

Global oral health of older people – call for public health action

P.E. Petersen, D. Kandelman, S. Arpin, H. Ogawa

Community Dental Health volume 27, numero 4, supplemento 2, dicembre 2010

L'obiettivo di questo editoriale è:

- 1) fare una panoramica della condizione di salute orale degli anziani, l'utilizzo di servizi di salute orale e le cure domiciliari;
- 2) esplorare i servizi a disposizione degli anziani;
- 3) identificare la barriera e la possibilità di inserire servizi e validi programmi di salute.

Metodo: questionario spedito per posta stilato dall'OMS e distribuito ai direttori sanitari delle strutture preposte. L'OMS ricevette 46 questionari compilati dai rispettivi Paesi (rispose il 39%). Sono stati inoltre raccolti dati dalla Banca Dati OMS per includere informazioni sulla salute orale dei paesi rimanenti. In totale i dati coprono 136 dei 193 Paesi, il 71% del totale.

Risultati: la carie e le parodontopatie sono un problema importante per la maggior parte dei paesi. La prevalenza di perdita dentaria e di problemi al cavo orale è variabile, l'accesso ai servizi è scarso, in particolare nelle zone rurali. Nonostante tutto l'igiene dei denti è la pratica orale più diffusa al mondo, anche se rimane meno praticata dagli anziani e, ancor più grave, nei Paesi meno sviluppati. I dentifrici fluorati sono molto utilizzati nei Paesi industrializzati a differenza di quelli in via di sviluppo. I servizi pubblici sono presenti nei Paesi industrializzati, ma rimangono poco utilizzati dagli anziani. La mancanza di un supporto economico dalle istituzioni e dai privati li rendono ancora poco accessibili. Anche nei Paesi più orientati alla salute e alla prevenzione raramente hanno come target gli anziani. L'opportunità per inserire programmi di salute per gli anziani è legata alla conoscenza del problema delle malattie del cavo orale e della necessità di trattamento.

Conclusioni: è fortemente raccomandato che i Paesi stabiliscano programmi di salute orale che vadano incontro alle necessità degli anziani. Bisogna stabilire obiettivi misurabili per dirigere gli interventi più utili nella giusta direzione. L'integrazione della salute orale nei programmi di salute generale nazionale devono essere efficaci, in modo da migliorare la qualità di vita di questa fascia di popolazione.

INTRODUZIONE

Come risultato di una minore fertilità e una maggiore longevità la popolazione sta rapidamente invecchiando.

Per l'anno 2050 si stima che un aumento dei 60enni e oltre rappresenterà circa la metà della crescita totale della popolazione mondiale.

Nonostante gli 80enni e oltre rappresentino il 2% della popolazione totale, ci si aspetta nei prossimi 40 anni che tale popolazione quadruplichi. Questa situazione, secondo i dati del report OMS del 2002, porterà ad un drastico aumento delle patologie non trasmissibili (ad es. le patologie cardiovascolari).

A titolo generale un'igiene orale scarsa nei pazienti anziani si traduce in un alto livello di elementi mancanti, carie dentaria, problemi parodontali, xerostomia e cancro orale. Nella vita quotidiana si è osservata riduzione della capacità masticatoria, scelta ridotta di alimenti, perdita di peso, problemi di comunicazione, diminuzione dell'autostima e del benessere psico-fisico.

Una recente revisione della letteratura ha portato alla luce una stretta associazione tra problemi parodontali e diabete, perdita dei denti e malnutrizione. Tutto ciò influenza la qualità della vita, quindi aumentare l'aspettativa di vita senza garantire una buona qualità della stessa è diventato un punto cruciale cui la sanità pubblica dei Paesi industrializzati deve far fronte. Questa sfida sulla salute pubblica degli anziani venne enfatizzata nel 2007 dalla WHO Assembly Resolution con un piano d'azione. Per prima cosa vi è la necessità di scoprire i reali bisogni a livello globale di questa fascia di popolazione.

Gli obiettivi di questo studio sono:

- 1) un'analisi della situazione della salute orale e l'utilizzo dei servizi ad essa attribuiti;
- 2) un'analisi di servizi e programmi ad oggi disponibili per gli anziani;
- 3) identificare le barriere allo sviluppo di un progetto di salute orale per gli anziani, la prevenzione, i programmi di salute orale, la modificazione e lo sviluppo dei programmi ad oggi esistenti.

MATERIALI E METODI

Un questionario postale ideato dall'OMS è stato distribuito ai Direttori Sanitari delle Cliniche Odontoiatriche.

Il questionario toccava i seguenti argomenti:

- 1) lo stato di salute orale degli anziani;
- 2) le abitudini di salute orale;
- 3) l'utilizzo dei servizi di salute orali disponibili;
- 4) il personale adibito a questi servizi;
- 5) il tipo di servizi forniti;
- 6) l'aggiornamento dei servizi e delle cure;
- 7) i pro e i contro dei servizi erogati.

L'OMS ha ottenuto una raccolta dati che ha coperto il 39% dei paesi indagati e altre informazioni sono state ricavate dagli archivi OMS.

Tutte e sei le Regioni sono state interessate dallo studio come segue:

- la Regione Africana (AFRO) e Americana (AMRO);
- la Regione del Mediterraneo Est (EMRO) e l'Europa (EURO);
- il Sud Asiatico (SEARO) e l'ovest del Pacifico (WPRO).

Tramite raccolta dati dal database OMS e le pubblicazioni scientifiche ad oggi presenti si sono raggiunti 93 Paesi per un totale di 136 su 193, cioè il 71% di tutti gli stati membri dell'OMS.

Il questionario include anche domande aperte e le risposte sono state oggetto di un'analisi qualitativa.

RISULTATI

CARIE DENTALI

Fig. 2: riassume la situazione orale dei pazienti anziani di età superiore a 65 anni tramite l'utilizzo dell'indice DMFT. Si evince che la patologia cariosa è un problema serio maggiormente nelle aree AMRO, EMRO, EURO e la componente M è sorprendentemente alta in tutte le Regioni. I Paesi africani mostrano un DMFT relativamente basso. Ad ogni modo il rapporto M/DFT è molto elevato, mentre il rapporto F/DMF è molto basso. Questi risultati sottolineano come la salute orale per gli anziani si traduca in interventi molto radicali in termini di estrazioni. Considerevoli discrepanze ci sono nel punteggio DMFT totale nei Paesi dell'Africa; infatti sembra essere molto elevato in Madagascar (DMFT = 20.9 – 24.6), basso in Ghana (DMFT = 1.4), nell'Africa Ovest con valori pari a 3.7 in Tanzania, 4.5 in Zimbabwe.

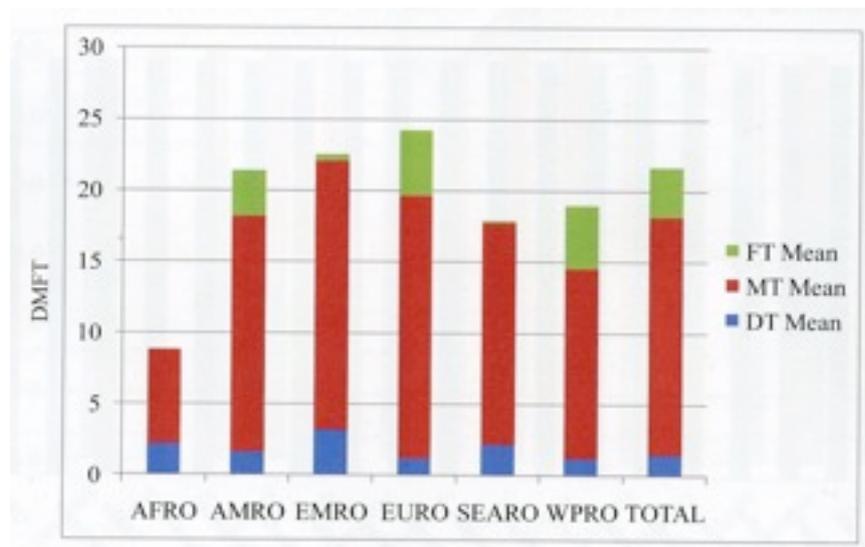


Fig 2: DMFT medio in una popolazione di età superiore a 65 anni nei distretti OMS (WHO, 2007)

PATOLOGIA PARODONTALE

Figg. 3-6: mostrano lo stato parodontale dei pazienti tra i 65 e i 74 anni nel mondo rilevati tramite l'indice CPI. Tale indice mostra la situazione parodontale di una persona secondo il seguente schema: CPI=0: condizione di gengive sane; CPI=1: presenza di sanguinamento gengivale; CPI=2: presenza di sanguinamento gengivale e tartaro; CPI=3: presenza di tasche di 3-5 mm di profondità; CPI=4: presenza di tasche profonde di 6 mm o più. Nella maggior parte dei Paesi si riscontra una percentuale di valori 2 e 3 dell'indice CPI molto alta ((l'indice CPI è pari a 2 e 3 e)) riflettendo uno scarso livello di igiene orale. Il valore di CPI pari a 4 indica una situazione gengivale molto compromessa. La variabilità dello stesso all'interno di ogni Paese è alta; si è rilevato un numero medio di soggetti anziani che presentavano CPI=4 in una percentuale variabile tra il 5% e il 20% in molti paesi "indagati", mentre in alcuni tale percentuale era ancora maggiore (Petersen e Ogawa, 2005).si ha una percentuale che varia dal 5 al 20% a seconda del Paese.

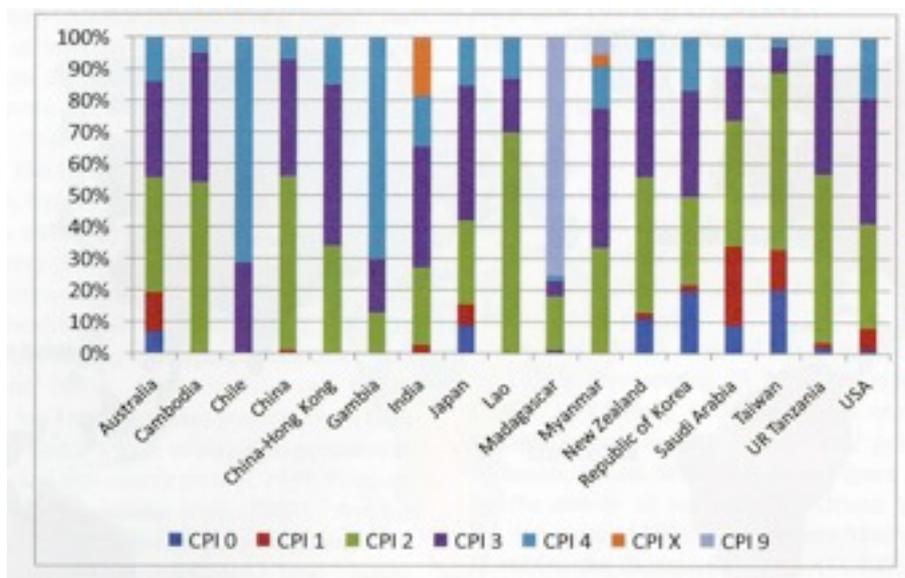


Fig.3: CPI medio in popolazione di età compresa tra 65 e 74 anni (WHO, 2007)

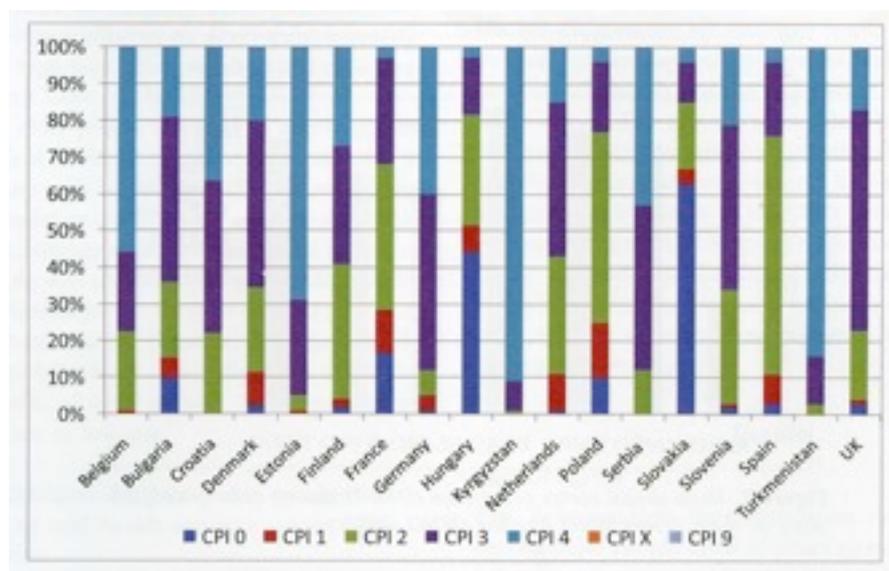


Fig.4: CPI medio in popolazione di età compresa tra 65 e 74 anni nei Paesi della Regione EURO (WHO, 2007)

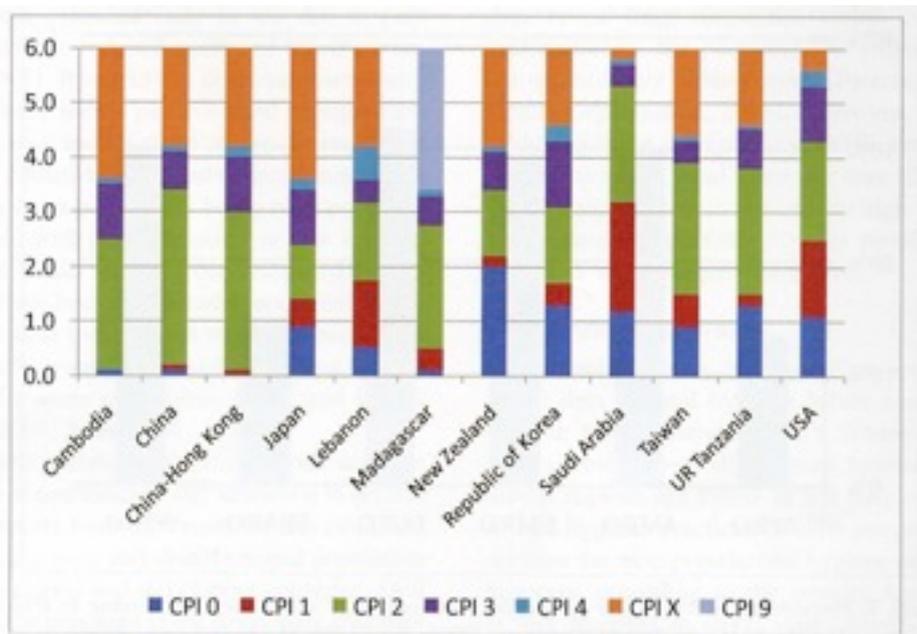


Fig.5: valore medio di sestanti con indice CPI in popolazione con età compresa tra 65 e 74 anni (WHO, 2007)

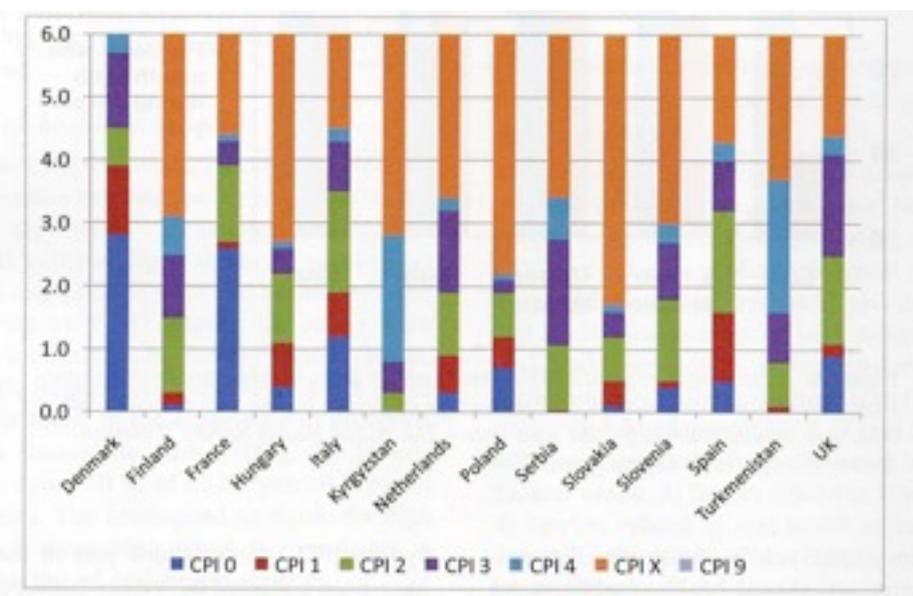


Fig.6: numero medio di sestanti con indice CPI in popolazione di età compresa tra 65 e 74 anni nei Paesi della Regione EURO (WHO, 2007)

PERDITA DI ELEMENTI DENTALI

Fig. 7: illustra le variazioni regionali nell'edentulismo e sembra che la perdita di elementi dentali sia bassa nelle Regioni Africana e del Sud Est Asiatico. Sono stati calcolati anche in base alle differenze socio-economiche presenti tra gli anziani dello stesso Paese.

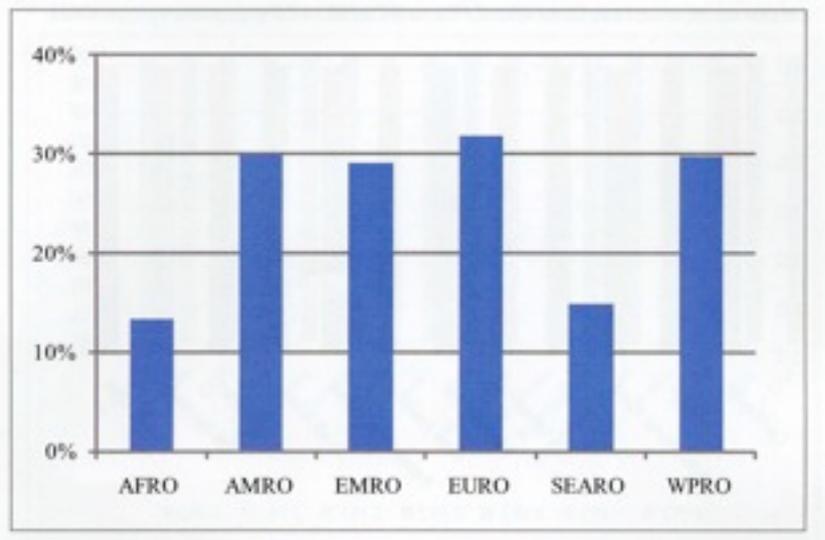


Fig.7: percentuale di edentulismo in popolazione di età compresa tra 65 e 74 anni (WHO, 2006)

Fig. 8: descrive la situazione nella fascia di età tra 65 e 74 anni relativamente al PIL. La prevalenza dell'edentulismo è elevato (35%) nelle fasce medio-alte, ma basso (10%) nei Paesi più poveri. Le disabilità legate alla perdita dei denti sono più severe nei Paesi in via di sviluppo come l'Africa, l'Asia, l'America Latina, dove i servizi odontoiatrici sono più scarsi. Questi Paesi hanno riportato la presenza di stomatiti da protesi e ulcere traumatiche nel 45% dei soggetti portatori di protesi; queste situazioni sono esacerbate dalla malnutrizione ed uno stile di vita poco salutare, scarsa igiene orale ed eccessivo utilizzo di tabacco e alcool.

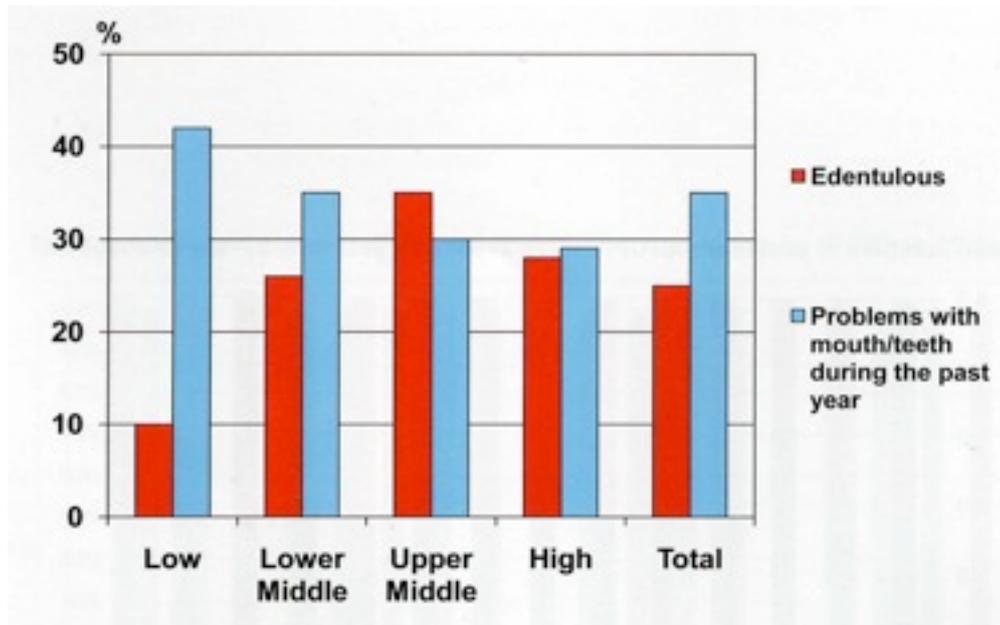


Fig.8: percentuale di soggetti di età compresa tra 65 e 74 anni edentuli e con problemi in bocca nell'anno precedente alla visita (Petersen, 2009b; WHO, 2006)

ESPERIENZA DI PROBLEMI AL CAVO ORALE

Fig. 9: mostra come in Africa, nel Mediterraneo orientale e nel Pacifico occidentale la percentuale di soggetti che hanno sperimentato il dolore causato da problemi al cavo orale sia molto elevato. Nei Paesi meno sviluppati è pari al 40% dei pazienti DI età compresa tra 65 e 74 anni, a differenza del 30% nei Paesi più agiati.

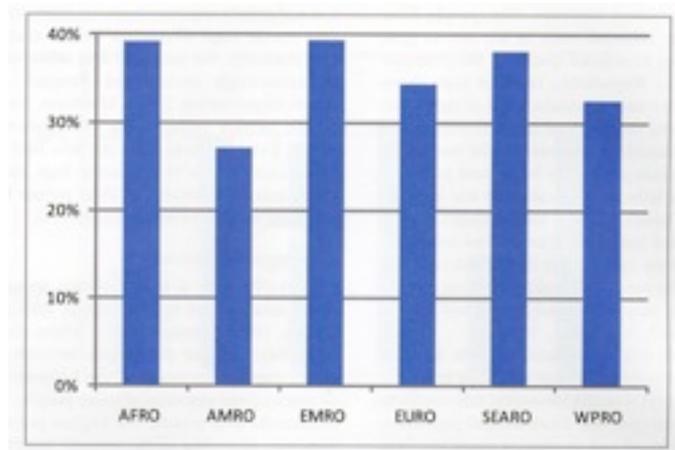


Fig.9: percentuale di soggetti di età compresa tra 65 e 74 anni con problemi di salute orale nell'anno precedente la visita nelle varie Aree (Petersen, 2009b; WHO, 2006)

LA CURA DELLA SALUTE ORALE

In merito viene posta una domanda nel questionario, ovvero se i pazienti avessero ricevuto delle cure odontoiatriche. Si possono notare risposte positive nell'area Europea e negative nell'Africa e nel sud-est asiatico.

Fig. 11: sottolinea ancora la disparità socio-economica tra i paesi più industrializzati e quelli meno. Si notano anche differenze significative all'interno dello stesso Paese a causa di notevoli differenze socio-economiche e culturali.

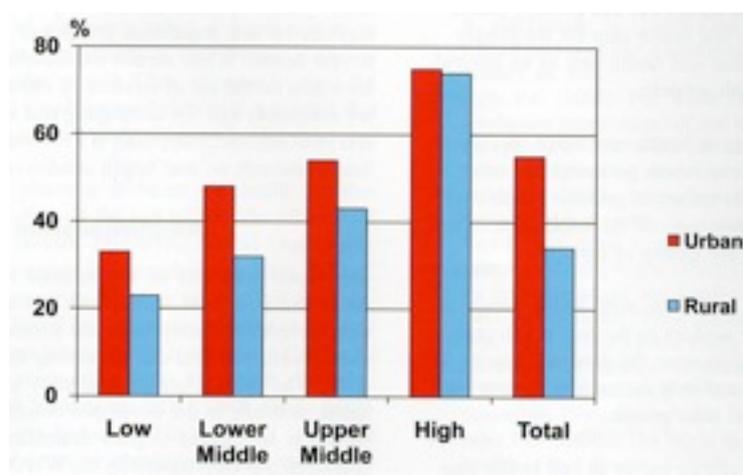


Fig.11: percentuale di soggetti di età compresa tra 65 e 74 anni che ha ricevuto cure odontoiatriche nell'anno precedente la visita in aree rurale e urbane (Petersen, 2009bWHO, 2006)

ABITUDINI DI IGIENE ORALE

Solo pochi Paesi possiedono dati sulle abitudini di igiene orale; dove queste sono presenti vi sono grandi differenze tra i Paesi e tra le regioni dello stesso. Lo spazzolamento rimane la metodica più diffusa.

RACCOMANDAZIONI

Questo report sottolinea il bisogno urgente di aumentare la consapevolezza sulla scarsa igiene orale e la bassa qualità di vita delle persone anziane. Il problema è già serio nei Paesi industrializzati ed è destinato ad ingrandirsi in futuro.

Come enfatizzato dall'assemblea OMS del 2007, i politici e le autorità sanitarie devono rafforzare il servizio odontoiatrico non solo concentrandosi sulle patologie esistenti, ma anche su interventi pubblici che possono migliorare le attitudini alla salute orale e uno stile di vita più sano negli anziani. Questo report stimola ad utilizzare le nozioni ad oggi conosciute nella pratica sanitaria pubblica per il bene degli anziani. Tali interventi richiedono l'azione da parte delle autorità sanitarie nazionali. I fattori di rischio per le patologie sistemiche croniche sono gli stessi delle patologie orali; l'approccio ai fattori di rischio sarà strumentale per l'organizzazione e per il controllo della promozione della salute orale e i programmi clinici odontoiatrici (Petersen e Yamamoto, 2005). Coinvolgere in lavori interdisciplinari il personale medico e non è la chiave della comprehensive care. L'utilizzo dei riuniti mobili deve essere preso in considerazione da certi Paesi per curare le persone anziane inferme.

In conclusione, la pianificazione dei servizi di salute orale futuri necessiterà di un grande sforzo sia da parte delle strutture pubbliche, sia di quelle private. I programmi di salute orale devono avere come scopo non solo il trattamento della patologia, ma devono spingersi al miglioramento della qualità di vita dei pazienti anziani. In alcuni Paesi le case di cura per anziani possono essere sede ideale di strutture odontoiatriche. Inoltre coinvolgendo il personale non odontoiatrico si aumenterebbe la consapevolezza della salute orale e dei problemi esistenti negli anziani.

CONCLUSIONI

Al giorno d'oggi i Paesi che non hanno risposto ai questionari sono stati analizzati da personale OMS tramite interviste. Da questo si evince che gli unici Paesi che si sono adoperati in programmi di prevenzione orale per gli anziani sono i Paesi Scandinavi, in quanto la salute orale è parte integrante del programma di salute pubblica. Questo succede perché politicamente viene dato poco peso a tale problematica, minimizzandola senza averne l'effettiva conoscenza. Lo studio ha sottolineato le profonde diversità nelle diverse Regioni del mondo. Inoltre le scarse condizioni socio-economiche degli anziani contribuiscono alla sottoutilizzazione dei servizi presenti.

Il questionario di questo studio e la letteratura indicano la necessità di raccogliere dati sulla salute orale degli anziani soprattutto nei Paesi in via di sviluppo. Quindi è opportuno concentrarsi su una ricerca che puntualizzi la situazione ad oggi dei servizi pubblici che si occupino di salute pubblica dei pazienti anziani.

- 1) La disparità di dati aggiornati sulla salute orale, sulle abitudini e l'utilizzo di servizi da parte degli anziani giustifica la formulazione di politiche per lo sviluppo di programmi per la salute orale e la qualità di vita. L'OMS ricopre un ruolo importante specialmente in relazione ai Paesi in via di sviluppo, nell'assicurare un supporto pratico.
- 2) Si è giunti alla consapevolezza che la salute orale non è un concetto separato dalla salute generale e che rappresenta un fattore determinante nella qualità della vita.

- 3) Solo pochi Paesi hanno inserito i programmi di salute orale per le persone anziane. E' necessaria l'introduzione di un servizio odontoiatrico economicamente adatto per questa fascia di popolazione più svantaggiata.
- 4) L'adeguata presenza di personale qualificato alla cura della salute orale dei pazienti anziani è parte integrante del servizio di salute primaria.
- 5) Approccio integrato tra il personale odontoiatrico e il personale medico, in genere qualificato per la cura degli anziani, aiuterà a far capire l'importanza delle cure orali e a migliorarle.
- 6) Coinvolgere il personale odontoiatrico ausiliario e infermieristico nella cura della salute orale degli anziani può aumentare la capacità a livello nazionale del sistema sanitario.
- 7) Il problema più difficile da risolvere è quello del trasporto delle persone anziane: l'utilizzo di riuniti mobili o di equipaggiamento portatile può rappresentare una soluzione.

DATI QUALITATIVI

(Barriere e opportunità legata all'inserimento dei programmi di salute orale per gli anziani)

Le barriere sembrano essere legate maggiormente a:

- 1) Politiche di salute nazionale e di sviluppo di strutture odontoiatriche sul territorio;
- 2) Standard economici dei Paesi e risorse disponibili per questi programmi;
- 3) Fattori legati alla salute/malattia;
- 4) Barriere socio-culturali legate alle abitudini di igiene orale dei pazienti anziani.

Nei Paesi sviluppati vi sono risorse economiche, ma vengono destinate al trattamento e non alla prevenzione. Pochi interventi vengono fatti per le classi più disagiate ed è ormai noto che la salute orale dei pazienti anziani viene molto trascurata. Senza considerare il problema della mancanza di prevenzione, nella maggioranza di questi Paesi interventi per migliorare i servizi non sono ancora stati presi in considerazione. Gli anziani che vivono nelle zone rurali non hanno accesso ad alcun servizio. L'opportunità di stabilire programmi di salute orale per pazienti anziani viene attribuito ai direttori sanitari.