

Cure odontoiatriche

La salute del cavo orale viene considerata dall'Organizzazione Mondiale della Sanità come parte integrante, non solo dello stato di salute generale, ma anche della qualità della vita degli individui (1). I principali fattori connessi alla comparsa di patologie del cavo orale (abitudini alimentari non corrette, in particolare il consumo eccessivo di zuccheri e/o bevande alcoliche, ed il tabagismo) sono gli stessi individuati con riferimento alle quattro principali malattie non trasmissibili (malattie del sistema cardiocircolatorio, diabete, tumori e malattie croniche dell'apparato respiratorio). Ciò, in fase di progettazione di politiche volte al miglioramento della salute orale, rappresenta un punto di forza, visto che la riduzione dei fattori di rischio così individuati porta ad un miglioramento non solo della salute orale, ma anche dello stato di salute della popolazione nel suo complesso.

La rivista *The Lancet* nel gennaio 2009 dedica il suo editoriale ai problemi odontoiatrici ed enfatizza la priorità assoluta della prevenzione, che deve essere proposta da tutte le figure sanitarie, con particolare forza dai medici, dagli infermieri e dalle figure sanitarie di supporto (2).

La salvaguardia e la promozione dello stato di salute generale dei cittadini è sempre stata una tra le priorità della Comunità Europea. In particolare, negli ultimi anni è stata posta una speciale attenzione riguardo alla prevenzione delle patologie orali. In effetti è stato constatato come, nonostante negli ultimi decenni si sia assistito ad un globale e significativo miglioramento dell'igiene e della prevenzione orale dei cittadini europei, persistano dei segmenti della popolazione che hanno difficoltà ad accedere ai servizi sanitari del settore. La rimozione di tali disuguaglianze è, quindi, obiettivo primario nelle strategie volte a promuovere una prevenzione odontostomatologica. La normativa che regola l'accesso alle cure odontoiatriche nel nostro Paese (3) è stata sviluppata essenzialmente a partire dal 1992: in particolare, nel 2001, sono stati definiti i Livelli Essenziali di Assistenza (DPCM del 29 novembre 2001) con i quali è stato stabilito che il Servizio Sanitario Nazionale deve garantire a tutta la popolazione e a titolo gratuito i servizi per il trattamento immediato delle urgenze odontostomatologiche e per la diagnosi precoce di patologie neoplastiche del cavo orale.

Allo scopo di ridurre la disparità nell'accesso alle cure odontoiatriche tra i cittadini, la stessa normativa prevede che alla popolazione in età evolutiva (0-14 anni) ed ai segmenti svantaggiati della popolazione (ossia coloro che presentano situazioni di particolare vulnerabilità sanitaria o sociale) sia garantito, sempre a titolo non oneroso, l'accesso ad ulteriori trattamenti. Le regioni sono state chiamate ad attuare tali norme statali e a definire sia le condizioni che determinano lo *status* di vulnerabilità sociale e sanitaria, che le prestazioni erogabili gratuitamente ai segmenti della popolazione così individuati. A questo proposito alcune regioni, ad esempio la Lombardia, hanno riformulato i LEA a livello regionale, specificando con maggiore enfasi gli aspetti socio-sanitari della popolazione coinvolta per migliorare la problematica dell'accesso che rappresenta la questione di più difficile soluzione (DGR VIII/3111/01.08.2006).

Il Ministero della Salute nel 2006 ha avviato per la prima volta una iniziativa dedicata all'odontoiatria e ha promosso un progetto di prevenzione e promozione della salute orale, iniziato nel 2007 e ultimato a marzo del 2009. Tale progetto ha prodotto le Linee Guida nazionali per la prevenzione delle patologie orali in età evolutiva (http://www.ministerosalute.it/imgs/C_17_pubblicazioni_867_allegato.pdf). Da questo progetto è, inoltre, derivato un intervento pilota di prevenzione primaria e secondaria rivolto ai bambini di 7 anni che è stato condotto in quattro ASL del territorio nazionale. L'iniziativa ha consentito di concludere che interventi di odontoiatria preventiva e di comunità sono fattibili e comportano una spesa pro capite assolutamente sostenibile dal servizio sanitario pubblico.

Sull'argomento si segnala un recente accordo siglato dal Ministero del Lavoro, della Salute e delle Politiche Sociali con l'Associazione Nazionale Dentisti Italiani (ANDI) e l'Associazione Odontoiatri Cattolici Italiani (OCI) in seguito al quale i componenti di queste associazioni, che hanno volontariamente aderito al progetto, si impegnano a fornire a particolari segmenti della popolazione (donne in gravidanza e cittadini a basso reddito o titolari della "social card") alcune prestazioni volte alla prevenzione e alla cura delle principali patologie del cavo orale a fronte del pagamento di tariffe concordate e unificate su tutto il territorio nazionale.

Il Ministero del Lavoro, della Salute e delle Politiche Sociali da due anni ha recepito la necessità di affrontare il problema odontoiatrico pubblico; ha commissionato, infatti, un censimento delle strutture odontoiatriche, al fine di quantificare le prestazioni erogate per poter valutare la loro entità e tipologia e probabilmente avviare una formazione pertinente dei propri operatori.

A conferma dell'interesse del Ministero, nel documento sulla situazione sanitaria del Paese dell'anno 2009, accanto ad altri indicatori di salute, compare anche l'analisi sulle malattie dei denti e della bocca.

L'importanza di promuovere la salute orale è, quindi, ampiamente riconosciuta dagli organismi nazionali ed internazionali. Tuttavia, il monitoraggio della salute orale della popolazione e la valutazione dell'efficacia delle politiche attuate in questo campo, risultano essere particolarmente complessi. La difficoltà nell'aver dati epidemiologici, salvo quelli sulla popolazione pediatrica reperibili in letteratura dagli anni '80 (posto che, nella maggior parte dei casi, le cure sono prestate da dentisti privati) è legata al fatto che l'odontoiatria pubblica non assolve questo compito. Del resto ciò presupporrebbe un'adeguata formazione ed organizzazione per la raccolta di dati di patologia nelle sedi adeguate o quantomeno all'interno della fetta di popolazione che riesce ad accedere al Servizio Sanitario Nazionale. Il mancato ricorso alle cure odontoiatriche può, difatti, essere imputabile ad una molteplicità di cause, tra le quali l'assenza di patologie che richiedono il ricorso a trattamenti sanitari specifici, la mancata percezione di tale necessità ed, infine, la difficoltà ad accedere ai servizi sanitari stessi. Questa, a sua volta, può essere dovuta non solo a motivi logistici (servizi sanitari non distribuiti capillarmente sul territorio), ma anche alla mancanza di risorse economiche adeguate che di fatto ne impedisce l'accesso. La maggior utenza presso i dentisti privati è determinata da motivi correlati alle lunghe liste di attesa che il pubblico presenta e, probabilmente, anche al desiderio che le terapie necessarie vengano erogate sempre dallo stesso professionista, cosa che il pubblico difficilmente è in grado di offrire. L'importanza di poter distinguere tra le cause del mancato ricorso ai servizi sanitari (ed in particolare in prima battuta tra chi non presenta patologie e chi ne presenta e, successivamente, tra i fattori che ne impediscono l'accesso) appare di assoluto interesse, specie in fase di elaborazione di politiche efficaci volte al miglioramento della salute orale della popolazione.

Si pone, quindi, il problema della disponibilità di informazioni statistiche adeguate ed aggiornate che misurino non solo il ricorso a servizi sanitari (sia pubblici che privati) per patologie connesse alla salute orale da parte della popolazione a livello regionale o sub-regionale, per le principali caratteristiche socio-demografiche, economiche e per lo stato di salute generale della popolazione residente, ma che rendano anche possibile la stima della domanda non espressa di servizi sanitari connessi alla salute del cavo orale.

Gli indicatori che vengono presentati in questo capitolo si riferiscono alla stima del ricorso ai servizi sanitari per la prevenzione o per la cura di patologie connesse al cavo orale a livello regionale. Viene, inoltre, evidenziata quanta parte della popolazione ha provveduto ad effettuare tali visite sostenendone completamente i costi. Infine, si propone un indicatore che misura la prevalenza dell'edentulismo totale sulla popolazione di 14 anni ed oltre, sia la quota di popolazione che ha sostituito tutti i denti naturali con protesi mobili o impianti fissi, che la percentuale di popolazione totalmente priva sia della dentatura naturale che di impianti fissi o protesi mobili.

Le stime contenute nei paragrafi seguenti derivano dall'Indagine Istat "Condizioni di salute e ricorso ai servizi sanitari" (4, 5), la cui ultima edizione è stata effettuata nel 2005. Questa indagine, a cadenza quinquennale, è di tipo campionario ed ha lo scopo di misurare lo stato di salute complessivo della popolazione, i comportamenti adottati in materia di salute e la diffusione dei fattori di rischio nella popolazione. Particolare attenzione viene, inoltre, dedicata al ricorso ai servizi sanitari (sia pubblici che privati) nei dodici mesi precedenti l'indagine. Tra questi viene incluso il ricorso a visite effettuate presso specialisti della salute del cavo orale.

Tale indagine appare molto ricca per il numero di temi toccati e l'approfondimento con il quale questi vengono trattati; oltretutto, il campione intervistato (composto da tutti gli individui che compongono i circa 60.000 nuclei familiari estratti) ha una elevata numerosità. Si noti, però, come l'universo di riferimento dell'indagine (ossia la popolazione di interesse) sia costituito dalle famiglie di fatto: sono cioè esclusi coloro che vivono permanentemente in convivenze (caserme, istituti religiosi o di cura, brefotrofi, etc.). Questo potrebbe portare ad una sottostima/sovrastima del ricorso ai servizi sanitari stessi, specie nella misura in cui i membri delle convivenze si "discostano" sistematicamente (ad esempio per lo stato di salute complessivo) dal resto della popolazione. Ne consegue che le stime effettuate a partire dall'indagine Istat qui utilizzata non dovrebbero risentire in modo significativo del modo in cui la popolazione di interesse è stata individuata.

Riferimenti bibliografici

- (1) World Health Organization. The World Oral Health Report 2003. Continuous improvement of oral health in the 21st century - the approach of the WHO Global Oral Health Programme. Ginevra: World Health Organization; 2003.
- (2) The Lancet: Ibis - Volume 373, Number 9657, Jan 03, 2009.
- (3) Ministero del Lavoro, della Salute e delle Politiche Sociali: <http://www.ministerosalute.it/sorrisoSalute/paginaMenuSorrisoSalute.jsp?menu=offerte&lingua=italiano> (ultimo accesso: agosto 2009).
- (4) Istat. http://www.istat.it/dati/dataset/20080131_00/notametodologica.pdf (ultimo accesso agosto 2009).
- (5) Istat. Statistica in breve. Il ricorso alle cure odontoiatriche e la salute dei denti in Italia. Anno 2005; Istat: 2008, disponibile sul sito < http://www.istat.it/salastampa/comunicati/non_calendario/20081209_00/salute_denti_2005.pdf>.

Ricorso alle cure odontoiatriche

Significato. Posto che, per mantenere una buona salute orale, è essenziale la prevenzione basata su pratiche di igiene orale e alimentare, il ricorso regolare a un odontoiatra è indispensabile sia per la prevenzione che per la cura precoce di eventuali processi patologici. Il ricorso alle cure odontoiatriche è, inoltre, un importante indicatore delle disuguaglianze nell'accesso ai servizi sanitari, in quanto varia significativamen-

te per età e *status* socio-economico (1). L'indicatore considerato fornisce informazioni sul numero di persone di 3 anni ed oltre che ha fatto ricorso ad un odontoiatra per visite di controllo o per trattamenti nei dodici mesi precedenti la rilevazione presso qualsiasi tipo di struttura, sia del Servizio Sanitario Nazionale (SSN) che privata o accreditata.

Percentuale di persone che ha fatto ricorso ad un odontoiatra

Numeratore	Persone di 3 anni ed oltre che negli ultimi 12 mesi hanno fatto ricorso ad un odontoiatra	
Denominatore	Popolazione di 3 anni ed oltre	x 100

Validità e limiti. Questo indicatore, studiato secondo le caratteristiche socio-demografiche (età, titolo di studio, regione di residenza) consente di individuare i gruppi di popolazione per i quali è necessario intervenire con opportune politiche sanitarie atte ad incentivare il ricorso ai servizi per la salute orale.

L'indicatore, tuttavia, non misura la frequenza con cui le persone si rivolgono all'odontoiatra per visite di controllo o cure, regolarità necessaria per la prevenzione, la diagnosi precoce ed il trattamento delle malattie orali.

Valore di riferimento/Benchmark. La percentuale di persone che ha fatto ricorso ad un odontoiatra può essere considerata in riferimento al valore medio nazionale.

Descrizione dei risultati

In Italia la quota di popolazione con età superiore ai 3 anni che, nei dodici mesi precedenti l'indagine, ha fatto ricorso ad un odontoiatra è pari al 39,7%.

Tale quota varia rispetto ad alcune caratteristiche socio-demografiche della popolazione e alla regione di residenza. Soprattutto tra gli anziani e le persone con basso titolo di studio si osservano le percentuali più basse di ricorso alle visite o alle cure odontoiatriche, rispettivamente 26,6% e 26,4% (2) (Tabella 1).

Esiste un forte svantaggio per la popolazione residente nelle regioni del Mezzogiorno dove la quota di quanti ricorrono all'odontoiatra, nei dodici mesi precedenti l'intervista, è inferiore al valore medio nazionale. In particolare, è in Campania (26,0%) che si osserva la situazione peggiore. Si evidenziano, invece, quote nettamente più elevate di ricorso all'odontoiatra nelle regioni settentrionali, soprattutto del Nord-Est e in particolare nella PA di Bolzano (54,4%).

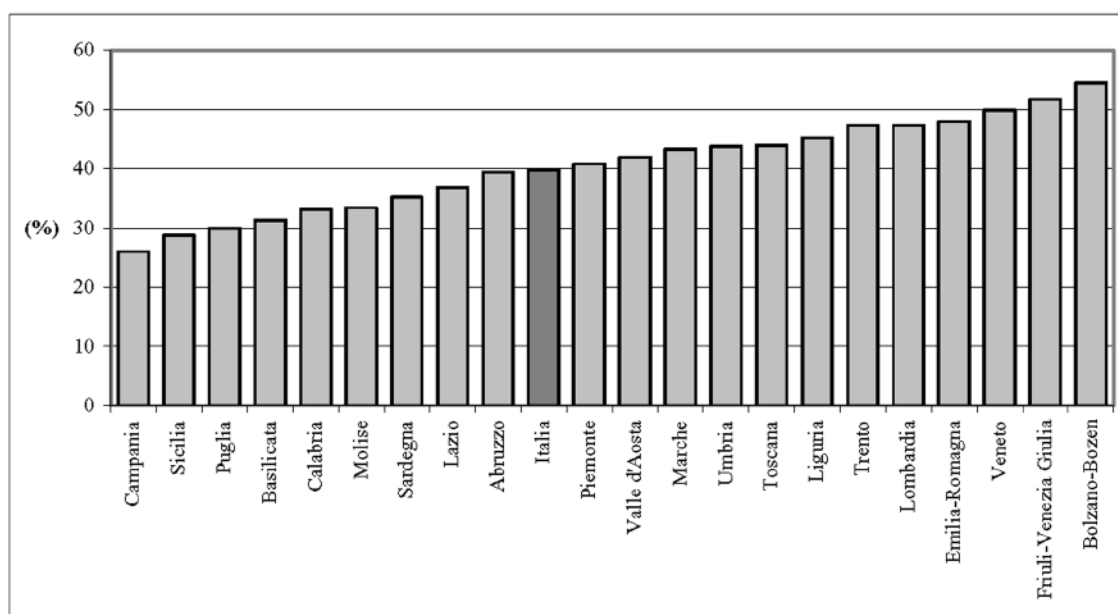
Tabella 1 - Percentuale di persone di 3 anni ed oltre che ha fatto ricorso negli ultimi dodici mesi ad un odontoiatra per classe di età e sesso - Anno 2005

Classi di età	Maschi	Femmine	Totale
3-5	16,8	16,4	16,6
6-10	45,2	47,0	46,1
11-13	50,9	55,4	53,1
14-17	43,9	49,8	46,8
18-44	40,1	48,0	44,0
45-64	40,0	43,3	41,7
65 ed oltre	28,0	25,5	26,6
Totale	38,1	41,2	39,7

Nota: gli Intervalli di Confidenza al 95% sono disponibili sul sito www.osservasalute.it.

Fonte dei dati e anno di riferimento: Istat. Indagine Multiscopo "Condizioni di salute e ricorso ai servizi sanitari". Anno 2005.

Grafico 1 - Percentuale di persone di 3 anni ed oltre che ha fatto ricorso negli ultimi dodici mesi ad un odontoiatra per regione - Anno 2005



Nota: gli Intervalli di Confidenza al 95% sono disponibili sul sito www.osservasalute.it.

Fonte dei dati e anno di riferimento: Istat. Indagine Multiscopo "Condizioni di salute e ricorso ai servizi sanitari". Anno 2005.

Raccomandazioni di Osservasalute

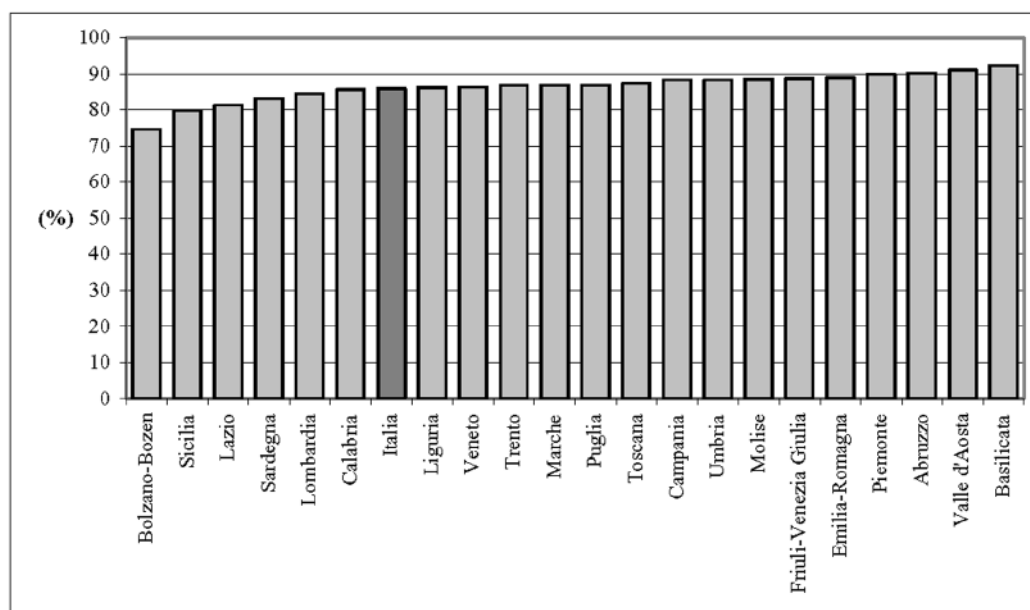
Le evidenti disparità territoriali osservate nell'accesso alle prestazioni di prevenzione e cura delle patologie del cavo orale meriterebbero un opportuno approfondimento del fenomeno per individuare i fattori che le determinano e mettere a punto strategie di riduzione di queste disuguaglianze. Sarebbe, inoltre, opportuno rilevare la frequenza del ricorso a cure e trattamenti nonché raccogliere informazioni sulla prevenzione primaria, rilevando il ricorso a cure odontoiatriche in assenza di sintomi e la fruizione di tratta-

menti di igiene orale professionale prestati da odontoiatri e igienisti. Infine, sarebbe auspicabile consolidare la regolarità del flusso dei dati sull'accesso alle cure odontoiatriche.

Riferimenti bibliografici

- (1) World Health Organization. The World Oral Health Report 2003. Continuous improvement of oral health in the 21st century - the approach of the WHO Global Oral Health Programme. Ginevra: World Health Organization; 2003.
- (2) Istat. Statistica in breve. Il ricorso alle cure odontoiatriche e la salute dei denti in Italia. Anno 2005; Istat: 2008.

Grafico 1 - Percentuale di persone di 3 anni ed oltre che negli ultimi 12 mesi ha fatto ricorso ad un odontoiatra con spesa totalmente a carico della famiglia per regione - Anno 2005



Nota: gli Intervalli di Confidenza al 95% sono disponibili sul sito www.osservasalute.it.

Fonte dei dati e anno di riferimento: Istat. Indagine Multiscopo "Condizioni di salute e ricorso ai servizi sanitari". Anno 2005.

Raccomandazioni di Osservasalute

Le differenze regionali riscontrate nella quota di popolazione che ha avuto accesso a visite odontoiatriche i cui costi sono risultati essere totalmente a carico della famiglia possono essere dovute ad una pluralità di cause: tra queste troviamo la differente composizione per età della popolazione residente, la situazione reddituale media delle famiglie o differenze riscontrabili nella legislazione regionale (vedi introduzione al capitolo) che definisce i trattamenti totalmente a carico del Servizio Sanitario Nazionale ed i soggetti che ne possono usufruire. È stato da più parti sottolineato come la salute orale sia parte integrante dello stato di salute generale di cui gode ciascun individuo, tuttavia ad oggi appare realmente ridotta la partecipazione del Servizio Sanitario Nazionale nella promozione di questa e la quota di coloro che hanno avuto accesso a

cure odontoiatriche a titolo totalmente gratuito è particolarmente limitata. Sarebbe, quindi, quanto mai opportuno incoraggiare tutti quegli interventi che garantiscono ai cittadini uguali opportunità nell'accesso ai programmi di prevenzione e di cura delle principali patologie del cavo orale attraverso un ampliamento dell'offerta di prestazioni gratuite o, se non altro, degli interventi per cui è previsto un pagamento ridotto. Al tempo stesso, particolarmente rilevante è il monitoraggio di tale indicatore non solo da un punto di vista territoriale, ma anche attraverso l'analisi della sua evoluzione nel tempo: ciò, ovviamente, non può prescindere dalla disponibilità di dati affidabili e rilevati a cadenza ridotta (es. annuale).

Riferimenti bibliografici

(1) Istat. Statistica in breve. Il ricorso alle cure odontoiatriche e la salute dei denti in Italia. Anno 2005; Istat: 2008.

Edentulismo totale

Significato. Per edentulismo totale si intende la completa assenza di denti naturali. La totale mancanza di denti naturali, specie se non seguita da una loro sostituzione (almeno parziale) con impianti fissi o protesi mobili, può avere delle conseguenze dirette sia sullo stato generale della salute che sulle condizioni di vita degli individui. È stato rilevato, infatti, come problemi di dentizione siano frequentemente connessi alla comparsa di situazioni di disagio psicologico tali da

inibire i normali processi di socializzazione degli individui (1). Verranno qui proposti tre indicatori: il primo misura la prevalenza di edentulismo totale tra la popolazione di 14 anni ed oltre; il secondo misura quanti di questi individui ha sostituito tutti i denti con dentiere o impianti fissi; il terzo misura la quota di quanti hanno perso tutti i denti naturali, ma non ne hanno sostituito nessuno.

*Percentuale di persone in condizione di edentulismo totale**

$$\frac{\text{Numeratore}}{\text{Denominatore}} \times 100$$

Numeratore Persone di 14 anni ed oltre che non hanno alcun dente naturale

Denominatore Popolazione di 14 anni ed oltre

*Percentuale di persone in condizione di edentulismo totale che ha sostituito tutti i denti con protesi mobili o impianti fissi**

$$\frac{\text{Numeratore}}{\text{Denominatore}} \times 100$$

Numeratore Persone di 14 anni ed oltre che hanno sostituito tutti i denti con protesi mobili o impianti fissi

Denominatore Popolazione di 14 anni ed oltre

Percentuale di persone in condizione di edentulismo totale che non ha sostituito nessuno dei denti mancanti

$$\frac{\text{Numeratore}}{\text{Denominatore}} \times 100$$

Numeratore Persone di 14 anni ed oltre che non hanno sostituito nessuno dei denti mancanti

Denominatore Popolazione di 14 anni ed oltre

*La formula del tasso standardizzato è riportata nel capitolo "Descrizione degli Indicatori e Fonti dei dati".

Validità e limiti. Ridurre il numero di persone senza denti naturali è uno degli obiettivi che la politica di promozione della salute dei denti dell'Organizzazione Mondiale della Sanità (OMS) si è prefissa per il 2020 (2). L'indagine Multiscopo Istat sulle "Condizioni di salute e ricorso ai servizi sanitari" del 2005 include per la prima volta un approfondimento sulla salute dei denti della popolazione italiana residente in famiglia. Sono, tuttavia, escluse dal campione le persone che vivono in convivenze. L'edentulismo, che riguarda soprattutto la popolazione anziana, potrebbe essere sottostimato non considerando la popolazione anziana residente in istituti di cura e residenze assistenziali. Tuttavia, nel nostro Paese, il ricorso a tali strutture assistenziali è meno frequente di quello che si riscontra negli altri Paesi europei.

Valore di riferimento/Benchmark. Tutti gli indicatori proposti possono essere considerati in riferimento al valore medio nazionale.

Descrizione dei risultati

In Italia l'edentulismo totale riguarda quasi l'11% della popolazione di 14 anni ed oltre (3). Il dato non si

discosta molto da quanto riscontrato in altri Paesi europei: in Belgio nel 2004 il 14,7% della popolazione di 15 anni ed oltre ha riferito di essere in questa condizione ed in Inghilterra la quota raggiungeva nel 1998 il 13% nella popolazione adulta (4, 5).

La quota di persone che non hanno più denti naturali è pressoché nulla fino ai 44 anni (0,3%), si attesta sul 6,7% tra i 45-64 anni e sale al 39,9% tra gli ultrasessantacinquenni, raggiungendo la quota del 60% tra gli ultraottantenni.

È positivo il dato che riguarda la sostituzione dei denti mancanti. Non raggiunge infatti l'1% la percentuale di quanti non hanno nessun dente naturale e non ne hanno sostituito nessuno né con protesi mobili, né con impianti, mentre il 10,2% delle persone di 14 anni ed oltre ha sostituito tutti i denti mancanti con una dentiera mobile completa o con impianti fissi. La quota di quanti non hanno più denti naturali e ne hanno sostituito solo alcuni è esigua (0,1%). Tra gli anziani la quota di quanti hanno sostituito tutti i denti con una dentiera mobile completa o un impianto fisso completo è pari al 37,2%.

Tenendo sotto controllo l'effetto della diversa distribuzione per età delle regioni, la prevalenza di edentu-

lismo totale è maggiore nelle regioni del Nord, specie nelle PA di Trento (15,1%) e di Bolzano (14,7%) e nella Valle d'Aosta (13,8%). Valori inferiori al 10% si riscontrano in sei regioni, tutte situate nel Centro-Sud: Puglia, Marche, Molise, Campania, Sicilia e Lazio. In particolare, in quest'ultima regione, la prevalenza dell'edentulismo totale nella popolazione di 14 anni ed oltre si attesta sull'8,3%.

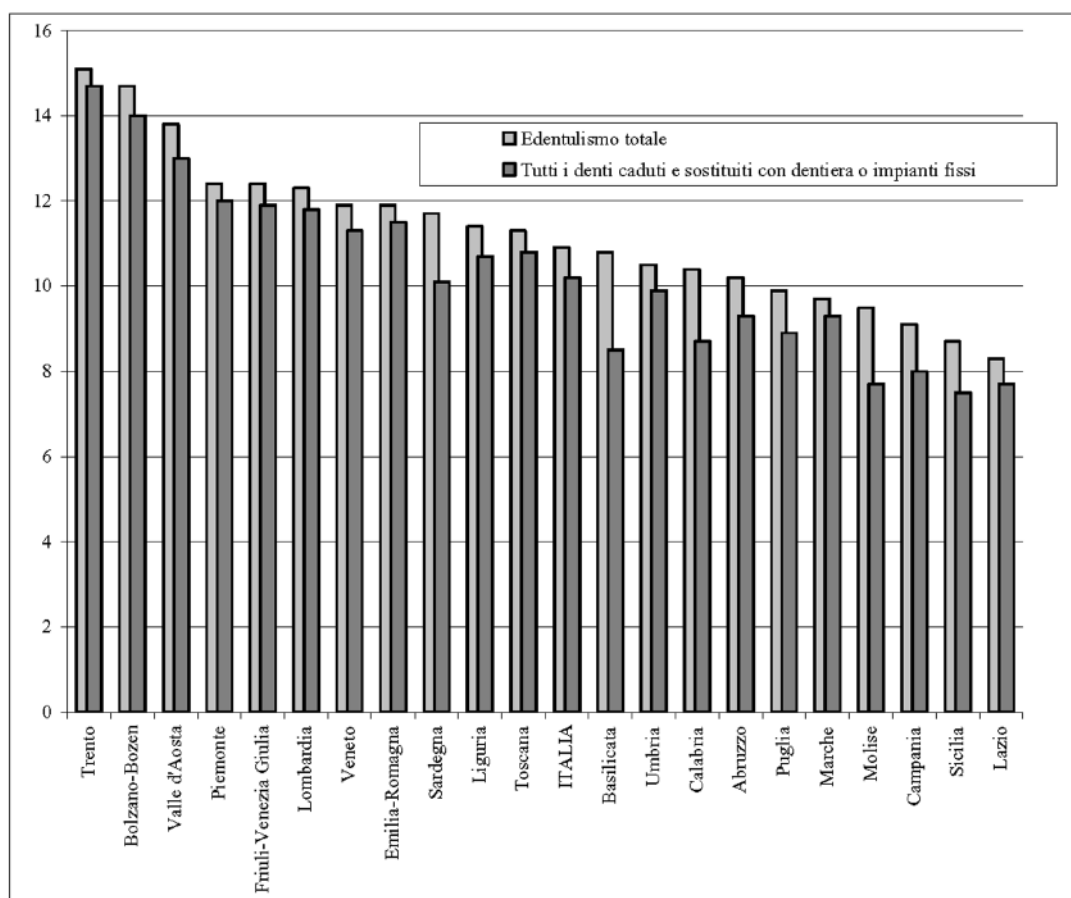
La più frequente condizione di edentulismo totale nelle regioni del Nord può essere almeno in parte imputabile ad un maggior ricorso a cure riabilitative impianto-protesiche che spesso richiedono l'estrazione preliminare dei denti naturali. Infatti, la quota di anziani che hanno perso tutti i denti e li hanno sostituiti con dentiera completa o impianti fissi, è più elevata nel Nord con il 42,3% contro il 30,6% nel Sud/Isole.

Considerando la condizione di maggiore svantaggio,

vale a dire quella delle persone che non hanno sostituito alcun dente naturale mancante, le regioni con quote più elevate sono quelle del Mezzogiorno ed in particolare la Basilicata, il Molise, la Calabria e la Sardegna.

Lo svantaggio del Mezzogiorno si evidenzia, soprattutto tra gli anziani, anche considerando il numero complessivo di denti presenti, sia naturali che sostituiti (3). Infatti, circa il 20% degli ultrasessantacinquenni residenti nel Mezzogiorno (contro il 7,1% del Nord e l'8,4% del Centro) ha meno di 21 denti, soglia che è definita adeguata per una dentizione funzionale nel *Community Action Program on Health Monitoring* della Commissione Europea (6). Le differenze territoriali sono rilevanti anche per le persone anziane tra i 65 e i 74 anni, tra le quali nel Sud e nelle Isole si osserva una quota di oltre il doppio di persone con meno di 21 denti rispetto al Nord (9,5% contro 4,2%).

Grafico 1 - Tassi standardizzati di persone di 14 anni ed oltre (per 100) in condizione di edentulismo totale e di persone in condizione di edentulismo totale che hanno sostituito tutti i denti mancanti con protesi mobili o impianti fissi, per regione - Anno 2005



Nota: la standardizzazione è stata effettuata considerando come popolazione di riferimento la stima della popolazione italiana residente in famiglia all'1 gennaio 2005; gli Intervalli di Confidenza al 95% sono disponibili sul sito www.osservasalute.it.

Fonte dei dati e anno di riferimento: Istat. Indagine Multiscopo "Condizioni di salute e ricorso ai servizi sanitari". Anno 2005.

Raccomandazioni di Osservasalute

Le conseguenze dell'edentulismo totale sono state illustrate precedentemente. Si vuole qui sottolineare l'importanza di tutte quelle azioni che favoriscono sia la riduzione della prevalenza di edentulismo totale nella popolazione, che l'accesso a cure volte alla sostituzione dei denti mancanti. Tali interventi dovrebbero essere particolarmente indirizzati ai segmenti più deboli della popolazione, ossia a quanti hanno scarse risorse economiche e agli anziani. L'edentulismo è, infatti, più frequente al crescere dell'età in quanto: le patologie del cavo orale si acutizzano nel tempo; spesso i medicinali utilizzati per curare le malattie croniche hanno effetti collaterali che incidono negativamente sulla salute orale; gli anziani hanno spesso meno risorse economiche e minore mobilità sul territorio del resto della popolazione.

La necessità di fornire un supporto alle famiglie soprattutto a quelle con basso *status* sociale si evince dal fatto che, per tutte le classi di età considerate,

coloro che hanno un basso titolo di studio presentano una prevalenza significativamente maggiore di edentulismo totale rispetto a quanti hanno titoli di studio più elevati, nonché una minore propensione a sostituire i denti mancanti.

Riferimenti bibliografici

- (1) World Health Organization. More oral health care needed for ageing populations. *Bulletin of the World Health Organization* 2005; 83 (9): 646-647.
- (2) World Health Organization. *The World Oral Health Report 2003. Continuous improvement of oral health in the 21st century - the approach of the WHO Global Oral Health Programme*. Ginevra: World Health Organization; 2003.
- (3) Istat. *Statistica in breve. Il ricorso alle cure odontoiatriche e la salute dei denti in Italia. Anno 2005*; Istat: 2008.
- (4) *Enquête de santé par interview, Belgique 2004* - Institut Scientifique de Sante Publique.
- (5) *Adult Dental Health Survey in the United Kingdom* - Office for National Statistics, 1998.
- (6) *Health Surveillance in Europe, European Global Oral Health Indicators Development Project, Final Report, 2003-2005*.