



CORTE DI GIUSTIZIA POPOLARE

PER IL DIRITTO ALLA SALUTE

I° CONGRESSO NAZIONALE

**IL DIRITTO ALLA SALUTE: UN DIRITTO INALIENABILE
CRITICITA' A CONFRONTO**

COMMISSIONE TECNICA NAZIONALE

DIPARTIMENTO

ODONTOIATRIA E PROTESI DENTARIA

1. INTRODUZIONE

Le principali patologie del cavo orale si distinguono in:

- Carie,
- Malattia parodontale,
- Edentulia,
- Cancro del cavo orale.

L'epidemiologia riguardo a queste ultime, secondo stime del Ministero della Salute, è rimasta pressoché invariata rispetto al biennio 2007-2008 (*Relazione sullo Stato Sanitario del Paese 2009-2010*). Diversa e perciò degna di nota risulta la situazione inerente i disturbi temporomandibolari (DTM), che, dopo il mal di schiena, risultano i dolori muscolo scheletrici più diffusi. Essi sono anche la principale causa di dolore non dentario nella regione oro-facciale. I disturbi al cavo orale interessano ben il 96% della popolazione italiana compresa tra i 25 e i 44 anni. Essi sono prevalentemente causati sia da anomalie congenite dell'apparato stomatognatico, sia da inadeguata prevenzione primaria e secondaria, le cui conseguenze portano a disagi funzionali, oltre che psico-sociali ed estetici. La prevalenza dei sintomi nella popolazione, riportata nella letteratura internazionale, varia dal 16% al 39%, mentre quella dei segni dal 23% al 33%. La popolazione che presenta dolore muscolare varia dal 76% al 31%, mentre quella del dolore articolare è compresa tra l'80% e il 14%, e quella del rumore articolare tra il 66% e il 30%. Questi dati sono sovrapponibili con quelli di alcuni studi effettuati sul territorio italiano. La maggior parte di studi effettuati sui pazienti per DTM riporta una prevalenza maggiore nelle donne, soprattutto nell'età riproduttiva, con un rapporto femmine:maschi che varia da 2:1 a 7:1.

2. RIFERIMENTI NORMATIVI

La normativa di riferimento per quanto riguarda l'assistenza odontoiatrica è pressoché riconducibile a tre fondamentali decreti:

- **Il D.Lgs 502/'92 all'art. 9 comma 5 lett. c**, definisce le prestazioni odontoiatriche, con limitazione alle *"prestazioni non a carico del Servizio sanitario nazionale e comunque con l'esclusione dei programmi di tutela della salute odontoiatrica nell'età evolutiva e dell'assistenza, odontoiatrica e protesica a determinate categorie di soggetti in condizioni di particolare vulnerabilità"* come *"prestazioni aggiuntive, non comprese nei livelli essenziali ed uniformi di assistenza e con questi comunque integrate, erogate da professionisti e da strutture accreditati"* (**art. 9 comma 4 lett a**), e il loro finanziamento è inglobato nell'ambito di applicazione dei fondi integrativi del SSN.
- **Il DPCM 29 novembre 2001**, che definisce i *Livelli Essenziali d'Assistenza*, inserisce le prestazioni odontoiatriche nell'**Allegato 2B**, tra le prestazioni parzialmente escluse dai LEA in quanto erogabili soltanto a seguito di specifiche indicazioni clinico-terapeutiche.
- **Il DPCM 23 aprile 2008**, che sostituisce integralmente i LEA definiti dal precedente documento, inserisce l'assistenza odontoiatrica nell'**Allegato 4C**, definendo i criteri di erogazione di tali prestazioni.

3. ASSISTENZA ODONTOIATRICA

Nonostante l'assistenza odontoiatrica rappresenti un *issue* socioeconomico, con risvolti anche psicologici, ad oggi, purtroppo, constatiamo che rimane un ambito in cui il SSN ha sempre

presentato scarso (per così dire) interesse, sia in termini di prestazioni offerte, sia in termini di qualità dei servizi. In Italia, il numero di prestazioni erogate per assistenza odontoiatrica risulta tra le più basse d'Europa (meno di una visita per paziente all'anno).

Se l'obiettivo del presente *dossier* è quello di individuare le criticità che questo argomento presenta, risulta utile sottolineare le disuguaglianze d'accesso alle prestazioni odontoiatriche che si trovano a fronteggiare quelle particolari categorie di individui con redditi medio bassi. Difatti, le prestazioni che vengono erogate in regime privato presentano costi estremamente elevati, mentre in regime pubblico, le stesse, sono pressoché inesistenti.

La valutazione critica dei dati che viene effettuata nella *Relazione sullo Stato Sanitario del Paese 2009-2010* del Ministero della Salute poggia su alcuni studi condotti negli Stati Uniti. I disordini temporomandibolari sono considerate patologie benigne, a prognosi favorevole e autolimitanti nella maggior parte dei casi. Tuttavia, essi rappresentano una causa di riduzione della qualità della vita, e per la loro risoluzione vengono impiegate importanti risorse economiche.

In Italia, le prestazioni erogate per la branca specialistica Odontostomatologia e Chirurgia Maxillo facciale registrate nel 2009 (ultimo anno disponibile) sono state 5,4 milioni. Per quanto riguarda i posti letto, se ne riscontrano circa trecento tra regimi di ricovero in *day hospital*, *day surgery* e in regime ordinario in tutto il territorio nazionale (Tabella 1).

Secondo i dati pubblicati dal Ministero della Salute, che ha analizzato il personale di tutte le strutture sanitarie presenti in Italia e ne ha pubblicato i dati nell'Annuario Statistico del SSN, nell'anno 2009 il numero di odontoiatri presenti in ASL e AO è stato pari ad un totale di 154, mentre quelli presenti in altre strutture di ricovero pubbliche ed equiparate per profilo professionale è stato pari a 179.

Tabella 1: Posti letto per branca specialistica di odontoiatria e stomatologia

Posti letto	Regime di ricovero		
	Degenza ordinaria	Day hospital	Day surgery
Pubblici	109	101	85
Privati	1	1	-
Totale	110	102	85

Fonte: Ministero della Salute - Annuario Statistico del SSN 2009.

4. PREVENZIONE ODONTOIATRICA

In Italia, nell'ambito delle cure per la risoluzione di patologie odontostomatologiche, l'offerta pubblica viene assicurata con intensità e livelli di copertura diversificata a seconda delle Regioni e delle PA: il tutto nel rispetto di quanto normato dal DPCM del novembre 2001 e di quanto consentito dalle risorse messe a disposizione dai bilanci locali.

Negli ultimi anni, in considerazione dell'ormai assodato principio secondo il quale la messa in atto di corrette misure di prevenzione comporta la riduzione del peso epidemiologico di alcune patologie odontoiatriche, sono state intraprese dal Ministero della Salute iniziative volte alla produzione e divulgazione di linee di indirizzo di ausilio agli operatori del settore odontoiatrico.

In particolare, tenendo conto del quadro epidemiologico nazionale, sono state emanate indicazioni in merito alla prevenzione e cura delle patologie orali più frequenti nell'età adulta (carie, malattia parodontale, edentulia, cancro della bocca) e alla gestione clinica degli effetti

collaterali della terapia anticancro che possono verificarsi a livello del cavo orale, durante il trattamento di patologie oncoematologiche e neoplasie solide nei pazienti in età evolutiva.

Sono state così elaborate e pubblicate le "Linee guida nazionali per la promozione della salute orale e la prevenzione delle patologie

orali in età adulta" e le "Linee guida nazionali per la promozione della salute orale e la prevenzione delle patologie orali negli individui in età evolutiva che devono essere sottoposti a chemioterapia e/o radioterapia".

In quest'ultimo caso, la necessità di emanare atti di indirizzo è nata, soprattutto, in considerazione del fatto che, visti i sempre più frequenti trattamenti antitumorali in giovani pazienti, il cavo orale rappresenta un sito frequentemente interessato dagli effetti collaterali di trattamenti quali chemioterapia, radioterapia del distretto testa-collo e protocolli di condizionamento per il trapianto di midollo osseo. Questi effetti collaterali rappresentano condizioni critiche che spesso ritardano la guarigione della malattia primaria e determinano, altresì, un peggioramento della qualità di vita.

Si tratta di problematiche cliniche legate, da un lato, all'azione diretta degli antitumorali sulle cellule a rapido "turnover" delle mucose orali e delle ghiandole salivari e, dall'altro, all'azione mielotossica, indiretta, che, a causa dell'immunodepressione sistemica prodotta, è responsabile dello sviluppo di infezioni secondarie. Inoltre, trattandosi di pazienti in età evolutiva, l'azione delle terapie anticancro su strutture in crescita, come i denti e l'articolazione temporo-mandibolare, determina alterazioni dello sviluppo dentale e scheletrico.

Queste complicanze possono manifestarsi a breve termine del trattamento, determinando ritardo della guarigione, difficoltà durante l'alimentazione e necessità di modifica dei protocolli terapeutici di prima scelta, con un aumento dei giorni di degenza e a volte il fallimento della terapia, con decadimento delle condizioni generali del bambino. Possono, inoltre, manifestarsi anche a lungo termine, con quadri clinici complessi e spesso di difficile gestione, che comportano, comunque, un peggioramento della qualità di vita dei piccoli pazienti.

L'obiettivo di soddisfare, secondo i più moderni indirizzi e in linea con le sollecitazioni poste dalla società, le nuove e diverse esigenze legate alle problematiche orali del bambino oncologico e di garantire a questi pazienti un'accettabile qualità di vita richiede, quindi, protocolli clinici basati soprattutto sulla collaborazione tra più specialisti. In questa direzione sono stati indirizzati i lavori del Ministero della Salute.

Nel bambino affetto da patologie oncologiche (es. leucemie, linfomi e tumori solidi) gli sforzi devono essere concentrati soprattutto sulla prevenzione della carie dentale, con iniziative di educazione sanitaria, non solo nei confronti del paziente, ma anche dei genitori, supportate da assistenti o personale specializzato opportunamente istruiti con l'obiettivo finale di mantenere un buono stato di salute orale.

Per promuovere quanto sopra, sono sempre più i centri specialistici che favoriscono la collaborazione stretta e fattiva tra pedodontista, pediatra, ematologo, radioterapista, infettivologo, infermiere professionale e igienista dentale, in modo da uniformare gli interventi collettivi, semicollettivi e individuali.

5. TUMORE DEL CAVO ORALE

Il tumore della bocca si manifesta principalmente con delle lesioni bianco/rossastre nella parte vicina le mucose. Su scala mondiale, la sua diffusione rappresenta circa il 10% di tutte le neoplasie maligne negli uomini e il 4% nelle donne. In Italia ogni anno vengono diagnosticati circa 4.500 casi di tumori alla bocca e si registrano circa 3.000 decessi. Ciò accade perché questo tipo di cancro viene di solito diagnosticato in fase già avanzata, quando la massa

tumorale si è già ingrandita al punto da richiedere interventi mutilanti e spesso con scarsi risultati. Il tumore del labbro è più comune negli uomini, e si sviluppa soprattutto in persone dalla pelle chiara che trascorrono molto tempo al sole (per esempio i muratori, gli agricoltori o i pescatori). I tumori del labbro rappresentano l'11 per cento circa dei nuovi casi, ma sono responsabili solo dell'1 per cento dei decessi totali. La lingua è la sede più frequente coinvolta nelle neoplasie del cavo orale: infatti i carcinomi linguali sono il 30 per cento circa di tutti i carcinomi orali. Il tumore del cavo orale è più frequente in persone che fumano tabacco e consumano alcolici; la coesistenza di queste due abitudini moltiplica il rischio di sviluppare neoplasie orali. Negli ultimi anni si è osservata una progressiva riduzione di incidenza delle neoplasie orali alcol e tabacco correlate, soprattutto nel sesso maschile, mentre nel sesso femminile, si è invece registrato un aumento (AIRC).

Per tutti i tumori del cavo orale i principali fattori di rischio sono il fumo di sigaretta, il consumo di alcol e qualunque condizione di traumatismo della superficie interna della bocca. Altre cause favorevoli possono essere scarsa igiene orale, masticazione di tabacco, errato posizionamento di protesi dentarie. Per quanto riguarda il tumore del labbro, un possibile fattore favorente è l'esposizione al sole. I tumori della bocca e del cavo orale colpiscono di solito dai 40 anni in su.

L'età media alla diagnosi di un tumore del cavo orale è di 64 anni e il 95 per cento insorge dopo i 40 anni. È opportuno consultare il medico se si nota una tumefazione persistente nel labbro, in bocca o nelle gengive, una ferita che non si rimargina o un dolore\bruciore in bocca. Un altro segnale da tener presente è quando si ha dolore e difficoltà nel mettere la dentiera.

In base ai dati disponibili, non è possibile formulare raccomandazioni a favore o contro lo screening di routine per i tumori del cavo orale per gli individui che non presentano sintomi. Per tutti è valido il consiglio di adottare uno stile di vita sano, non fumare, non consumare tabacco in alcuna forma e limitare l'alcol. In particolare è importante non sottovalutare eventuali lesioni della bocca solo perché piccole o indolori: noduli o indurimenti della mucosa, piccole ulcere, placche bianche o rosse o bianco-rossastre specie se sanguinanti, escrescenze. Un altro segnale di allarme può essere dato in caso si verificano impedimenti a una corretta masticazione. I medici dovrebbero prestare particolare attenzione alle lesioni precancerose e a qualsiasi segno o sintomo di tumore del cavo orale, in tutti gli individui che consumano tabacco (sigarette, pipa, sigaro) o che assumono regolarmente alcol. Si consiglia l'esame del cavo orale eseguito da un medico o da un dentista per tutti i soggetti di età superiore a 60 anni che abbiano fattori di rischio per il carcinoma orale.

Il cancro della bocca se riconosciuto in fase precoce può essere curato con successo con elevate percentuali di guarigione. I ritardi diagnostici dipendono in genere da una sottovalutazione dei sintomi spesso dovuta a una conoscenza insufficiente di questo tumore. Il tumore alla bocca viene infatti spesso confuso con altre malattie più frequenti (ascessi dentari, tumori benigni) ma meno gravi o per paura immotivata. I principali esami per individuare i tumori del cavo orale, in assenza di sintomi, sono l'ispezione e la palpazione del pavimento della bocca e della lingua. Ogni lesione sospetta della mucosa deve essere sottoposta a biopsia col prelievo di una piccola porzione di tessuto.

Come per la maggior parte dei tumori, la guarigione dipende dalle condizioni generali di salute, dalla sede e dalla diffusione ai linfonodi regionali o ad altre parti dell'organismo. Dai dati disponibili si è potuto stabilire che, al momento della diagnosi, oltre la metà dei tumori del cavo orale sono già diffusi nelle sedi vicine. Complessivamente, la sopravvivenza media a cinque anni dalla diagnosi è del 50 per cento e oscilla tra l'80-90 per cento dei pazienti con tumori confinati alla sede di insorgenza e il 19 per cento dei pazienti con tumori metastatici.

I tumori del cavo orale possono essere curati con l'asportazione chirurgica del tumore dei linfonodi circostanti o con la brachiterapia, un tipo particolare di radioterapia. Qualora

l'asportazione sia molto ampia oggi si procede a ricostruzioni sofisticate anche con autotrapianti di pelle, muscolo o di osso. In ogni caso è utile una rieducazione alla fonazione e alla deglutizione coordinata da specialisti logopedisti. Radioterapia e chemioterapia sono in genere usate come adiuvanti nel post operatorio dei tumori avanzati e meno frequentemente in alternativa alla chirurgia.

BIBLIOGRAFIA

- [1] Ministero della Salute, Direzione Generale del Sistema Informativo e Statistico Sanitario, Ufficio di Direzione Statistica. *Attività Gestionale ed economiche delle A.S.L. e delle Aziende Ospedaliere – Annuario Statistico del Servizio Sanitario Nazionale*;
- [2] Associazione Italiana per la Ricerca sul Cancro (AIRC) - <http://www.airc.it/default.asp>
- [3] D.Lgs. 502/'92;
- [4] DPCM 29 novembre 2001;
- [5] DPCM 23 aprile 2008;
- [6] Università di Ferrara, Facoltà di Medicina e Chirurgia. Presentazione su: *Gli studi di Screening*.
- [7] Ministero della Salute – *Relazione sullo Stato Sanitario del Paese 2009-2010*

LAVORI DELLA COMMISSIONE TECNICA NAZIONALE

ANALISI DELLE CRITICITÀ

- Il punto di vista dei pazienti
- Il punto di vista legale
- Accesso alle cure e sostenibilità
- Implantologia mini-invasiva nell'anziano
- Protesi odontoiatriche e qualità della vita
- Campagne di prevenzione
- Protesi sociale
- Carcinoma orale
- Criticità della odontoiatria pubblica-privata
- Insufficiente apporto di fondi per la ricerca scientifica
- Varie ed eventuali

SOLUZIONI E SOSTENIBILITÀ: sintesi

1. Realizzazione di una collaborazione tra strutture ordinistiche, università e associazioni di categoria, al fine di interagire con FederAnziani per affrontare le problematiche odontoiatriche nell'anziano;
2. Realizzazione di un progetto di formazione alla prevenzione orale nell'anziano con un modello nazionale;
3. Individuazione di centri di riferimento nei quali affrontare problematiche di prevenzione e diagnosi del carcinoma orale e di riabilitazione protesica nell'edentulo;
4. Corsi di aggiornamento per odontoiatri, igienisti dentali e medici sulle problematiche odontoiatriche dell'anziano, al fine di formare un team che si occupi in sinergia delle patologie del cavo orale;
5. La sostenibilità può essere supportata attraverso finanziamenti e donazioni da parte di "soggetti" pubblici e privati con la creazione di progetti mirati;
6. Attivare una richiesta del 5x1000, attraverso una fondazione dedicata, al fine di sostenere le spese relative a quanto sopra proposto.