



**Facoltà di Economia di Forlì**

Laurea Magistrale in Economia e Management  
delle Imprese Cooperative e delle Organizzazioni Non profit

# Working Papers **100**

## **Proposte per una revisione del finanziamento e dell'offerta dei servizi odontoiatrici in Italia. L'intervento pubblico e i fondi integrativi.**

**Giovanni Maria Mazzanti,**  
Università di Bologna  
**Gianluca Fiorentini,**  
Università di Bologna

Gennaio 2012

**Info: AICCON** - Tel. 0543.62327 - [ecofo.aiccon@unibo.it](mailto:ecofo.aiccon@unibo.it) - [www.aiccon.it](http://www.aiccon.it)

# Proposte per una revisione del finanziamento e dell'offerta dei servizi odontoiatrici in Italia. L'intervento pubblico e i fondi integrativi.

Giovanni Maria Mazzanti, Università di Bologna  
Gianluca Fiorentini, Università di Bologna

## Abstract

Le cure odontoiatriche sono una componente di rilievo in un servizio sanitario ispirato al principio della globalità assistenziale. Tuttavia, i volumi di prestazioni odontoiatriche erogate dal servizio sanitario sono relativamente modesti e il 90% della spesa odontoiatrica privata è costituita da pagamenti diretti interamente a carico dei pazienti. Vi sono quindi problemi di disuguaglianza nell'accesso alle cure odontoiatriche. Dal lato dell'offerta le strutture sono parcellizzate con prevalenza di studi con pochi professionisti. L'entrata di nuovi soggetti imprenditoriali dall'estero e il fenomeno del turismo odontoiatrico sembrano introdurre incentivi a ridurre la frammentazione e ad adottare nuovi modelli organizzativi. La ricerca intende approfondire le possibilità di un'estensione dell'accesso alle cure odontoiatriche favorendo una riorganizzazione della domanda, modificando la regolamentazione dell'offerta e incentivando i meccanismi di finanziamento integrativi alle disponibilità del servizio sanitario pubblico. Infine, vengono analizzati diversi modelli di fondi integrativi aperti e la loro efficacia nell'ampliare il grado di copertura complessivo del rischio odontoiatrico.

Parole chiave: assistenza odontoiatrica, fondi integrativi, Lea odontoiatrici, fondi aperti, incentivi fiscali.

Si ringrazia la Fondazione Unipolis per il supporto finanziario al progetto di ricerca nell'ambito del quale è stata redatta parte del materiale incluso nel presente lavoro. Si ringraziano inoltre Lorenzo Bifone, Paola Lanzarini, Matteo Lippi Bruni e Andrea Pezzi per i commenti e i dati forniti nel corso della stesura del lavoro. Le opinioni qui espresse sono da imputare esclusivamente agli autori, così come eventuali errori.

## **1 Introduzione**

Il presente lavoro ha l'obiettivo di analizzare le politiche di finanziamento e di regolamentazione dell'offerta di assistenza odontoiatrica alla luce dei problemi allocativi e distributivi che caratterizzano tale ambito. In particolare, in sezione 2 introduce ai principali fallimenti di mercato propri delle assicurazioni sanitarie e quindi anche dei fondi integrativi sanitari, concentrandosi poi in modo particolare sulle specifiche problematiche della selezione avversa e dell'azzardo morale nella copertura del rischio odontoiatrico. La sezione 3 riepiloga la normativa nazionale sui fondi sanitari integrativi con particolare riferimento agli interventi più recenti che testimoniano un accresciuto *favor* del legislatore nei confronti delle spese per assistenza odontoiatrica. Sempre in sezione 3 sono commentati alcuni dati sulla dinamica della spesa sanitaria privata e sulla componente relativa ai fondi integrativi mettendo in luce comunque la permanenza di una quota di spesa diretta particolarmente rilevante che trova i propri valori massimi proprio in corrispondenza della spesa odontoiatrica. La sezione 4 dà conto di alcuni recenti lavori che analizzano esperienze internazionali di fondi integrativi rispetto alla copertura dei livelli assistenziali garantiti dal servizio pubblico. Tali fondi, sviluppati nel Regno Unito e in Svezia, sono finanziati con premi volontariamente versati dagli assistiti e sono gestiti dalle aziende sanitarie territoriali con tecniche di discriminazione del rischio e con un diverso grado di copertura tra i diversi partecipanti. L'inizio della sezione 5 affronta il tema della regolamentazione dell'offerta di servizi odontoiatrici proponendo alcune direzioni di riforma degli istituti dell'accreditamento e del contratto di fornitura con gli erogatori dei servizi al fine di ridurre il problema dell'eccessivo frazionamento dell'offerta e di garantire un più sofisticato controllo da parte dei committenti della domanda espressa da pazienti e professionisti. Sono poi esaminate le possibili azioni - che includono la revisione del trattamento fiscale delle spese sanitarie e l'adozione di politiche pubbliche di formazione e prevenzione - perché i fondi integrativi possano garantire una più efficace copertura del rischio odontoiatrico non coperto dai livelli essenziali di assistenza. In particolare, è analizzato il tema dei fondi aperti promossi dalle Regioni approfondendo l'analisi dei vantaggi e degli svantaggi di attribuirne la gestione a soggetti privati o alle aziende sanitarie territoriali. La sezione 6 conclude il lavoro, rimarcando la necessità per i decisori pubblici competenti di adottare un approccio di sistema volto a definire un vero e proprio "piano odontoiatrico" che tenga conto delle strette relazioni esistenti tra la regolamentazione dell'offerta, l'organizzazione della domanda e i meccanismi di finanziamento integrativi alle disponibilità del servizio sanitario pubblico.

## **2 Problemi di efficienza e di equità nei mercati assicurativi**

Il rischio di eventi in grado di influenzare negativamente il naturale deterioramento dello stato di salute è un elemento che influisce sul livello di benessere delle persone. L'assicurazione sanitaria (pubblica o privata) è il principale e più efficace strumento per dare copertura alle spese necessarie per ristabilire il proprio stato di salute.

Tuttavia, il mercato assicurativo in generale e quello sanitario in particolare è esposto a una serie di inefficienze allocative che ne possono compromettere tanto la capacità di condurre ad allocazioni efficienti quanto di produrre esiti equi per la popolazione assicurata e ancor più rispetto alla popolazione bisognosa di copertura del rischio sanitario.<sup>1</sup>

---

<sup>1</sup> Tali problemi allocativi sono, potenzialmente più seri quando l'adesione avviene su base volontaria (Barr 2004).

In un sistema sanitario di tipo universalistico, quale quello italiano, si tratta di analizzare sotto quali condizioni forme di assicurazione sanitaria integrativa a finanziamento privato, basate sui principi della mutualità e della ripartizione del rischio finanziario e demografico, possano consentire una più ampia ed efficace gestione del rischio sanitario rispetto a meccanismi di pagamento diretto (Sekhri e Savedoff 2005).<sup>2</sup>

## 2.1 La selezione avversa

Per quanto riguarda l'efficienza del mercato assicurativo, se la soluzione ottimale per agenti avversi al rischio in presenza di un premio attuarialmente equo, comporta l'acquisto di una copertura completa, il mercato assicurativo sanitario è esposto a problemi di asimmetrie informative che possono pregiudicare l'efficienza e la sostenibilità (Culyer e Newhouse, 2000), anche nel campo specifico dei servizi odontoiatrici (Munkin 2007). In particolare, i problemi si manifestano in termini di selezione avversa, ovvero di incapacità da parte dell'assicuratore di stimare la probabilità che il singolo individuo manifesti un problema medico e la sua rilevanza.

L'assicuratore che si trova in un contesto concorrenziale e non può offrire, per carenze informative o per vincoli legislativi, prodotti assicurativi con copertura variabile dei rischi, fissa i premi a livello del costo medio dei trattamenti. I potenziali acquirenti meno esposti al rischio riterranno più vantaggioso non assicurarsi e quindi l'assicuratore si troverà con costi medi aumentati per coprire i quali dovrà aumentare i premi (Akerlof 1970). Successivamente, altri assicurati a rischio relativamente basso rinunceranno ad acquistare la polizza (selezione avversa) riducendo ulteriormente l'insieme delle risorse da destinare alla riduzione del rischio. Se l'avversione al rischio in generale non è molto elevata e se la distribuzione del rischio è molto variabile, questo processo può comportare l'uscita degli assicuratori dal mercato per l'incapacità di acquisire risorse sufficienti ad attivare il meccanismo assicurativo. Per evitare questo circolo vizioso, se le norme lo consentono, gli assicuratori possono offrire contratti differenziati sia per livello di copertura garantito (entità dei trattamenti assicurati) sia per livello dei premi: ad esempio un contratto a copertura pressoché completa e uno a copertura parziale con premio inferiore.<sup>3</sup> Il mercato, in determinate condizioni di distribuzione dell'avversione al rischio e dei costi di trattamento, potrebbe consentire la compresenza di un equilibrio con più forme contrattuali presenti simultaneamente. Anche in questo caso, tuttavia, l'equilibrio per i soggetti a basso rischio non è efficiente dato che non prevede una copertura totale del rischio.<sup>4</sup>

## 2.2 L'azzardo morale *ex ante* e *ex post*

Un'altra ragione di fallimento del mercato assicurativo è data dall'azzardo morale, ovvero dalla capacità degli assicurati di influenzare con il loro comportamento la probabilità di malattia (*moral hazard ex ante*) e/o la quantità/qualità di servizi medici domandati (*moral hazard ex post*),

---

<sup>2</sup> Altri argomenti utilizzati a sostegno di un crescente ruolo di assicurazioni integrative private a finanziamento privato sono l'alleggerimento della pressione sulla finanza pubblica (Chollet e Lewis 1997), l'aspettativa di miglioramento di efficienza amministrativa derivante dalla competizione (Gilbert e Tag 1995), l'innalzamento del livello qualitativo dei servizi offerti (Chollet e Lewis 1997) e l'incentivo a generare soluzioni innovative (Johnson 1995).

<sup>3</sup> Rothschild e Stiglitz, (1976).

<sup>4</sup> I soggetti a basso rischio con copertura parziale potrebbero caratterizzarsi in equilibrio per un livello di benessere superiore a quello dei soggetti ad alto rischio con copertura totale.

particolarmente rilevante nel caso dei servizi odontoiatrici (Kakudate 2010, Gronqvist 2006 e 2004). Il primo tipo di rischio è riconducibile alla nozione di prevenzione primaria. Tanto più elevata sarà la copertura, tanto più elevato è l'incentivo a non porre in essere comportamenti di prevenzione, aumentando così il costo atteso dell'assicurato.

Ad esso si aggiunge il *moral hazard ex post*, secondo cui, poiché l'assicurato e il professionista decidono il livello di cure ottimali in base all'uguaglianza tra costo marginale per l'assicurato e beneficio marginale, tanto più elevato è il livello della copertura tanto maggiore sarà l'incentivo a consumare servizi medici non necessari, dal momento che l'incremento di costo non ricade più sull'interessato ma sull'assicurazione. Da qui il rischio di un aumento costante dei costi medi e la difficoltà di garantire l'appropriatezza dei costi sanitari. Una possibile strategia adottabile dagli assicuratori è quella di usare regole di ripartizione del costo marginale quali i copagamenti o le franchigie che tuttavia possono costituire significative barriere all'accesso per gli assicurati con reddito basso.

Una seconda strategia adottata dagli assicuratori è di definire soluzioni organizzative quali l'integrazione verticale o la definizione di contratti sofisticati con gli erogatori che consentano un maggiore controllo sulle scelte dei professionisti e degli assicurati.

### **2.3 Distribuzione del reddito e accesso ai mercati assicurativi**

L'adesione su base volontaria alla copertura assicurativa pone anche un problema di equità nell'accesso ai servizi che dipende in modo cruciale dalle condizioni socioeconomiche dei potenziali assicurati (Grignon et al. 2010, Kakudate et al. 2010, Munkin 2007). Forme di assicurazione volontarie non risolvono i problemi di equità di accesso ai servizi sanitari in presenza di comunità con una significativa sperequazione nei redditi. Per certi aspetti il passaggio da sistemi a pagamento diretto ad assicurazioni volontarie da cui una parte significativa della popolazione è esclusa può perfino accentuare il divario tra la qualità e il volume dei servizi acquisibili da parte di soggetti diversi della comunità. Alcuni studi hanno quantificato l'entità del problema delle barriere all'accesso alle cure odontoiatriche per carenza di reddito (Grignon et al. 2010, Baker 2009, Van Doorslaer 2004, Rodriguez 2004, Bedos 2002) definendo anche i costi sociali per il conseguente mancato o ritardato accesso alle cure per le persone coinvolte.<sup>5</sup>

### **2.4 I fondi sanitari integrativi**

Sulla base dell'analisi dei principali problemi allocativi e perequativi dei mercati assicurativi integrativi del sistema di intervento pubblico universalistico, occorre approfondire in quali circostanze i meccanismi assicurativi integrativi siano uno strumento in grado di migliorare il benessere degli assistiti e della collettività nel suo insieme. Infatti mentre i fondi integrativi consentono una più efficace copertura del rischio rispetto alle spese out of pocket, è possibile che in presenza di forte azzardo morale ex post essi comportino una perdita di benessere a causa di un consumo eccessivo di prestazioni sanitarie non giustificabili sulla base di una stringente analisi costi benefici. In particolare, nelle prossime sezioni cercheremo di investigare quali siano gli strumenti di

---

<sup>5</sup> Nel caso francese, Breuil e Genier 2000 e Rajmil et al (2000) mostrano come la frequenza annua di visite odontoiatriche fosse di 1,5 per la popolazione coperta da assicurazione sanitaria privata contro la media nazionale pari a 1,1.

copertura del rischio a finanziamento privato più efficaci nell'integrare e ampliare il livello dei servizi offerti dal SSN, mantenendo fede ai principi della mutualità, della solidarietà e della ripartizione del rischio finanziario e demografico, senza cadere nel rischio della duplicazione dei servizi.

### **3 I fondi sanitari integrativi – aspetti normativi**

Il decreto del Ministro del lavoro, della salute e delle politiche sociali del 27/10/2009 rappresenta un'ulteriore evoluzione della disciplina vigente in materia di fondi sanitari integrativi che risale al d.lgs 229/1999 del 19 giugno 1999<sup>6</sup> e alle successive modificazioni, seppure la storia della mutualità privata vada molto più indietro nel tempo anticipando l'istituzione del SSN. Infatti, dopo la sua istituzione con la legge del 23 dicembre 1978, n. 833 "Istituzione del servizio sanitario nazionale", già nella prima riforma del 1992 venivano introdotte forme di assistenza sanitaria integrativa, che nel 1993<sup>7</sup> assunsero la definizione di "fondi integrativi sanitari"<sup>8</sup>. E' però solo con la riforma del 1999 che viene riconosciuto e disciplinato il ruolo dei Fondi sanitari integrativi rispetto ai LEA. Viene in particolare individuato l'ambito di intervento dei Fondi Sanitari Integrativi nel finanziamento di quelle prestazioni non comprese nei LEA.<sup>9</sup> Tra queste viene esplicitamente citata l'assistenza odontoiatrica, "limitatamente alle prestazioni non a carico del SSN 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".<sup>10</sup> Ad integrazione delle novità normative del 1999<sup>11</sup>, l'anno successivo fu specificatamente disciplinata la normativa fiscale di favore per i sottoscrittori dei fondi.<sup>12</sup> In questo contesto si inserisce il decreto che, dando attuazione a quanto contenuto nel Libro Bianco del maggio 2009 e in continuità con il decreto del 31 marzo 2008, intende potenziare i Fondi Sanitari

---

<sup>6</sup> In particolare l'articolo 9 "Fondi Integrativi del servizio sanitario nazionale" del Decreto Legislativo del 19 giugno 1999, n. 229 "Norme per la razionalizzazione del Servizio sanitario nazionale".

<sup>7</sup> Art. 3 "determinazione del reddito di lavoro dipendente" del decreto legislativo del 2 settembre 1997, n. 314 "Armonizzazione, razionalizzazione e semplificazione delle disposizioni fiscali e previdenziali concernenti il reddito di lavoro dipendente e dei relativi adempimenti da parte dei datori di lavoro" si introduce il riconoscimento della non concorrenza alla determinazione del reddito dei lavoratori dipendenti dei contributi di assistenza sanitaria versati dal datore di lavoro o dal lavoratore ad enti o casse aventi esclusivamente fine assistenziale in conformità a disposizioni di contratto o di accordo o di regolamento aziendale fino ad un determinato importo. Inoltre, articolo 9 "Forme differenziate di assistenza" del Decreto Legislativo 30 dicembre 1992, n. 502 "Riordino della disciplina in materia sanitaria".

<sup>8</sup> Articolo 10 "Forme integrative di assistenza sanitaria" del Decreto Legislativo 7 dicembre 1993, n. 517 che sostituisce l'art. 9 del dl 502/92. I Fondi Integrativi Sanitari nel decreto legislativo 517/93 sono concepiti come finalizzati alla fornitura di prestazioni aggiuntive rispetto a quelle assicurate dal Servizio sanitario nazionale. Si prevede inoltre che "le fonti istitutive siano di tre tipologie; 1) contratti e accordi collettivi, anche aziendali, ovvero, in mancanza, accordi di lavoratori promossi da sindacati firmatari di contratti collettivi di lavoro. 2) Accordi tra lavoratori autonomi o fra liberi professionisti, promossi dai loro sindacati o associazioni di rilievo almeno provinciale. 3) Regolamenti di enti o aziende o enti locali o associazioni senza scopo di lucro o società di mutuo soccorso giuridicamente riconosciute". Si prevede infine l'autogestione del fondo, compresa la possibilità di affidarne la gestione mediante convenzione con società di mutuo soccorso e con imprese assicurative autorizzate.

<sup>9</sup> E' opportuno ricordare come ad esse il testo normativo aggiungesse con esplicito riferimento anche le prestazioni erogate dal SSN comprese nei LEA per la sola quota posta a carico dell'assistito, inclusi gli oneri per l'accesso a prestazioni erogate in regime di libera professione intramuraria, le prestazioni socio sanitarie in strutture accreditate residenziali e semiresidenziali o in forma domiciliare per la quota posta a carico dell'assistito, prestazioni di medicina non convenzionale e cure termali, per le prestazioni non a carico del SSN.

<sup>10</sup> I fondi così strutturati erano quindi definiti "doc", mentre quelli che avessero offerto prestazioni sostitutive erano definiti "non doc".

<sup>11</sup> Legge del 13 maggio 1999, n. 133 "Disposizioni in materia di perequazione, razionalizzazione e federalismo fiscale", art. 10.

<sup>12</sup> Decreto legislativo 18 febbraio 2000, n. 41 "Trattamento fiscale dei contributi di assistenza sanitaria", art. 1 che va ad integrare l'art. 10 del d.p.r. 22 dicembre 1986 n. 917 "Testo unico delle imposte sui redditi".

Integrativi del SSN. I fondi sanitari per essere identificati come erogatori di servizi integrativi rispetto a quanto garantito dai LEA e quindi beneficiare delle agevolazioni fiscali<sup>13</sup>, devono mettere a disposizione dei propri assistiti il 20% delle risorse per specifici interventi a rilevanza sociale, valore che deve essere garantito a partire dall'esercizio 2010. Il testo del decreto identifica come elementi rilevanti ai fini del calcolo<sup>14</sup> della "soglia delle risorse vincolate" le seguenti prestazioni:

1. "prestazioni sociali a rilevanza sanitaria da garantire alle persone non autosufficienti al fine di favorire l'autonomia e la permanenza a domicilio, con particolare riguardo all'assistenza tutelare, all'aiuto personale nello svolgimento delle attività quotidiane, all'aiuto domestico familiare, alla promozione di attività di socializzazione volta a favorire stili di vita attivi nonché le prestazioni della medesima natura da garantire presso le strutture residenziali per le persone non autosufficienti non assistibili a domicilio, incluse quelle di ospitalità alberghiera";
2. "prestazioni sanitarie a rilevanza sociale, correlate alla natura del bisogno, da garantire alle persone non autosufficienti in ambito domiciliare, semiresidenziale e residenziale, articolate in base all'intensità, complessità e durata dell'assistenza";
3. "prestazioni finalizzate al recupero della salute di soggetti temporaneamente inabilitati da malattia o infortunio, quali la fornitura di ausili o dispositivi per disabilità temporanee, le cure termali e altre prestazioni riabilitative rese da strutture autorizzate non comprese nei livelli essenziali di assistenza";
4. "prestazioni di assistenza odontoiatrica compresa la fornitura di protesi dentarie".

Il decreto inoltre prevede l'istituzione di una Anagrafe di fondi, casse, enti e società di mutuo soccorso con fini solo assistenziali, alla quale dovranno essere iscritte entro il 30 aprile 2010 le organizzazioni che forniranno prestazioni integrative a quelle garantite dal SSN.<sup>15</sup> In questo modo si verrebbe a costituire una banca dati necessaria a controllare il numero e le caratteristiche dei soggetti considerati dalla disciplina. A partire dal 2011 per poter rinnovare l'iscrizione all'Anagrafe i fondi dovranno certificare l'ammontare delle risorse impegnate sia come servizi erogati direttamente sia come rimborsi di spese sanitarie sostenute dagli assistiti nelle categorie rilevanti per il soddisfacimento del limite del 20% di cui sopra.

---

<sup>13</sup> La deducibilità dei contributi versati è prevista fino ad un massimo pari a 3.615,20 euro, in base all'art. 197 della legge 244/2007.

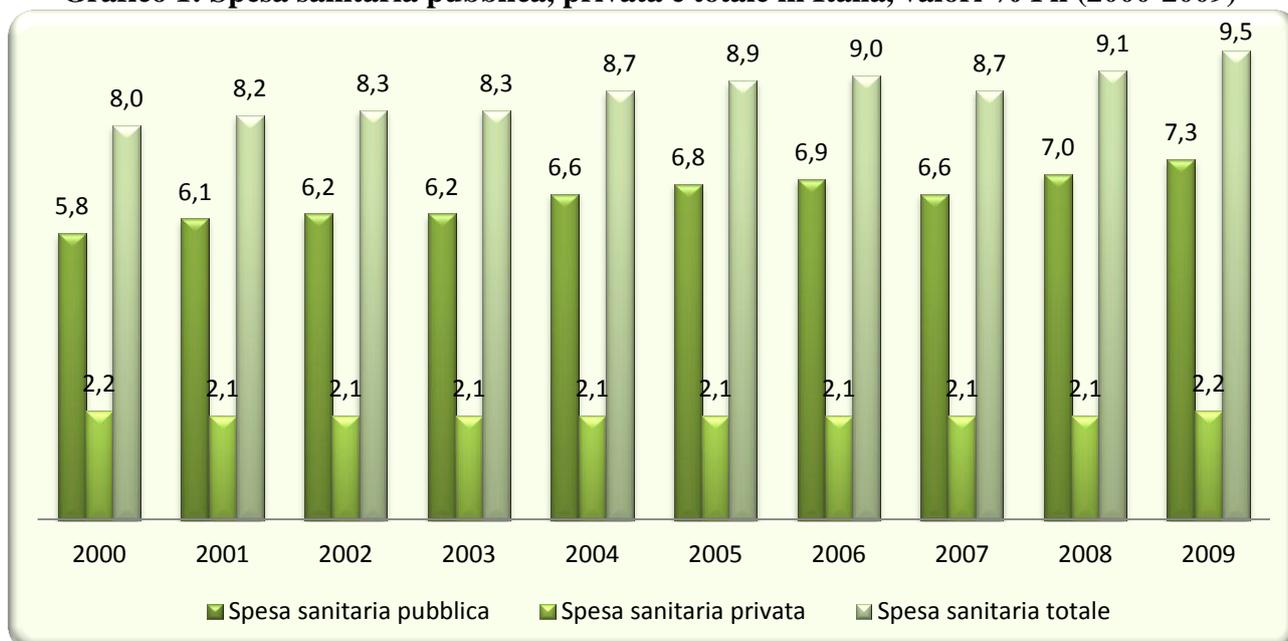
<sup>14</sup> Il calcolo della soglia del 20% è impostato in modo diverso a seconda delle tipologie di fondo. Per i fondi autogestiti si applica un criterio di competenza *ex post* sulle prestazioni effettuate mentre per i fondi convenzionati si fa riferimento al premio/contributo versato al soggetto gestore, previa dichiarazione del gestore circa l'imputazione del premio/contributo alle prestazioni vincolate (criterio *ex ante* basato sul rischio). Per i fondi pluriaccordo e le società di mutuo soccorso è facoltà di tali fondi presentare un'unica certificazione o certificazione distinta per ogni accordo. Infine nelle situazioni di pluralità di copertura in capo ad un unico rapporto di lavoro tutte le coperture possono essere considerate congiuntamente.

<sup>15</sup> Dal 2011 il rinnovo delle iscrizioni dovrà avvenire entro il 31 luglio. All'atto dell'iscrizione i fondi devono presentare: atto costitutivo, regolamento, nomenclatore delle prestazioni garantite, bilancio preventivo e consuntivo o documento equivalente e i modelli di adesione del singolo iscritto ed eventualmente del nucleo familiare.

### 3.1 I fondi sanitari integrativi, aspetti quantitativi

L'analisi dei fondi sanitari integrativi è inserita in un contesto di crescente spesa sanitaria sia in valori assoluti sia relativi al Pil che evidenzia un problema di sostenibilità del finanziamento pubblico. La spesa sanitaria totale italiana è caratterizzata da un trend di crescita che ha raggiunto nel 2009 il 9,5% del Pil, contro l'8% nel 2000. Il finanziamento pubblico è pari a 111 miliardi di euro, pari al 7,3% del PIL, mentre la spesa privata si conferma su un valore di poco superiore ai 32 miliardi di euro, pari al 2,2% del PIL. (Si veda grafico 1).

**Grafico 1: Spesa sanitaria pubblica, privata e totale in Italia, valori % Pil (2000-2009)**



Fonte: Elaborazioni su OECD Health data 2010

Negli ultimi dieci anni il finanziamento pubblico quindi è passato da una copertura del 72,5% del 2000 al 77,3% del 2009 sul totale della spesa sanitaria con una conseguente contrazione dell'incidenza percentuale della spesa privata scesa dal 27,5% del 2000 al 22,7% nel 2009.

Una possibile spiegazione della limitata crescita assoluta e della conseguente contrazione percentuale della spesa sanitaria privata è legata alla sua composizione. Infatti, il valore complessivo della spesa sanitaria privata è originata dalla sommatoria di tre componenti: le spese *out of pocket* (i pagamenti diretti), le assicurazioni private e le spese delle istituzioni non profit (si veda grafico 3). Sono in particolare i pagamenti diretti a rappresentare la principale voce di spesa privata sanitaria in Italia, che aumentano dai 23 miliardi di euro del 2000 ai 28 miliardi del 2009, pur contraendosi in termini percentuali sul totale della spesa sanitaria dal 24,5% del 2000 al 19,4% del 2009 e riducendo anche la loro incidenza sul PIL dal 2% all'1,8% nello stesso periodo. L'incidenza dell'*out of pocket* è quindi elevata, è indice di significative inefficienze derivanti dalla frammentazione del lato della domanda e genera potenziali iniquità nell'accesso.

**Grafico 2: Spesa out of pocket, organizzazioni non profit e assicurazioni private in Italia, valori % sul totale della spesa sanitaria, (2000–2009)**



Fonte: Elaborazioni su OECD Health data 2010

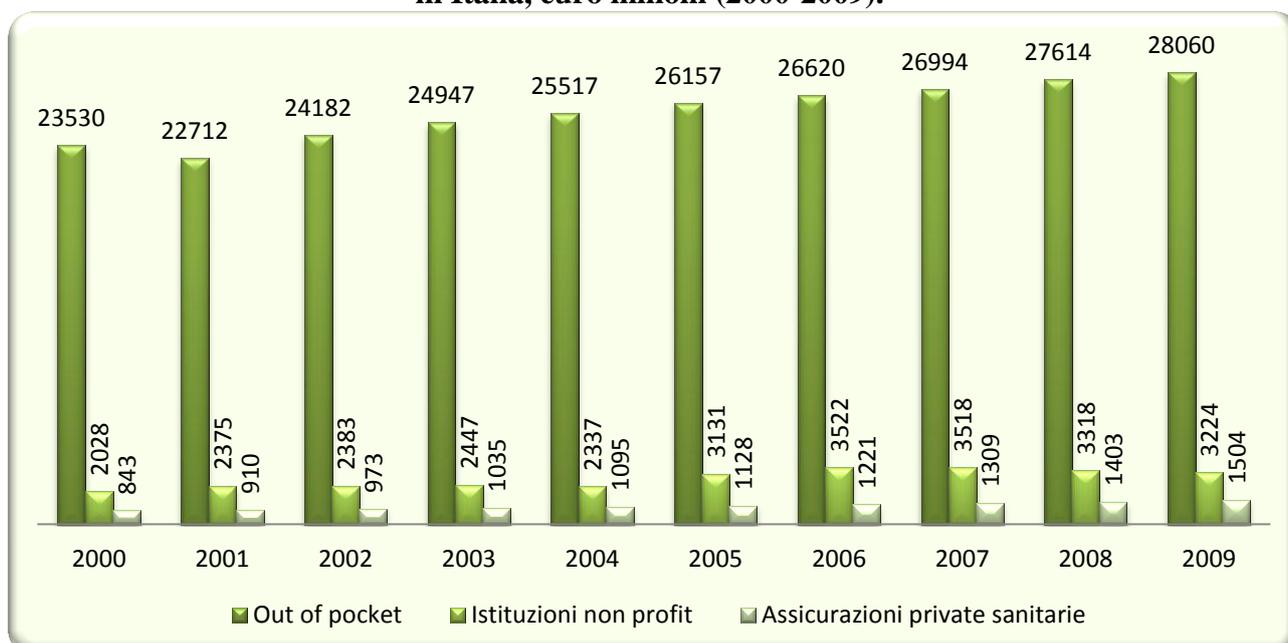
L'elevata quota di spesa diretta è resa ancora più evidente disaggregando la spesa sanitaria privata nelle sue componenti. I pagamenti diretti infatti nel 2009 rappresentano l'85,6% della spesa sanitaria privata, un valore molto elevato seppur inferiore all'89,1% registrato nel 2000. Il livello di organizzazione della domanda sanitaria privata appare quindi molto basso, pur in presenza di alcuni segnali positivi relativi al ruolo dei soggetti terzo paganti sia for profit sia non profit.

Se, infatti, l'incidenza della spesa assicurativa sanitaria privata sul totale della spesa sanitaria è rimasta sostanzialmente attestata ad un valore prossimo all'1% in Italia dalla metà degli anni 90 ad oggi<sup>16</sup> (Thomson e Mossialos 2009), l'incidenza della spesa assicurativa sanitaria privata sul totale della spesa sanitaria privata è passata dallo 0,9% del 1996 al 3,2% del 2000 fino a raggiungere il 4,6% nel 2009, segnalando un incremento seppur contenuto del suo ruolo rispetto all'*out of pocket* italiano<sup>17</sup>. Nello stesso arco di tempo il volume dei rimborsi erogati è cresciuto. Infine la terza componente è quella delle organizzazioni non profit, che raccoglie al suo interno le società di mutuo soccorso, le casse di categoria e i fondi aziendali. Si tratta quindi della categoria che più si avvicina a quella dei fondi sanitari, rappresentando la seconda voce della spesa sanitaria privata italiana. In particolare, la raccolta è passata da un valore di poco superiore ai 2 miliardi del 2000 ai 3,2 miliardi del 2009, (grafico 3) che in termini percentuali si traduce in un lieve incremento dal 2,1% al 2,2% della spesa sanitaria totale e nella costanza dell'incidenza sul PIL pari allo 0,2%.

<sup>16</sup> A fronte di un incremento in termini assoluti del volume dei premi nello stesso periodo dai 3,2 miliardi del 2000 ai 4,6 del 2009.

<sup>17</sup> Secondo le stime Ania (2009) il 5% delle famiglie residenti in Italia era in possesso di una polizza malattia o infortuni, ovvero 1,2 milioni di famiglie, con una concentrazione del 6,7% al Nord, del 6,8% al Centro e dello 0,9% al Sud.

**Grafico 3: Volumi assoluti out of pocket, istituzioni non profit e assicurazioni private sanitarie in Italia, euro milioni (2000-2009).**



Fonte: Elaborazioni su OECD Health data 2010

Pur nella difficoltà di avere un quadro conoscitivo certo, l'insieme delle organizzazioni che in Italia offrono forme integrative di assistenza sanitaria (casce, fondi contrattuali e categoriali, società di mutuo soccorso e assicurazioni) è caratterizzato da un trend di crescita nel corso dell'ultimo decennio (Labate e Tardiola 2010). In tabella 1 sono riportati i dati relativi agli iscritti e agli assistiti dei fondi sanitari in Italia negli anni 1998-2008, che testimoniano una notevole difficoltà a mettere a punto metodologie standard per la certificazione del numero dei soggetti coinvolti nelle attività dei fondi sanitari. Si registrano infatti valori che a distanza di pochi anni variano di un fattore due o tre e che sono evidentemente il frutto di metodologie e sistemi di rivelazione diversi.

*Tabella 1: I fondi sanitari italiani - iscritti e assistiti (1998 – 2008)*

Anni	Iscritti	Assistiti	Fonte Indagine
1998	<b>657.962</b>	<b>1.432.208</b>	Mastrobuono 1999
2003	<b>980.865</b>	<b>2.179.363</b>	Pfizer 2003
2004	<b>3.570.000</b>	<b>4.900.000</b>	Muraro-Rebba-Marcomini, Unipd 2004
2007	<b>5.983.000</b>	<b>10.341.210</b>	Labate Tardiola atti gruppo di studio Ministero salute 2007
2008	<b>6.393.700</b>	<b>11.145.112</b>	Labate, atti convegno risk management Arezzo 2008

Fonte: Labate – Tardiola 2010

Tra i soggetti erogatori di forme di assistenza integrativa la componente di gran lunga maggioritaria è composta dalle casce aziendali e dai fondi di categoria che nascono sulla base di contratti nazionali, accordi collettivi aziendali e associazioni sindacali e di categoria. La partecipazione è quindi limitata a determinate categorie di lavoratori, anche se viene spesso estesa ai familiari,

secondo lo schema proprio dei cosiddetti fondi chiusi. Un'altra componente è costituita dalle società di mutuo soccorso che sono storicamente nate per alcune categorie di lavoratori ma che prevedono un'adesione volontaria, delineando così le caratteristiche dei fondi aperti. Infine le compagnie di assicurazione che erogano servizi a partecipazione volontaria.

In attesa di conoscere i dati raccolti dall'anagrafe dei Fondi Sanitari Integrativi, le prime informazioni<sup>18</sup> fornite dal Ministero della Salute parlano di 279 iscrizioni pervenute entro la data del 30 aprile. 220 sarebbero fondi negoziali, promossi dalla contrattazione collettiva e 59 territoriali, costituiti quindi da casse a livello territoriale e società di mutuo soccorso. 100 domande iscrizioni provengono dalla Lombardia, 20 dal Piemonte, 18 dall'Emilia Romagna, 14 dalla Toscana, 14 dal Veneto, 14 dal Lazio e la Sicilia con una sola iscrizione. Se si tiene presente che nell'ambito del lavoro preparatorio alla stesura del decreto Turco il Ministero stimò la consistenza del settore in Italia nel 2008 in 416<sup>19</sup> fondi attivi<sup>20</sup>, vista la proroga per la presentazione delle domande di iscrizione è realistico ipotizzare un ulteriore incremento dei fondi iscritti fino ad avvicinarsi ai valori stimati nel 2008.

#### **4 Esperienze internazionali**

Prima di affrontare le questioni di politica legislativa e regolamentare volte ad aumentare l'accesso ai servizi odontoiatrici, è utile analizzare alcuni aspetti delle recenti riforme dei servizi odontoiatrici adottate nel Regno Unito e in Svezia. Il Regno Unito vede il 55,4% della popolazione<sup>21</sup> fare ricorso ai servizi odontoiatrici offerti dal NHS<sup>22</sup> che destina a tale voce il 2,1% delle proprie risorse<sup>23</sup>. Hanno accesso gratuito alle cure odontoiatriche coloro che hanno meno di 18 anni o 19 se sono studenti full-time, le donne incinte o che hanno avuto un bambino negli ultimi 12 mesi, i degenti presso ospedali pubblici nel caso di cure offerte dai dentisti dell'ospedale e le persone inserite in programmi di sostegno al reddito o di esenzione dalle spese sanitarie. La parte di popolazione che non ha accesso gratuito alle cure odontoiatriche ha tuttavia la possibilità di accedere a determinate tipologie di cure pagando tre tipi di tariffe corrispondenti a diversi livelli di complessità degli interventi. Il *band 1* (£16,50) dà accesso ad un trattamento che comprende oltre ad una visita preliminare anche la pulitura dei denti e/o l'applicazione di sigillature se necessarie. Il

<sup>18</sup> Dati riportati da Lucia Conti nell'articolo "Fondi integrativi SSN" QS, Quotidiano Sanità, pubblicato il 23 giugno 2010.

<sup>19</sup> Labate Tardiola (2010): "La contrattazione nazionale e decentrata ha istituito fondi sanitari integrativi in molti settori portanti dell'economia: Trasporti, Telecomunicazioni, Energia, petroli e derivati, Chimica e derivati, Bancario, Assicurativo, Commercio, Turismo, Servizi, Agricoltura (dirigenti e impiegati), Dirigenti d'azienda, Spettacolo, Artigianato, Edilizia, Alimentaristi, Gruppo FIAT, Dipendenti farmacie private, Enti pubblici non economici, Vigilanza privata, Dipendenti studi professionali (compresi co.co.co – co.co.pro e praticanti), Gomma e plastica, Dipendenti ENEA, Dipendenti centri elaborazione dati, Dipendenti Pmi energia e petrolio, Cooperative consumatori, fra dettaglianti, distribuzione, Grandi catene alberghiere. A questi si aggiungono alcuni contratti integrativi del personale di alcuni capoluoghi di regione (Roma) e di alcune regioni (Toscana). Il mondo delle professioni liberali ha da tempo i propri fondi integrativi che riguardano: Notai, Avvocati, Commercialisti, Ragionieri, Ingegneri, Geometri, Medici, Giornalisti, Farmacisti, Architetti".

<sup>20</sup> Il fondo con il maggior numero di iscritti è il Fondo Est, nato in attuazione del Contratto Nazionale di Lavoro per i dipendenti delle aziende del Terziario e del Turismo e sottoscritto da Confcommercio, Fipe, Fiavet e dai sindacati dei lavoratori: Filcams Cgil, Fisascat Cisl, Uiltucs Uil. Mentre tra gli altri significativi sono il fondo Fasi rivolto ai quadri e ai dirigenti delle aziende e il fondo Unicredit rivolto ai dipendenti del gruppo Unicredit.

<sup>21</sup> Dati NHS aggiornati al 30/06/2010. Il National Health Service ha investito fin dalla sua nascita in modo più significativo sulle cure odontoiatriche rispetto all'esperienza dell'Italia.

<sup>22</sup> L'offerta pubblica è organizzata in tre principali sezioni: il Community Dental Service, definito su base territoriale, erogato con dentisti dipendenti e finalizzato alle scuole e a specifici segmenti di popolazione, il General Dental Service definito su scala nazionale, con dentisti liberi professionisti e l'Hospital Dental Service per servizi di cura di tipo secondario e per la formazione universitaria, con dentisti dipendenti.

<sup>23</sup> Dati NHS Dental Statistic 2007/2008. L'incidenza percentuale si è ridotta nell'arco di un decennio: era il 2,9% nel 1997/98.

*band 2* (£45,60) oltre a quanto contenuto nel *band 1* prevede anche l'applicazione di otturazioni e l'estrazione di uno o più denti. Il *band 3* (£198) prevede oltre a quanto contenuto nei due *band* precedenti anche l'applicazione di corone, protesi dentarie e ponti. Ad ogni tipologia di trattamento<sup>24</sup> corrisponde una suddivisione ulteriore in Unità di Attività Dentale (UDA) in base alle quali avviene la remunerazione dell'attività svolta dal dentista da parte del NHS<sup>25</sup>. Il segmento di popolazione che più è cresciuto in termini assoluti e percentuali è quello degli adulti non paganti, che ha raggiunto il 22,8% nel 2009/10 contro il 21,5 dell'anno precedente. Il numero di prestazioni è aumentato nell'ultimo anno del 3,1%, le Unità di Attività Dentale sono cresciute del 5,1%, la percentuale della popolazione è salita dell'1,8%<sup>26</sup>, riportandosi su un valore superiore al 55%, contro il 12,5% dell'Italia<sup>27</sup>.

Un altro punto di riferimento utile è dato dal caso del servizio sanitario svedese, caratterizzato anch'esso da un elevato livello di copertura finanziaria pubblica. In particolare, Gronqvist (2004 e 2006) presenta i risultati di uno studio svolto su 6.400 individui nella regione del Varmland<sup>28</sup> dove nel 1999 fu introdotta un'assicurazione odontoiatrica pubblica a sottoscrizione volontaria su base biennale, con possibilità di uscire dallo schema dopo il primo anno. L'offerta di un'assicurazione di questo tipo ad una popolazione residente che in precedenza non aveva potuto beneficiare di un'assicurazione simile rende particolarmente interessante la comparazione nelle scelte di accesso alle cure odontoiatriche delle stesse persone prima e dopo la sottoscrizione dell'assicurazione. All'interno di questo meccanismo, il premio era definito dopo una visita svolta presso i dentisti operanti sotto il regime del *National Dental Service* (soggetti a minori incentivi a sotto o sovrastimare il programma di attività assistenziali rispetto ai professionisti coinvolti nell'erogazione delle prestazioni) che valutava il rischio dentale secondo quattro dimensioni (rischio generale, rischio tecnico, rischio carie, rischio paradentale), ognuna delle quali identificabile con un numero di indicatori compresi tra 6 e 8, a loro volta modulabili su una scala di quattro livelli di gravità. In questo modo i pazienti venivano suddivisi in 16 differenti classi di rischio a cui corrispondevano premi annuali variabili tra 32 e 1200 euro annui, con una modalità di segmentazione volta a ridurre la selezione avversa.

Lo studio in esame ha consentito di evidenziare un marcato incremento nell'accesso ai servizi odontoiatrici nelle diverse tipologie di cura a partire dalle visite di controllo e dalla prevenzione fino all'impianto di protesi e alle estrazioni. Se l'incremento nell'accesso ai servizi era da un lato previsto e per certi versi voluto, l'autore stima che l'effetto dell'azzardo morale ex post dovuto alla presenza della copertura assicurativa, abbia inciso fino ad un massimo del 15% sul totale della spesa.<sup>29</sup> Anche a partire da questa sperimentazione le scelte adottate nel 2008<sup>30</sup> dal Governo

---

<sup>24</sup> La fascia 1 rappresenta nel 2009 il 51,9% degli accessi, la fascia 2 il 30,5% e la fascia 3 il 5,7%, mentre le procedure di urgenza rappresentano il 9,4% dei casi.

<sup>25</sup> La ripartizione delle UDA tra le fasce e quindi l'incidenza del costo del servizio evidenzia una maggiore incidenza delle fascia di interventi più complessi: fascia 1 il 23%, fascia 2 il 40,5%, fascia 3 il 30,5% e il 5% delle urgenze. L'ultima revisione del contratto risale a marzo 2006.

<sup>26</sup> Nel 2006, anno di introduzione dell'attuale contratto con i dentisti era pari al 55,8%. Nonostante gli obiettivi di incremento del livello di copertura da parte del Governo e nonostante le critiche ricevute all'attuale forma di remunerazione da parte dei dentisti, il tasso di copertura è rimasto sostanzialmente stabile.

<sup>27</sup> Si veda Istat 2008, "Il ricorso alle cure odontoiatriche e la salute dei denti in Italia", da rilevazione effettuata nel 2005.

<sup>28</sup> La regione rurale del Varmland era all'inizio degli anni 70 quella che presentava i livelli di carie più elevati di tutta la Svezia. Fu poi oggetto di interventi mirati che la portarono ad essere all'inizio degli anni 90 una delle regioni con i migliori indici di incidenza delle carie. Si tratta infine dei 20 anni in cui la Svezia è riuscita grazie alle politiche odontoiatriche attuate a ridurre in maniera significativa l'incidenza delle carie.

<sup>29</sup> Gronqvist paragona i livelli di consumo di servizi odontoiatrici delle 6.400 persone (sui 19.407 potenziali) che hanno deciso di aderire alla copertura totale, prima e dopo la sua sottoscrizione. Elimina dall'incremento dei costi, quelli derivanti da attività di prevenzione, in quanto resi obbligatori dalla stessa adesione alla polizza per arrivare a comparare

svedese non sono arrivate a prevedere un sistema di assicurazione a copertura universale, ma hanno comunque portato ad una riforma e ad un ampliamento della gamma di interventi e di servizi odontoiatrici.<sup>31</sup> Oltre ad una copertura totale per i minori di 19 anni<sup>32</sup>, la prevenzione e la salute orale della popolazione adulta sono incentivate mediante un sistema di *vouchers* utilizzabili come sussidio per accedere alle visite di controllo o agli interventi più lievi, con libertà di scelta del professionista da parte del paziente. Il grado di copertura dal rischio odontoiatrico è crescente in base alla rilevanza economica degli interventi con la presenza di una franchigia e di meccanismi modulati di compartecipazione al costo finalizzati a ridurre i problemi di azzardo morale.<sup>33</sup> Inoltre, per quello che riguarda i servizi offerti dai privati, sono stabiliti prezzi di riferimento per facilitare la comparabilità delle prestazioni in termini rapporto prezzo/qualità. In conclusione, l'esperienza svedese mette in luce un netto miglioramento nell'accesso alla prevenzione<sup>34</sup> e ai trattamenti di base ma al contempo testimonia una difficoltà a contenere i problemi di azzardo morale. I successivi interventi pubblici si sono quindi orientati a obiettivi meno ambiziosi in forma di coassicurazioni e di compartecipazione alla copertura dei costi che riducono il problema di azzardo morale ma che hanno effetti meno incisivi in termini di accesso alle cure da parte di soggetti con reddito medio basso.

Nonostante le differenze strutturali nell'investimento pubblico in odontoiatria tra il Regno Unito, Svezia e l'Italia, la semplificazione delle modalità di accesso per fasce di prestazioni e la relativa chiarezza delle tariffe corrispondenti realizzate dal NHS offrono un esempio utile anche per il contesto italiano. Nell'ipotizzare infatti un crescente ruolo per i fondi sanitari integrativi, la definizione del limite e delle caratteristiche dell'intervento pubblico non solo facilita l'accesso a tali servizi ma è anche condizione necessaria per la definizione e la successiva comparazione delle diverse proposte private di copertura del rischio odontoiatrico<sup>35</sup>. In questo contesto, i fondi sanitari integrativi pubblici ad adesione volontaria potrebbero contribuire a definire un continuum di prestazioni aggiuntive facoltative ad integrazione del livello offerto dal SSN sotto forma di pacchetti assicurativi differenziati per prezzo e tipologie.

Senza ricorrere alla fiscalità generale, ma con il coinvolgimento delle aziende sanitarie territoriali potrebbe essere offerta un'integrazione alla copertura odontoiatrica con una sottoscrizione facoltativa ad un fondo con benefici fiscali. La combinazione di qualità e costo del servizio per il paziente potrebbe risultare superiore rispetto a quella attualmente garantita dalla domanda privata con finanziamento *out of pocket* per due motivi: il maggiore potere negoziale del fondo rispetto al singolo acquirente di servizi e una gestione in grado di definire programmi assistenziali capaci di prevenire e tenere sotto controllo i fenomeni di induzione della domanda o, più in generale, scelte

---

e regredire i comportamenti di soggetti con gli stessi profili di rischio sottoscrittori o meno di assicurazione facoltativa, come elemento rivelatore del comportamento di *moral hazard*.

<sup>30</sup> Le cure odontoiatriche offerte dal Servizio Odontoiatrico Pubblico sono gratuite fino ai diciannove anni. Per il resto della popolazione dal primo luglio 2008 sono disponibili *vouchers* di 32 euro (per la fascia di età 30-74) e di 64 euro (per la fascia 20-29 e gli *over 75*) per favorire i check-up o come forma di sussidio per interventi. Inoltre è presente uno schema di protezione per gli interventi più onerosi che prevede una copertura crescente al crescere del costo: 50% per i costi compresi tra i 321 e 1590 euro e l'85% per i costi eccedenti i 1590 euro. I primi 320 euro sono una franchigia sempre a carico del paziente. Infine per il mercato privato sono stati fissati dei prezzi di riferimento con l'obiettivo di contenerne l'andamento e facilitare soprattutto la comparazione per gli utenti.

<sup>31</sup> Dal 2006 la Svezia è guidata da una maggioranza di centrodestra.

<sup>32</sup> La fascia di età 0-19 è identificata come fase chiave per impostare una corretta salute orale e ridurre di conseguenza la probabilità di interventi e i relativi costi in futuro.

<sup>33</sup> Nel 2004 si registrava un costo complessivo di 2,1 miliardi di euro per l'odontoiatria pubblica con un finanziamento da compartecipazione pari a 1,3 miliardi.

<sup>34</sup> Nel caso specifico del Värmland Johansson et al. (2010) mostrano che la popolazione che ha sottoscritto la forma assicurativa ha raggiunto livelli di salute orale più elevati della popolazione che ha preferito mantenere i pagamenti diretti. A parità di altre condizioni, la modalità di pagamento e quindi di copertura del rischio odontoiatrico appare statisticamente rilevante nello spiegare lo stato di benessere delle persone coinvolte.

<sup>35</sup> Pammolli (2010) ritiene che una definizione più chiara dei LEA potrebbe consentire una migliore valutazione degli elementi integrativi o sostitutivi di una eventuale proposta di adesione a un fondo integrativo.

non appropriate dal lato dell'offerta. A fronte di questi benefici dal punto di vista fiscale, potrebbe essere introdotto un trattamento fiscale di maggior favore rispetto a quello garantito al singolo cittadino per le sue spese sanitarie. Tanto maggiore è la concorrenza di questi fattori e delle capacità organizzativa del sistema sanitario pubblico, tanto più potrebbero essere raggiunti gli obiettivi di un effettivo ampliamento della copertura da rischio odontoiatrico e di superiori livelli di salute orale rispetto alla situazione attuale.

## 5 Questioni di politica legislativa e regolamentare

I servizi odontoiatrici offerti dal SSN alla popolazione italiana non soddisfano una parte significativa dei bisogni di cura.<sup>36</sup> Nonostante gli sforzi di ampliamento compiuti da alcune Regioni e Province Autonome, i LEA garantiti dal SSN a finanziamento pubblico lasciano ampie aree di prestazioni e significativi gruppi di cittadini non coperti con una forte eterogeneità anche tra gli ambiti territoriali. Nell'attuale contesto finanziario, con poche eccezioni, le Regioni non appaiono in grado di raccogliere le risorse necessarie all'ampliamento dei servizi odontoiatrici, mentre il finanziamento privato è ancora in larga parte basato sui pagamenti diretti. I soggetti privati in grado di organizzare domanda e finanziamento dei servizi odontoiatrici garantiscono al momento poco più di un decimo del finanziamento privato delle spese odontoiatriche. Nel complesso, quindi, le famiglie si trovano a fronteggiare un elevato rischio di dover sostenere spese odontoiatriche di importo considerevole.

Dal lato dell'offerta, si osserva un elevato livello di frammentazione delle strutture di erogazione e una prevalenza di modelli organizzativi che non favoriscono recuperi di efficienza.<sup>37</sup> In particolare, la frammentazione dell'offerta impedisce la realizzazione di economie di scala e di gamma e rende meno conveniente l'adozione di forme sofisticate di governo clinico. La crescente concorrenza internazionale e l'incidenza della crisi economica rendono ancora più evidente l'esigenza di introdurre modelli organizzativi nuovi, in grado di dare vita a reti di professionisti operanti non più in studi monoprofessionali, ma in strutture con maggiori dotazioni di capitale e capaci di realizzare significative strategie di ampliamento e miglioramento qualitativo delle prestazioni erogate anche mediante il ricorso ad accordi pluriennali con finanziatori privati o pubblici. La riorganizzazione dell'offerta di servizi odontoiatrici in questa direzione potrebbe contribuire significativamente all'efficienza e alla qualità delle prestazioni acquistabili sul mercato.

Una seconda area di inefficienza riguarda invece i meccanismi di finanziamento delle cure odontoiatriche. Come abbiamo visto, la copertura assicurativa del rischio odontoiatrico è esposta al rischio di selezione avversa – se di tipo volontario – nonché di azzardo morale *ex ante* ed *ex post*.

In presenza di selezione avversa, il principale effetto negativo è dovuto alla scarsa propensione ad assicurarsi da parte di soggetti a basso rischio che, imponendo un aumento nel costo medio della copertura, finisce per ridurre gradualmente la quota di potenziali assicurati in grado di accedere al mercato assicurativo per l'elevata spesa che esso comporta. Si può arginare il fenomeno mediante la previsione di un obbligo assicurativo, ma questo è difficilmente realizzabile in un contesto in cui non ci sono risorse pubbliche sufficienti a ricondurre i trattamenti odontoiatrici all'interno dei LEA per l'intera popolazione. Su questo si innesta il problema dell'azzardo morale *ex ante* ed *ex post* che

---

<sup>36</sup> Gli ultimi dati Istat disponibili riferiti al 2005 evidenziano una forte differenziazione in base al titolo di studio: una visita dal dentista in un anno è esperienza del 49,4% degli italiani con laurea o diploma e del 26,4% di coloro che hanno la licenza elementare o non hanno nessun titolo. Si vedano anche Liguori et al. (2010), Istat (2008), Censis (2003).

<sup>37</sup> Una diversa organizzazione dell'offerta, della domanda, del finanziamento e, in generale, delle relazioni che legano i diversi aspetti del mercato odontoiatrico costituisce un obiettivo percorribile per incrementare l'accesso alle cure odontoiatriche avvicinandole così a standard di cura più appropriati e per ridurre l'estrema variabilità nelle prestazioni integrative ai LEA assicurate dalla Regioni e dalle pubbliche amministrazioni.

è particolarmente gravoso nel caso dell'odontoiatria per la grande variabilità delle risposte assistenziali possibili a parità di Dato l'interesse comune di pazienti e professionisti a definire livelli qualitativamente elevati, e quindi anche molto costosi, nelle risposte terapeutiche, la sostenibilità finanziaria della copertura assicurativa risulta ulteriormente problematica, rendendo difficilmente configurabile un intervento pubblico a carattere universalistico.

Inoltre, nell'ambito di meccanismi assicurativi volontari, un aspetto rilevante da considerare nel progettare un'estensione della copertura assicurativa è il suo effetto regressivo. Senza opportuni correttivi, infatti, il reddito è determinante nel definire sia la possibilità di attivazione della copertura sia la sua estensione, aumentando quindi i livelli di disuguaglianza nell'accesso ai servizi. In considerazione delle difficoltà finanziarie del SSN e tenendo conto dei limiti allocativi e distributivi delle soluzioni private è quindi interessante identificare a quali condizioni i fondi sanitari integrativi possono costituire uno strumento efficace per migliorare l'efficienza del finanziamento e dell'erogazione dei servizi, nonché ampliare il grado di copertura del rischio odontoiatrico, contrastando i problemi di selezione avversa, di azzardo morale e i possibili effetti regressivi.

Per quello che riguarda il finanziamento, i fondi possono contribuire a spostare la spesa privata dei cittadini dai pagamenti diretti verso forme più organizzate, capaci di aumentare la copertura dei rischi odontoiatrici a parità di spesa, grazie a una più efficace attività di aggregazione e di gestione dei rischi. Tale migliore organizzazione del finanziamento potrebbe a sua volta favorire l'adozione di modelli organizzativi di governo clinico in grado di potenziare le attività di prevenzione e la programmazione degli interventi assistenziali nel tempo, pervenendo così ad una più efficace gestione della domanda. Inoltre, qualora i premi fossero contenuti entro limiti ragionevoli, i fondi potrebbero contribuire a ridurre la disuguaglianza nelle condizioni di accesso perché gli assicurati a redditi medi o medio-bassi sarebbero facilitati ad accedere alle cure rispetto al caso di pagamento diretto delle prestazioni<sup>38</sup>. Da questo punto di vista, i fondi integrativi nell'ambito specifico dell'assistenza odontoiatrica potrebbero contribuire, assieme ai servizi erogati dalle aziende sanitarie pubbliche, alla costituzione di un sistema di protezione della salute di più elevata qualità. Nelle sezioni che seguono analizzeremo le innovazioni di natura legislativa e/o regolamentare che potrebbero essere adottate a tal fine.<sup>39</sup>

## **5.1 Regolamentazione dell'offerta fuori e dentro il SSN**

In questa sede, analizziamo alcuni modelli di regolamentazione dell'offerta e del finanziamento che possono favorire un più efficiente funzionamento dei meccanismi allocativi, riducendo le barriere all'accesso ai servizi odontoiatrici<sup>40</sup> e quindi favorendo un innalzamento del livello di salute orale e

---

<sup>38</sup> Labate e Tardiola (2010), ritengono che i fondi sanitari possano svolgere funzione di miglioramento di efficienza e indirettamente di equità riducendo il razionamento nella spesa diretta e aumentando l'accesso ai servizi odontoiatrici. Granaglia (2009) ritiene invece che in generale il potenziamento dei Fondi Sanitari Integrativi comporti un peggioramento nelle condizioni di uguaglianza nell'accesso ai servizi.

<sup>39</sup> Molte sono le analisi volte ad evidenziare le ragioni per cui i fondi non hanno ancora garantito un soddisfacente aumento della copertura dei rischi sanitari e odontoiatrici in particolare. Innanzitutto, la mancata decretazione attuativa prevista dal d. lgs 299/99 ha reso difficile la distinzione tra fondi doc e non doc rallentando lo sviluppo del settore soprattutto nell'ottica di una dimensione integrativa al SSN. A questo si aggiungono le difficoltà a definire operativamente i LEA (Pammolli 2008) e il diverso riferimento territoriale tra i servizi sanitari regionali competenti a rivedere i LEA e l'ambito di azione nazionale tipico dei fondi integrativi.

<sup>40</sup> Da sempre gli economisti evidenziano come le prestazioni sanitarie non vadano considerate come beni di consumo finali, ma come input intermedi della dotazione di capitale umano (Grossman 1972). Più recentemente Sen e molti autori tra cui Petretto (2009), Hurley (2000), Zweifel et al. (2009) e Anderson e Grossman (2009) identificano le prestazioni sanitarie come beni strumentali all'acquisizione del funzionamento "salute". Tale approccio risulta estensibile anche al caso specifico delle prestazioni odontoiatriche.

del benessere personale. Dal lato dell'offerta l'obiettivo del legislatore dovrebbe essere quello di favorire un'ulteriore qualificazione e riorganizzazione delle strutture di erogazione dei servizi. Prendendo atto della necessità di rivolgersi per lo più a professionisti privati – anche se all'interno di nuovi modelli organizzativi - le azioni realizzabili dal decisore pubblico possono essere efficacemente riassunte facendo riferimento agli istituti dell'autorizzazione, dell'accreditamento e del contratto.

Per quanto riguarda l'autorizzazione, anche in considerazione della necessità di definire condizioni che non limitino la domanda per carenze quantitative nella rete di offerta, essa deve essere rilasciata sulla base di una analisi oggettiva dei requisiti strutturali, organizzativi e professionali, lasciando in secondo piano considerazioni concernenti la presenza o meno di fabbisogno teorico da soddisfare. Tali requisiti devono infatti essere definiti in modo tale da evitare la costituzione di barriere all'entrata non proporzionali rispetto agli obiettivi di tutela della salute degli assistiti. In particolare, i meccanismi che presiedono al rilascio delle autorizzazioni devono essere definiti in modo da non contrastare l'entrata di nuovi erogatori al fine di incentivare l'innovazione dei modelli organizzativi e i miglioramenti qualitativi nelle pratiche assistenziali. Sotto questo profilo, il recente intensificarsi della concorrenza esercitata da erogatori esteri, che assume anche le forme del cosiddetto turismo dentistico<sup>41</sup> – in particolare verso i paesi dell'Europa centro-orientale - nonché l'ingresso sul territorio italiano di soggetti imprenditoriali multinazionali<sup>42</sup> che costituiscono reti di offerta assai articolate, rendono ancora più ineludibile il tema della crescita delle dimensioni imprenditoriali dei tradizionali studi odontoiatrici.<sup>43</sup>

Un diverso livello di regolamentazione dell'offerta è legato all'istituto dell'accreditamento, che dovrebbe essere interpretato come strumento ulteriore di certificazione di qualità. Tale processo è da considerarsi con riferimento non solo a standard di qualità delle strutture di offerta, ma anche di promozione attiva dei nuovi modelli organizzativi e clinici, indipendentemente dal fatto che le strutture siano o meno interessate ad entrare nel sistema di offerta a finanziamento pubblico. L'accreditamento dovrebbe essere definito in modo da incentivare miglioramenti qualitativi dei servizi anche per le strutture che non intendono definire accordi con le aziende del SSN. In particolare, l'accreditamento dovrebbe favorire il processo di riorganizzazione dell'offerta volto ad aumentare le dimensioni medie delle strutture e a diffondere modelli organizzativi in grado di garantire un più elevato livello di qualità e trasparenza nelle attività svolte dai professionisti coinvolti nell'erogazione delle prestazioni odontoiatriche.

Più specificamente, l'accreditamento potrebbe essere condizionato al raggiungimento di nuovi standard che assicurino migliori risposte ai bisogni dei cittadini sul piano logistico (ed es. orari di apertura più estesi), tecnologico (ad es. qualità delle attrezzature) e della trasparenza (ad es. specificazione *ex ante* dei programmi di assistenza) e alla presenza di procedure amministrative che rendano maggiormente verificabili da parte dei finanziatori – servizio sanitario pubblico o fondi sanitari integrativi – i programmi e le attività assistenziali anche al fine di adottare forme più avanzate di governo clinico.

---

<sup>41</sup> Un recente lavoro della Banca Mondiale curato da Obermaier (2009) analizza il turismo sanitario tra Austria e Ungheria nel contesto della mobilità sanitaria internazionale. Österle e Delgado (2006) offrono un'analisi del turismo odontoiatrico nell'Europa centrale.

<sup>42</sup> Il caso più evidente è rappresentato da Vitaldent, multinazionale spagnola, operante in regime di franchising, in rapida crescita in Italia. In generale, il mercato sanitario privato e, in particolare, il settore odontoiatrico, caratterizzati da un'elevata incidenza dei pagamenti diretti, può consentire l'aumento della quota di mercato di operatori esteri se capaci di offrire prestazioni a prezzi competitivi anche grazie alla loro capacità di realizzare economie di scala.

<sup>43</sup> A tale riguardo sono emerse negli ultimi anni forme nuove di autorganizzazione dei dentisti, come Coopdent nata in provincia di Treviso, Pronto-care in Lombardia, A.Ass.Od a Torino e così via che in generale offrono sia servizi diretti ai cittadini sia in raccordo con fondi sanitari.

La diffusione di nuovi modelli di accreditamento può portare benefici diretti anche agli assistiti che attualmente non sono coperti né dal servizio sanitario pubblico né da fondi integrativi. Questi ultimi infatti potrebbero trarre vantaggio dalla presenza di un credibile livello di certificazione qualitativa da parte del regolatore pubblico e dalla maggiore presenza di programmi assistenziali espressamente orientati alla prevenzione e ad ottenere benefici sul lungo termine.

Per quanto riguarda gli accordi tra aziende sanitarie del SSN e strutture di offerta per l'erogazione di prestazioni entro e fuori i LEA, essi devono essere definiti non solo con l'obiettivo di migliorare la qualità dei servizi, realizzare economie di scala e di gamma a vantaggio del SSN, ma anche per definire in modo più vantaggioso ed accurato condizioni di accesso ai servizi per gli utenti, prezzi, procedure amministrative, modalità di verifica dell'appropriatezza e della qualità delle prestazioni<sup>44</sup> che possano divenire punti di riferimento per il mercato, a vantaggio dei cittadini e degli altri acquirenti organizzati di prestazioni assistenziali.

I soggetti competenti – Regioni in primo luogo anche in virtù del loro ruolo di finanziatori di ultima istanza delle aziende sanitarie che acquistano i servizi - devono vigilare per evitare che la determinazione dei prezzi all'interno degli accordi sia influenzata da accordi collusivi o altre pratiche anti-competitive, con il risultato paradossale di limitare la capacità negoziale anche degli altri soggetti che organizzano la domanda di servizi odontoiatrici.

All'interno di tali accordi poi, potrebbero essere previsti incentivi, anche sotto forma di cofinanziamento o di fornitura diretta di spazi<sup>45</sup>, attrezzature, servizi intermedi sulla scorta di simili interventi nella medicina territoriale. Per garantire la piena neutralità nella fase di selezione dei soggetti con cui stipulare gli accordi, tali incentivi devono essere precisamente pubblicizzati nel bando. Gli incentivi devono essere mirati al miglioramento qualitativo degli spazi, nonché al rinnovo delle attrezzature e dei sistemi informatici a supporto delle attività assistenziali al fine di consentire significativi miglioramenti sul piano dell'efficacia assistenziale e del complessivo governo clinico.

## **5.2 Potenziamento degli strumenti finanziari integrativi**

L'analisi della letteratura scientifica, nonché le prospettive della finanza pubblica in gran parte dei paesi sviluppati, inducono a ritenere che una più adeguata copertura del rischio odontoiatrico possa essere conseguita solo mediante una più ampia copertura. continui a prevedere una combinazione di finanziamento privato e pubblico.<sup>46</sup> In particolare, quest'ultimo, soggetto a stringenti vincoli di bilancio, non può assicurare l'adeguamento dell'offerta di servizi su tutta la gamma delle prestazioni e deve concentrare le sue risorse su un numero limitato di obiettivi prioritari. Sulla base di considerazioni teoriche e delle scelte concrete dei decisori pubblici tali obiettivi prioritari includono le attività di informazione e le campagne di prevenzione, i servizi rivolti alla popolazione infantile e giovanile, nonché le principali prestazioni - quanto più possibile specificate ex ante - per i cittadini in condizioni di difficoltà o sul piano sanitario o su quello economico.

Un ulteriore indirizzo in grado di aumentare la copertura del meccanismo assicurativo in ambito odontoiatrico – che ha ricevuto una rilevante attenzione da parte degli studiosi e degli operatori - è la rivisitazione dei fondi sanitari integrativi e del contesto in cui essi operano secondo modalità che

---

<sup>44</sup> Un ambito nel quale le aziende sanitarie pubbliche possono sperimentare forme innovative di accordo con alcuni erogatori selezionati riguarda la definizione di prezzi e condizioni di erogazione vantaggiosi a favore di segmenti di popolazione ricompresi nei LEA per la parte di servizio non rientrante nei LEA. In particolare, come sperimentato ad esempio nella Ausl di Imola, la possibilità di fissare prezzi calmierati per le protesi. Le esternalità derivanti da accordi in ambito pubblico andrebbero anche a vantaggio di operatori privati intenzionati a sviluppare loro reti di offerta

<sup>45</sup> Alcune Ausl, tra cui quella di Imola, hanno messo a disposizione dei professionisti privati alcuni locali di proprietà della Asl.

<sup>46</sup> Si veda in particolare: Busse et al. (2007), Mankin (2007), Thomson S., Mossialos E. (2009), Paolucci (2010).

risultino coerenti con l'impostazione universalistica del modello di welfare. A tale scopo, due sono le modifiche degli assetti normativi e regolamentari vigenti che appaiono maggiormente degne di approfondimento: una relativa alla più precisa definizione degli ambiti dell'intervento pubblico e l'altra relativa al miglior coordinamento tra i livelli di copertura garantiti dalle Regioni.

Una parte della letteratura scientifica ritiene che una più precisa definizione dei LEA e delle compartecipazioni dei cittadini ai loro costi sia una premessa necessaria affinché i fondi integrativi possano definire la loro offerta per differenza e con la dovuta chiarezza. In questo modo i fondi integrativi possono delineare quali prestazioni - per natura, modalità e tempi di erogazione - offrire ai propri sottoscrittori con caratteristiche effettivamente integrative o meramente sostitutive rispetto a quelle erogate dal SSN<sup>47</sup>. Una maggiore chiarezza sui confini dell'offerta pubblica potrebbe quindi contribuire a creare un ambiente in grado di incentivare una migliore organizzazione dell'offerta privata sulla base di proposte chiaramente distinte nella loro natura integrativa, e sostitutiva dell'offerta del SSN. In effetti, anche nelle Regioni e nelle Province Autonome dove maggiore è stato lo sforzo di definire i LEA odontoiatrici aumentandone l'ampiezza rispetto alle indicazioni nazionali, permane il problema delle differenze nelle condizioni di accesso all'interno delle singole Regioni dovute anche all'insufficiente efficacia delle campagne di informazione circa le caratteristiche e i limiti dell'offerta pubblica. Al riguardo le Regioni potrebbero definire in modo più puntuale non solo le caratteristiche delle prestazioni assicurate e dei soggetti ammessi alla copertura pubblica ma anche il livello delle compartecipazioni dei cittadini, i tempi di attesa per accedere ai servizi e le indicazioni di dettaglio per accedere alle prestazioni.

Inoltre, nel rispetto delle competenze delle singole Regioni nella determinazione dei LEA anche in questo ambito e nella consapevolezza delle diverse difficoltà nel rispettare il vincolo di bilancio, la forte eterogeneità dei LEA odontoiatrici tra le Regioni pone un problema allocativo allo sviluppo dei Fondi Integrativi in ambito odontoiatrico. Lo scarto tra la dimensione nazionale della raccolta di risorse da parte dei fondi e la dimensione regionale nella definizione dei LEA, costituisce un ostacolo alla predisposizione di offerte davvero integrative dei LEA stessi e riduce quindi l'opportunità di realizzare una maggiore diffusione della copertura nonché rilevanti economie dal lato dell'offerta.

Sotto questo profilo può essere opportuno che la Conferenza Stato-Regioni promuova una volontaria adesione a standard comuni anche se remota appare la possibilità di realizzare uno stretto coordinamento nazionale tra le Regioni per quanto attiene ai LEA odontoiatrici da parte dei servizi sanitari regionali che sono caratterizzati da dotazioni di risorse troppo diverse tra loro.<sup>48</sup>

Tale eterogeneità, viene aggravata dalla sperequazione nella distribuzione territoriale di coloro che hanno sottoscritto un fondo sanitario integrativo privato che si concentrano in modo ancora più accentuato nelle regioni del Centro/Nord. Per quanto riguarda l'offerta pubblica, pur in presenza di competenze che rimarranno in capo alle Regioni, una maggiore omogeneità dei principali strumenti di regolamentazione su scala nazionale dovrebbe essere un obiettivo da perseguire nel contesto più generale dell'assetto federale del servizio sanitario nazionale al fine di favorire il raccordo con i fondi integrativi. Tale obiettivo dovrebbe essere perseguito soprattutto mediante un maggiore

---

<sup>47</sup> Già la relazione finale della Commissione per l'analisi delle compatibilità macroeconomiche della spesa sociale, la cosiddetta commissione Onofri (1997) sosteneva che: "l'opzione verso una mutualità sanitaria integrativa esige una definizione precisa dei rapporti tra quest'ultima e il SSN; in particolare richiede di definire l'insieme di prestazioni garantite dal servizio sanitario nazionale, in termini di tipologia, tempi e luoghi di accesso, in modo da chiarire ai cittadini, alle imprese assicurative e alle associazioni di mutualità quali sono i servizi differenziali in cambio dei quali versano i premi". Più recentemente anche Pammolli e Salerno (2008) individuano nella mancata definizione operativa dei LEA una delle ragioni per il mancato decollo dei fondi integrativi.

<sup>48</sup> Lo scarto tra la dimensione nazionale della maggioranza dei fondi e la competenza regionale delle politiche sanitarie, a giudizio di alcuni studiosi quali Pammolli e Salerno (2010), costituisce un serio ostacolo alla predisposizione di offerte integrative efficaci perché riduce le opportunità di realizzare economie di scala e di gamma. Altri studiosi quali Labate e Tardiola (2010) evidenziano invece le opportunità derivanti da un'azione e da una definizione su scala territoriale dei fondi sanitari integrativi.

coordinamento nella regolamentazione (autorizzazione e accreditamento) delle strutture che erogano prestazioni odontoiatriche e in parte mediante l'adozione di regole operative comuni nel raccordo tra aziende sanitarie e strutture di erogazione. Entrambe le azioni di coordinamento potrebbero agevolare la definizione di strategie unitarie a livello nazionale da parte di fondi sanitari integrativi che per loro natura devono garantire un'offerta tendenzialmente uniforme a livello nazionale.

Inoltre occorre interrogarsi sull'opportunità di modificare l'attuale normativa sui fondi sanitari integrativi al fine di disciplinare in modo più puntuale le loro caratteristiche organizzative e gestionali anche per contribuire a una più precisa individuazione di percorsi terapeutici e a una più soddisfacente applicazione dei moderni strumenti di governo clinico.<sup>49</sup>

Un nuovo e più strutturato regolamento dei fondi sanitari integrativi potrebbe consentire il superamento di alcune contraddizioni derivanti dall'introduzione di una specifica figura soggettiva (il fondo) priva di caratteristiche organizzative proprie. Nonostante le precisazioni dovute al decreto "Turco" e al decreto "Sacconi", in merito agli ambiti di attività, all'anagrafe dei fondi e ai criteri di calcolo delle soglie del 20% di attività assistenziali in ambiti specifici obbligatorie per conseguire benefici fiscali, occorre un approfondimento normativo per meglio definirne gli assetti di governo e il modello di regolamentazione applicabile, come sostenuto da diversi autori (Conti e Labate 2010).<sup>50</sup>

Uno degli aspetti più importanti di questo approfondimento – che potrebbe favorire una più ampia ed efficace diffusione dei fondi - riguarda le norme sulla trasparenza delle informazioni concernenti gli assetti proprietari e di governo. In particolare, occorre promuovere una maggiore pubblicità dei dati istituzionali presenti nell'anagrafe dei fondi (art. 3 e art. 4 del decreto "Sacconi"), nonché delle informazioni relative alle modalità di affidamento della gestione a soggetti terzi. Se si ritiene opportuno approfondire le attività di vigilanza anche sui modelli organizzativi è possibile ipotizzare un organismo apposito per i Fondi Sanitari Integrativi cui affidare oltre a questi compiti anche quelli di vigilanza sulla trasparenza degli assetti proprietari.

Nell'ambito del ridisegno delle competenze in merito alla vigilanza, occorre comunque considerare la necessità di garantire spazi di intervento anche alle Regioni – o alla conferenza Stato-Regioni - per quel che riguarda la disciplina di tutti gli ambiti che hanno rilevanza diretta o indiretta sulle modalità di erogazione delle prestazioni sanitarie quali gli schemi di adesione individuali e collettivi per gli assicurati, i nomenclatori delle prestazioni, i percorsi terapeutici e le regole per l'applicazione di moderni strumenti di governo clinico (art. 9 del d.lgs. 502/92).

Se anche si ritenesse opportuno limitare le attività di vigilanza agli aspetti di trasparenza sugli assetti proprietari e di solidità finanziaria dei soggetti dovrebbe comunque essere superata l'attuale diversità nella regolamentazione su base puramente soggettiva, con i fondi autogestiti che non sono sottoposti ad alcuna vigilanza, mentre quelli che affidano la gestione ad assicurazioni sono sottoposti alla vigilanza dell'Isvap, per quanto di competenza.

---

<sup>49</sup> Il d.lgs 502/92 poi modificato dal 229/99 indicava che il regolamento disciplinasse: le modalità di costituzione e scioglimento; la composizione degli organi di amministrazione e controllo; le forme e le modalità di contribuzione; i soggetti destinatari di assistenza; il trattamento e le garanzie riservate al singolo sottoscrittore e al suo nucleo familiare e le cause di decadenza della qualificazione del fondo integrativo dal Servizio Sanitario Nazionale. Già il rapporto Nomisma (2002) evidenziava come criticità nell'applicazione concreta dei fondi sanitari integrativi previsti dal d.lgs. 229/99 la mancata emanazione del regolamento sull'ordinamento dei fondi sanitari integrativi. Nonostante i miglioramenti introdotti dai decreti "Turco" e "Sacconi" che hanno innalzato la soglia di deducibilità. Anche il decreto Turco doveva essere integrato da un regolamento dei fondi sanitari che non ha mai visto.

<sup>50</sup> Sulla stessa linea, Pammolli e Salerno (2010) sostengono che "mancano del tutto sia il disegno della governante (organismi direttivi e di controllo, regole di raccolta delle adesioni e di disclosure delle informazioni, format per lo statuto e per il regolamento etc.) sia il disegno delle regole per la gestione del portafoglio, per la fiscalità dei rendimenti nella fase di accumulazione, per la connessione tra il fondo e le assicurazioni ai fini della stipula delle polizze collettive, e per la selezione dei provider a cui rivolgersi per l'erogazione delle prestazioni"(p. 54).

Il potenziamento della disciplina tecnica e di quella istituzionale oltre alla maggiore attenzione alla trasparenza risultano inoltre elementi importanti per supportare il ruolo dei fondi come strumenti di organizzazione della domanda. Come accennato in precedenza, infatti, la capacità di organizzare una domanda diffusa e non più parcellizzata consentirebbe di supportare e incentivare la riorganizzazione dell'offerta. In tale prospettiva i fondi, in grado di agire su scala regionale e nazionale, potrebbero giocare un ruolo rilevante nell'ampliare la scala di strutturazione e rappresentanza della domanda individuale di servizi odontoiatrici, aumentandone il potere contrattuale e obbligando l'offerta a fornire risposte innovative alle nuove esigenze della domanda.

### **5.2.1 I fondi aperti**

A differenza dei fondi categoriali che sono quelli che più si sono sviluppati negli ultimi anni, i fondi aperti consentono la sottoscrizione anche ai lavoratori autonomi e a chi partecipa al mercato del lavoro sulla base di contratti atipici o comunque tali da non rientrare in forme di copertura integrativa previste da accordi nazionali. Questa apertura, se da un lato può garantire condizioni vantaggiose di accesso ai sottoscrittori individuali grazie all'elevata numerosità degli aderenti, dall'altro espone maggiormente il fondo al problema della selezione avversa dato che, in assenza di una equilibrata definizione di profili di rischio e di premio, la propensione ad aderire tenderà a concentrarsi nei gruppi a più alto costo atteso di trattamento rendendo instabile la gestione finanziaria del fondo. In quanto segue considereremo due versioni di un fondo territoriale aperto a carattere volontario in cui le Regioni assumono un ruolo di promozione. Il coinvolgimento delle Regioni, oltre a favorire la coincidenza tra ambito territoriale del soggetto che definisce i LEA e ambito di attività del fondo, potrebbe contribuire a ridurre il problema della selezione avversa e si pone come realistica alternativa all'introduzione di fondi ad adesione obbligatoria o ad altre forme di prelievo di natura fiscale.<sup>51</sup> Le due versioni differiscono in relazione al ruolo del soggetto pubblico che in un caso gestisce anche il fondo e nell'altro ne affida la gestione a soggetti terzi.

Con riferimento al primo caso, come abbiamo visto nella sezione quattro, alcuni paesi caratterizzati da un servizio sanitario universalistico a finanziamento pubblico hanno istituito un fondo sanitario odontoiatrico integrativo affidandone la gestione alle aziende sanitarie territoriali.<sup>52</sup> Occorre quindi interrogarsi sull'opportunità di istituire fondi simili nel contesto italiano, in cui i servizi sanitari regionali comprendono forme limitate di assistenza odontoiatrica all'interno dei LEA, utilizzando meccanismi assicurativi integrativi gestiti dalle aziende sanitarie territoriali per aumentare il livello di copertura.<sup>53</sup> In particolare, le risorse raccolte da tali fondi potrebbero essere utilizzate per ampliare la gamma dei trattamenti ai soggetti che già hanno diritto ad accedere ai servizi compresi nei LEA e per garantire l'accesso a servizi odontoiatrici di qualità adeguata ai soggetti esclusi da tali servizi per motivi di reddito/patrimonio dalla copertura dei LEA.

La scelta di una gestione diretta del fondo presenta alcuni vantaggi quali l'assenza di oneri finanziari aggiuntivi sul SSN; la piena internalizzazione degli investimenti pubblici in politiche educative, di informazione e di prevenzione; la possibilità di fruire di sistemi di governo clinico e di integrazione volti a contrastare l'inappropriatezza e l'induzione della domanda già attivati per l'erogazione delle prestazioni ricomprese nei LEA; l'attivazione di economie di scala e di gamma

---

<sup>51</sup> Il fondo aperto territoriale potrebbe essere affiancato da una revisione dei confini dell'intervento pubblico previsto dai LEA con una riduzione delle soglie reddituali di accesso ai LEA ma un contestuale miglioramento dei livelli di servizio garantiti ai redditi più bassi, a parità di spesa complessiva. Alla fascia di popolazione che rimarrebbe esclusa dai nuovi LEA potrebbe essere garantita la copertura – sempre di qualità superiore allo status quo – mediante i nuovi fondi territoriali aperti.

<sup>52</sup> Come peraltro previsto dal d.lgs. 229/99, art. 9, comma 3.

<sup>53</sup> Rebba (2010), anche se in riferimento al LTC, ipotizza l'istituzione di fondi integrativi da parte di Regioni ed enti locali con uno schema assicurativo a ripartizione ad adesione obbligatoria.

mediante un più efficiente impiego delle strutture a gestione diretta e di quelle private accreditate con cui sono già stati stipulati accordi. Per conseguire tali economie, potrebbero essere previsti accordi complessivi con gli erogatori – con specifici meccanismi di selezione – che includano sia le prestazioni garantite dagli attuali LEA sia quelli coperti dal finanziamento integrativo riducendo i costi unitari mediante un significativo aumento dei volumi di attività e la più efficace applicazione di tecniche di governo della domanda. Un tema più complesso è quello della capacità di attrarre i professionisti di migliore qualità all'interno degli accordi stipulati dalle aziende sanitarie, almeno limitatamente alle prestazioni o ai gruppi non compresi nei LEA. Infatti, perché il fondo integrativo in ambito odontoiatrico possa attrarre nuovi assicurati, occorre che le aziende siano in grado di gestire con la dovuta flessibilità gli accordi con gli erogatori in modo da consentire agli assicurati un qualche grado di scelta tra professionisti di elevata reputazione in modo da contrastare la percezione di un'offerta a finanziamento pubblico concentrata su prestazioni considerate di complessità e/o qualità medio-bassa.

Un fondo territoriale volontario a gestione pubblica diretta si caratterizza anche per alcuni svantaggi strutturali quali la difficoltà a gestire attività ulteriori rispetto a quelle necessarie per garantire l'offerta dei LEA, anche in considerazione dei rigidi vincoli all'aumento della spesa; la difficoltà a strutturare un modello con differenziazione dell'offerta e individuazione delle classi di rischio dei potenziali assicurati; la difficoltà nel reperire le risorse finanziarie necessarie nella fase di avviamento del fondo e di costituzione della rete delle strutture di erogazione; la presenza di azzardo morale nel controllo dei costi e nella gestione dei rischi a fronte del possibile trasferimento dei disavanzi ad altre amministrazioni (ciclo politico o interventi di finanziamento straordinari dal centro) o alla loro copertura con maggiore pressione fiscale.<sup>54</sup>

Il secondo caso è quello del fondo territoriale aperto promosso dalle Regioni su base volontaria, ma gestito da soggetti privati individuati sulla base di procedure competitive.<sup>55</sup> Questa soluzione, per la natura stessa dei soggetti privati coinvolti, in linea generale, potrebbe facilitare l'attenuazione di alcuni dei problemi sopra citati che caratterizzano la gestione pubblica diretta con particolare riferimento al contenimento dell'azzardo morale nella tenuta dei vincoli di bilancio. Tuttavia, l'affidamento della gestione a soggetti privati, presenta difficoltà serie per quanto attiene alla definizione della procedura di selezione dei gestori e nella individuazione della durata ottimale del contratto e non esclude il ripresentarsi di forme diverse di azzardo morale dovute alle difficoltà politiche di interrompere la copertura assistenziale a fronte di disavanzi che emergono nel tempo con la possibilità di richieste di revisione delle condizioni contrattuali da parte dei soggetti gestori. Più specificamente, il contratto di affidamento del servizio di gestione del fondo è un contratto complesso che richiede elevati costi di transazione per la necessità di specificare le modalità organizzative dei servizi resi agli iscritti includendo le regole per la definizione degli accordi con le strutture di erogazione anche con riferimento ai sistemi di governo clinico e al coordinamento con la rete di offerta pubblica delle prestazioni comprese nei LEA. Inoltre, una durata troppo breve del contratto può costituire un serio disincentivo ad investire in strutture organizzative e in risorse umane qualificate da parte del gestore, mentre una durata troppo lunga aumenta la probabilità di richieste di revisioni contrattuali di cui sopra e rende più difficile mantenere condizioni di contendibilità per l'affidamento dei successivi contratti di gestione. In particolare a fronte di

---

<sup>54</sup> In entrambi i casi si avrebbe uno spostamento degli oneri dai sottoscrittori del fondo ai contribuenti in genere con maggiori oneri sulle finanze pubbliche.

<sup>55</sup> La mancata realizzazione di fondi sanitari integrativi gestiti dalle aziende sanitarie territoriali, nonostante tale possibilità sia prevista espressamente nella legge di riforma del servizio sanitario nazionale, potrebbe essere riconducibile a una tendenziale avversione delle Regioni - e in particolare modo di quelle che enfatizzano una nozione universalistica e globale di servizio pubblico - a frazionare l'offerta di servizi tra modelli organizzativi diversi, prevalentemente non a gestione diretta, che rendano più difficoltoso il governo dell'offerta assistenziale nel suo complesso.

disavanzi per i quali i soggetti gestori richiedano la revisione delle condizioni contrattuali, vi è la debolezza della posizione negoziale della regione che si troverà in difficoltà nell'interrompere livelli di copertura assistenziali oggetto di obbligo contrattuale ma anche di aspettative consolidate degli assicurati.

### 5.2.2 Incentivazione fiscale

Sul piano dell'equità occorre rivisitare gli attuali meccanismi di incentivazione fiscale in modo che costituiscano strumenti idonei per promuovere le funzioni integrative dei fondi e contribuire a realizzare una più proficua collaborazione tra soggetti pubblici e privati. In primo luogo, la disciplina fiscale delle spese per fondi sanitari integrativi ha di norma effetti regressivi dato che si basa principalmente sull'istituto della deduzione dal reddito imponibile (art. 197 della legge 244/2007).<sup>56</sup> In questa prospettiva, per le persone fisiche<sup>57</sup> tale istituto dovrebbe essere gradualmente sostituito con quello della detrazione - eventualmente rivedendone l'aliquota dall'attuale 19%, - come previsto anche dalle linee guida dell'Unione Europea<sup>58</sup> - spostando a vantaggio dei redditi più bassi la maggior incidenza percentuale dell'agevolazione fiscale, a parità di risorse pubbliche utilizzate. Il conseguente ampliamento nella proporzione dei cittadini con redditi medio-bassi che aderiscono ai fondi integrativi potrebbe avere l'effetto ulteriore di aumentare l'accesso alle prestazioni odontoiatriche secondo modalità appropriate - nell'assunto che i fondi favoriscano una logica di prevenzione e di programmazione dell'assistenza - proprio per quei soggetti che nelle attuali condizioni non considerano compiutamente le conseguenze negative di un accesso saltuario o emergenziale all'assistenza.<sup>59</sup>

Più in generale, alcuni autori propongono una revisione complessiva della normativa fiscale relativa alla spesa sanitaria privata ipotizzando di rafforzare un sistema di incentivazione fiscale graduata in relazione alle caratteristiche dei programmi assistenziali previste - andando oltre quanto già oggi previsto dal decreto "Sacconi" - o in relazione alla quota di soggetti a redditi medio-bassi o in particolare condizioni di bisogno iscritti nei fondi.<sup>60</sup> In questo senso, il *favor legis*, oltre che all'aumento del grado di copertura rispetto al rischio e al connesso contenimento dei problemi allocativi che caratterizzano questo mercato, verrebbe ad essere correlato al perseguimento di obiettivi perequativi.<sup>61</sup>

---

<sup>56</sup> Anche Labate e Tardiola (2010) sostengono che sono necessarie forme di incentivazione fiscale in grado di contrastare la regressività rispetto al reddito della mancata domanda di beni meritori derivante dai vincoli di bilancio degli agenti.

<sup>57</sup> Per le persone giuridiche è opportuno mantenere le attuali previsioni relative alla deducibilità della copertura assicurativa dal reddito.

<sup>58</sup> Thomson, Mossialos, (2009) sostengono la preferibilità delle detrazioni rispetto alle deduzioni come linea generale di indirizzo a livello europeo nel disegnare appropriati sistemi misti pubblico/privato di offerta e finanziamento dei servizi sanitari nei paesi dell'Unione Europea.

<sup>59</sup> In questo ambito il cosiddetto decreto "Sacconi" ("Modifica al decreto 31 marzo 2008, riguardante i Fondi Sanitari Integrativi del Servizio Sanitario Nazionale" del 27/10/2009") individua nella mutualità integrativa lo strumento di finanziamento dei servizi non riferibili ai LEA e definisce un limite minimo di spesa per la non autosufficienza e per l'assistenza odontoiatrica pari al 20%.

<sup>60</sup> Pammolli e Salerno (2010) prevedono uno schema di detraibilità che includa anche le spese *out of pocket* differenziate su tre livelli extra LEA. Il livello di agevolazione, ugualmente scaglionato nelle tre fasce sarebbe più marcato per gli strumenti di copertura organizzata e sarebbe massimo per gli strumenti collettivi come i fondi sanitari integrativi (p. 53).

<sup>61</sup> L'ipotesi, pur essendo finalizzata ad un miglioramento di equità del sistema di incentivazione fiscale sembra porre seri problemi di applicabilità data l'ingente mole di informazioni necessarie a valutare il reddito medio e le condizioni di bisogno medie degli iscritti ai fondi. Nonostante l'elevata evasione fiscale riduca l'impatto di un miglioramento di equità nel sistema di incentivazione, una semplificazione e una maggiore equità contribuirebbero probabilmente a ridurre anche l'incidenza della stessa evasione.

Al di là delle difficoltà tecniche di graduare il beneficio fiscale in relazione alle loro attività assistenziali o ai soggetti complessivamente iscritti, le innovazioni in tema fiscale potrebbero riguardare in tempi più brevi la revisione del sistema di agevolazioni per quanto concerne l'obiettivo della neutralità di trattamento rispetto alle caratteristiche soggettive di chi garantisce la copertura assicurativa (società di mutuo soccorso, fondi integrativi, assicurazioni, ecc). Per evitare ulteriori forme di discriminazione tra gli operatori in merito alla certezza degli incentivi loro destinati, occorre inoltre garantire l'unicità del sistema di calcolo della soglia del 20%, relativa al rapporto tra spesa in odontoiatria e non autosufficienza e incentivi fiscali. Al momento, infatti, i fondi gestiti in convenzione con assicurazioni effettuano un calcolo *ex ante* sulla base dei premi vincolati a determinate prestazioni, mentre i fondi autogestiti presentano una dichiarazione *ex post* sulle prestazioni effettivamente erogate.<sup>62</sup>

### 5.3 Informazione e prevenzione

In un ambito caratterizzato da forti asimmetrie informative, significativi investimenti in informazione ed educazione contribuiscono a superare le deficienze cognitive che limitano la razionalità degli agenti nel definire programmi di prevenzione e di cura appropriati. Questi investimenti possono contribuire a ridurre l'ampiezza dell'azzardo morale *ex ante*, a rendere meno gravi i rischi di selezione avversa e di azzardo morale *ex post*, aumentando i livelli di efficienza e di equità.

La produzione e la diffusione di informazioni rilevanti costituiscono beni pubblici in senso tecnico – non appropriabili e non rivali – e quindi solo i soggetti pubblici responsabili della tutela della salute della popolazione hanno adeguati incentivi a finanziarli. In particolare, un'informazione mirata sui comportamenti da seguire per mantenere e favorire una corretta igiene orale o su come gestire le diverse tipologie di problemi odontoiatrici può fornire adeguate conoscenze con effetti positivi in termini di maggior consapevolezza sulle determinanti della salute orale e quindi di più adeguata prevenzione primaria – contenendo i problemi di azzardo morale *ex ante* - e di maggiore consapevolezza dei piani di cura offerti dai professionisti – riducendo l'induzione della domanda da parte di professionisti - a prescindere dal modello organizzativo e dal tipo di finanziamento.

Se una migliore diffusione dell'informazione riduce alcuni problemi riferibili all'intera popolazione, gli investimenti in prevenzione acquistano una rilevanza ancora maggiore per la popolazione giovanile e infantile perché riducono fortemente i rischi futuri, almeno per alcune patologie dentali, e dovrebbero essere realizzati in età pre-scolare.<sup>63</sup> In questo ambito, è particolarmente opportuno il coinvolgimento degli istituti scolastici, coniugando la dimensione educativa e quella di prevenzione sanitaria.<sup>64</sup> Inoltre, per favorire una migliore valorizzazione degli

---

<sup>62</sup> Il dibattito al riguardo vede i fondi autogestiti contrari alla differenziazione dei criteri di calcolo. La richiesta prevalente è quella di un'adozione generale della certificazione *ex ante*. Al riguardo, il legislatore dovrebbe favorire la semplificazione della norma insieme all'applicazione di procedure di verifica che rendano stringente il controllo e indifferente a fini operativi l'adozione di un criterio di calcolo *ex ante* o *ex post*.

<sup>63</sup> La prevenzione rivolta alla popolazione infantile e giovanile sul piano clinico è più efficace perché può contare su una più rapida ed efficace risposta del tessuto osseo dei bambini. Più in generale, in termini economici, la prevenzione può essere considerata come un bene meritorio. La scarsa capacità, infatti, di previsione sulle condizioni di salute future può indurre a sottostimare l'importanza del sostenere oggi il pagamento immediato delle cure odontoiatriche o delle visite di controllo. Un'efficace e diffusa prevenzione aumenta la salute orale presente e futura, riduce il rischio odontoiatrico e i costi connessi alla loro cura. E' questa una delle ragioni per cui molti paesi attribuiscono alla prevenzione e alle cure odontoiatriche rivolte ai minorenni una priorità nell'allocazione delle risorse, seppure in maniera diversa.

<sup>64</sup> Ad esempio, una diffusa prevenzione, basata su una campagna di screening obbligatoria, consentirebbe di avviare tutta la popolazione infantile ad una corretta igiene orale, a ridurre il rischio di cure odontoiatriche e ad aumentare l'efficacia degli interventi che risultassero necessari alla luce del controllo effettuato.

interventi pubblici in ambito assistenziale, le campagne di educazione e di prevenzione dovrebbero spiegare come accedere ai servizi del SSN e quali sono le loro caratteristiche, rendendo quindi più agevole la comparazione e/o l'integrazione con altre informazioni a disposizione delle famiglie.

Entro certi limiti, anche i fondi integrativi hanno interesse a svolgere attività di informazione e prevenzione primaria, che possono ridurre nel medio e lungo periodo i costi dei trattamenti. Tuttavia, la possibile mobilità degli assistiti tra i diversi fondi riduce l'incentivo ad investire in tali attività al di sotto dei livelli socialmente ottimali. Questo effetto è particolarmente rilevante in relazione agli interventi in età pre-scolare e di prima scolarità per i quali gli operatori pubblici dovrebbero essere in grado di realizzare azioni di informazione e di prevenzione in collaborazione con le istituzioni scolastiche a costi significativamente più bassi.

## 6 Conclusioni

La necessità di considerare le interdipendenze tra regolazione dell'offerta, sistemi di finanziamento e di governo della domanda nonché di informazione e prevenzione suggerisce l'opportunità per le Regioni di integrare una pluralità di interventi all'interno di un piano per l'assistenza odontoiatrica

In tale piano dovrebbe essere messo a sistema la revisione degli istituti dell'autorizzazione, dell'accreditamento e della regolamentazione degli accordi quali strumenti privilegiati per la razionalizzazione della rete e il miglioramento dei livelli qualitativi.

Inoltre, dati gli attuali vincoli di finanza pubblica, tale piano dovrebbe prevedere da un lato forme di incentivazione alla raccolta di maggiori risorse da parte di fondi integrativi e dall'altra meccanismi di raccordo tra questi ultimi e la rete assistenziale che presiede all'erogazione dei LEA odontoiatrici

In particolare, tutti i soggetti attivi nell'erogazione dei servizi dovrebbero privilegiare l'adozione di piani di cura pluriennale basati su modelli avanzati di governo clinico. Ulteriore condizione per favorire un coordinamento non duplicativo tra la rete assistenziale che garantisce i LEA e quella integrativa è che sia promossa una comunicazione più efficace in merito alle caratteristiche effettive e alle condizioni di accesso ai LEA stessi. In questa prospettiva, una migliore definizione operativa dei LEA favorirebbe una maggiore trasparenza dell'offerta pubblica, aumentando la probabilità di utilizzo dei servizi da parte dei cittadini sia per le prestazioni rientranti nei LEA, sia per quelle integrative.

Per quanto riguarda la riduzione della disegualianza nell'accesso ai servizi odontoiatrici, i fondi sanitari integrativi sono tanto più efficaci quanto più riescono ad aumentare il numero dei sottoscrittori a reddito medio e medio basso e quindi la copertura di fasce di popolazione tipicamente non ricomprese nei LEA perché le soglie di reddito oltre le quali c'è l'esclusione sono fissate a livelli piuttosto bassi. Tuttavia i fondi integrativi di tipo categoriale non possono coinvolgere il crescente numero di giovani precari, di lavoratori autonomi e di coloro che lavorano con forme di contrattuali atipiche e quindi si pone il problema di affiancare a questi fondi aperti a carattere territoriale. Al riguardo, le Regioni potrebbero agire da promotori affidandone la gestione ad aziende sanitarie pubbliche oppure ad assicurazioni private.

Se questi fondi riuscissero ad attrarre un numero elevato di sottoscrittori in virtù di condizioni vantaggiose di accesso, potrebbero contribuire in modo significativo a una gestione efficace del rischio odontoiatrico. Infatti, un coinvolgimento attivo delle Regioni potrebbe consentire anche un più efficace utilizzo delle informazioni a disposizione per il governo clinico delle attività in virtù della coincidenza dell'ambito territoriale tra il soggetto che definisce i LEA e l'operatore che si propone di integrare gli stessi.<sup>65</sup>

---

<sup>65</sup> A tale riguardo, molteplici sono i modelli di fondi territoriali aperti ipotizzabili, sulla base delle diverse forme di compartecipazione pubblico/privato. In particolare, il soggetto pubblico può essere promotore di un fondo o garante

Infine, come la valutazione dei più appropriati modelli di finanziamento e di regolamentazione dei servizi odontoiatrici dipende dal modello di promozione della salute orale che si intende perseguire, così le diverse ipotesi di riforma in campo odontoiatrico sono influenzate dai modelli di promozione della salute scelti da una comunità. Le specificità del mercato odontoiatrico e della salute orale devono quindi essere considerate in relazione ai modelli di promozione complessiva della salute, rispetto alla quale la tutela del rischio odontoiatrico è parte integrante. In questa prospettiva, qualsiasi piano per l'assistenza odontoiatrica dovrebbe prevedere un maggiore investimento in informazione e prevenzione al fine di favorire comportamenti e stili di vita corretti.

---

della qualità del soggetto selezionato o lasciare ai soggetti privati l'onere e l'opportunità di organizzarsi per promuovere un fondo territoriale integrativo aperto. Infine, in prospettiva, andrebbe anche considerata l'ipotesi di un fondo aperto di carattere nazionale.

## Bibliografia

- Akerlof G.A. (1970) “The market of “lemons”: quality uncertainty and the market mechanism”, *The Quarterly Journal of Economics*, 84, 488-500.
- Armstrong J., Paolucci F., McLeod H., Van de Ven W. (2010) “Risk equalisation in voluntary health insurance markets: A three country comparison”. *Health Policy*, 98, 39-49.
- Baker S.R. (2009) “Applying Andersen’s behavioural model to oral health: what are the contextual factors shaping perceived oral health outcomes?”, *Community Dental Oral Epidemiology*, 37, 485-494.
- Barigozzi F. (2006) “Assicurazione Sanitaria”, in *Rivista di Politica Economica*, (settembre-ottobre), 217-256.
- Barr N. (2004) “*The Economics of the Welfare State*”, Oxford University Press and Stanford University Press.
- Bedos C., Brodeur JM., Levine A., Richard L., Boucheron L., Mereus W. (2005) “Perception of dental illness among persons receiving public assistance in Montreal”, *American Journal of Public Health*, 95, 1340-1344.
- Bevan G., Helderman J., Wislford D. (2010) “Changing choices in health care: implications for equity, efficiency and cost”, in *Health Economics, Policy and Law*, 5, 251-267.
- Bifone L. (2002) “Regionalizzazione della sanità e fondi integrativi: quali prospettive”, in *Tendenze nuove*, 4-5, 495-504.
- Breuil-Genier P. (2000) “Généraliste puis spécialiste: un parcours peu fréquente” in *Insee Première*, n. 709.

- Busse R., Schreyögg J., Gericke C. (2007) “Analyzing changes in health financing arrangements in high income countries. A comprehensive framework approach”, Health Nutrition and Population, The World Bank, HNP discussion paper n. 39913.
- Candian A.D., Magnali P., Petrone V., Venturini L. (2008) “L’assicurazione nella sanità integrativa: i tipi e le forme collettive”, in A. Pedone (a cura di) *La sanità in Italia, qualità del servizio e sostenibilità finanziaria*, 155-184, Il Sole 24 ore.
- Cavaliere M. (2009) “Geographical patterns of unmet health care needs in Italy”, Munich Personal RePEc Archive, paper 16097.
- Censis (2003) “La qualità dell’assistenza odontoiatrica privata in Italia”, Roma.
- Cergas (2008) “Organizational models and perspectives in dental healthcare in Italy”, Centre for research on Health and Social Care Management, Università Bocconi, Luglio, Milano.
- Chollet D.J., Lewis M. (1997) “*Private insurance: principle and practice*”, in *Innovations in health care financing* G. Schieber (a cura di) World Bank discussion Paper 365, 77-114..
- Connelly L., Paolucci F., Butler J. (2010) 'Risk equalisation and voluntary health insurance markets: the case of Australia', *Health Policy*, 98, 3-14.
- Culyer A.J., Newhouse J.P. (2000) “Handbook of Health Economics”, Elsevier.
- Daly B., Watt R., Batchelor P., Treasure E. (2002) “Essential Dental Public Health”, Oxford University Press, Oxford.
- Gechert S. (2010) “Supplementary Private Health Insurance in Selected Countries: Lessons for EU Governments?”, *CESifo Economic Studies*, 56, 444-464.
- Granaglia E. (2009) “I fondi sanitari integrativi: alcuni rilievi critici”, Fondazione Astrid, Roma.
- Grignon M., Hurley J., Wang L., Allin S. (2010) “Inequity in a market-based health system: evidence from Canada’s dental sector”, *Health Policy*, 98, 81-90.
- Gronqvist (2006) “(M)oral Hazard?” WP n. 642 in *Economics and Finance*, Stockholm School of Economics.
- Gronqvist (2004) “Information updating and insurance drop out: evidence from dental insurance”, WP n. 576 in *Economics and Finance*, Stockholm School of Economics.
- Grossman M. (1972) “The demand for health: a theoretical and empirical investigation”, Occasional Paper n. 119, National Bureau of Economic Research, Columbia University Press.
- Hurley J. (2000) "An overview of the normative economics of the health sector" in *Handbook of Health Economics* (a cura di A. J. Culyer e J. P. Newhouse), vol. 1., 55-118 Elsevier.
- Istat (2008) “Il ricorso alle cure odontoiatriche e la salute orale in Italia, (anno 2005)”, *Sanità, Statistiche in breve*, Istituto Nazionale di Statistica, Roma.

- Johansson V., Axtelius B., Söderfeldt F., Paulander J., Sondell K. (2010) “Multivariate analyses of patient financial systems and oral health-related quality of life”, *Community Dentistry and Oral Epidemiology*, 38, 436-444.
- Johnson N. (a cura di) (1995) “Private markets in health welfare, an international perspective”, Bergs, Providence, USA.
- Kakudate N., Morita M., Fukuhara S., Sugai M., Nagayama M., Kawanami M., Chiba I. (2010) “Application of self-efficacy theory in dental clinical practice”, *Oral diseases*, 16, 747-752.
- Labate G., Tardiola A., (2010) “La sanità integrativa in Italia”, Fondazione Astrid 2010.
- Liguori G., Parlato A., Agliata R., Russo P., Sferrazza A., Ceccolini C. (2010), “Cure odontoiatriche”, in Rapporto Osservasalute 2010. Stato di salute e qualità dell’assistenza nelle regioni italiane, Osservatorio nazionale sulla salute nelle regioni italiane. Prex, Milano.
- Lippi Bruni M., (2001), “Il ruolo dei fondi sanitari integrativi nel nuovo assetto del Ssn”, in Fiorentini G. (a cura di), I servizi sanitari in Italia, Bologna, Il Mulino.
- Mastrobuono I., (1999) “Le forme integrative di assistenza sanitaria tra passato e futuro”, in Mastrobuono I., Guzzanti E., Cicchetti A., Mazzeo M.C. (a cura di), Il finanziamento delle attività e delle prestazioni sanitarie, Roma, Il Pensiero Scientifico Editore.
- Mastrobuono I., Pompili S. (1998) “Lo stato attuale delle forme integrative di assistenza sanitaria del settore non profit: casse aziendali, fondi di categoria e società di mutuo soccorso”, in “ASI”, n. 27, 6 luglio.
- Munkin M., Trivedi P. (2007) “Dental insurance and dental care: the role of insurance and income”, WP 07/16 Health Econometrics and Data Group, The University of York.
- Muraro G., Comino S., Marcomini C., Rebba V., Ruffilli M.P. (2003) “I fondi sanitari integrativi. Quale futuro per la sanità italiana?” Franco Angeli, Milano.
- NHS (2010), National Health Service, Dental Statistics for England: 2009/10, The Information Centre, NHS.
- NHS (2010), National Health Service, Dental Statistics for England, Quarter 3, 31 December 2009, The Information Centre, NHS.
- Obermaier A.J. (2009) “Cross-border purchases of health services. A case study on Austria and Hungary”, Policy Research Working Paper n. 4825, World Bank.
- OECD (2010), “Health at a glance 2010”, Paris.
- Österle A., Balza P., Delgado J. (2006) “Travelling for teeth: characteristics and perspectives of dental care tourism in Hungary”, *British Dental Journal*, 206, 425-428.
- Pammolli F., Salerno N.C., (2010) “L’integrazione pubblico-privato nel finanziamento della sanità e dell’assistenza alla persona”, Quaderno CeRM 3/2010, Roma.

- Pammolli F., Salerno N.C. (2008) “Il pilastro complementare a capitalizzazione in sanità: tredici buone ragioni per i fondi aperti per il welfare”, Nota CeRM 3/2008, Roma.
- Paolucci F. (2010) “*Health Care Financing and Insurance*”, Springer.
- Pedone A. (a cura di) (2008) “La sanità in Italia, qualità del servizio e sostenibilità finanziaria”, Il sole 24 ore.
- Petersen P. E. (2008) “Oral Health”, in K. Heggenhougen e S. Quah, (a cura di), *International Encyclopedia of Public Health*, Vol 4. pp. 677-685, Academic Press, San Diego.
- Petretto A. (2009) “Modelli economici di organizzazione sanitaria e finanziamento” Paper presentato al Convegno “Diritto alla salute tra unità e differenziazione: Modelli di organizzazione sanitaria a confronto”, Fondazione Cesfin A. Pedrieri, Firenze, 20/11/2009.
- Rajmil L., Borrell C., Starfield B., Fernandez E., Serra V., Schiaffino A., Segura A. (2000) “The quality of care and influence of double health coverage in Catalonia”, *Arch Dis Child*, 83, 211-214.
- Rebba V. (2010) “Il long term care in Italia: l’attuale mix pubblico-privato e il possibile ruolo della assicurazioni integrative”, *Politiche sanitarie*, 11, 113-133.
- Rodriguez M., Stoyanova A. (2004) “The effect of private insurance access on the choice of GP/specialist and public/private provider in Spain”, *Health Economics*, 13, 689-703.
- Rothschild M., Stiglitz J. (1976) “Equilibrium in competitive insurance markets: an essay on the economics of imperfect information”, *The Quarterly Journal of Economics*, 90, 629-649.
- Sekhri N., Savedoff W. (2006) “Regulating private health insurance to serve the public interest: policy issues for developing countries”, *International Journal of Health Planning and Management*, 21, 357-392.
- Sintonen H., Linnosmaa I. (2000), Economics of dental services, in A.J. Culyer e J.P. Newhouse (a cura di) *Handbook of Health Economics*, Elsevier, Amsterdam.
- Spandonaro F. (2001), Differenziazione nell’offerta di copertura sanitarie e razionamento: il contributo della sanità integrativa, in *Politiche sanitarie*, vol. 2 n. 3 maggio-giugno 2001.
- Sveriges Tandläkarförbund (2009) “Dentistry in Sweden 2009“, Sveriges Tandläkarförbund.
- Thomson S., Mossialos E. (2009) Private health insurance in the European Union, Final report for the European Commission, LSE Health and Social Care, LSE, London.
- Toth F. (2009) “Le politiche sanitarie. Modelli a confronto”, Laterza, Bari.
- Van Doorslaer E., Masseria C. (2004) “Income related inequality in the use of medical care in 21 OECD countries”, OECD Health Working Papers n. 14.
- Wagstaff A. (2009) “Social health insurance vs Tax-financed health systems – evidence from the OECD”, Development Research Group, The World Bank, Washington, DC, USA

WHO (2004), Global Oral Health Data Bank. Geneva, Switzerland: WHO.

*Zweifel P., Breyer F., Kifmann M. (2009) "Health Economics", Springer.*