

Management sanitario ed implicazioni socio-pedagogiche nella gestione della malattia parodontale. La politica della cura nei servizi socio-sanitari per un welfare di comunità¹

Cristina Simonetti¹, Andrea Ballini², Marco Azzarone³, Vitantonio Macario⁴, Lorenzo Lo Muzio⁵

Università di Foggia^{1,3,4,5}, “Link Campus University”- Roma²

Sinossi: “Health Care and Education in Practice”, significa interessarsi della politica della cura e della salute nella gestione delle patologie per la promozione di un welfare urbano e di comunità. La presente ricerca analizza la relazione bidirezionale tra la parodontite e il diabete, mettendo in rilievo non solo i profili clinici, ma soprattutto le implicazioni socio-sanitarie e pedagogiche per migliorare gli stili di vita dei singoli individui nella comunità educante. I pazienti diabetici, spesso fragili o socialmente vulnerabili, necessitano di percorsi educativi continuativi per accrescere consapevolezza e capacità di autogestione. L’educatore della salute, in sinergia con il professionista sanitario, si propone di sviluppare comportamenti preventivi, life skills, comunicazione empatica, empowerment, assicurando equità di accesso ai servizi socio-sanitari, per la costruzione di un welfare di comunità. L’approccio biopsicosociale, alla gestione della parodontite in pazienti diabetici, che integra dimensioni cliniche, psicologiche ed educative, consente una cura più umana ed efficace fondata su un approccio interdisciplinare tra educazione sanitaria, politiche inclusive, ed educazione alla salute, attraverso una sfida educativa “human-centered”.

Parole chiave: *Welfare di comunità; percorsi educativi; professionista sanitario; empowerment; esperienza pratico-procedurale in sanità.*

Abstract: "Health Care and Education in Practice" means addressing the politics of care and health in disease management for the promotion of urban and community welfare. This research analyzes the bidirectional relationship between periodontitis and diabetes, highlighting not only the clinical profiles but, above all, the social, health, and educational implications for improving the lifestyles of individuals in the educational community. Diabetic patients, often frail or socially vulnerable, require ongoing educational programs to increase awareness and self-management skills. The health educator, in synergy with the healthcare professional, aims to develop preventive behaviors, life skills, empathetic communication, and empowerment, ensuring equal access to social and health services, for the construction of community welfare. The biopsychosocial approach to the management of periodontitis in diabetic patients, which integrates clinical, psychological, and educational dimensions, allows for more humane and effective treatment based on an interdisciplinary approach combining health education, inclusive policies, and health education, through a "human-centered" educational challenge.

Keywords: *Community welfare; educational programs; healthcare professional; empowerment; practical-procedural experience in healthcare.*

¹ Si attribuiscono a Simonetti e Azzarone le parti “introduzione”, “analisi del contesto” e “conclusioni”, a Ballini e Macario la parte dedicata allo studio in ortodonzia e salute socio-sanitaria e a Lo Muzio si attribuisce l’organizzazione dello studio scientifico e revisione.

Introduzione

La gestione della malattia parodontale si configura come un campo di indagine multidimensionale che interseca la pratica clinica, l'organizzazione dei sistemi sanitari e le dinamiche socio-pedagogiche e sanitario-educative, richiedendo un approccio integrato che risponda alle complessità dei bisogni individuali e della collettività. In tale contesto, il management sanitario non si limita all'erogazione di interventi terapeutici o esclusivamente sanitari (educazione sanitaria), ma si articola attraverso un insieme di strategie educative orientate alla prevenzione, all'educazione alla salute e al supporto psicosociale, con l'obiettivo di promuovere il benessere globale della persona e della comunità. La malattia parodontale, con le sue implicazioni non solo sulla salute orale ma anche su quella olistica, rappresenta un paradigma educativo relativo alla necessità di adottare politiche sanitarie (Welfare) che pongano il paziente al centro di un processo di cura integrato. Tali politiche, radicate nei principi del welfare di comunità, richiedono una governance sanitaria capace di armonizzare le competenze cliniche con interventi pedagogici volti a potenziare l'empowerment individuale e collettivo. In tale prospettiva, la politica della cura si configura come un costrutto dinamico e partecipativo, che valorizza l'interdisciplinarità e il coinvolgimento delle reti sociali e comunitarie. Attraverso l'adozione di approcci socio-pedagogici, si mira a promuovere una cultura della salute che favorisce l'adesione a stili di vita consapevoli e sostenibili, rafforzando la capacità delle comunità di affrontare le sfide sanitarie in un'ottica di equità e inclusione. La sinergia tra servizi socio-sanitari e pratiche educative si rende così indispensabile per costruire un welfare di comunità che sia non solo reattivo, ma proattivo, capace di anticipare i bisogni emergenti e di garantire un'assistenza equa, accessibile e sostenibile, in risposta alle trasformazioni socio-demografiche e alle crescenti complessità del panorama sanitario contemporaneo, in relazione e in continuità con gli aspetti umani di sviluppo e di educazione in tutto l'arco della vita della persona (Lifelong Education, Life Wide Learning).

Ruolo delle professioni pedagogiche, educative e sociosanitarie in ambito odontoiatrico: prendersi cura del paziente con parodontite e diabete

La salute è definita dall'Organizzazione Mondiale della Sanità (OMS - WHO, 1948; 2011) come "uno stato di completo benessere fisico, mentale e sociale, e non soltanto l'assenza di malattia o infermità". Questa definizione, formulata nel 1948 nella Costituzione dell'OMS, va oltre il modello biomedico tradizionale, incorporando dimensioni psicosociali e ambientali. Nel concetto "Salute Empowered", la salute diventa un diritto fondamentale che richiede un approccio multidimensionale, secondo sfere sociali di appartenenza (fisica, psicologica, sociale, culturale, affettiva, emotiva, geografica, religiosa, politica, economica). Il concetto del sistema olistico integra, pertanto, il benessere individuale con strutture sanitarie efficaci e un'educazione proattiva, aperta al sociale e al Welfare di comunità. La comunità diviene educante e l'educazione sanitaria diviene educazione alla salute (Mortari, 2015). Tale approccio sviluppa un concetto unificato, denominato "Salute Empowered", che presenta la salute come un empowerment personale e collettivo, supportato da sistemi sanitari resilienti e da un'educazione alla salute che promuove autonomia, consapevolezza, responsabilità e prevenzione. L'educazione alla salute è il processo di fornire conoscenze, abilità e atteggiamenti per facilitare individui e comunità a prendere decisioni informate sulla propria salute. I principi fondamentali includono la credibilità delle informazioni, la chiarezza nella comunicazione, la rilevanza nella vita quotidiana e il coinvolgimento attivo dei partecipanti. La sua importanza risiede nella capacità di prevenire malattie croniche (come parodontite e diabete) attraverso stili di vita corretti, sani e attivi, secondo un processo educativo lifelong. L'empowerment nell'ambito della salute e della sanità (educazione sanitaria ed educazione alla salute), consiste nella capacità di un individuo di acquisire conoscenze, competenze e risorse per gestire attivamente i fattori che influenzano la propria salute fisica, mentale e sociale. Non si tratta solo di "informarsi", ma di agire in modo autonomo e informato, riducendo la dipendenza da sistemi sanitari passivi: dall'informazione e dalle conoscenze sanitarie alla formazione socio-sanitaria ed educativa dei pazienti e del contesto. La "salute empowered" è uno stato in cui le persone sono protagoniste delle proprie scelte sanitarie, promuovendo il benessere sostenibile e la resilienza. Nel concetto "Salute Empowered", l'educazione alla salute costituisce il ponte tra il soggetto e il sistema sociale: scuole, comunità e media digitali e

strutture sanitarie, diventano piattaforme per campagne educative e di prevenzione che promuovano literacy sanitaria, educazione sanitaria ed educazione alla salute.

Dal punto di vista dell'educazione sanitaria e dell'organizzazione dei servizi, l'integrazione dello screening glicemico opportunistico in campo odontoiatrico è coerente con le raccomandazioni interprofessionali per la presa in carico del paziente con parodontite e diabete (Chapple, 2018; Caton, 2018; Jepsen, 2000). L'uso del sangue crevicolare gengivale (GCB), come test rapido alla poltrona può migliorare l'individuazione di soggetti a rischio e favorire percorsi di rinvio strutturati verso la diabetologia (Sanz, 2018). Evidenze recenti suggeriscono che la terapia parodontale intensiva può influire positivamente sugli esiti cardiometabolici, rafforzando il razionale di programmi integrati di prevenzione e cura (D'Aiuto, 2023; Ballini, 2007).

L'integrazione dello screening glicemico nelle professioni sanitarie in ambito odontoiatrico, richiede un impianto formativo ispirato ai principi dell'Outcome-Based Education e della progettazione a ritroso, con allineamento tra obiettivi, metodi e valutazione come approccio educativo e socio-sanitario che progetta, organizza e valuta l'intero processo di comunicazione a partire dai risultati di apprendimento (learning outcomes) che conducono all'educazione alla salute e all'attenzione al paziente-persone (Guzmán-Valenzuela, & Barnett, 2024). Gli esiti attesi dovrebbero coprire conoscenze (fisiopatologia diabete-parodonto), abilità (raccolta campione GCB, uso sicuro del glucometro, comunicazione del rischio), e atteggiamenti professionali (etica, consenso informato, lavoro interprofessionale).

Proponiamo una mappatura degli obiettivi secondo la tassonomia di Bloom (ricordare-creare) e il modello di Miller (Knows, Knows How, Shows How, Does), con progressione da simulazioni a performance in contesti reali (Anderson, 2001; Miller, 1990; Issenberg, 2005). La tassonomia di Bloom è un framework educativo sviluppato nel 1956 da Benjamin Bloom, uno psicologo americano, insieme a un team di esperti. Serve a classificare gli obiettivi di apprendimento in modo gerarchico, aiutando insegnanti e educatori a progettare corsi, lezioni e valutazioni più efficaci. È ampiamente usata in ambito scolastico e formativo per promuovere un apprendimento progressivo, dal semplice al complesso.

La tassonomia originale si concentra sul dominio cognitivo (ricordare-creare; memoria-pensiero trasformativo) e divide gli obiettivi in sei livelli crescenti di complessità (Anderson, Krathwohl, 2022):

- 1) Conoscenza (Knowledge): Ricordare fatti e informazioni di base. Esempio: Memorizzare date storiche o definizioni.
- 2) Comprensione (Comprehension): Capire il significato delle informazioni. Esempio: Spiegare un concetto con parole proprie.
- 3) Applicazione (Application): Usare le conoscenze in situazioni nuove. Esempio: Risolvere un problema matematico applicando una formula.
- 4) Analisi (Analysis): Scomporre le informazioni in parti e comprendere le relazioni. Esempio: Analizzare un testo letterario per identificare temi e motivi.
- 5) Sintesi (Synthesis): Combinare elementi per creare qualcosa di nuovo. Esempio: Scrivere un saggio originale basato su ricerche.
- 6) Valutazione (Evaluation): Giudicare il valore o la qualità di idee/materiali. Esempio: Criticare un'argomentazione basandosi su criteri.

Le attività didattiche includono sessioni di laboratorio umido, simulazione con manichini e attori standardizzati, micro-skill lab per il prelievo GCB, e debriefing strutturato secondo i principi dell'apprendimento esperienziale di Kolb (Tabella 1) (Kolb, 1984).

Tabella 1. Mappatura competenze, metodi e valutazione

Outcome di competenza	Strategie didattiche	Valutazione (Miller/Kirkpatrick)	Outcome di competenza
Screening opportunistico del diabete in	Lezione interattiva; casi	MCQ/SBA (Knows); OSCE counselling (Shows How);	Screening opportunistico del
Raccolta e gestione del sangue crevicolare	Skill lab su manichini;	DOPS/OSPE (Shows How); registro procedure + audit	Raccolta e gestione del

Uso corretto del glucometro e	Demo + practice-based learning;	OSCE stazione tecnica; quiz calcolo/interpretazione	Uso corretto del glucometro e
Collaborazione interprofessionale e invio	IPE workshop; role-play team-	Team OSCE; valutazione 360°; adozione pathway in	Collaborazione interprofessionale
Educazione del paziente e health literacy	Materiali plain language; teach-	OSCE comunicazione; audit cartelle per uso teach-back;	Educazione del paziente e health
Outcome di competenza	Strategie didattiche	Valutazione (Miller/Kirkpatrick)	Outcome di competenza
Screening opportunistico del diabete in	Lezione interattiva; casi	MCQ/SBA (Knows); OSCE counselling (Shows How);	Screening opportunistico del
Raccolta e gestione del sangue crevicolare	Skill lab su manichini;	DOPS/OSPE (Shows How); registro procedure + audit	Raccolta e gestione del
Uso corretto del glucometro e	Demo + practice-based learning;	OSCE stazione tecnica; quiz calcolo/interpretazione	Uso corretto del glucometro e
Collaborazione interprofessionale e invio	IPE workshop; role-play team-	Team OSCE; valutazione 360°; adozione pathway in	Collaborazione interprofessionale

La formazione interprofessionale (IPE) è centrale: team composti da odontoiatri, igienisti dentali, infermieri e professionisti della diabetologia co-progettano scenari di triage, invio e follow-up, facendo riferimento alle “core competencies” (valori/etica, ruoli/responsabilità, comunicazione interprofessionale, lavoro in team). Il manuale innovativo dedicato alla pratica collaborativa interprofessionale nel settore sanitario, progettato per studenti di varie professioni sanitarie e introduce le Competenze Core per la Pratica Collaborativa Interprofessionale definite dall' Interprofessional Education Collaborative (IPEC) nel 2011 e 2016. Le “core competences” comprendono conoscenze, abilità e comportamenti che caratterizzano l'agire professionale, coerentemente ai bisogni di salute del singolo soggetto e della comunità, interagendo con i sistemi di appartenenza e con i processi educativi e sociali, in contesti formali, non formali ed informali. Le “core competencies” rappresentano un importante traguardo che delinea l'identità professionale di un educatore sempre più impegnato nella rete dei servizi sanitari della salute, responsabile e autonomo nel processo educativo e sociale dei propri pazienti (Sala, Punie, Garkov, & Cabrera Giraldez, 2020). Nel contesto professionale, esse rappresentano i punti di forza essenziali che distinguono una persona o un'azienda dalla concorrenza, e sono spesso usate per guidare la formazione, lo sviluppo e la valutazione delle prestazioni. Nel settore sanitario le “core competencies” si riferiscono specificamente alle Competenze Core per la Pratica Collaborativa Interprofessionale ed esse sono suddivise in quattro aree principali (Slusser, Garcia, 2019):

- Valori ed Etica per la Pratica Interprofessionale: Enfatizza i principi etici e i valori condivisi per lavorare in team.
- Ruoli e Responsabilità: Spiega i ruoli specifici di ciascun professionista e come integrarli.
- Comunicazione Interprofessionale: Insegna strategie per una comunicazione efficace tra membri del team.
- Team e Lavoro di Squadra: Analizza come costruire e gestire team per ottimizzare i risultati.

Queste sono quattro aree principali progettate per promuovere il lavoro di squadra tra professionisti sanitari diversi (come medici, infermieri, farmacisti, ecc.) al fine di migliorare gli esiti per i pazienti, da un punto di vista medico-sanitario ed educativo e sociale, nel rispetto delle potenzialità e delle skills di ciascun soggetto.

L'obiettivo è sviluppare competenze collaborative trasferibili alla pratica clinica e alla gestione integrata del paziente complesso (Slusser, Garcia, 2019).

Per la valutazione raccomandiamo una combinazione di strumenti: quiz a risposta multipla e brevi domande a risposta aperta per il livello ‘Knows’; sviluppo di casi e calcoli di rischio per ‘Knows How’; stazioni OSCE/OSPE per ‘Shows How’ (raccolta GCB, corretta lettura del glucometro, igiene e sicurezza, comunicazione con tecnica teach-back); e valutazioni in workplace (Mini-CEX, DOPS,

registri procedure) per ‘Does’ (Norcini, 2007; Epstein, 2007). La misurazione dell’impatto formativo andrebbe tracciata anche ai livelli di Kirkpatrick (reazione, apprendimento, comportamento, risultati) (Kirkpatrick, 2019).

Il disegno curricolare dovrebbe includere elementi di sicurezza del paziente e gestione del rischio (standardizzazione procedure, checklist, verifica periodica delle competenze, incident reporting), nonché principi di pratica deliberata (feedback frequente, tracciamento degli errori, obiettivi sfidanti ma raggiungibili) (Ericsson, 1993; McGaghie, 2010). Sul versante educativo al paziente, l’alfabetizzazione sanitaria va sostenuta con materiali visivi semplificati, strumenti di decisione condivisa e tecniche di comunicazione come il teach-back (Schillinger, 2003).

Per favorire il cambiamento dei comportamenti a lungo termine (igiene orale, aderenza ai rinvii, autocontrollo glicemico) si suggerisce l’adozione del modello COM-B e del Behaviour Change Wheel per la co-progettazione di interventi educativi e di reminder digitali (Michie, 2011). Infine, considerazioni di equità e inclusione richiedono adattamenti culturali e linguistici dei materiali e percorsi dedicati per gruppi vulnerabili.

In sintesi, l’implementazione educativa dovrebbe essere scalabile e valutata con principi di Implementation Science (per es., metriche RE-AIM: Reach, Effectiveness, Adoption, Implementation, Maintenance), integrando dati di processo a quelli di esito clinico (Glasgow, 1999).

In coerenza con l’impostazione multiprofessionale e con le evidenze riportate nella letteratura recente, l’integrazione delle professioni pedagogiche, educative e sociosanitarie nei percorsi di screening glicemico in odontoiatria rafforza l’efficacia clinica ed educativa dell’intervento. In analogia con i modelli team-based descritti in Dialectical Behavior Therapy (DBT), nei quali l’Educatore Professionale (EP) svolge funzioni psicoeductive, di regolazione emotiva e di continuità assistenziale, il coinvolgimento dell’EP e delle figure sociosanitarie (infermiere, OSS) può potenziare le fasi di informazione, consenso, esecuzione tecnica, rinforzo delle abilità di auto-gestione e raccordo con i servizi del territorio (Tenconi, 2025; Robinson, 2018; Fuga, 2021).

Operativamente, l’EP contribuisce alla preparazione del paziente (health literacy, riduzione dell’ansia procedurale), alla conduzione di micro-interventi educativi su dieta, igiene orale e autogestione del rischio, e al sostegno della motivazione (engagement) per il follow-up con medicina generale/diabetologia; l’infermiere supporta la gestione dell’igiene e sicurezza procedurale, il counselling sui fattori di rischio, il triage; l’OSS cura accoglienza e setting, favorendo aderenza e continuità. Il team si coordina con odontoiatra e igienista dentale per definire criteri di invio e percorsi condivisi, secondo un modello interprofessionale con momenti di briefing, debriefing e supervisione (Tenconi, 2025; Robinson 2018).

La pianificazione didattica (per studenti e professionisti) integra moduli di abilità pratiche (raccolta GCB, uso del glucometro), comunicazione efficace (teach-back, gestione dei momenti critici), e lavoro di équipe con riferimento alle core competencies interprofessionali (ruoli, comunicazione, valori/etica, teamwork), trasferendo al contesto odontoiatrico le buone pratiche già sperimentate in ambito psichiatrico-riabilitativo (Tabella 2) (Tenconi, 2025).

Tabella 2. Matrice delle responsabilità nel team interprofessionale per lo screening glicemico in odontoiatria

Attività	Odontoiatra	Igienista dentale	Infermiere	Educatore Professionale (EP)	OSS
Identificazione eleggibilità (BOP, rischio)	R	C	C	C	S
Consenso informato e informazione	R	C	C	R	S
Raccolta GCB e gestione DPI	C	R	R	S	S
Misurazione glucometro e registrazione	C	R	R	S	S
Counselling su	C	R	R	R	S

rischio/metabolico e igiene orale					
Invio/triage a MMG/diabetologia	R	C	R	C	S
Follow-up e engagement (reminder/educazione)	C	C	C	R	S

Legenda: R = Responsabile; C = Collabora; S = Supporta. Adattato da modelli di équipe multiprofessionali in riabilitazione/DBT (Tenconi, 2025; Robinson, 2018; Fuga, 2021).

Materiali e Metodi

Lo studio osservazionale caso-controllo monocentrico, condotto in ambito ambulatoriale odontoiatrico, finalizzato al confronto della concentrazione glicemica determinata su sangue crevicolare gengivale (Gingival Crevicular Blood – GCB) con quella ottenuta mediante puntura capillare digitale (finger-stick blood glucose, FSBG), utilizzando il medesimo sistema glucometrico.

Campione

Sono stati arruolati consecutivamente 10 pazienti (età 31–67 anni), suddivisi in due gruppi appaiati per età e sesso:

- Gruppo diabetico (n = 5; diagnosi di diabete mellito di tipo 1 o 2 pregressa e documentata)
- Gruppo non diabetico (n = 5; assenza di diagnosi di diabete e HbA1c < 5,7 % nei 12 mesi precedenti).

L'età media (\pm deviazione standard) è risultata $47,72 \pm 9,47$ anni nel gruppo diabetico e $48,83 \pm 11,97$ anni nel gruppo controllo ($p = 0,847$).

In un'unica seduta ambulatoriale sono state eseguite le seguenti fasi:

1. Esame parodontale completo mediante sonda PCP-UNC 15 a sei siti per dente (Williams calibration).
2. Identificazione di un sito con sanguinamento al sondaggio (Bleeding on Probing, BOP+) e profondità di sondaggio ≥ 4 mm.
3. Isolamento del quadrante con rulli di cotone e asciugatura delicata con aria a bassa pressione.
4. Raccolta del sangue crevicolare gengivale mediante microcapillari in vetro (diametro interno 1–2 mm, volume 3–5 μ L) posizionati a livello dell'imbocco del solco gengivale per 30–60 secondi.
5. Trasferimento immediato del campione su striscia reattiva del glucometro elettrochimico basato su glucosio-deidrogenasi (Accu-Chek® Active, Roche Diagnostics GmbH, Mannheim, Germania).
6. Misurazione contemporanea della glicemia capillare digitale mediante puntura del polpastrello (lato laterale del dito) con lancetta monouso e applicazione sullo stesso dispositivo glucometrico. E' stata, pertanto, eseguita la misurazione su dito con lo stesso dispositivo. Sono state applicate analisi di correlazione di Pearson e test t per il confronto tra gruppi ($\alpha=0,05$). Le procedure seguono gli standard ADA per lo screening glicemico e il triage verso la medicina generale.

Tutte le determinazioni sono state eseguite dallo stesso operatore e con lo stesso lotto di strisce reattive al fine di minimizzare la variabilità strumentale.

I valori glicemici ottenuti da GCB mostrano una forte correlazione positiva con quelli da puntura capillare, sia nei soggetti con diabete sia nei non diabetici (Figura 2-3).

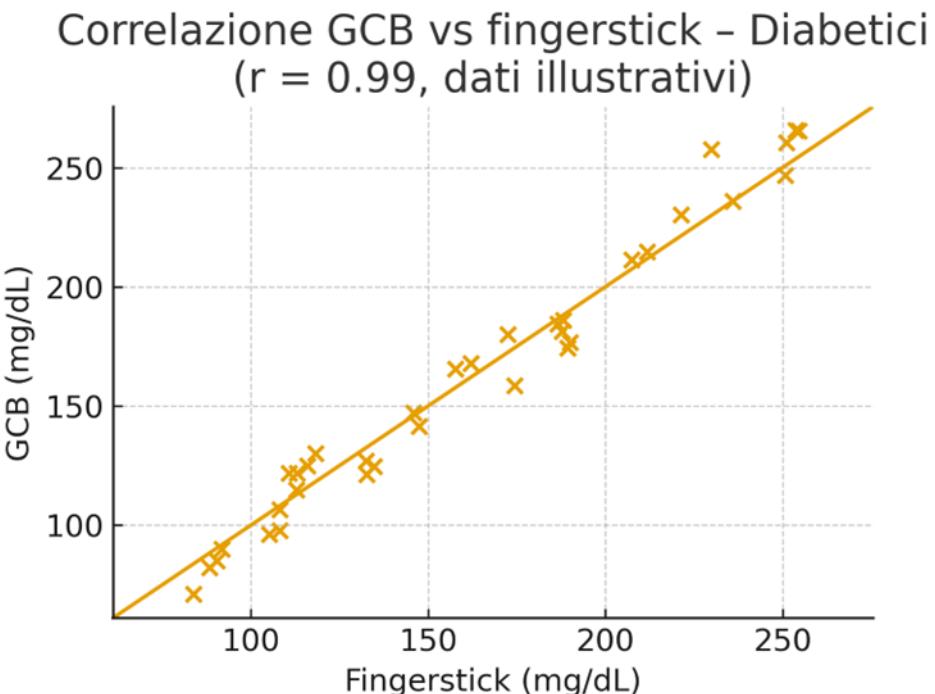


Figura 1. Correlazione GCB vs fingerstick – soggetti con diabete (dati illustrativi).

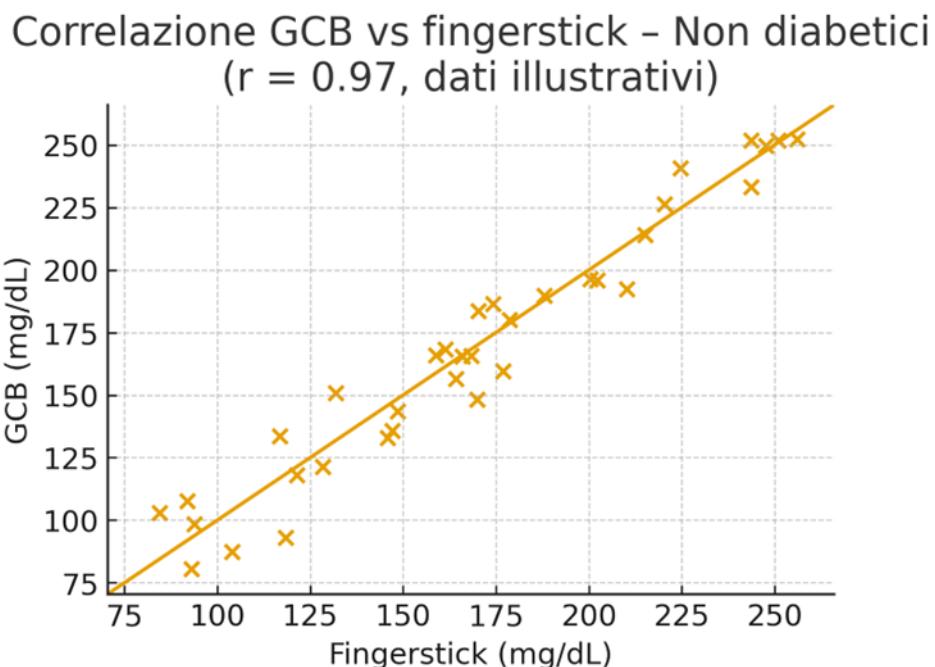


Figura 3. Correlazione GCB vs fingerstick – soggetti senza diabete (dati illustrativi).

La praticabilità alla poltrona è elevata, con tempi brevi e buona accettabilità; i principali limiti operativi sono la dipendenza dal sanguinamento gengivale e il rischio di contaminazione salivare, mitigati dall'isolamento del campo.

Discussione

L'inclusione strutturata di Educatori Professionali, infermieri e operatori sociosanitari rende più robuste le componenti di informazione, addestramento alle abilità e mantenimento dell'aderenza, elementi centrali anche nei modelli DBT in cui la stabilizzazione emotiva e la continuità assistenziale sono essenziali per l'esito. Traslando questi principi, lo screening glicemico in odontoiatria può beneficiare di interventi psicoeducativi continuativi e di una gestione proattiva delle barriere all'accesso e al follow-up (Tenconi, 2025; Robinson, 2018; Fuga, 2021).

In termini organizzativi, un team interprofessionale con EP, infermiere, OSS, odontoiatra e igienista dentale consente di distribuire compiti e responsabilità: dall'identificazione del paziente eleggibile (BOP, fattori di rischio) alla raccolta del campione, dal counselling all'invio e monitoraggio. La presenza dell'EP agevola il patient engagement e la generalizzazione delle abilità (self-monitoring, coping), mentre l'infermiere garantisce standard di sicurezza e triage; l'OSS ottimizza setting e continuità, riducendo drop-out e migliorando la qualità percepita (Tenconi, 2025; Robinson, 2018).

Le evidenze supportano l'esistenza di un asse patogenetico che collega iperglicemia, infiammazione parodontale. Tuttavia, l'eterogeneità metodologica, la variabilità nei fenotipi parodontali e nelle misure metaboliche (HbA1c) impongono cautela interpretativa. Sono necessari studi prospettici controllati che integrino outcome clinici parodontali e metabolici, con misure standardizzate e covariate infiammatorie.

Limiti dello studio

La raccolta del sangue crevicolare gengivale (GCB) operatore-dipendente è condizionata dalla presenza di sanguinamento al sondaggio (BOP), non applicabile in pazienti con ottima salute parodontale e dipendono dalla presenza di sanguinamento al sondaggio e dall'abilità operatore-dipendente.

Possibile contaminazione da saliva, essudato o glucosio salivare e non valutata accuratezza in range estremi di glicemia.

Singola determinazione per paziente, senza analisi di concordanza (Bland-Altman) o correzione per potenziali bias sistematici.

Possibili bias da contaminazione salivare e accuratezza non valutata in range glicemici estremi. Capacità dell'operatore sanitario (infermieri, operatori socio-sanitari e odontoiatri) di effettuare raccolta GCB.

Conclusioni: oltre l'alfabetizzazione sanitaria verso il benessere

La misurazione della glicemia su sangue crevicolare è tecnicamente fattibile e può essere integrata come strumento di screening opportunistico in odontoiatria, accompagnata da protocolli educativi e interprofessionali.

In un'ottica integrata tra aspetti sanitari ed educativi, la salute, la sanità, l'educazione sanitaria e l'educazione alla salute coadiuvano tali procedure e processi sanitari, in quanto concorrono tutti tali aspetti al benessere individuale e collettivo della comunità educante. Il Welfare di comunità rispetta ruoli educativi che si integrano nei sistemi di appartenenza di ciascun soggetto alla propria realtà educativa e sociale.

La salute emerge come un processo dinamico e relazionale, radicato in una rete di contesti che si intrecciano intorno alla persona. Bronfenbrenner (Bioecological Theory of Human Development, 2005), descrive tale intreccio attraverso un modello bioecologico in cui il soggetto non si presenta mai come singolo e isolato in un contesto, ma inserito in sistemi concentrici e interconnessi: dal microsistema (ambiente più prossimo e vicino al soggetto), al mesosistema (ambiente di interconnessione tra i mondi quotidiani e la realtà circostante nella quale la persona è coinvolta in maniera attiva e consapevole), all'esosistema (ambiente nel quale il soggetto non è coinvolto in maniera attiva e responsabile, ma è a conoscenza di tale realtà e quotidianità) al macrosistema (ambiente di relazione tra il soggetto e le istituzioni). L'ultimo sistema di appartenenza

(cronosistema), è connaturato con i suoi cambiamenti storici, le transizioni di vita, le crisi collettive, riconducibili ad uno spazio ed un tempo (Bronfenbrenner, 2005).

In questa visione, il welfare di comunità si lega alla pedagogia della cura, dove l'educazione non consiste in un servizio isolato, ma costituisce un ponte verso l'empowerment collettivo.

Il welfare di comunità rappresenta un paradigma innovativo nel campo delle politiche sociali e educative, che sposta l'attenzione dal tradizionale modello assistenziale statale spesso centralizzato verso un sistema partecipativo, territoriale e relazionale verso nuove frontiere della rigenerazione della comunità e della collettività in prospettiva pedagogica e formativa (Cottini, 2018; Ursini, 2022). In questo approccio, la comunità non è più solo un contesto passivo in cui erogare servizi, ma diventa il protagonista attivo della propria cura e del proprio benessere. Si tratta di un welfare che valorizza le risorse endogene del territorio come associazioni, famiglie, scuole, imprese locali e volontariato per attivare reti di sostegno che promuovono l'autonomia individuale e collettiva, riducendo le disuguaglianze e favorendo l'inclusione sociale. Il welfare di comunità nasce proprio da questa comprensione ecologica: non più un sistema di aiuti calati dall'alto, ma un processo partecipato in cui la comunità stessa diventa protagonista della cura attivando le reti di prossimità, così, la comunità non è solo il contesto in cui si vive ma diventa il soggetto che educa, cura e si rigenera.

Da un punto di vista pedagogico, il welfare non è erogazione, ma formazione alla responsabilità condivisa. Non si tratta solo di ricevere un servizio (asilo, cura, pensione), ma di imparare a co-progettare, gestire e rigenerare. L'educazione alla cittadinanza attiva il welfare comunitario, insegna che i diritti si esercitano partecipando. Il welfare educa alla cura reciproca attraverso la pedagogia della cura. Il benessere non è un punto d'arrivo, ma una competenza da educare. La pedagogia lo vede come sviluppo integrale della persona (fisico, emotivo, relazionale, esistenziale), da coltivare lungo tutto l'arco della vita.

Ci sono varie dimensioni di pedagogia della cura e di welfare che si integrano per il raggiungimento di un obiettivo comune come l'Educazione socio-emozionale (SEL – Social-Emotional Learning), scuole e comunità insegnano a riconoscere, gestire e condividere le emozioni. La literacy sanitaria è la capacità di prendere decisioni informate sulla salute come una competenza pedagogica fondamentale per il benessere del singolo e della comunità educante.

L'alfabetizzazione sanitaria descrive una serie di risultati delle attività di educazione sanitaria e di comunicazione. Da tale prospettiva mirata al miglioramento delle condizioni di salute di ciascuna persona e quindi dell'intera collettività, l'educazione sanitaria risulta finalizzata al miglioramento dell'alfabetizzazione sanitaria (Storti, 2017; OECD, 2024). Essa consiste nel risultato-chiave dell'educazione sanitaria, come superamento della stessa verso concetti ed ambiti più ampi di educazione alla salute, di welfare socio-sanitario e di policies legate al benessere. Il concetto di alfabetizzazione sanitaria identifica distinzioni tra alfabetizzazione sanitaria funzionale, alfabetizzazione sanitaria interattiva e alfabetizzazione sanitaria critica. Trasmettere informazioni e sviluppare competenze e conoscenze per migliorare l'accesso alle informazioni sanitarie e alla capacità di utilizzarle efficacemente, sostenendo e ritenendo che una migliore alfabetizzazione sanitaria sia fondamentale per l'empowerment socio-sanitario. Il vero welfare non assiste: educa la comunità a divenire il soggetto responsabile della propria salute e del proprio futuro, autonomo e pienamente attivo (Cottini, 2018), secondo contesti formali e non formali in un'ottica di Lifelong Education e di Life Wide Learning, riconoscendo l'ampio spazio del welfare di comunità per l'apprendimento permanente che coadiuva gli ambiti delle scienze umane con le scienze mediche e socio-sanitarie.

Bibliografia

- Anderson LW, Krathwohl DR, et al. (2001). *A Taxonomy for Learning, Teaching, and Assessing: A Revision of Bloom's Taxonomy*. Longman.
- Ballini A, et al. (2007) FR. Evidence-based dentistry: what's new? *Int J Med Sci*, 6;4(3):174-8.
- Bronfenbrenner, U. (2005). *Making Human Beings Human: Bioecological Perspectives on Human Development*. Sage Publishing: New York.
- Caton JG, et al. (2018). A new classification scheme for periodontal diseases. *J Clin Periodontol*, 45(Suppl 20): S1–S8.

- Chapple ILC, et al. (2018). Periodontal health and gingival diseases. *J Clin Periodontol*, 45(Suppl 20): S68–S77.
- Cottini, L. (2018). Welfare di comunità e reti educative. Milano: Franco Angeli.
- D'Aiuto F, et al. (2023). Periodontal treatment and cardiovascular outcomes. *N Engl J Med*, 388:1597–1608.
- Epstein RM. (2007). Assessment in medical education. *N Engl J Med*, 356:387–396.
- Ericsson KA. (1993). Deliberate practice and acquisition of expert performance. *Psychol Rev*, 100:363–406.
- Issenberg SB, et al. (2005). Features and uses of high-fidelity simulations. *Med Teach*. 27(1):10–28.
- Famulari R., Fierro L., Parigi D., Rovito E., Ussorio D. (2019). *Il core competence del tecnico della riabilitazione psichiatrica*. Roma: Alpes Italia.
- Fuga M. (2021). Professionisti della salute mentale a confronto: ruolo e competenze dell'educatore professionale, dell'infermiere e del tecnico della riabilitazione psichiatrica. *JHCE in P*, 3(2):63–71.
- Glasgow RE, et al. (1999). Evaluating the public health impact of health promotion interventions: the RE-AIM framework. *Am J Public Health*, 89(9):1322–1327.
- Guzmán-Valenzuela, C., & Barnett, R. (2024). Outcome-based education and the neoliberal university: Critical perspectives from the Global South. *Higher Education*, 87(3), 567–583.
- Jepsen S, et al. (2017). Periodontal manifestations of systemic diseases and conditions. *Periodontol 2000*, 75(1):317–346.
- Kirkpatrick DL, Kirkpatrick JD. (2006). *Evaluating Training Programs: The Four Levels*. 3rd ed. Berrett-Koehler.
- McGaghie WC, et al. (2010). A critical review of simulation-based medical education research. *Med Educ*, 44:50–63.
- Michie S, van Stralen MM, West R. (2011). The behaviour change wheel: a new method for characterising and designing behaviour change interventions. *Implement Sc*, 6:42.
- Miller GE. (1990). The assessment of clinical skills/competence/performance. *Acad Med*, 65(9 Suppl):S63–S67.
- Mortari, L. (2015). *La comunità educante*. Roma: Carocci.
- Norcini J, Burch V. (2007). Workplace-based assessment. *Med Teach*;29(9-10):855–871.
- OECD. (2024). *Health Literacy in the Digital Age: Policy Brief*. OECD Publishing.
- Robinson S, Lang JE, Hernandez AM, Holz T, Cameron M, Brannon B. (2018). Outcomes of dialectical behavior therapy administered by an interdisciplinary team. *Arch Psychiatr Nurs*, 32(4):512–516.
- Sala, A., Punie, Y., Garkov, V., & Cabrera Giraldez, M. (2020). *LifeComp: The European Framework for Personal, Social and Learning to Learn Key Competence*. Joint Research Centre, European Commision.
- Sanz M, et al. (2018). Scientific evidence on the links between periodontal diseases and diabetes. *Diabetes Res Clin Pract*, 137:231–241.
- Schillinger D, et al. (2003). Closing the loop: physician communication with diabetic patients who have low health literacy. *Arch Intern Med*, 163:83–90.
- Slusser R.N., Garcia L., (2019). *Foundations of Interprofessional Collaborative Practice in Health Care*. Missouri: Mosby Inc.
- Storti I. (2017). *Ruolo della Literacy in sanità*. Milano: Mondadori Ebook.
- Tenconi E, Travani E. (2025). Ruolo e potenzialità dell'Educatore Professionale nella Terapia Dialettico Comportamentale: sinergie e prospettive per l'équipe multidisciplinare. *J Health Care Education in Practice*, May. DOI:10.25430/pupj-jhcep-2025-1-12.
- Ursini, M. (2022). *Welfare di comunità: Nuove frontiere. Dalla rigenerazione del territorio al protagonismo della collettività*. Rimini: Maggioli Editore.
- Wiggins G, McTighe J. (2005). *Understanding by Design*. ASCD.

- World Health Organization. WHO (1948). <https://italiarappginevra.esteri.it/en/litalia-e-ooii/salute/lorganizzazione-mondiale-della-sanita-oms/>
- World Health Organization. WHO (2011). <https://www.grey-panthers.it/wellness/concetto-salute-dellorganizzazione-mondiale-della-sanita-oms-cosa-cambia-nella-cura-del-malato-nellopinione-del-medico/#:~:text=La%20nuova%20definizione%20presentata%20nel,malattia%20nelle%20sue%20arie%20fasi..>