di lucro.

<http://www.sidcoinforma.it/>