

✘ Guido Benedetti

La salute della bocca e dei denti è stata da sempre delegata ai servizi privati, considerati, per tradizione professionale, accademica e culturale, quasi come gli unici in grado di tutelarla; inoltre, è stata decurtata della necessaria dimensione di salute pubblica.

In un'epoca in cui le disuguaglianze nella salute, ingiuste e non necessarie, si fanno più stridenti, nei giorni in cui i principi dei sistemi universalistici europei subiscono l'assalto della *spending review* dopo non esser mai stati del tutto rafforzati nella loro dimensione di salute pubblica, l'uomo della strada e l'esperto di salute pubblica, muovendo da considerazione solo apparentemente distanti, si pongono forse la stessa domanda: **dove andremo a finire?**

Evocare le realtà sanitarie e i bisogni di salute insoddisfatti propri di sistemi più fragili e più "esotici" dei nostri può risultare semplicistico e forse controproducente al dibattito, rischiando di non esser presi sul serio. **Ci sarebbe bisogno di poter già misurare a "casa nostra" gli effetti di un modello di salute iniquo**, di poter avanzare le istanze di chi non vede tutelato il proprio diritto alla salute qui e ora, di misurare un "nostro" bisogno insoddisfatto e analizzare gli effetti che produce, magari su tutta la popolazione. Forse (e purtroppo) è possibile.

Un approccio olistico (non certo "alternativo") alla salute ci ha abituati, giustamente, a pensare l'essere umano come un *unicum* e a perseguire la salute come un suo completo stato di benessere. Di certo, l'essere umano non può essere salvato "a pezzi", riparando, di volta in volta, una macchina che si è rotta.

Ma domandiamoci: esiste un "pezzo" di quella macchina per il quale, oggi, in Italia, il diritto alla salute non sia tutelato, per il quale non dobbiamo prefigurare che cosa accadrà perché dell'universalismo non vi è già traccia, per il quale pagare di tasca propria è da sempre un problema conclamato per la popolazione, per il quale lo spettro del business si è concretizzato con tutti gli effetti conseguenti?

Sì, la bocca e i denti.

La salute della bocca e dei denti è stata da sempre delegata ai servizi privati, considerati, per tradizione professionale, accademica e culturale, quasi come gli unici in grado di tutelarla; inoltre, è stata decurtata della necessaria dimensione di salute pubblica. A questo

si aggiunga che i servizi pubblici italiani ricalcano il medesimo modello individuo-centrico di quelli privati e dipendente dalla figura dell'odontoiatria come erogatore di prestazioni a bisogni ormai conclamati. Lo stesso censimento sull'odontoiatria pubblica, commissionato dal Ministero della Salute (dati del 2006)[1], ha rilevato come i servizi odontoiatrici pubblici si concentrino, pur scontando pesanti limitazioni di risorse, sull'offerta di servizi che si aggiungono a quelli del settore privato. Lo stesso Ministero della Salute, nel medesimo contesto, raccomanda di aumentare questa offerta di prestazioni, dimostrando di voler ricalcare una logica "a valle" del problema che tuttavia sarà sempre fallimentare perché incapace di soddisfare l'enorme bisogno di salute di intere fette della popolazioni.

Leggendo "Odontoiatria di comunità: criteri di appropriatezza clinica, tecnologica e strutturale", uno dei Quaderni del Ministero della Salute, 2011[2], si evince che in Italia:

- L'assistenza odontoiatrica viene principalmente erogata da operatori sanitari che agiscono in regime libero-professionale; **solo il 39,7% della popolazione ha accesso alle cure odontoiatriche** (ma sappiamo che la patologia orale investe praticamente tutta una popolazione, ndr). Vedi **Tabella 1**.

Tabella 1. Classi di età e accesso alle cure odontoiatriche (anno 2008)[2]



Cliccare sull'immagine per ingrandirla

- **L'87,5% delle persone che usufruiscono di prestazioni odontoiatriche si rivolge prevalentemente a liberi professionisti**, mentre soltanto il 12,5% ricorre a strutture pubbliche o private convenzionate.
- **L'85,9% degli utenti si fa totalmente carico del costo delle cure odontoiatriche**, mentre solo il 5,6% usufruisce di cure gratuite. Piccole percentuali di cittadini ricevono un rimborso (4,2%) e/o pagano un ticket (3,9%).
- La maggiore offerta di odontoiatria privata è legata al fatto che l'accesso alle prestazioni pubbliche, come da DPCM del 29 novembre 2001, è riservato solo ad alcune categorie di cittadini, ovvero gli individui in età evolutiva (0-14 anni) e soggetti in condizioni di particolare vulnerabilità sociale e/o sanitaria. Il Servizio pubblico garantisce a tutti la risoluzione delle urgenze antalgico-infettive (*e a Firenze non esiste un Pronto Soccorso odontoiatrico pubblico h24, ndr*), mentre esclude la possibilità di ricevere trattamenti protesici.
- Il numero di odontoiatri pubblici (dipendenti del SSN, dipendenti del SSN a tempo determinato e sumaisti) è di 3.457 professionisti. Una stima del numero totale di odontoiatri operanti si assesta su 53.526 professionisti.

Si legge anche, nello stesso Quaderno, che in Italia “l’1,5% della spesa sanitaria nazionale è destinata all’odontoiatria pubblica e 9,6 miliardi di euro sono la spesa per l’odontoiatria”.

Allora, se nel 2009 la spesa sanitaria totale è stata di circa 110 miliardi di euro[3] calcoliamo che 1,65 miliardi sono stati destinati all’odontoiatria. Se la spesa totale per l’odontoiatria è di 9,6 miliardi, sappiamo allora che circa 8 miliardi rappresentano quanto la popolazione versa ai servizi privati puri (i due quinti della popolazione che vi accedono).

Allo stesso tempo l’ISTAT[4] ci dice appunto che, nel 2005, soltanto due italiani su cinque hanno visto un dentista; **tuttavia, la proporzione cambia se il paziente in questione ha una laurea o meno** (uno su due nel primo caso, uno su quattro nel secondo); **uno su due se vive al nord**, meno di uno su tre al sud; sempre al nord, soltanto un paziente su 20 non è mai stato da un dentista, ma uno su cinque al sud. Infine, man mano che aumenta l’età, i bambini vengono sempre più accompagnati da professionisti privati.

Considerare i servizi privati porta ad alcune riflessioni circa i limiti naturali che essi hanno e che li rendono ontologicamente inadatti a rispondere ai bisogni di salute e tantomeno a tutelare il diritto alla salute:

- Hanno una logica barriera economica all’accesso che impedisce di offrire prestazioni in base al bisogno ma che le rende offerte in base alla possibilità di accesso.
- Non possono operare una prevenzione su base comunitaria ma, eventualmente, soltanto su base individuale e sempre secondariamente all’accesso; non possono agire sulla lunga catena dei determinanti della salute; sono naturalmente orientati verso un modello terapeutico “a valle”; sono incapaci d’incidere sul bisogno “a monte”; risultano scollegati dalla dimensione di salute pubblica. Tutto questo è un limite naturale dei servizi privati. Essi hanno una loro logica; illogico è delegarvi la tutela della salute.

Aspetti simili divengono propri anche di quelli pubblici qualora, come nel caso dell’odontoiatria italiana, si limitino a erogare prestazioni a bisogni conclamati.

Nessuno penserebbe mai che il cardiocirurgo rappresenti l’unica risposta utile ai bisogni di salute del cuore della popolazione perché ci sarà sempre anche bisogno di una dimensione clinica, soprattutto preventiva, e di una di salute pubblica.

Riprova del nostro modello odontoiatrico, in cui è assente la dimensione di salute pubblica, è la forte mancanza di dati epidemiologici di salute orale su scala nazionale: attualmente,

possiamo contare soltanto sulla conoscenza della prevalenza di carie a 4 e 12 anni[5,6].

La salute orale e l'odontoiatria italiane sembrano ancora più indietro rispetto alla salute e alla medicina generale; o, forse, possono svelarci il prossimo e più catastrofico punto d'arrivo di quest'ultime.

Se siamo d'accordo che la salute orale sia parte di quella generale ed essenziale al benessere della persona (come riconosciuto dall'FDI World Dental Federation nella Ferney-Voltaire Declaration, 2003), se siamo d'accordo che il diritto alla salute non sia questione di carità ma di positivo interesse collettivo, che i singoli condividano lo stesso interesse di salute della comunità a cui appartengono, che, ricordando uno scritto di Gregorio Monasta, esista sviluppo laddove esista un accumulo di energia, calorie e capitale, che questi fattori siano tra loro equivalenti e si traducano in avere più tempo per pensare, cioè, vivere più umanamente[7], allora questo modello di salute orale non ci è funzionale.

Che cosa si potrebbe fare risulta secondario al realizzare e leggere la situazione corrente. Di sicuro, raccontare quali strategie abbiamo in mano sarebbe interessante. Ho sempre pensato che c'è più salute nel togliere il mal di denti a tutti coloro che ne hanno bisogno piuttosto che nel raddrizzare quelli di pochi; che se una "medicina" non è per tutti allora quella non è una buona medicina.

La Primary Health Care ci ha insegnato che i servizi devono essere al costo che un paese può permettersi. Se una certa odontoiatria non può essere per tutti allora dobbiamo riscoprirne un'altra.

Gli autori de [The Oral Health Atlas](#) ci ricordavano, nel 2009, che, a differenza dei colleghi dell'area medica generale, i professionisti della salute orale sono oggi abbastanza fortunati da avere sia la conoscenza sia gli strumenti per migliorare significativamente la salute orale, migliorare la qualità della vita della popolazione e, di conseguenza, la produttività dei paesi[8].

Di sicuro, abbiamo uno scarto culturale da colmare per cominciare a ridurre il peso delle malattie della bocca e dei denti e a riscoprire il senso dell'equità nell'erogazione dei servizi.

Allo stesso tempo, la tanto bistrattata odontoiatria ha oggi una grande opportunità di riscatto, la stessa di un ragazzo che abbia preso una cattiva strada in gioventù e poi si preoccupi che i suoi fratelli non facciano i suoi stessi errori ma evitino certe cattive compagnie.

Che ci serva di lezione!

Guido Benedetti, odontoiatra, [Osservatorio Italiano sulla Salute Globale](#)

Bibliografia

1. Ministero della Salute. [Salute della bocca e dei denti. Odontoiatria. Odontoiatria, censimento delle prestazioni e delle strutture del SSN.](#)
2. Ministero della Salute. [Odontoiatria di comunità: criteri di appropriatezza clinica, tecnologica e strutturale.](#) Quaderni del Ministero della Salute, 2011, n. 7, gennaio-febbraio 2011. ISSN 2038-5293.
3. Ministero della Salute. [Spesa sanitaria e finanziamento del SSN.](#)
4. ISTAT. [Il ricorso alle cure odontoiatriche e la salute dei denti in Italia. Anno 2005. 9 dicembre 2008.](#)
5. Campus G, Solinas G, Strohmenger L, Cagetti MG, Senna A, Minelli L, Majori S, Montagna MT, Reali D, Castiglia P; Collaborating Study Group. National pathfinder survey on children's oral health in Italy: pattern and severity of caries disease in 4-year-olds. *Caries Res* 2009;43(2):155-62
6. Campus G, Solinas G, Cagetti MG, et al. National Pathfinder survey of 12-year-old Children's Oral Health in Italy. *Caries Res* 2007;41(6):512-7
7. Monasta G. Children and human development. Firenze: Colpo di Fulmine Edizioni, 1998.
8. Beaglehole R, Benzian H, Crail J, Mackay J. The Oral Health Atlas - Mapping a neglected global health issue. Cointrin, Geneve, Switzerland: FDI World Dental Federation, 2009.