

di **Patrizia Di Caccamo e Guido Benedetti**



Un editoriale di *Lancet* esamina il tema della salute orale a livello globale, sottolineando che a fronte di una patologia che riguarda la pressoché totalità degli individui nel corso della vita le risposte in termini di salute pubblica sono del tutto insufficienti al nord come al sud del pianeta. Eppure una soluzione sarebbe a portata di mano: la prevenzione.

La mancata risposta al bisogno di cure orali viene ricondotta a tre principali ragioni:

1. le patologie orali raramente mettono a rischio la vita del singolo e nei momenti acuti possono essere gestite ricorrendo a trattamenti farmacologici;
2. da un punto di vista culturale la perdita dei denti viene interpretata come propria dell'invecchiamento e il ricorso al dentista necessario solo nel momento dell'urgenza;
3. l'approccio dei dentisti, anche come conseguenza di questa impostazione culturale, è orientato alla cura piuttosto che alla prevenzione; quest'ultima è praticata da singoli pazienti che si rivolgono agli ambulatori dentistici e non dalla comunità nella sua interezza, essendo i servizi odontoiatrici di regola caratterizzati da una selezione all'accesso, in base alla possibilità di pagare le prestazioni. Solo sporadicamente si assiste nel mondo alla pianificazione pubblica di interventi di promozione e prevenzione della salute orale a livello della popolazione.

Inoltre, le cure alla bocca hanno una valenza anche estetica, soprattutto per quanto attiene ai restauri protesici realizzati con tecniche e materiali moderni, sofisticati e molto costosi. Questo fattore rafforza, paradossalmente, la convinzione che la salute orale riguarda un ambito più frivolo, non strettamente necessario, quasi mai indispensabile.

Vi è, quindi, come chiosa l'editoriale, un'errata impostazione culturale di fondo che impedisce di inquadrare correttamente la tematica della salute orale non prevedendo questa componente negli interventi sanitari nei paesi poveri[1].

Ragionando in termini di diseguaglianze di salute alle nostre latitudini, va considerato come **nei paesi ad alto e medio reddito le condizioni del cavo orale rappresentino uno dei**

più importanti indicatori di povertà ed esclusione sociale[2,3].

Al contempo, **il quadro della patologia orale resta impressionante**: il 70% della popolazione mondiale non riesce ad accedere ad alcun servizio odontoiatrico[4]; il 90% della patologia cariosa nel continente africano rimane non trattato[5]; il cancro del cavo orale presenta globalmente un'incidenza di 270.000 nuovi casi all'anno[6]; il 40-50% dei pazienti HIV positivi presenta segni di infezioni orali[7].

L'accesso alle cure è condizionato da forti diseguglianze globali e dalla carenza di forza lavoro in questo settore. In paesi come Germania o Regno Unito il rapporto dentista/popolazione è pari a 1/1.000, mentre nei paesi a basso o medio reddito il rapporto scende di 1/50.000. In Africa subshariana, con un rapporto di 1/1.200.000, si assiste all'assoluta mancanza di accesso a qualsiasi terapia, anche di emergenza, soprattutto nelle aree rurali, essendo i pochi odontoiatri concentrati nelle aree urbane.

Tabella 1. Rapporto dentisti/abitanti in differenti paesi

Paese	Dentisti/ 100.000 abitanti	Paese	Dentisti/ 100.000 abitanti
Norvegia	125	Ecuador	16
Germania	77	Jamaica	8
Italia	59	Afghanistan	3
Russia	31	Etiopia	0,09

Fonte: [World Health Report 2006](#) (consultato maggio 2009)

Se si considera il dolore intollerabile nelle fasi acute e le sequele di ogni carie non trattata che evolve verso la cronicità (ascessi ricorrenti e fistole mucose o cutanee) è facile comprendere quanto sia grave il carico di queste malattie soprattutto in quelle comunità dove la prevalenza della carie dentale è particolarmente alta e i servizi assenti. Infatti, per la carenza di farmaci e di presidi sanitari un "banale" ascesso dentario può condurre a morte gli individui più fragili.

A fronte di questa situazione, l'editoriale afferma, in modo del tutto condivisibile, che **non è realistico cercare di replicare il modello occidentale di odontoiatria nei paesi a basso e medio reddito in quanto non sostenibile. Solamente la prevenzione può**

giocare un ruolo chiave nel ridurre il peso delle malattie della bocca, approccio questo sì possibile ed auspicabile.

Qual è dunque la strada più adatta?

Si tratta di **una sfida che prevede di ragionare a 360° e che necessariamente deve prendere in considerazione diversi parametri** quali il tipo di sistema sanitario, l'organizzazione scolastica, la disponibilità di infrastrutture sociali, l'orientamento formativo dei professionisti e molti altri ancora, purché l'intento sia quello di raggiungere tutta la popolazione.

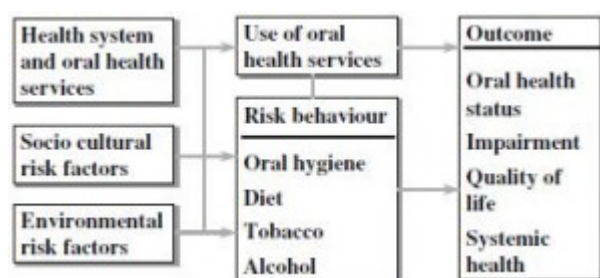
Precondizioni minime sono la volontà politica e la presenza delle infrastrutture necessarie per la realizzazione di tali programmi.

Paradigmatico è l'esempio dell'azione preventiva del fluoro, che si esplica rinforzando i tessuti dentali e rendendoli, perciò meno vulnerabili alla carie. A partire da questa constatazione sono stati condotti in diversi Paesi programmi di prevenzione basati sulla fluorazione delle acque o del sale ed è comunque noto che è proprio grazie alla massiccia diffusione dei dentifrici fluorati, avvenuta dagli anni sessanta in poi, che si è prodotta la forte riduzione della patologia cariosa nel mondo occidentale[8].

In molti paesi **l'alto costo dei dentifrici fluorati dipende dalle tasse applicate, che sono elevate perché il prodotto viene comunemente classificato come prodotto cosmetico**. Ciò indica come azioni di *advocacy* da parte di comunità scientifica, organizzazioni internazionali e non governative, e cittadini siano quanto mai necessarie. Un altro aspetto da sottolineare è che **la promozione della salute orale, attraverso la prevenzione della patologia odontoiatrica, è, in ogni caso e a ogni latitudine, di importanza capitale nell'età evolutiva**. La presenza di patologie infettive croniche del cavo orale influenza negativamente - come è intuibile e ampiamente dimostrato - la crescita, l'apprendimento e la qualità della vita dei bambini.

La prevenzione delle patologie orali e soprattutto della carie dentale è oggi possibile e sostenibile. Questa appare come l'unica scelta di buon senso per andare incontro ai gravissimi bisogni insoddisfatti della popolazione a qualsiasi latitudine. Al proposito **appare necessario un approccio multidisciplinare capace di integrare diverse competenze e ruoli** quali odontoiatri, operatori sanitari del settore materno-infantile, operatori sanitari e non delle reti sociali, decisori politici, mondo accademico, settori produttivi e, primo fra tutti, il settore scolastico, essendo le azioni preventive maggiormente efficaci quanto più precocemente attuate.

Tabella 2. I determinanti della salute orale



Cliccare sull'immagine per ingrandirla

Fonte: Petersen PE. The World Oral Health Report 2003: continuous improvement of oral health in the 21st century - the approach of the WHO Global Oral Health Programme. Community Dent Oral Epidemiol 2003;31(Suppl 1):3-24.

Il carico globale di malattia della patologia orale, inteso come misura del peso della malattia secondo l'indice DALY (*disability-adjusted life year*), è **paragonabile a quello di tubercolosi o malaria**[9].

Ecco quindi il paradosso della salute orale: a fronte di un elevatissimo numero di individui affetti, delle sofferenze e conseguenze delle malattie orali sulla salute generale, che sono per di più particolarmente gravi nei bambini, appare scandalosa la sottovalutazione del problema.

È, dunque, arrivato il tempo per la sanità pubblica di prendere atto della gravità della situazione e di iniziare a cambiare il modo di affrontare il problema. È possibile migliorare la salute orale e ridurre le disuguaglianze a livello globale investendo risorse su prevenzione e cure di base e non affidandosi esclusivamente al mercato dell'odontoiatria privata, alla quale possono accedere un numero di persone drammaticamente basso rispetto ai tantissimi che ne hanno necessità.

Nota

Patrizia Di Caccamo e Guido Benedetti sono odontoiatri e membri di Cooperazione Odontoiatrica Internazionale (COI) e del Gruppo Italiano per l'Accesso alle Cure Orali (GIACO).

Bibliografia

1. Anonymous. [Oral health: prevention is key](#). The Lancet 2009; 373: 1
2. Di Caccamo P. CUAMM. Salute e Sviluppo 2005; 1: 69
3. Boing AF, Peres MA, Kovalski DF, Zange SE, Antunes JL. Social stratification in epidemiological studies of dental caries and periodontal diseases: a profile of the scientific literature in the 1990s. Cad Saude Publica 2005;21(3):673-8. Epub 2005 May 2.
4. FDI World Dental Federation. Report of the Global Oral Health Planning Workshop. April 4th-5th, 2003
5. FDI (World Dental Federation). World Health Organization. Planning Conference for Oral Health in the African Region. April 14-16, 2004, Nairobi, Kenya
6. Subramanian S et al. Cost-effectiveness of oral cancer screening: results from a cluster randomized controlled trial in India. Bull World Health Organ 2009; 87:200-6
7. [World Health Organization](#). Consulted on May 20th, 2009
8. Strohmenger L, Ferro R. Odontoiatria di Comunità. Milano: Masson, 2003. Pp 65-71.
9. Lopez AD, Mathers CD, Ezzati M, et al. Global Burden of Disease and Risk Factors, 2006. A co-publication of Oxford University Press and The World Bank.

Paese	Dentisti/ 100.000 abitanti	Paese	Dentisti/ 100.000 abitanti
Norvegia	125	Ecuador	16
Germania	77	Jamaica	8
Italia	59	Afghanistan	3
Russia	31	Etiopia	0,09