

IL CALENDARIO DEL 55° CONGRESSO

A Rimini l'appuntamento cruciale di formazione e confronto per i professionisti e le aziende

Anche quest'anno, il Congresso di Rimini degli Amici di Brugg inizia un giorno prima rispetto al programma. Infatti il mattino di giovedì 24 maggio si svolgeranno corsi tecnologici su tematiche relative a diverse specialità, con relatori di altissimo livello. Questi corsi hanno assunto negli anni dignità e funzione non solo tecniche, ma sempre più didattiche e cliniche. Infatti, l'illustrazione di una nuova tecnologia diventa l'occasione per mostrare, attraverso la sua applicazione, non solo i risultati, ma anche come ottenerli, comparando metodiche tradizionali con quelle più attuali.

Nel pomeriggio c'è il corso pre-congressuale riservato agli iscritti al congresso, quest'anno dedicato sia a odontoiatri che odontotecnici, in quanto tratta problematiche di protesi sia di studio che di laboratorio. Penso che Mario Martignoni, grande protesista Amico di Brugg scomparso anni fa, sarebbe contento di vedere che questo corso è stato dedicato al suo insegnamento, in quanto sosteneva che, per ottenere la massima precisione in protesi, l'odontoiatra deve conoscere le varie procedure di laboratorio come l'odontotecnico le fasi di registrazione e impronta in studio, in modo che le due figure possano sempre coordinarsi e completarsi.

Il venerdì ci saranno invece come sempre due sessioni distinte, una per gli odontoiatri e l'altra per gli odontotecnici, per permettere quegli approfondimenti possibili solo quando ci si rivolge a una platea omogenea e per toccare argomenti diversi dalla protesi. Al termine di questa giornata ci sarà come sempre l'assemblea dei soci, che quest'anno è anche elettiva, in quanto si rinnovano le cariche associative per il prossimo triennio.

Il sabato invece la sessione sarà di nuovo comune, in quanto le relazioni sono su argomenti di protesi, con importanti relatori stranieri, quali Pascal Magne, Willi Geller, Douglas Terry. Concluderanno infine la giornata e il Congresso due relatori italiani altrettanto conosciuti: Mario Semenza e Gianfranco Ferrari che, in collegamento via satellite dallo studio Semenza, ci dimostreranno in diretta Tv i passaggi fondamentali, clinici e di laboratorio, necessari per la realizzazione di una protesi fissa. Questo collegamento è ormai da anni una componente costante del congresso; il momento in cui la sala ha la possibilità di confrontarsi direttamente con i relatori anche su problemi di ordine pratico che possono sembrare quasi banali, ma che in realtà rappresentano gran parte delle difficoltà che il professionista incontra quotidianamente nello svolgimento del suo lavoro.

Penso che ancora oggi sia proprio questo che i congressisti si aspettano dagli Amici di Brugg: suggerimenti pratici che migliorino il lavoro, non solo in termini di qualità, ma anche di semplificazione dei procedimenti necessari per ottenerla.

Il venerdì pomeriggio è prevista come sempre anche una sessione per gli igienisti dentali, preceduta al mattino da alcuni corsi tecnologici a loro dedicati. Il sabato mattina, invece, ci sarà un corso monotematico per gli assistenti dentali.

Nell'ambito congressuale si svolge anche, ormai da diversi anni, un convegno di odontoiatria essenziale a cui partecipano i volontari che si occupano di assistenza, non solo odontoiatrica, nei Paesi in via di sviluppo e a basso reddito.

Per il terzo anno consecutivo, inoltre, in collaborazione con Ancad, viene proposto ai venditori aziendali un corso di formazione che quest'anno vedrà fra i relatori, accanto a esponenti della Sda Bocconi, anche un odontoiatra - Carlo Guastamacchia - e un odontotecnico - Tommaso Abbondanza - che analizzeranno il rapporto con il venditore dal punto di vista del cliente.

Infine, novità assoluta dedicata ai produttori, un convegno organizzato dal gruppo Mau (Mobiliari Associati Uniti), composto da importanti aziende produttrici di mobili per lo studio e il laboratorio.

Mario Iorio  
Presidente uscente Amici di Brugg

© RIPRODUZIONE RISERVATA



Le variazioni nei consumi

	Anno 2011 vs. 2010	Primo quadrimestre 2012
Attrezzature laboratorio	-7,3%	-18,6%
Attrezzature studio	2,3%	-8,0%
Consumo laboratorio	1,1%	-1,7%
Consumo studio	0,5%	-1,7%
Totale	0,7%	-3,6%



AMICI DI BRUGG/ L'ultima rilevazione dell'Istituto Key-

Tre milioni di pazienti

Il 2012 è nel segno della recessione - E le fami

L'ultima rilevazione periodica dell'Istituto Key-Stone conferma quanto emerso nelle ultime indagini, cioè un ulteriore e progressivo calo di pazienti denunciato dai dentisti italiani nel corso del 2011, che si aggiunge alle riduzioni del 2009 e 2010, già segnalate nel passato da Il Sole-24 Ore Sanità.

La ricerca, basata nuovamente su un campione di 1.000 dentisti, presenta risultati non molto diversi da quelli degli ultimi tre anni: nell'autunno 2011 circa il 30% dei dentisti denunciava un calo di accessi (stimato intorno al 18%), solo parzialmente compensato dal 14% dei professionisti che dichiara un recupero nel numero medio di pazienti (stimato intorno al 12%). Il risultato complessivo è poco confortante: - 3% di riduzione ponderata nel numero di pazienti.

Questo calo dichiarato si va ad aggiungere al -4% del 2010 e al -7% del 2009. Con una riduzione complessiva dall'inizio della crisi stimato in -14%: cioè circa 3 milioni di pazienti in meno per gli studi dentistici privati italiani.

Conforta parzialmente notare che una parte dei dentisti è in controtendenza e vale la pena di annotare come, ancora una volta, siano gli studi odontoiatrici di più recente apertura o quelli più grandi e strutturati con almeno 3 poltrone a marcare un lieve recupero.

Naturalmente una minore frequentazione dello studio dentistico potrebbe far pensare a un mi-

glioramento generalizzato della salute odontoiatrica, ma è assai più probabile una riduzione forzata degli accessi a causa della crisi economica e sociale, nonché una scarsa capacità di comunicare e stimolare la domanda da parte degli studi privati. La crisi non è quindi solo di domanda: la riduzione degli accessi in una parte degli studi potrebbe essere anche addebitata alla qualità dell'offerta, intesa come capacità di risposta alla situazione recessiva con un adeguato mix di prestazioni, servizi e prezzi.

Questa ipotesi è avvalorata dalla grande eterogeneità di performance economiche degli studi dentistici. Gli ambulatori che hanno avuto incremento sono generalmente quelli meglio organizzati o condotti da dentisti più giovani e quindi in fase di espansione. Il fenomeno è tipico di mercati in cui la qualità dell'offerta è in grado di generare domanda, in quanto se il calo degli accessi fosse dovuto esclusivamente alla crisi in atto - peraltro ormai divenuta una situazione strutturale di ristagno o crescita ridotta con la quale dovremmo probabilmente convivere per anni - la crisi dei dentisti sarebbe stata trasversale e avrebbe colpito una porzione di gran lunga più estesa di studi odontoiatrici.

In sintesi, secondo quanto dichiarato da oltre 3.000 dentisti (integrazione di tre ricerche periodiche e ripetute), il calo complessivo di pazienti dal 2009 si colloca tra il -12% e il -15%. Ma la riduzione di pazienti negli studi

privati provoca senz'altro una contrazione dei ricavi di gran lunga maggiore, poiché, come poi analizzato, sono state le terapie più costose a subire un vero e proprio tracollo.

**Laboratori odontotecnici in forte crisi.** Se parte dei dentisti lamenta una riduzione di pazienti, la situazione è più negativa per gli odontotecnici, e ciò è dimostrato dal pessimo andamento della produzione di protesi, segnalata da un campione di oltre 650 laboratori intervistati nel mese di dicembre 2011.

In questo caso la riduzione è generalizzata, poiché colpisce oltre il 70% dei laboratori con un calo del 29%, e porta a una riduzione di produzioni protesiche del -19%. Anche questo comparto viene analizzato in modo continuativo e, considerando le ultime tre ricerche, la riduzione è del 34% dal 2009 al 2011. Un terzo in meno di protesi in tre anni, secondo quanto affermato dagli odontotecnici.

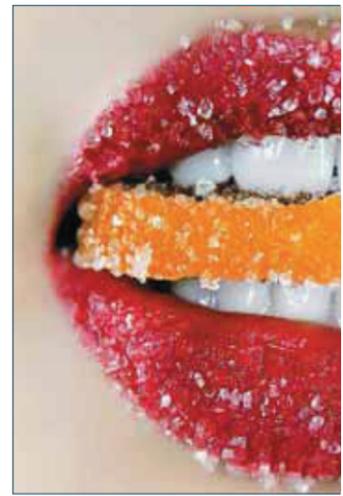
Considerando la forte incidenza della protesi nel conto economico dello studio dentistico, è facile immaginare l'impatto negativo e sinergico dei due fattori: il calo degli accessi e la scontata riduzione del valore medio della prestazione a causa della minore incidenza della protesi.

Ma meno ricavi per i dentisti e meno protesi prodotte significano, di fatto, privazioni e difficoltà a curarsi per i cittadini. Occorre quindi guardare anche ai pazienti che probabilmente si trovano a dover rinunciare alle terapie più

costose e alla protesi per un'oggettiva riduzione della possibilità di spesa. Senza nulla togliere ai costi effettivi del dentista che contribuiscono in modo notevole alla composizione del prezzo, tariffe alla mano, una sola corona in ceramica può costare come uno stipendio di un operaio o di un impiegato.

È in questo contesto che stanno prendendo piede due importanti fenomeni: l'"odontoiatria di capitale", che alcuni chiamano "commerciale" e un'offerta pubblica o semi-pubblica sempre più efficace, organizzata e competitiva.

**L'offerta tra dentisti privati, pubblici e società di capitale.** Va considerato che le ricerche in oggetto, ma anche tutti gli studi e sondaggi pubblicati negli ultimi anni, hanno analizzato il mondo



LA PAROLA AL PRESIDENTE

«Un triennio all'insegna c

ne: precisione, funzionalità e integrazione biologica di tutti i tipi di restauro per il raggiungimento di un risultato armoniosamente estetico.

Per questi motivi il corso del giovedì pomeriggio è stato dedicato a Mario Martignoni, figura storica indiscussa dell'odontoiatria italiana e degli Amici di Brugg.

I suoi studi, le sue scrupolose ricerche, l'uso pionieristico del microscopio, sono stati fondamentali per ottenere risultati concreti e positivi nel giusto equilibrio di estetica e funzionalità.

Purtroppo le nuove generazioni di colleghi enfatizzano, talvolta eccessivamente, l'estetica, mettendo alla base di tutto conoscenza merceologica dei materiali e abilità manuale.

Questo è un atteggiamento che porta a dimenticare il ruolo essenziale svolto dalla bocca e dai tessuti all'interno del nostro organismo, che i pazienti sono esseri prima di tutto biologici.

Io trovo grave che oggi venga privilegiato l'aspetto tecnico della nostra professione, ossia l'abilità manuale, mentre è sempre più trascurata la parte biologica che costituisce la base della nostra disciplina oltre che della medicina.

Nicola Perrini è da anni il referente scientifico del Congresso degli Amici di Brugg, il presidente dalla Fondazione Castagnola e oggi presidente designato alla guida della associazione che ha fatto dell'aggiornamento culturale "pratico" il suo punto di forza. Alla vigilia del 55° Congresso di Rimini abbiamo voluto porgli alcune domande per capire come l'aggiornamento professionale, la ricerca di tecniche, attrezzature e materiali all'avanguardia possano integrarsi con la richiesta da parte di molti pazienti di prestazioni odontoiatriche a costi contenuti, anche se compito di una associazione scientifica è quello di insegnare sempre l'eccellenza.

**Il congresso di quest'anno ha come filo conduttore l'estetica e la funzione. Due aspetti che possono essere soddisfatti insieme senza compromessi?**

Quest'anno si conclude il triennio che la nostra associazione ha dedicato all'estetica, tema sempre più dibattuto nei congressi, e noi, nelle due scorse edizioni abbiamo cercato di trattare le diverse sfaccettature dell'argomento. In questa edizione gli interventi sull'estetica saranno sviluppati essenzialmente nella sessione rivolta agli odontotecnici.

Per me l'estetica è intesa non in senso strettamente cosmetico, ma nel significato più ampio che questo termine ha nella professio-



Stone conferma la crisi: nel 2011 utenti in calo del 3%

# Utenti lasciano gli studi e guardano all'odontoiatria "commerciale"

dei quasi 37.000 centri odontoiatrici privati italiani, che ospitano circa 58.000 dentisti, e le tendenze sono state misurate basandosi sul dichiarato di quest'ultimi.

Occorre quindi valutare il fenomeno anche attraverso misurazioni più oggettive, come gli effettivi consumi del comparto in termini di prodotti di uso quotidiano del dentista. Ebbene, anticipiamo che i consumi del settore dentale non calano proporzionalmente ai tassi medi di riduzione riscontrati tra i dentisti privati. Ci sono quindi altri canali di offerta di prestazioni che probabilmente stanno parzialmente compensando l'abbandono del tradizionale studio dentistico, spesso mono-professionale.

Sono ormai diverse le strutture pubbliche, le aziende ospedaliere e le Università che stanno

erogando prestazioni di qualità a prezzi maggiormente accessibili. Strutture che affrontano il mercato con modelli di eccellenza, spesso senza pesare economicamente sulla collettività e, anzi, riuscendo a rendere virtuoso il conto economico pur proponendo livelli di prezzo vantaggiosi.

Senza entrare nel merito di una questione socio-previdenziale, consistente nel valutare se esistono concrete possibilità di offrire una buona assistenza odontoiatrica ai meno abbienti, è indubbio sottolineare che un comparto composto da microstrutture (il 75% degli studi dentistici ha una o due poltrone) non può oggettivamente essere efficiente. I costi fissi rischiano di incidere tanto da non consentire possibilità di manovra sulla politica dei prezzi per avvicinare l'offerta alle rinnovate capacità economiche della popolazione. Perlomeno di una parte di essa. In un contesto di questo tipo sono solo gli studi dentistici più grandi e strutturati e le società di capitale che erogano prestazioni odontoiatriche, a poter intervenire sulla leva prezzo senza erodere la marginalità complessiva, grazie a economie di scala e a un più efficiente sistema di gestione. Questo trend è già in atto, lo dimostra non solo il riprodursi e l'espandersi di piccoli o grandi modelli imprenditoriali odontoiatrici, ma anche l'offerta sempre più concreta di enti (pubblici, semi-pubblici, universitari ecc.) che si pongono in concorrenza alla libera professione e si accostano maggiormente alle esi-

genze dei cittadini.

Se la qualità complessiva delle prestazioni rimane più che accettabile, è chiaro che il fenomeno diverrà sempre più importante. Questo trend, qualora si sviluppasse ulteriormente, tende peraltro a instaurare un circolo vizioso che porta a una inevitabile riduzione dei pazienti dello studio mono-professionale, con un conseguente ulteriore aumento dell'incidenza dei loro costi fissi e un progressivo allontanamento dalla possibilità di competere.

Altro tema è quello dei grandi centri organizzati in forma imprenditoriale e il nuovo fenomeno della cosiddetta "odontoiatria commerciale", come le catene in franchising o studi multi-sede, vera novità degli ultimi anni rispetto alla quale c'è da augurarsi che la qualità della prestazione sia effettivamente garantita.

In particolare, il modello di odontoiatria commerciale organizzata in catene, pur non superando i 200 centri, si sta affermando attraverso sistemi e canali di comunicazione anche importanti e, pur non essendo ancora capillarmente diffusa, sta sensibilizzando la popolazione alla cura della bocca indirizzando il cittadino a rivolgersi a strutture più "anonime", saltando l'antico rapporto fiduciario medico/paziente in favore di un ipotetico miglior rapporto servizi/prezzo.

**Roberto Rosso**  
Presidente Key-Stone

© RIPRODUZIONE RISERVATA



## FOCUS SUI CONSUMI

### “Tengono” le prestazioni di base

Il rapporto fiduciario tra paziente e dentista caratterizza l'attività odontoiatrica e non si prevede che questo possa cambiare a breve termine. Ma le dinamiche di comunicazione di marketing in atto potranno modificare nel tempo la percezione e il vissuto del rapporto col dentista in parte della popolazione. Questo processo di riduzione di pazienti nel classico studio privato mono-professionale è lento ma inesorabile e a medio periodo potremmo osservare un ruolo sempre più importante delle strutture che sapranno ottenere quella massa critica in grado di mantenere alta la qualità, comunicare generando domanda ed essere competitivi nel prezzo. Strutture che potranno essere pubbliche o private, di grandi dimensioni o composte da sistemi di affiliazione o associazionismo di studi privati. Sia l'offerta pubblica che quella delle società di capitale sono fenomeni emergenti, che in prospettiva potrebbero rispondere alla domanda di prestazioni di una parte sempre più consistente di cittadini. Forse proprio grazie a questi nuovi ambiti di raccolta della domanda odontoiatrica, il mercato in termini di consumi di prodotti a uso odontoiatrico nel 2011 non ha sofferto in modo particolare.

Possiamo affermare che assistiamo a una riduzione di clienti degli studi privati, ma potrebbe in parte esserci un travaso di pazienti verso strutture più competitive pubbliche e private. A questo proposito, osserviamo inizialmente il trend dei consumi di prodotti dentali nel 2011 rispetto all'anno precedente, tracciato grazie a un sistema costante di rilevazione delle vendite di industria e distribuzione del settore. Per ora si tratta di una proiezione basata su un campione rappresentativo di rivenditori, ma le linee di tendenza sono indicative di quanto sta avvenendo. Come si può notare nel grafico in alto a sinistra, le variazioni di consumi sono piuttosto trascurabili e il mercato si presenta con gli stessi valori dell'anno precedente. Si registra infatti una situazione di ristagno, e l'1% complessivo di aumento può essere facilmente addebitato a fenomeni inflativi.

La classificazione dei prodotti per tipologia di trattamento è un vero e proprio specchio di come si sta evolvendo questa disciplina e del cambiamento di modalità di accesso degli italiani allo studio dentistico. I grandi pilastri dell'odontoiatria, come la protesi e la conservativa hanno un leggero calo (sia pur lontano dalle cifre dichiarate per ciò che concerne gli afflussi negli studi privati), ma l'au-

mento dei prodotti monouso, della profilassi, della chirurgia e dell'anestesia sono sintomatici di un afflusso al sistema odontoiatrico comunque consistente, e del ricorso alla chirurgia e parodontologia quando necessario.

Ci sono poi dati quantitativi puntuali - come il numero di fiale di anestetico o le cannule aspira saliva - che sono un vero e proprio indicatore del numero degli accessi agli studi dentistici. Anche in questo caso le quantità complessive consumate del 2011 sono state all'incirca le stesse dell'anno precedente, possiamo quindi affermare che la riduzione di pazienti e di visite è un fenomeno che riguarda soprattutto gli studi dentistici privati, ma che nel 2011 non ha stravolto il quadro dei consumi complessivi nel settore.

Anche le attrezzature per lo studio dentistico - così come documentato anche dalla Ricerca Unid condotta da Key-Stone - hanno avuto un andamento positivo nel 2011 nonostante una riduzione nel secondo semestre. In questo caso, però, lo sviluppo del comparto apparecchiature si è concentrato nell'ambito delle tecnologie digitali, in particolare in quello diagnostico con un ulteriore sviluppo della radiologia 2D e 3D. Il calo del mercato delle tecnologie per il laboratorio è invece lo specchio di un settore nel quale gli operatori probabilmente credono sempre meno, risentendo di una recessione ormai strutturale.

Ma il 2012 si presenta assai più cupo, si assiste infatti nuovamente a una situazione di contrazione del mercato che non avveniva dal 2009, ancor più marcato nell'ambito degli investimenti in apparecchiature. Al termine del primo quadrimestre il panel di distributori marca un segno negativo in tutti i segmenti, sfiorando il 2% nel consumo (correlato agli accessi odontoiatrici) e manifestandosi in modo assai marcato laddove la fiducia nel futuro è elemento essenziale, quello degli investimenti in nuove tecnologie.

Se l'industria dentale nel 2011 ha resistito alla situazione non florida pur non crescendo come fino al 2008, le prospettive per il 2012 sono negative, con un terzo dei dentisti privati che soffre un forte calo di pazienti e la categoria in generale che sconta una riduzione dei ricavi.

**R.R.**

© RIPRODUZIONE RISERVATA

## DESIGNATO NICOLA PERRINI

### «dell'approccio scientifico»

Queste cose ce le ricordava sempre Mario Martignoni che, pur avendo ottenuto risultati notevoli in estetica, se rapportati ai tempi, mai li avrebbe raggiunti a scapito della funzionalità di un organo essenziale come è la bocca per il corretto funzionamento del corpo umano.

**Che ruolo assume nella riabilitazione protesica la scelta dei materiali? È fondamentale oppure deve essere accompagnata da altri elementi?**

Direi che più che accompagnata deve essere preceduta da un altro tipo di cognizione.

Bisogna mettere in primo piano la diagnosi e spostare l'accento dalla sola qualità alle ragioni per cui un particolare tipo di materiale verrà applicato. Non dimentichiamolo mai: l'odontoiatria è, e rimane, una branca medica in quanto la bocca è parte integrante dell'organismo.

Con i nuovi materiali "metal free", gli odontotecnici lavorano proprio per il raggiungimento di un'estetica sempre più fruibile e di qualità. I nuovi materiali da rivestimento estetico vengono ricercati e prodotti per assecondare il raggiungimento di un obietti-

vo sempre più sofisticato.

L'innovazione non può però cancellare di colpo l'esperienza acquisita sulle ricostruzioni in metallo-ceramica. Il concetto delle proporzioni tra sottostruttura e materiali da rivestimento estetico rimane fondamentale. L'estetica del bianco ha portato l'industria a nuovi materiali di cui non si ha ancora un know-how specifico e di lunga esperienza, per questo motivo sarebbe un errore abbandonare le competenze e l'esperienza sulla metallo-ceramica. Anche su questo ci confronteremo a Rimini.

L'obiettivo è quello di consentire all'odontoiatra e all'odontotecnico di collaborare attivamente dal piano di trattamento alla realizzazione dei manufatti, ciascuno assicurando il suo contributo per la specifica parte di competenza e nel rispetto delle singole funzioni per ottenere una ricostruzione protesica individuale nel rispetto dell'estetica e della funzione.

Spesso le informazioni diffuse dai media alimentano aspettative eccessive nei pazienti che ci chiedono soluzioni che probabilmente non saranno disponibili se non fra molti anni.

Dobbiamo sempre cercare di percepire le novità scientifiche, frutto della ricerca, le dobbiamo conoscere e saper applicare, ma anche avere il coraggio di liberare il campo dai miraggi e dalle false promesse.

**Quest'anno gli Amici di Brugg rinnoveranno le cariche sociali. Lei è il candidato alla presidenza. Ci può anticipare quali saranno le linee guida del prossimo triennio?**

Se i colleghi, nel corso dell'assemblea elettorale vorranno chiamarmi a incarichi ancor più impegnativi, la mia intenzione è quella di dare un segnale che ci faccia tornare alle origini.

Gli Amici di Brugg sono nati oltre mezzo secolo fa dal connubio fra un grandissimo clinico come Augusto Biaggi e un ricercatore d'eccellenza, quale era Luigi Castagnola.

L'insegnamento di questi personaggi non era focalizzato sulla tecnica pura e semplice, ma sulle ragioni per cui, a seconda dei casi clinici, era opportuno adottare quella tecnica: la diagnosi, il piano di trattamento, la capacità di prevedere le conseguenze delle diverse opzioni terapeutiche.

Questa logica scientifica, che io considero un vero e proprio valore, rischia oggi di perdersi nel tempo. Se toccherà a me, con l'aiuto degli Amici, cercherò di porvi rimedio, anche perché non saprei trovare nulla di più moderno e adatto a valorizzare la nostra professione che è quella medica, fatta di ricerca e di clinica.

**Norberto Maccagno**

© RIPRODUZIONE RISERVATA



AMICI DI BRUGGI/ In uno studio voluto dall'Andi tutti gli scenari post-liberalizzazioni

# Dentisti, prove di concorrenza

Preventivi: rebus immediato - Modello societario: profilo enigmatico

**L'**insieme dei provvedimenti legislativi varati nell'ultimo biennio in materia di professioni rappresenta una vera innovazione istituzionale, la cui logica è quella di incentivare una "industrializzazione" dei servizi professionali che dovrebbero operare nel contesto delle liberalizzazioni.

Le disposizioni che introducono questo nuovo regime (Dl 138/2012, manovra di ferragosto; la L. 183/2011, legge di stabilità; il Dl 1/2012 sulle liberalizzazioni e la Delega fiscale) non rappresentano tuttavia una assoluta novità, se viste nel quadro internazionale, già caratterizzato dalla tendenza a introdurre un regime concorrenziale anche nel settore delle professioni e ad ampliare le modalità economico-organizzative secondo cui l'attività professionale può essere esercitata.

Tra le principali novità introdotte dalle normative citate figurano: l'abolizione delle tariffe; la definizione del compenso con l'indicazione di tutte le voci di costo, comprensive di spese, oneri e contributi, da pattuire con il cliente; la possibilità (non l'obbligo, è bene sottolinearlo) di costituire società tra professionisti (Stp) aventi per oggetto l'esercizio dell'attività professionale, caratterizzate dal vincolo di attribuzione della maggioranza dei 2/3 ai professionisti; la possibilità di fare pubblicità e interventi di marketing; l'introduzione dell'Iri, ovvero dell'imposta sul reddito imprenditoriale prodotto da professionisti e imprese, a prescindere dalla forma giuridica in cui operano, da tener distinta dall'Irpef progressiva da pagare per i compensi erogati dall'impresa al titolare o ai soci oppure dai professionisti che non partecipano a una Stp.

La logica che anima e ispira l'insieme delle nuove disposizioni è quella di concepire i servizi professionali (anche quelli del settore sanitario, ivi inclusi gli odontoiatri), come un vero e proprio settore economico, parte della struttura produttiva del Paese, cui si attribuisce, al pari di altri settori economici, la capacità di generare valore aggiunto per il Paese,

Le novità in pista
• Abolizione delle tariffe
• Compenso preventivo e finale delle prestazioni con tutte le voci di costo e secondo la complessità
• Polizza assicurativa obbligatoria
• Società tra professionisti
• Anche multi-professionali
• Costituzione secondo varie fattispecie: di persone, di capitale e cooperative
• Divieto per il professionista di partecipare a più di una Stp
• Soci non professionisti per compiti tecnici e per investimento di capitale (con vincolo a 1/3)
• La professione può continuare a essere svolta anche nelle modalità tradizionali (studio monoprofessionale e studio associato)
• Possibilità di pubblicità e marketing
• Imposizione fiscale opzionale come Irpef e/o Irpef + Iri (imposta unica sul reddito di professionisti e imprese a prescindere dalla modalità-individuale, società personale e di capitale) di produzione

Schema sinottico di valutazione	
Modello tradizionale	Modello societario
• Difficoltà di ricorso al marketing e alle procedure di gestione	• Facilità del marketing e del ricorso a tecniche avanzate di gestione
• Processi decisionali e basi d'esperienza personali senza apporti esterni	• Processi decisionali e basi d'esperienza con apporti esterni (soci tecnici e di capitale)
• Valore economico unico	• Valore economico duplice (valore d'impresa è disgiunto dal valore-lavoro del professionista)
• Valore in capo al solo dentista (valore personalizzato che dipende in toto dal dentista)	• Solo parte del valore è in capo al dentista (valore sponsorizzato)
• Valore in-commerciable e in-alienabile	• Valore commerciale e alienabile
• Livello incertezza non condiviso e rischio concentrato	• Livello incertezza condiviso e rischio decentrato
• Quasi impossibilità di patrimonializzazione	• Possibilità di patrimonializzazione
• Impossibilità di split del reddito	• Possibilità di split del reddito
• Assenza di vincoli bilancio	• Presenza di vincoli bilancio

e che presuppone la possibilità (non l'obbligatorietà) di esercitare l'attività professionale come attività di impresa e non solo secondo il modello professionale tradizionale.

**Tariffe: un nodo a prescindere.** A prescindere dalla convenienza o meno per i dentisti (come altri professionisti) di entrare o costituire società tra professionisti e dalla novità introdotta con l'Iri, dallo scorso mese di gennaio, sono in vigore le norme sull'abolizione delle tariffe e sull'introduzione delle nuove modalità di compenso e rapporto con il paziente (Dl 1/2012, art. 9).

Le disposizioni sono tali da produrre conseguenze pratiche sul modus operandi tradizionale del dentista, in quanto presuppongono competenze e possesso di strumenti operativi necessari ai nuovi adempimenti. In particolare, dovendo il compenso per le prestazioni professionali essere reso noto al cliente con un preventivo di massima, che indica per le singole prestazioni tutte le voci di costo, comprensive di spese, oneri, contributi, nonché il grado di complessità delle medesime, il dentista dovrà giocoforza predisporre uno schema di calcolo e di attribuzione di valore economico a una molteplicità di

voci di cui alcune misurabili (a es. il costo del personale attribuito alla prestazione) e altre intangibili (a es. il valore professionale del dentista).

È ipotizzabile, quindi, che, abolite le tariffe, sarà necessario: ri-

classificare tutte le prestazioni secondo il grado di complessità, dare un peso alle classi, individuare e poi dare un valore a tutte le voci di costo, spese, oneri e contributi ecc. Bisognerà cioè, in sostanza, ripercorrere un processo simile, ma non uguale e più complicato tecnicamente, a quello della determinazione delle tariffe. Non si può non evidenziare che la nuova norma presenta una possibile criticità. Viene da chiedersi perché - nell'ambito di un decreto che punta ad aprire a un regime di mercato concorren-

ziale - il professionista debba dichiarare tutto quanto porta alla determinazione del compenso, senza potersi limitare a dichiarare il prezzo della prestazione, come è usuale e proprio di un regime di mercato.



Sembra una incongruenza che è giustificata dalla volontà di ridurre l'asimmetria informativa del paziente, ma che non è detto conduca automaticamente a un contenimento dei compensi (prezzi). I dentisti, infatti, come i medici, in base a evi-

denze di letteratura, sono soliti praticare prezzi, per così dire, su base "artigianale", in modo e misura tali da produrre un guadagno complessivo, ma non necessariamente equidistribuito tra prestazioni (alcune che costano di più, possono in pratica essere prezzate di meno

e viceversa) e pazienti (ad alcuni si fa pagare di più per compensare minori prezzi fatti pagare ad altri).

**Studio tradizionale e Stp: modelli a confronto.** Tornando alla novità introdotta con la previsione delle società tra professionisti, oltre alle caratteristiche differenziali di natura giuridico-organizzativa ed economica, è interessante riflettere se i due modelli presentano profili differenziali dal punto di vista fiscale. Una valutazione completa è per ora impossibile, in primo luogo perché le disposizioni normative oggi esistenti non sono tutte definite e complete, in particolare quelle relative all'Iri.

Nel contesto delle indagini realizzate dal Servizio studi dell'Andi diretto dal dottor **Roberto Callioni** è stata effettuata una valutazione semplificata e provvisoria da cui emerge che, data un'aliquota Iri del 27,5%, si ricava un valore soglia pari a 32.941 euro (corrispondente a 28mila euro di imponibile cui si applica un'aliquota Irpef del 27%), al di sotto del quale è conveniente assoggettare il reddito all'Irpef e al di sopra assoggettarne una quota all'Iri. A esempio, con un reddito di 40mila euro, se il professionista (come professionista Iva o socio di Stp) sceglie di assoggettarlo tutto all'Irpef, pagherà un'im-

posta di 9.760 euro, comprendenti anche le addizionali; se, invece, ne assoggetta 34mila a Irpef e 6mila a Iri, pagherà un'imposta totale di 8.980, realizzando un risparmio di imposta di 780 euro (-2%). Con un reddito di 100mila euro, lo stesso professionista in caso di assoggettamento totale all'Irpef pagherebbe 31.845 euro, mentre con uno spartimento tra Irpef e Iri pagherebbe 23.071 euro, con un risparmio di imposta pari all'8,8 per cento. Si tratta di stime teoriche, puramente esemplificative la cui effettiva convenienza relativa dipenderà dalle disposizioni finali.

In linea teorica, va aggiunto che, essendo l'Iri, come sopra detto, un'imposta unica sul reddito prodotto da professionisti e imprese, a prescindere dalla forma giuridica con cui operano (individuale, società di personale o di capitale), il ricorso all'Iri può essere conveniente sia per i professionisti che rimangono professionisti individuali, sia per quelli che diventano soci di una Stp.

Considerando tutti i criteri di valutazione e dato per scontato che la simulazione fiscale è parziale e provvisoria, ne consegue che la costituzione o l'entrata in una Stp presenterebbe punti di vantaggio in quanto, oltre ai possibili

## RIBADITO IL DIRITTO DELLE SOCIETÀ DI CAPITALI AD USARE L'ARMA DELL'ADVERTISING

# La pubblicità sanitaria nel mirino della Cassazione

**S**empre in evoluzione - e molto scottante - il tema della pubblicità in ambito sanitario, ove però, seppure lentamente, le sentenze stanno chiarendo limiti e competenze dei soggetti in gioco.

Sul tema meritano di essere segnalate due recenti sentenze di grande rilevanza.

La prima è la Cassazione 9 marzo 3717/2012 (si veda *«Il Sole-24 Ore Sanità»* n. 11/2012) intervenuta sul "famoso" (nel settore) "caso Porro", direttore di una clinica odontoiatrica Vitaldent sospeso dall'Ordine di La Spezia per 6 mesi poi "ridotti" (!) a 5 dalla Cceps (Commissione centrale esercenti professioni sanitarie).

La condanna disciplinare si era fondata - in particolare da parte della Cceps - sull'assunto in base al quale per le società di capitali non troverebbe applicazione la liberalizzazione della L. 248/2006 (c.d. «decreto Bersani»), ma dovrebbe continuare ad applicarsi la più restrittiva legge 175/1992.

Secondo tale interpretazione, accreditata anche da un parere della Direzione professioni del ministero della Salute, a seguito del Dl Bersani solo i professionisti singoli o associati potevano giovare del superamento degli stringenti limiti prima imposti dalla legge del 1992. Le numerose società di capitali che gestiscono strutture sanitarie sarebbero state escluse da tali innovazioni e avrebbero dovuto sottostare ancora a un regime pubblicistico, in base al quale nessuna attività pubblicitaria è consentita se non con i contenuti e i mezzi stabiliti nella legge e comunque previa autorizzazione della Regione sul nulla osta preventivo dell'Ordine dei medici competente.

Su tale interpretazione - peraltro seguita da altri Ordini professionali - si abbatte come una scure la Cassazione 3717/2012 (già anticipato peraltro dal Tar Emilia Romagna 16/2010) se-

condo la quale l'articolo 2 lettera b) del decreto Bersani abroga i limiti alla pubblicità prescindendo dalla natura (individuale, associativa, societaria) dei soggetti rispetto ai quali rileva l'esercizio della professione sanitaria, atteso che la stessa è attuativa dei principi comunitari volti a garantire la libertà di concorrenza e il corretto funzionamento del mercato.

Secondo la Cassazione «sarebbe illegittimo, oltre che irragionevole, limitare la portata all'esercizio della professione in forma individuale, fermo restando che, all'interno del nuovo sistema normativo, nel quale la pubblicità non è soggetta a forme di preventiva autorizzazione, gli Ordini professionali hanno il potere di verifica, al fine dell'applicazione delle sanzioni disciplinari, della trasparenza e della veridicità del messaggio pubblicitario».

La seconda sentenza che merita attenzione -

e che in parte completa concettualmente quella sopra citata - è la Cassazione 17417/2011, la quale delinea di spazi di competenza della Cceps.

Il caso è quello di un odontoiatra che viene sanzionato dal suo Ordine professionale per ingannevolezza e mancata trasparenza relativamente ai contenuti di una intervista rilasciata a un giornale.

In particolare l'Ordine stabilisce la non veridicità di alcune affermazioni tecnico-scientifiche, non ritenendo sufficienti gli articoli depositati dal sanitario a supporto delle affermazioni stesse.

Sul punto la Cceps, adita, non entra limitandosi ad affermare che «il sindacato su valutazioni tecnico-scientifiche è rimesso agli Ordini», mentre la Cceps può valutare solo eventuali vizi di legittimità.

### Ipotesi fiscali per scaglioni di reddito (ipotesi di aliquota Iri al 27,5%)

Reddito	Totale solo Irpef (A)	Quota reddito prelevata	Irpef + addizionali su quota prelevata	Quota reddito lasciata in società	Iri	Totale split (B)	Δ in euro (B-A)	Δ in %
10.000	1.178	10.000	1.178	0	0	0	0	n.v.
20.000	3.645	20.000	3.645	0	0	0	0	n.v.
32.941	7.175	32.941	7.175	0	0	0	0	n.v.
40.000	9.760	34.000	7.330	6.000	1.650	8.980	-780	-2,0
70.000	20.553	38.500	7.396	31.500	8.663	16.059	-4.494	-6,4
80.000	24.250	40.000	7.396	40.000	11.000	18.396	-5.854	-7,3
90.000	27.978	41.500	7.396	48.500	13.338	20.734	-7.244	-8,0
100.000	31.845	43.000	7.396	57.000	15.675	23.071	-8.774	-8,8
150.000	51.183	50.500	7.396	99.500	27.363	34.759	-16.424	-10,9

La soglia è pari a 32.941 euro che formano un imponibile di 28.000 dopo sottrazione contributi pari a una media del 15% circa, data la quota fissa, il 12,5% fino a 53.000 e l'1% oltre. Fonte: Andi, Servizio studi 2012

### Gli orientamenti sulle società tra professionisti

Incroci tra accordo a costituire società tra professionisti e disponibilità personale a costituirle o entrare in una Stp

In che misura sei d'accordo, in particolare, con la possibilità di costituire "Società tra professionisti" anche con l'ingresso di soci di capitale eventualmente di maggioranza?	Saresti disponibile a costituire o entrare in una società tra professionisti?			
	Sì, sicuramente	Forse	No	Totale
D'accordo	59,8	35,5	4,8	100,0
Nè d'accordo nè in disaccordo	12,7	64,8	22,4	100,0
In disaccordo	17,0	49,7	33,3	100,0
Molto in disaccordo	13,4	37,5	49,1	100,0

N.B.: dati in percentuale  
Fonte: Sondaggio Andi, 2012

vantaggi fiscali, proprio perché struttura societaria, si aprirebbero tutte quelle possibilità tipiche del settore aziendale sotto i profili dello sviluppo, del management, della gestione del rischio e del possesso di una quota di patrimonio in linea di principio commerciabile, alienabile e trasmissibile. Ipotesi assenti nel caso in cui il dentista opera da solo. Quando deve andare in banca o a un congresso, quando sta male o è comunque impedito, lo studio è chiuso e quando va in pensione non ha un valore da alienare o trasmettere. Tutto è iniziato con lui e tutto finisce con lui, tutto dipende dalla sua presenza in studio.

**Un'escursione sul futuro.** È pensabile che dopo l'introduzione delle novità illustrate tutto resti come prima? Per articolare una risposta, è necessario partire dall'identikit attuale della professione. Lo stato attuale condiziona il cambiamento.

Oggi il modello dominante è costituito dallo studio mono-professionale, di piccole e medio basse dimensioni, con 1 o 2 riuniti, un numero essenziale di collaboratori, gestito personalmente dal dentista con l'eventuale supporto del commercialista. Inoltre, la maggior parte dei dentisti opera su quasi tutte le branche e non

agisce in modo manageriale: solo il 14,7%, a esempio fa - personalmente o con il commercialista - una pianificazione fiscale. Dagli studi e dai sondaggi dell'Andi emerge infine che i bilanci dei dentisti sono insoddisfacenti, soprattutto nel rapporto redditi/compenso, per il semplice fatto che - rispetto agli altri professionisti - l'attività del dentista comporta il ricorso (e le spese) a impianti e tecnologie che necessitano di manutenzione e investimenti di sostituzione. Tale situazione è difficile da gestire se il ciclo diventa negativo come accade attualmente e, presumibilmente, continuerà ad accadere nel futuro prossimo.

Paradossalmente, proprio questa maggiore incertezza, derivante dall'ambiente economico esterno, può favorire nei dentisti lo stimolo a cercare modalità di condivisione del rischio e maggior controllo dell'incertezza attraverso operazioni congiunte con altri colleghi e soci di capitale.

È dunque presumibile che - seppur con gradualità - possano cominciare a manifestarsi movimenti nuovi all'interno della professione odontoiatrica. Dai sondaggi Andi emerge che il 15,7% dei dentisti è d'accordo con la possibilità di costituire Stp, anche con la presenza di soci di capitale in

maggioranza, il 19,3% è neutro e il 65% contrario. Dato che i soci non professionisti non possono avere la maggioranza, è presumibile che la quota di quelli che sarebbero d'accordo possa essere superiore. L'area del consenso è però maggiore quando si va a indagare la disponibilità del dentista a entrare personalmente in una

### Il dentista (o il commercialista) fa tax planning?

Risposta	Numero	%
Sì, frequentemente	8.358	14,7
Sì, occasionalmente	23.777	41,8
Mai	24.722	43,5
<b>Totale</b>	<b>56.857</b>	<b>100,0</b>

N.B.: come è stata posta la domanda nel sondaggio: «Ti è mai capitato, tu o il commercialista, di organizzare e pianificare le tue attività rispetto agli incassi, le spese e le imposte»  
Fonte: Andi, sondaggio sugli scenari fiscali e sulle Stp, 2012

Stp: il 21,5% dei professionisti afferma "sicuramente sì"; il 45,8% esprime un "forse", adottando un atteggiamento non negativo ma giustamente "attendista". In prospettiva, è plausibile che la realtà cominci gradualmente a cambiare, non solo perché ne esistono i presupposti normativi e culturali, prima assenti, ma soprattutto perché sono in opera i fattori di un

cambiamento che sarà presumibilmente diversificato territorialmente (centri metropolitani verso altri; Nord vs Sud), per dimensione (grandi, medie vs piccole società), per livello di specializzazione (mono o plurispecialità) e per livello di complessità (solo odontoiatrica vs plurisettoriale). Il nuovo assetto a livello nazionale sarà inol-

lo tradizionale e quello societario, in quanto contiene aspetti dell'uno e dell'altro ed è meno dirompente rispetto alla cultura tradizionale della professione. È possibile ipotizzare che le future quote di mercato di ciascun modello saranno inizialmente a favore delle forme tradizionali (che rappresentano peraltro l'assetto di partenza dominante), ma saranno progressivamente sempre più mobili con tendenza dei modelli più complessi (in prima battuta, gli studi associati) a guadagnare maggiori spazi. In quale misura tali spazi e le quote di mercato a essi afferenti si svilupperanno è difficile da prevedere, ma è presumibile - proprio a causa della diversità territoriale dell'Italia - che a livello nazionale si manterrà una sorta di equilibrio in termini di presenza e peso dei diversi modelli.

L'assetto reale, concreto, dipenderà dalla forza di attrazione dei singoli modelli e dalla misura in cui questi riusciranno a stare con proficuità sul mercato, dalle condizioni economiche, da cosa faranno i singoli dentisti e da come le associazioni sapranno interpretare i loro bisogni, delineare le strategie, da quelle fondate semplicemente sulla fornitura di ausili e conoscenza, fino a quelle più attive anche in termini economici e

di business.

I cambiamenti di un certo spessore si registreranno tra qualche anno, mentre la velocità e la diffusione del cambiamento dipenderanno dall'andamento del ciclo, dall'entrata di capitali di origine non professionale e dall'evolversi della cultura professionale.

La curva delle innovazioni come è individuata in letteratura (curva di E. Rogers) dice che una volta che l'innovazione si è diffusa presso il 35% circa dei potenziali aderenti, essa decolla fino a coinvolgerli tendenzialmente quasi tutti. Nel nostro caso, non va sottovalutato il fatto che, già oggi, il 20% circa dei dentisti ha espresso la disponibilità a entrare in una Stp e circa il 50% ha espresso un atteggiamento né negativo né positivo, ma attendista. Se queste intenzioni si traducessero in comportamenti, magari con la spinta derivante da soggetti esterni, si arriverebbe presto a quella soglia oltre la quale la novità decolla.

**Aldo Piperno**  
piperno@unina.it Professore ordinario, Università di Napoli Federico II; membro del comitato scientifico Sose, Società per gli studi di settore, Agenzia delle entrate

© RIPRODUZIONE RISERVATA



### RAPPORTO MEDICO-PAZIENTE

## Plebiscito di fiducia per il professionista

**G**li italiani si fidano del dentista che si sono scelti e con cui hanno un rapporto diretto; sono invece più diffidenti verso il professionista che esercita in una struttura in franchising o all'estero. Il dato emerge dalla ricerca «La percezione del dentista da parte della popolazione e i nuovi bisogni emergenti», realizzata da Renato Mannheimer su un campione rappresentativo della popolazione adulta italiana presentato al IV Workshop di economia odontoiatrica organizzato da Andi.

Il 93% degli intervistati ha dichiarato di avere molta (56%) o abbastanza fiducia nel proprio dentista. Fiducia al pari di quella riposta nel medico di famiglia visto che a entrambi viene dato un voto di 7,6 come fiducia media, di contro a un 7,5 dei medici specialisti.

La fiducia vince soprattutto se il dentista lavora nel proprio studio: l'81% si rivolge a un dentista libero professionista; il 75% dichiara di non aver mai preso in considerazione lo studio in franchising e solo il 5%

lo ha utilizzato. Atteggiamenti analoghi in tema di turismo odontoiatrico: il 4% degli italiani è andato all'estero per farsi curare ma oltre la metà non lo rifarebbe; il 15% si dice disposto a prendere in considerazione questa ipotesi.

In alternativa allo studio privato gli italiani sembrano invece preferire la Asl: il 37% si è rivolto o si farebbe curare in un ambulatorio pubblico. «Il sondaggio conferma che gli italiani si fidano del proprio dentista libero professionista - commenta Gianfranco Prada, presidente nazionale Andi - considerando al pari del medico di famiglia. Ma è più in generale la fiducia nella libera professione in Sanità, di cui i dentisti italiani e quelli Andi in particolare sono uno degli ultimi baluardi rimasti, a uscire rafforzata da questo sondaggio».

La conferma del apporto di fiducia arriva anche dal fatto che l'82% degli intervistati si rivolge sempre allo stesso dentista: solo il 14% ammette di averlo tradito

«qualche volta». Ci si rivolge allo stesso dentista per abitudine (82%), perché è vicino (23%) e per il rapporto qualità-prezzo (13%).

Prezzo che invece diventa il primo motivo di rinuncia da parte dei cittadini (39%): il 6% della popolazione non si è mai rivolto a uno studio privato. Il 57% degli italiani nell'ultimo anno è andato dal dentista (il 33% negli ultimi 6 mesi), il 23% ci è andato negli ultimi 2 anni, il 10% da 3 a 5 anni. Ci si reca dal dentista prevalentemente per visite di controllo (21%), per una seduta di igiene orale (20%), per farsi curare una carie (20%).

A confermare come l'aspetto curativo sia tenuto in considerazione è la volontà di effettuare il prima possibile le cure (il 75% degli intervistati lo ammette) mentre si è disposti a posticipare un intervento protesico od ortodontico. In termini numerici sono 28 milioni gli italiani "esclusivi" dei dentisti privati mentre sono 10 milioni i pazienti saltuari che al dentista tradizionale preferiscono la Asl, gli studi in franchising e il turismo odontoiatrico.

Nor.Mac.

© RIPRODUZIONE RISERVATA

Silvia Stefanelli

© RIPRODUZIONE RISERVATA