



*Ministero della Salute*  
*Consiglio Superiore di Sanità*

Sessione LIII (2022-2025)

*Presidente: Prof. Franco Locatelli*

## **Sezione I**

**Pianificazione di sistema ed economica, Innovazione e ricerca,  
sviluppo di nuovi modelli di servizio nel SSN**

*Presidente: Prof. Paolo Vineis*

*Segretario tecnico: Dr. Stefano Moriconi*

## **“Revisione dell’accesso alle cure odontoiatriche nel SSN”**

*Coordinatore: Prof. Enrico Felice Gherlone*

## INDICE

<b>EXECUTIVE SUMMARY</b> .....	3
A. Lo stato dell'Odontoiatria in Italia: Demografia della professione.....	6
B. Le prestazioni odontoiatriche offerte dal SSN.....	20
1. <i>programmi di tutela della salute odontoiatrica nell'età evolutiva (0-14 anni)</i> .....	20
2. <i>determinate categorie di soggetti in condizioni di particolare vulnerabilità</i> .....	20
C. Vulnerabilità sanitaria.....	21
D. Vulnerabilità sociale.....	22
 <b>PROPOSTA DI REVISIONE DELL'ACCESSIBILITÀ ALLE CURE ODONTOIATRICHE</b>	
Contesto di riferimento.....	23
Dati epidemiologici.....	24
LEA odontoiatrici: la normativa attualmente in vigore.....	25
Alcune osservazioni e prime proposte.....	26
Riflessioni finali.....	28
 <b>ANALISI ECONOMICA</b>	
La spesa per i servizi odontoiatrici.....	29
L'assistenza odontoiatrica pubblica: volumi e spesa.....	32
Possibili scenari di espansione della copertura pubblica per l'assistenza odontoiatrica.....	35
 CSS Sezione I - Gruppo di lavoro "Revisione dell'accesso alle cure odontoiatriche nel SSN" .....	 39

## EXECUTIVE SUMMARY

### Motivazioni ed obiettivi

In Italia la richiesta di cure ortodontiche e protesiche che riguardano l'infanzia e la terza età è molto elevata. Nonostante il nostro Sistema sanitario nazionale sia uno dei migliori del mondo e nonostante siano vari i tentativi di applicazione dell'odontoiatria sociale sia a livello centrale che regionale, esistono ancora forti disuguaglianze sociali nella tutela della salute del cavo orale e nell'accesso alle cure odontoiatriche. Ad oggi, le fasce di popolazione che possono accedere ad una qualche forma di assistenza in questo senso attraverso il Sistema sanitario nazionale, sono una quota parte di individui in età evolutiva, pazienti fragili con vulnerabilità sanitaria o sociale, ma sempre con un numero di prestazioni odontostomatologiche comprese nei Livelli essenziali di assistenza (LEA) insufficiente.

**L'odontoiatria è uno dei settori nel quale si registra il maggior tasso di rinuncia alle cure per motivazioni di natura economica.** Un quadro che potrebbe ulteriormente aggravarsi se si considerano le previsioni sul futuro demografico del nostro Paese.

Giova ricordare che il Ministero della salute, al fine di adottare a livello nazionale indirizzi unitari per la promozione della salute orale e la prevenzione delle patologie orali, a partire dall'anno 2008, ha promosso la stesura e la divulgazione dei seguenti documenti tenendo conto delle indicazioni contemplate dal Piano Nazionale Linee Guida (PNLG):

1. [Linee guida nazionali per la promozione della salute orale e la prevenzione delle patologie orali in età evolutiva](#) (anno 2008). Obiettivo del documento è offrire agli operatori sanitari indicazioni univoche, condivise e basate sulle migliori evidenze scientifiche disponibili per la prevenzione di carie, gengiviti e parodontiti, stomatiti, problemi ortopedici dei mascellari nei bambini da zero a quattordici anni.
2. [Linee guida per la promozione della salute orale e la prevenzione delle patologie orali negli individui in età evolutiva che devono essere sottoposti a terapia chemio e/o radio](#) (anno 2010). Obiettivo delle linee guida è offrire indicazioni univoche, condivise e basate sulle migliori evidenze scientifiche disponibili per la prevenzione ed il trattamento delle eventuali patologie che possono insorgere nel cavo orale nei pazienti oncologici in età evolutiva che devono essere sottoposti a trattamenti chemio e radio.
3. [Linee guida nazionali per la prevenzione e la gestione clinica dei traumi dentali negli individui in età evolutiva](#) (anno 2012). Il documento contiene raccomandazioni in materia di prevenzione, diagnosi e cura dei traumi dentali che rappresentano una delle emergenze odontoiatriche più frequenti nel bambino.
4. [Linee guida nazionali per la promozione della salute orale e la prevenzione delle patologie orali in età evolutiva](#) (Aggiornamento - anno 2013). Il documento, rappresenta un atto di indirizzo per tutti gli operatori

sanitari quanti coinvolti nella gestione della salute del cavo orale del bambino, in particolare, per il pediatra di libera scelta.

5. Linee guida nazionali per la prevenzione ed il trattamento odontoiatrico della sindrome delle apnee ostruttive nel sonno (anno 2014). Il documento fornisce raccomandazioni e indicazioni basate su evidenze scientifiche per la gestione odontoiatrica della sindrome delle apnee ostruttive nel sonno, negli individui adulti.
6. Linee guida nazionali per la promozione della salute orale e la prevenzione delle patologie orali in età adulta (Aggiornamento anno 2015). Il documento offre indicazioni univoche, condivise e basate sulle migliori evidenze scientifiche disponibili per la prevenzione negli adulti delle patologie dei tessuti duri del dente, delle malattie parodontali, dell'edentulismo e del carcinoma orale. La pubblicazione aggiorna le linee guida del 2009 e la loro successiva edizione del 2010 in cui è stata revisionata la sezione "Prevenzione dei tumori maligni del cavo orale".
7. Linee guida nazionali per la prevenzione ed il trattamento odontoiatrico del russamento e della sindrome delle apnee ostruttive nel sonno in età evolutiva (anno 2016). Il documento fornisce raccomandazioni e indicazioni evidence based per la gestione odontoiatrica del russamento e della sindrome delle apnee ostruttive nel sonno (OSAS) negli individui in età evolutiva.
8. Linee guida nazionali per la diagnostica radiologica odontoiatrica in età evolutiva (anno 2017) Il documento fornisce indicazioni chiare e univoche sui percorsi diagnostici radiologici per la presa in carico di problematiche odontoiatriche negli individui in età evolutiva.
9. Linee guida nazionali per la promozione della salute orale e la prevenzione delle patologie orali negli individui in età evolutiva che devono essere sottoposti a terapia chemio e/o radio (aggiornamento anno 2018).
10. Linee guida nazionali per la prevenzione e la gestione clinica dei traumi dentali negli individui in età evolutiva (aggiornamento anno 2018).

Pur tuttavia, **permangono** quelle **diseguaglianze sociali** che il Consiglio Superiore di Sanità, nel presente documento, **si propone di fornire in un quadro complessivo rispetto a tale critica situazione sanitaria e sociale ancora esistente nella tutela della salute del cavo orale e nel ricorso alle cure odontoiatriche, offrendo al decisore politico alcune osservazioni e riflessioni rispetto ai tentativi di applicazione su base nazionale e regionale degli attuali Livelli essenziali di assistenza (LEA) odontoiatrici** e alla conseguente sempre maggior rilevanza dell'odontoiatria sociale soprattutto in considerazione delle previsioni sul futuro demografico del nostro Paese.

In particolare viene fornito un quadro complessivo aggiornato rispetto al contesto di riferimento ed alla possibilità di enucleare le **proposte in materia di Livelli essenziali di assistenza (LEA) odontoiatrici che**

**evidenziano la necessità di avviare un progetto di revisione** più ampia sul tema anche in ragione delle possibilità offerte dal Piano nazionale ripresa resilienza (PNRR) e dallo stanziamento annuale pari a 200 milioni di euro previsto nella Legge di Bilancio 2022 per l'aggiornamento dei LEA.

## A. LO STATO DELL'ODONTOIATRIA IN ITALIA: DEMOGRAFIA DELLA PROFESSIONE

### 1. I Numeri

I dentisti attivi (paganti la quota B ad Enpam) sono stati, nel 2020, pari a 46.009; di questi 25.657 (55.7%) sono iscritti all'Associazione Nazionale Dentisti Italiani (ANDI). Nel 2021 i dati sono risultati lievemente differenti e riportano una popolazione di 44.461 Odontoiatri contribuenti in quota B, di cui 39.962 attivi e 4.649 pensionati.

Il numero di Assistenti di Studio Odontoiatrico (ASO) lavoranti negli studi odontoiatrici è molto numeroso: circa 70.000 unità. Di questi oltre 45.000 sono inseriti nel CCNL degli studi professionali sottoscritto da Confprofessioni, e applicato da ANDI, con le controparti sindacali CGIL – CISL - UIL.

Il settore si completa con circa 12.000 dottori in igiene dentale; 25.000 odontotecnici; circa 15.000 addetti all'industria e 7.000 addetti al commercio.

### 2. La Distribuzione degli studi Ed il Rapporto Odontoiatra: Paziente

La distribuzione regionale dei dentisti non è uniforme come riportato nella tabella 1 in cui è espresso il numero dei dentisti in proporzione alla popolazione delle Regioni.

Regione	Popolazione dai 3 anni o più per dentista	Popolazione 15 anni o più per dentista
Piemonte	1.208	1.067
Valle d'Aosta	1.770	1.545
Lombardia	1.223	1.058
Trentino-A. Adige	1.570	1.294
Veneto	1.232	1.070
Friuli-V. Giulia	1.166	1.029
Liguria	904	812
Emilia-Romagna	1.153	997
Toscana	1.141	1.009
Umbria	1.190	1.052
Marche	1.233	1.082
Lazio	1.132	1.000
Abruzzo	1.026	909

Molise	1.386	1.238
Campania	1.767	1.536
Puglia	1.458	1.295
Basilicata	1.928	1.732
Calabria	1.540	1.370
Sicilia	1.717	1.519
Sardegna	1.378	1.239
Totale	1.288	1.129

Tabella 1 - Popolazione di 3 anni o più o 15 anni o più per dentista secondo la Regione, Anno 2020 (Fonte: elaborazione ANDI, Centro studi, Indagine congiunturale, 2021)

Le ragioni di queste incoerenze o disequilibri hanno molte cause e sono alle origini di molti fenomeni. Dal **lato dell'offerta** possono riguardare le preferenze dei dentisti nella localizzazione degli studi, il livello di urbanizzazione dei territori, il numero delle università che producono dentisti, il livello di benessere dei residenti (più benessere, più risorse, più redditi, più capacità di spesa, ecc.). Dal **lato della domanda**, possono riguardare le differenze tra lo stato di salute orale delle popolazioni regionali, la loro struttura demografica (più anziani, meno o differenziati consumi), le diversità negli stili di vita, ecc. Le conseguenze sono anch'esse di vario tipo. L'eccesso di offerta può esercitare pressione sui prezzi e produrre fenomeni di concorrenza, ridurre gli incassi dei dentisti e i loro investimenti e, quindi, possibili effetti sulla qualità delle cure.

In **termini di domanda**, nel confronto 2019 – 2020 (dati EUMETRA - Istituto indipendente di ricerca sociale e di marketing - per Centro Studi ANDI), si evidenzia che il numero di visite dal Dentista che gli intervistati hanno dichiarato di aver fatto nel 2020 è inferiore rispetto a quanto dichiarato per il 2019 (-33%), e la spesa percepita per prestazioni odontoiatriche cala ancor di più (-50%). In questo periodo post pandemico la propensione a recarsi dal Dentista rimane elevata ma solamente in caso di necessità (82%). Anche per le visite di igiene e controllo, la tendenza (in 1 caso su 2) è quella di aspettare.

La tabella 2 riporta i dati resisi recentemente disponibili (giugno 2021) sullo stato della domanda di prestazioni odontoiatriche nel 2019.

Regione	popolazione dai 15 anni in su									
	meno di 6 mesi fa		da 6 a 12 mesi		12 mesi e più		mai		Totale	
	numero	%	numero	%	numero	%	numero	%	numero	%
Piemonte	1.366.391	36,2	695.758	18,4	1.601.419	42,4	87.369	2,3	3.772.832	100,0
Valle d'Aosta	34.044	31,5	19.711	18,2	50.305	46,5	3.175	2,9	108.127	100,0
Lombardia	3.246.214	37,6	1.871.061	21,7	3.201.566	37,1	249.573	2,9	8.624.131	100,0
Trentino-Alto Adige	183.937	42,4	103.876	24,0	134.295	31,0	10.041	2,3	433.359	100,0
Veneto	1.709.182	40,5	916.429	21,7	1.512.881	35,9	55.907	1,3	4.215.985	100,0
Friuli-Venezia Giulia	435.247	41,2	223.102	21,1	378.862	35,8	14.869	1,4	1.057.332	100,0
Liguria	431.990	31,9	270.318	19,9	619.954	45,7	20.684	1,5	1.356.085	100,0
Emilia-Romagna	1.424.355	37,1	854.425	22,2	1.455.091	37,9	96.974	2,5	3.842.204	100,0
Toscana	1.137.947	35,1	652.648	20,1	1.377.041	42,5	63.616	2,0	3.242.646	100,0
Umbria	263.525	34,5	146.853	19,2	331.510	43,3	14.369	1,9	764.737	100,0
Marche	433.950	32,9	262.022	19,9	582.929	44,2	33.845	2,6	1.317.588	100,0
Lazio	1.353.252	26,8	910.640	18,0	2.598.660	51,4	158.349	3,1	5.052.925	100,0
Abruzzo	365.742	32,1	226.769	19,9	492.259	43,2	42.992	3,8	1.138.714	100,0
Molise	54.389	20,5	44.878	16,9	146.959	55,5	14.923	5,6	264.939	100,0
Campania	992.723	20,1	765.945	15,5	2.849.084	57,7	315.249	6,4	4.937.367	100,0
Puglia	891.096	25,5	554.046	15,9	1.788.953	51,3	215.446	6,2	3.488.153	100,0
Basilicata	170.554	34,7	84.028	17,1	220.464	44,8	16.981	3,5	492.027	100,0
Calabria	406.428	24,3	269.511	16,1	866.912	51,9	112.433	6,7	1.669.509	100,0
Sicilia	1.070.108	25,0	743.862	17,4	2.161.778	50,5	245.228	5,7	4.283.132	100,0
Sardegna	422.305	29,4	221.174	15,4	717.961	50,0	47.855	3,3	1.436.709	100,0
Totale	16.393.378	31,8	9.837.056	19,1	23.088.881	44,8	1.819.879	3,5	51.498.498	100,0

Tabella 2 - Quando è andato l'ultima volta dal Dentista/ortodontista/igienista dentale per trattamenti di cura o prevenzione? - Elaborazione Piperno (piperno@unina.it) su microdati Istat, European Health Interview Survey 2019 (disponibile nel giugno 2021)

### 3. In quale modalità si esercita la professione odontoiatrica?

Si tratta di dati di interesse ENPAM (Ente Nazionale di Previdenza ed Assistenza Medici) perché evidenziano e misurano il rimodellamento delle modalità dell'esercizio della professione in atto, segnalando nello stesso

tempo gli effetti che la pandemia e il contemporaneo sviluppo di nuovi schemi di esercizio stanno determinando in termini di reddito della professione odontoiatrica. La tabella 3 esprime la percentuale di fattispecie degli studi in cui hanno operato nel 2020 secondo la titolarità.

Caratteristiche del dentista	Mono professionale	Studio associato	Società STP	Società SRL non STP	Catena commerciale	Totale fattispecie
Titolare esclusivo	79,5	13,4	1,8	5,2	0,1	26.389
Titolare e collaboratore	51,7	17,7	3,5	23,5	3,6	16.464
Collaboratore esclusivo	46,3	16,9	6,5	24,3	6,1	19.485
Totale 2020	61,8	15,6	3,7	16,0	2,9	62.338

Tabella 3: Fonte: elaborazione ANDI, Centro studi, Indagine congiunturale 2021. La domanda prevede che il Dentista indichi tutti i tipi di studio e, quindi, sia il numero dei dentisti che la percentuale sono superiori a 46.009 e 100 in quanto sono presenti anche dentisti che operano in più fattispecie di studio pari a un totale di 62.338

Guardando le percentuali, risulta che:

1. Lo studio monoprofessionale è una componente di fattispecie presente in maggior misura (% superiori al 70%) nelle regioni del sud (e Val d'Aosta) rispetto a quelle del nord.
2. Le SRL e le catene sono invece maggioritarie nel centro e nel nord (percentuali superiori sia rispetto ad altre regioni che all'Italia nel suo complesso).
3. Le società STP prevalgono in due regioni del nord (Friuli e Liguria) e in parecchie del centro sud. I dati in elaborazione del Centro studi ANDI evidenziano una ulteriore crescita delle STP nel 2021.

Caratteristiche del dentista	Studi monoprofessionale	Studio associato	Società STP	Società SRL non STP	Catena commerciale	Totale fattispecie
Regione	%	%	%	%	%	
Piemonte	60,1	18,0	2,2	16,8	2,9	4.684
Valle d'Aosta	74,5	25,5	0,0	0,0	0,0	56
Lombardia	54,7	15,4	4,3	21,5	4,1	12.365
Trentino-A. Adige	59,8	22,0	0,0	13,5	4,8	947
Veneto	59,3	14,6	2,5	19,7	3,8	5.639

Friuli-V. Giulia	52,5	22,0	5,2	19,2	1,0	1.438
Liguria	65,9	19,1	4,9	6,9	3,2	2.097
Emilia-Romagna	62,2	15,4	3,2	16,1	3,0	5.264
Toscana	67,9	17,6	0,6	11,3	2,6	4.059
Umbria	66,8	13,6	0,0	18,1	1,5	860
Marche	64,0	13,5	1,5	18,5	2,5	1.694
Lazio	59,3	18,4	5,1	13,0	4,3	6.802
Abruzzo	78,3	8,3	5,1	5,8	2,4	1.520
Molise	72,5	6,7	5,1	12,0	3,6	283
Campania	70,1	11,8	6,8	10,6	0,7	4.081
Puglia	56,7	17,4	6,4	17,3	2,2	3.845
Basilicata	86,3	13,7	0,0	0,0	0,0	284
Calabria	77,9	19,0	0,0	3,1	0,0	1.352
Sicilia	70,2	9,9	1,3	17,0	1,6	3.496
Sardegna	59,0	10,6	6,9	23,5	0,0	1.573
Totale 2020	61,8	15,6	3,7	16,0	2,9	62.338

Tabella 4: Fattispecie o combinazione degli studi in hanno operato nel 2020 per regione (%) - Fonte: elaborazione ANDI, Centro studi, Indagine congiunturale 2021 su 2020

#### 4. Le scelte professionali in base alla fascia di età del professionista

La tabella 5 informa su come si struttura la professione odontoiatrica secondo la classe d'età del Dentista:

1. Lo studio monoprofessionale appare percentualmente il modello di riferimento (intorno e superiore al 70%) nelle classi d'età oltre i 65 anni.
2. Le società di capitale SRL e nella modalità di catena sono invece maggioritarie presso i giovani dentisti.
3. Le STP sono maggioritarie tra i giovani e gli adulti fino a 55 anni. Lo studio associato come componente di una fattispecie complessa è più o meno ugualmente presente in tutte le classi d'età.

Quest'aspetto evidenzia che sono soprattutto i giovani Odontoiatri ad esplorare e ad esercitare la professione in modi non tradizionali mentre i dentisti non più giovani, ma neanche anziani, esplorano il momento e le nuove difficoltà della loro vita professionale ricercando soluzioni e opportunità intermedie tra la tradizione e la catena commerciale.

Classe di età	Studio mono-professionale		Studio associato		Società STP		Società SRL non STP		Catena commerciale di Odontoiatria		Totale dentisti/fattispecie	
	numero	%	numero	%	numero	%	numero	%	numero	%	n. universo dentisti	n. dentisti come fattispecie
Fino a 35 anni	5.458	48,7	1.641	14,6	835	22,7	2.545	22,7	734	6,5	6.407	11.212
Da 36 a 45	7.107	53,1	2.360	17,6	347	23,4	3.129	23,4	443	3,3	8.599	13.387
Da 46 a 55	7.595	64,3	2.009	17,0	374	13,4	1.582	13,4	244	2,1	8.999	11.804
Da 56 a 65	12.164	69,0	2.592	14,7	529	12,0	2.108	12,0	243	1,4	14.647	17.636
Oltre 65	6.183	74,5	1.137	13,7	210	7,5	624	7,5	146	1,8	7.357	8.300
Totale 2020	38.506	61,8	9.740	15,6	2.295	16,0	9.987	16,0	1.810	2,9	46.009	62.338

Tabella 5 - Fattispecie - tipi di studio secondo cui hanno operato i dentisti nel 2020 - Fonte: elaborazione ANDI, Centro studi, Indagine congiunturale 2021 su 2020

Anno	2018			2019			2020		
Fattispecie di esercizio professionale	totale dentisti che ha scelto la fattispecie come fattispecie esclusiva	%	numero dentisti che ha scelto la fattispecie insieme ad altre (combinazione)	totale dentisti che ha scelto la fattispecie come fattispecie esclusiva	%	numero dentisti che ha scelto la fattispecie insieme ad altre (combinazione)	totale dentisti che ha scelto la fattispecie come fattispecie esclusiva	%	numero dentisti che ha scelto la fattispecie insieme ad altre (combinazione)
studio mono prof. le	27.667	83,3	33.217	23.409	75,8	30.872	26.682	69,3	38.506
studio associat	4.348	70,2	6.197	3.012	61,6	4.891	6.806	69,9	9.740
STP	439	57,8	760	311	44,1	705	1.810	78,9	2.295

Tabella 6 - Fattispecie di esercizio professionale esclusive (estratte dalle domande a scelta plurima). I flussi sono visibili se rapportati ai totali delle singole fattispecie - Fonte: elaborazione ANDI, Centro studi, su dati delle congiunturali 2018-2019-2020

Si consideri con attenzione il dato che evidenzia come tra il 2018 e il 2020 la percentuale dei Dentisti che avevano lavorato nel 2020 come *titolari di studio professionale* era passato dall'83,3% del totale al 69,3% nel 2020: **20 punti percentuali in meno**. Lo studio associato come fattispecie è rimasto stabile, mentre la STP è aumentata dal 760 del 2018 a 2295 nel 2020 (dato in ulteriore aumento nel 2021). Il cambiamento più importante del 2020 è quello relativo allo studio monoprofessionale **la cui numerosità è calata**, sia in termini di assetto o fattispecie complessa che come titolarità. I dati del CSA evidenziano che dal 2011 ad oggi si è perso il 41,9% di titolari di studio monoprofessionale.

Di fronte all'improvvisa, ampia e grave situazione venutasi a creare nell'economia e nella società per effetto della pandemia, i Dentisti, o buona parte di essi, hanno reagito cambiando quegli aspetti della professione e del lavoro che potevano attenuare le pesanti conseguenze sperimentate nell'anno del Covid. Dalla chiusura degli studi fino al cambiamento dei comportamenti professionali e di gestione degli studi.

**Il quadro che emerge è quello di una professione, come presumibilmente tutta la popolazione, abbastanza incerta.** Ha sperimentato la violenza della prima fase del Covid (marzo e aprile), le speranze e le euforie della primavera-estate del 2020, la delusione del tardo autunno e inverno del 2020. Tranne eccezione, ha dovuto reagire ove, come e in che misura si poteva (l'assetto interno dello studio, il lavoro, ecc.) nella totale incertezza della durata e dell'ampiezza dei cambiamenti avviati.

Anno Profili	2018 (AK21U Attività studi odontoiatrici)				2019 (BK21U Centri odontoiatrici)			
	numero	numero addetti	ricavi medi dichiarati	ricavi totali	numero	numero addetti	ricavi medi dichiarati	ricavi totali
persone fisiche	36.757	59182	136.450	5.015.492.650	31.600	271	155.206	4.904.509.600
società di persone	5034	13282	264.237	1.330.169.058	4933	3476	277.170	1.367.279.610
società di capitale ed enti non commerciali	2929	9864	469.837	1.376.152.573	3212	10725	484.577	1.556.461.324
Totale	44.720	82328	172.670	7.721.814.281	39.745	14472	196.962	7.828.250.534

Tabella 7 - Tipologia dentisti contribuenti anni fiscali 2018 e 2019 - Fonte: ANDI, Centro studi, su dati dell'Agenzia delle entrate, 2021

## 5. L'esercizio dell'attività odontoiatrica in forma societaria

La seguente tabella 8 è correlata ai dati delle società "vere" ovvero quelle che hanno compilato e inviato obbligatoriamente il bilancio annuo e gli altri dati riguardanti la proprietà e la gestione delle società e riguardano anche la situazione del 2020.

Classi di ricavi	Piccole: da 1000 fino a 150000		Medie: da 150000 a 1 mln		Grandi: da 1 mln a 25 mln		Tutte le società
Profili	valori	%	valori	%	valori	%	
Numero	1651	30,9	3625	61,1	428	8,0	5344
Fatturato	111.622.000	5,65	851.446.000	43,1	1.013.409.000	51,3	1.976.477.000
Dipendenti	1.549	9,7	7.319	46,1	7.031	44,2	15.899

Tabella 8 - Profili basici delle società odontoiatriche (codice Ateco 86230) 2020 - Fonte: Elaborazione A. Piperno su database società italiane, ricerca sul mercato dei servizi odontoiatrici (piperno@unina.it). (\*) Sono escluse le società al di sotto di 1.000 euro di cui non sono disponibili i dati.

Secondo i dati, nel 2020 erano operanti 5.344 società, di cui 428 (8,0%) erano società il cui fatturato era compreso tra 1 milione e 25 milioni di euro, mentre 1.651 (30,9%) le società il cui fatturato medio andava da 1.000 a 150.000 euro. Il 61% delle altre società aveva fatturati oscillanti tra i 151.000 euro e il milione di euro. L'analisi di questi dati evidenzia che il settore delle società odontoiatriche è un settore ad alta concentrazione. Le grandi catene raccolgono gran parte del fatturato del contesto odontoiatrico organizzato in forma societaria, pur essendo in esso numericamente prevalenti compagni di piccola o media dimensione: sono tuttavia polverizzate, hanno sì una connotazione societaria ma non sono molto differenti dagli studi odontoiatrici con semplice partita iva.

Il che porta a concludere che il profilo preponderante del settore odontoiatrico, nonostante i cambiamenti messi in moto dalla pandemia ma già presenti nel periodo pre-pandemico, nonostante i limitati cambi di fattispecie e modello, **rimane complessivamente un settore ancorato al modello tradizionale centrato sul dentista e il suo studio. E va necessariamente tutelato.**

## 6. La tipologia dello studio odontoiatrico

Gli studi odontoiatrici sono mediamente di piccola dimensione. I dati della tabella 17 e della figura 3 mostrano che il 76% dei dentisti afferma che i locali dello studio attivano a 5, solo il 21% dichiara un numero di locali più ampio, da 6 a 10. La tipologia di studio più diffusa è quello di taglio piccolo, necessario al singolo

dentista e al personale di cui può avvalersi per trattare la clientela disponibile. L'assetto somiglia a quella della cosiddetta "solo practice" che è finora stata la struttura tipica dei medici di famiglia.

Caratteristiche del dentista		numero totale dei locali							
		fino a 5		da 6 a 10		oltre 10		Totale	
		Numero dentisti	%	Numero dentisti	%	Numero dentisti	%	Numero dentisti	%
Classi di età	Fino a 35 anni	849	77,8	233	21,4	9	0,8	1.092	100,0
	Da 36 a 45	4.657	83,0	880	15,7	72	1,3	5.609	100,0
	Da 46 a 55	5.795	75,4	1.668	21,7	220	2,9	7.683	100,0
	Da 56 a 65	9.967	73,8	3.225	23,9	315	2,3	13.508	100,0
	Oltre 65	5.296	79,2	1.267	18,9	128	1,9	6.691	100,0
Totale		26.564	76,8	7.274	21,0	744	2,2	34.583	100,0
Caratteristiche del dentista		numero totale dei riuniti							
		fino a 2		da 3 a 4		oltre 5		Totale	
		Numero dentisti	%	Numero dentisti	%	Numero dentisti	%	Numero dentisti	%
Classi di età	Fino a 35 anni	800	73,3	258	23,7	33	3,0	1.092	100,0
	Da 36 a 45	4.147	73,9	1.280	22,8	182	3,2	5.609	100,0
	Da 46 a 55	4.994	65,0	2.381	31,0	308	4,0	7.683	100,0
	Da 56 a 65	8.815	65,3	4.036	29,9	657	4,9	13.508	100,0
	Oltre 65	4.490	67,1	1.829	27,3	371	5,6	6.691	100,0
Totale		23.247	67,2	9.784	28,3	1.552	4,5	34.583	100,0
Caratteristiche del dentista		totale metri quadri							
		fino a 80		da 81 a 160		oltre 160		Totale	
		Numero dentisti	%	Numero dentisti	%	Numero dentisti	%	Numero dentisti	%
Classi di età	Fino a 35 anni	601	55,0	473	43,3	18	1,7	1.092	100,0
	Da 36 a 45	2.823	50,3	2.574	45,9	212	3,8	5.609	100,0
	Da 46 a 55	3.330	43,3	3.655	47,6	698	9,1	7.683	100,0
	Da 56 a 65	5.493	40,7	6.862	50,8	1.152	8,5	13.508	100,0
	Oltre 65	3.242	48,5	2.869	42,9	580	8,7	6.691	100,0
Totale		15.489	44,8	16.433	47,5	2.661	7,7	34.583	100,0

Tabella 9 - Dentisti titolari e titolari/collaboratori per classe di età secondo la struttura dello studio principale nel 2020 - Fonte: elaborazione ANDI, Centro studi, Indagine congiunturale 2021

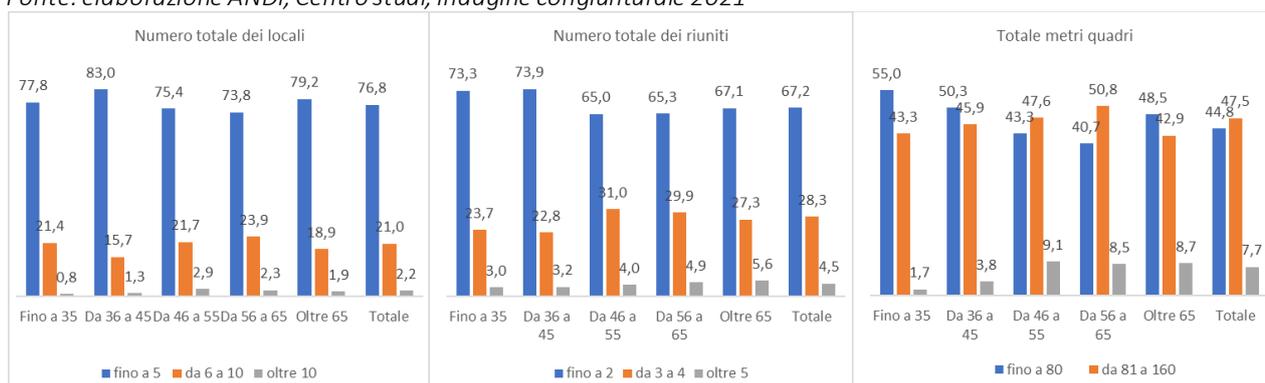


Figura 1 - Dentisti titolari e titolari/collaboratori per classe di età secondo la struttura dello studio principale nel 2020 - Fonte: elaborazione ANDI, Centro studi, Indagine congiunturale 2021

La tabella 10 evidenzia che lo studio piccolo è più diffuso nelle regioni meridionali sia sotto il profilo del numero dei locali che dei riuniti: la determinante maggiore del fenomeno è probabilmente riferita alla minor domanda di prestazioni odontoiatriche che si osserva in queste regioni.

Caratteristiche del dentista	numero totale dei locali								numero totale dei riuniti								totale metri quadri									
	fino a 5		da 6 a 10		oltre 10		Totale		fino a 2		da 3 a 4		oltre 5		Totale		fino a 80		da 81 a 160		oltre 160		Totale			
	N. dentisti	%	N. dentisti	%	N. dentisti	%	N. dentisti	%	N. dentisti	%	N. dentisti	%	N. dentisti	%	N. dentisti	%	N. dentisti	%	N. dentisti	%	N. dentisti	%	N. dentisti	%		
Piemonte	1.808	68,7	760	28,9	65	2,5	2.632	100,0	1.550	58,9	887	33,7	195	7,4	2.632	100,0	993	37,7	1.410	53,6	229	8,7	2.632	100,0		
Valle d'Aosta	27	48,7	29	51,3	0	0,0	56	100,0	13	23,2	43	76,8	0	0,0	56	100,0	0	0,0	41	74,2	14	25,8	56	100,0		
Lombardia	4.206	73,8	1.374	24,1	122	2,1	5.702	100,0	3.713	65,1	1.705	29,9	285	5,0	5.702	100,0	2.275	39,9	2.872	50,4	555	9,7	5.702	100,0		
Trentino-Alto Adige	282	61,2	147	31,9	32	6,9	461	100,0	223	48,5	158	34,4	79	17,1	461	100,0	155	33,7	223	48,4	82	17,9	461	100,0		
Veneto	1.642	65,0	773	30,6	112	4,5	2.527	100,0	1.349	53,4	1.032	40,8	146	5,8	2.527	100,0	941	37,2	1.315	52,0	271	10,7	2.527	100,0		
Friuli-V-Giulia	434	58,9	248	33,6	56	7,5	737	100,0	287	39,0	348	47,2	102	13,9	737	100,0	191	25,9	428	58,0	118	16,0	737	100,0		
Liguria	1.120	79,7	270	19,3	14	1,0	1.405	100,0	979	69,7	397	28,3	29	2,1	1.405	100,0	788	56,1	502	35,7	115	8,2	1.405	100,0		
Emilia Romagna	1.995	71,6	663	23,8	128	4,6	2.786	100,0	1.787	64,1	804	28,8	195	7,0	2.786	100,0	1.202	43,1	1.268	45,5	316	11,4	2.786	100,0		
Toscana	2.111	81,7	421	16,3	52	2,0	2.584	100,0	1.637	63,4	815	31,5	132	5,1	2.584	100,0	1.389	53,8	962	37,2	233	9,0	2.584	100,0		
Umbria	441	76,3	137	23,7	0	0,0	578	100,0	443	76,6	104	18,0	31	5,4	578	100,0	280	48,4	249	43,1	49	8,5	578	100,0		
Marche	598	72,2	231	27,8	0	0,0	829	100,0	551	66,5	245	29,6	32	3,9	829	100,0	374	45,1	395	47,7	59	7,2	829	100,0		
Lazio	3.438	83,0	641	15,5	64	1,5	4.144	100,0	3.160	76,3	952	23,0	32	0,8	4.144	100,0	2.311	55,8	1.737	41,9	96	2,3	4.144	100,0		
Abruzzo	782	73,4	266	25,0	16	1,5	1.065	100,0	767	72,0	262	24,6	36	3,4	1.065	100,0	563	52,9	452	42,4	50	4,7	1.065	100,0		
Molise	170	100,0	0	0,0	0	0,0	170	100,0	154	90,5	16	9,5	0	0,0	170	100,0	116	68,1	54	31,9	0	0,0	170	100,0		
Campania	2.129	86,4	283	11,5	52	2,1	2.464	100,0	1.805	73,3	584	23,7	75	3,0	2.464	100,0	1.182	47,9	1.155	46,9	128	5,2	2.464	100,0		
Puglia	1.635	78,7	443	21,3	0	0,0	2.078	100,0	1.460	70,2	593	28,5	25	1,2	2.078	100,0	937	45,1	987	47,5	155	7,4	2.078	100,0		
Basilicata	187	72,7	70	27,3	0	0,0	257	100,0	224	87,2	33	12,8	0	0,0	257	100,0	114	44,3	143	55,7	0	0,0	257	100,0		
Calabria	772	94,9	41	5,1	0	0,0	813	100,0	680	83,6	50	6,2	83	10,2	813	100,0	262	32,3	459	56,5	92	11,3	813	100,0		
Sicilia	1.944	84,3	333	14,4	30	1,3	2.308	100,0	1.630	70,6	648	28,1	30	1,3	2.308	100,0	995	43,1	1.258	54,5	54	2,3	2.308	100,0		
Sardegna	843	85,4	144	14,6	0	0,0	987	100,0	834	84,5	109	11,0	44	4,5	987	100,0	421	42,7	521	52,8	44	4,5	987	100,0		
Modalità di esercizio	Titolare esclusivo		18.989	77,1	5.118	20,8	525	2,1	24.631	100,0	16.556	67,2	7.010	28,5	1.065	4,3	24.631	100,0	11.087	45,0	11.675	47,4	1.869	7,6	24.631	100,0
	Titolare e collaboratore		7.576	76,1	2.157	21,7	219	2,2	9.951	100,0	6.691	67,2	2.774	27,9	487	4,9	9.951	100,0	4.402	44,2	4.757	47,8	792	8,0	9.951	100,0
Totale	26.564	76,8	7.274	21,0	744	2,2	34.583	100,0	23.247	67,2	9.784	28,3	1.552	4,5	34.583	100,0	15.489	44,8	16.433	47,5	2.661	7,7	34.583	100,0		

Tabella 10 - Dentisti titolari e titolari/collaboratori per regione secondo la struttura dello studio principale nel 2020. Fonte: elaborazione ANDI, Centro studi, Indagine congiunturale 2021

Il 68,8% dei dentisti ha localizzato il suo studio in un appartamento di un condominio (tab.19): i dentisti anziani sono percentualmente di più (74,6%) a trovarsi in questa situazione. Il 13,9% di dentisti ha localizzato lo studio in un negozio su strada (soprattutto giovani dentisti) e il 10,7% opera in un fabbricato indipendente.

Pochi dentisti (1,6%) operano in centri commerciali. Anche questi dati, da un lato confermano la tipologia del piccolo studio, dall'altra evidenziano qualcosa di nuovo.

Questi dati, se da un lato confermano la prevalenza della tipologia del piccolo studio, dall'altra evidenziano qualcosa di nuovo: la localizzazione degli studi in negozi su strada e fabbricati indipendenti, e seppur in minor misura in centri commerciali, *mostra che la professione odontoiatrica sta procedendo verso una differenziazione degli studi che è fuori dai tradizionali appartamenti dei condomini.*

***Un processo che si accompagna a fenomeni di aggregazione e associazionismo, con una crescente propensione al patto fra generazioni, organizzato sotto varie figure giuridiche, che va favorito e sostenuto con una spiccata attenzione all'aspetto previdenziale, per sostenere il quale la comunicazione mirata rappresenta un elemento indispensabile (questione forfettario e costi di imposte).***

Caratteristiche del dentista		Appartamento in condominio		Negozio su strada		Negozio in centro commerciale o locali simili		Fabbricato indipendente		Altro tipo di locale		Totale	
		Numero dentisti	%	Numero dentisti	%	Numero dentisti	%	Numero dentisti	%	Numero dentisti	%	Numero dentisti	%
	Fino a 35	739	67,7	227	20,8	27	2,4	21	1,9	79	7,2	1.092	100,0
Classe di età	36 a 45	3.591	64,0	1.006	17,9	117	2,1	684	12,2	211	3,8	5.609	100,0
	46 a 55	5.576	72,6	1.003	13,1	51	0,7	709	9,2	344	4,5	7.683	100,0
	56 a 65	8.908	66,0	1.939	14,4	322	2,4	1.566	11,6	771	5,7	13.508	100,0
	Oltre 65	4.991	74,6	616	9,2	33	0,5	721	10,8	329	4,9	6.691	100,0
Totale		23.806	68,8	4.791	13,9	550	1,6	3.701	10,7	1.735	5,0	34.583	100,0

Tabella 11 - Dentisti secondo la tipologia dell'immobile in cui lo studio principale è ubicato. Fonte: elaborazione ANDI, Centro studi, Indagine congiunturale 2021

Assai importante è mappare, oltre alle risorse fisiche e tecnologiche dello studio, la situazione del personale che opera nello studio dentistico, sia relativamente a tutti i dentisti che a segmenti di questi: *oltre al dentista titolare ha operato mediamente nel 2020 un altro dentista per 4 ore settimanali.*

Sotto il profilo numerico, il dentista addizionale era uno anche nell'anno precedente: tuttavia nel 2019, anno precedente il Covid, le ore medie settimanali da costui esercitate erano pari a 15,4. ***Il delta di - 11,4 è significativo.***

Lo stesso tipo di risultato si ha rispetto alle altre figure di personale relativamente alla differenza tra il 2019 e il 2020:

- **igienista dentale:** numero medio intorno a 0.6 – 0,7, ore nel 2019 7,4 e nel 2020 2,7 con delta pari a - 4,7;
- **assistente alla poltrona:** numero medio intorno a 1.6 in entrambi gli anni, ore nel 2019 32,1 e nel 2020 11,2 con delta pari a -19,5;
- **segretari/e:** numero medio intorno a 0.4 – 0,5, ore nel 2019 3,3 e nel 2020 3,9 con delta pari a +1,4;
- **odontotecnici:** numero medio intorno a 0.4 – 0,6, ore nel 2019 1,8 e nel 2020 0,9 con delta pari a +1,4.

Il modello è quindi ora evidente in tutta chiarezza: il dentista opera attraverso un piccolo studio e il personale è adeguato al tipo di studio. Egli è l'operatore principale, gestisce, lavora, si relaziona con l'ambiente esterno. Provvede a tutte le incombenze, da quelle cliniche a quelle numerose di altra natura.

Il personale dello studio occupa un ruolo completamente ausiliario, per rendere possibile al dentista di adempiere ai suoi impegni professionali. Tale modello è in generale più o meno simile nel territorio, per classi di età e genere.

La pandemia ha determinato la riduzione del lavoro sia per l'Odontoiatra che per il personale ausiliario: il dato è testimoniato dalla riduzione del volume orario del lavoro.

Il Covid 19 ha avuto quindi effetti forti e gravi in modo pervasivo nel settore odontoiatrico: la sua durata e i suoi stessi effetti sono ancora incerti. Piuttosto che smantellare tutto, ovvero, prendere decisioni definitive, la stragrande maggioranza dei Dentisti ha operato tentando di aumentare la produttività (nei giorni e nei casi in cui la situazione lo richiedeva) dello studio, riducendo l'impegno orario del personale ausiliario (tranne la segreteria che doveva rimanere il punto sempre operativo per i rapporti con la clientela), dei collaboratori e aumentando il proprio, al bisogno. Contemporaneamente ha iniziato la ricerca di un diverso assetto organizzativo della propria attività con lo scopo di ridurre i costi tributari, abbracciando la filosofia dell'esercizio professionale in forma societaria.

## 7. La produzione economica della professione odontoiatrica

Le valutazioni che seguono prendono spunto dalla lettura dei dati riportati nella tabella 23 e prendono in considerazione i quattro principali profili dell'attività dell'Odontoiatra:

- il numero di settimane annue lavorate
- il numero di giorni di lavoro alla settimana
- il numero di ore di lavoro al giorno
- il numero di pazienti trattati alla settimana

La seguente tabella 12 è indicativa al riguardo.

Caratteristiche del dentista		numero di settimane lavorate nell'anno			numero di giorni di lavoro alla settimana			numero di ore lavoro al giorno			numero di pazienti trattati alla settimana		
		2019	2020	Δ	2019	2020	Δ	2019	2020	Δ	2019	2020	Δ
		Media	Media		Media	Media		Media	Media		Media	Media	
Ripartizione geografica	Nord ovest	42,8	36,7	-6,0	4,6	4,5	-0,2	7,6	7,3	-0,4	46,0	39,5	-6,5
	Nord est	42,6	37,4	-5,2	4,6	4,5	-0,1	7,5	7,4	-0,2	46,3	42,0	-4,2
	Centro	41,7	36,2	-5,5	4,6	4,5	-0,2	7,4	7,1	-0,3	40,5	33,7	-6,8
	Sud e isole	42,8	35,0	-7,9	4,5	4,2	-0,3	7,3	6,8	-0,4	38,7	32,6	-6,1
Genere	Uomo	42,3	36,4	-5,9	4,6	4,4	-0,2	7,5	7,2	-0,3	42,6	36,7	-5,9
	Donna	43,2	35,4	-7,8	4,5	4,3	-0,2	7,1	6,9	-0,3	43,0	36,2	-6,8
Classe di età	Fino a 35 anni	40,2	37,1	-3,1	4,2	4,4	0,1	7,2	7,6	0,4	32,4	31,5	-0,8
	Da 36 a 45	43,0	36,4	-6,6	4,6	4,5	-0,1	8,0	7,6	-0,4	44,9	40,8	-4,2
	Da 46 a 55	42,5	35,7	-6,7	4,6	4,5	-0,2	7,8	7,4	-0,4	49,0	41,8	-7,2
	Da 56 a 65	42,7	36,7	-6,1	4,6	4,4	-0,2	7,3	7,1	-0,3	42,3	35,8	-6,5
	Oltre 65	42,0	35,5	-6,6	4,5	4,1	-0,3	6,9	6,5	-0,4	35,9	29,6	-6,3
Regione	Piemonte	43,4	36,8	-6,6	4,7	4,5	-0,2	7,6	7,2	-0,4	45,3	38,3	-7,0
	Valle d'Aosta	43,5	37,2	-6,2	4,3	4,3	0,0	7,3	6,5	-0,8	34,6	29,4	-5,2
	Lombardia	42,8	36,7	-6,0	4,7	4,5	-0,2	7,8	7,4	-0,4	48,1	41,6	-6,5
	Trentino-Alto Adige	44,4	38,6	-5,8	4,6	4,3	-0,3	7,6	7,2	-0,4	52,6	47,9	-4,7
	Veneto	43,0	37,7	-5,4	4,7	4,6	-0,1	7,4	7,2	-0,2	48,0	43,8	-4,1
	Friuli-Venezia Giulia	42,2	38,8	-3,4	4,5	4,4	-0,1	7,7	7,8	0,1	53,2	51,4	-1,8
	Liguria	41,5	36,7	-4,8	4,4	4,3	-0,2	7,0	6,7	-0,3	39,5	34,1	-5,5
	Emilia-Romagna	42,0	36,5	-5,5	4,6	4,4	-0,2	7,6	7,4	-0,2	41,9	37,2	-4,7
	Toscana	42,6	37,1	-5,5	4,7	4,5	-0,2	7,3	7,1	-0,2	48,6	38,5	-10,1
	Umbria	39,2	38,0	-1,1	4,4	4,5	0,1	7,3	7,4	0,1	38,9	35,8	-3,1
	Marche	41,9	36,9	-5,0	4,5	4,5	0,1	7,2	7,3	0,1	41,5	38,9	-2,6
	Lazio	41,4	35,1	-6,3	4,6	4,4	-0,2	7,5	7,1	-0,4	35,5	29,3	-6,2
	Abruzzo	41,7	34,5	-7,2	4,5	4,3	-0,2	6,9	6,8	-0,2	38,8	34,3	-4,5
	Molise	43,2	31,0	-12,2	4,4	4,1	-0,4	6,6	5,9	-0,8	39,1	28,2	-10,8
	Campania	43,8	33,7	-10,1	4,5	4,1	-0,5	7,3	6,6	-0,7	39,5	29,4	-10,1
	Puglia	42,0	36,8	-5,2	4,4	4,2	-0,2	7,2	6,7	-0,5	30,0	27,1	-2,9
	Basilicata	42,0	33,4	-8,6	4,9	4,5	-0,4	7,7	7,3	-0,4	40,0	30,3	-9,8
Calabria	39,4	33,8	-5,6	4,6	4,6	0,0	6,6	7,5	0,9	31,7	28,0	-3,7	
Sicilia	43,5	34,4	-9,1	4,4	4,2	-0,2	7,0	6,8	-0,2	44,3	38,4	-5,9	
Sardegna	44,9	37,9	-7,1	4,3	4,2	-0,2	8,6	7,2	-1,4	45,3	41,0	-4,3	
Modalità esercizio	Tit. esclusivo	42,5	35,8	-6,6	4,6	4,4	-0,2	7,3	6,9	-0,3	42,0	35,4	-6,6
	Titolare e collaboratore	42,6	37,1	-5,5	4,5	4,4	-0,1	7,9	7,6	-0,3	44,2	39,6	-4,6
Totale		42,5	36,2	-6,3	4,6	4,4	-0,2	7,4	7,1	-0,3	42,7	36,6	-6,1

Tabella 12 - Carichi di lavoro nel 2019 e nel 2020: medie e differenze annue riguardanti il solo studio principale  
Fonte: elaborazione ANDI, Centro studi, Indagine congiunturale 2021

I risultati principali sono i seguenti:

- la media delle settimane lavorate è stata pari a 45,2 nel 2019 e 36,2 nel 2020. Una differenza pari a -6,3 settimane di lavoro annue relativa a tutti i dentisti. La diminuzione è significativa ed è maggiore nelle regioni del sud;
- Il numero di giorni di lavoro alla settimana è stato pressoché uguale in entrambi gli anni tra il 4,6 e il 4,4;
- Analogo risultato vale per il numero di ore lavorato al giorno, tra 7,1 e 7,4 tuttavia gran parte delle quali impiegate per adempiere alla gestione delle procedure Covid previste per gli studi odontoiatrici;

- Il numero medio di pazienti settimanalmente trattati (42,7 nel 2029 e 36,6 nel 2020) è invece **diminuito** tra i due anni di **- 6,1**.

In termini di **produzione economica** della professione odontoiatrica si fa riferimento ai dati dell'Istat sulla spesa delle famiglie per i "servizi dentistici" e per le "protesi", che compongono quella che viene denominata "spesa odontoiatrica".

I dati Istat sull'andamento di entrambe le componenti e sul numero di famiglie consumatrici che hanno speso per terapie odontoiatriche tra il 2014 e il 2020, evidenziano quanto segue:

- la spesa **per servizi dentistici** era pari a **7,19 miliardi di Euro** nel 2020 e a **7,92 nel 2019**. Nel 2014 era pari 7,17. In termini percentuali, il calo è stato pari a **meno 9,48 tra il 2019 e il 2020 e a meno 0,9 rispetto al 2014**.
- La spesa **per protesi** era pari a **854,7 milioni di Euro** nel 2020 e a **1,04 miliardi** nel 2019. Nel 2014 era pari a 955,4 milioni. In termini percentuali, il calo è stato pari a **-18,5 tra il 2020 e il 2019 e a -11,65 rispetto al 2014**.

Le percentuali delle famiglie consumatrici sono state:

- **per servizi dentistici** tra 2019 e il 2020 pari a **-14,94** e rispetto al 2014 pari a **-5,42**,
- **per le protesi** è stata rispettivamente pari a **-16,96** tra il 2019 e il 2020 e a **-21,13** rispetto al 2014.

Il Centro Studi ANDI evidenzia (dichiarazioni dei Dentisti) che **l'incasso è diminuito mediamente del - 18,9% tra gli ultimi due anni**.

*I dentisti con studio monoprofessionale hanno registrato un calo medio superiore (-21,5%).*

Il calo dell'incasso sembra doversi attribuire soprattutto ad una diminuzione degli accessi dei pazienti negli studi dentistici, che a sua volta ha comportato un uso più parsimonioso del personale e delle risorse dello studio e qualche cambio (apparentemente non stimato definitivo) di "casacca": i dentisti titolari di studio che hanno iniziato ad operare come collaboratori, e che hanno forse temporaneamente chiuso lo studio ed operato come collaboratori, e quelli che già erano collaboratori e sono rimasti tali.

Il risultato più interessante è quello che riguarda **l'impatto dei fattori extraeconomici** sugli incassi. I dentisti che dedicano più ore alla cura dello studio, in termini di adempimenti e miglioramenti e quelli che hanno stati d'animo positivi, sono stati quelli premiati con un calo degli incassi minimo.

## B. LE PRESTAZIONI ODONTOIATRICHE OFFERTE DAL SSN

La normativa nazionale in materia di assistenza odontoiatrica è costituita principalmente dal D.lgs. 502/1992 e successive modifiche e integrazioni, che definisce i criteri per la determinazione dei livelli essenziali di assistenza (L.E.A.) e dal [DPCM 12 gennaio 2017](#) "*Definizione e aggiornamento dei livelli essenziali di assistenza, di cui all'articolo 1, comma 7, del decreto legislativo 30 dicembre 1992, n. 502*".

Tali disposizioni nazionali prevedono che l'assistenza odontoiatrica a carico del SSN sia limitata a due limiti:

### 1. Programmi di tutela della salute odontoiatrica nell'età evolutiva (0-14 anni).

tali programmi prevedono:

- monitoraggio della carie e delle malocclusioni;
- trattamento della patologia cariosa;
- correzione delle patologie ortognatodontiche a maggior rischio: gradi 4° e 5° dell'Indice di Necessità di Trattamento Ortodontico – IOTN (Index of Orthodontic Treatment Need), ideato per stadiare la necessità di un trattamento ortodontico in funzione della presenza o meno di alterazioni nella disposizione dentale, associate o meno ad alterazioni funzionali. È raccomandato dalla British Orthodontic Society e prevede 5 classi di gravità:

- grado 1 - nessuna necessità di trattamento;
- grado 2 - insufficiente necessità di trattamento;
- grado 3 - casi border line;
- gradi 4/5 - necessità di trattamento.

I programmi devono consentire di giungere alla diagnosi precoce delle patologie orali, con particolare attenzione agli individui in età evolutiva provenienti da contesti socio-economici problematici. Le prestazioni erogabili sono:

- visita odontoiatrica, senza limitazione di frequenza, comprensiva di radiografia endorale e eventuale rimozione di corpo estraneo
- altre prestazioni cui è associata la condizione di erogabilità "0-14 anni" (allegato 4 del DPCM 12 gennaio 2017): estrazioni, interventi di chirurgia parodontale e ricostruttiva, ablazione del tartaro, incappucciamento indiretto della polpa, trattamenti ortodontici (limitatamente ai minori con patologie ortognatodontiche a maggior rischio che versano in condizioni di vulnerabilità sanitaria e/o sociale), ecc.

### 2. Assistenza odontoiatrica e protesica a determinate categorie di soggetti in condizioni di particolare vulnerabilità.

Possono essere individuate due distinte tipologie di vulnerabilità:

- **vulnerabilità sanitaria**: si tratta di condizioni di tipo sanitario che rendono indispensabili o necessarie le cure odontoiatriche. Per l'individuazione di questo tipo di vulnerabilità si adottano due differenti criteri:

- **criterio "ascendente"** che prende in considerazione le malattie e le condizioni alle quali sono frequentemente o sempre associate complicanze di natura odontoiatrica (ad esempio: labiopalatoschisi e altre malformazioni congenite, alcune malattie rare, tossicodipendenza, ecc.)
- **criterio "discendente"** che prende in considerazione le malattie e le condizioni nelle quali le condizioni di salute potrebbero risultare aggravate o pregiudicate da patologie odontoiatriche concomitanti.

Le discipline regionali intervenute su questa materia associano, in genere, entrambi i criteri, identificando platee più o meno ampie di destinatari.

- **vulnerabilità sociale:** si tratta di condizioni di svantaggio sociale ed economico (correlate di norma al basso reddito e/o a condizioni di marginalità e/o esclusione sociale) che impediscono l'accesso alle cure odontoiatriche a pagamento per gli elevati costi presenti nelle strutture private.

### C. VULNERABILITA' SANITARIA

La vulnerabilità sanitaria deve essere riconosciuta almeno alle persone affette da gravi patologie, le cui condizioni di salute possono essere gravemente pregiudicate da una patologia odontoiatrica concomitante (criterio "discendente"), al punto che il mancato accesso alle cure odontoiatriche possa mettere a repentaglio la prognosi "quoad vitam" del soggetto.

Sono individuabili almeno le seguenti 5 condizioni:

1. pazienti in attesa di trapianto e post- trapianto (escluso trapianto di cornea)
2. pazienti con stati di immunodeficienza grave
3. pazienti con cardiopatie congenite cianogene
4. pazienti con patologie oncologiche ed ematologiche in età evolutiva e adulta in trattamento con radioterapia o chemioterapia o comunque a rischio di severe complicanze infettive
5. pazienti con emofilia grave o altre gravi patologie dell'emocoagulazione congenite, acquisite o iatrogene.

I soggetti affetti da altre patologie o condizioni alle quali sono frequentemente o sempre associate complicanze di natura odontoiatrica (criterio "ascendente"), potranno accedere alle cure odontoiatriche solo se la condizione patologica stessa risulta associata ad una concomitante condizione di vulnerabilità sociale.

Relativamente alle prestazioni, quelle erogabili sono riportate nell'[allegato 4](#) del DPCM 12 gennaio 2017 cui è associata la condizione di erogabilità "vulnerabilità sanitaria".

Alle persone condizioni di vulnerabilità sanitaria devono essere garantite tutte le prestazioni odontoiatriche incluse nel nomenclatore dell'assistenza specialistica ambulatoriale, con l'esclusione dei manufatti protesici e degli interventi di tipo estetico.

#### D. VULNERABILITA' SOCIALE

È la condizione di svantaggio sociale ed economico correlata di norma a condizioni di marginalità e/o esclusione sociale che impedisce l'accesso alle cure odontoiatriche oltre che per una scarsa sensibilità ai problemi di prevenzione e cura, anche e soprattutto per gli elevati costi da sostenere presso le strutture odontoiatriche private. Tra le condizioni di vulnerabilità sociale si possono individuare tre distinte situazioni nelle quali l'accesso alle cure è ostacolato o impedito:

- situazioni di esclusione sociale (indigenza)
- situazioni di povertà
- situazioni di reddito medio/basso.

È demandata alle Regioni e alle Province autonome la scelta degli strumenti per valutare la condizione socio-economica (ad esempio indicatore ISEE o altri) e dei criteri per selezionare le fasce di popolazione in condizione di vulnerabilità sociale da individuare come destinatarie delle specifiche prestazioni odontoiatriche indicate nel nomenclatore.

Relativamente alle prestazioni quelle erogabili sono riportate nell'allegato 4 del DPCM 12 gennaio 2017 cui è associata la condizione di erogabilità "vulnerabilità sociale". Pertanto a tutti i soggetti riconosciuti in condizioni di vulnerabilità sociale devono essere almeno garantite:

- visita odontoiatrica
- estrazioni dentarie
- otturazioni e terapie canalari
- ablazione del tartaro
- applicazione di protesi rimovibili (escluso il manufatto protesico)
- applicazione di apparecchi ortodontici ai soggetti 0-14 anni con indice IOTN = 4° o 5° (escluso il costo del manufatto)
- apicificazione ai soggetti 0-14 anni

#### Popolazione generale

A tutti i cittadini, inclusi quelli che non rientrano nelle categorie di protezione indicate (tutela età evolutiva e condizioni di vulnerabilità), devono essere, comunque, garantite le prestazioni riportate nell'allegato 4 DPCM 12 gennaio 2017 cui è associata la condizione di erogabilità "generalità della popolazione" e, in particolare, le seguenti:

- visita odontoiatrica: anche al fine della diagnosi precoce di patologie neoplastiche del cavo orale
- trattamento immediato delle urgenze odontostomatologiche (con accesso diretto): per il trattamento delle infezioni acute, emorragie, dolore acuto, (compresa pulpotomia, molaggio di irregolarità smalto-dentinali conseguente a fratture).

## PROPOSTA DI REVISIONE DELL'ACCESSIBILITÀ ALLE CURE ODONTOIATRICHE

### CONTESTO DI RIFERIMENTO

L'indice di povertà assoluta (PAI) è uno degli indicatori utilizzati per monitorare il benessere economico dei cittadini italiani in termini di risorse a disposizione dell'individuo durante il corso della vita cogliendo le scelte effettive di allocazione delle risorse e non soltanto il potenziale di spesa rappresentato dal reddito.

Come evidenziato nella *Relazione sugli indicatori di Benessere equo e sostenibile in Italia 2022*<sup>1</sup>, **la crisi sanitaria provocata nel 2020 dalla pandemia da Covid-19, e non ancora conclusa, ha segnato un ulteriore arretramento del benessere economico della popolazione italiana con un peggioramento delle disuguaglianze e della povertà assoluta.**

I dati definitivi diffusi dall'Istat confermano infatti che, nel corso del 2020, si è verificato **un marcato e significativo incremento dell'incidenza della povertà assoluta individuale e familiare**: gli individui in condizione di povertà assoluta hanno superato i 5.6 milioni di unità (circa 2 milioni di famiglie) con un aumento rispetto al 2019 di oltre un milione di individui (335 mila famiglie) e con un tasso di incidenza della povertà assoluta individuale pari al 9.4% (8.4% nel 2018 e 7.7% nel 2019) e familiare pari al 7.7% (7.0% nel 2018 e 6.4% nel 2019).

La *Relazione sugli indicatori di Benessere equo e sostenibile in Italia 2022* evidenzia che il marcato aumento del PAI nel corso del 2020 è perlopiù imputabile al peggioramento delle condizioni economiche che ha interessato ampie fasce della popolazione a causa dell'emergenza sanitaria da Covid-19 e **stima che l'indice della povertà assoluta familiare**<sup>2</sup> **per il triennio 2021 - 2024 subirà una marcata riduzione nel 2021, a parziale compensazione dell'aumento del 2020, per poi attenuarsi, mantenendosi costante, nel triennio 2022 – 2024. A fine periodo, si prevede che il livello stimato di povertà assoluta familiare sarà pari a 7.0% cioè superiore al 2019 (6.4%) ma simile a quello del 2018 (7.0%).**

**Dunque, la possibilità per i cittadini meno abbienti di avvalersi di servizi pubblici che erogino buone prestazioni incide sulla vita quotidiana, sul loro benessere e sulla loro qualità di vita.**

---

<sup>1</sup> Curata dalla Direzione Analisi e Ricerca Economico - Finanziaria del Dipartimento del Tesoro e trasmessa alle competenti commissioni parlamentari, il documento aggiorna la previsione degli indicatori di benessere equo e sostenibile per il triennio in corso in base agli effetti della Legge di Bilancio 2022.

<sup>2</sup> Modello previsionale sviluppato dal Dipartimento del Tesoro e dal Dipartimento di Economia e Diritto della Sapienza Università di Roma, coadiuvati dall'attiva collaborazione di Istat e INPS nel quale si considerano le variazioni medie del reddito delle famiglie consumatrici desunte dal quadro macroeconomico aggiornato.

## DATI EPIDEMIOLOGICI

Nell'ambito dei servizi alla persona, il *Rapporto Bes 2020: il Benessere equo e sostenibile in Italia*<sup>3</sup> considera la **possibilità di accedere alle prestazioni sanitarie quale aspetto rilevante per verificare l'equità del Sistema sanitario nazionale**. Tale equità, secondo BES, può essere misurata attraverso l'**indicatore "rinuncia alle prestazioni sanitarie"** per problemi economici o legati a caratteristiche dell'offerta (per esempio, lunghe liste di attesa).

Escluso il dato anomalo registrato per il 2020<sup>4</sup>, l'indicatore si è attestato al 6.3% nel 2019 dopo un calo su tutto il territorio nazionale (8.1% nel 2017) laddove i motivi prevalenti di rinuncia alle prestazioni sanitarie sono sia di tipo economico che per la lunghezza dei tempi di attesa.

A conferma di ciò, un dato interessante che emerge dal rapporto sulle *Condizioni di salute e ricorso ai servizi sanitari in Italia e nell'Unione europea*<sup>5</sup> evidenzia che il **5.7% dei cittadini con più di 15 anni e il 5.7% dei cittadini di età maggiore ai 65 anni non ha effettuato visite o trattamenti dentistici per motivazioni di natura economica** (nei dodici mesi precedenti l'intervista). Si rileva inoltre, che il **13% dei cittadini con più di 15 anni e il 19.6% dei cittadini di età maggiore ai 65 anni ha effettuato le prestazioni odontoiatriche in ritardo o non le ha effettuate per motivi di lista di attesa** (nei dodici mesi precedenti l'intervista). Si confermano le note disuguaglianze territoriali a svantaggio della zona del Sud Italia e delle Isole.

Inoltre, **solo il 4.5% dei cittadini con più di 15 anni e il 5.7% dei cittadini di età maggiore ai 65 anni si sono rivolti ad una struttura pubblica per cure odontoiatriche** ricorrendo a strutture private convenzionate o a studi odontoiatrici gestiti da liberi professionisti (rispettivamente il 95.5% dei cittadini con più di 15 anni e il 94.3% dei cittadini di età maggiore ai 65 anni) pur dovendo sostenere interamente il costo della prestazione (86.1% dei cittadini con più di 15 anni e l'87.2% dei cittadini di età maggiore ai 65 anni).

---

<sup>3</sup> Curato da Istat e pubblicato nel marzo 2021, il documento offre un quadro integrato dei principali fenomeni economici, sociali e ambientali che caratterizzano il nostro Paese, attraverso l'analisi di un ampio set di indicatori suddivisi in 12 domini.

<sup>4</sup> Un cittadino su dieci ha dichiarato di aver rinunciato, pur avendone bisogno, a visite o accertamenti negli ultimi dodici mesi per motivi legati a difficoltà di accesso. Tra quanti hanno indicato almeno un motivo di rinuncia, circa la metà ha segnalato come causa un problema dovuto al Covid-19.

<sup>5</sup> Condotta per l'Italia da Istat sull'anno 2019 e pubblicata nel gennaio 2022, l'Indagine reca i principali indicatori relativi alle condizioni di salute, prevenzione, fattori di rischio e ricorso ai servizi sanitari rilevati nell'Indagine europea sulla salute (Ehis).

A integrazione di quest'ultimo punto, il *Monitoraggio della Spesa Sanitaria, Rapporto n.8<sup>6</sup>* mostra che, nell'ambito della spesa sanitaria privata, le spese sostenute per visite specialistiche ed interventi hanno un peso prevalente (41.5%) sul totale della spesa a carico dei privati e che tale spesa (33%) è sostenuta dai cittadini prevalentemente presso medici odontoiatri, confermando il trend degli anni precedenti.

Tutto quanto sinora esposto conferma che **esiste una quota parte della popolazione che ancora oggi, rinuncia alle cure odontoiatriche principalmente per problemi economici e che la maggior parte dei cittadini si rivolge a strutture private convenzionate o a studi odontoiatrici gestiti da liberi professionisti per l'erogazione di tali prestazioni.**

### LEA ODONTOIATRICI: LA NORMATIVA ATTUALMENTE IN VIGORE

La tutela della salute diviene materia di legislazione concorrente tra Stato e Regioni con la **Legge costituzionale n.3 del 18 ottobre 2001** di riforma del Titolo V.

Alla legislazione esclusiva dello Stato spetta, compatibilmente con i vincoli di finanza pubblica, la determinazione dei livelli essenziali delle prestazioni concernenti i diritti civili e sociali da garantirsi su tutto il territorio nazionale che, nell'ambito sanitario, si concretizzano nella determinazione dei Livelli essenziali di assistenza (LEA).

Le Regioni e le Province autonome si occupano della programmazione, dell'organizzazione e della gestione dei servizi sanitari sul territorio e hanno la possibilità di utilizzare risorse proprie per garantire servizi e prestazioni ulteriori rispetto a quelle incluse nei LEA.

Con riferimento alle **cure odontoiatriche**, attualmente la nozione di Livelli essenziali di assistenza (LEA) a cura del Servizio sanitario nazionale affonda le sue radici nel **Decreto legislativo 30 dicembre 1992 n.502 e successive modifiche e integrazioni** - "*Riordino della disciplina in materia sanitaria a norma dell'art.1 della Legge 23 ottobre 1992, n.421*" - che definisce e introduce:

1. i criteri per la definizione dei Livelli essenziali di assistenza (art.1 comma 7);
2. le competenze regionali in termini di funzioni legislative ed amministrative in materia di assistenza sanitaria e ospedaliera (art.2);
3. il funzionamento dei fondi integrati (art.9) finalizzati a potenziare l'erogazione dei trattamenti e prestazioni non ricompresi nei LEA.

---

<sup>6</sup> A cura del Ministero dell'Economia e delle Finanze, Dipartimento della Ragioneria generale dello Stato, il documento pubblicato nel 2021, ha lo scopo di illustrare, in maniera organica, il processo di implementazione del quadro normativo e gestionale del settore sanitario, nonché gli strumenti di verifica e le risultanze dell'attività di monitoraggio.

Il **D.P.C.M. 12 gennaio 2017** - *“Definizione e aggiornamento dei livelli essenziali di assistenza”* – che sostituisce integralmente il precedente D.P.C.M. 29 novembre 2001, **aggiorna i Livelli essenziali di assistenza** (allegato 4C) in ottemperanza all’art.1 comma 7 del decreto legislativo 30 dicembre 1992, n.502 confermando che l’assistenza odontoiatrica a carico del Servizio sanitario nazionale è limitata a:

1. **programmi di tutela della salute odontoiatrica nell’età evolutiva;**
2. **assistenza odontoiatrica e protesica garantita a determinate categorie di soggetti in condizioni di particolare vulnerabilità;**
3. **popolazione in generale per un numero limitato di prestazioni.**

Inoltre, nel D.P.C.M. 12 gennaio 2017 il **legislatore amplia la descrizione e i relativi ambiti di applicazione di tali criteri** prevedendo:

1. **l’introduzione di un nuovo e aggiornato “Nomenclatore prestazioni di assistenza specialistica ambulatoriale”** contenente sia prestazioni di assistenza specialistica ambulatoriale sia prestazioni di assistenza protesica (in aggiornamento rispettivamente al Decreto ministeriale del 22 luglio 1996 e al Decreto ministeriale del 27 agosto 1999);
2. **l’obbligo di formulare**, previa intesa con la Conferenza permanente per i rapporti tra lo Stato, le regioni e le province autonome di Trento e Bolzano, **le tariffe massime delle prestazioni** (n.2109 prestazioni di assistenza specialistica ambulatoriale e n.1063 prestazioni di assistenza protesica) previste dalle disposizioni contenute appunto, nel D.P.C.M.
3. **per l’odontoiatria, la definizione di “condizioni di vulnerabilità” distinguendo tra vulnerabilità sanitaria<sup>7</sup> e vulnerabilità sociale<sup>8</sup>.**

#### ALCUNE OSSERVAZIONI E PRIME PROPOSTE

Da tutto quanto sinora evidenziato emergono una serie di osservazioni, di seguito riportate.

Per quanto concerne i **criteri per la definizione delle condizioni di erogabilità delle prestazioni odontoiatriche** (Allegato 4C del D.P.C.M. 12 gennaio 2017) la cui declinazione è demandata alle Regioni e alle Province autonome, **si riscontra una forte disomogeneità territoriale nonché frequenti situazioni in cui rimangono escluse fasce di popolazione socialmente fragili** (e che non rientrano nei limiti ISEE) o che non possono avere

<sup>7</sup> Secondo il “criterio ascendente”, la vulnerabilità sanitaria è da intendersi come l’insieme di malattie e condizioni alle quali sono frequentemente o sempre associate complicanze di natura odontoiatrica. Secondo il “criterio discendente” la vulnerabilità sanitaria è da intendersi come l’insieme di malattie e condizioni nelle quali le condizioni di salute potrebbero risultare aggravate o pregiudicate da patologie odontoiatriche concomitanti.

<sup>8</sup> La vulnerabilità sociale è da intendersi come una condizione di svantaggio sociale ed economico, correlata di norma a condizioni di marginalità e/o esclusione sociale.

l'ISEE (per esempio, i cittadini stranieri non regolari). Per questo motivo, sarebbe opportuno **rivedere** ed eventualmente **integrare gli attuali criteri di individuazione della condizione di "vulnerabilità sanitaria" e "vulnerabilità sociale"** dei cittadini anche valutando l'opportunità di aumentare il numero dei codici di **esenzione che possano accedere ai LEA odontoiatrici.**

Con riferimento al **"Nomenclatore prestazioni di assistenza specialistica ambulatoriale"** (Allegato A del D.P.C.M. 12 gennaio 2017) si evince che una quota parte delle **prestazioni di assistenza specialistica ambulatoriale odontoiatrica e di assistenza protesica risultano superate** in rapporto alle **nuove acquisizioni scientifiche e all'evoluzione tecnologica.** Pertanto, **si ritiene necessaria un'azione di revisione dell'attuale Nomenclatore** (aggiornamento, ampliamento, rimodulazione e/o modifica del set di prestazioni odontoiatriche che dovrebbero essere incluse nei LEA odontoiatrici) fatta salva la salvaguardia dell'onere di compartecipazione alla spesa – ticket – per l'utenza.

Sempre nell'ambito del **"Nomenclatore prestazioni di assistenza specialistica ambulatoriale"** si osserva che i **costi dei manufatti protesici/ortodontici sono totalmente esclusi dall'elenco dei LEA odontoiatrici** rimanendo di fatto, totalmente **a carico al cittadino.** Ciò costituisce una criticità non soltanto per i pazienti con età superiore ai 65 anni maggiormente soggetti a edentulia ma anche per un'ampia categoria di pazienti oncologici o pazienti che presentano esiti di traumi facciali che dovrebbero poter essere riabilitati con protesi supportate da impianti accedendo direttamente ai LEA. **Per questo motivo, si potrebbe prevedere l'utilizzo di protesi rimovibile supportata o meno da due fixtures o riabilitazioni impianto-protesiche mini-invasive sia dal punto di vista biologico che economico** (ad esempio tecnica *all-on-four*).

Rispetto alla normativa attualmente in vigore, tra i destinatari dei LEA odontoiatrici, **le donne in gravidanza,** pur senza limiti di reddito, possono accedere solo all'ablazione del tartaro e all'insegnamento dell'igiene orale. **Si ritiene di estendere a tale categoria di soggetti tutte le prestazioni odontoiatriche ricomprese nei LEA.** Infine, occorre ricordare che il D.P.C.M. 12 gennaio 2017 definisce con i LEA oltre alle attività, ai servizi e alle prestazioni garantite ai cittadini con le risorse messe a disposizione dal Servizio sanitario nazionale, anche tutte le attività di prevenzione rivolte alla collettività e ai singoli.

Tuttavia, ancora oggi, oltre ad una **generalizzata carenza di programmi di promozione della salute orale,** sono **pochi i cittadini che, pur avendone diritto, sono a conoscenza della sussistenza dei LEA odontoiatrici.** Occorrerebbe dunque, una maggior campagna di comunicazione e di sensibilizzazione delle categorie più fragili.

## RIFLESSIONI FINALI

In Italia la richiesta di cure ortodontiche e protesiche che riguardano l'infanzia e la terza età è molto elevata. Nonostante il nostro Sistema sanitario nazionale sia uno dei migliori del mondo e nonostante siano vari i tentativi di applicazione dell'odontoiatria sociale sia a livello centrale che regionale, **ad oggi le fasce di popolazione che possono accedere ad una qualche forma di assistenza in questo senso, sono una quota parte di individui in età evolutiva, pazienti fragili con vulnerabilità sanitaria o sociale, ma sempre con un numero di prestazioni odontostomatologiche comprese nei livelli essenziali di assistenza (LEA) insufficiente.**

Come precedentemente anticipato, tale quadro non soltanto è aggravato dal fatto che parte della popolazione ancora oggi, rinuncia alle cure odontoiatriche principalmente per difficoltà economiche ma potrebbe ulteriormente complicarsi se si considerano le previsioni sul futuro demografico dell'Italia. Il rapporto *Previsioni della popolazione residente e delle famiglie*<sup>9</sup> mostra che entro il 2050 le persone con età maggiore ai 65 anni potrebbero rappresentare il 35% del totale della popolazione mentre i giovani fino ai 14 anni di età solo l'11.7% determinando così, il rapporto di "un giovane a tre anziani". Risulta chiaro dunque, che si assisterà ad un aumento generalizzato del numero delle patologie croniche sistemiche e quindi, ad un progressivo ampliamento della fascia di pazienti considerati "fragili" con conseguente maggior richiesta di poter beneficiare di riabilitazioni implanto-protesiche accessibili e di qualità.

L'odontoiatria dunque, rimane ad oggi uno di quei settori nei quali i cittadini riscontrano maggiori difficoltà in termini di accesso e conseguente maggior tasso di rinuncia alle cure per problemi perlopiù di natura economica.

Per questo motivo, anche in considerazione delle previsioni sul futuro demografico dell'Italia, l'accesso alle cure e l'odontoiatria sociale assumono una grande rilevanza imponendoci di fatto, una riflessione generale sulla normativa vigente e sui LEA odontoiatrici attualmente in vigore anche in ragione delle possibilità offerte dal Piano nazionale ripresa resilienza (PNRR) e dallo stanziamento annuale pari a 200 milioni di euro previsto nella Legge di Bilancio 2022 per l'aggiornamento dei LEA.

---

<sup>9</sup> Curato da Istat e pubblicato nel novembre 2021, offre una serie di previsioni sul futuro demografico in Italia che ormai può definirsi un "Paese a elevato processo di invecchiamento".

## ANALISI ECONOMICA

### LA SPESA PER I SERVIZI ODONTOIATRICI

A partire da quanto già ampiamente descritto nella sezione dedicata al contesto di riferimento, l'assistenza odontoiatrica pubblica è soggetta nel nostro paese a una serie di significative limitazioni e condizioni di erogabilità che di fatto la rendono un servizio del tutto o quasi escluso dai Livelli Essenziali di Assistenza per gran parte della popolazione. Nonostante questo, i dati ISTAT mostrano come nel 2019 (ultimo anno disponibile) il **51% della popolazione italiana over15 abbia avuto accesso ad almeno una prestazione odontoiatrica**, che il **92% lo ha fatto pagando per intero la prestazione (con o senza un rimborso da parte di un'assicurazione)** e che il **91% si è rivolto a un libero professionista al posto di una struttura pubblica o convenzionata**.

Nel complesso un ricorso di tale portata a circuiti di offerta totalmente privati ha generato nelle famiglie italiane un esborso superiore a **8 miliardi di euro nel 2019**. Dopo la significativa riduzione osservata nel 2020 a causa del COVID, i dati 2021 mostrano un'immediata ripresa dei livelli pre-crisi. La spesa privata per servizi odontoiatrici rappresenta assieme a quella per l'acquisto di prodotti farmaceutici la principale componente (**21%**) del paniere di spese sanitarie private delle famiglie che ammonta a oltre **40 miliardi di euro**.

Essendo una componente in larga parte esclusa dalla copertura assicurativa pubblica, l'accesso alle cure odontoiatriche è soggetto per sua natura a un'importante **barriera all'ingresso** che è rappresentata dalla **disponibilità a pagare di individui e famiglie**. Infatti, nonostante le cure odontoiatriche siano ricomprese tra le prestazioni la cui copertura garantisce a casse e fondi sanitari integrativi l'accesso a benefici fiscali, l'accesso ai servizi dentistici rimane largamente a carico delle famiglie, sia perché l'estensione delle coperture assicurative private rimane ancora un fenomeno limitato nel contesto italiano, sia perché, quando presenti, le condizioni disponibili difficilmente riescono a compensare pienamente i costi a cui le famiglie vanno incontro.

Che l'accesso alle cure odontoiatriche sia drammaticamente determinato dalle condizioni socio-economiche invece che dall'effettivo bisogno di assistenza è evidente osservando come il dato relativo ad accesso e frequenza delle prestazioni cambi rispetto a una serie di fattori quali la **condizione reddituale** e, in un paese come il nostro caratterizzato da profonde diseguaglianze territoriali, dal **luogo di residenza** delle famiglie (Tabella 13). Suddividendo le famiglie italiane in cinque quintili di reddito disponibile emerge chiaramente come nel primo e più povero quintile la percentuale di individui over15 che ha avuto almeno un accesso a un servizio odontoiatrico è pari meno del 40% a fronte di oltre il 61% delle persone appartenenti al quintile

più ricco. Analogamente, i residenti nel nord-ovest accedono ai servizi dentistici proporzionalmente di più (58%) di quanto facciano i residenti nel sud (41%) e nelle isole (44%). D'altra parte, non si osservano differenze significative nelle modalità di pagamento: la limitata copertura prevista dai LEA fornisce una rete di sicurezza per una percentuale irrisoria di popolazione, rimanendo le prestazioni a tutte le latitudini, in tutti gli strati socio-economici e per tutte le condizioni di salute **largamente a carico dei bilanci familiari** (Tabella 14).

	popolazione dai 15 anni in su				
	meno di 6 mesi fa	da 6 a 12 mesi	12 mesi e più	mai	Totale
	%	%	%	%	%
I quintile	24,1%	15,9%	52,9%	7,1%	100%
II quintile	29,3%	17,4%	49,0%	4,3%	100%
III quintile	31,3%	20,4%	45,3%	3,0%	100%
IV quintile	35,0%	21,2%	41,9%	1,8%	100%
V quintile	40,4%	21,0%	36,9%	1,7%	100%
Nord-ovest	36,9%	20,7%	39,7%	2,6%	100%
Nord-est	39,7%	21,9%	36,5%	1,8%	100%
Centro	30,9%	19,1%	47,3%	2,6%	100%
Sud	24,2%	16,3%	53,4%	6,0%	100%
Isole	26,5%	17,1%	51,3%	5,2%	100%
Totale	31,8	19,1	44,8	3,5	100,0

Tabella 13 - Quando è andato l'ultima volta dal Dentista/ortodontista/igienista dentale per trattamenti di cura o prevenzione? – Dettaglio quintili di reddito e ripartizione geografica. Elaborazione su microdati Istat, European Health Interview Survey 2019 (disponibile nel giugno 2021)

	popolazione dai 15 anni in su				
	Interamente a carico	Interamente a carico con rimborso assicurativo	Con ticket	Con esenzione totale	Totale
	%	%	%	%	%
I quintile	83,8%	2,8%	6,5%	6,9%	100%
II quintile	87,2%	3,0%	4,3%	5,5%	100%
III quintile	86,8%	5,8%	2,9%	4,5%	100%

IV quintile	87,0%	6,8%	2,6%	3,7%	100%
V quintile	85,5%	9,0%	1,6%	4,0%	100%
Nord-ovest	84,2%	9,2%	2,3%	4,3%	100%
Nord-est	88,2%	5,3%	2,3%	4,2%	100%
Centro	84,8%	6,0%	3,8%	5,5%	100%
Sud	89,1%	2,5%	4,1%	4,4%	100%
Isole	84,2%	2,5%	6,8%	6,6%	100%
Cronico/a	84,9%	5,4%	3,8%	5,9%	100%
Non cronico/a	86,7%	6,0%	3,1%	4,2%	100%
Limitazioni gravi	83,8%	3,4%	4,5%	8,4%	100%
Limitazioni non gravi	84,6%	5,1%	5,0%	5,2%	100%
Nessuna limitazione	86,6%	6,1%	2,9%	4,4%	100%
15-24 anni	86,2%	5,7%	3,0%	5,1%	100%
25-54 anni	85,6%	7,4%	2,9%	4,1%	100%
55-74 anni	86,3%	4,8%	3,7%	5,2%	100%
75 e più anni	87,7%	2,7%	4,0%	5,6%	100%
Totale	86,1%	5,8%	3,3%	4,7%	100%

Tabella 14 – Facendo riferimento agli ultimi 12 mesi e all'ultimo trattamento, ha pagato per il trattamento? – Dettaglio quintili di reddito, ripartizione geografica, condizione di salute ed età. Elaborazione su microdati Istat, European Health Interview Survey 2019 (disponibile nel giugno 2021)

Infine, la disponibilità a pagare e il reddito come principale fattore abilitante/ostacolante all'accesso determina un ulteriore fenomeno relativo all'ampiezza e intensità delle cure cui si riesce ad accedere contando sulle sole risorse familiari. Facendo ancora una volta riferimento a dati ISTAT relativi alla spesa delle famiglie italiane, emerge come nel 2019, le famiglie che hanno riportato almeno una spesa per servizi dentistici **sia stata pari solo al 16,2 % delle famiglie** (dato non confortante in un'ottica di prevenzione odontoiatrica costante, almeno annuale), **ma con ampie differenze**: il I e più povero decile registra come solo il 9,6% delle famiglie ha riportato una spesa per servizi dentistici, a fronte del 24,7% del decile più ricco. Non solo si registrano ampie differenze nell'accesso al dentista tra famiglie, ma anche l'importo medio per famiglia, per coloro che si sono rivolte a questo servizio. Quelle appartenenti al 10% più ricco hanno speso in media 200 euro mensili in servizi dentistici, circa il doppio rispetto a quanto ha speso una famiglia appartenente al 10% più povero e fronte di una media di circa **156 euro mensili** (Tabella 15).

In ogni caso, queste cifre rendono la spesa per servizi dentistici la componente più elevata in assoluto per quelle famiglie che effettivamente spendono privatamente in servizi sanitari. Oltre che in termini assoluti, quando presente la spesa per dentisti rappresenta la principale voce di spesa del bilancio sanitario privato delle famiglie, assorbendo dunque risorse che potrebbero essere destinate al soddisfacimento di ulteriori bisogni sanitari (acquisto di farmaci, attrezzature e altre prestazioni) e non.

In sintesi, i dati fin qui mostrati evidenziano chiaramente come le già deboli condizioni per l'erogabilità delle prestazioni odontoiatriche a carico del SSN, vengano esasperate dalla spesa privata delle famiglie, che garantisce l'accesso e la cura prevalentemente alle famiglie più ricche, sia per frequenza di utilizzo del servizio, sia per importo medio consumato, generando grande iniquità e allontanando il SSN da qualsiasi prospettiva di universalismo, anche considerando approcci di universalismo selettivo.

	Famiglie con spese dentistiche					
	I decile	IV decile	V decile	VI decile	X decile	Totale
Servizi dentistici (€ mensili)	103	120	137	150	200	156
In % della spesa per Servizi sanitari	79%	80%	78%	81%	77%	79%
In % della Spesa sanitaria	50%	52%	50%	58%	53%	55%

Tabella 15 – Spesa delle famiglie mensile per servizi dentistici – Valori medi e in percentuale su spesa per servizi sanitari e spesa sanitaria complessiva. Elaborazione su microdati Istat, European Health Interview Survey 2019 (giugno 2021)

### L'ASSISTENZA ODONTOIATRICA PUBBLICA: VOLUMI E SPESA

A partire dai dati resi disponibili dall'Ufficio 3 (Sistema informativo sanitario nazionale) della Direzione Generale della digitalizzazione, del sistema informativo sanitario e della statistica del Ministero della Salute è stata realizzata una stima della spesa sanitaria pubblica destinata alle cure odontoiatriche così come definitive dai Livelli Essenziali di Assistenza a partire dalle condizioni di erogabilità di cui all' Allegato 4C del D.P.C.M. 12 gennaio 2017.

La stima si basa sui seguenti passaggi metodologici:

- i codici prestazione relativi ai volumi e alle tariffe raccolte a livello regionale sono stati omogeneizzati per tenere conto dei diversi nomenclatori di prestazioni ad oggi in vigore;

- si è proceduto a una stima della quota relativa delle prestazioni “PRIMA VISITA ODONTOSTOMATOLOGICA” (89.7B.6) a partire dai dati delle regioni che utilizzano il più recente nomenclatore della specialistica ambulatoriale che prevede la distinzione per specialità delle prestazioni relative e prime visite specialistiche;
- le prestazioni sono state aggregate in macro-aree così come definite dal nomenclatore delle prestazioni odontoiatriche condiviso a livello FNOMCEO.

Partendo dai volumi la stima ha permesso di ricomprendere all'interno dell'insieme delle cure odontoiatriche pubbliche circa **3,7 milioni di prestazioni ambulatoriali**, ripartite tra **prime visite (27%)**, **diagnostica per immagini (20%)** e trattamenti diversi. Rispetto al dato complessivo dell'attività ambulatoriale pubblica (desunto dall'Annuario Statistico del SSN relativo al 2019), quella delle cure odontoiatriche rappresenta circa **l'1,5% dell'attività clinica e diagnostica** (con l'esclusione delle attività di laboratorio). Tra i gruppi di prestazioni a maggiore frequenza, seguendo le diagnosi (prime visite) e la diagnostica per immagini, appaiono i trattamenti conservativi (20%), di igiene dentale (13%) e la chirurgia orale (10%). Seguono in via residuale i trattamenti riconducibili alle altre macro-aree (Tabella 16).

La prima considerazione dovuta riguarda **l'eterogeneità tra le diverse realtà regionali del mix delle prestazioni erogate**. Tolto l'apparente omogeneità delle diagnosi (prime visite), che è in larga parte frutto del procedimento e della metrica di rilevazione, su tutte le altre aree si osserva una elevata variabilità. Tra le macro-aree più frequenti, quella con la maggiore variabilità risulta essere l'area dell'igiene dentale che assorbe, in grandi regioni come Veneto e Campania, una quota ben superiore a quella media. La variabilità è massima tra le macro-aree più residuali per le quali si segnalano una elevato peso dei trattamenti per l'età pediatrica in Lombardia, Veneto e Friuli-Venezia Giulia, e un ruolo non indifferente per i trattamenti collegati a perni e protesi in Piemonte, Toscana e nelle Marche.

La seconda considerazione riguarda proprio i trattamenti residuali. Nonostante una delle condizioni di erogabilità riguardi proprio i programmi di tutela della salute odontoiatrica in età evolutiva (0-14) anni, i trattamenti specifici **dell'età pediatrica sono tra quelli meno frequenti**. Inoltre, la previsione per cui la componente protesica rimane a carico dei pazienti anche in caso di trattamenti eseguiti a carico del SSN appare rendere **residuale il ricorso a tali trattamenti attraverso il canale pubblico**.

% del TOT. regionale	Diagnosi (prima visita)	Diagnostica per immagini	Conservativa	Igiene dentale	Chirurgia orale	Pediatria	Endodonzia	Perni e protesi	Ortopognodonzia	Parodontologia	Gnatologia	Totale
PIE	26%	34%	11%	6%	13%	1%	1%	6%	0%	0%	0%	100%
VDA	26%	66%	5%	0%	3%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	100%
LOM	26%	24%	20%	11%	5%	11%	2%	1%	1%	0%	0%	100%
LIG	26%	36%	13%	4%	16%	2%	2%	0%	0%	0%	0%	100%
PA TN	26%	56%	0%	0%	17%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	100%
PA BZ	26%	52%	3%	3%	13%	1%	1%	0%	0%	0%	0%	100%
VEN	26%	14%	19%	20%	9%	5%	2%	1%	0%	1%	2%	100%
FVG	26%	28%	17%	9%	10%	6%	3%	0%	0%	0%	1%	100%
ER	36%	21%	16%	8%	8%	3%	2%	4%	1%	1%	0%	100%
TOS	28%	18%	11%	5%	26%	1%	2%	9%	1%	0%	0%	100%
UMB	22%	38%	9%	3%	10%	2%	2%	8%	5%	0%	1%	100%
MAR	29%	25%	12%	9%	10%	1%	2%	11%	1%	0%	0%	100%
LAZ	26%	28%	13%	9%	11%	3%	2%	5%	3%	0%	0%	100%
ABR	26%	43%	10%	5%	10%	1%	4%	0%	0%	0%	0%	100%
MOL	18%	16%	21%	18%	15%	0%	4%	0%	0%	0%	7%	100%
CAM	26%	16%	13%	26%	13%	0%	1%	3%	0%	1%	0%	100%
PUG	26%	10%	36%	8%	13%	1%	4%	1%	0%	2%	0%	100%
BAS	25%	65%	2%	2%	4%	1%	0%	1%	0%	0%	0%	100%
CAL	22%	31%	0%	16%	19%	2%	6%	0%	1%	4%	0%	100%
SIC	26%	14%	31%	11%	9%	0%	5%	0%	0%	1%	1%	100%
SAR	26%	17%	23%	20%	7%	1%	3%	0%	0%	0%	2%	100%
TOT	27%	20%	20%	13%	10%	3%	3%	2%	1%	1%	0%	100%

Tabella 16 – Distribuzione delle prestazioni relative all'attività odontoiatrica pubblica per regione e macro-area. Elaborazione su dati della Direzione Generale della digitalizzazione, del sistema informativo sanitario e della statistica del Ministero della Salute (anno 2021)

La stima della spesa pubblica destinata alle cure odontoiatriche è il frutto della combinazione tra volumi delle prestazioni e loro valore tariffario. Nella consapevolezza che il valore tariffario difficilmente coincide con una perfetta rappresentazione dei costi sostenuti dalle Aziende del servizio sanitario nazionale (eccetto che per le prestazioni acquistate da privati accreditati per le quali rappresentano l'effettivo prezzo di acquisto), si è comunque ritenuto utile trarre delle indicazioni a partire dai valori tariffari, come unica proxy disponibile, che garantisce comunque solidità di calcolo e interpretabilità del dato.

L'importo complessivamente impiegato per le cure odontoiatriche pubbliche si attesta a circa **85 milioni di euro annue**. Diversamente dai volumi, l'area che assorbe la maggioranza relativa delle risorse è quella dei **trattamenti conservativi (25%)**, seguita dalle **diagnosi (23%)**, dalla **diagnostica per immagini (16%)** e dalla **chirurgia orale (11%)**. L'importo rappresenta circa lo **0,2% della spesa sanitaria pubblica destinata ai servizi ambulatoriali (35 miliardi nel 2021)** e lo **0,07% della spesa sanitaria pubblica complessiva (127 miliardi nel 2021)**, prendendo come riferimento i dati ISTAT-SHA.

Se messa in relazione alla spesa delle famiglie per servizi odontoiatrici, emerge come in media **la quota a carico del SSN superi di poco l'1% del totale dei consumi odontoiatrici del paese** con una **elevata variabilità che vede le regioni meridionali con una quota coperta dal pubblico superiore rispetto alle regioni settentrionali**. Ci sono pochi dubbi rispetto al fatto che la causa di tali differenze vada più ricercata nella maggiore propensione ad accedere ai servizi dentistici privati nelle regioni settentrionali, spinta dalla maggiore capacità di spesa,

piuttosto che a una presunta migliore capacità delle regioni meridionali di assistere una quota più significativa di popolazione vulnerabile.

Milioni di €	Diagnosi (prima visita)	Diagnostica per immagini	Conservativa	Igiene dentale	Chirurgia orale	Pediatrica	Endodonzia	Perni e protesi	Ortognatodonzia	Parodontologia	Gnatologia	Totale Spesa pubblica	Spesa famiglie (2019)	% Spesa pubblica su Totale
PIE	0,8	0,9	0,4	0,1	0,3	0,0	0,1	0,5	0,0	0,0	0,0	3,2	752,0	0,4%
VDA	0,01	0,03	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,04	21,02	0,2%
LOM	3,3	3,2	3,2	0,6	0,6	0,4	0,5	0,1	0,4	0,1	0,0	12,4	1.899,9	0,6%
LIG	0,2	0,2	0,1	0,0	0,1	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,6	204,8	0,3%
PA TN	0,1	0,2	0,0	0,0	0,1	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,3	102,4	0,3%
PA BZ	0,0	0,1	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,1	51,2	0,3%
VEN	1,1	0,7	1,1	0,7	0,4	0,1	0,2	0,1	0,1	0,1	0,1	4,6	901,6	0,5%
FVG	0,4	0,2	0,3	0,1	0,1	0,0	0,1	0,0	0,0	0,0	0,0	1,3	253,4	0,5%
ER	1,7	1,2	1,9	0,6	0,8	0,1	0,4	0,9	0,5	0,1	0,0	8,1	549,7	1,5%
TOS	0,7	0,6	0,6	0,2	1,1	0,0	0,1	1,0	0,4	0,0	0,0	4,8	417,8	1,1%
UMB	0,1	0,2	0,1	0,0	0,1	0,0	0,0	0,1	0,2	0,0	0,0	0,8	79,1	1,0%
MAR	0,3	0,2	0,1	0,1	0,1	0,0	0,0	0,2	0,0	0,0	0,0	1,1	127,0	0,9%
LAZ	1,1	1,1	0,7	0,2	0,5	0,0	0,1	0,5	0,6	0,0	0,0	4,9	868,0	0,6%
ABR	0,1	0,2	0,1	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,4	137,3	0,3%
MOL	0,1	0,0	0,1	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,3	24,7	1,2%
CAM	2,9	1,7	2,1	2,6	2,3	0,0	0,2	1,0	0,1	0,3	0,0	13,3	323,4	4,0%
PUG	0,9	0,3	1,7	0,1	0,5	0,0	0,3	0,0	0,0	0,2	0,0	4,0	302,1	1,3%
BAS	0,0	0,1	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,1	70,0	0,2%
CAL	0,2	0,2	0,0	0,1	0,2	0,0	0,1	0,0	0,0	0,1	0,0	0,9	122,8	0,7%
SIC	5,1	1,4	8,2	0,9	1,9	0,0	2,0	0,0	0,1	0,6	0,1	20,5	457,2	4,3%
SAR	0,7	0,4	0,8	0,4	0,2	0,0	0,2	0,0	0,0	0,0	0,0	2,8	144,6	1,9%
TOT	19,9	13,3	21,4	6,7	9,2	0,8	4,3	4,5	2,5	1,6	0,3	84,6	7.810,0	1,1%

Tabella 17 – Stima della spesa relativa all'attività odontoiatrica pubblica per regione e macro-area. Elaborazione su dati della Direzione Generale della digitalizzazione, del sistema informativo sanitario e della statistica del Ministero della Salute (anno 2021)

## POSSIBILI SCENARI DI ESPANSIONE DELLA COPERTURA PUBBLICA PER L'ASSISTENZA ODONTOIATRICA

Alla luce di quanto fin qui esposto vengono individuati alcuni possibili scenari di espansione della copertura pubblica destinata all'assistenza odontoiatrica. Qualsiasi ipotesi di espansione della copertura pubblica delle cure odontoiatriche potrà essere intrapresa attraverso la scelta di una (o di una combinazione) delle seguenti tre policy.

La prima riguarda un **allargamento dei criteri e delle condizioni di erogabilità previste dai LEA per l'accesso alle prestazioni**. Gli attuali criteri prevedono la presenza di condizioni di vulnerabilità sanitaria, vulnerabilità sociale e fasce della popolazione a cui è garantito l'accesso per un limitato numero di prestazioni. Per quanto riguarda il criterio di vulnerabilità sanitaria si tratterebbe di estendere tale accezione a categorie e codici di esenzione per patologie ulteriori rispetto a quanto attualmente previsto secondo il criterio "discendente" (paz. in attesa e post-trapianto, paz. con immunodeficienza gravi, paz. con cardiopatia congenita cianogena, paz. con patologie oncologiche ed ematologiche in trattamento con radio o chemioterapia, paz. con emofilia grave) o di prevedere la possibilità che i pazienti affetti da patologie associate a complicanze di natura odontoiatrica secondo il criterio "ascendente" di accedere alle prestazioni anche qualora non sussistesse una concomitante vulnerabilità sociale. Relativamente alla vulnerabilità sociale, invece, il quadro è reso più

complicato dalla forte disomogeneità territoriale in quanto la scelta degli strumenti atti a individuare la condizione di vulnerabilità è totalmente demandata a Regioni e Province Autonome. In ogni caso, una estensione delle possibilità di accesso passa per l'attuazione di *cut-off* meno restrittivi negli indicatori di misurazione della condizione socio-economica (es. ISEE) utilizzati.

La seconda opportunità di policy è rappresentata da una **ridefinizione delle prestazioni erogabili stanti le attuali condizioni di erogazione**. L'operazione si presterebbe ad ampi margini di manovra soprattutto rispetto a una graduale estensione dei criteri di accesso. A titolo di esempio si potrebbe ridurre il grado di urgenza, misurato attraverso l'indice IOTN (Indice di Necessità di Trattamento Ortodontico), in presenza del quale è possibile accedere ai trattamenti ortodontici per i soggetti 0-14 anni (attualmente previsto a un minimo di 4/5 e con l'esclusione del costo del manufatto). In alternativa, si potrebbe prevedere un'estensione delle prestazioni accessibili per donne in gravidanza per le quali è attualmente consentita l'erogazione (salva la presenza di condizioni di vulnerabilità) dei soli trattamenti di igiene dentale. O ancora, e in modo più esteso, prevedere un allargamento delle prestazioni accessibili alla popolazione generale, limitata allo stato attuale alle sole diagnosi (prime visite) e ai trattamenti delle urgenze.

La terza e ultima strada potenziale policy riguarda la **previsione di un finanziamento a copertura dei manufatti protesici/ortodontici, a integrazione di quanto già previsto, in termini di soli trattamenti, per l'età evolutiva (0-14) e per la popolazione anziana**. Per contenere l'impatto di spesa di questa policy ovviamente si può optare per manufatti standard a condizioni di garanzia di sicurezza clinica e funzionale.

Alla luce degli scenari di policy sopra esposti e delle considerazioni fin qui raccolte vengono proposti di seguito alcune ipotesi di estensione della spesa sanitaria pubblica destinata alle cure odontoiatriche, a partire da alcune semplici assunzioni.

La prima proposta parte dall'assunto che in un paese sempre più afflitto da diseguaglianze socio-economiche, demografiche e geografiche è necessario che un criterio fondato sull'equità prevalga in tutte le logiche di allocazione delle risorse pubbliche, tanto più in quei campi in cui il soddisfacimento di un bisogno di salute è in modo così drammatico condizionato alle capacità di spesa di individui e famiglie. Nel 2021 ISTAT stima un'incidenza media di povertà assoluta (calcolato come % di famiglie la cui spesa per beni e servizi è inferiore a quella di un paniere standard definito "essenziale") pari al 7,5% delle famiglie, con punte del 10,8% al sud. In termini di individui, la povertà assoluta interessa il 9,4% dei residenti e addirittura il 13,2% nelle regioni meridionali. Se si considera la povertà relativa (condizione che si verifica quando la spesa standardizzata di una famiglia di due componenti è inferiore alla spesa media pro capite), il dato è ancora più rilevante

interessando l'11% delle famiglie (il 22,4% nelle isole) e il 14,8% degli individui (il 27,3% nelle isole). Nell'assunzione che i bisogni di natura odontoiatrica della popolazione siano omogenei (ipotesi conservativa in quanto le condizioni di salute della popolazione più povera sono tipicamente peggiori di quelle della popolazione più ricca), un approccio puramente equitativo partirebbe dall'assunto che a fronte di una povertà assoluta che interessa quasi il 10% dei residenti, **è necessario che i sistemi sanitari pubblici si facciano carico di una quota analoga della (attuale) spesa odontoiatrica complessiva**. Questo vorrebbe dire, a parità di prezzi, tariffe e consumi, portare la spesa pubblica per cure dentistiche a un ammontare di **circa 800 milioni di euro**.

La seconda proposta riguarda il concentrare gli sforzi alla componente protesica e impiantistica. Secondo l'ultima stima pre-crisi (2019) la spesa per protesi dentistiche a carico dei cittadini è stata pari a **circa 1 miliardo di euro**. Tale valore non sarebbe comunque identificabile come limite massimo del bisogno di protesi dentistiche in quanto il ricorso alla spesa per protesi è fortemente limitato dalle condizioni reddituali. Considerato l'ampia prevalenza di bisogni correlati all'acquisto di manufatti protesici/ortodontici per l'età evolutiva e l'età anziana, tale ammontare potrebbe essere rivisto a partire dalla percentuale di soggetti con età inferiore a 14 anni e superiore ai 75 anni, con la possibilità di prevedere un aggiustamento anche in questo caso, sulla base di un principio di equità, con la percentuale di soggetti che vivono in povertà assoluta (il 14,2% dei bambini sotto i 17 anni e il 5,3% degli individui sopra i 65 anni). Uno stanziamento tra **i 200 e i 300 milioni di euro** potrebbe dunque agevolare, a parità di condizioni di erogabilità per l'erogazione dei trattamenti ambulatoriali, a un numero rilevante di persone l'accesso ai manufatti protesici/ortodontici.

La terza opzione riguarda infine le risorse necessarie alla graduale estensione delle attuali condizioni di erogabilità. La variabilità degli attuali criteri, non solo da un punto di vista dei bisogni correlati alle condizioni patologiche, ma anche degli strumenti utilizzati dalle Regioni per misurare la vulnerabilità economica di individui e famiglie rende complicata qualsiasi stima circa l'ammontare necessario per operazioni di questa tipologia e portata. Solo per fornire degli ordini di grandezza, volendo rendere l'assistenza odontoiatrica pubblica almeno assimilabile (in termini di frequenza di consumo e quota di prestazioni tra circuiti pubblici e privati) ad altre aree dell'assistenza ambulatoriale che per caratteristiche sono attualmente soggette ad ampio ricorso dei canali di finanziamento e produzione privata (ad esempio le visite specialistiche ma anche i trattamenti riabilitativi fisioterapici), si tratterebbe di stanziare un ammontare aggiuntivo pari dalle 3 alle 5 volte rispetto a quanto attualmente disponibile, ovvero tra **i 170 e i 340 milioni di euro**.

È quantomai utile e doveroso ricordare in conclusione come qualsivoglia estensione della copertura pubblica, anche quando accompagnata da un rilevante stanziamento di risorse, sarà verosimilmente poco efficace se

non verrà prevista in un intervallo di tempo sufficientemente lungo da consentire un aggiustamento dei meccanismi di offerta e dei circuiti di produzione, ad oggi quasi del tutto rispondenti a logiche “di mercato” e legate all’iniziativa dei singoli professionisti, nonché una massiccia campagna di educazione e promozione della salute orale nei confronti di tutte quelle categorie che finora hanno maggiormente risentito delle restrittive condizioni di accesso alle cure odontoiatriche. Questa potrebbe essere anche l’occasione per introdurre e generare incentivi forti a stili di vita preventivi associandoli come vincolo per rientrare nei criteri di eleggibilità nel SSN, ad esempio vincolati a visite di controllo annuali e comportamenti di cura orale corretti. La seguente tabella 18 sintetizza le tre ipotesi di proposte di policy e le previsioni di spesa aggiuntiva annuale in relazione all’ espansione della copertura pubblica per l’assistenza odontoiatrica.

Proposte di Policy	Possibili scenari di espansione della copertura pubblica per l’assistenza odontoiatrica	Previsione Spesa pubblica aggiuntiva annuale
Prima	<b>Allargamento dei criteri e delle condizioni di erogabilità previste dai LEA per l’accesso alle prestazioni.</b> (a fronte di una povertà assoluta che interessa quasi il 10% dei residenti, è necessario che i sistemi sanitari pubblici si facciano carico di una quota analoga della attuale spesa odontoiatrica complessiva)	800 Milioni €
Seconda	<b>Ridefinizione delle prestazioni erogabili stanti le attuali condizioni di erogazione.</b> (concentrare gli sforzi alla componente protesica e impiantistica)	200-300 Milioni €
Terza	<b>Finanziamento a copertura dei manufatti protesici/ortodontici, a integrazione di quanto già previsto, in termini di soli trattamenti, per l’età evolutiva (0-14) e per la popolazione anziana.</b> (graduale estensione delle attuali condizioni di erogabilità)	170-340 Milioni €

Tabella 18 – Stima della previsione di spesa aggiuntiva annuale in relazione alle tre ipotesi di Policy per l’espansione della copertura pubblica per l’assistenza odontoiatrica.

Queste proposte sono state formulate partendo dalla semplice ma preoccupante considerazione che il **totale della spesa privata odontoiatrica delle famiglie** è, in media annua, **sopra gli 8 Mld contro una spesa pubblica del SSN di soli 85 milioni**, un ordine di grandezza non comparabile, che rende di fatto la copertura pubblica residuale. L’esiguità della spesa pubblica non influenza infatti la tutela del diritto all’accesso alle cure odontoiatriche ed appare evidente come i principi fondanti il SSN di universalità ed equità non siano presenti nelle cure odontoiatriche.



# Ministero della Salute

## Consiglio Superiore di Sanità

Sessione LIII (2022-2025)  
Presidente prof. Franco Locatelli

### Sezione I

#### Pianificazione di sistema ed economica, Innovazione e ricerca, sviluppo di nuovi modelli di servizio nel SSN

Presidente: Prof. Paolo Vineis  
Coordinatore e Direttore Segreteria tecnica: Dr. Stefano Moriconi

### Gruppo di lavoro

#### "Revisione dell'accesso alle cure odontoiatriche nel SSN"

**Prof. Felice Enrico Gherlone** *Consigliere Sezione I – Coordinatore Gdl*  
 Rettore Università Vita Salute S. Raffaele - Professore Ordinario di Malattie Odontostomatologiche, Università Vita-Salute San Raffaele di Milano

**Dr. Stefano Moriconi** *Segretario tecnico Gdl*  
 Coordinatore e Direttore Struttura tecnica di Segreteria della Sezione I del Consiglio Superiore di Sanità - Dirigente medico, Ministero della salute

**Prof. Marco Ferrari** *Vice Presidente Sezione II*  
 Professore Ordinario di Malattie Odontostomatologiche, Dipartimento Biotecnologie mediche Università degli Studi di Siena

**Prof. Francesco Longo** *Consigliere Sezione I CSS*  
 Professore Associato in Management pubblico, Dip.to Social and Political sciences, Università Bocconi di Milano

**Prof.ssa Livia Ottolenghi**  
 Professoressa Ordinaria SSD Med/28 Malattie odontostomatologiche Università degli Studi di Roma "La Sapienza" - Chief Dental Officer

**Prof.ssa Antonella Polimeni**  
 Professoressa Ordinaria Med/28 Malattie odontostomatologiche e Rettrice Università degli Studi di Roma "La Sapienza"

**Dott. Gianfranco Prada**  
 Associazione Nazionale Dentisti Italiani (ANDI)

IL COORDINATORE  
 Prof. Felice Enrico Gherlone

IL SEGRETARIO DELLA SEZIONE I  
 Dr. Stefano Moriconi

IL PRESIDENTE DELLA SEZIONE I  
 Prof. Paolo Vineis