



Dossier Dental Day

www.andi.it:
Rassegna Stampa
con l' intervista al
Senatore Cursi e al
Presidente ANDI



Dossier Dental Day in Power Point

DENTAL DAY: le proposte del Comparto, le risposte del Ministero

Si è svolto con successo ieri mercoledì 6 luglio a Roma, presso la Sala della Sagrestia in Vicolo Valdina (Camera dei Deputati), alla presenza di politici, rappresentanti del mondo istituzionale, giornalisti, rappresentanti delle associazioni dei consumatori ed esponenti del settore dentale, il Dental Day.

Iniziativa promossa dal Comparto del dentale, patrocinata dal Ministero della Salute, in cui per la prima volta le principali associazioni di categoria, in rappresentanza degli odontoiatri, degli igienisti dentali, degli odontotecnici, delle assistenti di studio, dell'industria, dell'importazione e distribuzione, dell'università e degli studenti, hanno voluto sottolineare il ruolo centrale del dentista e dell'intero comparto nella tutela della salute del cittadino.



"Un Dental Day che non vuole essere punto di arrivo ma bensì di partenza", ha ricordato il dott. Roberto Callioni coordinando, a nome di tutto il comparto, l'evento. "Abbiamo dimostrato – ha continuato il Presidente ANDI - che se ci presentiamo uniti rappresentando più di 200mila addetti, ma soprattutto ribadendo l'alto valore sociale della nostra opera nella tutela della salute pubblica, possiamo farci ascoltare".

Un percorso, quello che ha portato al Dental Day partito poco più di 6 mesi fa grazie alla decisa volontà dell'Esecutivo ANDI di cercare di unire tutte le componenti del settore per lavorare su di un progetto comune che potesse cercare di risolvere la crisi che il comparto lamenta da anni.

Scopo del Dental Day era quello di presentare il corposo dossier elaborato in questi mesi dal Servizio Studi ANDI (vedi allegato), in collaborazione con le altre associazioni del comparto, in cui, grazie all'approfondita analisi predisposta, viene motivato l'attuale momento di crisi, presentati gli attori che lo compongono, il loro ruolo nel mantenimento della salute orale dei cittadini, evidenziandone numeri, capacità produttiva ed occupazionale ed individuando i bisogni di salute orale degli italiani e i modelli assistenziali oggi a disposizione.

A raccontare il settore, ma soprattutto ad avanzare le richieste per rilanciarlo e per soddisfare i bisogni di salute orale dei cittadini, sono stati il Dott. Gianfranco Prada (Segretario Sindacale ANDI) ed l'Ing. Stefano Biondi (UNIDI). Richieste che puntano all'aumento della deducibilità fiscale per le prestazioni odontoiatriche a favore dei pazienti, agevolazioni fiscali per i professionisti e le imprese che investono in servizi, tecnologia e ricerca, deducibilità dell'IVA, efficace e concreta lotta all'abusivismo ed al prestanomismo, oltre ad una campagna di promozione della salute orale.

Richieste che sono subito state raccolte dal Sen. Cesare Cursi, Sottosegretario al Ministero della Salute con la delega per l'Odontoiatria,

che ha informato della disponibilità del Ministero di istituire un tavolo tecnico con le componenti del settore, la conferenza Stato Regioni ed il Ministero stesso.

Tale iniziativa sarà finalizzata tra l'altro per l'attivazione di una campagna di sensibilizzazione sull'importanza della tutela della salute orale, la collaborazione all'interno della Conferenza Stato-Regioni per definire un modello assistenziale con il privato che possa realizzare quanto previsto dai LEA, la revisione del modello di aggiornamento professionale secondo le esigenze del settore e, compatibilmente con le risorse economiche a disposizione, lo studio di possibili incentivi sia per i cittadini che richiedono prestazioni odontoiatriche sia per gli operatori del comparto.

Nell'apprezzare la volontà del Ministero di voler aprire un tavolo tecnico con le associazioni, il Presidente ANDI Dott. Roberto Callioni ha espresso la soddisfazione nell'organizzare un evento che avesse come scopo non tanto quello di chiedere solamente aiuto per i professionisti e per le imprese, ma che evidenziasse come i problemi dell'odontoiatria in Italia siano soprattutto a discapito della salute del cittadino/paziente.

Ora l'impegno sarà quello di lavorare affinché la disponibilità dimostrata dalle Istituzioni diventi concreta e porti a reali interventi.

LA SEGRETERIA DI PRESIDENZA

Visita il sito www.andi.it

sitandi@andi.it

Clicca qui per leggere le istruzioni tecniche per la Newsletter - Per richiedere informazioni e rivolgere **domande tecniche** sulla newsletter è possibile scrivere un messaggio **cliccando qui**

Il contenuto del presente documento è di proprietà di ANDI, è vietata la riproduzione anche parziale. Avviso a norma dell' articolo 1 del D.L. 22 Marzo 2004 n.72, convertito nella Legge n.128/2004. La riproduzione ed ogni altra forma di diffusione al pubblico del presente documento (anche in parte) in difetto di autorizzazione dell'autore, è punita a norma degli articoli 171, 171-bis, 171-ter, 174-bis e 174-ter della menzionata Legge.

COMPARTO DEL DENTALE

AIASO – AIDI – AIO – AISO – Amici di Brugg – ANCAD – ANDI – ANTLO – COI AIOG – CIC
Collegio dei Docenti di Odontoiatria – FENAODI Confartigianato – ODI – SNO CNA – UNIDI

Dossier

La crisi del settore dentale in Italia: analisi e misure di rilancio

6 Luglio 2005

Palazzo Vicolo Valdina, Roma

Convegno organizzato con il Patrocinio del Ministero della Salute



Ministero della Salute

1. Il problema

Il settore dentale è descrivibile come una vera e propria “filiera” di produzione di beni e servizi finalizzati al mantenimento e alla promozione della salute orale dei cittadini. La salute orale è un bene primario per i cittadini in sé e per le ripercussioni che essa ha sulla salute in generale e sul piano sociale e relazionale.

A fronte di un “bisogno” di salute orale che può essere manifesto (o latente), i cittadini si rivolgono ad una odontoiatria che in Italia opera prevalentemente in regime di libera professione. L'odontoiatria pubblica, infatti, copre solo il 5% del bisogno e anch'essa prevede un pagamento sotto varie forme delle prestazioni erogate. L'odontoiatra opera in ambiti organizzativi tipici della professione medica - gli studi odontoiatrici - ove collaborano varie figure professionali (altri odontoiatri, igienisti dentali, assistenti, infermieri, ecc.) a seconda della tipologia e della dimensione degli studi. I cittadini pagano all'odontoiatra il prezzo delle prestazioni. In misura marginale, a pagare sono talvolta enti assicurativi e mutualistici che, però, sono a loro volta alimentati da risorse dei cittadini e/o dei datori di lavoro (premi o contributi mutualistici).

I ricavi degli odontoiatri vanno, a loro volta, a remunerare il costo dei collaboratori (dipendenti e collaboratori autonomi), la gestione dello studio ed i fornitori di beni e servizi - e tra questi i fornitori dei dispositivi medici su misura, gli odontotecnici.

A monte della filiera opera l'industria e la distribuzione dentale, i fornitori di attrezzature e beni di consumo necessari all'erogazione delle prestazioni: dispositivi medici in serie e macchinari ad alta tecnologia. L'input professionale del settore è rappresentato dai laureati in odontoiatria, da medici abilitati anche all'esercizio dell'odontoiatria e dagli altri operatori di studio, titolati all'esercizio delle professioni da Università e scuole professionali.

Si tratta, in conclusione, di un settore assai variegato e complesso sotto il profilo strutturale e funzionale, popolato da numerosi attori al cui interno sono attivi molti flussi relativi a trasferimenti economici di beni e servizi. L'esistenza di questa rete di flussi non è che un insieme di interdipendenze di vario tipo il cui effetto è che qualsiasi problema che origina in uno degli “attori” si ripercuote inevitabilmente sugli altri e sull'intero settore del dentale.

Oggi e per il prossimo futuro il settore è (e sarà) in crisi.

Varie indagini, pubbliche e private, dimostrano che nel triennio che va dal 1999 al 2002 si è registrato un calo della domanda, misurato in termini di numero di pazienti che si rivolgono al dentista, pari a -1,6 milioni di pazienti (fonte: Key Stone) o a 3,3 milioni di pazienti (fonte Andi su dati Istat, Indagine sui consumi delle famiglie).

Il calo dei pazienti ha comportato un decremento del fatturato che va da una stima minima di 300 milioni di euro ad una massima di 1,06 miliardi di euro e, cioè, ad un calo percentuale che oscilla tra il -3% e il -10% circa. Varie testimonianze e esperienze raccolte dal mondo degli operatori dimostrano che dal 2002 ad oggi la situazione si è in tal senso aggravata.

Individuare e districare il complesso dei fattori e le conseguenze di questo declino è assai difficile, in quanto sul declino della domanda impattano numerose variabili di ordine clinico, sociale ed economico. Mentre dal lato delle conseguenze, proprio per l'esistenza di quella rete di flussi sopra menzionata, gli effetti registrati e prevedibili sono anche essi di varia natura: sanitari, economici e sociali.

In questo breve dossier si tenterà di documentare lo stato della situazione attraverso la raccolta di dati e testimonianze disponibili e si descriveranno a grandi linee le strategie che potrebbero contribuire al superamento o, quantomeno, alla stabilizzazione della crisi. E la ragione principale della necessità di superare o contenere la crisi è, in conclusione, una: **la crisi del settore dentale non è solo una crisi di un settore di produzione, ma è anche una crisi con gravi conseguenze su un bene primario dei cittadini: la salute orale.**

2. Gli attori del sistema dentale: il lato dell'offerta

Gli attori si distinguono in tre classi: i professionisti e gli operatori dentali, l'industria e la distribuzione. **Professionisti ed operatori** sono gli esercenti l'odontoiatria (odontoiatri e medici abilitati), gli odontotecnici, gli igienisti dentali, gli assistenti e personale vario degli studi. L'**industria** è riconducibile al settore delle aziende che producono beni e servizi per l'odontoiatria sia per il mercato italiano che per quello estero. La **distribuzione** riguarda le aziende che distribuiscono i beni e i servizi direttamente agli operatori. In questo ambito va considerato anche il settore delle importazioni, ovvero, di quelle aziende che importano dall'estero soprattutto beni. Fermo restando che, per taluni ruoli, i dati sono incompleti, la raccolta di quelli disponibili permette di descrivere lo stato dell'offerta sotto il profilo quantitativo e da esso dedurre già alcuni elementi che contribuiscono alla comprensione della sopra accennata crisi del settore.

2.1 Gli esercenti dell'odontoiatria

Il censimento realizzato dalla FNOMCeO (Federazione Nazionale degli Ordini dei Medici Chirurghi e degli Odontoiatri), insieme ad altri dati, permette di delineare un primo quadro della situazione. Il numero totale degli esercenti è pari nel 2003 ad una stima di circa 51.545 esercenti, distribuiti in misura diseguale nelle Regioni italiane. Rapportando tale numero alla popolazione si stima che in Italia esistano 1.115 abitanti per ogni dentista. Sotto il profilo “abitanti per esercente”, l'ineguaglianza della distribuzione regionale è assai più evidente. I lati estremi della distribuzione sono rappresentati dalla Liguria e dalla Basilicata. In Liguria il rapporto è pari a 790 abitanti per esercente, mentre in Basilicata è pari a 1.749. Esiste, cioè, un campo di variazione massimo: in una Regione il rapporto è più che doppio rispetto all'altra. I rapporti “abitante per esercente” nelle singole Regioni sono visibili nella tabella 2 e grafico 2. La situazione italiana non solo è “anomala”rispetto agli standard internazionali (2000 abitanti per esercente), ma è quasi unica nel quadro internazionale. Registra, infatti, un tasso tra i più alti insieme a quello registrato nei paesi scandinavi, ove, però, il grande numero di odontoiatri trova una giustificazione (come si argomenterà nel paragrafo successivo) in un coerente livello di domanda. Nei paesi scandinavi, infatti, un elevato numero di odontoiatri serve a soddisfare una coerente domanda di prestazioni, in Italia, invece, il numero elevato è assai incoerente con il (basso) livello della domanda (*tabella 1 e grafico 1*).

E' questa situazione che viene definita - con largo consenso di attori pubblici e privati, istituzionali e professionali - “pletora” e che riguarda, tranne eccezioni, una caratteristica storica delle professioni sanitarie che nell'ultimo decennio si è estesa al settore odontoiatrico. Le conseguenze della pletora sono di varia natura e subito si può dire, però, per quel che riguarda il settore odontoiatrico che, mentre la pletora in altri settori professionali trova quantomeno un supporto nella domanda del settore pubblico (SSN, il Servizio Sanitario Nazionale), in odontoiatria tale supporto non esiste in quanto l'assistenza è prevalentemente privata a carico dei cittadini.

La pletora è destinata a rimanere per almeno altri 20 anni. Stime effettuate mediante un modello previsionale (fondato su dati di input - i nuovi ingressi nella professione -,e di output - uscite per causa di morte e pensionamento e proiezioni demografiche -) dimostrano che nel 2020 il rapporto “abitanti per esercente” è più o meno uguale a quello di oggi (1.110 abitanti per esercente) e che allo stesso tempo rimangono le incoerenze nella distribuzione regionale degli esercenti .

Gli effetti della pleora, peraltro aggravati dall'esistenza di abusivismo e prestanomismo, sono molti e di varia natura. Se ne citano sommariamente i principali: insufficienza di risorse rispetto alle crescenti esigenze di investimento tecnologico e organizzativo, disoccupazione e sottoccupazione, eventuali fenomeni di induzione della domanda, ridotti flussi di domanda e risorse verso gli altri attori della filiera del dentale, concorrenza sleale e via dicendo. Non va dimenticato, inoltre, che l'aumento della regolamentazione introdotta nell'ultimo decennio relativamente alle condizioni di operabilità degli studi professionali, ha comportano maggiori oneri finanziari a fronte di una diminuzione delle risorse disponibili.

Sotto il profilo della struttura organizzativa e funzionale degli studi odontoiatrici, le informazioni disponibili sono riconducibili agli studi di settore (Ministero dell'Economia e delle Finanze) e da studi specifici realizzati dal Servizio Studi dell'Andi (Associazione Nazionale Dentisti Italiani). Nel 2003 (anno di imposta 2002) gli studi di settore hanno rilevato l'esistenza di 34.238 studi professionali le cui caratteristiche strutturali, di attività ed economico-finanziarie hanno permesso di raggruppare il complesso degli esercenti in sei "cluster" omogenei. La distribuzione percentuale dei cluster è la seguente:

- Studi di media o grande dimensione (con personale non dipendente): 5,51% del totale degli studi (1.888)
- Studi di piccola dimensione: 57,69% (19.751)
- Studi di grande dimensione: 3,27% (1.120)
- Studi specializzati in protesi: 3,77% (1.290)
- Studi specializzati in paradontologia, chirurgia e implantologia: 12,37% (4.234)
- Studi di media dimensione: 17,39% (5.955).

E' palese che la maggioranza degli studi di piccola e di media dimensione rappresenta circa il 75% del totale. Gli studi di grande dimensione (quelli con molti professionisti, collaboratori e pluralità di branche specialistiche esercitate) e, presumibilmente, quelli che assumono la forma di studi associati o tipologie affini, è assai minoritaria oltrepassando di poco il 3% del totale. Peraltro, riportando il numero degli esercenti (51.545) a quello suddetto degli studi si desume un indicatore assai significativo: numero medio di esercenti per studio pari ad 1,5.

L'offerta professionale è quindi prevalentemente di tipo tradizionale, ovvero, quella del professionista che opera (quasi) da solo e che si avvale all'uopo di collaboratori anch'essi operanti in outsourcing. Tale struttura organizzativa non solo è conforme a quella che si

registra in altri settori sanitari (i medici di famiglia, gli specialisti, ecc.), ma è con molta probabilità rispondente al modello di organizzazione sanitaria del nostro Paese.

Modello fondato sulla distribuzione capillare di professionisti che insediano l'attività, non in base a ricerche di mercato e profittabilità economica, ma nelle località ove risiedono e ove presumibilmente hanno studiato. Operano, cioè, in ambienti "familiari", per un'utenza locale senza fare calcoli economici sulla localizzazione, altrimenti avrebbero scelto di localizzare gli studi in ambienti ove l'offerta è comparativamente inferiore e il livello di domanda è superiore o ha maggiori potenzialità di sviluppo.

Dal punto di vista funzionale, la maggioranza degli studi professionale opera in più branche, circa 5, come a dire, che l'odontoiatra risolve le esigenze di cura dei pazienti, siano esse un'otturazione, un'estrazione o una protesi, come esse si presentano, utilizzando o rinviando ad altri colleghi i casi che richiedono un intervento effettivamente specialistico. Nello specifico, la distribuzione degli studi secondo le attività esercitate è la seguente:

• Ortodonzia:	22.886 studi,	13.3% del totale delle branche esercitate
• Protesi:	30.616 studi,	pari al 17,8%
• Conservativa e endodonzia:	30.763 studi,	pari al 17.9%
• Paradontologia :	15.835 studi,	pari a 9,2%
• Chirurgia :	21.168 studi,	pari al 12,3%
• Implantologia:	12.887 studi,	pari al 7,5%
• Igiene e prevenzione:	27.677 studi,	pari al 16,1%
• Altra specialita:	10.109 studi,	pari al 5,9%.

Questi pochi dati - capillarità della distribuzione degli studi e pluralità delle attività svolte - mostrano, in sostanza, la natura "professionale" dello studio odontoiatrico, sia dal punto di vista strutturale che da quello funzionale.

Anche i "comportamenti professionali", ossia l'organizzazione del lavoro, la gestione della clientela, il rapporto con la medesima, sono, alla luce delle poche ricerche che informano su questi aspetti, molto lontani dai comportamenti economici che il dentista dovrebbe manifestare, se si ispirasse ad un modello di impresa piuttosto che ad un modello di servizio fondato sul rapporto fiduciario col paziente.

L'odontoiatra e il suo studio, in conclusione, dipendono dalla clientela che richiede un servizio quando e se ne ha bisogno e se può sostenerne il costo. Il "mercato odontoiatrico" è, per così dire, "demand driven", ossia mosso e vincolato dalla domanda e non ha e (entro certi limiti) non può creare o potenziare il suo mercato. Quest'opera di potenziamento è una finalità che solo il soggetto pubblico può assolvere, in quanto rappresenta un obiettivo di benessere sanitario della popolazione.

2.2 Gli odontotecnici

I censimenti (1991, 1996 e 2001) dell'Istat permettono di delineare un quadro evolutivo dell'andamento del settore in termini di imprese, dipendenti e addetti. Si registravano nel 1991 16.808 imprese di protesi dentarie. Tale numero si incrementa nel quinquennio successivo arrivando a 19.032 per poi declinare drasticamente nel 2001, anno in cui si censiscono 17.041 imprese. Tale andamento implica, da un lato, una stabilità apparente del settore (nel 1991 e nel 2001 il numero è sostanzialmente analogo), dall'altro un declino evidente dopo il 1996 pari a circa il 18% (tabella 2 e 3; grafico 2 e 4)

Considerando i dati dell'Agenzia delle Entrate (che anche se non omogenei a quelli dei censimenti Istat, hanno tuttavia un adeguato livello di validità), che stima il numero delle imprese nel 2001 (rilevate nel 2002) pari a 14.782, il declino risulterebbe assai superiore, sia rispetto al 1991 che rispetto al 1996 (oltre 1/5 in meno).

I più recenti dati forniti dall'Agenzia delle Entrate fanno emergere la seguente situazione

Anno di imposta	Numero Imprese	Addetti	Media addetti/impresa
2001	14.782	24.192	1,63
2002	15.326	25.511	1,66
2003	15.299	25.775	1,68

Secondo tali dati, il settore odontotecnico evidenzerebbe da un lato, rispetto ai dati Istat, una fase di arresto nella mortalità delle imprese e dall'altro una situazione di sostanziale stagnazione dove emerge il basso livello strutturale delle imprese odontotecniche (1,68 addetti per impresa), tra i più bassi rispetto ai Paesi UE ed assolutamente incomparabile rispetto alla situazione della Gran Bretagna caratterizzata da poche centinaia di imprese odontotecniche con alcune centinaia di addetti ciascuna.

Secondo i dati dell'Agenzia delle Entrate, nel 2003 in Lombardia è localizzato il maggior numero delle imprese odontotecniche (3.067 - 20,31%), seguita dal Lazio (1.514 - 10,03%), dal Piemonte (1.453 - 9,62%), dal Veneto (1.237 - 8,19%) e dall'Emilia Romagna (1.220 - 8,08%).

La localizzazione geografica delle imprese odontotecniche riflette ovviamente la corrispondente localizzazione geografica degli studi odontoiatrici, con in media un rapporto tra laboratori e studi di poco superiore a 1 a 2. Tale basso rapporto evidenzia una forte dipendenza economica dell'impresa odontotecnica dai suoi committenti.

Il settore odontotecnico, proprio in virtù della sua esclusiva specificità professionale riconducibile alle sole protesi, opera su un'area che è solo una porzione (il 17.8% delle attività) del totale delle attività eseguibili in odontoiatria. Si tratta, cioè, di una sorta di "submercato", quota parte del "mercato" odontoiatrico. Il settore, in conclusione, deve la sua sussistenza non all'andamento generale della domanda odontoiatrica, ma a come si configura e va il settore delle protesi. A questo proposito v'è da mettere in conto per una piena valutazione del problema che il "futuro prossimo" del settore protesico è assai incerto. Vari studi, per ora non arrivati a conclusioni definitive, dimostrerebbero che, da un lato, l'effetto dell'innovazione tecnica e tecnologia delle protesi orientato ad una migliore qualità dei prodotti e, dall'altro, l'invecchiamento della popolazione, potrebbero portare ad una minor domanda di protesi o ad un suo meno probabile incremento se all'aumentare dell'età media della popolazione aumenta l'esigenza di cure protesiche. Esigenza che potrebbe non manifestarsi (e questa è l'origine dell'incertezza sul futuro) se lo stato complessivo di salute orale nel futuro, pur deteriorandosi rispetto alle classi d'età più giovani, peggiorerà meno con l'avanzare dell'età, per l'appunto per effetto della qualità dei prodotti e del migliorato livello di salute orale.

Il quadro che si delinea per il settore odontotecnico evidenzia quanto segue:

- a) tra i primi settori del comparto del dentale ad aver subito gli effetti della crisi strutturale (vedi i dati ISTAT 1991-1996-2001) il settore odontotecnico sembra

essersi stabilizzato (vedi dati Agenzia Entrate 2001-2002-2003) in termini di numero di imprese e di addetti;

- b) rimangono insoluti i dati negativi relativi al basso livello di strutturazione (1,68 addetti) e di forte dipendenza economica rispetto ai committenti (ogni laboratorio ha in media 2 studi come committenti);
- c) si registra un notevole aumento dei costi di gestione derivanti soprattutto dall'introduzione costante negli ultimi dieci anni di nuove normative nei processi produttivi e nei prodotti;
- d) aumenta la forbice tra le imprese marginali del settore e quelle più strutturate a causa soprattutto di una sottocapitalizzazione che non consente alle prime di adeguare le strutture, i processi produttivi e gli stessi prodotti ad un soddisfacente livello di innovazione;
- e) le prospettive del mercato protesico inducono infine a previsioni negative sia per i positivi riflessi della prevenzione dentale operata negli ultimi decenni, sia per lo scarso accesso alle cure odontoiatriche delle fasce deboli della cittadinanza che maggiormente necessiterebbero di interventi protesici;
- f) cresce la complessità del mercato delle protesi per l'incremento di dispositivi medici su misura importati da Paesi extra-UE, spesso senza le garanzie di rispetto di quanto previsto dalle Direttive CEE

2.3 Industria e distribuzione

Il numero di imprese produttrici di beni per l'odontoiatria è pari a 125. Le imprese operanti nella distribuzione sono 250, mentre le imprese che importano sono pari a 75.

Vi sono alcuni aspetti che caratterizzano il mercato dei dispositivi dentali in serie che, per le implicazioni che ne derivano, risultano significativi e contribuiscono in parte alla crisi del comparto dentale.

In particolare, la legislazione comunitaria e nazionale in materia di macchinari e dispositivi medici ha negli ultimi anni rivoluzionato i processi produttivi dell'industria del settore, richiedendo l'adeguamento dei prodotti industriali a requisiti di sicurezza sempre più rigidi - in linea con la politica del c.d. "Nuovo Approccio" dell'Unione Europea che pone al centro dell'attenzione la tutela del Consumatore/Paziente. Conseguentemente, le aziende produttrici hanno dovuto far fronte ad un ingente aumento dei costi di produzione;

L'industria si trova poi a dover far fronte al crescente fenomeno della diffusione di merci contraffatte e/o usurpative di marchi prestigiosi traendo in inganno la clientela attratta dai considerevoli minor costi d'acquisto.

A sfavore ulteriormente l'industria dentale vi è poi l'attuale legislazione in materia fiscale che da tempo risulta "penalizzante" per chi vuole investire in nuovi dispositivi e macchinari

tecnologicamente più avanzati. A causa infatti degli studi di settore, a fronte di un investimento in nuove tecnologie, aumentano i cespiti ed il reddito presunto, prefigurando un inevitabile e disincentivante aggravio fiscale, mentre un'attenta politica dovrebbe incentivare al contrario l'innovazione tecnologica e tramite questa la qualità delle prestazioni e dei dispositivi medici su misura

In considerazione di quanto sopra sinteticamente delineato, risultano inevitabili performances negative dell'industria dentale sia sul mercato interno che su quello estero

2.4 Gli altri attori: operatori

I dati sugli altri attori del settore dentale sono più difficili da raccogliere, anche perché non esistono rilevazioni censuarie, ma solo fonti associative (*tabella 4*).

Risulta che il numero degli igienisti sia pari a soli 1.500, mentre quello degli assistenti di studio pari a circa 90.000.

Se si guarda, però, al numero di addetti (ovvero, ai livelli occupazionali) il quadro muta. L'industria occupa 5.097 addetti (dipendenti e non dipendenti), la distribuzione ne occupa 2.094 e l'importazione ne occupa 2.210. Il totale degli addetti si avvicina a circa 10.000.

Considerazioni

Una prima considerazione riguarda l'aspetto occupazionale. Se si sommano gli esercenti, gli addetti del settore odontotecnico, gli igienisti, gli assistenti di studio e gli addetti dell'industria, della distribuzione e dell'importazione, il numero di persone che, a prescindere dalla collocazione e dal ruolo svolta, opera nel settore dentale oltrepassa le 170.000 unità e, presumibilmente, arriva alle 200.000 se si considerano i vari rami dell'indotto.

Una seconda considerazione riguarda, per così dire, la dimensione della manodopera e la sua distribuzione territoriale. E' indubbio che il numero degli esercenti, come sopra illustrato, è eccedente rispetto agli standard internazionali. L'eccedenza, però, la si deriva soprattutto dal livello di domanda. Se questa fosse pari agli standard internazionali o a quanto osservato in altri Paesi, il numero di odontoiatri risulterebbe adeguato. Gli altri

settori di offerta che si configurano come “fornitori” di beni e servizi per le cure odontoiatriche si dimensionano di conseguenza rispetto a quanto gli odontoiatri domandano in termini di beni e servizi. La distribuzione territoriale è capillare, come in altri servizi per la salute, per quanto riguarda gli operatori, mentre industria e distribuzione seguono logiche di localizzazione diverse.

Una terza considerazione riguarda il profilo del settore dal punto di vista organizzativo e funzionale. E' un settore di attività dominato da “professionisti singoli” e micro imprese e medio-piccole imprese se si considera anche il settore della produzione industriale e della distribuzione. Ciò nonostante, il livello occupazionale complessivo è elevato.

Una quarta considerazione riguarda l'elevato livello di interdipendenza esistente tra gli attori. Si tratta di una vera e propria filiera di produzione, i cui pilastri poggiano (soprattutto nel caso dei dentisti) sui professionisti e gli operatori. Le “logiche” comportamentali sono quindi quelle professionali, che influenzano presumibilmente anche il settore industriale la cui sussistenza dipende dalla domanda di beni e servizi avanzata dai professionisti.

I fattori di crisi, in conclusione, essendo questa la struttura del settore si diffondono e propagano velocemente da un settore all'altro e già questa considerazione fa presagire che eventuali strategie migliorative debbano svilupparsi coerentemente con queste caratteristiche.

3. Bisogno e domanda di cure odontoiatriche

Il bisogno di cure odontoiatriche è una variabile dipendente dallo stato di “salute orale” della popolazione. Lo stato di salute orale è una questione epidemiologica che per un verso rappresenta una situazione obiettiva e per un altro verso una situazione soggettiva socialmente determinata. Entrambi le prospettive sono rilevanti in quanto esistono tra esse interdipendenze che possono a loro volta determinare i comportamenti (la domanda).

Epidemiologicamente, lo stato di salute orale si può misurare attraverso vari indicatori quantitativi. Tra questi, l'Organizzazione mondiale della sanità annovera il DMFT (Decayed–missing-filled teeth), ovvero, il numero di denti mancanti o otturati. Lo stato del

DMFT individuale, pur essendo un fatto obiettivo misurabile, può dar luogo a problemi e disagi che non sono però percepiti e considerati in modo omogeneo nella popolazione, sia che si tratti di strati sociali che di popolazioni con diverse culture. Quando lo stato di bisogno obiettivo e quello percepito coincidono di solito si manifestano in una domanda di cure odontoiatriche che, a sua volta, può essere soddisfatta o rimanere insoddisfatta per la sussistenza o meno di condizioni abilitanti, ad esempio, un reddito sufficiente per pagarsi le cure, oppure la possibilità di usufruirne presso il servizio pubblico se questo le prevede nella copertura. Se esiste un bisogno obiettivo che non viene vissuto e percepito come tale, il bisogno di solito non si esprime in domanda. In sintesi è utile misurare lo stato di bisogno obiettivo ai fini di capire il rapporto che intercorre tra questo e la domanda reale di servizi, ma che non si può ignorare allo stesso tempo l'effetto che le variabili sociali (cultura, percezioni, ecc.) hanno sui meccanismi di traduzione del bisogno in domanda. In questi casi, i mezzi di intervento sono diversi. Nel primo caso è sufficiente "incentivare" la domanda, nel secondo caso occorre operare a monte affinché si evolva una "cultura" della salute orale orientata alla domanda, mettendo in campo, ovviamente le risorse necessarie per questo processo.

La tabella 5 riporta i dati relativi agli indicatori di bisogno e domanda relativamente a vari Paesi tra cui l'Italia per il periodo 1980-2000, utili per capire il significato del trend. La tabella riporta anche il numero dei dentisti per 1000 abitanti ai fini di argomentare il significato complessivo del rapporto che intercorre tra domanda ed offerta. E' agevole osservare che in tutti i Paesi lo stato di salute orale (misurato con l'indicatore DMFT) è andato migliorando nell'arco di un ventennio. Mentre in Italia nel 1980 il DMFT era pari a 5,5 denti, nel 2000 tale numero si è ridotto a 2,1. Si osserva, però, che, nonostante il trend positivo, il livello di 2,1 rimane (insieme a quello del Portogallo) tra i più alti nell'ambito dei Paesi industrializzati. La conseguenza è semplice: esiste in Italia, comparativamente ad altri Paesi, un elevato livello di bisogno di cure odontoiatriche.

I dati di un'indagine realizzata dalla Key Stone dimostrano, infatti, che misurando la domanda in termini di numero di pazienti che in un anno vanno dal dentista, **tra il 1999 e il 2002, si è registrato un calo dell'8%**. Il numero dei pazienti è infatti passato da 19,4 milioni nel 1999 a 17,8 milioni nel 2002 (ovvero, un calo assoluto di pazienti pari 1,6 milioni). **Il calo, invece, potrebbe essere pari a 3,3 milioni di pazienti**, se si confronta il precedente dato del 1999 con il numero di pazienti che, secondo l'indagine Istat sui consumi delle famiglie, sono andati dal dentista almeno una volta nell'anno 2002 (16,1 milioni di pazienti stimati dal numero di famiglie di cui almeno un componente ha effettuato spese (e, quindi, consumato) per prestazioni odontoiatriche.

Circa l'andamento del domanda e il suo rapporto col bisogno si può concludere quanto segue:

- permane in Italia un elevato stato di bisogno di cure odontoiatriche comparativamente a quello registrato in altri Paesi
- buona parte del bisogno non si traduce in domanda e risente fortemente dell'andamento del ciclo economico
- tra il 1999 e il 2002 si è registrato un forte decremento di pazienti che parte da una situazione precedente assai instabile
- dal 2002 ad oggi non si hanno dati su base nazionale, ma è assai probabile l'ipotesi - peraltro suffragata da tutte le testimonianze degli attori del settore dentale - che il trend negativo si sia accentuato.

4. Spesa e fatturato del settore dentale

Quantificare il valore economico complessivo del settore dentale in Italia è assai complesso, in quanto non esistono dati completi ed attendibili che ne possano far stimare la dimensione. E' possibile, pur tuttavia arrivare a stime plausibili, utilizzando varie fonti e procedure di calcolo e semplificando l'operazione di stima.

Se si parte dall'assunto che la spesa delle famiglie per le cure odontoiatriche è una buona "proxy", ovvero, un dato che più si avvicina alla stima del fatturato, è possibile produrre ipotesi abbastanza credibili di fatturato. Tale assunzione, peraltro, ha un suo fondamento in considerazione del fatto che il settore del dentale - come illustrato nel sub. 2 di questo dossier - è una filiera che prende avvio da quanto le famiglie pagano al dentista e da quanto questo paga i fornitori dei beni e servizi (lavoro e capitale). Nella "spesa delle famiglie per le cure odontoiatriche" si riassume in sostanza tutto l'insieme dei flussi economici del mercato odontoiatrico.

Si riportano di seguito tre tipi di stime:

- **Key Stone:** l'indagine Key Stone riporta i dati della spesa che i pazienti hanno sostenuto per le cure odontoiatriche nel 1999 e nel 2002, sulla base di interviste ad un campione rappresentativo delle famiglie italiane. La spesa è stimata in 10,6 miliardi di euro nel 1999 e di **10,3 nel 2002**.
- **Andi- Servizio studi:** la fonte utilizzata è quella dell'Istat, Bilanci delle famiglie ove sono raccolti dati circa la spesa che le famiglie sostengono per il dentista. I dati sono riportati nelle tabelle 6 e 7. Si osserva in questa tabella che la spesa assomma a circa **9,6 miliardi di euro**, pari ad una spesa media per famiglia dell'intera popolazione di 432 euro e ad una spesa media per famiglia riferita alle sole famiglie che si sono recate dal dentista pari a 1.247 euro. I dati della tabella informano inoltre che esiste una consistente variabilità regionale che va da un minimo di 113 euro per famiglia in Sicilia ad un massimo di 1.078 euro per famiglia in Friuli Venezia Giulia (551 e 2.641 se si considerano le sole famiglie consumatrici). L'andamento della distribuzione della spesa conferma l'ipotesi che il livello di spesa e, quindi, di consumo è correlato alla tipologia socioeconomica delle Regioni.
- **Andi- Servizio studi:** una terza stima la si può fare combinando varie fonti come segue: dalla spesa media per famiglia dell'indagine famigliari si ricava una spesa per individuo pari a 216 euro. Moltiplicando questo valore per il numero medio di visite annue private a pagamento per abitante e per 57 milioni di abitanti si arriva ad Istat sui bilanci una stima globale della spesa pari a **9,9 miliardi di euro**.

In conclusione, qualsiasi siano le fonti e le procedure di stima si arriva ad una spesa/fatturato che oscilla intorno ai 9,5- 10 miliardi di euro e che dal 2002 ad oggi e, cioè, negli ultimi tre anni, si è accentuata in misura negativa

Tali dati necessitano di alcune considerazioni inerenti il significato sociale ed economico della spesa/fatturato del settore dentale.

Oltre ai citati effetti positivi della spesa odontoiatrica in termini di salute orale della popolazione -peraltro, in una situazione che rispetto al bisogno presenta ampi margini di potenziali incrementi -, la sua dimensione economica ha un'incidenza ragguardevole in termini di occupazione e di incidenza sul Pil.

Questo profilo è però parziale per varie ragioni se si considera la questione in una prospettiva macroeconomica.

Gli odontoiatri ricevono risorse dalle famiglie per le cure che essi erogano. I medesimi a loro volta distribuiscono risorse in termini di salari, stipendi, pagamenti per beni e servizi acquistati da altri lavoratori autonomi, pagamenti di beni e servizi da produttori e distributori, nonché tasse, imposte, contributi di vario tipo (che vanno ad alimentare il bilancio pubblico), acquisto di beni e servizi del tipo elettricità, telefono, affitto degli studi e via dicendo. Industrie e distributori pagano a loro volta salari, stipendi e simili e gli acquisti di materie prime necessarie per fabbricare e rendere disponibili ai professionisti tutto ciò che serve per l'esercizio professionale. Gli odontoiatri, in conclusione, si trovano non solo al centro di una filiera di produzione di servizi essenziali per la popolazione, ma i flussi finanziari che essi attivano vanno ad alimentare soggetti e settori, pubblici e privati, che esulano dal campo dell'odontoiatria. Basta fare un esempio per specificare la problematica: un dipendente o un collaboratore che riceve un salario da un'industria dentale, diventa, in virtù delle risorse ricevute, un consumatore che può a sua volta presentarsi sul mercato acquistando automobile, vacanze, libri, vestiti, vestiario e via dicendo. Se l'industria dentale deve diminuire la sua produzione (e, quindi, dimettere manodopera) perché i suoi prodotti non sono assorbiti dal mercato a causa di una minore domanda da parte degli odontoiatri, gli effetti prodotti non riguardano più il solo settore dentale, ma l'economia nel suo complesso.

Non esistono in Italia studi che abbiano stimato il valore complessivo del settore odontoiatrico, allargando la valutazione a tutti gli effetti che da questo settore si propagano sull'intera economia del nostro Paese.

Non possiamo fare altro, quindi, che riportare i dati di uno studio americano commissionato dall'American Dental Association (ADA) ad un gruppo di noti economisti proprio per stimare l'effetto globale del settore dentale sull'intera economia (ADA, Total economic impact of dentists, Ada, 2004). Lo studio distingue tre tipologie di spesa e di effetti economici :

- Effetti diretti: sono in sostanza quelli relativi alla "spesa/fatturato" odontoiatrico come sopra calcolati. Negli Stati Uniti questo valore nel 2000 è stato pari a 70 miliardi di dollari;
- Effetti indiretti: sono quegli effetti riconducibili alle spese o flussi economici attivati dalle industrie che producono beni e servizi necessari per l'esercizio dell'odontoiatria. Il valore di questi effetti è stato pari a 33 miliardi circa di dollari;

- Effetti indotti : si tratta soprattutto dei benefici economici derivanti dall' "extra spending" di quelli che ricevono redditi dagli odontoiatri e da quelli che lavorano per l'industria, la distribuzione e simili. Questi effetti erano nel 2000 pari a 100 miliardi di dollari.

Il totale delle dimensioni economiche proprie del dentale e di tutti gli effetti è stato pari ad oltre 203 miliardi di dollari. Interessante è notare che, visti questi valori sotto il profilo delle percentuali di ciascuno sul totale, il primo effetto rappresenta il 34,6% del totale, il secondo il 16,1% e il terzo il 49,3% del totale. In conclusione, partendo dalla spesa diretta, si arriva ad un'incidenza economica complessiva che è quasi tre volte quella originaria.

Pur anticipando che non sarebbe scientificamente corretto applicare queste percentuali tipiche della situazione americana all'Italia, potremmo dire, a mo' di esempio, che per quanto riguarda l'Italia, si parte da una stima del settore dentale pari nei primi anni 2000 a 9.5-10 miliardi di euro circa, ma che questi potrebbero arrivare a 30 miliardi se visti nella globalità dei flussi economici attivati dall'odontoiatria italiana.

5. Strategie per il rilancio del settore dentale

Si è argomentato nei paragrafi precedenti che il settore dentale sta attraversando una profonda crisi i cui segni visibili sono il calo dei pazienti e quello della spesa odontoiatrica che riguardano non solo i compensi ricevuti dagli odontoiatri, ma il settore dentale che da questa spesa alimenta la sua sussistenza. Anche se non stimati quantitativamente, gli effetti economici osservati sono presumibilmente più ampi se si andasse a guardare l'incidenza del dentale sull'economia del Paese. Le cause di questa crisi sono varie, ma una appare la principale che è peraltro documentata nei paragrafi precedenti : il calo della domanda di cure odontoiatriche. Considerato che il bisogno, invece, è ancora molto ampio, il calo della domanda assume connotati molto più critici se si considera che l'odontoiatria ha a che fare con un bene primario dei cittadini, peraltro, tutelato dalla Costituzione, che è quello della salute orale che si colloca a pieno titolo nell'ambito della tutela della salute generale.

Si illustrano di seguito, quindi, alcune linee strategiche di rilancio che nel loro complesso potrebbero contribuire ad arrecare un beneficio agli utenti, al dentale e all'economia in generale.

5.1 Misure dal lato della domanda

La prima misura potrebbe essere quelle di incentivare più persone (rispetto ad oggi) e per una maggiore tipologia di cure (dato il progresso clinico e tecnico oggi disponibile) ad andare dal dentista. **Oggi circa 2/3 degli italiani non vanno dal dentista neanche per una visita annua**, mentre sarebbe auspicabile almeno una visita di prevenzione e controllo ed un'altra (o quanto necessario) per effettuare le cure. V'è ragione di incentivare la domanda? Senz'altro sì, in quanto, come ampiamente dimostrato, la domanda è inferiore alla media di altri Paesi industrializzati, a standard internazionali e al livello di bisogno.

Gli strumenti per incentivare la domanda possono essere di vario tipo. Oltre a quelli riconducibili ad una maggiore sensibilizzazione per la salute orale (che, peraltro, potrebbero essere messi in cantiere dal SSN in collaborazione col settore dentale), è l'incentivo economico, e cioè, un risparmio in termini di spesa, quello che potrebbe indurre le famiglie che ne hanno bisogno ad andare dal dentista.

L'ipotesi principale proposta è quella di introdurre benefici fiscali in termini di maggiori deduzioni di imposta per favorire l'accesso alle prestazioni odontoiatriche.

Il tetto della percentuale di deduzione è giustificato dal fatto che le prestazioni odontoiatriche sono per un verso anelastiche al reddito (se esiste un bisogno di emergenza elementare - la necessaria estrazione di un dente - il cittadino può accedere al servizio pubblico o, comunque, trovare il mezzo per accedere ad un dentista privato), per altri versi sono dipendenti dalle disponibilità economiche. Protesi, dentiere, impianti e tutta la più moderna odontoiatria sono prestazioni necessarie ma non di emergenza, anche se è assai discutibile se per emergenza debba intendersi solo l'esempio dell'estrazione e casi analoghi, oppure non la si debba assimilare al concetto di "essenzialità" che è poi quello utilizzato dal SSN per definire le prestazioni garantite a tutti i cittadini a carico dello Stato.

Rimpiazzare una dente o inserire una protesi più completa sono oggi in effetti prestazioni essenziali, sia in quanto hanno obiettivamente a che fare e sono come tali percepite dai cittadini, perché riguardano la dimensione della "funzionalità" sociale delle persone e sono direttamente correlate allo stato di salute generale.

In conclusione, la maggior parte delle prestazioni odontoiatriche di base, essendo essenziali, non dovrebbero dipendere dalle disponibilità di reddito e, quindi, necessitano dallo Stato un riconoscimento di tale loro caratteristica e qualità. Aiutare il cittadino, diminuendo il prezzo che egli paga per la prestazione attraverso un beneficio fiscale, è uno strumento efficace, diretto e semplice da applicare.

La perdita di gettito derivante dalla misura proposta potrebbe essere compensata dalle maggiori entrate derivanti dall'incremento della domanda in termini di maggiore imposizione sui compensi per le prestazioni odontoiatriche e sull'incremento di tutti i flussi finanziari che dal dentista vanno agli altri soggetti del dentale e da questi a cascata da tutti quei settori che indirettamente sono alimentati dalla circolazione dei flussi economici.

5.2 Le prestazioni pubbliche

Il settore pubblico offre una copertura limitata relativamente alle prestazioni odontoiatriche. Le medesime, quando disponibili, sono gravate da ticket e da una quota di pagamento che rimane a carico dell'utente. La copertura pubblica il cui costo effettivo (pari o presumibilmente più elevato di quello praticato dai dentisti che non possono automaticamente adeguare i prezzi ai costi sia per il contesto economico negativo che per non perdere clientela) non è conosciuto dall'utente, genera inefficienze per la mancanza di una equa definizione delle prestazioni da ricomprendere nei LEA (Livelli essenziali di assistenza). L'ipotesi di intervento potrebbe essere quella di definire un pacchetto base di prestazioni essenziali (tra cui la prevenzione) e garantire le medesime ai non abbienti e a specifiche fasce di popolazione. L'onere per il SSN potrebbe essere nullo se la spesa attuale, diversamente da oggi, convergesse esclusivamente sulle prestazioni e le fasce di popolazione garantite, oppure minimale se il SSN, piuttosto che sostenere ulteriori oneri per l'ampliamento del servizio in forma diretta (costruzione di locali, acquisti di macchinari, assunzione di lavoratori dipendenti, ecc.), permettesse ai pazienti di ricevere le prestazioni in outsourcing e, cioè, da dentisti che, sulla base di tariffe convenute, garantiscono prestazioni ai cittadini.

5.3 Misure dal lato dell'offerta

La tipologia di queste misure è molto più estesa in quanto potrebbe riguardare qualsiasi intervento che possa ragionevolmente contribuire ad incrementare la domanda attraverso un "migliore, più efficace ed efficiente" intervento dal lato dell'offerta.

Le misure - partendo da quelle più specifiche a quelle più generali - potrebbero riguardare:

Benefici fiscali da applicare sugli attori professionali del sistema dentale, in primo luogo, odontoiatri e odontotecnici. L'oggetto su cui potrebbero insistere i benefici fiscali potrebbero riguardare : (a) ammortamenti ; (b) acquisti ;(c) investimenti e rinnovi di tecnologie ;(d) tariffe per l'acquisto di beni e servizi (ad esempio, elettricità)

- Benefici relativi a contributi e/o imposte rivolti a ridurre il costo del lavoro degli studi odontoiatrici e delle imprese odontotecniche
- Benefici da applicare sul settore industriale e della distribuzione, quali ad esempio, i benefici per le spese di investimento in ricerca e sviluppo (al pari di quanto accade nel settore farmaceutico) ed altre tipologie di spese (ad esempio quelle sul costo del lavoro)
- Benefici da applicare a quelle operazioni che mirano ad una modernizzazione del settore (maggiore efficienza produttiva, adeguamenti per il rispetto di normative a tutela della sicurezza di operatori e pazienti) e che vanno dall'incentivazione a trasformazioni di impresa mirate alla crescita della dimensione media delle imprese industriali (ivi incluse quelle odontotecniche), fino alle incentivazioni relative alla crescita organizzativa e gestionale degli studi odontoiatrici e delle imprese odontotecniche (informatizzazione, ad esempio).

L'applicazione di queste misure, per maggiore garanzia dell'utenza, potrebbe essere realizzata in concomitanza ad accordi tra i soggetti pubblici interessati (agenzia dell'entrate, enti previdenziali e del SSN, ecc.) e le associazioni professionali con l'intento di intese volte ad orientare i benefici ricevuti per esaudire le esigenze degli utenti.

5.4 Misure di contesto

Colmare il gap tra bisogno e domanda si può realizzare sicuramente attraverso le misure suddette che vanno ad operare sui prezzi e, quindi, sulla possibilità che i cittadini dovrebbero avere di soddisfare le loro esigenze di salute orale. L'incremento della domanda, giova ripetere, non è un fine a sé stante, ma è un obiettivo pubblico sociale, sanitario che, a sua volta, ha un profondo impatto in termini occupazionali ed economici. Incrementare la domanda, però, non dipende solo da fattori economici, ma anche da altre variabili sociali, culturali e istituzionali.

Occorre che i soggetti pubblici, meglio se in collaborazione con le associazioni del settore, decidano di mettere la salute orale ad un livello di pari dignità con le altre tipologie di assistenza sanitaria.

Per fare questo dovrebbero attivare campagne pubbliche di sensibilizzazione, attività e interventi preventivi, educazione sanitaria e formazione degli operatori nonché progetti mirati a specifiche fasce di utenza, soprattutto quelle in stato di maggior bisogno.

Una campagna di promozione della salute orale **con un progetto che sotto l'Alto Patronato delle maggiori istituzioni del Paese** (Presidenza della Repubblica, Senato e Camera dei Deputati, Presidenza del Consiglio dei Ministri, Ministero della Salute) **investa i più autorevoli e diffusi** mass media e **coinvolga l'insieme delle rappresentanze del** sistema dentale italiano e **le stesse** associazioni dei consumatori, **anche con la sponsorizzazione delle principali industrie e multinazionali del settore.**

5.5 Abusivismo e prestanomismo

Tra le misure di contesto una particolare importanza riveste una efficace opera di contrasto ad un fenomeno tipicamente italiano che contribuisce, da par suo, a consolidare i record negativi del nostro Paese in campo odontoiatrico: l'abusivismo e il prestanomismo.

Tale fenomeno interessa evidentemente l'aspetto economico in quanto si configura come sublimazione del concetto di "concorrenza sleale", ma attiene soprattutto al prioritario aspetto della tutela della salute dei cittadini.

Per combattere efficacemente ed alla radice tale fenomeno è assolutamente necessaria una strategia organica di intervento che poggi i suoi pilastri da un lato sulla prevenzione e dall'altro sulla repressione.

In termini di prevenzione, l'iniziativa dovrebbe trovare adeguata cittadinanza nella stessa campagna di promozione e sensibilizzazione alla salute orale.

In termini di repressione, per le peculiarità che l'abusivismo ed il prestanomismo assumono in campo odontoiatrico si dovrebbe stralciare dalle più generali norme che sanzionano l'abusivo esercizio delle professioni la parte che riguarda l'abusivo esercizio della professione medica in campo odontoiatrico, trattando il relativo reato con un particolare quadro sanzionatorio che preveda:

- a) la radiazione immediata dall'Ordine competente (per i medici ed odontoiatri prestanomisti) e dall'albo competente (per le restanti figure professionali implicate nell'abusivismo) se colti in flagranza di reato e sospensione fino alla conclusione dei tre gradi di giudizio;
- b) il conseguente arresto immediato e pene detentive di una certa rilevanza;
- c) l'immediata confisca di tutti i beni implicati;
- d) ammende di una certa rilevanza;
- e) quando non raggirato, ma consapevole di ricorrere a cure da parte di non abilitati, sanzioni per l'utente dell'abusivismo.

APPENDICE

Tabelle e Grafici

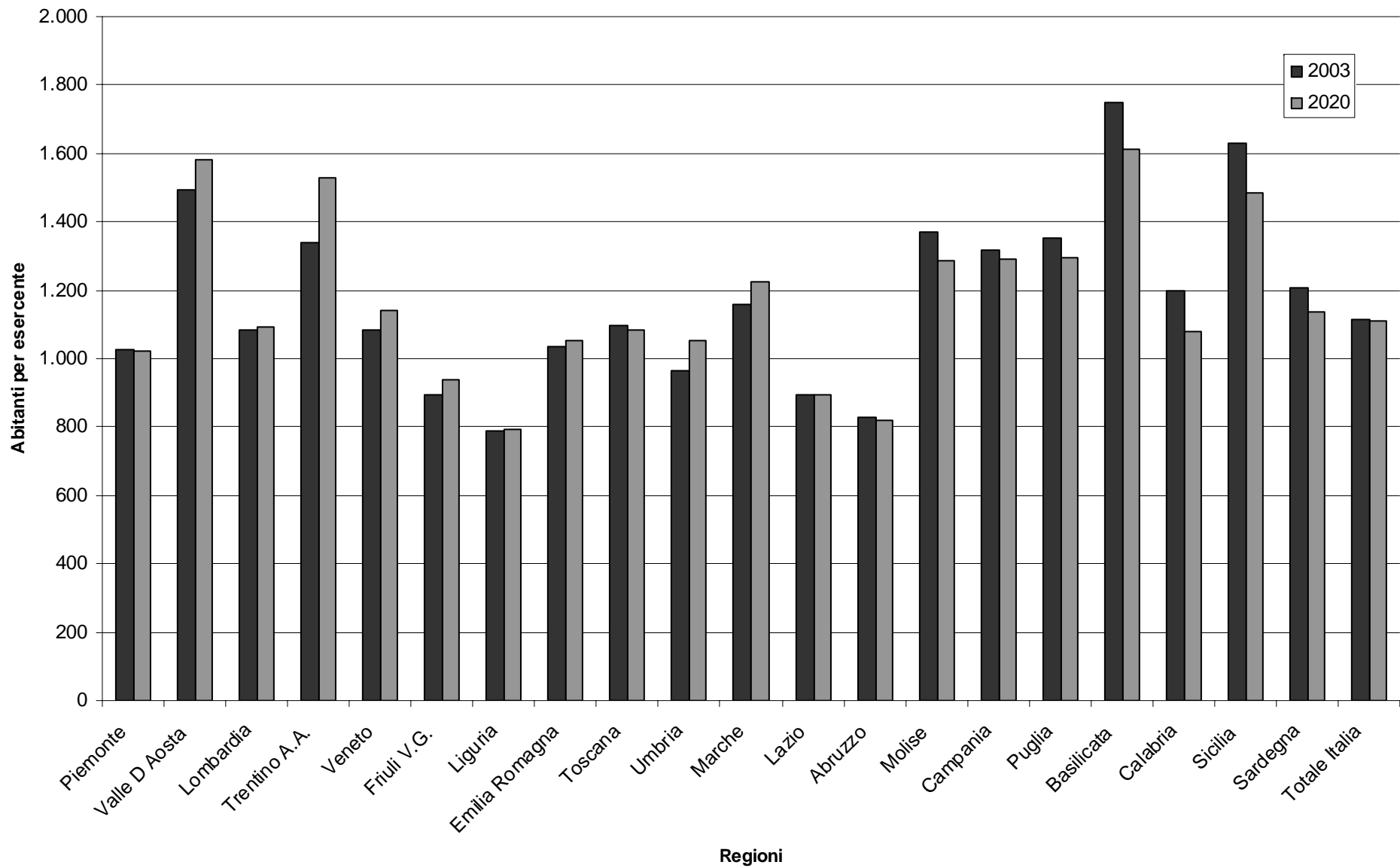
Tab 1. Esercenti odontoiatri: consistenza 2003 e proiezioni fino al 2020.

Regioni	2003		2005		2010		2015		2020	
	Esercenti	Abit./eserc	Esercenti	Abit./eserc	Esercenti	Abit./eserc	Esercenti	Abit./eserc	Esercenti	Abit./eserc
Piemonte	4.129	1.027	4.170	1.029	4.289	998	4.331	980	4.091	1.023
Valle D Ao-	80	1.493	81	1.518	83	1.497	84	1.491	79	1.580
Lombardia	8.382	1.084	8.482	1.090	8.773	1.067	8.943	1.052	8.592	1.094
Trentino	698	1.340	703	1.374	716	1.378	713	1.406	664	1.528
Veneto	4.172	1.082	4.229	1.091	4.378	1.070	4.426	1.066	4.137	1.142
Friuli V.G.	1.316	895	1.325	897	1.357	874	1.341	878	1.243	936
Liguria	2.025	790	2.024	787	2.034	764	2.010	750	1.845	791
Emilia Ro-	3.861	1.035	3.922	1.035	4.081	1.006	4.151	994	3.924	1.051
Toscana	3.216	1.095	3.254	1.094	3.359	1.061	3.426	1.035	3.234	1.086
Umbria	866	965	875	970	900	953	903	952	815	1.054
Marche	1.262	1.160	1.279	1.165	1.326	1.140	1.341	1.135	1.244	1.226
Lazio	5.884	896	5.964	901	6.200	876	6.340	860	6.097	893
Abruzzo	1.544	827	1.570	823	1.645	793	1.686	776	1.595	820
Molise	237	1.370	241	1.349	254	1.273	260	1.227	245	1.287
Campania	4.380	1.315	4.445	1.309	4.619	1.268	4.701	1.246	4.511	1.292
Puglia	3.011	1.351	3.057	1.341	3.192	1.288	3.271	1.250	3.125	1.294
Basilicata	343	1.749	349	1.724	367	1.628	380	1.553	359	1.612
Calabria	1.693	1.197	1.723	1.180	1.809	1.119	1.880	1.065	1.828	1.078
Sicilia	3.091	1.630	3.138	1.616	3.291	1.538	3.405	1.474	3.344	1.484
Sardegna	1.355	1.206	1.377	1.195	1.438	1.139	1.469	1.100	1.396	1.136
Totale Italia	51.545	1.115	52.207	1.116	54.110	1.082	55.062	1.062	52.368	1.110

Fonte: elaborazioni Servizio Studi Andi su dati FNOOM.

Nota: la proiezioni al 2020 sono state effettuate in base ad un modello previsionale messo a punto dal Servizio Studi Andi.

Grafico 1
Abitanti per esercente nelle regioni italiane: 2003-2020



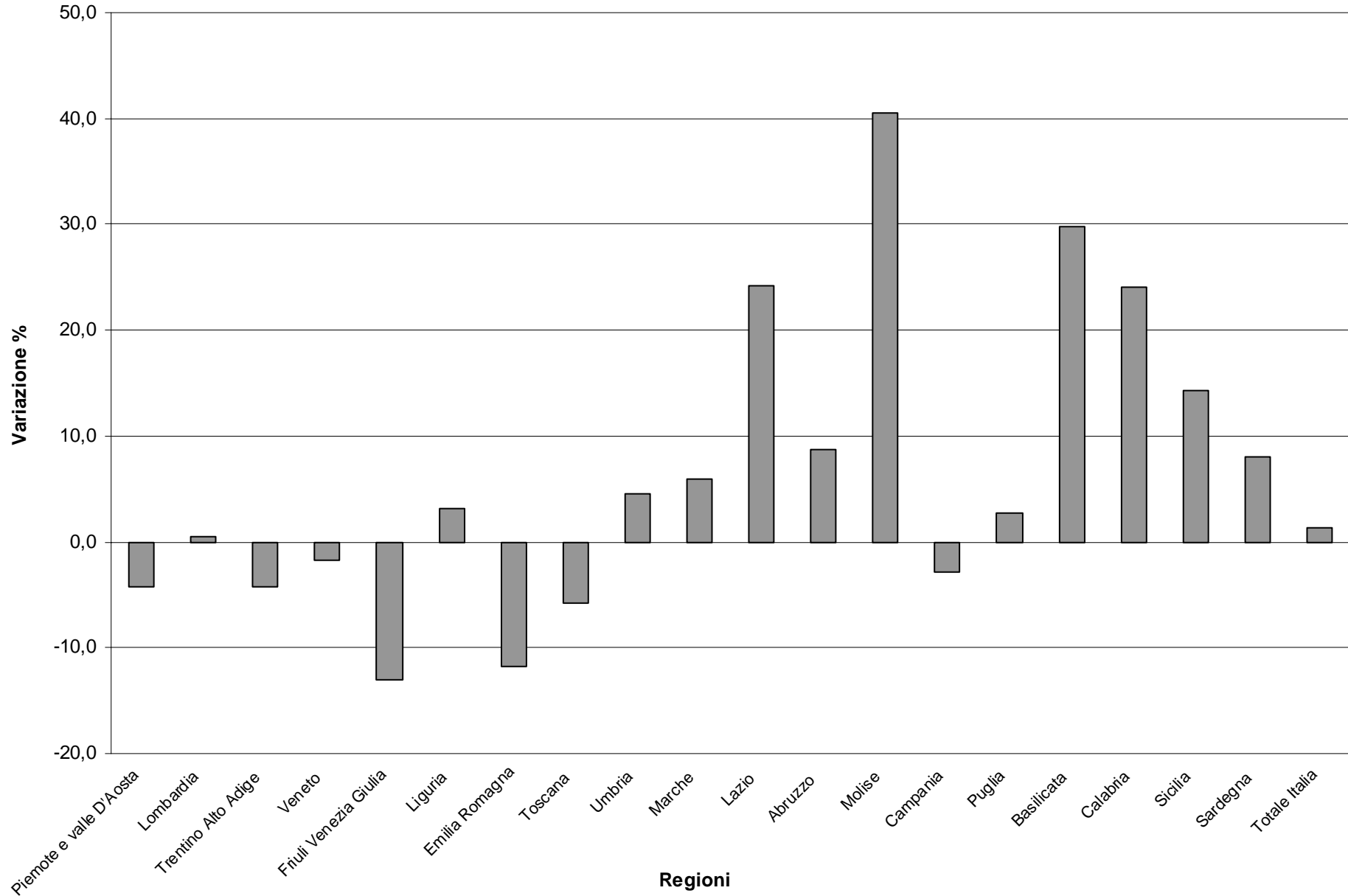
Tab. 2 Fabbricazione di protesi dentarie: Totale Imprese, Dipendenti, Addetti.

Regione	Imprese			Dipendenti			Addetti		
	1991	1996	2001	1991	1996	2001	1991	1996	2001
Piemonte e valle D'Aosta	1.725	1.860	1.652	860	806	629	3.137	3.238	2.804
Lombardia	3.549	4.433	3.565	2.773	3.209	2.061	7.717	9.237	6.873
Trentino Alto Adige	237	224	227	528	507	418	859	872	717
Veneto	1.446	1.600	1.420	1.377	1.290	1.041	3.498	3.609	3.002
Friuli Venezia Giulia	536	533	466	431	371	303	1.207	1.106	970
Liguria	606	668	625	259	205	176	1.045	1.049	963
Emilia Romagna	1.552	1.486	1.370	1.381	1.213	928	3.774	3.443	3.015
Toscana	1.232	1.213	1.160	859	628	485	2.626	2.270	2.076
Umbria	264	306	276	185	130	104	584	565	500
Marche	588	619	623	218	189	200	1.102	1.038	1.057
Lazio	1.374	1.906	1.707	819	808	437	2.815	3.323	2.645
Abruzzo	460	515	500	103	95	87	676	717	685
Molise	42	55	59	12	18	17	65	81	83
Campania	930	1.056	903	221	221	177	1.437	1.520	1.282
Puglia	1.040	1.099	1.069	351	254	243	1.628	1.539	1.534
Basilicata	74	100	96	25	31	33	114	145	140
Calabria	224	270	278	110	84	102	411	405	435
Sicilia	656	771	750	228	242	229	1.068	1.156	1.107
Sardegna	273	318	295	328	254	196	685	639	556
Totale Italia	16.808	19.032	17.041	11.068	10.555	7.866	34.448	35.952	30.444

Fonte: Elaborazione Servizio Studi Andi su dati Istat Censimenti 1991 1996 2001.

Grafico 2

Fabbricazione di protesi dentarie: variazione percentuale del numero di imprese tra il 1991 e il 2001



Tab.3 Fabbricazione di protesi dentarie: numero medio di addetti per impresa e variazioni percentuali

Regione	Numero medio addetti per impresa			Variazione percentuale 1991-2001		
	1991	1996	2001	Imprese	Dipendenti	Addetti
Piemonte e valle D'Aosta	1,8	1,7	1,7	-4,2	-26,9	-10,6
Lombardia	2,2	2,1	1,9	0,5	-25,7	-10,9
Trentino Alto Adige	3,6	3,9	3,2	-4,2	-20,8	-16,5
Veneto	2,4	2,3	2,1	-1,8	-24,4	-14,2
Friuli Venezia Giulia	2,3	2,1	2,1	-13,1	-29,7	-19,6
Liguria	1,7	1,6	1,5	3,1	-32,0	-7,8
Emilia Roma- gna	2,4	2,3	2,2	-11,7	-32,8	-20,1
Toscana	2,1	1,9	1,8	-5,8	-43,5	-20,9
Umbria	2,2	1,8	1,8	4,5	-43,8	-14,4
Marche	1,9	1,7	1,7	6,0	-8,3	-4,1
Lazio	2,0	1,7	1,5	24,2	-46,6	-6,0
Abruzzo	1,5	1,4	1,4	8,7	-15,5	1,3
Molise	1,5	1,5	1,4	40,5	41,7	27,7
Campania	1,5	1,4	1,4	-2,9	-19,9	-10,8
Puglia	1,6	1,4	1,4	2,8	-30,8	-5,8
Basilicata	1,5	1,5	1,5	29,7	32,0	22,8
Calabria	1,8	1,5	1,6	24,1	-7,3	5,8
Sicilia	1,6	1,5	1,5	14,3	0,4	3,7
Sardegna	2,5	2,0	1,9	8,1	-40,2	-18,8
Totale Italia	2,0	1,9	1,8	1,4	-28,9	-11,6

Fonte: Elaborazione Servizio Studi Andi su dati Istat Censimenti 1991 1996 2001.

Grafico 3

Fabbricazione di protesi dentarie: variazione percentuale del numero di addetti tra il 1991 e il 2001

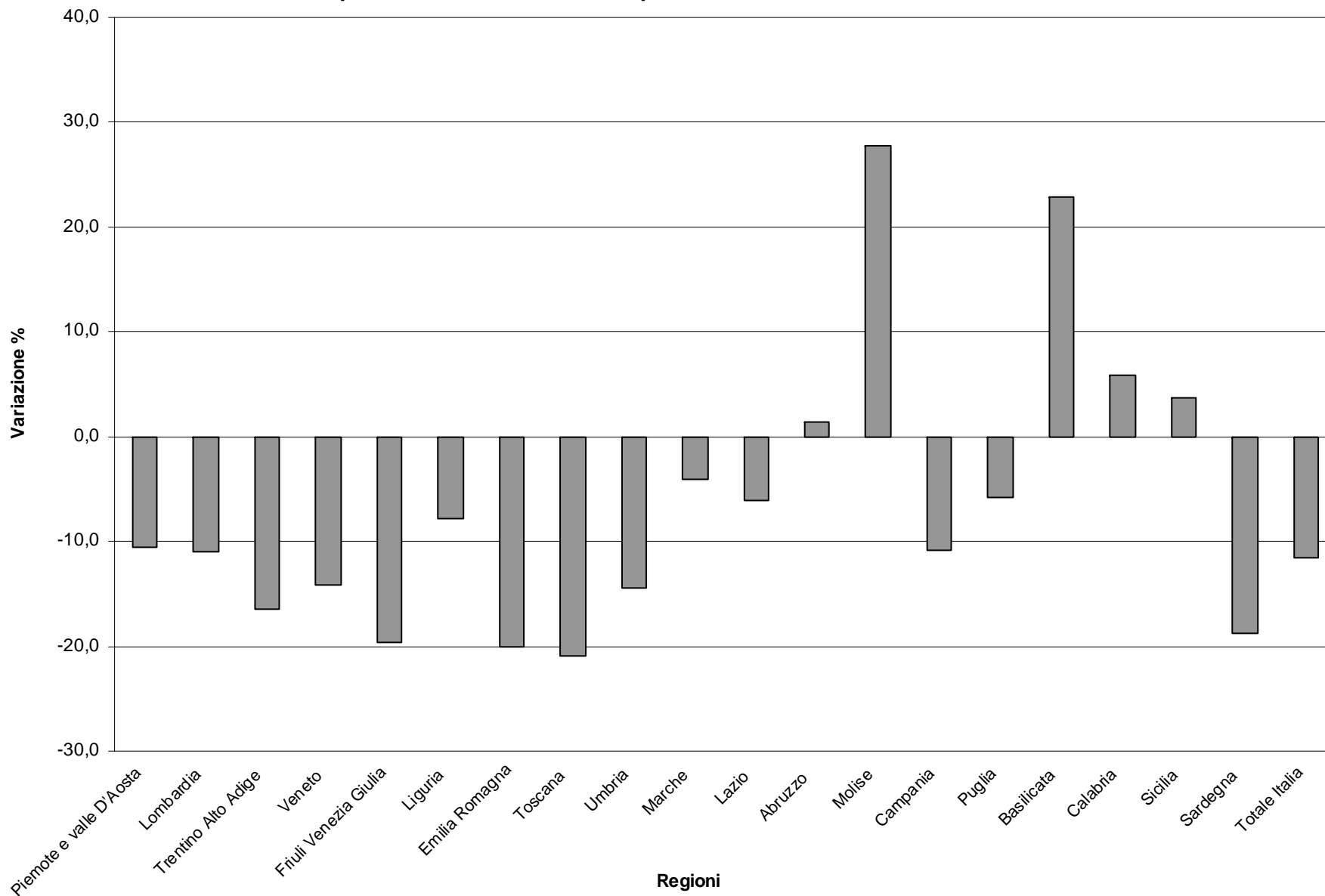
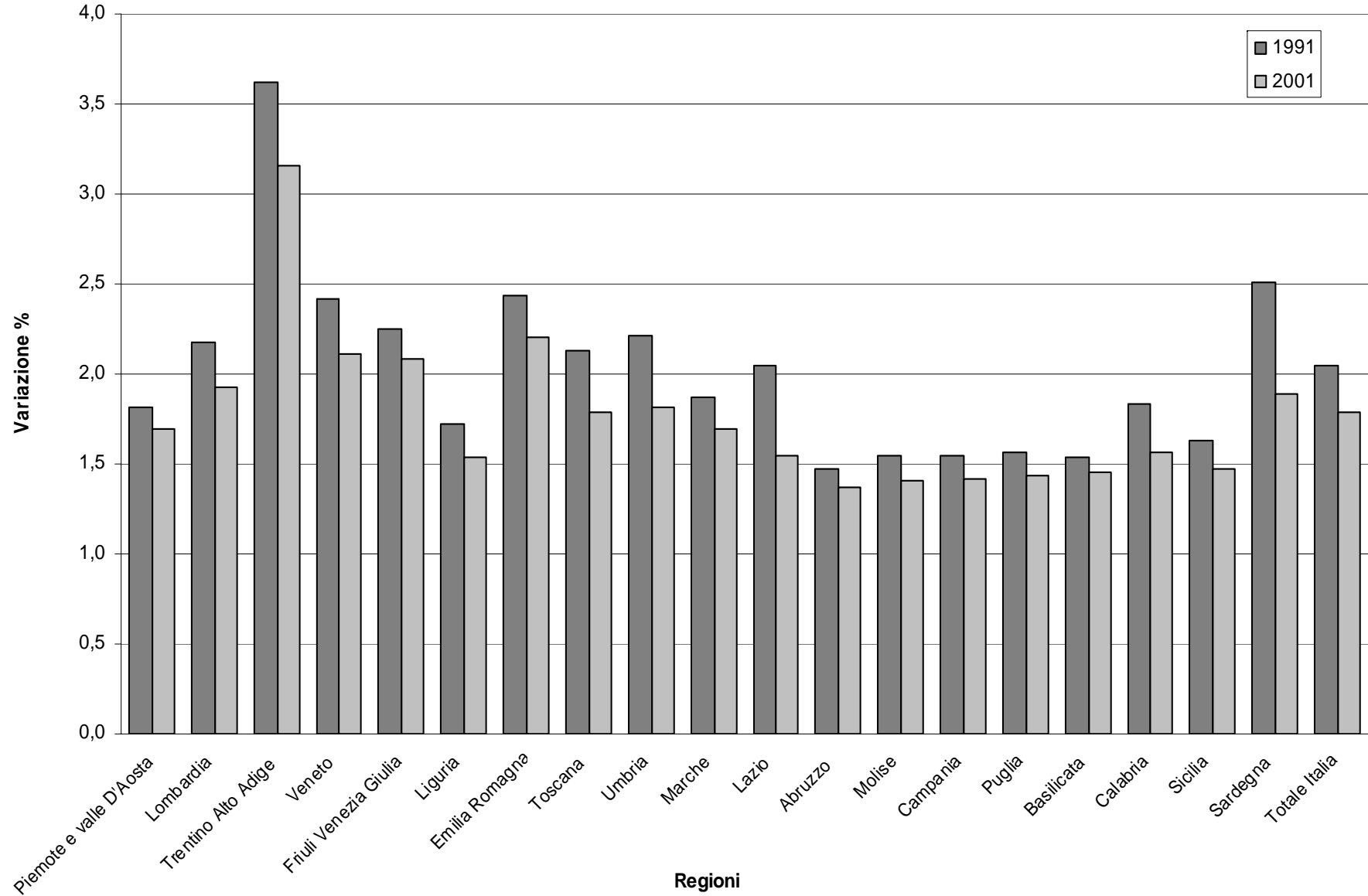


Grafico 4

Fabbricazione di protesi dentarie: numero medio di addetti per impresa nel 1991 e nel 2001



Tab 4 Settore dentale: produzione, distribuzione, importazione e operatori dentali

Produzione

Imprese (UNIDI e non)	125	(2000)	Fonte: UNIDI
Dipendenti diretti	3.597	(2000)	Fonte: UNIDI
Dipendenti indiretti	1.500	(2000)	Fonte: UNIDI

Distribuzione

Imprese (ANCAD e non)	525	(2004)	Fonte: ANCAD
Dipendenti diretti	1.024	(2004)	Fonte: ANCAD
Dipendenti indiretti	1.070	(2004)	Fonte: ANCAD

Importazione

Imprese (ODI e non)	75	(2000)	Fonte: ODI
Dipendenti diretti	1.000	(2000)	Fonte: ODI
Dipendenti indiretti	1.100	(2000)	Fonte: ODI
Ad emolumento	110	(2000)	Fonte: ODI

<i>Igienisti</i>	1.500	-	Fonte:
------------------	-------	---	--------

<i>Assistenti di studio</i>	90.000	-	Fonte: AIASO
-----------------------------	--------	---	--------------

Fonte: elaborazioni Servizio Studi Andi su dati delle associazioni di categoria

Tab 5. Indicatori di bisogno domanda ed offerta di cure odontoiatriche.

Paesi	DMFT (Numero medio di denti mancanti)			Dentisti per 1000 abitanti		
	1980	1990	2000	1980	1990	2000
Australia	3,6	1,4	0,8	0,4	0,4	0,5
Austria	3,0	4,2	1,7	0,4	0,4	0,5
Belgio	7,5	2,7	1,6	0,4	0,7	0,7
Canada	3,2	-	-	0,5	0,5	0,6
Danimarca	-	1,3	0,9	-	0,9	0,9
Finlandia	4,0	1,2	1,2	0,7	0,9	0,9
Francia	-	3,0	1,9	0,6	0,7	0,7
Germania	6,4	4,1	1,2	0,5	0,7	0,8
Italia	5,5	4,0	2,1	-	0,4	0,9
Norvegia	3,3	2,4	1,6	0,8	0,8	0,8
Portogallo	4,6	3,2	3,0	0,1	0,2	0,5
Spagna	-	3,5	1,1	0,1	0,3	0,4
Svezia	3,2	2,0	0,9	1,0	1,0	0,9
UK	-	1,3	0,9	0,3	0,4	0,4
USA	2,6	1,3	-	0,5	0,6	0,6

Fonte: elaborazioni Servizio Studi Andì su dati OECD.

Nota: Ai fini della comparazione internazionale è stato necessario raccogliere i dati degli anni più vicini a quelli indicati nella tabella. I dati sui dentisti relativi all'Italia sono quelli forniti dalla FNOOM.

Tab. 6 Spesa delle famiglie per il dentista nel 2001 (valori in euro)

Regione	Famiglie di cui almeno un componente ha sostenuto nell'anno una spesa per il dentista						Spesa totale annua			Spesa media per famiglia calcolata sull'intera popolazione	Spesa media per famiglia calcolata sulle sole famiglie che hanno speso
	Sì		No		Totale		Totale	%	Per 1000 abitanti		
	N	%	N	%	N	%					
Piemonte e Valle d Aosta	641	33,2	1.292	66,8	1.933	100,0	855.288.732	8,9	190	442	1.334
Lombardia	1.556	40,5	2.285	59,5	3.841	100,0	2.371.681.783	24,7	253	618	1.525
Trentino Alto Adige	124	36,0	220	64,0	344	100,0	326.233.867	3,4	382	949	2.641
Veneto	782	44,9	959	55,1	1.741	100,0	1.652.643.844	17,2	362	949	2.114
Friuli Venezia Giulia	182	38,3	293	61,7	475	100,0	511.824.086	5,3	482	1.078	2.812
Liguria	252	34,4	480	65,6	731	100,0	300.414.392	3,1	194	411	1.194
Emilia Romagna	759	45,0	929	55,0	1.688	100,0	752.497.570	7,8	188	446	992
Toscana	581	40,5	854	59,5	1.435	100,0	539.130.503	5,6	151	376	928
Umbria	111	41,0	160	59,0	271	100,0	156.892.922	1,6	230	579	1.413
Marche	208	39,8	315	60,2	524	100,0	158.072.206	1,6	115	302	758
Lazio	523	25,3	1.544	74,7	2.068	100,0	673.469.199	7,0	124	326	1.287
Abruzzo	142	32,7	293	67,3	435	100,0	172.638.584	1,8	148	397	1.214
Molise	36	37,7	60	62,3	97	100,0	45.306.403	0,5	171	469	1.244
Campania	542	27,9	1.398	72,1	1.940	100,0	297.126.339	3,1	51	153	548
Puglia	442	31,3	972	68,7	1.414	100,0	261.301.284	2,7	64	185	591
Basilicata	39	23,5	127	76,5	166	100,0	24.377.853	0,3	53	147	626
Calabria	215	31,0	478	69,0	693	100,0	116.578.214	1,2	60	168	542
Sicilia	378	20,4	1.472	79,6	1.849	100,0	208.116.270	2,2	40	113	551
Sardegna	174	31,6	375	68,4	549	100,0	162.899.404	1,7	107	297	939
Totale	7.686	34,6	14.506	65,4	22.192	100,0	9.586.493.456	100,0	167	432	1.247

Fonte: elaborazioni Servizio Studi Andi su dati Istat, Indagine sui consumi delle famiglie, 2001.

Tab. 7 Spesa delle famiglie per il dentista nel 2001 (valori in euro)

Regione	Famiglie di cui almeno un componente ha sostenuto nell'anno una spesa per il dentista						Spesa totale annua			Spesa media per famiglia calcolata sull'intera popolazione	Spesa media per famiglia calcolata sulle sole famiglie che hanno speso
	Sì		No		Totale		Totale	%	Per 1000 abitanti		
	N	%	N	%	N	%					
Piemonte e Valle d Aosta	641	33,2	1.292	66,8	1.933	100,0	855.288.732	8,9	190	442	1.334
Lombardia	1.556	40,5	2.285	59,5	3.841	100,0	2.371.681.783	24,7	253	618	1.525
Trentino Alto Adige	124	36,0	220	64,0	344	100,0	326.233.867	3,4	382	949	2.641
Veneto	782	44,9	959	55,1	1.741	100,0	1.652.643.844	17,2	362	949	2.114
Friuli Venezia Giulia	182	38,3	293	61,7	475	100,0	511.824.086	5,3	482	1.078	2.812
Liguria	252	34,4	480	65,6	731	100,0	300.414.392	3,1	194	411	1.194
Emilia Romagna	759	45,0	929	55,0	1.688	100,0	752.497.570	7,8	188	446	992
Toscana	581	40,5	854	59,5	1.435	100,0	539.130.503	5,6	151	376	928
Umbria	111	41,0	160	59,0	271	100,0	156.892.922	1,6	230	579	1.413
Marche	208	39,8	315	60,2	524	100,0	158.072.206	1,6	115	302	758
Lazio	523	25,3	1.544	74,7	2.068	100,0	673.469.199	7,0	124	326	1.287
Abruzzo	142	32,7	293	67,3	435	100,0	172.638.584	1,8	148	397	1.214
Molise	36	37,7	60	62,3	97	100,0	45.306.403	0,5	171	469	1.244
Campania	542	27,9	1.398	72,1	1.940	100,0	297.126.339	3,1	51	153	548
Puglia	442	31,3	972	68,7	1.414	100,0	261.301.284	2,7	64	185	591
Basilicata	39	23,5	127	76,5	166	100,0	24.377.853	0,3	53	147	626
Calabria	215	31,0	478	69,0	693	100,0	116.578.214	1,2	60	168	542
Sicilia	378	20,4	1.472	79,6	1.849	100,0	208.116.270	2,2	40	113	551
Sardegna	174	31,6	375	68,4	549	100,0	162.899.404	1,7	107	297	939
Totale	7.686	34,6	14.506	65,4	22.192	100,0	9.586.493.456	100,0	167	432	1.247

Fonte: elaborazioni Servizio Studi Andi su dati Istat, Indagine sui consumi delle famiglie, 2001.