

Cure odontoiatriche

L'Organizzazione Mondiale della Sanità e la Commissione Europea riconoscono la salute orale come parte integrante dello stato di salute globale degli individui.

Nel presente capitolo, quest'anno, vengono sviluppati 2 indicatori: la domanda insoddisfatta di cure odontoiatriche, elaborata con i risultati dell'Indagine Multiscopo dell'Istituto Nazionale di Statistica (Istat), e l'ospedalizzazione per osteonecrosi della mascella da bifosfonati.

In Italia, le prestazioni sanitarie, sia preventive che terapeutiche connesse alla salute del cavo orale, vengono erogate principalmente da professionisti che operano nel settore *for profit*. Questo può portare a condizioni di svantaggio per quei cittadini il cui reddito non è sempre sufficiente a sostenere le spese sanitarie per la salute orale.

Il primo indicatore proposto è volto proprio a misurare quanta parte della popolazione di 16 anni ed oltre non ha avuto accesso alle cure odontoiatriche pur presentandone la necessità.

Gli autori attribuiscono a più determinanti socio-demografici le differenze regionali riscontrate: differenziate composizione per età della popolazione residente, situazione reddituale media delle famiglie e differenze territoriali nell'offerta pubblica e privata di assistenza odontoiatrica.

Una migliore comprensione di tali fattori potrebbe favorire l'implementazione di politiche efficaci volte a facilitare non solo l'accesso alle cure da parte della popolazione, ma anche a ridurre le diversità territoriali evidenziate in termini di bisogno insoddisfatto di cure odontoiatriche.

L'Osteonecrosi della Mascella/mandibola (ONM) è una patologia infettiva e necrotizzante progressiva, con scarsa tendenza alla guarigione, di recente associata alla terapia con bifosfonati, farmaci impiegati in oncologia e nel trattamento di diverse malattie metaboliche.

Le manifestazioni cliniche conseguenti, principalmente per uso prolungato o a dosi elevate, possono essere piuttosto importanti, con grave compromissione della qualità di vita.

Grande rilevanza assume, pertanto, la corretta gestione dei pazienti oncologici a cui viene prescritto il trattamento con bifosfonati, soprattutto per via endovenosa.

Una visita odontoiatrica, così come previsto dalla Raccomandazione Ministeriale n. 10, andrebbe inserita nei protocolli terapeutici prima della prescrizione di tali farmaci.

Il miglioramento della sorveglianza dell'ONM appare indispensabile per una visione integrale del fenomeno, anche considerata la scarsa casistica attuale e per una valutazione dell'impatto della malattia sia sulla salute dei cittadini che sulla spesa sanitaria.

Domanda insoddisfatta di cure odontoiatriche

Significato. In Italia le prestazioni sanitarie connesse alla salute del cavo orale (siano esse legate alla prevenzione o alla cura di patologie manifeste) vengono erogate, principalmente, da professionisti che operano nel settore *for profit*. Questo può portare alla determinazione di situazioni di svantaggio per i cittadini il cui

reddito è insufficiente a coprire spese sanitarie per la salute orale, specie se ingenti. L'indicatore, che è un rapporto di composizione, è volto proprio a misurare quanta parte della popolazione di 16 anni ed oltre non ha avuto accesso alle cure odontoiatriche pur presentandone la necessità.

Persone che non hanno potuto effettuare una visita odontoiatrica pur presentandone la necessità

Numeratore	Persone di 16 anni ed oltre che negli ultimi 12 mesi non hanno potuto effettuare una visita odontoiatrica pur presentandone la necessità	
		x 100
Denominatore	Popolazione dell'Indagine Eu-Silc Istat di 16 anni ed oltre	

Validità e limiti. L'indicatore qui proposto deriva dai risultati dell'indagine campionaria condotta dall'Istituto Nazionale di Statistica (Istat) sui redditi e le condizioni di vita delle famiglie (Eu-Silc) (1). Si noti che i risultati emersi si fondano su quanto auto-dichiarato dagli intervistati e non su una valutazione oggettiva dell'effettivo bisogno sanitario relativo alla salute orale. Più precisamente, il bisogno sanitario percepito può discostarsi da quello effettivo sia per la presenza di patologie non sintomatiche che per la diversa sensibilità individuale sul tema della salute orale. Inoltre, occorre considerare che il bisogno sanitario in materia di salute orale varia al variare delle caratteristiche socio-demografiche e sanitarie individuali (2) quali, ad esempio, l'età, il livello di istruzione e la presenza di diabete, così come risente degli eventuali programmi territoriali di educazione alla prevenzione. L'indicatore proposto non tiene conto dell'eterogeneità della popolazione residente nelle diverse regioni.

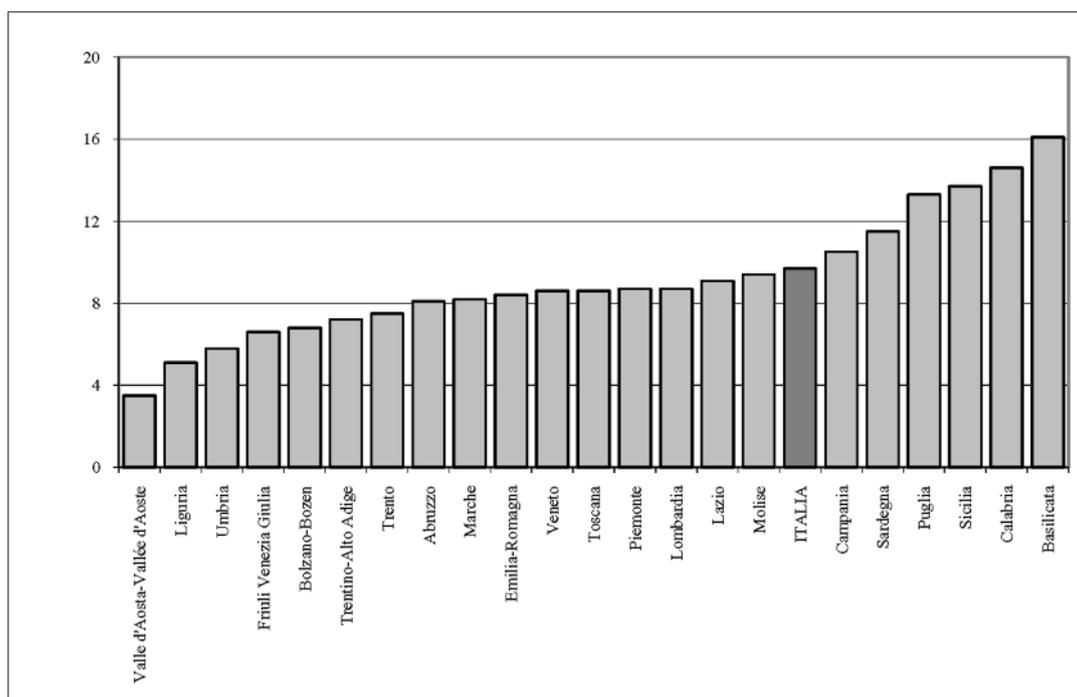
Valore di riferimento/Benchmark. In una situazione ideale, nessun membro della popolazione dovrebbe

essere portatore di bisogni sanitari non soddisfatti: ne deriva, quindi, che il valore di benchmark è pari allo 0%. Tuttavia, può essere utile operare un confronto tra i valori registrati a livello territoriale e quello della regione, dove la domanda insoddisfatta di cure odontoiatriche è più bassa.

Descrizione dei risultati

In Italia, al 9,7% della popolazione di 16 anni ed oltre, è capitato almeno una volta, nei 12 mesi precedenti l'indagine, di non aver effettuato una visita specialistica connessa alla salute del cavo orale pur presentandone la necessità. Dalla lettura del Grafico 1 si evince come esista un chiaro gradiente territoriale Nord-Sud. In effetti solo 6 regioni (Campania, Sardegna, Puglia, Sicilia, Calabria e Basilicata) presentano dei valori superiori a quello nazionale e tutte queste aree si trovano nel Sud. Il valore più elevato si registra in Basilicata (16,1%), mentre quello più contenuto caratterizza la Valle d'Aosta (3,5%). Valori inferiori all'8% si registrano anche in Liguria, Umbria, Friuli Venezia Giulia e nelle 2 Province Autonome del Trentino-Alto Adige.

Grafico 1 - Persone di 16 anni ed oltre (per 100 persone di pari classe di età) che negli ultimi 12 mesi non hanno potuto effettuare una visita odontoiatrica pur presentandone la necessità, per regione - Anno 2007



Fonte dei dati: Istat. Indagine sui redditi e le condizioni di vita (Eu-Silc). Anno 2007.

Raccomandazioni di Osservasalute

La salute orale è riconosciuta, dall'Organizzazione Mondiale della Sanità, come parte integrante dello stato di salute globale degli individui (3) e molto è stato fatto anche dalla Commissione Europea per aumentare il livello di attenzione che deve essere posto alla salute odontoiatrica dai cittadini degli Stati membri (4). Le differenze regionali riscontrate nella quota di popolazione che ha espresso un bisogno insoddisfatto di cure odontoiatriche può essere imputabile ad una pluralità di fattori quali, ad esempio, la differente composizione per età della popolazione residente, la situazione reddituale media delle famiglie, eventuali differenze territoriali riscontrabili nell'offerta pubblica e privata di servizi sanitari connessi alla salute orale o nella diversa diffusione di programmi di sensibilizzazione sui temi della salute orale sul territorio nazionale. Una migliore comprensione di tale cause

potrebbe essere di estremo valore per l'implementazione di politiche efficaci volte a favorire non solo l'accesso alle cure connesse alla salute orale da parte della popolazione nel suo complesso, ma anche a ridurre le disparità territoriali evidenziate in termini di bisogno insoddisfatto di cure odontoiatriche.

Riferimenti bibliografici

- (1) Istat (2008), L'indagine europea sui redditi e le condizioni di vita delle famiglie (Eu-Silc), Metodi e Norme No.37, Roma.
- (2) World Health Organization (2003), The World Oral Health Report 2003. Continuous improvement of oral health in the 21st century. The approach of the WHO Global Oral Health Programme, World Health Organization, Ginevra.
- (3) World Health Organization "Oral health priority action areas": http://www.who.int/oral_health/action/en/.
- (4) Ottolenghi L, Bourgeois DM (a cura di). Oral health interviews and clinical surveys: overviews. European Commission 2008.

Osteonecrosi della mascella da bifosfonati

Significato. L'Osteonecrosi dell'osso Mascellare (ONM) è una patologia infettiva e necrotizzante progressiva con scarsa tendenza alla guarigione ed è stata recentemente associata alla terapia con bifosfonati. L'esatto meccanismo patogenetico che genera la malattia non è noto, né è definito il quadro completo dei fattori di rischio che possono determinarla; certamente, la concomitante chirurgia dento-alveolare e la presenza di eventuali altre patologie del cavo orale, sono rilevanti fattori di rischio.

I bifosfonati, utilizzati come terapia per diverse patologie metaboliche (osteoporosi) ed oncologiche che interessano l'apparato scheletrico, sono farmaci che, presentando alta affinità per le ossa, tendono ad accumularsi nel tessuto osseo determinando alterazioni persistenti anche dopo l'interruzione della terapia. Il

loro effetto prolungato ed il loro utilizzo a dosi elevate possono determinare gravi danni come l'ONM.

Nella terapia delle patologie benigne, come l'osteoporosi, i bifosfonati vengono somministrati prevalentemente per via orale con dosaggi bassi e prolungati, mentre, per il trattamento delle patologie oncologiche, essendo necessarie dosi molto più elevate, si ricorre alla via endovenosa con somministrazioni ravvicinate nel tempo e con una *compliance*, ovviamente, più elevata. Attualmente, proprio la dose cumulativa sembra essere l'elemento più attendibile per definire il rischio degli effetti indesiderati gravi. L'ONM da bifosfonati è, dunque, una patologia ancora in fase di approfondimento ed i dati della letteratura scientifica internazionale ne indicano un incremento nell'ultimo decennio (1-3).

Tasso di dimissioni ospedaliere di osteonecrosi del mascellare*

$$\frac{\text{Numeratore} \quad \text{Dimessi per osteonecrosi della mascella}}{\text{Denominatore} \quad \text{Popolazione media residente}} \times 100.000$$

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

Validità e limiti. Trattandosi di una complicanza a medio-lungo termine, la correlazione esistente tra l'ONM (ICD-9-CM 526.4) e l'uso di bifosfonati spesso sfugge sia ai medici prescrittori che agli specialisti; la scarsa attenzione verso tale patologia, a causa di segnalazioni sporadiche, genera una sotto-notifica dei casi.

Valore di riferimento/Benchmark. Non avendo in letteratura scientifica dati di riferimento, viene considerato come benchmark la media dei tassi standardizzati più bassi di dimissioni totali di 2 regioni ed 1 Provincia Autonoma (Valle d'Aosta, Sicilia e PA di Bolzano) relativi all'anno 2008 che, per l'ONM, è pari a 0,96 per 100.000 abitanti.

Descrizione dei risultati

Dalla Tabella 1 si evince che, relativamente all'anno 2001, la regione con il tasso standardizzato più alto è la Lombardia con 12,10 per 100.000 abitanti (uomini 13,90 vs donne 10,70) seguita dalla Campania, 9,60 per 100.000 (uomini 10,60 vs donne 8,80) e dalla Puglia, 7,90 per 100.000 (uomini 8,60 vs donne 7,20). Nel 2008, invece, è la Puglia a riportare il tasso più elevato pari a 13,30 per 100.000 abitanti (uomini 15,10 vs donne 11,70) seguita dal Friuli Venezia Giulia con 11,80 per 100.000 (uomini 12,90 vs donne 10,70) e dall'Emilia-Romagna 10,10 per 100.000 (uomini 10,70 vs donne 9,60) (4).

Tabella 1 - Tassi standardizzati di dimissioni ospedaliere (per 100.000) per osteonecrosi dell'osso mascellare, per regione - Anni 2001, 2008

Regioni	2001			2008		
	Maschi	Femmine	Totale	Maschi	Femmine	Totale
Piemonte	3,50	3,60	3,60	2,20	2,80	2,60
Valle d'Aosta-Vallée d'Aoste	1,60	1,60	1,60	1,40	0,00	0,70
Lombardia	13,90	10,70	12,10	6,60	5,60	6,00
Bolzano-Bozen	0,40	1,80	1,10	1,70	0,00	0,80
Trento	0,80	0,40	0,60	2,20	2,70	2,50
Veneto	0,90	0,70	0,80	4,40	3,90	4,10
Friuli Venezia Giulia	4,80	6,80	5,70	12,90	10,70	11,80
Liguria	5,40	3,60	4,50	4,80	4,00	4,40
Emilia-Romagna	3,60	2,50	3,00	10,70	9,60	10,10
Toscana	3,90	4,80	4,40	4,70	4,80	4,70
Umbria	0,30	1,20	0,80	1,80	1,30	1,50
Marche	2,10	1,90	2,00	6,10	4,80	5,40
Lazio	4,30	3,90	4,10	4,00	4,50	4,20
Abruzzo	3,10	2,60	2,90	4,70	4,70	4,70
Molise	3,30	2,00	2,60	3,10	2,00	2,50
Campania	10,60	8,80	9,60	2,20	1,80	2,00
Puglia	8,60	7,20	7,90	15,10	11,70	13,30
Basilicata	8,40	6,10	7,10	7,50	6,00	6,70
Calabria	2,40	1,60	2,00	2,30	2,10	2,20
Sicilia	1,70	1,00	1,30	1,60	1,30	1,40
Sardegna	0,10	0,00	0,10	2,00	2,70	2,30
Italia	5,60	4,70	5,10	5,30	4,70	5,00

Nota: la standardizzazione è stata effettuata considerando come popolazione di riferimento la popolazione media residente in Italia nel 2001.

Fonte dei dati: Ministero della Salute. SDO - Istat. Health For All-Italia per la popolazione. Anno 2010.

Raccomandazioni di Osservasalute

Dal 2003 ad oggi sono stati riportati in letteratura internazionale circa 1.000 casi di ONM associata alla terapia con bifosfonati in pazienti oncologici e, negli ultimi anni, anche nel nostro Paese sono aumentate le segnalazioni (1-4).

In questi casi, le manifestazioni cliniche sono piuttosto imponenti con grave compromissione della qualità di vita e, quindi, assume grande importanza la corretta gestione dei pazienti oncologici che devono iniziare o hanno già iniziato il trattamento con bifosfonati, soprattutto per via endovenosa, e che devono sottoporsi a manovre chirurgiche odontoiatriche. Pertanto, sarebbe auspicabile inserire, nei protocolli terapeutici, la visita odontoiatrica prima di ogni prescrizione di terapia con bifosfonati.

È necessario adottare tutte le misure idonee per prevenire e minimizzare tale effetto indesiderato ed, a tal fine, il Ministero della Salute ha emanato, nel settembre 2009, la Raccomandazione n. 10 (5); tale raccomandazione prevede di inviare il paziente ad una pre-

ventiva visita odontoiatrica per la valutazione della salute orale e per identificare il trattamento terapeutico di cui necessita prima di iniziare la somministrazione di bifosfonati. È necessario indagare, inoltre, sulla presenza di eventuali fattori predisponenti o precipitanti locali e/o sistemici.

Il miglioramento della sorveglianza dell'ONM è indispensabile per una visione quanto più completa possibile del fenomeno e per una valutazione dell'impatto della malattia sia sulla salute dei cittadini che sulla spesa sanitaria.

Riferimenti bibliografici

- (1) Wang J, Goodger NM, Pogrel MA. Osteonecrosis of the jaws associated with cancer chemotherapy. *J Oral Maxillofac Surg.* 2003; 61: 1.104-7.
- (2) Migliorati CA. Bisphosphonates and oral cavity avascular bone necrosis. *J Clin Oncol.* 2003 Nov; 21: 4.253-4.
- (3) Ficarra G, Beninati F, et al. Osteonecrosis of the jaws in periodontal patients with a history of bisphosphonates treatment. *J Clin Periodontol* 2005; 32: 1.123-8.
- (4) www.torinomedica.com/link_articolo_farmaci.asp?id=473.
- (5) www.salute.gov.it/imgs/C_17_pubblicazioni_1077_allegato.pdf.