



**Corso di Aggiornamento - "RAPPORTI TRA SALUTE PARODONTALE E SALUTE SISTEMICA-PERIODONTOLOGIA"  
Roma, 15 - 16 Ottobre 2004**

## **SALUTE SISTEMICA, STILI DI VITA E SALUTE ORALE:UN'OVERVIEW**

**Relatore: Prof. Massimo de Luca**

*Cattedra di parodontologia II, CLSOPDPresidente CLID, Università "La Sapienza", Roma.*

*(Riassunto della relazione a cura del Dott. Fausto D'Amico)*

Per stile di vita si intende "il modo abituale di essere, di comportarsi e di agire" ( Zingarelli, Dizionario della lingua italiana). Il comportamento di ogni persona è il risultato degli insegnamenti che riceve nel corso della vita e del convincimento, della loro efficienza ed efficacia. Negli ultimi anni le istituzioni preposte alla salvaguardia della salute pubblica hanno incentrato la ricerca sugli aspetti sociali che influenzano la salute dei cittadini. La sempre maggior richiesta di assistenza ha trovato risposta da parte dello Stato e delle Regioni nel miglioramento dell'accessibilità ai servizi, nell'introduzione di supporti informatici e nell'incremento dell'assistenza di tipo ospedaliero anche da parte delle Università.

Le istituzioni hanno puntato sull'informazione, attraverso i mass media (televisione, quotidiani e riviste) con campagne, su larga scala, quale mezzo di divulgazione che potesse indurre la popolazione a modificare i propri stili di vita. Ad esempio le indicazioni ad una corretta alimentazione e metodiche di screening preventivo per i tumori nella donna (l'invito scritto a presentarsi per uno screening preventivo del carcinoma mammario attraverso ecografie e mammografie per tutte le donne in età a rischio ; il prof. Veronesi ha recentemente previsto una drastica riduzione del carcinoma mammario, per l'anno 2020).

Dall'analisi degli stili di vita dei giovani sono emersi dei comportamenti a rischio per la loro salute futura, quali l'incremento della dipendenza dal fumo in età precoce, nelle donne giovani e lavoratrici e dell'abuso di super alcolici negli adolescenti. Alle campagne di informazione si è aggiunta l'introduzione di leggi che obbligano il cittadino all'assunzione di comportamenti in grado di salvaguardare la salute pubblica (introduzione dell'obbligo dell'uso delle cinture di sicurezza e del casco dei limiti di velocità) e una normativa che obbliga il datore di lavoro ad individuare i fattori di rischio ed a far rispettare la sicurezza (legge 626/94 e successive leggi e decreti).

Nell'ambito odontoiatrico, già nel 1935 G. Eastman ha fondato 5 ospedali odontoiatrici nel mondo per la prevenzione delle patologie orali nel bambino. Gli odontoiatri ed in particolare i parodontologi, hanno da sempre insistito sull'importanza della prevenzione per la salvaguardia della salute orale.

Nel maggio del 2004 R. Rosso pubblica su *Italian Dental Economist* un'indagine sul ruolo dei dentisti italiani nella comunicazione con i pazienti da cui si evince che solo il 60% delle famiglie italiane ha un dentista di riferimento e che solo un componente di tali famiglie si fa visitare almeno una volta l'anno dal suo dentista.

Il dentista quindi riveste un ruolo primario nell'ambito dell'equazione:

***Informazione + Motivazione = Stile di vita (persona convinta, conscia della responsabilità della propria salute)***

D. Blane (*J Epidemiol Community Health*, 1999) afferma che “...lo stato di malattia di un individuo e' il risultato dell'esperienza di vita trascorsa dallo stesso...”.

Petersen PE. (responsabile del OMS per i Collaborating Center nel Mondo) nel *The World Oral Health Report 2003* prevede un continuo miglioramento della salute orale nel 21° secolo ed afferma che le malattie croniche e i traumi sono i problemi di salute più importanti in quasi tutte le nazioni e che “...le tipologie delle malattie in continuo cambiamento sono strettamente legate ai cambiamenti degli stili di vita, come le diete ricche di zuccheri, l'abuso eccessivo di tabacco e l'aumentata assunzione di alcolici..... In aggiunta ai fattori socio-ambientali, le patologie orali sono strettamente correlate a tali stili di vita, che possono essere considerati: **fattori di rischio** per la maggior parte delle patologie croniche oppure **fattori protettivi**, come l'uso appropriato di fluoro e l'igiene orale ottimale”.

Nello stesso rapporto si afferma che le patologie orali vengono considerate importanti per la salute pubblica a causa della loro alta prevalenza ed incidenza in tutto il mondo e, come per molte patologie, queste gravano soprattutto sulle popolazioni svantaggiate e socialmente emarginate.

Altro aspetto importante che deve essere considerato è quanto affermato da Bandura (A. Self efficacy mechanism in human agency. *Am Psychol* 1982;37:122–47) i pazienti svolgono attività che si sentono in grado di affrontare mentre evitano quelle che credono di non essere capaci di svolgere; e diventa quindi importante anche la percezione della efficacia individuale nel comportamento verso la salute orale (Anna Maija Hannele Syrjala, Matti Lauri Edvard Knuuttila and Leena Kyllikki Syrjala *Acta Odontol Scand* 2001; 59: 1–6).

Tsuboi S. in uno studio pubblicato sul *J Occupational Health*,(2003), circa l'effetto della profilassi orale sulla percezione generale della salute e sugli stili di vita dei lavoratori, conclude che *la salute orale*, la salute sociale e la presa di coscienza della salute tendevano a migliorare con l'intervento odontoiatrico.

In odontoiatria ed in particolare in parodontologia l'efficacia terapeutica è legata alla collaborazione del paziente. Ciò è particolarmente vero per quanto riguarda l'efficacia del mantenimento parodontale a lungo termine e soprattutto per l'influenza che alcuni stili di vita, come ad esempio l'abitudine alle manovre di igiene orale e la dipendenza dal fumo, hanno sulla prognosi a lungo termine della malattia parodontale.

Infatti i pazienti in trattamento con mantenimento, e che quindi hanno istruzioni e motivazioni all'igiene orale, hanno una perdita di attacco annua di 0.02-0.04 mm (Suomi e coll., 1971; Nyman e coll. 1981; Axelson e Lindhe, 1981) mentre i pazienti che non ricevono nessun mantenimento hanno una perdita di attacco annua di 0.1-1 mm (Nyman, 1971; Becker, 1984; Loe e coll., 1986; Ismail, 1990; Papapanou e Wennstrom, 1990; Bragger e coll, 1992; Lovdahl, 1961; Loe, 1978).

L'O.M.S. prevede che nel 2024 solo il 10% degli americani tra i 65 e i 74 anni sarà edentulo, rispetto al 30% del 2000 e sottolinea che " *...mentre la perdita dei denti e' un prodotto finale della malattia, essa riflette anche l'attitudine del paziente, del dentista, la disponibilita' e l'accessibilita' alle cure (compresa la possibilita' di pagare) e la prevalente filosofia del curarsi*".

Il fumo rappresenta l'esempio più classico di quanto un certo stile di vita possa influenzare la salute orale e sistemica di un individuo: "La parodontite refrattaria è correlata al fumo!"(Bergstrom, *J. Dent. Res.*, '90-'92), "Il 90% dei pazienti affetti da parodontite refrattaria sono fumatori" (Mac Farlane et al., 1992), "I pazienti parodontali fumatori hanno un rischio di perdita di attacco 8,3 volte maggiore rispetto ai non fumatori" (Stoltenberger et al., 1993), "Il fumatore spesso mostra una ridotta igiene domiciliare, la perdita di attacco sembra sia direttamente proporzionale al numero di sigarette fumate, fumo e scarsa igiene orale sono spesso caratteristiche associate nello stesso individuo" (Ainamo, The seeming effect of tobacco consumption on the occurrence of periodontal disease and dental caries, *J Suom Hammaslaak Toim*, 1971 ).

Negli ultimi anni è emersa una possibile associazione fra malattia parodontale e cardiopatie ischemiche, aterosclerosi e infarto cerebrale. (Mattila et .al. Dental infections and coronary atherosclerosis. *Atherosclerosis 1993* ,Beck et al. *Periodontal disease and cardiovascular disease. J. Periodontol. 1996* )

PP. Hujoel ha osservato che, in questi lavori il fumo non è stato dubitamente considerato quale fattore di confondimento. Nonostante ciò sempre più numerosi sono gli studi che dimostrano che esista quanto meno un ragionevole dubbio per indagare in maniera più approfondita sul fatto che la malattia parodontale costituisca un carico infiammatorio sistemico tale da poter favorire l'insorgenza di patologie cardiovascolari, aterosclerosi, infarto del miocardio ed infarto cerebrale.( Grau AJ, Becher H, Ziegler CM, Lichy C, Buggle F, Kaiser C, Lutz R, BultmannS, Preusch M, Dorfer CE. Periodontal disease as a risk factor for ischemic stroke. *Stroke*. 2004 Feb;35(2):496-501., D'Aiuto F, Ready D, Tonetti MS. Periodontal disease and C-reactive protein-associated cardiovascular risk. *J Periodontal Res*. Aug 2004;39(4):236-41.)

Alla luce di tutte queste considerazioni, la conclusione, ad oggi più ragionevole, può risiedere in una domanda : Vale proprio la pena non trattare la malattia parodontale?

---