

## 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%).

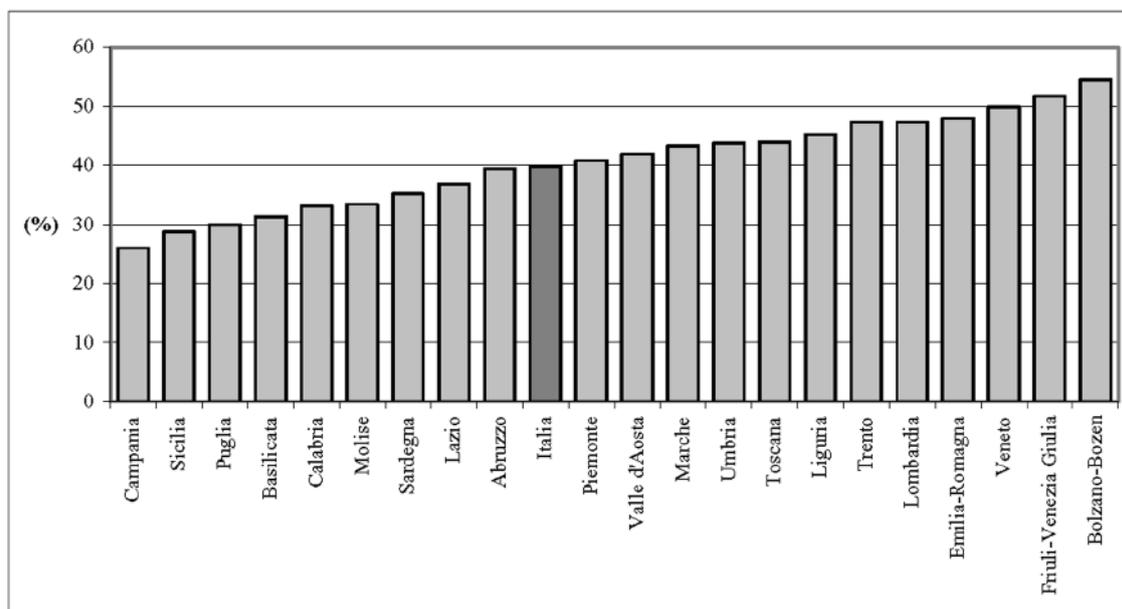
**Tabella 1** - Percentuale di persone di 3 anni ed oltre che ha fatto ricorso negli ultimi dodici mesi ad un odontoiatra per classe di età e sesso - Anno 2005

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
<b>Totale</b>	<b>38,1</b>	<b>41,2</b>	<b>39,7</b>

**Nota:** gli Intervalli di Confidenza al 95% sono disponibili sul sito [www.osservasalute.it](http://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](http://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-

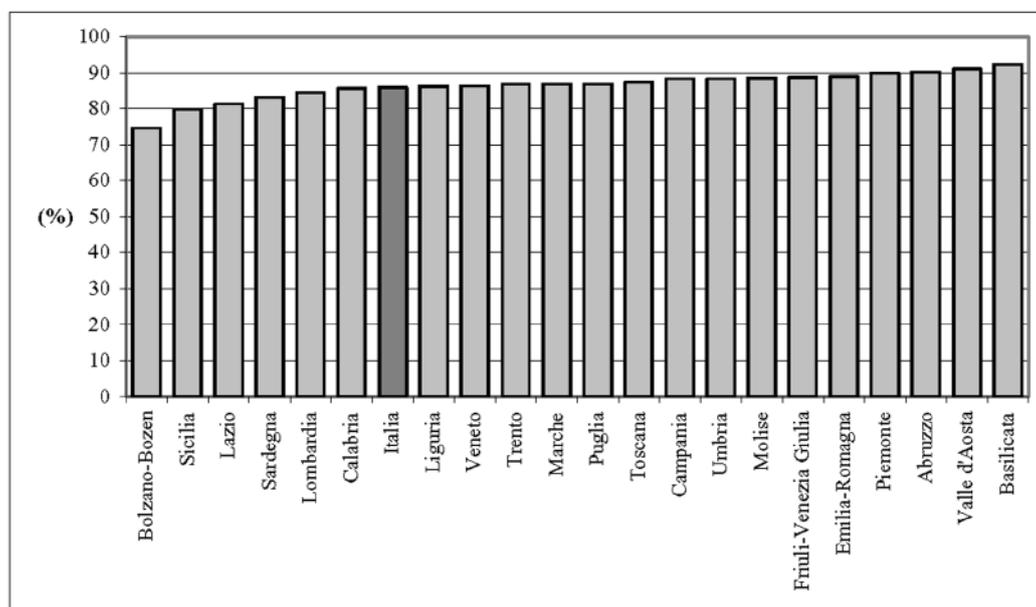
menti di igiene orale professionale prestati da odontoiatri e igienisti. Infine, sarebbe auspicabile consolidare la regolarità del flusso dei dati sull'accesso alle cure odontoiatriche.

### 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](http://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%.

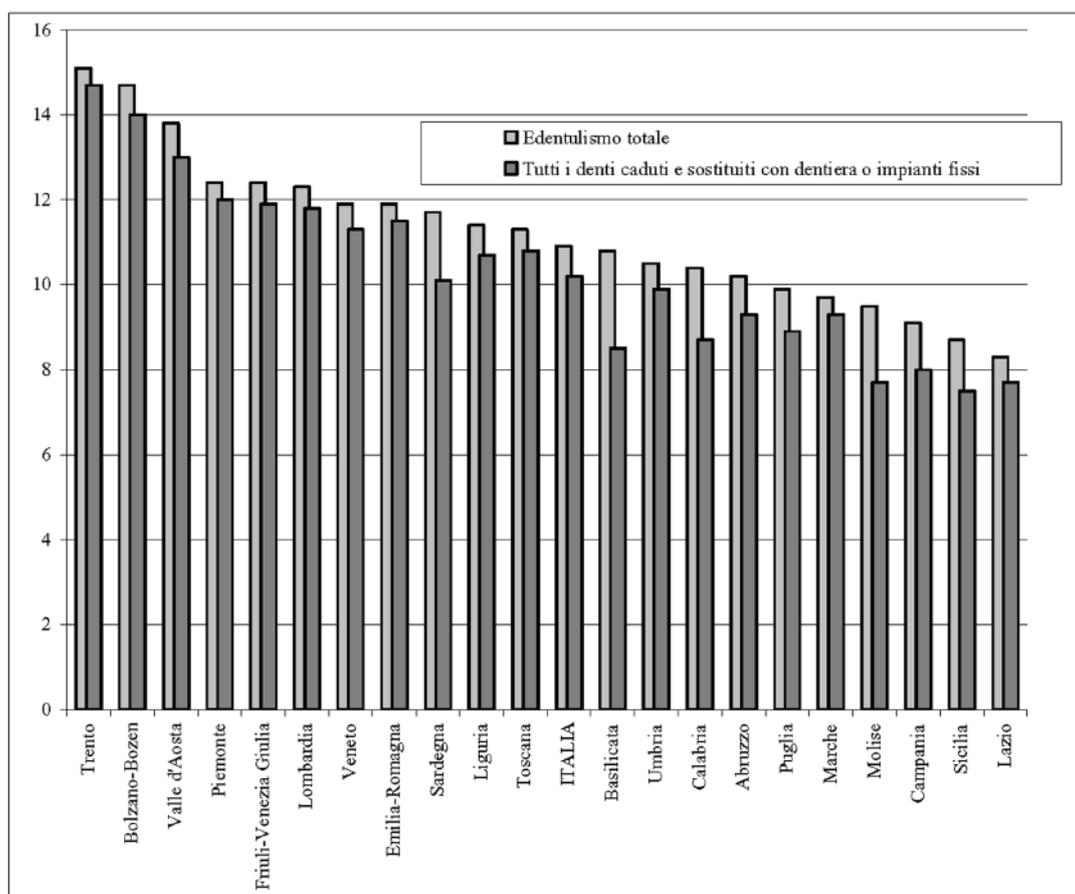
La più frequente condizione di edentulismo totale nelle regioni del Nord può essere almeno in parte imputabile ad un maggior ricorso a cure riabilitative impianto-protesiche che spesso richiedono l'estrazione preliminare dei denti naturali. Infatti, la quota di anziani che hanno perso tutti i denti e 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 ultrasettantacinquenni 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](http://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 Santé 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*.

## 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	
Denominatore	Popolazione dell'Indagine Eu-Silc Istat di 16 anni ed oltre	x 100

**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.

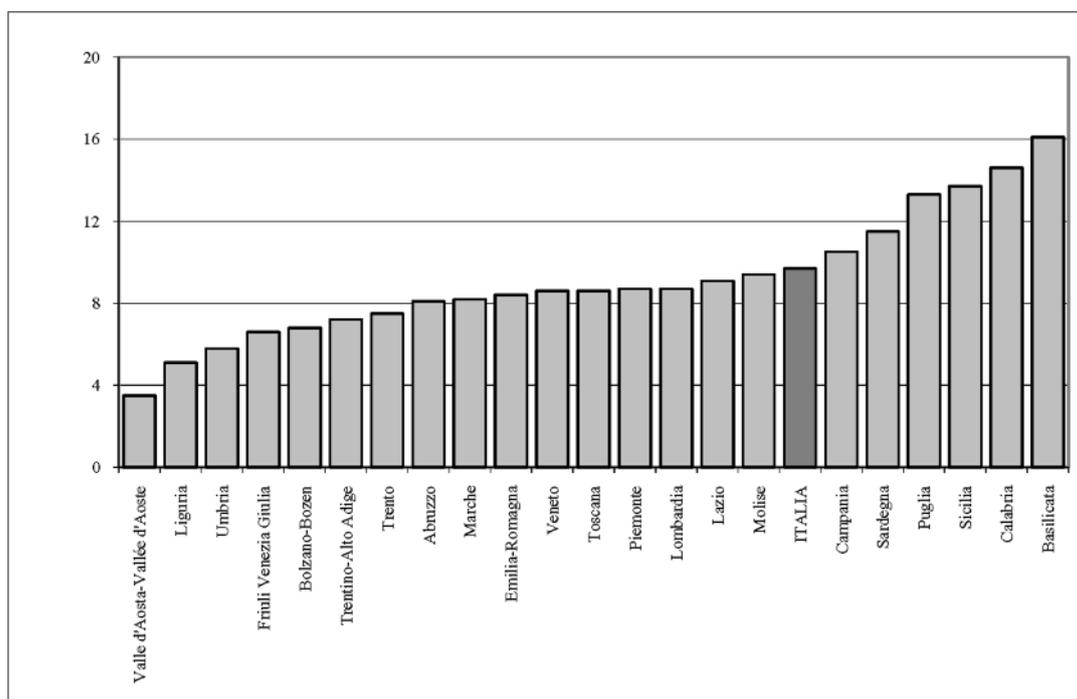
**Valore di riferimento/Benchmark.** In una situazione ideale, nessun membro della popolazione dovrebbe

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/](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
<b>Italia</b>	<b>5,60</b>	<b>4,70</b>	<b>5,10</b>	<b>5,30</b>	<b>4,70</b>	<b>5,00</b>

**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](http://www.torinomedica.com/link_articolo_farmaci.asp?id=473).
- (5) [www.salute.gov.it/imgs/C\\_17\\_pubblicazioni\\_1077\\_allegato.pdf](http://www.salute.gov.it/imgs/C_17_pubblicazioni_1077_allegato.pdf).