

SENATO DELLA REPUBBLICA

VI LEGISLATURA

(N. 1254-A)

RELAZIONE DELLA 12^a COMMISSIONE PERMANENTE

(IGIENE E SANITA)

(RELATORE PITTELLA)

SUL

DISEGNO DI LEGGE

d'iniziativa del senatore LEGGIERI

COMUNICATO ALLA PRESIDENZA IL 24 AGOSTO 1973

Istituzione del servizio di profilassi della carie dentaria

Comunicata alla Presidenza il 1° luglio 1974

ONOREVOLI SENATORI. — Il giorno 30 maggio 1974, la 12^a Commissione, col voto favorevole dei vari Gruppi, e con l'astensione del Gruppo comunista, mi ha conferito il mandato di riferire favorevolmente all'Assemblea sul disegno di legge n. 1254, d'iniziativa del senatore Leggieri, riguardante « l'istituzione del servizio di profilassi della carie dentaria ». L'iter di questo disegno di legge ebbe inizio il 30 gennaio 1974 e il dibattito, ampio e approfondito, venne sviluppato nelle sedute di Commissione del 6 febbraio 1974, del 20 febbraio 1974 e del 30 maggio 1974 con l'intervento di numerosi senatori e del rappresentante del Governo nella persona del sottosegretario Guerrini prima e, successivamente, del sottosegretario Spigaroli.

La profilassi della carie è sicuramente ambientale-igienico-dietetica, prima ancora che farmacologica. La profilassi farmacologica di una malattia deve sempre ancorarsi su due certezze: la prima, che la sostanza chimica usata non sia nociva; la seconda, che risponda con la massima aderenza alle finalità proposte. Per questi motivi, il relatore ritiene di dover fornire elementi di informazione dettagliati sull'impiego del fluoruro di sodio nella profilassi della carie dentaria, sui vantaggi ottenuti e sulle sperimentazioni fatte per dimostrarne l'assoluta innocuità.

In mancanza di acqua sufficientemente fluorata, occorre procurare all'organismo con altro mezzo il fluoro necessario, affinché la concentrazione carente di questa sostanza nello smalto venga completata prima della dentizione, e cioè tra la nascita e l'età di dodici anni. A tale esigenza può sopperirsi con il fluoruro di sodio, il quale consente di dosare molto facilmente la quantità opportuna di fluoro.

Dopo la formazione della corona dentaria, i denti rimangono ancora parecchi anni nel mascellare, prima della eruzione. Tale periodo è compreso da 1 a 2 anni per i denti da latte e dai 4 ai 5 anni per i denti permanenti. Se il liquido tissutale nel quale si trovano in questo periodo di attesa contiene fluoro, assorbito grazie ad un trattamento per via interna (compresse) si risconterà un tasso elevato negli strati superiori dello

smalto. Ciò vuol dire che la carenza di fluoro è già corretta — o quasi del tutto corretta — al momento della dentizione.

Tuttavia l'assorbimento delle compresse fluorate prima della dentizione è da ritenersi efficace solo se le corone dentarie, dopo essere spuntate, ritrovano del fluoro nella saliva che le circonda. Se questo non si verifica, il loro tasso di fluorazione preeruttivo non può mantenersi, gli strati dello smalto si impoveriscono in fluoro, e la carie può insediarsi.

I denti da latte spuntano durante i primi tre anni mentre le corone dei denti permanenti, ancora incomplete, prendono la loro forma definitiva e nuove corone si sviluppano. I primi denti permanenti spuntano tra il sesto e il settimo anno, gli altri entro il dodicesimo anno. Durante questo periodo transitorio, il fluoro influenza per via interna i denti che non sono ancora fuoriusciti.

La fluorazione locale di mantenimento dovrebbe durare tutta la vita. In mancanza di questo, i denti perdono progressivamente la loro resistenza alla carie, come si è potuto rilevare nei bambini che si sono spostati dalle regioni dove l'acqua potabile è fluorata in altre in cui non lo è.

La fluorazione post-eruttiva locale è altrettanto importante, in particolare, nelle donne gravide, in quanto la gravidanza è uno dei fattori favorevoli alla carie.

La questione degli effetti secondari, legati alla profilassi per via interna con fluoro, viene costantemente sollevata. Di tutte le cellule dell'organismo le più sensibili al fluoro sono gli ameloblasti o gli adamantoblasti, che contribuiscono a formare lo smalto della corona dentale. La loro attività dura solo fino all'ottavo anno, quando non si ferma, e questo è il caso più frequente, nel corso dell'anno precedente. In quel momento le corone di 28 denti permanenti sono interamente formate. Per questa ragione le dosi di fluoro somministrate per la via interna fino all'ottavo anno devono essere rigorosamente conformi alle prescrizioni, in quanto un apporto eccessivo potrebbe perturbare l'attività degli ameloblasti e determinare una fluorosi. Nei bambini di più di otto anni, in compenso, la dose può essere aumentata, se

non moltiplicata, senza provocare effetti secondari: in tale periodo infatti, gli ameloblasti sono diventati inattivi e le altre cellule dell'organismo sono molto meno sensibili al fluoro.

In che modo il fluoruro di sodio si oppone alla carie? Bastano pochi cenni alla eziopatogenesi della carie per rendersene conto.

Essa è provocata dagli acidi che si formano sulle placche microbiche dentali in conseguenza della fermentazione dello zucchero. Questi acidi decalcificano lo smalto dentale, salvo che gli strati esterni non siano ricchi di fluoro, il quale ha la proprietà di rendere i cristalli dello smalto meno solubili negli acidi e quindi più resistenti agli effetti decalcificanti.

Rapporto tra fluoro ed enzimi.

Il fluoro non si accumula nè negli organi, nè nei muscoli, nè nelle parti molli; la sua concentrazione è inferiore ad una p.p.m., qualunque sia la quantità assorbita. In laboratorio vari sistemi enzimatici possono essere inibiti con tassi che vanno da 20 a 200 p.p.m.

È dunque evidente che gli enzimi nell'organismo vivente non vengono influenzati nel loro funzionamento dal contenuto in fluoro degli alimenti e delle acque.

Rapporto tra fluoro e crescita cellulare.

Poichè la concentrazione del fluoro nei liquidi dell'organismo e nelle parti molli è bassa e costante, il fluoro presente nell'acqua potabile e negli alimenti è senza effetto sulla crescita cellulare.

La inibisce soltanto in vitro, per concentrazioni superiori a 10 p.p.m.

Rapporto tra fluoro e tiroide.

Numerosi studi condotti in Inghilterra hanno dimostrato che non vi è interrelazione nè antagonismo tra lo iodio ed il fluoro.

Rapporto tra fluoro e osteoporosi.

Lo sviluppo recente delle ricerche sul fluoro ha dimostrato che i fluoruri hanno azio-

ne preventiva sulla osteoporosi delle persone anziane.

Rapporto tra fluoruri e carie.

Sono stati presi in esame tre gruppi di bambini.

Un primo gruppo campione di soggetti che non hanno mai ricevuto supplementi dietetici di fluoro; un secondo gruppo che ha ricevuto fluoro fin dalla nascita; un terzo gruppo le cui madri hanno ricevuto fluoro durante la gravidanza, e dalla nascita un supplemento dietetico di fluoro.

Il gruppo con profilassi prenatale e post-natale presentava l'81,5 per cento in meno di denti D M F del gruppo non fluorato; il gruppo con profilassi post-natale presentava unicamente il 55,7 per cento in meno di denti D M F del gruppo non fluorato; il gruppo non fluorato presentava il 19,39 per cento di bocche esenti da carie, mentre il gruppo con profilassi post-natale ne contava il 34,78 per cento ed il gruppo con profilassi pre-post-natale il 54 per cento.

Dose letale teorica del fluoro.

Per un bambino di dieci anni essa si situa tra 350 e 700 milligrammi, valori di gran lunga lontani dal fabbisogno giornaliero di un bambino di questa età, che si aggira intorno ad 1 milligrammo pro-die.

Dopo questo breve esame delle esperienze acquisite, pare al relatore chiaramente dimostrato che il fluoruro di sodio, usato per via orale, nell'acqua, nel latte, nelle bevande in genere, o in microcompresse possiede una « maneggevolezza » notevole, tale da fugare ogni preoccupazione di tossicità.

Resta dunque da esprimere alcune considerazioni sul significato politico di una legge di prevenzione, apparentemente slegata da una visione globale di questo momento importante nello sviluppo della sicurezza sociale, ma che deve essere votata nella prospettiva della riforma sanitaria. A tale proposito, il relatore ritiene che si debba senza indugio disciplinare quella parte della materia che è suscettibile di regolamentazione per mezzo di una legge dello Stato,

senza rincorrere illusioni di perfezionismo che si dimostrerebbero, come è già avvenuto, avulse dalla concreta realtà, e che ritarderebbero effetti benefici in campi di patologia umana tanto insidiosi, trattandosi di un fenomeno presente in alta percentuale nelle nostre popolazioni.

Certamente la riforma sanitaria che tutti ormai sollecitiamo ed attendiamo non deve ulteriormente ritardare!

Ma da essa dobbiamo attenderci le indicazioni di intervento, le linee direttrici, lungo le quali gli enti locali, regioni, province, consorzi di comune e soprattutto le unità sanitarie locali, sapranno esprimere responsabilmente azioni concrete di prevenzione, di cura, di riabilitazione.

Così intesa la riforma sanitaria, l'inserimento armonico in essa di un provvedimento, ancorchè settoriale, appare non solo possibile, ma facilitato da esperienze maturate a livello locale (comune di Minervino Murge, comune di Lauria, alcune regioni del Centro e del Nord Italia).

Nè può avere rilevanza il concetto di priorità nel campo della prevenzione, quando essa mira a debellare una malattia sociale non soltanto grave in sè, ma propedeutica per alterazioni molto gravi di apparati vitali come quello cardiocircolatorio, renale, di locomozione, attraverso le gittate di germi che partendo dai focolai dentari si immettono nel torrente circolatorio (la malattia reuma-

tica, tanto per fare un esempio, è peculiarmente focale: sussurra il suo motivo durante la fanciullezza, per poi esplodere in note acute nell'adolescenza e nell'età giovanile). Un problema di rilievo è quello costituito dai rapporti tra Stato e Regione, nel portare a concretezza una legge in tema di prevenzione.

La Commissione igiene e sanità ha avvertito questo problema, e lo ha risolto attraverso un emendamento all'articolo 1 (senatore Leggieri) tendente a dare al secondo comma una formulazione più generica, e un emendamento all'articolo 2 (senatore Argiroffi) tendente ad inquadrare l'attuazione della profilassi nell'ambito dei servizi di medicina scolastica, come già richiesto dal relatore nella sua relazione introduttiva del 30 gennaio 1974.

Infine la soppressione dell'articolo 3 conferisce a questo disegno di legge il carattere di legge quadro, così come l'articolo 117 della Costituzione impone.

Con tali modificazioni il disegno di legge n. 1254, che si prefigge lo scopo di istituire il servizio di profilassi della carie dentaria, assume indubbio valore sociale, mira a risultati concreti in tema di prevenzione, ed è pronto per inserirsi armonicamente nel servizio di sicurezza sociale che, come credo sia augurio di tutti, presto sarà presentato al Parlamento ed al Paese.

Il relatore, per i motivi suesposti chiede l'approvazione del disegno di legge in esame.

PITTELLA, *relatore*

PARERE DELLA 1ª COMMISSIONE PERMANENTE

(AFFARI COSTITUZIONALI, AFFARI DELLA PRESIDENZA DEL CONSIGLIO
E DELL'INTERNO, ORDINAMENTO GENERALE DELLO STATO E DELLA
PUBBLICA AMMINISTRAZIONE)

30 gennaio 1974

La Commissione, esaminato il disegno di legge in titolo, dichiara di non avere nulla da osservare per quanto di competenza.

BUCCINI

PARERE DELLA 5ª COMMISSIONE PERMANENTE

(PROGRAMMAZIONE ECONOMICA, BILANCIO, PARTECIPAZIONI STATALI)

30 gennaio 1974

La Commissione bilancio e programmazione, esaminato il disegno di legge, comunica di non potere, allo stato degli atti, esprimersi in senso ad esso favorevole, pur riconoscendo valide le finalità sociali che esso persegue. L'onere di 4 miliardi annui, derivante dal previsto contributo alle Regioni per la profilassi della carie dentaria non è fornito di alcuna indicazione di copertura.

COLELLA

DISEGNO DI LEGGE

TESTO DEL PROPONENTE

Art. 1.

La profilassi della carie dentaria è obbligatoria per i soggetti dai 5 ai 14 anni.

Essa viene praticata con la somministrazione di microcompresse di fluoro di sodio nella dose di 1 mgr. *pro die* per 180 giorni all'anno.

Art. 2.

L'organizzazione del servizio ed il relativo controllo è affidato all'Ente Regione il quale vi provvede per mezzo dei medici scolastici e degli ufficiali sanitari comunali.

Art. 3.

Agli oneri derivanti dalla presente legge si fa fronte con la somma annua di lire 4.000 milioni da iscriversi nello stato di previsione della spesa del Ministero della sanità, il quale provvederà alla ripartizione in favore delle Regioni in misura proporzionale ai soggetti in trattamento.

DISEGNO DI LEGGE

TESTO PROPOSTO DALLA COMMISSIONE

Art. 1.

Identico.

Essa viene praticata con la somministrazione di fluoruro di sodio in microcompresse o in altra forma ritenuta idonea, nella dose necessaria a completare il fabbisogno organico.

Art. 2.

L'organizzazione del servizio ed il relativo controllo sono affidati all'Ente Regione il quale vi provvede nel quadro organizzativo dei servizi di medicina scolastica.

Art. 3.

Soppresso.