

DENTISTI/ Ricerca KeyStone sul rapporto tra polizze assicurative e risultati economici dell'attività

L'impianto sostiene lo studio

Analisi su 800 professionisti: pazienti con coperture solo nel 23% dei casi

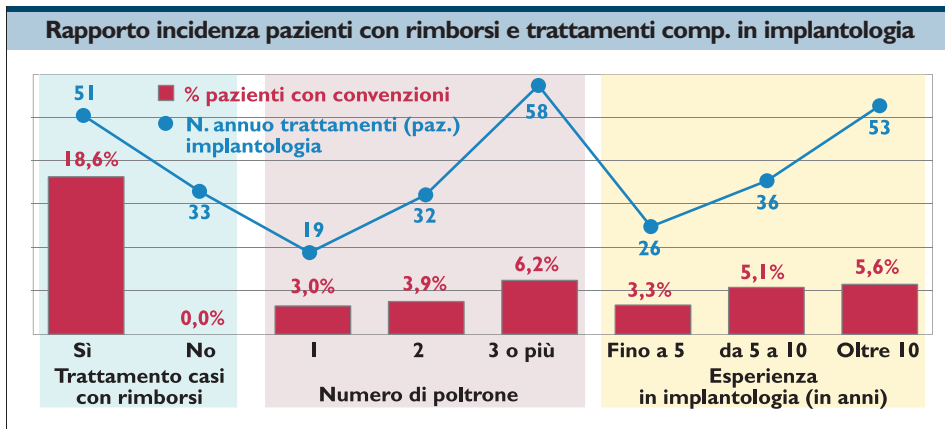
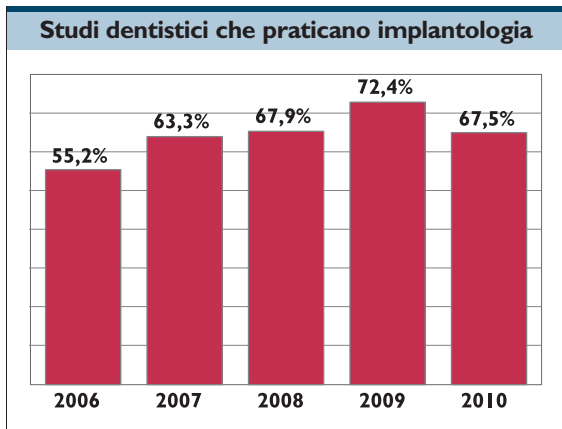
Sono gli studi dentistici che trattano anche pazienti coperti da convenzioni, fondi integrativi o polizze assicurative quelli che ottengono maggiori risultati, soprattutto per ciò che riguarda gli interventi più importanti sotto il profilo economico, come le riabilitazioni protesiche su impianti.

E quanto emerge da una recente ricerca condotta da Key-Stone - istituto specializzato nel settore della salute e benessere - svolta su un campione rappresentativo di oltre 800 dentisti.

Occorre premettere che sebbene in Italia non esistano di fatto vere e proprie polizze assicurative per le patologie odontoiatriche, se non per cure dentarie susseguenti a infortuni, quando lo studio dentistico tratta anche pazienti con possibilità di rimborso parziale o totale - come nel caso dei fondi di assistenza sanitaria integrativa - il numero annuo di pazienti trattati è di oltre il 50% superiore alla media.

I dati chiave della ricerca. Gli studi dentistici che praticano implantologia sono ormai oltre 24mila, cioè i due terzi del totale: di questi poco più del 20% si avvale di un consulente esterno. Nell'ultimo quinquennio il numero degli studi che praticano questa disciplina è aumentata del 5% l'anno, passando dal 55% del 2006 al 67% del 2010.

L'aumento non è stato di tipo lineare, evidenziando invece un trend tipico dei



periodi di crisi della domanda: nel 2009 - anno che ha visto un forte calo degli accessi allo studio dentistico privato misurato in un milione in meno di pazienti - il mercato ha reagito infatti con un ampliamento dell'offerta, che è stato in parte di tipo estemporaneo.

Il grafico 1 mostra come rispetto al 2009, l'incremento della base trattanti abbia subito quest'anno un arresto, con uno scostamento del -5% circa. Come anticipato, questo fenomeno - rilevato anche in altri Paesi europei - è parzialmente dovuto a un forte incremento di offerta nel 2009, molto probabilmente a causa della contrazione di mercato che si è registrata l'anno scorso anche da parte di

studi dentistici che di consuetudine non effettuano questo tipo di trattamento. Ma una parte degli studi che aveva iniziato a proporre impianti ai pazienti nel 2009 ha desistito l'anno successivo, poiché la disciplina non è entrata nella prassi quotidiana dell'attività odontoiatrica.

In ogni caso, sono quasi un milione gli italiani che sono andati sotto i ferri per migliorare il proprio sorriso. La proiezione statistica sul totale dell'universo di riferimento porta a stimare in circa 900mila i pazienti sottoposti a trattamenti implantoprotetici nell'ultimo anno, con una media di circa 38 per ogni studio dentistico e in circa 1,5 milioni gli impianti osteointegrati applicati.

Proiettando il dato sull'universo complessivo degli implantologi è possibile stabilire, pur con la dovuta cautela derivante dal possibile errore statistico, una spesa complessiva degli italiani che sfiora i 2 miliardi di euro, cui si aggiunge la protesi sovrastante le strutture. La valutazione è stata effettuata tenendo conto del prezzo medio rilevato dal tariffario Andi.

Come evidenziato dal grafico 2, questa media - decisamente inferiore al Centro-Sud - sale in modo sensibile per i professionisti con più esperienza, specializzati e iscritti a società scientifiche. Da notare come i dentisti che hanno più di dieci anni di esperienza in chirurgia im-

plantare vantano un numero medio doppio di pazienti rispetto a chi pratica l'implantologia da meno di cinque anni.

Molto interessante l'ingresso nella pratica quotidiana di nuove tecniche, come la chirurgia guidata assistita (effettuata dal 13% del campione che, a sua volta tratta mediamente il 12% dei pazienti) e l'implantologia a carico immediato (utilizzata, sia pur occasionalmente, dalla metà degli intervistati che pongono a loro volta circa il 10% degli impianti con questa metodica) e che consente ai pazienti di disporre della protesi immediatamente dopo l'intervento. Quando lo studio dentistico usa queste tecniche innovative notiamo una forte correlazione con

SIAMO IL PAESE CHE SPENDE DI PIÙ

Policy all'europea per l'odontoiatria italiana

Per comprendere il posizionamento di un segmento della nostra economia o del nostro welfare l'approccio più semplice e più fertile è quello di posizionarlo in un confronto relativo con i paesi Ue che riteniamo benchmark (nel caso del welfare Germania, Francia e Uk).

L'Italia è il Paese che spende più di tutti per l'odontoiatria, più del doppio rispetto a Francia e Uk. Spendiamo tra i 10 e i 12 mld di euro all'anno (a secondo dell'andamento della congiuntura), ovvero 200 euro per abitante. Siamo l'unico Paese in cui il settore è interamente pagato privatamente dalle famiglie con una logica out of pocket (97% della spesa) senza logiche di redistribuzione del rischio o del reddito. Negli altri Paesi Ue il settore è largamente finanziato e regolato dal sistema sanitario pubblico o mutualistico (dall'80% al 50% della spesa).

Pur essendo il Paese che spende largamente di più, abbiamo metà della popolazione che non va mai dal dentista e i peggiori risultati epidemiologici complessivi, proprio a causa della mancata copertura assicurativa. Siamo vittime del mancato rispetto delle fondamentali leggi dell'economia sanitaria, la cui comprensione ci ha portato alla costituzione di un sistema sanitario nazionale, che, nel complesso, sappiamo essere poco costoso, efficace ed equo (nei ranking mondiali siamo sempre

Indicatori	Francia	Uk	Germania	Italia
Percentuale spesa per assistenza odontoiatrica su Pil	0,60%	0,60%	0,80%	1,4%
• di cui percentuale spesa privata	15,4%	50,0%	0,0%	97,0%
Dmft a 12 anni	1,20%	0,80%	0,70%	1,13%
Dmft zero a 12 anni	56,0%	62,0%	70,1%	nd
Edentuli a 65 anni	38,0%	36,0%	22,6%	nd

Nota: Dmft (Decayed, Missing, Filled Teeth) = è l'indicatore epidemiologico internazionale della diffusione della carie; si determina conteggiando il numero di elementi permanenti cariati, ricostruiti o estratti in un paziente.

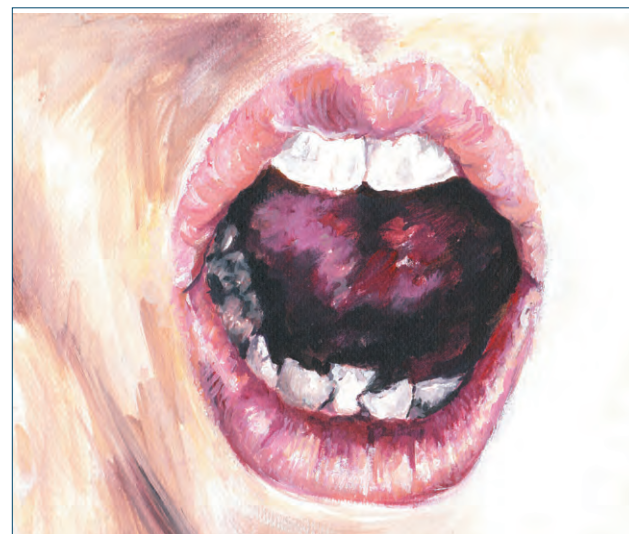
Fonte: Cergas Bocconi

nelle prime posizioni nel rapporto costo-efficacia).

In odontoiatria siamo invece più "americani degli americani" e non abbiamo creato nessun sistema di governo della domanda e di aggregazione dei finanziamenti, quindi, con un mercato puro in un segmento sanitario, spendiamo di più per ottenere collettivamente di meno. A questo proposito va citata la difficoltà a costruire un sistema assicurativo privato per l'odontoiatria, trattandosi di rischio certo e in quanto tale non "assicurabile", se non con polizze identiche al costo del servizio.

Però, spendiamo di più per ottenere collettivamente di meno. A questo proposito va citata la difficoltà a costruire un sistema assicurativo privato per l'odontoiatria, trattandosi di rischio certo e in quanto tale non "assicurabile", se non con polizze identiche al costo del servizio.

zio. Pertanto il settore registra: ● una grande frammentazione dei produttori: prevale il dentista che opera da solo, senza alcun coordinamento o infrastrutturazione aggregata dell'offerta; ● ogni due dentisti opera un odontotecnico, confermando la frammentazione e la mancata industrializzazione nell'intera supply chain; ● gli italiani non fanno prevenzione: questo determina interventi tardivi e molto costosi, che rafforzano la paura sanitaria ed economica del dentista; ● dall'inequità del sistema (solo chi può permetterselo accede alle cure) deriva anche una grande perdita di domanda potenziale per gli operatori, che subiscono anche una rilevante ciclicità



e instabilità di mercato (in caso di crisi, il dentista è una delle prime spese a essere rinviata); ● l'eccessiva quota di operatori irregolari (odontotecnici che fanno i dentisti) e di erogazione in "nero", che non ha pari in Europa.

Che fare? Il Paese ha bisogno innanzitutto di una presa di coscienza collettiva sull'assenza di qualsiasi policy rilevante sul settore e sulle conseguenti perdite di opportunità di sviluppo economico, tecnologico e professionale di un comparto e il rilevante costo sociale connesso. Il tema va inserito nel cuore dell'agenda del dibattito sulle policy di welfare. Sono forse possibili i tre passi decisivi per affrontare la questione.

● Pooling della domanda e

delle risorse. Abbiamo bisogno di creare un agente che acquisti le prestazioni per una collettività che può essere aggregata per comunità locali, per Regioni, per categorie professionali, delineando meccanismi di rappresentanza istituzionali diversi, ma comunque incisivi. Lo schema assicurativo aggregato può essere obbligatorio (come nei Paesi Ue citati) o facoltativo, ma significativamente incentivato. Può essere in mano pubblica, come in Uk e Francia o in mano a soggetti non profit regolati dallo Stato, come in Germania.

● Aggregazione dell'offerta

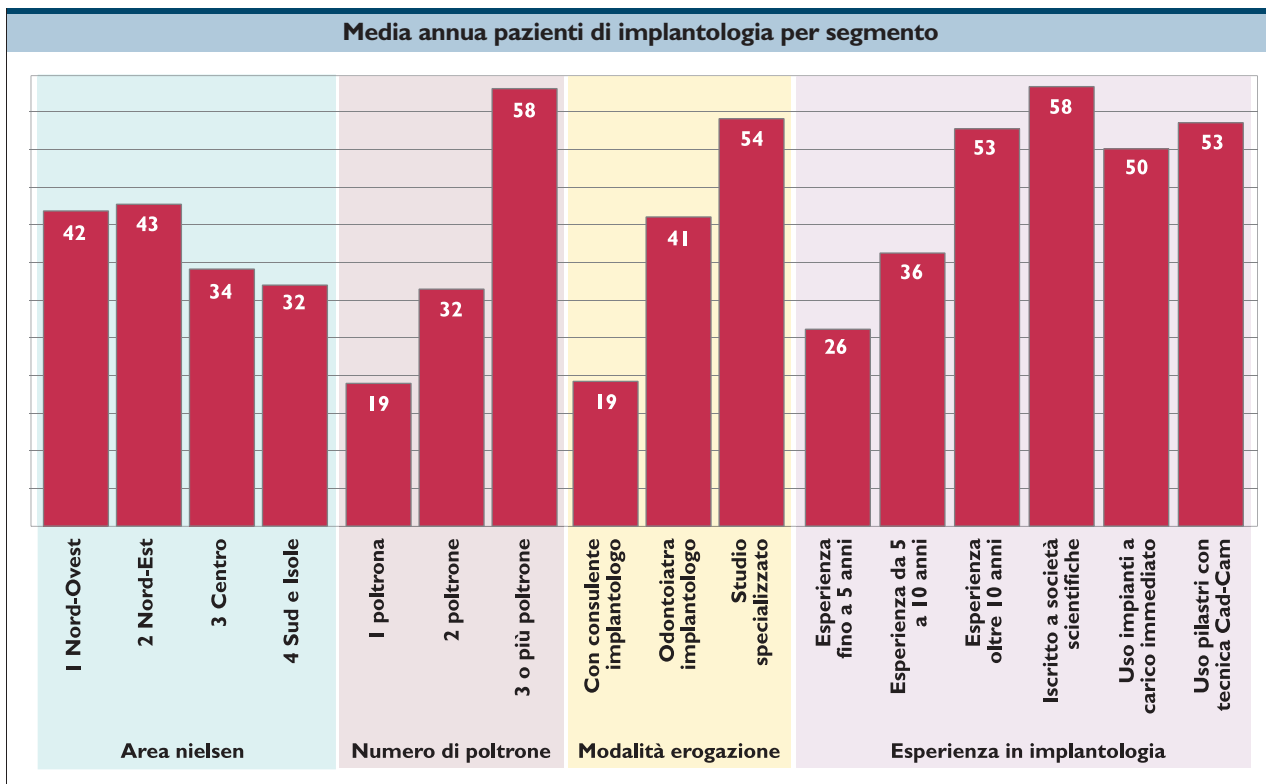
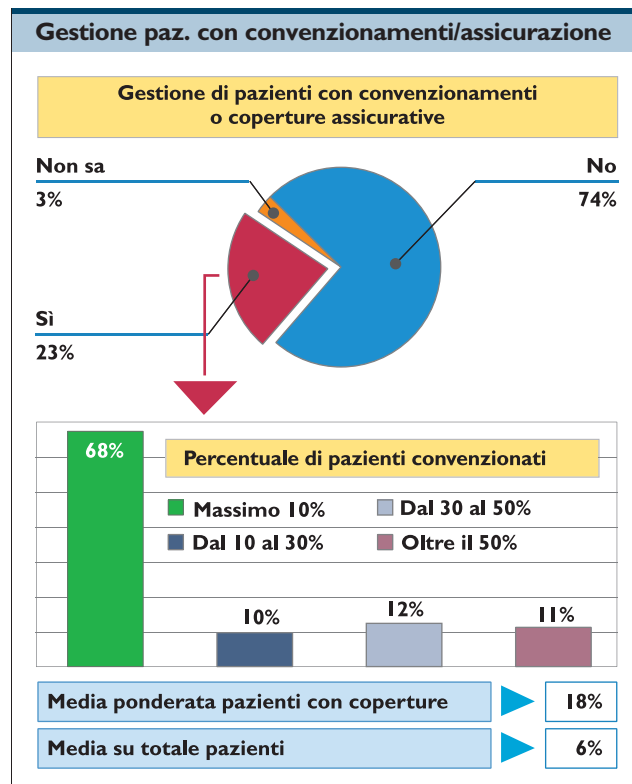
attorno a studi di più ampie dimensioni in rete tra di loro. Questo garantisce economie di scala e di specializzazione, completezza del portafoglio di offerta e riduzione del mercato nero. Gli imprenditori della riaggregazione potrebbero essere i dentisti stessi o le loro associazioni, imprenditori sanitari privati o investitori istituzionali che fiutano le potenzialità del settore.

● Modifica dello schema di rimborso degli operatori. È la riforma più necessaria: il pagamento a tariffa per prestazione paradossalmente incentiva per l'offerta l'inflazione delle prestazioni e per la domanda, soprattutto se privata out of pocket, il ritardo nell'accesso alle cure. All'opposto un pagamento forfettario per presa in carico dell'assistito con obbligo di due accessi preventivi l'anno può modificare la razionalità del sistema. A questo proposito il punto critico è l'avvio del sistema, che necessita la "messa a norma" di coloro che entrano nello schema, perché non si può inserire in uno schema a pagamento forfettario calmierato chi ha i denti fuori posto perché da anni non si cura. Si potrebbe partire, in maniera facilitata e sperimentale, con i bambini che nascono, in media, con una situazione odontoiatrica normale.

Francesco Longo
Direttore del Cergas-Bocconi

Mezza Italia non va dal dentista

Domanda e offerta meglio in pool



un numero medio di pazienti decisamente più elevato.

Convenzionamento a Fondi e polizze assicurative. Il tema che, sotto il profilo sociale ed economico, risulta più interessante riguarda gli studi dentistici che trattano pazienti con possibilità di rimborso totale o parziale, proveniente in genere da convenzionamenti con fondi di assistenza integrativa e, solo raramente, da polizze assicurative, che non coprono abitualmente eventi certi come le patologie odontoiatriche, ma intervengono a copertura della spesa in caso di traumi. Tutto ciò in attesa che cosiddetti fondi integrativi doc acquisiscano un ruolo rilevante nell'assistenza odontoiatrica italiana.

C'è da premettere che, secondo quanto reso noto recentemente da Cergas, il costo delle prestazioni è per l'86% totalmente a carico del cittadino, il 4% totalmente o parzialmente rimborsato e per il 10% le prestazioni sono gratuite o con pagamento di ticket.

Lo studio Key-Stone è focalizzato sul solo settore privato, e come si potrà notare i dati emergenti sono sostanzialmente confermati, è quindi interessante soprattutto valutare le performance degli studi dentistici quando vengono coinvolti dal tema dei convenzionamenti, piuttosto che ribadire che una parte piccolissima della spesa è in qualche modo agevolata. La nostra ricerca ha verificato che ben

il 74% degli studi dentistici che praticano implantologia non hanno trattato casi di pazienti con coperture assicurative o convenzionamenti a fondi nell'ultimo anno: il 23% degli studi dentistici che hanno gestito questa tipologia di assistiti hanno meno di un paziente su cinque che gode di tali agevolazioni. Proiettando il dato sull'universo complessivo degli implantologi è possibile stabilire che solo il 6% degli italiani che si sono rivolti al dentista per un intervento di implantoprotesi hanno potuto avvalersi di un rimborso parziale o totale della prestazione.

Una delle evidenze più interessanti è però legata al fatto che sono soprattutto gli studi dentistici più grandi e con mag-

gior esperienza a trattare pazienti con convenzioni e, soprattutto, si osserva che all'aumentare dell'incidenza dei pazienti con rimborsi, aumenta di fatto il numero di pazienti complessivi trattati.

Se da un lato si osserva come le convenzioni ai fondi o le coperture assicurative favoriscano proprio questi interventi, che rappresentano un investimento importante per gli italiani, d'altro canto c'è da valutare come circa i due terzi degli implantologi non trattino abitualmente pazienti con rimborsi parziali e totali. Ciò non è certo dovuto a resistenze da parte dei dentisti, ma al fatto che sono molto pochi gli italiani che godono di tali tipi di convenzionamento, e spesso i fon-

di di integrazione assistenziale e casse mutua sono riservati prevalentemente ai livelli dirigenziali.

Ancora una volta è il cittadino medio o appartenente alle fasce più deboli a patire la totale mancanza di un sistema che consenta di coniugare la possibilità di accedere alle cure odontoiatriche, senza pesare sul sistema paese, pur vedendo garantiti gli ottimi livelli che l'odontoiatria italiana può vantare, ma che risolve i problemi di iniquità sociale e possa consentire il corretto sviluppo della domanda.

Roberto Rosso
Presidente Key-Stone

© RIPRODUZIONE RISERVATA



ALMA MATER STUDIORUM
UNIVERSITÀ DI BOLOGNA

Master Universitario
di I livello
in

e-HEALTH
Fascicolo Sanitario
Elettronico
e reti sociali

Anno Accademico 2010-2011

Direttore: Prof. Costantino Cipolla
Condirettore: Prof. Mauro Moruzzi

Contenuti del Corso

- Sociologia della salute
- Reti e-Care e e-Health: sanità e salute al tempo di internet
- Strumenti di telemedicina e di teleassistenza nella valutazione clinica
- Fascicolo sanitario elettronico
- Internet nella società. il rapporto medico-paziente nell'epoca delle reti e della e-Health
- e-Health: aspetti etici e giuridici

Il Master è rivolto a coloro in possesso di lauree triennali in ambito sociologico, psicologico e delle scienze umane nonché laureati triennali di area medica.

Il Master dà diritto a 60 crediti formativi universitari.

Il bando per il concorso all'ammissione al Master è disponibile su www.unibo.it

Le domande dovranno essere presentate entro il termine perentorio del 30/12/2010.

Quota di iscrizione:

Euro 2.500, da pagarsi in 2 rate
Sono previste almeno X borse di studio.