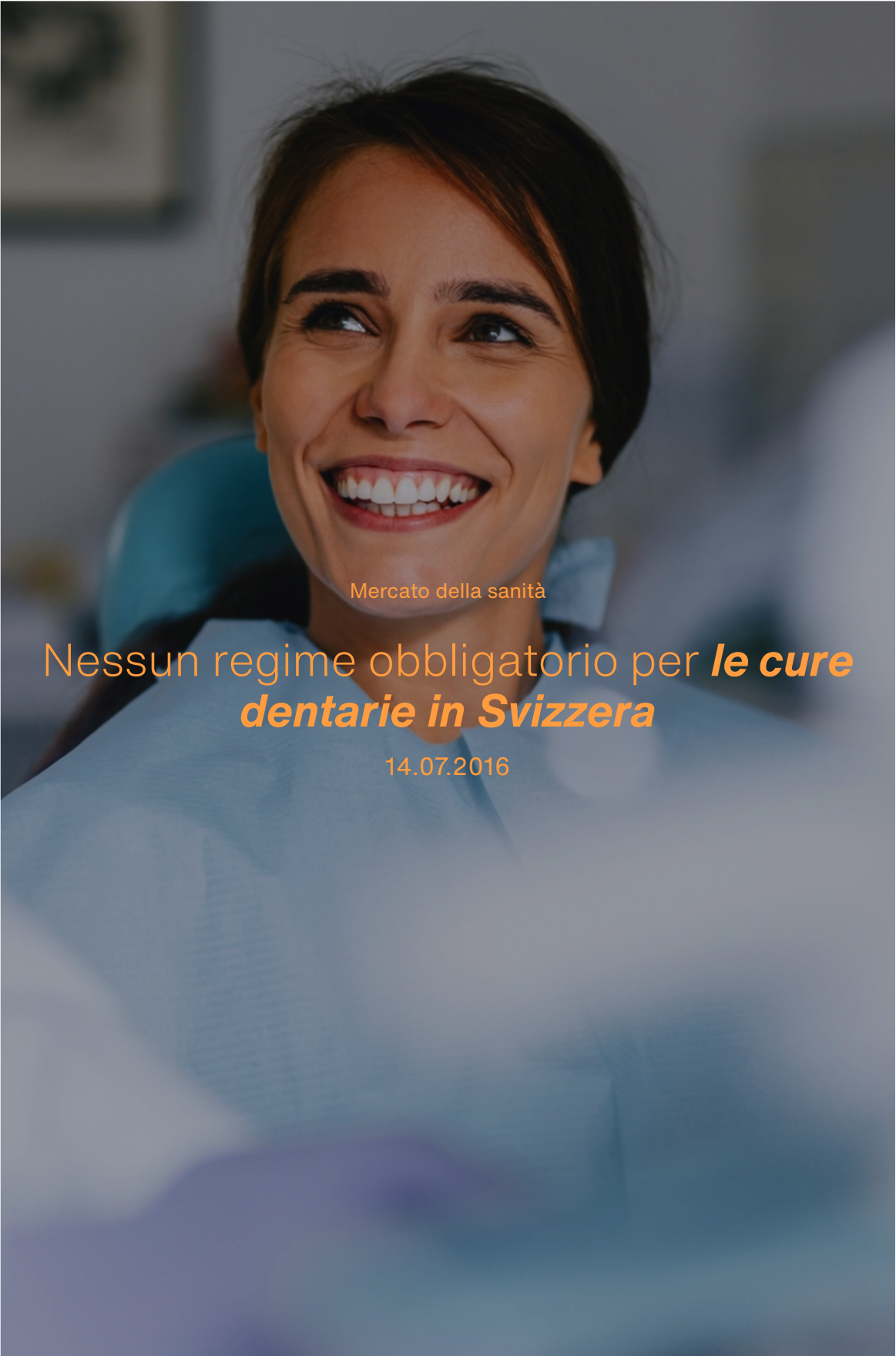


A close-up photograph of a woman with dark hair, smiling broadly and looking upwards and to the right. She is wearing a light blue dental bib. The background is blurred, showing what appears to be a dental office setting.

Mercato della sanità

Nessun regime obbligatorio per ***le cure dentarie in Svizzera***

14.07.2016

A colpo d'occhio

Nel confronto internazionale, l'igiene dentale della popolazione svizzera è esemplare. Il costo delle prestazioni della medicina dentaria aumenta solo moderatamente, mentre il servizio è di alto livello. Tuttavia, alcuni chiedono insistentemente un'assicurazione obbligatoria per cure dentarie – essenzialmente allo scopo di eliminare le differenze socio-economiche nel settore della salute dentale. Uno sguardo all'estero mostra che questo approccio non è affatto promettente.

Inhalt

1. L'essenziale in breve
2. Posizione di economiesuisse
3. La medicina dentaria in Svizzera: una storia di successo
4. Un modello di successo in pericolo
5. Un buon livello di salute dentale in Svizzera
6. Le cure dentarie in Svizzera
7. Disparità nel settore sanitario
8. Conclusione: «If it ain't broke, don't fix it»

URL: https://www.youtube.com/watch?v=iJBwHY3ezxA&ab_channel=economiesuisse

L'essenziale in breve

In Svizzera, alcuni cercano regolarmente di imporre per le cure dentarie un'assicurazione di base analoga alle cure della medicina classica. In particolare, nella Svizzera romanda e in Ticino, vi sono dei progetti cantonali in tal senso. Secondo i loro difensori, la salute dentale è spesso inferiore alla media tra le persone meno abbienti. Un confronto con altri paesi mostra tuttavia che essa è buona in Svizzera e che non vi è nessun legame tra il modello di finanziamento e le differenze sociali. Il modello svizzero basato sulla responsabilità individuale offre inoltre il vantaggio di un aumento dei costi nettamente inferiore alla media.

Posizione di **economiesuisse**

- Un'assicurazione obbligatoria delle cure dentarie rallenterebbe l'innovazione in ambito di medicina dentaria.
- Il servizio di cure dentarie in Svizzera è ampiamente efficiente e autonomo e non ha bisogno di misure di solidarietà sociale.
- Un finanziamento solidale delle prestazioni di medicina dentaria non permette di diminuire le disparità.
- Il settore della medicina dentaria è coronato dal successo. Non vi è nessuna ragione di attuare dei cambiamenti.



La medicina dentaria svizzera è per molti aspetti una storia di successo. Innanzitutto, la salute dentale è fortemente migliorata da una generazione all'altra. Inoltre, il successo delle cure è avvenuto con un'evoluzione dei costi inferiore alla media. Infine, e contrariamente agli altri settori della sanità, essa ricorre in minima parte alla solidarietà sociale. Non vi è dunque nessuna ragione manifesta per modificare questo sistema coronato dal successo. Tuttavia, alcuni attori politici sono di un altro parere: a intervalli regolari, essi tentano di mandare all'aria il modello di successo della medicina dentaria. I precedenti tentativi a livello nazionale sono falliti, ma alcune iniziative cantonali potrebbero destabilizzare il sistema in vigore.



Interventi falliti a livello nazionale

L'assicurazione di base retta dalla legge federale sull'assicurazione malattia (LAMal) copre solo alcune prestazioni di cure dentarie. La maggior parte di queste sono pagate dai pazienti stessi. Ciò disturba in particolare i politici di sinistra. A livello nazionale, due interventi hanno recentemente tentato di assicurare obbligatoriamente le prestazioni dei dentisti. Uno attraverso un'assicurazione obbligatoria distinta per cure dentarie, l'altro integrandone i costi nell'assicurazione malattia di base secondo la LAMal. Nel 2006, la mozione di Josef Zisyadis (PdT) che chiedeva la creazione di un'assicurazione obbligatoria per le cure dentarie di base non aveva convinto ed è stata respinta. Stesso destino per l'iniziativa parlamentare di Jean-Charles Rielle (PS) presentata nel 2011 che chiedeva il rimborso delle cure dentarie attraverso la LAMal.

Idee romande e ticinesi per un'assicurazione sui denti

Attualmente esistono diverse iniziative cantonali per la creazione di un'assicurazione obbligatoria per cure dentarie. (Walser, Brigitte: Debatte um obligatorische Zahnversicherung. «Tages-Anzeiger» del 29 gennaio 2016) Sono state tutte lanciate nella Svizzera romanda e in Ticino:

- Canton Friburgo: Un postulato respinto dal Gran Consiglio lo scorso 15 giugno chiedeva al governo cantonale di esaminare l'introduzione di un'assicurazione dentaria pubblica.
- Canton Ginevra: Nel novembre 2013, il Parlamento cantonale ha discusso una mozione che chiedeva un'assicurazione dentaria cantonale e, come misura a breve termine, l'accesso alle cure dentarie per i redditi bassi. Il 17 marzo 2016, il Gran Consiglio ha ancora una volta sottoposto la mozione alla Commissione della sanità affinché potesse esaminarla contemporaneamente ad un progetto di legge dallo scopo analogo presentato da alcuni parlamentari.
- Canton Giura: uno degli obiettivi del programma elettorale 2015 del PS giurassiano era la creazione di un'assicurazione dentaria cantonale. Una mozione in tal senso è stata depositata nel marzo 2016.
- Canton Neuchâtel: il governo cantonale vuole presentare l'anno prossimo un messaggio a proposito dell'iniziativa per un'assicurazione obbligatoria per le cure dentarie. L'iniziativa popolare cantonale è stata depositata nell'agosto 2015.
- Canton Ticino: un'iniziativa analoga è stata depositata nel maggio 2015. Il messaggio del governo ticinese è in fase d'elaborazione.
- Canton Vaud: Un'iniziativa per un'assicurazione obbligatoria per le cure dentarie è stata depositata nel luglio 2014. Essa sarà posta in votazione a metà 2017, con un controprogetto.
- Canton Vallese: il PS Vallese romando ha lanciato un'iniziativa a favore di un'assicurazione obbligatoria per le cure dentarie. Il periodo per la raccolta delle firme scade ad aprile 2017.

Gli autori delle varie iniziative ribadiscono che la salute dentale è altrettanto importante della salute umana e che, inoltre, i problemi relativi alla dentizione e che non vengono debitamente curati comportano malattie e complicazioni. Essi ritengono che per numerose persone e in particolare per le famiglie che vivono in condizioni modeste, le cure dentarie siano troppo onerose. Lo stato dei denti sarebbe così rivelatore delle disparità nei confronti delle cure mediche e del divario sociale. L'accesso ai progressi tecnici e a cure dentarie moderne dovrebbe essere garantito per ogni persona. Bisognerebbe impedire la privatizzazione completa di questo settore, che lascia ai soli dentisti la

facoltà di definire i bisogni in materia di salute bucco-dentale. Esamineremo di seguito questi argomenti che appaiono esagerati. Un'analisi approfondita dei fatti mostra che la Svizzera rappresenta già un modello di successo.



Enormi progressi negli ultimi anni

Steiner e al. (2010)¹ hanno esaminato l'evoluzione, su 45 anni, delle carie dei denti presso gli scolari zurighesi. Lo studio ha mostrato un netto miglioramento dell'igiene dentale: le malattie e le relative lesioni sono diminuite dell'80%! Questo rallegrante sviluppo è dovuto prima di tutto alla pulizia dei denti con dentifrici fluorati, ma anche all'utilizzo del sale fluorato.

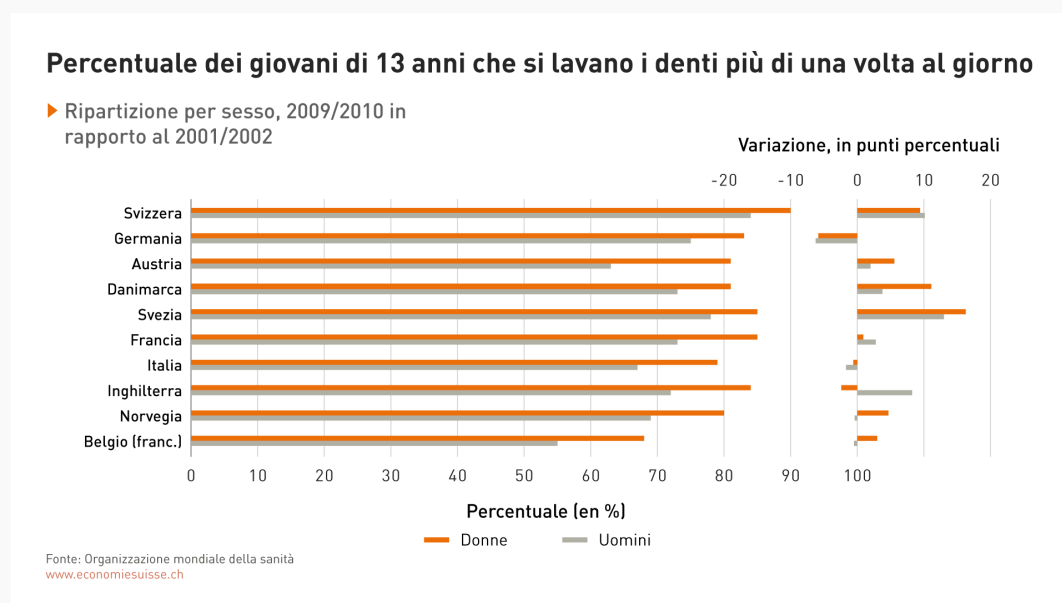
L'offerta crescente di dolci senza zucchero e i progressi della medicina dentaria sembrano avere un'influenza positiva in materia. Per contro, un articolo sulla salute orale dei vari gruppi di età in Svizzera, di Menghini (2009)² giudica l'effetto della profilassi dei servizi dentari scolastici piuttosto debole. Altri paesi europei avrebbero comunque migliorato la loro salute dentale, ma con molta meno profilassi in ambito scolastico, o perfino nessuna.

In Svizzera, le varie regioni presenterebbero un livello di salute dentale equivalente, mentre la prevenzione scolastica è molto più presente nei cantoni tedeschi piuttosto che nel resto della Svizzera. Da notare che questo studio si basa su un'inchiesta condotta presso le reclute ed esclude la popolazione immigrata. Si può tuttavia supporre che la profilassi in ambito scolastico svolgesse un ruolo più importante 40 anni fa rispetto ad oggi. La chiave della salute dei nostri denti è la pulizia regolare con lo spazzolino. Tuttavia sembra che un certo livello minimo di pulizia sia sufficiente, infatti la salute dentale non si è rivelata migliore presso le reclute che si pulivano regolarmente i denti dopo ogni pasto rispetto alle reclute che li pulivano solo due volte al giorno.³

Gli autori di questo studio presumono che la salute dentale delle persone nate negli anni '80 sia migliore perché queste hanno, dalla loro nascita, approfittato dei benefici del sale fluorato il cui consumo si è generalizzato. Dopo l'introduzione negli anni '50 del sale fluorato, il suo tasso di penetrazione ha continuato ad aumentare. La concentrazione di fluoro di 250 mg/kg, più elevata rispetto all'inizio della fluorazione del sale, si è tuttavia generalizzato solo a partire dal 1983. Oggi, la copertura supera in Svizzera l'80%. (Bühler, Urs: Seit 50 Jahren fluoridiertes Speisesalz: Pioniertat im Kampf gegen Karies, «NZZ» del 17 ottobre 2005).

Figura 1

Secondo alcuni studi dell'OMS, la popolazione svizzera ha un comportamento esemplare in materia di igiene orale.



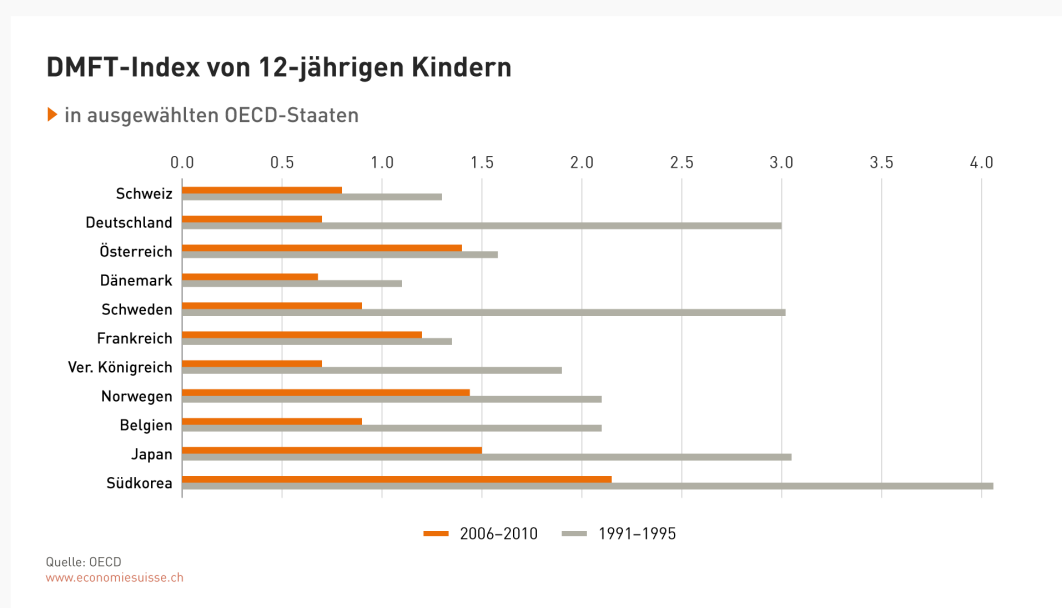
L'eccellente posizione internazionale a proposito della pulizia dei denti è sinonimo di una buona igiene orale – le statistiche dell'OCSE lo confermano. L'indice relativo alla carie, denominato DMFT Index (decayed, missing, filled teeth), è stabilito per i ragazzi di 12 anni; mediante appositi esami, si valuta il numero medio di denti cariati, assenti o già otturati. Un indice sulla carie inferiore a 1,2 è considerato molto buono ed attesta un elevato livello di salute dentale nel paese interessato. La Svizzera si situa in questa categoria: con un indice medio di 0,8 (nel 2009), il suo risultato è comparabile a quello della

Germania e della Gran Bretagna (0,7) o della Svezia e del Belgio (0,9). Per il periodo in rassegna, è la Danimarca che registra il risultato migliore in materia di carie, con un indice di 0,6.⁴

Figura 2

Oggi, i bambini svizzeri non presentano quasi più denti cariati, mancanti od otturati.

OECD





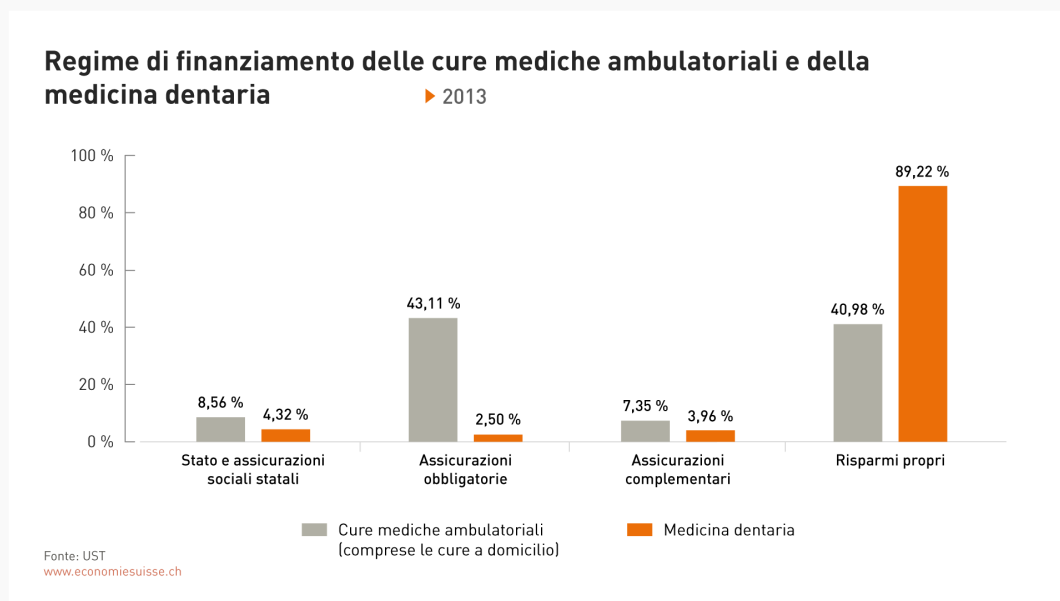
Le prestazioni dell'assicurazione di base e dello Stato sono limitate

L'assicurazione di base obbligatoria copre le prestazioni della medicina dentaria in un ambito molto limitato. Vi sono praticamente solo i problemi-dentari provocati senza colpa da parte dell'assicurato ad essere presi a carico. La LAMal menziona concretamente la malattia grave e non evitabile del sistema di masticazione, problemi ai denti causati da altre malattie o le lesioni del sistema di masticazione provocate da un infortunio, se queste non sono coperte da un'assicurazione contro gli infortuni. Tutti gli altri trattamenti sono a carico del paziente o di un'assicurazione facoltativa conclusa dal paziente stesso.

Numerosi cantoni completano l'assicurazione di base con prestazioni per bambini e adolescenti nell'ambito del servizio dentario scolastico. In particolare nella Svizzera tedesca, degli istruttori specializzati si recano spesso nelle scuole. Inoltre, alcuni cantoni (ad esempio Zurigo, Basilea Città) offrono un controllo annuale dei denti gratuito ai bambini e agli adolescenti, presso cliniche dentistiche create a questo scopo. Le prestazioni che superano questo ambito sono in parte sovvenzionate per i salari bassi. Altri cantoni (ad esempio Argovia e Zugo) propongono un servizio comparabile, ma senza cliniche specifiche. Essi utilizzano a tale scopo un sistema di buoni. I controlli annuali sono gratuiti per i ragazzi, qualunque sia lo studio dentistico scelto dai genitori. Le prestazioni di medicina dentaria rese sono conteggiate mediante la tariffa scolastica ridotta, ma le spese devono essere sopportate dai privati.

Figura 3

Nella medicina dentale, la quota dei costi a carico dei privati è il doppio di quella nel campo della medicina umana.



Spese pro capite stabili

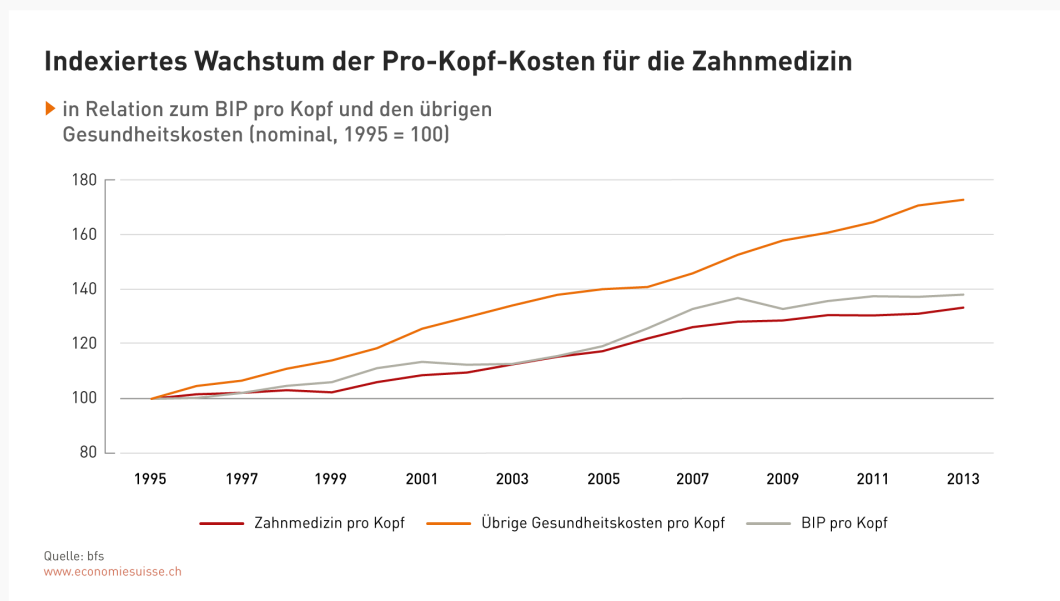
A causa dell'assunzione limitata dei costi da parte delle assicurazioni, l'effetto «Moral Hazard» (cf. riquadro seguente) non si avverte nel settore delle cure dentarie. Così, l'evoluzione di queste spese rappresenta una rallegrante eccezione: tra il 1995 e il 2013, le spese pro capite hanno registrato una progressione pari alla metà rispetto al resto del settore sanitario. Per coprire queste spese, un abitante deve lavorare in media il 5% in più oggi rispetto a due decenni fa, contro il 33% per gli altri costi medici. La medicina dentaria è dunque la sola categoria in cui la crescita dei costi si è perfino rivelata inferiore alla crescita del prodotto interno lordo (PIL) pro capite.

Oggi, ogni svizzero spende circa 490 franchi all'anno per le cure dentarie. Questa cifra corrisponde a circa il 6% delle spese totali per la salute. Il miglioramento della salute dentale ha ampiamente contribuito a questa evoluzione positiva. Ora, un simile effetto non è stato osservato nel settore delle spese mediche, sebbene la salute pubblica sia nel complesso considerevolmente migliorata. L'evoluzione demografica è un argomento sovente avanzato per spiegare l'aumento dei costi. Tuttavia, questa spiegazione poco convincente è considerata come un tentativo di diversione nella letteratura scientifica.⁵ Un effetto demografico è identificabile solo nel settore delle cure e rappresenta il 9% dei costi dell'assicurazione di base. Le spese legate alla morte, vale a dire i costi relativi agli ultimi dodici-ventiquattro mesi d'esistenza, sono un altro pseudo-argomento avanzato per spiegare la forte dinamica delle spese. Tuttavia, il peso di queste spese, che rappresentano dal 10 al 15% dei costi dell'assicurazione di base, è troppo basso per giustificare questa dinamica. L'aumento delle esigenze poste alle cure mediche e la concomitanza di malattie (multimorbidità) spiegano meglio la crescita dei costi. Spesso, i nuovi metodi di cura non sono applicati alle persone anziane in sostituzione di un altro trattamento, bensì quale complemento. Le generose coperture assicurative incitano a non cercare forzatamente le soluzioni più efficaci, ma le più comode e più sicure. I modelli di finanziamento offrono dunque una spiegazione plausibile delle evoluzioni divergenti osservate nelle cure dentarie e nelle cure mediche.

Figura 4

Mentre i costi generali della sanità registrano un forte aumento da decenni, i costi delle cure dentarie aumentano in misura nettamente più moderata.

bfs



Ripartizione equilibrata dei dentisti

Un confronto del numero dei medici e del numero dei dentisti per regione mette in risalto un risultato sorprendente. Contrariamente ad un'opinione largamente diffusa, la regolazione statale di un settore non porta a una ripartizione più equilibrata dell'offerta. Al contrario, la ripartizione regionale dei medici è più disuguale di quella dei dentisti. Il divario di densità dei medici tra le grandi regioni del paese è nettamente più debole nel caso dei dentisti. Così, la differenza tra il valore più debole e il valore più alto è del 36% per i dentisti e del 69% per i medici. La densità dei dentisti oscilla tra 47 e 64 per 100 000 abitanti e quella dei medici tra 156 e 264. La differenza è dunque notevole.

Tabella 1

Ad eccezione del Ticino, non si constatano differenze regionali marcate in merito alla densità degli studi dentistici.

Densità medica in Svizzera

Per grandi regioni, nel 2014

Fonte: UST

Versorgungsdichte pro 100 000 Einwohner	Zahnärzte	Abweichung vom Mittelwert	ambulant tätige Ärzte	Abweichung vom Mittelwert
Genferseeregion	48	-6%	264	22%
Espace Mittelland	47	-8%	192	-11%
Nordwestschweiz	52	2%	225	4%
Zürich	57	12%	254	18%
Ostschweiz	51	0%	175	-19%
Zentralschweiz	50	-2%	158	-28%
Tessin	64	25	214	-1%
Schweiz	51	0%	216	0%

Nonostante o piuttosto a seguito della mancanza di regolamentazioni, la ripartizione dei medici-dentisti privati tra le diverse regioni è più omogenea di quella dei medici le cui prestazioni sono prese a carico dall'assicurazione obbligatoria delle cure. Ciò riflette le aspettative di numerosi economisti: su un mercato privato, il fornitore di servizi deve adattarsi alla domanda, mentre su un mercato fortemente regolamentato, i fornitori si orientano in primo luogo sulle regolamentazioni, e in secondo luogo sulla domanda.

Approvvigionamento socialmente corretto contro il «Moral Hazard»

Da un punto di vista economico, il sistema delle assicurazioni malattia è al centro di un campo di tensione permanente tra un approvvigionamento medico socialmente corretto e il problema del «Moral Hazard». Questa nozione designa il fenomeno pernicioso della mancanza d'incentivi a spendere con parsimonia. Quando i costi sono presi a carico da un terzo, ad esempio una cassa malati, i pazienti non sono invogliati a limitare il loro consumo di prestazioni mediche ad un livello efficiente. In una simile situazione, i fornitori di prestazioni hanno anch'essi tendenza a prescrivere delle cure onerose, talvolta non forzatamente necessarie.

Come per le cure dentarie, la quota delle spese mediche a carico del paziente non aumenta più rapidamente del prodotto interno lordo. La crescita comparativamente debole del costo delle cure dentarie può dunque in gran parte essere spiegata dalla copertura assicurativa più debole e attraverso gli incitamenti al risparmio che ne derivano o la debole frequenza del problema del «Moral Hazard».



I poveri hanno una salute meno buona

Gli studi sulla sanità pubblica (*public health*) giungono sempre agli stessi risultati: più il reddito e il livello di formazione di una persona sono bassi, meno quest'ultima è in buona salute. Si parla di divario sociale. La causalità è reciproca: le persone che non godono di buona salute sono quasi sempre quelle più povere. Tuttavia, la povertà fa anche ammalare ed è associata a un comportamento nefasto per la salute (in primis le cattive abitudini alimentari e la mancanza di attività fisica). Il divario sociale concerne anche il livello di salute generale nonché la salute dentale. Uno studio americano ha analizzato il legame tra la salute e lo statuto sociale di adulti sulla base dei dati raccolti nell'ambito di una grande inchiesta effettuata negli Stati Uniti (NHANESIII). Si è così potuto determinare un netto divario sociale tra lo stato generale di salute e quello della salute dentale. Lo stato di salute -- determinato clinicamente -- è peggiore se il reddito e il livello di formazione sono bassi. Inoltre, non si costata nessuna differenza tra i livelli sociali: l'influenza del reddito e della formazione è la stessa su questi due aspetti della salute.⁶ Questo risultato è interessante nella misura in cui l'assunzione dei costi delle cure dentarie è nettamente più bassa rispetto a quella delle cure mediche. *Medicare* non partecipa in nessun modo alle spese di medicina dentaria e *Medicaid* rimborsa solo le visite presso i dentisti per bambini. La copertura assicurativa varia del resto da uno Stato all'altro. Sembra dunque che il divario sociale non dipenda dalla copertura assicurativa.

Un divario sociale nonostante le assicurazioni sociali

Un confronto a livello europeo conferma questo risultato. In Germania, le spese del dentista sono rimborsate dall'assicurazione. Le persone che vivono in una famiglia che dispone di un reddito modesto non sono dunque dissuase dai costi elevati che potrebbero essere loro fatturati. Tuttavia, si osserva comunque un divario sociale.⁷ Una meta-analisi giunge alla stessa conclusione. Per poter migliorare la situazione, un esperto chiede l'introduzione di sale da cucina fluorato, una migliore informazione delle donne incinte nonché la realizzazione di esami di depistaggio preliminari, già per i neonati.⁸ L'accessibilità finanziaria dei servizi dentari in Germania non basta dunque ad eliminare il divario sociale. S'impongono altre misure.

Anche in Svizzera, si osserva un simile divario per quanto concerne la salute della popolazione.⁹ Zitzmann e al. (2008)¹⁰ ritengono tuttavia che queste disparità non siano molto evidenti nel settore della salute dentale. Gli autori hanno inoltre osservato una diminuzione delle disparità sociali tra il 1992 e il 2002 in termini di salute dentale. Nel settore delle cure mediche, il divario sociale è per contro più marcato. (Nella loro meta-analisi Richter e al. [2011] forniscono delle prove chiare sulle disparità di salute imputabili a caratteristiche sociodemografiche osservate nel mondo.)¹¹ Il comportamento in materia di salute contribuisce a queste disparità in ragione di circa un terzo, mentre due terzi dipendono dalle caratteristiche materiali o strutturali. L'influenza del reddito è importante al pari di quella della formazione. Essa è più evidente in basso alla scala: un reddito molto basso e una formazione minima spiegano dunque meglio i divari in termini di salute.

Il divario sociale nella medicina dentaria nel confronto internazionale

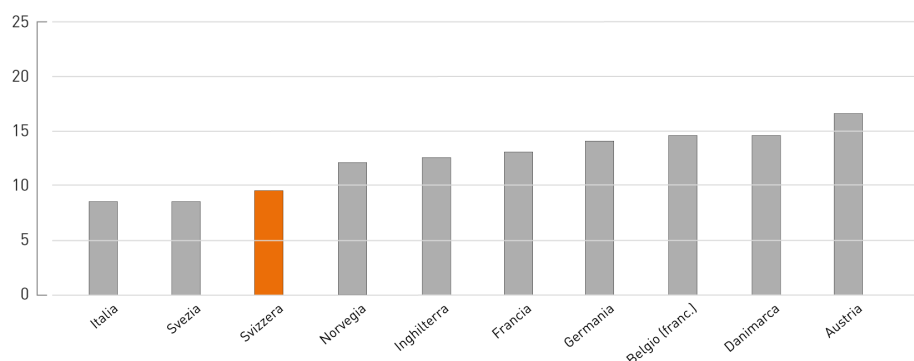
La presa a carico delle cure dentarie da parte delle assicurazioni non è la stessa da un paese all'altro. Pertanto, è interessante sapere in quale misura il divario sociale varia tra i diversi paesi. Lo studio HBSC già evocato condotto sotto l'egida dell'Organizzazione mondiale della sanità fornisce alcuni spunti in proposito. L'OMS ha in particolare cercato di determinare l'importanza concessa alle cure dentarie da parte dei diversi strati della popolazione. A titolo indicativo, si sono basati sulla percentuale di ragazzi tra gli 11 e i 15 anni che si puliscono i denti almeno due volte al giorno. Un certo divario sociale si osserva in tutti i paesi analizzati. In Svizzera, esso è tuttavia più basso che in paesi come la Germania o la Danimarca, dove la copertura assicurativa è globalmente migliore. Sfortunatamente non esiste un'estensione di questo studio o di uno studio analogo che prenda in considerazione una fascia d'età più ampia. Non si dispone pertanto di nessun dato concernente gli adulti.

Figura 5

In Svizzera, le differenze in materia di salute dentale motivate da fattori sociali sono relativamente deboli.

Differenza nella frequenza di lavaggio quotidiano dei denti

► Tra i bambini provenienti da famiglie meno abbienti e bambini provenienti da famiglie agiate, in punti percentuale (2013/2014)

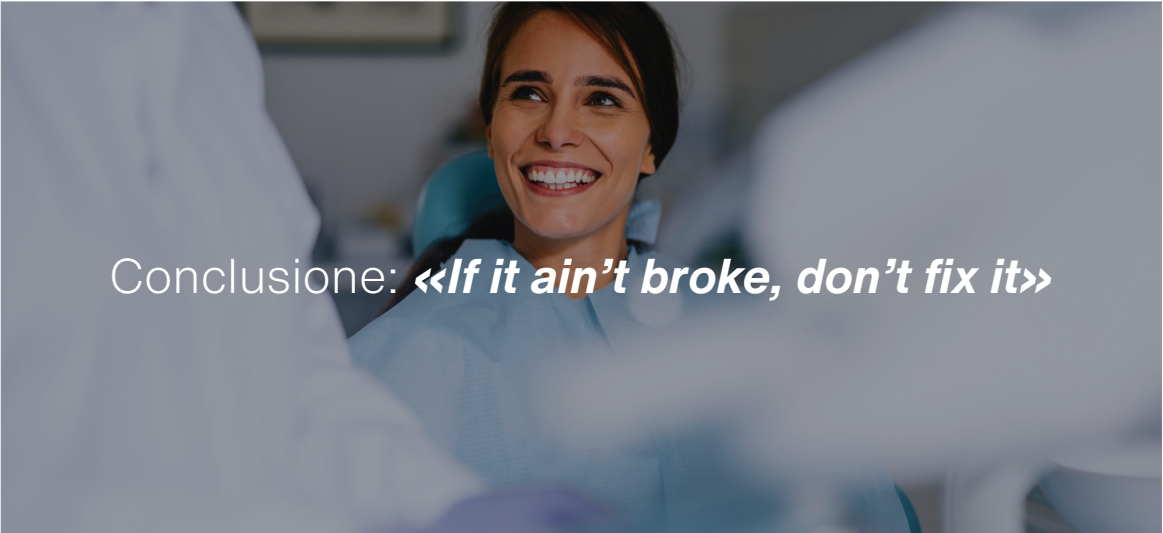


Fonte: HSBC Survey
www.economiesuisse.ch

La pulizia dei denti con lo spazzolino è un'azione preventiva (o profilattica). Per quanto concerne i risultati dell'indice sulla carie, non viene fatta nessuna distinzione in funzione del livello di benessere. Per questo motivo non è possibile effettuare un confronto internazionale diretto per determinare l'ampiezza del divario sociale. I dati permettono tuttavia di concludere che il divario sociale si situa ad un livello basso in Svizzera. Nel settore della salute dentale, le azioni preventive e i risultati ottenuti (fattori input e output) sono strettamente legati e la Svizzera è molto ben piazzata per quanto concerne le azioni preventive (fattori input).

Terza conclusione intermedia: le disparità nel settore della salute dentale non sono più importanti che negli altri settori

Secondo alcuni studi svizzeri, il divario sociale si situa ad un livello più basso nel campo della salute dentale rispetto a quello delle cure mediche. Le analisi sui fattori input (pulizia dei denti) permettono di concludere che il divario sociale è più basso in Svizzera rispetto all'estero anche nel settore della salute dentale. Il divario tra ricchi e poveri è dunque relativamente minimo nel nostro paese. Il tipo di finanziamento delle cure dentarie non ha visibilmente nessun impatto sul divario sociale.



Conclusione: «*If it ain't broke, don't fix it*»

In Svizzera, la medicina dentale è una storia di successo. La salute dentale è evoluta secondo una tendenza molto positiva nel corso degli anni e la Svizzera si posiziona molto bene a livello internazionale. La medicina dentale non deve temere il confronto con la medicina umana, le cui prestazioni sono rimborsate dall'assicurazione: le differenze sociali sono più basse, l'offerta di prestazioni è più equilibrata e l'evoluzione dei costi nettamente più moderata. L'esempio della medicina dentale mostra che la compatibilità sociale non è legata ad un'assicurazione sociale. Al contrario. Una regolamentazione severa genera spesso nuove distorsioni ed ingiustizie. I politici farebbero bene a tener presente questa storia di successo e a trarne ispirazione anche per altri settori.



Fridolin Marty
Responsabile Politica sanitaria

-
1. **Steiner e al. (2010):** (Steiner, Marcel e al.: Kariesverlauf über 45 Jahre bei Zürcher Schülern. Rivista mensile di odonto-stomatologia, vol. 120, 12/2010, pp. 1095-1104
 2. **Menghini (2009):** Menghini, Giorgio: Orale Gesundheit verschiedener Altersgruppen in der Schweiz, Zahnarzt PRAXIS, 2009
 3. **infatti la salute dentale non si è rivelata migliore presso le reclute che si pulivano regolarmente i denti dopo ogni pasto rispetto alle reclute che li pulivano solo due volte al giorno.:** Menghini, Giorgio e al.: Weiterer Kariesrückgang bei Schweizer Rekruten von 1996 bis 2006. Rivista mensile di odonto-stomatologia, vol. 120, 7/2010, pp. 596-600
 4. **Per il periodo in rassegna, è la Danimarca che registra il risultato migliore in materia di carie, con un indice di 0,6.:** OCSE. I valori DMFT sono stati raccolti in diversi periodi tra il 2006 e il 2010. I dati relativi alla Svizzera risalgono al 2009
 5. **Tuttavia, questa spiegazione poco convincente è considerata come un tentativo di diversione nella letteratura scientifica.:** Zweifel, Peter /Felder, Stefan / Meier, Markus: Ageing of population and health care expenditure: a red herring? In: Health Economics, 8/1999. pp. 485-496. Nonché: Zweifel, Peter / Felder, Stefan / Werblow, Andreas: The Geneva Papers on Risk and Insurance, vol. 29, n° 4/2004. pp. 652-666
 6. **Inoltre, non si costata nessuna differenza tra i livelli sociali: l'influenza del reddito e della formazione è la stessa su questi due aspetti della salute.:** Sabbah, Wael e al.: Social gradients in oral and general health. Dans: Journal of Dental Research, vol. 86/2007. pp. 992-996
 7. **Tuttavia, si osserva comunque un divario sociale.:** Diverse pubblicazioni, ad esempio Micheelis, Wolfgang: Zur Dynamik des sozialen Gradienten in der Mundgesundheit: Befunde aus 1997 und 2005. In: Prävention und Gesundheitsförderung, vol. 4, n° 2/2009. pp. 113-118)
 8. **già per i neonati.:** Ziller, Sebastian: Soziale Ungleichheit und Mundgesundheit. In: Sebingen, Sarah e al. (ed.): Soziale Ungleichheit und Gesundheit. Frankfurt a. M., 2009
 9. **un simile divario per quanto concerne la salute della popolazione.:** Moreau-Gruet, Florence: Inégalités de santé en Suisse, Comparaison temporelle des données des Enquêtes suisses sur la santé 1992, 1997, 2002, 2007 et 2012. Osservatorio svizzero della salute [Obsan], 2016
 10. **Zitzmann e al. (2008):** Zitzmann, Nicola e al.: Changes in oral health over a 10-yr period in Switzerland. Dans: European Journal of Oral Sciences, vol. 116/2008. pp. 52-59
 11. **Richter e al. [2011] forniscono delle prove chiare sulle disparità di salute imputabili a caratteristiche sociodemografiche osservate nel mondo.):** . Cf.: Richter M., Ackermann S. & Moor I (2011). Determinanten der Gesundheit und ihre relative Bedeutung für die Erklärung gesundheitlicher Ungleichheiten: ein systematisches Review. Institut für Med. Soziologie [IMS], 2011
-