EU.R.E.S.
Ricerche Economiche e Sociali

FNOMCeO

L’abusivo esercizio della professione medica e odontoiatrica

Direzione del Rapporto

Fabio Piacenti

Gruppo di ricerca

Arianna Pugliese
Viviana Vassura

INDICE

Prefazione
di Amedeo Bianco – Presidente nazionale FNOMCEO **pag. 4**

Presentazione
di Giuseppe Renzo – Presidente nazionale CAO-FNOMCEO **pag. 6**

Introduzione
di Fabio Piacenti – Presidente Eures **pag. 9**

Capitolo 1 - L'Ordine dei Medici **pag. 12**

Capitolo 2 - Lo scenario: i numeri **pag. 15**
2.1 L'offerta di medici e dentisti: il confronto europeo
2.2 Il quadro italiano: gli iscritti agli albi professionali
2.3 Le caratteristiche degli Iscritti
2.4 I liberi professionisti
2.5 I laureati in medicina e odontoiatria
2.6 Le lauree conseguite all'estero e riconosciute in Italia

Capitolo 3 – L'abusivo esercizio della professione **pag. 40**
3.1 I dati del Ministero dell'Interno
3.2 I dati dei NAS
3.3 Le stime sull'abusivo esercizio della professione Odontoiatrica della CAO

Capitolo 4 – Stime e costi dell'abusivismo **pag. 52**
4.1 La stima della spesa familiare per cure odontoiatriche
4.2 I "numeri" delle professioni odontoiatriche e il fatturato dei dentisti italiani secondo gli studi di settore
4.3 Stima dell'abusivismo nell'esercizio della professione odontoiatrica
4.4 I costi economici e sociali dell'abusivismo dentistico

Capitolo 5 – Le proposte di revisione dell'articolo 348 del Codice penale **pag. 65**

Prefazione

di Amedeo Bianco
Presidente nazionale della FNOMCEO

Il Comitato Centrale della FNOMCeO nel novembre scorso nel dare mandato all'EURES di predisporre il rapporto sull'abusivo esercizio della professione medica e odontoiatrica si proponeva lo scopo di avere finalmente dati obiettivi e scientificamente validati sul fenomeno dell'esercizio abusivo della professione che destava e desta un allarme sociale sempre più rilevante.

L'abusivismo della professione specialmente in campo sanitario è infatti particolarmente pericoloso in quanto pone in pericolo la tutela della salute sottraendo ai cittadini il ricorso alle corrette metodologie sanitarie che possono e devono essere realizzate solo dai legittimi esercenti della professione medica ed odontoiatrica.

In ogni campo è però necessaria una conoscenza analitica dei fenomeni anche quando, come in questo caso, li si vuole combattere.

Il rapporto che oggi andiamo a presentare è estremamente interessante in quanto conferma l'entità di un fenomeno la cui vastità era conosciuta ma di cui non avevamo certezze a livello numerico e statistico.

Si viene quindi a colmare un vuoto e quindi d'ora in poi avremo a disposizione uno strumento che dimostra in modo inconfutabile la necessità di interventi, anche legislativi diretti a promuovere finalmente una seria lotta contro l'esercizio abusivo che, oltre a colpire la salute pubblica, avvilisce la dignità della professione medica ed odontoiatrica.

L'iniziativa è poi particolarmente sentita dalla componente odontoiatrica dei nostri Ordini che da anni si sta impegnando per eliminare l'abusivismo che nel campo dell'odontoiatria è tradizionalmente molto presente con tutte le conseguenze negative per l'esercizio professionale.

L'ambizione è quella di avere uno strumento che finalmente permetta di rapportarsi con la parte pubblica in modo coerente ed informato al fine di promuovere modifiche legislative che dovrebbero passare innanzitutto attraverso una riforma dell'art 348 del c.p. che

attualmente sanziona in modo troppo blando il reato di esercizio abusivo della professione.

E' poi importante sottolineare che purtroppo il tema dell'abusivismo non è esclusivamente diretto alla professione odontoiatrica ma che problemi si sono registrati anche in campo medico come numerosi fatti di cronaca hanno recentemente dimostrato.

Nel ringraziare l'EURES per il Rapporto che ha realizzato, ritengo che l'iniziativa si tradurrà in un passaggio importante a favore della Federazione, degli Ordini e delle Cao Provinciali impegnati da sempre nell'opera di promozione di una cultura della legalità che non può accettare che ancora nel nostro paese possa prosperare un fenomeno legato al passato, come quello dell'esercizio abusivo della professione, debellato ormai in tutti i Paesi civili.

La strada è ancora lunga e i dati che abbiamo occasione finalmente di leggere sono certamente preoccupanti ma questa iniziativa potrà senz'altro dare il necessario impulso per raggiungere i risultati che tutti auspichiamo.

Presentazione

di Giuseppe Renzo

Presidente nazionale della CAO-FNOMCEO

Il tema della lotta all'esercizio abusivo nella professione medica ed odontoiatrica è da tempo all'attenzione della FNOMCeO che, in passato, ha evidenziato la pericolosità del problema a tutte le Istituzioni, facendosi promotrice di proposte e iniziative legislative dirette ad incrementare il potere dissuasivo, attualmente molto carente, dell'art 348 del c.p. che punisce il reato di esercizio abusivo della professione.

L'impegno è sempre stato massimo e più volte ci è sembrato di essere vicini al raggiungimento dell'obiettivo su cui, come spesso accade, i politici avevano dato ampia assicurazione di attenzione e di condivisione. Purtroppo, nonostante la nostra "buona volontà", risultati concreti - al di là di generiche espressioni di interesse e di momentanei nonché parziali risultati ottenuti grazie all'impegno di una parte della professione e degli organi repressivi dello Stato - non sono mai stati raggiunti. Ancora oggi, specialmente nel campo dell'odontoiatria, l'esercizio abusivo costituisce un fenomeno tutto italiano imponente ed ovviamente sommerso che continua a creare danni gravi alla salute pubblica e alla dignità della professione stessa.

Abbiamo compreso che, per conseguire risultati nell'odierna civiltà dell'informazione, occorre raggiungere attraverso i mass media i cittadini facendoli partecipi e consapevoli di problemi che li riguardano direttamente.

Un sentiero irto di difficoltà e lungo, ma da percorrere.

Stanno contribuendo a creare finalmente il necessario allarme sociale molte trasmissioni televisive e articoli di stampa che, in modo meritorio, segnalano sempre più spesso casi clamorosi di esercizio abusivo che, purtroppo, nessuno vuole negarlo, spesso vedono come partecipi nel reato anche legittimi esercenti l'odontoiatria nel ruolo odioso di prestanome.

Mi piace ricordare che in questa lotta abbiamo sempre avuto vicini i Carabinieri per la Tutela della Salute che, come potrete vedere leggendo il rapporto EURES che ho il piacere di presentare insieme con il Presidente dell'Istituto Dr. Fabio Piacenti, si sono sempre responsabilmente adoperati per reprimere il fenomeno utilizzando

ovviamente i mezzi che la Legge pone loro a disposizione, pur con le lacune cui ho già accennato.

In questo quadro è nata l'idea condivisa da tutto il Comitato Centrale della Federazione, di svolgere un'indagine con tutti i crismi della serietà scientifica affidandola ad un Istituto di grande prestigio e serietà per poter finalmente dimostrare, senza tema di smentite, la notevole rilevanza del problema e le sue ricadute gravissime per la salute pubblica e, come dirò, l'incidenza in tema di evasione fiscale.

Pertanto non si tratta, è opportuno puntualizzarlo, di difesa corporativa di una categoria (i dentisti) considerata, a torto, privilegiata.

Sono certo, infatti, che con questo nuovo strumento, che oggi andiamo a presentare, si potrà raggiungere, con ancora più efficacia, il mondo delle Istituzioni e soprattutto l'opinione pubblica ed i mass media, i quali sono i nostri migliori alleati in questa battaglia di civiltà e correttezza.

Potrete verificare nel rapporto la rilevanza dei dati e delle cifre che emergono. Mi piace sottolineare come il numero degli abusivi non fosse, da parte nostra, affatto sovrastimato ma corrisponda invece perfettamente al dato statistico nei termini che, seppure in modo empirico, avevamo sempre indicato come valutazione quantitativa della diffusione del fenomeno.

Come uomo del Sud un dato mi ha colpito: quello che vede un maggior numero di abusivi nel settentrione d'Italia rispetto a quello esistente nel nostro meridione; anche qui le cifre, facendo giustizia di luoghi comuni che spesso non si traducono nella realtà dei fatti, nel contempo confermano un assioma: si delinque di più là dove ci sono più risorse economiche! Non ritengo necessario sottolineare il pericolo evidente per la tutela della salute dei nostri cittadini, del fenomeno dell'abusivismo. Esso peraltro può costituire anche un elemento di diffusione di patologie gravi, trasmissibili attraverso la carenza di igiene e delle necessarie precauzioni che solo un professionista può garantire.

Voglio evidenziare che, come da sempre sospettato, il danno economico derivante dall'evasione e dalla elusione fiscale di cui si rendono responsabili gli abusivi è enorme, pari a circa 85 milioni di euro l'anno di mancati incassi IRPEF.

Sono cifre da punto esclamativo che "gridano vendetta" in un contesto sociale come quello italiano che vede l'aggravarsi di una crisi economica che pare senza fine e soprattutto alla luce di una sempre

più affannosa ricerca di nuove entrate, da parte dello Stato, allo scopo di far fronte a bisogni sociali non più dilazionabili.

Mi piace quindi concludere ringraziando l'Eures per questo lavoro e ricordando che l'eventuale, auspicabile vittoria nella lotta all'esercizio abusivo permetterà di raggiungere risultati importantissimi sia per il miglioramento dell'assistenza sanitaria in Italia sia per quanto concerne la possibilità di far emergere redditi sommersi di grande rilevanza, nonché del tutto esenti da ogni prelievo fiscale.

Introduzione

di Fabio Piacenti

Presidente Eures Ricerche Economiche e Sociali

L'analisi di una tematica complessa come l'abusivo esercizio di una professione, ovvero di un importante segmento dell'economia sommersa e, più in generale, dell'illegalità in Italia, ha rappresentato per l'Eures - Istituto che ha fatto dell'attenzione a tali tematiche uno dei più riconoscibili tratti della propria identità – una sfida e un'opportunità in termini metodologici e scientifici.

Il lavoro, che risponde all'obiettivo progettuale di realizzare un inquadramento introduttivo delle caratteristiche del fenomeno dell'abusivo esercizio della professione medica e odontoiatrica in Italia, stimandone al tempo stesso le dimensioni e gli spazi di mercato indebitamente occupati, ha previsto la ricognizione, la raccolta e l'analisi incrociata dei diversi indicatori disponibili relativi all'economia del settore, individuando proprio nelle divergenze tra i valori raccolti, ed in particolare nelle incongruenze tra i risultati economici dei professionisti e la spesa dei cittadini, lo spazio di azione degli abusivi.

Il percorso di ricerca, in questa prima fase limitato alla raccolta ed analisi secondaria dei dati e delle fonti disponibili, è stato reso ancora più complesso dalla instabilità dei numeri e dei valori relativi ai singoli fenomeni osservati. In diversi casi ci si è infatti trovati di fronte a forti disomogeneità (ad esempio sull'ammontare della spesa delle famiglie per le cure mediche), capaci di modificare il significato stesso dei risultati raggiunti.

Si è pertanto scelto di procedere sulla base dell'attendibilità delle fonti, privilegiando quelle ufficiali (in particolare gli Studi di settore, gli Ordini Professionali, l'Istat, il Ministero della Salute, il Ministero dell'Interno ed i NAS - Carabinieri per la Tutela della Salute), selezionando al loro interno i dati e gli indicatori che hanno consentito di sviluppare un percorso di analisi coerente, necessario alla produzione di stime attendibili.

Attraverso il lavoro di ricerca è stato quindi possibile pervenire ad alcuni interessanti risultati, che hanno confermato nella sostanza le preoccupazioni espresse dall'Ordini dei Medici Chirurghi e degli

Odontoiatri sulla diffusione del fenomeno e sul negativo impatto prodotto in termini economici e sulla salute pubblica.

Una preoccupazione che investe soprattutto la professione odontoiatrica, esercitata quasi interamente all'interno del mercato (circa il 90% delle prestazioni viene erogato in regime di libera professione), mentre la diffusione del fenomeno risulta più contenuta e meno strutturale nella professione Medica.

La contestuale presenza di diverse aree grigie, criticità e nuovi allarmanti fenomeni intorno al tema delle cure odontoiatriche (l'evasione fiscale, l'abusivo esercizio della professione in senso stretto, il prestanomismo, la forte crescita delle forme societarie, l'utilizzo di titoli non validi, il riconoscimento di titoli conseguiti all'estero pur in assenza di garanzie sulla qualità formativa, lo scarto tra il numero degli iscritti all'Ordine e quanti esercitano effettivamente la professione, ecc.), accanto ad un atteggiamento scarsamente collaborativo da parte dei cittadini nel denunciare l'abusivismo e soprattutto ad un quadro sanzionatorio del tutto inadeguato a contrastarne o anche semplicemente a disincentivarne la diffusione, costituiscono i tre pilastri che spiegano e sottolineano l'esigenza di non sottovalutare i rischi economici e sociali derivanti dall'abusivismo.

Una esigenza, questa, che si accompagna a quella di conservare uno spazio di osservazione costante sull'abusivo esercizio della professione, sul *vulnus* che tale fenomeno rappresenta per la sicurezza e la salute dei i cittadini - ancor prima che per le Professioni - anche allo scopo di rafforzare il dialogo tra le Istituzioni, e di sensibilizzare i *decision maker* sull'esigenza di produrre una risposta culturale e normativa efficace per possa davvero contrastare tale reato.

L'abusivo esercizio di una professione, disciplinato dall'art. 348 del Codice Penale, è infatti oggi punibile con una multa da 103 a 516 euro o "fino a 6 mesi di reclusione", risultando peraltro non consentiti, in termini procedurali, né l'arresto né il fermo né l'applicazione di misure cautelari personali. In tale quadro appare addirittura diseconomico impegnare le Forze di Polizia in lunghe e impegnative azioni investigative, vanificate dalla inconsistenza delle sanzioni previste.

A questo riguardo l'Eures ringrazia, accanto al Ministero dell'Interno e ai NAS - Carabinieri per la Tutela della Salute, tutti coloro che hanno consentito la realizzazione di questo primo lavoro di ricerca, fornendo dati, informazioni e preziosi consigli ai ricercatori, necessari a rafforzarne la capacità di lettura dei fenomeni.

Tra questi si ringraziano l'Enpam, l'Ordine dei Medici Chirurghi e degli Odontoiatri, l'Istat e il Ministero dell'Economia.

Un ringraziamento particolare va infine alla FNOMCEO, che ha voluto promuovere e sostenere il presente lavoro, affidandosi all'Eures, riconoscendo all'Istituto la professionalità e l'onestà intellettuale necessarie ad affrontare in una prospettiva trasparente e metodologicamente corretta una tematica complessa che interessa, direttamente o indirettamente, l'intero corpo sociale.

Capitolo 1

L'Ordine dei Medici

La tutela della salute pubblica è un diritto fondamentale previsto dalla nostra Costituzione che all'art. 32 comma 1 testualmente stabilisce: "La Repubblica tutela la salute come fondamentale diritto dell'individuo e interesse della collettività, e garantisce cure gratuite agli indigenti". Gli Ordini provinciali dei Medici Chirurghi e degli Odontoiatri sono stati ricostituiti, dopo il periodo della dittatura, con Decreto Legislativo del Capo Provvisorio dello Stato (DLCPS) 13 settembre 1946, n. 233. Tale normativa è accompagnata dal Regolamento di esecuzione approvato con DPR 5 aprile 1950, n. 221.

Una ulteriore importante modifica legislativa è stata introdotta nell'ordinamento professionale con la Legge 24 luglio 1985, n. 409 che, in sostanza, istituiva, in seno ai Consigli Direttivi degli Ordini, la Commissione per gli Iscritti all'Albo dei Medici Chirurghi e la Commissione per gli Iscritti all'Albo degli Odontoiatri.

Per quanto riguarda gli aspetti sostanziali dell'attività degli Ordini, occorre fare riferimento all'art. 3 del già citato DLCPS n. 233/'46: *"Al Consiglio Direttivo di ciascun Ordine e Collegio spettano le seguenti attribuzioni:*

a) compilare e tenere l'Albo dell'Ordine e del Collegio e pubblicarlo al principio di ogni anno;

b) vigilare alla conservazione del decoro e dell'indipendenza dell'Ordine e del Collegio;

c) designare i rappresentanti dell'Ordine o Collegio presso commissioni, enti ed organizzazioni di carattere provinciale o comunale;

d) promuovere e favorire tutte le iniziative intese a facilitare il progresso culturale degli iscritti;

e) dare il proprio concorso alle autorità locali nello studio e nell'attuazione dei provvedimenti che comunque possono interessare l'Ordine od il Collegio;

f) esercitare il potere disciplinare nei confronti dei sanitari liberi professionisti iscritti nell'Albo, salvo, in ogni caso, le altre disposizioni di ordine disciplinare e punitivo contenute nelle leggi

e nei regolamenti in vigore;

g) interporsi, se richiesto, nelle controversie fra sanitario e sanitario, o fra sanitario e persona o enti a favore dei quali il sanitario abbia prestato o presti la propria opera professionale, per ragioni di spese, di onorari e per altre questioni inerenti all'esercizio professionale, procurando la conciliazione della vertenza e, in caso di non riuscito accordo, dando il suo parere sulle controversie stesse."

Occorre osservare, per completezza, che i compiti di cui alle lettere c), f) e g) sono stati attribuiti, ai sensi dell'art. 6 della Legge n. 409/'85, alla Commissione per gli Iscritti all'Albo dei Medici Chirurghi ed alla Commissione per gli Iscritti all'Albo degli Odontoiatri, in ragione delle rispettive professioni.

Il medico è tenuto a versare una tassa per l'iscrizione all'Albo, una tassa annuale ed una tassa per il rilascio dei certificati e dei pareri per la liquidazione degli onorari (art. 4 DLCPS n. 233/'46).

Come già evidenziato con l'approvazione della legge 409/85 è stato istituito l'albo degli odontoiatri e le Commissioni per gli iscritti all'albo degli odontoiatri sia a livello provinciale che nazionale.

Questa riforma è nata per ottemperare alla direttiva comunitaria n 78/687 del 25/07/1978 che esplicitamente prevede: l'obbligo per l'Italia di creare una nuova categoria di professionisti abilitati ad esercitare l'attività di dentista ad un titolo diverso da quello di medico, la creazione di una nuova professione richiede in Italia non soltanto l'instaurazione di una formazione specifica che risponda ai criteri della presente direttiva, ma anche l'instaurazione di strutture della nuova professione quali, ad esempio, l'Ordine professionale.

La normativa italiana attraverso la legge 24/07/1985 n. 409 e successive modifiche e integrazioni, non ha sostanzialmente ottemperato a quest'obbligo prevedendo soltanto l'istituzione di un albo professionale per gli odontoiatri inserito nell'Ordine dei medici Chirurghi.

La normativa attribuisce alle Commissioni Albo Odontoiatri istituite dalla già citata legge 409/85 soltanto funzioni disciplinari, conciliative e di nomina dei rappresentanti della professione.

I poteri amministrativi, gestionali e di rappresentanza dell'unico Ordine dei Medici Chirurghi ed Odontoiatri sono attribuiti al Presidente dell'Ordine e al Consiglio Direttivo composto, anche qui in base a

precise disposizioni di legge, in misura largamente maggioritaria dai medici chirurghi.

L'esperienza di questi oltre 25 anni ha dimostrato purtroppo che l'attuale quadro normativo non consente alcuna sostanziale autonomia alla componente odontoiatrica minoritaria all'interno dell'Ordine e quindi non in grado di rappresentare in modo effettivo le esigenze della professione odontoiatrica stessa.

Sarebbe necessario quindi un ulteriore adeguamento normativo per rendere finalmente effettivo il quadro normativo di autonomia della professione odontoiatrica così come delineato dalla direttiva 78/687.

Capitolo 2

Le professioni medica e odontoiatrica: le dimensioni dell'offerta

2.1. L'offerta di medici e dentisti: il confronto europeo

Prima di entrare nel merito dell'analisi relativa alla diffusione del reato di abusivo esercizio della professione medica e odontoiatrica, oggetto del secondo capitolo, un ampio lavoro di inquadramento è stato dedicato al tema dell'offerta di professionalità nei due campi considerati. Tale inquadramento consente infatti sia di evidenziare le caratteristiche e le dimensioni delle professionalità presenti in campo medico e odontoiatrico sia di poter meglio stimare il danno prodotto dagli operatori abusivi non soltanto sul rischio-salute dei cittadini, ma anche sull'economia e sulla struttura organizzativa di professionalità le cui regole rappresentano una garanzia non soltanto per i professionisti ma soprattutto per i cittadini-utenti.

È evidente che il tema del dimensionamento dell'offerta implica diversi riferimenti alla questione delle opportunità/spazi di mercato per ciascun professionista e, al tempo stesso, a quello dell'ingresso nella professione delle nuove generazioni: nel presente lavoro, tuttavia, tali prospettive saranno prese in considerazione in forma indiretta, ovvero in relazione alle loro interconnessioni con il tema dell'esercizio abusivo della professione, valutandone cioè complessivamente gli effetti sulla struttura dell'offerta. Sulla base di quanto premesso il confronto tra i principali Paesi dell'Unione Europea offre un primo spunto di riflessione sul rapporto domanda/offerta per quanto riguarda la professione odontoiatrica e quella medica, consentendo di contestualizzare meglio il sistema all'interno del quale matura il fenomeno dell'abusivo esercizio della professione.

Passando quindi all'analisi dell'offerta nel contesto europeo, il primo elemento di riflessione riguarda l'elevata presenza sul territorio italiano sia di iscritti all'Albo degli Odontoiatri (56.492 nel 2010 e 58.592 nel 2013) sia all'Albo dei Medici (371.450 nel 2010 e 379.804 nel 2013), risultando in valori assoluti il loro numero secondo soltanto a quello registrato in Germania (che conta 64.972 dentisti e 439.090 medici). In termini relativi l'Italia vanta inoltre il "primato" di nazione con

l'incidenza più elevata di medici (ben 614,3 ogni 100 mila abitanti, a fronte di un valore medio europeo pari a 429,3), collocandosi al terzo posto anche l'incidenza dei dentisti (93,4 ogni 100 mila residenti, a fronte di un valore medio pari a 68,1), preceduta soltanto dalla Grecia (129,7) e da Cipro (96).

Tabella 1 – Dentisti e medici nei Paesi Europei.
Valori assoluti, incidenza su 100 mila abitanti e variazioni % 2010/09

	Dentisti			Medici		
	V.A.	**Var.% 10/09**	**Dentisti x 100 mila ab**	**V.A.**	**Var.% 10/09**	**Medici x 100 mila ab**
Austria	4.685	1,4	55,8	40.105	2,5	478,8
Belgio	7.675	0,3	70,4	53.013	2,1	489,1
Bulgaria	6.389	-2,1	84,8	27.963	0,0	369,7
Cipro	772	2,0	96,0	2.425	5,6	296,0
Danimarca*	4.297	-1,4	76,8	29.831	3,1	539,0
Estonia	1.204	0,7	89,8	5.744	2,1	428,6
Finlandia	3.970	-0,9	74,4	24.449	2,4	456,9
Francia	43.146	0,1	66,5	212.132	0,7	328,1
Germania	64.972	1,1	79,5	439.090	2,1	536,8
Grecia	14.661	-0,8	129,7	69.265	0,3	612,7
Irlanda	2.721	0,7	60,8	18.821	3,7	421,3
Italia	**56.492**	**1,9**	**93,4**	**371.450**	**1,1**	**614,3**
Lettonia	1.488	-1,5	66,5	8.589	-17,1	382,0
Lituania*	2.456	4,6	74,7	14.603	3,3	438,7
Lussemburgo	418	3,5	82,5	2.155	5,6	429,2
Malta	184	2,8	44,2	1.602	4,0	386,6
Paesi Bassi*	8.238	2,6	49,8	62.057	2,9	374,4
Polonia	12.549	3,1	32,9	134.292	1,1	351,9
Portogallo	8.015	4,7	75,3	40.672	3,4	382,3
Regno Unito	32.189	2,0	51,7	168.856	2,4	272,2
Rep. ceca	7.263	2,4	69,0	37.661	0,8	358,4
Romania	12.959	4,1	60,4	53.414	-	248,9
Slovacchia	2.663	1,1	49,0	18.110	1,7	333,8
Slovenia	1.259	1,9	61,5	4.979	1,3	243,2
Spagna	27.826	4,1	60,4	223.484	2,0	486,0
Svezia*	7.457	-0,1	80,2	55.092	3,6	589,8
Svizzera	4.109	2,0	52,5	29.803	0,4	382,8
Norvegia	4.286	2,4	87,7	27.328	4,1	562,5
Ungheria	5.257	6,8	52,6	28.686	1,5	286,4
Media UE	**-**	**-**	**68,1**	**-**	**-**	**429,3**

Fonte: EURES Ricerche Economiche e Sociali 2013 su dati Eurostat *Dati relativi al 2009

Analogamente, osservando il potenziale bacino di utenza dei medici e dei dentisti, l'indice, con 1.070 pazienti "potenziali" per ogni dentista e 163 per ogni medico iscritto all'Albo (pari rispettivamente a 1.470 e a 233) l'Italia presenta un'offerta significativamente superiore alla media europea, presentando il terzo valore più basso relativamente al rapporto abitanti/dentisti (dopo Cipro, con 1.061, e la Grecia, con 771) e quello inferiore per quanto riguarda il rapporto abitanti/medici. Secondo l'Oms, l'Organizzazione mondiale della sanità, il rapporto ideale tra domanda e offerta dovrebbe attestarsi a un dentista ogni duemila abitanti, una proporzione, questa, rispettata da ben poche nazioni: la Gran Bretagna è vicina a tale rapporto (1.927 abitanti per dentista), mentre un valore superiore si registra nei Paesi Bassi (con un dentista ogni 2.012 cittadini) in Slovacchia (uno ogni 2.037) a Malta (uno ogni 2.252) e in Polonia (con un dentista ogni 3.041 residenti).

La questione di una eccessiva offerta professionale, che riguarda in particolare il settore dentistico, maggiormente esposto alle leggi di mercato (la domanda di prestazioni odontoiatriche è soddisfatta nel nostro Paese per il 90% dal sistema degli studi professionali privati; per il 5% da forme assicurative e mutualistiche erogate da strutture pubbliche o private e per il restante 5% dalle strutture pubbliche[1]), richiama l'attenzione sulla cosiddetta "pletora" odontoiatrica, cioè su un «eccesso di manodopera», che non si tradurrebbe in una maggiore concorrenza, ma in alti costi di formazione universitaria a fronte di un generale impoverimento professionale, con un conseguente svantaggio proprio per gli stessi pazienti: secondo le previsioni prospettate da alcuni addetti ai lavori, tale situazione porterà alla chiusura degli studi dei liberi professionisti, fino ad oggi il principale modello che ha garantito la salute orale agli italiani (41 mila Studi nel 2010, secondo

[1] Secondo una ricerca condotta dal Ministero della Salute e pubblicata nel 2009, l'assistenza odontoiatrica pubblica è garantita da 3.457 dentisti e 140 igienisti dentali coadiuvati da 2.743 infermieri professionali ed O.T.A.-O.S.S.. Questi operatori effettuano poco più di 4 milioni di prestazioni ambulatoriali ogni anno. 1.094 i dentisti dipendenti che lavorano nel SSN, 249 quelli a tempo determinato, mentre i Sumaisti sono 2.114. Mediamente sono i dipendenti del SSN a dedicare più tempo all'assistenza (22 ore settimanali per professionista), seguiti dai dipendenti con contratto a tempo determinato (15 ore) e dai Sumaisti che lavorano negli ambulatori pubblici per 12 ore la settimana. Le prestazioni odontoiatriche erogate in un anno dalle strutture pubbliche, in regime ambulatoriale, rilevate dalla indagine sono 4.113.480, mentre le strutture a disposizione di dentisti ed igienisti dentali sono i 367 ambulatori delle Asl, i 146 ambulatori attrezzati all'interno delle aziende ospedaliere e quelli (224) presenti nei Distretti Socio Sanitari. Il numero complessivo di poltrone (i riuniti) a disposizione del personale odontoiatrico è di 2.729 unità: ovvero poco più di mezzo riunito per ogni dentista che lavora nel pubblico.

l'Agenzia delle Entrate, con un numero medio di esercenti per studio pari a 1,4 unità), con la conseguente diffusione di grossi centri e strutture odontoiatriche dove i dentisti, non avendo potere contrattuale e libertà di scelta, non potranno curare secondo scienza e coscienza ma secondo le logiche economiche dettate dai bilanci del consiglio di amministrazione che finanzia il centro che li stipendia.

Tabella 2 – Potenziali pazienti per dentisti e medici nei Paesi Europei.
Anno 2010

POTENZIALI PAZIENTI X DENTISTA		POTENZIALI PAZIENTI X MEDICO	
Grecia	771	**Italia**	**163**
Cipro	1.061	Grecia	163
Italia	**1.070**	Svezia	169
Estonia	1.113	Norvegia	178
Norvegia	1.134	Danimarca	185
Bulgaria	1.184	Germania	186
Lussemburgo	1.201	Belgio	204
Svezia	1.253	Spagna	206
Germania	1.259	Austria	209
Danimarca	1.288	Finlandia	219
Portogallo	1.327	Lituania	228
Finlandia	1.348	Estonia	233
Lituania	1.355	Lussemburgo	233
Belgio	1.412	**Media UE**	**233**
Rep. ceca	1447	Irlanda	237
Media UE	**1.470**	Malta	259
Francia	1.499	Svizzera	261
Lettonia	1.511	Portogallo	261
Slovenia	1.626	Lettonia	262
Irlanda	1.642	Paesi Bassi	267
Spagna	1.653	Bulgaria	270
Romania	1.656	Rep. ceca	279
Austria	1.788	Polonia	284
Svizzera	1.895	Slovacchia	300
Ungheria	1.905	Francia	305
Regno Unito	1.927	Cipro	338
Paesi Bassi	2.012	Ungheria	349
Slovacchia	2.037	Regno Unito	367
Malta	2.252	Romania	402
Polonia	3.041	Slovenia	411

Fonte: EURES Ricerche Economiche e Sociali 2013 su dati Eurostat *Dati relativi al 2009

La "saturazione del mercato" colpirebbe inoltre soprattutto i giovani dentisti: secondo un'indagine dell'ANDI il 20% dei laureati in odontoiatria trova un lavoro stabile soltanto dopo 3 anni e occorrerebbero almeno 6-10 anni per aprire un proprio studio odontoiatrico, un obiettivo reso ancora più difficoltoso sia da un bacino di utenza insufficiente a sostenere l'iniziativa, sia dalla progressiva flessione della spesa dentistica degli italiani, determinata dalla generale contrazione dei consumi dovuta alla crisi economica.

I fenomeni dell'abusivismo e del prestanomismo (approfonditi nel secondo Capitolo) e il crescente "turismo odontoiatrico" all'estero (che coinvolgerebbe, secondo recenti stime, il 4% degli italiani) contribuiscono ad aggravare il problema.

2.2 – Il quadro italiano: gli iscritti agli albi professionali

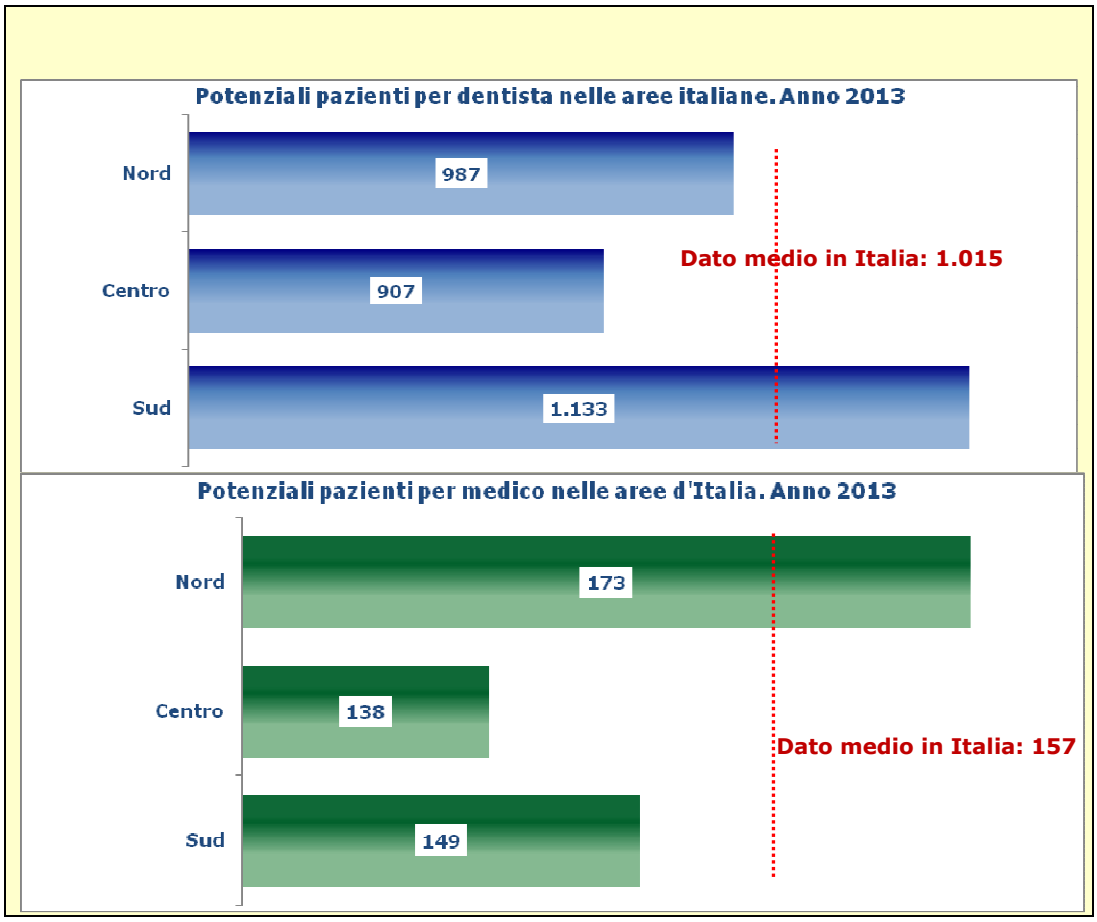
Concentrando l'attenzione sull'Italia, dove però è ipotizzabile una quota significativa di mobilità interregionale, a livello di macroaree è il Sud a registrare il rapporto "migliore" tra domanda e offerta, con 1.133 pazienti "potenziali" per ogni dentista. Inferiori alla media nazionale (pari a 1.015 nel 2013) i valori del Nord (987) e del Centro (907), dove l'elevata competizione e la riduzione degli spazi di mercato potrebbero favorire la concorrenza sleale degli abusivi: i risultati operativi dei Nas - Carabinieri per la Tutela della Salute (approfonditi nel II Capitolo) confermerebbero tale ipotesi, evidenziando una più radicata presenza del fenomeno proprio nelle regioni settentrionali (dove si registra ben il 51% delle denunce totali di abusivo esercizio). Diversamente, tuttavia, i maggiori spazi di mercato (in termini di clienti potenziali rapportati al numero dei dentisti) degli odontoiatri del Sud potrebbero in realtà segnalare la presenza di un'importante quota della domanda "soddisfatta" da operatori abusivi, che naturalmente sfuggono all'analisi statistica.

Per quanto riguarda i medici è invece in questo caso il Nord a vantare un rapporto migliore tra domanda e offerta, con 173 potenziali pazienti ogni medico iscritto all'Albo (a fronte di una media nazionale pari a 157), attestandosi invece tale valore a 149 al Sud e a 138 al Centro.

Tabella 3 – Iscritti all'Albo dei Medici e degli Odontoiatri nel 2013 nelle aree d'Italia. *Valori assoluti, percentuali e abitanti per dentista/medico*

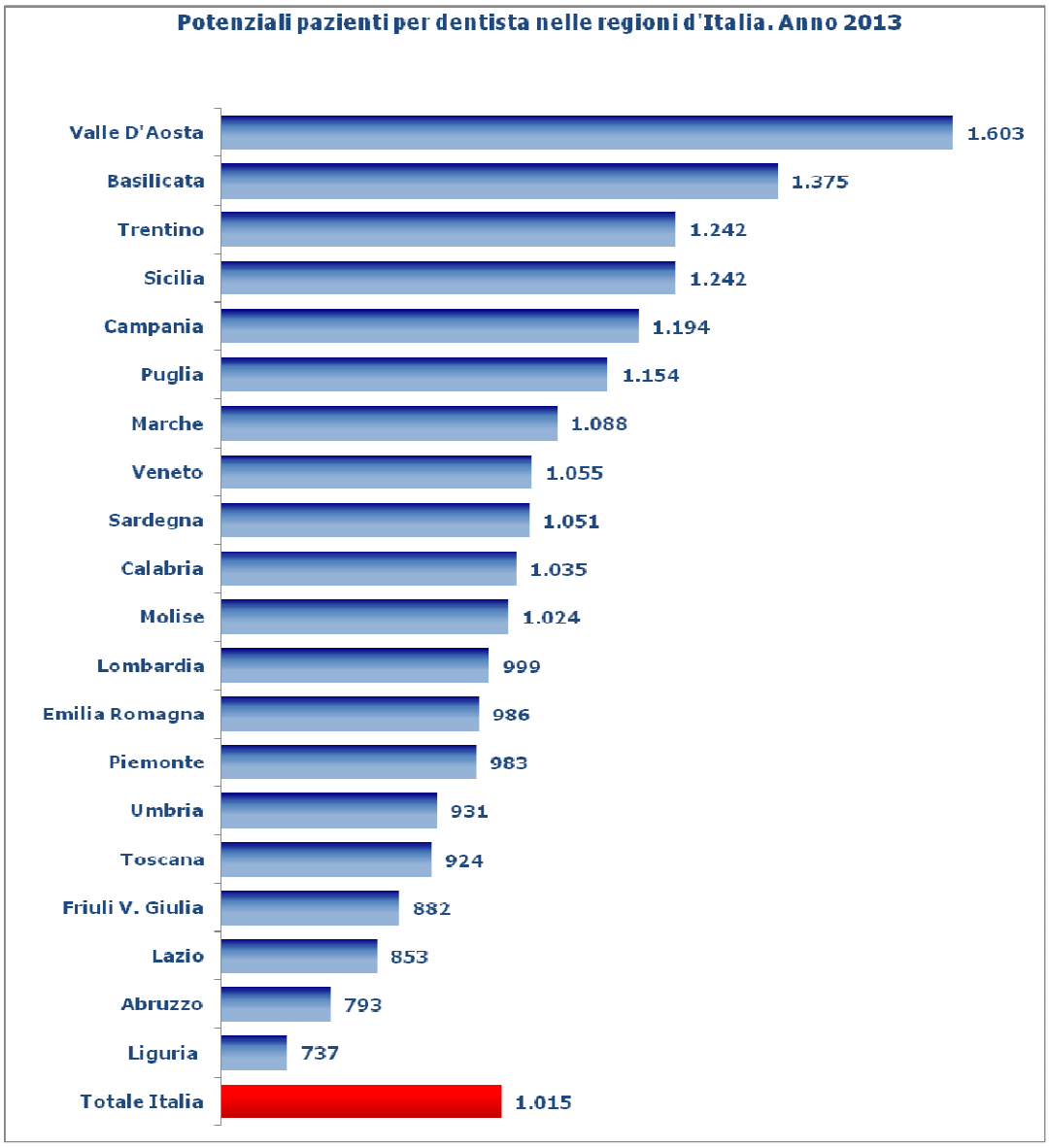
	Dentisti			Medici		
	V.A.	%	Abitanti/ dentista	V.A.	%	Abitanti /medico
Nord	27.610	47,1	987	157.670	41,5	173
Centro	12.814	21,9	907	84.249	22,2	138
Sud	18.168	31,0	1.133	137.885	36,3	149
Italia	**58.592**	**100,0**	**1.015**	**379.804**	**100,0**	**157**

Fonte: EURES Ricerche Economiche e Sociali 2013 su dati Fnomceo

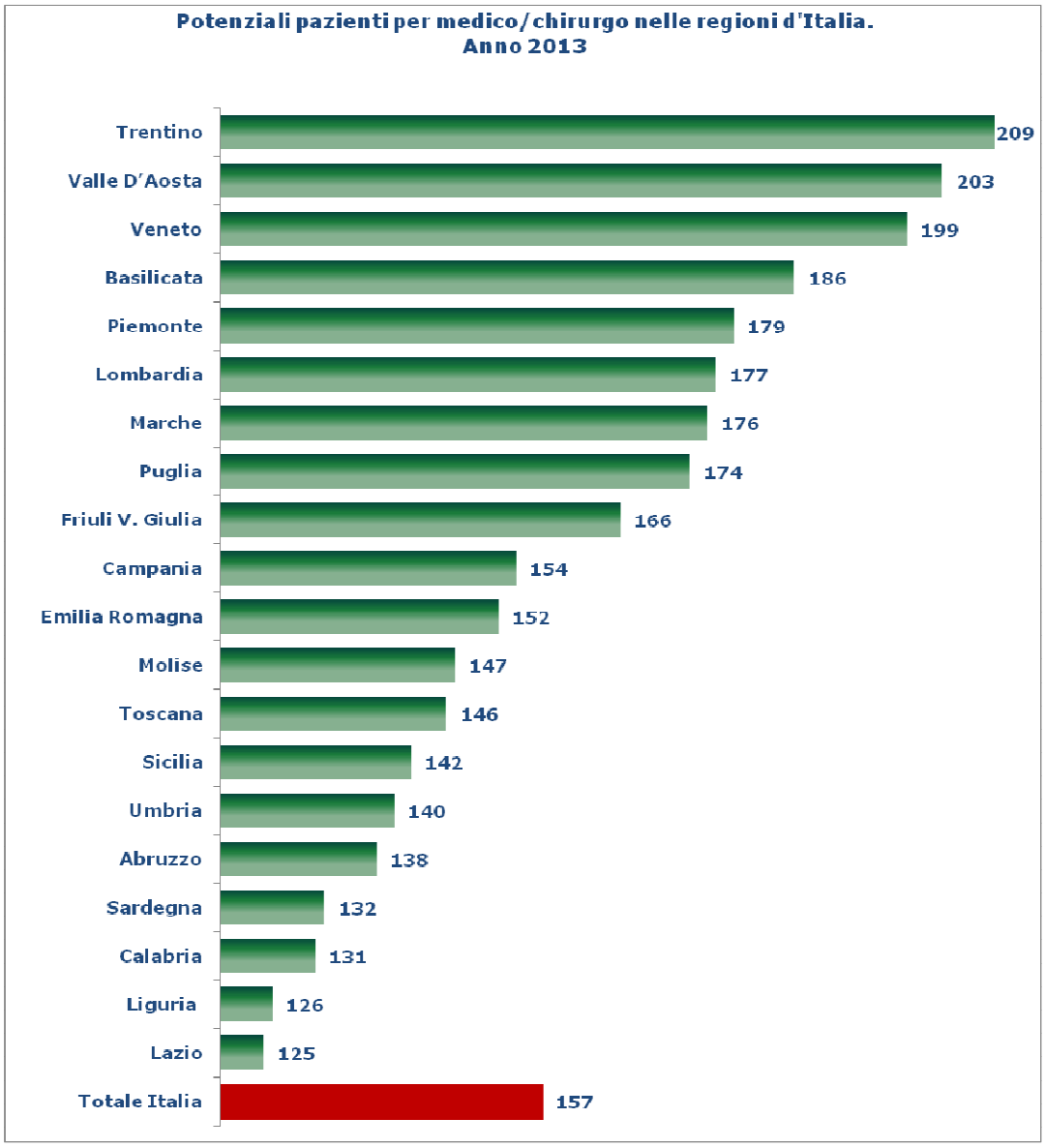


A livello regionale è la Liguria a registrare il potenziale bacino di utenza più limitato per dentista, con 737 cittadini ogni professionista iscritto all'Albo, a fronte di un valore nazionale pari a 1.015 nel 2013. Seguono l'Abruzzo (con 1.648 dentisti iscritti all'Albo, pari a uno ogni 793 abitanti) e il Lazio (6.474, pari a uno ogni 853 residenti). Sul fronte opposto è la Valle d'Aosta a presentare il rapporto "migliore",

con un dentista ogni 1.603 residenti (79 in valori assoluti), seguita dalla Basilicata (con 1.375 potenziali pazienti per ciascuno dei 419 dentisti iscritti all'Albo), dal Trentino (832 dentisti pari a uno ogni 1.242 abitanti) e dalla Sicilia (4.020 e un rapporto di uno a 1.242). In termini assoluti è invece la Lombardia (con 9.742 iscritti), a presentare il più elevato numero di professionisti iscritti all'Albo, seguita dal Lazio (6.474 dentisti censiti nel 2013) e dalla Campania (4.825).



Per quanto riguarda invece i medici, in termini relativi la maggiore "copertura" sanitaria si registra nel Lazio (che conta nel 2013 un medico iscritto all'Albo ogni 125 cittadini), seguito dalla Liguria (126) e dalla Calabria (131), a fronte di un valore medio nazionale pari a 157, mentre in termini assoluti sono ancora una volta le due regioni più popolose: la Lombardia (55.060 dottori) e il Lazio (44.067), a presentare il numero più elevato di medici iscritti all'Albo.



Interessante appare comunque rilevare tra il 2012 e il 2013 una leggera flessione del numero sia degli iscritti all'Albo dei Medici sia degli iscritti all'Albo degli Odontoiatri (pari a -0,3% in entrambi i casi), con il decremento più consistente registrato nella regione Lazio (-0,9% gli iscritti all'Albo degli Odontoiatri e -1,1% quelli all'Albo dei Medici).

Tabella 4 – Iscritti all'Albo dei Medici e degli Odontoiatri nel 2013 nelle regioni d'Italia. *Valori assoluti, abitanti per dentista/medico e variazioni % 2013/12*

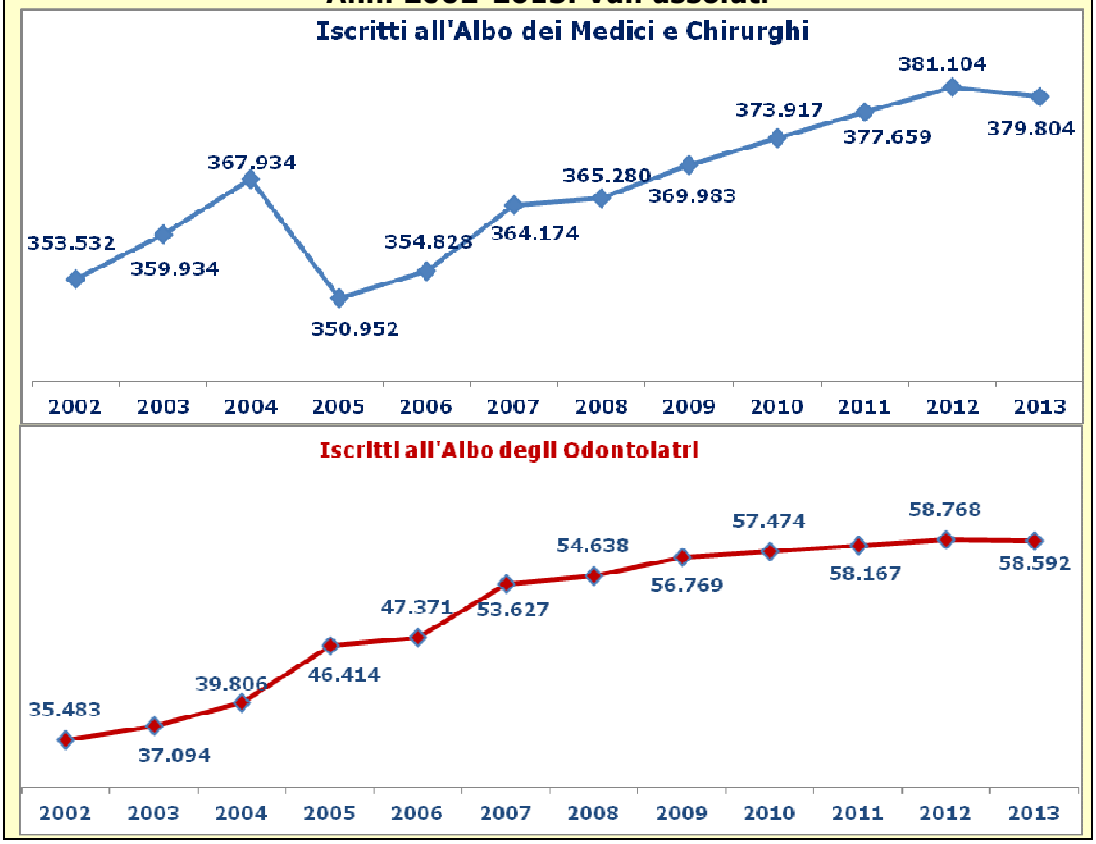
	Dentisti			Medici		
	V.A.	**Var.% 13/12**	**Abitanti/ dentista**	**V.A.**	**Var.% 13/12**	**Abitanti /medico**
Piemonte	4.434	-0,7	983	24.290	0,2	179
Valle D'Aosta	79	0,0	1.603	623	0,3	203
Liguria	2.123	-0,2	737	12.402	-0,1	126
Lombardia	9.742	0,2	999	55.060	0,1	177
Trentino	832	-0,5	1.242	4.938	-0,8	209
Veneto	4.607	-1,5	1.055	24.363	-0,4	199
Friuli V. Giulia	1.381	-0,4	882	7.347	-0,5	166
Emilia Romagna	4.412	-0,3	986	28.647	-0,3	152
Marche	1.417	0,5	1.088	8.758	0,5	176
Toscana	3.973	0,0	924	25.128	-0,3	146
Umbria	950	-0,2	931	6.296	0,3	140
Lazio	6.474	-0,9	853	44.067	-1,1	125
Campania	4.825	-0,1	1.194	37.451	-0,7	154
Abruzzo	1.648	-0,2	793	9.492	-0,5	138
Molise	305	0,3	1.024	2.131	-0,7	147
Puglia	3.505	-0,3	1.154	23.221	-0,7	174
Basilicata	419	-0,7	1.375	3.106	-0,1	186
Calabria	1.889	-0,4	1.035	14.923	-0,5	131
Sicilia	4.020	0,5	1.242	35.181	-0,2	142
Sardegna	1.557	0,0	1.051	12.380	0,1	132
Totale Italia	**58.592**	**-0,3**	**1.015**	**379.804**	**-0,3**	**157**

Fonte: EURES Ricerche Economiche e Sociali 2013 su dati Fnomceo

Ampliando la prospettiva di analisi al medio-lungo periodo e osservando l'offerta sanitaria nell'ultimo decennio (dal 2002 al 2013) attraverso i dati degli iscritti agli Albi dei Medici e degli Odontoiatri, è possibile rilevare un progressivo incremento negli anni del numero dei professionisti, che ha riguardato soprattutto gli odontoiatri: mentre infatti gli iscritti all'Albo dei Medici e Chirurghi sono passati da 353 mila nel 2002 a 380 mila nel 2013 (con un incremento complessivo del 7,4%), i dentisti sono cresciuti del 65,1%, passando da 35 mila nel 2002 a quasi 59 mila nel 2013 (unico anno nel quale, come

precedentemente emerso, si è registrata una leggera flessione del numero degli iscritti).

Iscritti all'albo dei Medici e degli odontoiatri.
Anni 2002-2013. Val. assoluti



2.3 – Le caratteristiche degli Iscritti agli Albi Professionali

La presenza degli Ordini professionali costituisce una garanzia sia per gli iscritti sia soprattutto per i cittadini, in quanto assicura in primo luogo la qualità e la correttezza delle attività svolte dai professionisti, dettando precise regole deontologiche. Gli Ordini professionali sono peraltro tenuti a garantire, nell'interesse dei professionisti ma anche dei pazienti, un severo e accurato controllo agli accessi alla professione, secondo un meccanismo di "contenimento qualitativo e quantitativo"; tale meccanismo risulta tuttavia soggetto alle critiche di quanti vorrebbero aprire maggiormente il mercato alla libera concorrenza e incrementare quindi la possibilità di accesso alla professione, in particolare per i più giovani, che rischiano così una lunga transizione prima di poter effettivamente esercitare la professione.

L'analisi dell'"accessibilità" agli Albi dei Medici e dei Chirurghi e degli Odontoiatri, attraverso alcuni indicatori che permettono di approfondire le caratteristiche degli iscritti (indice di ricambio generazionale, piramide dell'età, indice di struttura), può fornire ulteriori spunti di riflessione sul tema dell'esercizio abusivo delle professioni e sulle eventuali correlazioni con il sistema delle regole che ne definisce i criteri di accesso.

Analizzando i dati è possibile infatti evidenziare da una parte un progressivo assestamento del numero dei professionisti maturi/consolidati, con la percentuale più consistente degli iscritti tra i 55-59enni (pari nel 2013 al 19,7% tra i medici e al 22,5% tra gli odontoiatri), seguita da quella dei 60-64 anni (rispettivamente il 18% e il 16,4%); sul fronte opposto risulta progressivamente decrescente il peso degli iscritti giovani (soltanto 1 professionista su 10 ha infatti meno di 35 anni). Tale dinamica, accanto al problema della cosiddetta "pletora", conferma la significativa difficoltà dei giovani, in particolare nell'attuale congiuntura negativa, a conquistare spazi di mercato e a trovare una collocazione professionale.

Tabella 5a – Caratteristiche degli iscritti agli Albi professionali dei Medici e Chirurghi, secondo il genere e l'età. Anno 2013. Valori assoluti e % di riga e di colonna

	Medici e Chirurghi					
	Maschi		Femmine		Totale	
	V.A.	% di riga	V.A.	% di riga	V.A.	% di colonna
24-29	3.681	37,7	6.074	62,3	9.755	2,6
30-34	9.945	35,7	17.930	64,3	27.875	7,3
35-39	10.816	37,3	18.170	62,7	28.986	7,6
40-44	11.381	42,1	15.676	57,9	27.057	7,1
45-49	14.779	50,4	14.564	49,6	29.343	7,7
50-54	27.530	57,6	20.284	42,4	47.814	12,6
55-59	48.350	64,5	26.564	35,5	74.914	19,7
60-64	50.009	73,2	18.333	26,8	68.342	18,0
65-69	25.667	83,6	5.033	16,4	30.700	8,1
70-74	11.927	86,1	1.922	13,9	13.849	3,6
75+	18.806	88,8	2.363	11,2	21.169	5,6
Totale	232.891	61,3	146.913	38,7	379.804	100,0

Fonte: Elaborazione Eures Ricerche Economiche e Sociali su dati Fnomceo

Tabella 5b – Caratteristiche degli iscritti agli Albi professionali degli Odontoiatri, secondo il genere e l'età. Anno 2013. Valori assoluti e % di riga e di colonna

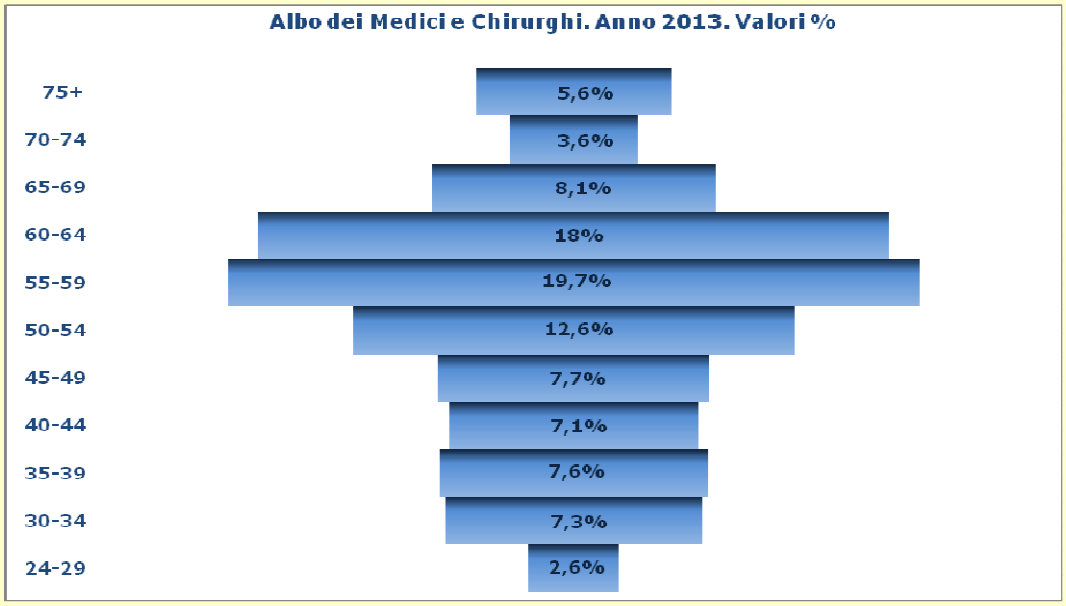
	Dentisti					
	Maschi		Femmine		Totale	
	V.A.	% di riga	V.A.	% di riga	V.A.	% di colonna
24-29	1.106	56,4	856	43,6	1.962	3,3
30-34	2.179	53,7	1.876	46,3	4.055	6,9
35-39	3.025	57,7	2.218	42,3	5.243	8,9
40-44	2.982	64,5	1.643	35,5	4.625	7,9
45-49	4.062	69,7	1.770	30,3	5.832	10,0
50-54	6.559	76,2	2.051	23,8	8.610	14,7
55-59	10.697	81,3	2.460	18,7	13.157	22,5
60-64	8.452	87,8	1.174	12,2	9.626	16,4
65-69	2.931	92,4	241	7,6	3.172	5,4
70-74	1.073	92,7	84	7,3	1.157	2,0
75+	1.087	94,3	66	5,7	1.153	2,0
Totale	44.153	75,4	14.439	24,6	58.592	100,0

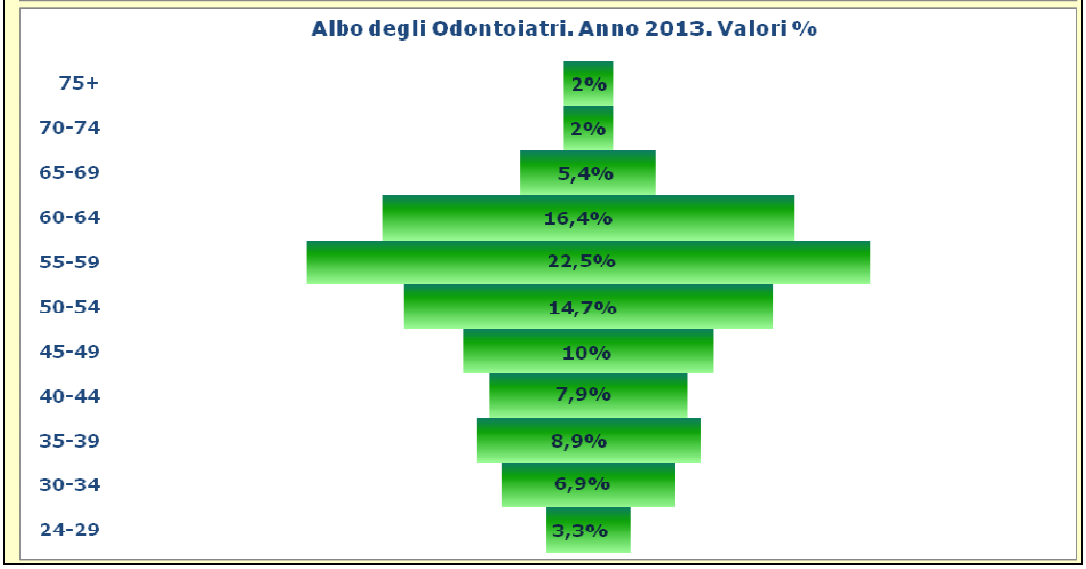
Fonte: Elaborazione Eures Ricerche Economiche e Sociali su dati Fnomceo

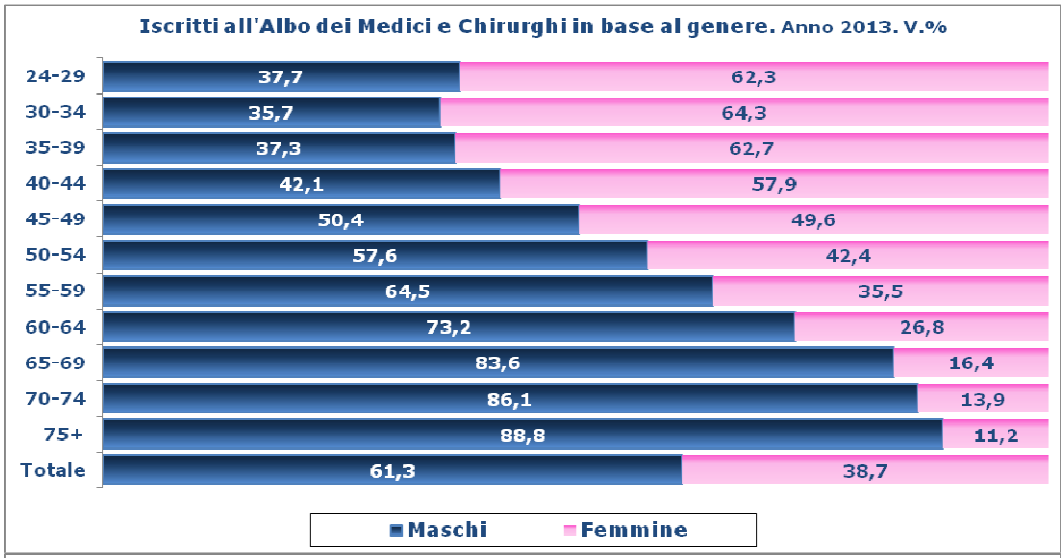
Analizzando i dati disaggregati in base al genere, un'interessante informazione riguarda inoltre la presenza femminile, che risulta ampiamente secondaria nelle fasce "mature", ma particolarmente consistente in quelle più giovani, evidenziando, all'interno di una classe professionale con una connotazione ancora fortemente maschile (complessivamente le donne rappresentano il 38,7% dei medici e

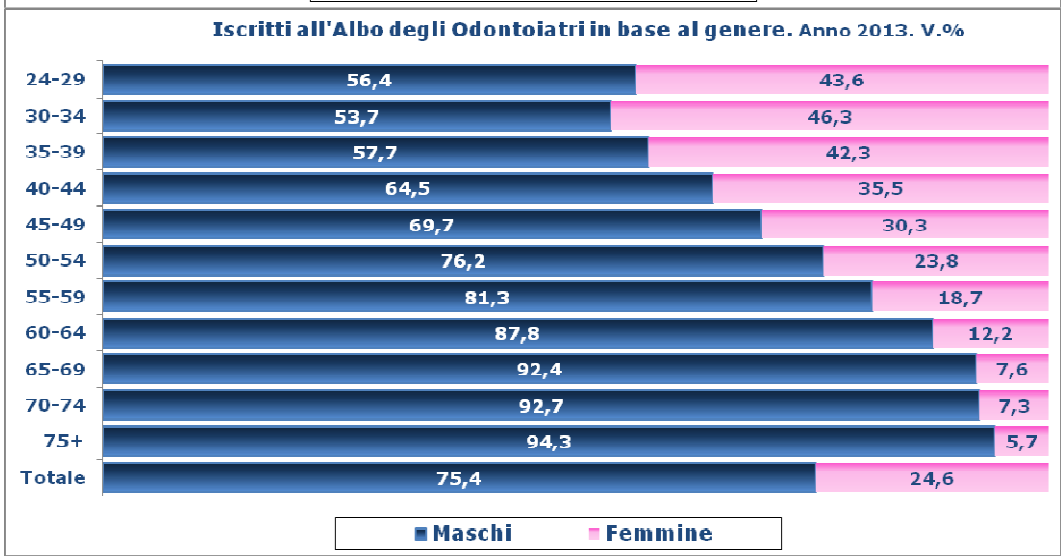
chirurghi, e soltanto il 24,6% degli odontoiatri), una progressiva inversione di tendenza, in piena coerenza con i dati relativi alle iscrizioni universitarie: l'incidenza delle donne tra i giovani under35 risulta infatti ampiamente maggioritaria tra i medici e chirurghi (con il 63,8% delle donne nel 2013) e pari al 45,4% tra gli odontoiatri.

La piramide dell'età: la distribuzione degli iscritti all'Albo dei Medici e Chirurghi e degli Odontoiatri









Preoccupante, all'interno del quadro sopra descritto, risulta la progressiva flessione degli iscritti con meno di 35 anni nell'ultimo quinquennio, risultando tale dinamica particolarmente evidente soprattutto tra gli odontoiatri, per effetto di una presenza di "nuovi ingressi" molto inferiore a quella degli *under35* passati nelle fasce di età successive. Mentre infatti tra i medici soltanto nell'ultimo anno (il 2013) si registra un calo degli iscritti giovani (passati da 41.029 nel 2012 a 37.630 nel 2013, pari a -8,3%), tra gli odontoiatri la flessione degli iscritti *under35* risulta costante negli ultimi 5 anni, con una forte accelerazione proprio nel 2013 (-19,4% tra il 2013 e il 2009 e -13% nell'ultimo anno). In termini relativi l'incidenza dei giovani passa

dunque tra i medici dal 10,7% nel 2009 al 9,9% nel 2013 e tra gli odontoiatri dal 13,1% al 10,3%.

Tabella 4 – Giovani <35 anni tra gli iscritti all'Albo dei Medici e Chirurghi e gli Odontoiatri. Anni 2009-2013. Valori %

	Medici e Chirurghi					Var.% e diff.	
	2009	2010	2011	2012	2013	'13/'09	'13/'12
V.A.	39.601	40.464	40.486	41.029	37.630	-5,0	-8,3
% su tot. iscritti	10,7	10,8	10,7	10,8	9,9	-0,8	-0,9
	Odontoiatri						
V.A.	7.465	7.373	7.133	6.919	6.017	-19,4	-13,0
% su tot. iscritti	13,1	12,8	12,3	11,8	10,3	-2,9	-1,5

Fonte: Elaborazione Eures su dati Fnomceo

Tabella 5 – Distribuzione % degli iscritti all'Albo dei Medici e Chirurghi e gli Odontoiatri in base all'età. Anni 2011-2013. Valori %

	2011		2012		2013	
	Medici	Odontoiatri	Medici	Odontoiatri	Medici	Odontoiatri
24-29	3,5	4,4	3,4	4,5	2,6	3,3
30-34	7,2	7,9	7,3	7,3	7,3	6,9
35-39	7,9	8,4	7,8	8,6	7,6	8,9
40-44	6,6	8,2	6,7	8,0	7,1	7,9
45-49	9,8	12,3	8,7	11,3	7,7	10,0
50-54	15,2	17,2	13,7	15,7	12,6	14,7
55-59	21,2	23,1	20,5	22,8	19,7	22,5
60-64	14,2	11,6	16,1	13,8	18,0	16,4
65-69	5,5	3,4	6,6	4,3	8,1	5,4
70-74	3,4	1,8	3,5	1,8	3,6	2,0
75+	5,5	1,8	5,5	1,9	5,6	2,0
Totale	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0

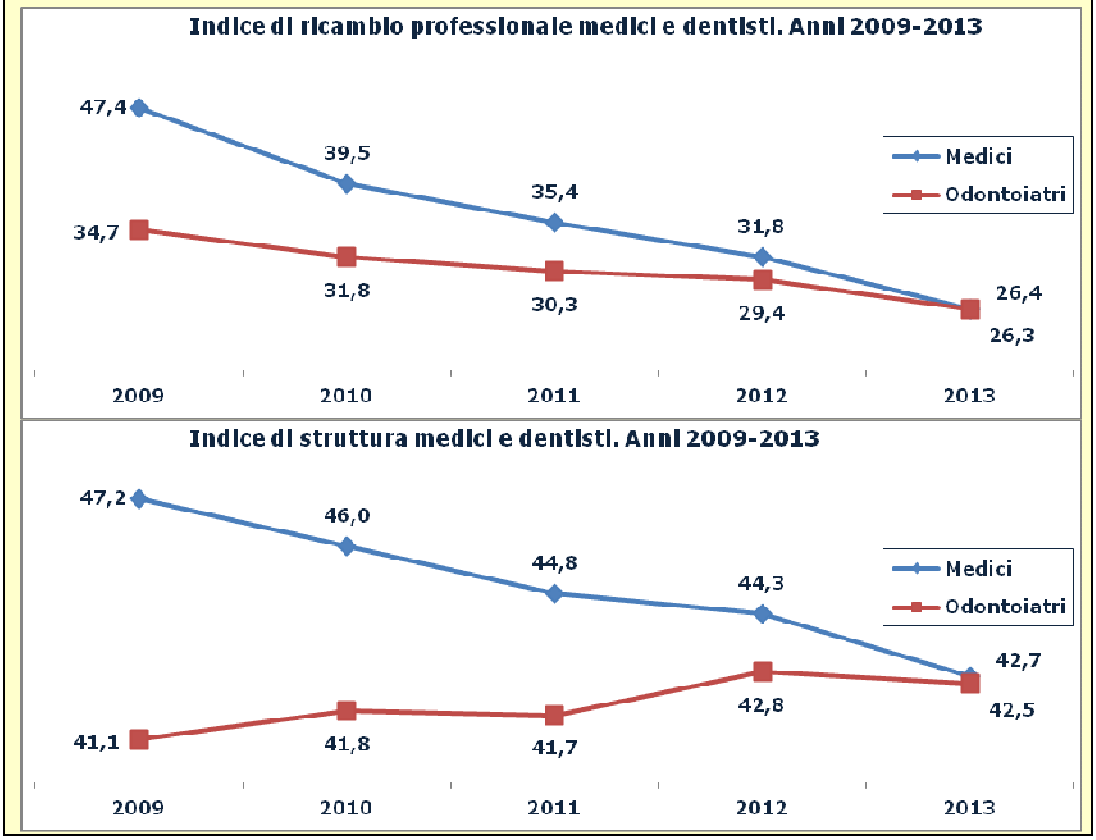
Fonte: Elaborazione Eures su dati Fnomceo

Analizzando infine gli indicatori relativi alle caratteristiche degli iscritti agli Albi, attraverso l'analisi dell'"indice di ricambio professionale" e dell'indice di struttura mutuati, appunto, dalla statistica demografica, si rileva negli ultimi anni un progressivo spostamento di entrambi gli indicatori verso una dinamica di maggior squilibrio. In particolare l'"indice di ricambio professionale", che misura il rapporto tra quanti entrano nel mondo lavorativo (i professionisti di 24-34 anni) e quanti si apprestano ad andare in pensione (54-64enni) evidenzia una incidenza fortemente minoritaria dei primi, che rappresentano, in termini percentuali, soltanto un quarto rispetto ai secondi (il 26,3% per quanto riguarda gli odontoiatri e il 26,4% per i medici e chirurghi). Analizzando peraltro l'andamento dell'indice negli

ultimi 5 anni, si registra in significativo peggioramento (l'indice di ricambio professionale era infatti pari rispettivamente a 34,7 e a 47,4 nel 2009), che sembra segnalare una progressiva chiusura alla componente giovanile.

Anche per quanto riguarda l'"indice di struttura dei professionisti attivi" (ottenuto rapportando gli iscritti 24-44enni su quelli 44-64enni), l'incidenza dei professionisti con meno di 45 anni risulta notevolmente inferiore a quella dei 45-64enni (pari a 42,5 tra gli odontoiatri e a 42,7 tra i medici), confermando l'ampia prevalenza di una professionalità matura e affermata.

Indice di ricambio professionale* e indice di struttura tra gli iscritti all'Albo dei Medici e Chirurghi e degli Odontoiatri. Anni 2009-2013**



*Iscritti 24-34enni/54-64enni*100; **Iscritti 24-44enni/44-64enni*100

Tabella 6 – Indice di ricambio professionale (24-34 anni/54-64 anni*100) e **indice di struttura** (24-44 anni/44-64 anni*100) tra gli iscritti all'Albo dei Medici e Chirurghi e gli Odontoiatri). Anni 2009-2013. Valori %

	Indice di ricambio professionale					
	2009	**2010**	**2011**	**2012**	**2013**	**diff. '13/'09**
Medici	47,4	39,5	35,4	31,8	26,4	-21,0
Odontoiatri	34,7	31,8	30,3	29,4	26,3	-8,4
	Indice di struttura					
Medici	47,2	46,0	44,8	44,3	42,7	-4,5
Odontoiatri	41,1	41,8	41,7	42,8	42,5	1,3

Fonte: Elaborazione Eures su dati Fnomceo

Coerentemente a quanto emerso, l'età media sia dei Medici sia degli Odontoiatri iscritti ai rispettivi Albi risulta superiore ai 50 anni, registrando peraltro un progressivo aumento negli ultimi 3 anni e attestandosi a 53,8 anni nel 2013 per i Medici (rispetto ai 52,7 anni rilevati nel 2011) e a 51,6 per gli Odontoiatri (a fronte dei 50,3 anni del 2011).

Disaggregando inoltre il dato in base al genere, emerge un significativo scarto, risultando le donne medico mediamente più giovani di 8 anni dei loro colleghi maschi (con un'età media nel 2013 pari a 48,4, contro i 57,1 anni degli uomini) e le donne dentista più giovani di 7 anni (46 anni contro i 53,4 dei loro colleghi uomini).

Tabella 7 – Età media dei Medici e degli Odontoiatri iscritti ai rispettivi Albi disaggregati in base al genere. Anni 2011-2013

	Odontoiatri			Medici		
	Maschi	**Femmine**	**Totale**	**Maschi**	**Femmine**	**Totale**
2011	52,1	44,7	50,3	56,0	47,3	52,7
2012	52,7	44,8	50,8	56,5	47,7	53,1
2013	53,4	46,0	51,6	57,1	48,4	53,8

Fonte: Elaborazione Eures su dati Fnomceo

2.4. I liberi professionisti

L'analisi del numero degli iscritti E.N.P.A.M. (Ente Nazionale di Previdenza e Assistenza di Medici e Odontoiatri) contribuenti al fondo generale della libera professione suddivisi per tipologia di Albo (Medici-Chirurghi, Odontoiatri e iscritti al doppio Albo) permette di quantificare il numero dei professionisti "attivi" operanti sul territorio (tra gli iscritti all'Albo si contano infatti anche i pensionati) e di definire in misura più puntuale e precisa l'offerta sanitaria (medica e odontoiatrica) in Italia. In particolare tale analisi consente di dimensionare in maniera piuttosto precisa il numero dei dentisti attivi, che nella quasi totalità dei casi svolgono la propria professione in regime libero professionale (gli strutturati in aziende ospedaliere pubbliche sono infatti una assoluta minoranza, pari al 5%) e sono dunque tenuti a versare la succitata quota del fondo previdenziale. Diverso è invece il discorso per i medici, spesso dipendenti del SSN, tra i quali soltanto una minoranza svolge in misura esclusiva o prevalente la libera professione.

Soltanto poco più di un quarto (il 25,8% nel 2011) degli iscritti all'Albo dei Medici e dei Chirurghi risulta infatti iscritto al fondo generale della libera professione, mentre tale quota sale al 69,2% tra gli iscritti all'Albo degli Odontoiatri e tra gli iscritti al Doppio Albo (i laureati in Medicina e Chirurgia immatricolati al relativo corso di laurea prima del 28 gennaio 1980 o immatricolati al relativo corso di laurea negli anni accademici dal 1980-81 al 1984-85 - che hanno superato le prove attitudinali per l'iscrizione all'Albo degli Odontoiatri - e che possono esercitare l'odontoiatria, iscrivendosi all'Albo degli Odontoiatri e mantenendo l'iscrizione all'Albo dei Medici Chirurghi). Concentrando l'attenzione soltanto sulla quota dei dentisti "attivi" (39.947 nel 2011), è possibile osservare, coerentemente all'aumento degli iscritti all'Albo, un progressivo incremento del loro numero negli anni, pari a +1,8% rispetto al 2010 e a +8,9% rispetto al 2007. Tale crescita risulta tuttavia significativamente più contenuta di quella rilevata tra i liberi professionisti iscritti all'Albo dei Medici (89.482 nel 2011), che registrano un aumento del 2,8% rispetto al 2010 e di ben il 20,1% rispetto al 2007, evidenziando una crescente propensione a scegliere la libera professione.

Tabella 8 - Iscritti agli Albi e liberi professionisti. Anni 2007-2011. Valori assoluti, percentuali, Var.% e differenze

	Iscritti agli Albi					Var.% 11/10	Var.% 11/07
	2007	2008	2009	2010	2011		
Medici e Chirurghi*	319.203	327.069	332.502	339.637	347.301	2,3	8,8
Odontoiatri*	53.146	54.546	55.482	56.599	57.688	1,9	8,5
Totale	372.349	381.615	387.984	396.236	404.989	2,2	8,8
	Liberi professionisti					Var.% 11/10	Var.% 11/07
	2007	2008	2009	2010	2011		
Medici e Chirurghi*	74.490	77.770	82.969	87.085	89.482	2,8	20,1
Odontoiatri*	36.679	37.566	38.003	39.241	39.947	1,8	8,9
Totale	111.169	115.336	120.972	126.326	129.429	2,5	16,4
	% di liberi professionisti su iscritti all'Albo					Diff. 11-10	Diff. 11-07
	2007	2008	2009	2010	2011		
Medici e Chirurghi*	23,3	23,8	25,0	25,6	25,8	0,2	2,3
Odontoiatri*	69,0	68,9	68,5	69,3	69,2	-0,1	0,3
Totale	29,9	30,2	31,2	31,9	32,0	0,1	2,0

Fonte: Elaborazione Eures su dati Enpam *Il dato comprende gli odontoiatri e gli iscritti al doppio Albo

Analizzando il potenziale bacino dei pazienti dei soli liberi professionisti, ed in particolare dei dentisti che, come precedentemente evidenziato, nella quasi totalità dei casi operano in regime libero professionale, il numero dei potenziali clienti per professionista si attesta nel 2011 a 1.517, mentre scende a 677 quello dei pazienti potenziali per ogni medico chirurgo che opera in regime libero professionale (a fronte dei valori pari rispettivamente a 1.051 e 162 tra gli iscritti agli Albi dei Medici e degli Odontoiatri precedentemente descritti).

Analizzando tuttavia l'andamento del dato negli ultimi 5 anni, emerge un progressivo assottigliamento dello spazio di mercato sia dei medici che dei dentisti, dovuto ad un aumento dei professionisti negli ultimi anni superiore a quello della rispettiva popolazione. In particolare il mercato potenziale dei dentisti si riduce di 94 "clienti" (era pari a 1.612 abitanti per dentista nel 2007), e quello dei medici chirurghi di 116 (rispetto ai 793 potenziali pazienti del 2007).

Tabella 9 – Potenziale bacino di utenza degli Iscritti agli Albi e dei liberi professionisti (abitanti/medico). Anni 2007-2011. Valori indice e differenze

	Iscritti agli Albi					Diff. 11-10	Diff. 11-07
	2007	2008	2009	2010	2011		
Medici e Chirurghi*	172,8	169,6	167,8	162,8	161,8	-1,0	-11,0
Odontoiatri*	1.112,6	1.093,0	1.082,2	1.070,0	1.050,9	-19,1	-61,7
Totale	158,8	156,2	154,8	152,3	149,7	-1,0	-11,0
	Liberi professionisti						
Medici e Chirurghi	793,8	766,6	723,7	692,9	677,5	-15,4	-116,3
Odontoiatri*	1.612,1	1.587,1	1.580,0	1.537,7	1.517,7	-20,0	-94,5
Totale	531,9	516,9	496,4	477,7	468,4	-9,2	-63,5

Fonte: Elaborazione Eures su dati Enpam *Il dato comprende gli odontoiatri e gli iscritti al doppio albo

2.5 I laureati in Medicina e Odontoiatria

L'ultimo tassello del quadro introduttivo proposto (il primo, in termini di curriculum professionale) riguarda il tema dell'istruzione universitaria, ed in particolare quella dei laureati in Medicina e Chirurgia e in Odontoiatria nei paesi europei. Sotto questo profilo l'Italia, con 6.699 dottori in Medicina nel 2010 e 845 dottori in Odontoiatria, registra rispettivamente il secondo e il quarto valore più alto in Europa (al primo posto si colloca la Germania, che conta 10.060 laureati in Medicina e 2.088 in Odontoiatria). In termini relativi, tuttavia, l'incidenza dei laureati sulla popolazione risulta in Italia inferiore alla media europea, sia per quanto riguarda i medici (11,3, a fronte di una valore medio di 11,4), sia per i dentisti (1,4, contro 2,6 in media in Europa). Sul fronte opposto l'incidenza più elevata di laureati in Medicina ogni 100 mila abitanti si registra in Austria (22,8) e in Danimarca (16,3), mentre l'incidenza più elevata di dottori in Odontoiatria si rileva in Portogallo (7,4 laureati per 100 mila abitanti) e in Romania (6).

Tabella 10 – Laureati in Medicina e Odontoiatria nei Paesi UE
Valori assoluti, incidenza su 100 mila abitanti e variazioni % 2010/09

	Laureati in Medicina e Chirurgia		Laureati in Odontoiatria	
	V.A.	Laureati x 100.000 ab	V.A.	Laureati x 100.000 ab
Austria**	1.906	22,8	134	1,6
Belgio	980	9,0	171	1,6
Bulgaria	597	7,9	269	3,6
Danimarca	907	16,3	149	2,7
Estonia	149	11,1	32	2,4
Finlandia	569	10,6	88	1,6
Francia**	3.843	6,0	836	1,3
Germania	10.060	12,3	2.088	2,6
Grecia*	1.599	14,3	355	3,2
Irlanda	785	17,5	68	1,5
Italia*	**6.699**	**11,3**	**845**	**1,4**
Lettonia	179	8,0	33	1,5
Lituania	391	11,9	160	4,9
Malta	59	14,2	6	1,4
Norvegia	551	11,3	113	2,3
Paesi Bassi	1.362	8,2	121	0,7
Polonia	3.081	8,1	935	2,4
Portogallo	1.262	11,9	788	7,4
Regno Unito	5.757	9,2	n.d.	n.d.
Rep. Ceca	1.458	13,9	353	3,4
Romania	2.900	13,5	1.277	6,0
Slovacchia**	460	8,5	53	1,0
Slovenia	229	11,2	40	2,0
Spagna	3.874	8,4	1.421	3,1
Svezia**	991	10,7	196	2,1
Svizzera	813	10,4	106	1,4
Ungheria	1.040	10,4	254	2,5
Media UE		**11,4**		**2,6**

Fonte: EURES Ricerche Economiche e Sociali 2013 su dati Eurostat e MIUR *Per l'Italia fonte Miur 2011**Dati relativi al 2009 ***2007

La scelta di predeterminare e di contenere il numero degli iscritti al Corso di Laurea Magistrale in Medicina e Chirurgia e in Odontoiatria è, come per tutti i corsi a numero chiuso, soggetta a valutazioni di natura contrapposta. Da una parte, infatti, alcuni denunciano un numero troppo limitato di posti disponibili presso le Università italiane, che spingerebbe molti giovani che vogliano intraprendere la professione medica a studiare presso Università estere (dove l'assenza del numero chiuso offrirebbe maggiori opportunità di accesso, spesso tuttavia a discapito del livello di preparazione degli studenti); sul fronte opposto, altri difendono il principio del numero "programmato" sia in considerazione di un mercato già saturo (tesi particolarmente cara a

quanti denunciano una "pletora" odontoiatrica e un numero di dentisti già superiore a quanto le effettive potenzialità del mercato possa permettersi), sia, soprattutto, per la necessità formativa pratica (e non solo teorica) richiesta dal Corso di Laurea, che necessita di strutture e spazi attrezzati in misura proporzionale al numero degli studenti iscritti, per garantire una percorso formativo adeguato. A tale riguardo la Corte di Giustizia Europea, chiamata ad esprimersi a seguito dei ricorsi promossi da 8 studenti italiani che si erano appellati a favore del diritto allo studio sancito dalla Convenzione europea dei diritti umani, ha stabilito che il numero chiuso per l'accesso a determinate facoltà e corsi di laurea, tra cui quello in Odontoiatria, non viola il diritto allo studio e non serve per limitare l'accesso alla professione di odontoiatra o di medico ma a garantire che il numero degli studenti ammessi ai corsi di laurea sia idoneo alle capacità formative dell'Ateneo.

Ciò premesso, esaminando le opportunità di immatricolazione offerte dalle Università italiane ai futuri medici e dentisti, il numero "programmato" dei posti nei Corsi di Laurea in Medicina e Chirurgia per l'anno accademico 2012-2013 risulta pari a 10.730 (con un aumento di 1.229 posti rispetto all'anno accademico precedente) e a 931 il numero di posti disponibili nei Corsi di Laurea in Odontoiatria (+71 rispetto agli 860 dell'a.a. 2011/12).

A livello regionale sono gli atenei di Roma ad offrire le maggiori opportunità di iscrizione ai potenziali medici (con 1.347 posti programmati e un incremento di 186 posti rispetto all'anno accademico 2011/2012), mentre Milano (con 4 corsi di laurea disponibili) offrono maggiori possibilità di immatricolare gli aspiranti odontoiatri (150 rispetto ai 131 dell'anno accademico precedente).

Tabella 11 – Corso di Laurea Magistrale in Medicina/Chirurgia e Odontoiatria a numero "programmato" in Italia. Anni accademici 2011/2012 e 2012/2013. Valori assoluti e differenze

	Corso di Laurea in Medicina e Chirurgia			Corso di Laurea in Odontoiatria		
	2011-2012	2012-2013	Differenza	2011-2012	2012-2013	Differenza
Bari	319	330	11	21	20	-1
Bologna	363	440	77	30	30	0
Brescia	190	225	35	20	20	0
Cagliari	180	205	25	17	20	3
Catania	315	320	5	23	23	0
Catanzaro	160	176	16	8	15	7
Chieti	198	222	24	40	40	0
Molise	75	80	5	-	-	0
Ferrara	197	220	23	14	15	1
Firenze	280	350	70	51	55	4
Foggia	75	80	5	20	25	5
Genova	265	285	20	25	25	0
L'Aquila	140	174	34	14	14	0
Messina	200	225	25	25	25	0
Milano	942	1.054	112	131	150	19
Modena/Reggio E.	149	156	7	14	15	1
Napoli	797	883	86	54	54	0
Padova	386	440	54	28	28	0
Palermo	400	403	3	22	22	0
Parma	220	262	42	20	20	0
Pavia	256	310	54	20	20	0
Perugia	216	300	84	10	10	0
Pisa	270	288	18	14	15	1
Marche	143	160	17	20	25	5
Roma	1.161	1.347	186	98	105	7
Salerno	180	200	20	-	-	0
Sassari	120	130	10	17	20	3
Siena	210	235	25	-	-	0
Torino	473	521	48	40	45	5
Trieste	121	147	26	25	30	5
Udine	96	108	12	-	-	0
Varese	153	175	22	17	20	3
Vercelli	75	100	25	-	-	0
Verona	176	179	3	22	25	3
Totale	**9.501**	**10.730**	**1.229**	**860**	**931**	**71**

Fonte: EURES Ricerche Economiche e Sociali 2013 su dati MIUR

2.6 - Le lauree conseguite all'estero e riconosciute in Italia

Il fenomeno delle lauree in odontoiatria conseguite all'estero e riconosciute in Italia dal Ministero della Salute, sebbene regolamentato e previsto dalla Direttiva comunitaria 2005/36, rischia, secondo molti addetti ai lavori, di innescare un meccanismo di squalificazione professionale, determinato dagli standard formativi e qualitativi inferiori di molti atenei esteri che formano i futuri dentisti italiani, e di rendere ulteriormente difficoltoso l'accesso alla professione dei giovani dentisti laureati in Italia. L'ingresso nel mercato di un migliaio di dentisti che si stanno formando nelle Università della Comunità Europea (in particolare in Spagna e in Romania) aggraverebbe infatti la cosiddetta "pletora dentistica" riducendo ulteriormente il numero dei potenziali pazienti per dentista.

Passando all'analisi dei dati sui riconoscimenti delle lauree all'estero operati dal Ministero della Salute, si osserva un significativo incremento negli ultimi 4 anni (passando da 98 nel 2009 a 113 nel 2012). La quota prevalente dei dentisti nati all'estero e iscritti all'Albo degli Odontoiatri in Italia viene dall'Europa (il 72,9%) e in particolare dall'Europa dell'Est (219 professionisti, pari al 24,1% del totale degli stranieri iscritti); seguono gli iscritti provenienti dall'America (136, pari al 15%), quelli originari dell'Africa (100, pari all'11%), mentre la "rappresentanza" di dentisti originari dell'Asia o dell'Oceania risulta marginale (soltanto 10, pari all'1,1%).

Anche il numero degli studenti italiani che si formano e si laureano all'estero (spesso per ovviare al numero chiuso) è cresciuto notevolmente, arrivando a raggiungere le 254 unità nel 2012 (pari allo 0,4% del totale degli iscritti all'Albo degli Odontoiatri).

Il fenomeno dei dentisti italiani laureati all'estero sembra peraltro destinato a divenire sempre più diffuso, considerando che, secondo una indagine curata dal Giornale dell'Odontoiatria, sarebbero ben 700 gli iscritti italiani nei 4 atenei spagnoli che offrono la possibilità di seguire un corso di laurea in odontoiatria e protesi dentale (senza dover superare l'ostacolo del numero chiuso), di cui la quota maggioritaria nell'Università privata Alfonso X el Sabio. In forte crescita anche il numero degli iscritti presso uno dei 13 atenei situati in Romania, in particolare all'Università privata di Vasile Goldis, ad Arad,

dove soltanto nel 2012 sono state 208 le matricole italiane (pari al 20% degli stranieri totali immatricolati).

Tabella 12 - Odontoiatri nati e laureati all'estero iscritti all'Albo degli Odontoiatri in Italia. Anni 2009-2012. Valori assoluti

	2009	2010	2011	2012
Europa	69	64	91	73
- di cui Europa dell'Est	*33*	*23*	*49*	*43*
Africa	15	8	9	10
Asia	4	0	4	2
America	10	14	21	28
Totale	**98**	**86**	**125**	**113**

Fonte: EURES Ricerche Economiche e Sociali 2013 su dati CED-FNOMCEO

Tabella 13 - Odontoiatri nati e laureati all'estero iscritti in Italia. Anni 2009-2012. Valori assoluti

	V.A.	%
Europa	663	72,9
- di cui Europa dell'Est	*219*	24,1
Africa	100	11,0
Asia+Oceania	10	1,1
America	136	15,0
Totale	**909**	**100,0**
Odontoiatri nati in Italia e laureati all'estero	**V.A.**	**% sul totale iscritti**
	254	***0,4***

Fonte: EURES Ricerche Economiche e Sociali 2013 su dati CED-FNOMCEO

Capitolo 3

L'abusivo esercizio della professione

3.1 I dati del Ministero dell'Interno

L'Abusivo esercizio di una professione è un delitto disciplinato dall'art. 348 del Codice Penale Italiano, che punisce "chiunque eserciti una professione per l'esercizio della quale è prevista l'ammissione ed iscrizione a speciali albi o elenchi, senza esserne stato abilitato a norma di legge".

Si deve dunque ritenere colpevole di tale reato penale se esercita la professione:

- chi non è stato abilitato;
- chi è in possesso di titolo idoneo, ma non è iscritto all'Albo;
- l'iscritto all'Albo che sia stato sospeso o radiato dallo stesso;
- il diplomato o laureato e/o abilitato in altro Paese, ma con titolo non riconosciuto dallo Stato italiano;
- chi, pur avendo conseguito l'abilitazione all'esercizio di una determinata professione, agevoli l'esercizio abusivo da parte di qualcun altro (prestanomismo);

Il titolare dell'interesse protetto dall'Art. 348 c.p. si identifica non solo con lo Stato (e la Pubblica Amministrazione), il quale subordina l'esercizio di talune professioni all'esistenza di determinati requisiti e sanziona chi le svolga essendone privo, ma anche con gli stessi Ordini Professionali, data la funzione ad essi attribuita di controllare la conservazione dei requisiti richiesti per l'esercizio della professione, specialmente l'idoneità etica, e di essere gli enti esponenziali dell'interesse di categoria alla leale concorrenza fra i professionisti iscritti e verso di essi. Ma ad essere titolare dell'interesse protetto è soprattutto la collettività dei cittadini, che, avendo necessità di una determinata prestazione professionale, devono poter contare sul possesso di un determinato standard di probità e competenza in capo ai soggetti eroganti (anche se talvolta è lo stesso utente ad accettare, magari a fronte di una minore entità del compenso richiesto, le prestazioni abusive).

Una recente sentenza della Corte di Cassazione (23 marzo 2012), pronunciandosi sul delitto di abusivo esercizio di un perito contabile, ha ulteriormente chiarito i confini del reato di esercizio abusivo di una professione, precisando che: "concreta esercizio abusivo di una professione, punibile a norma dell'art. 348 c.p., non solo il compimento senza titolo, anche se posto in essere occasionalmente e gratuitamente, di atti da ritenere attribuiti in via esclusiva a una determinata professione, ma anche il compimento senza titolo di atti che, pur non attribuiti singolarmente in via esclusiva, siano univocamente individuati come di competenza specifica di una data professione, allorché lo stesso compimento venga realizzato con modalità tali, per continuatività, onerosità e (almeno minimale) organizzazione, da creare, in assenza di chiare indicazioni diverse, le oggettive apparenze di un'attività professionale svolta da soggetto regolarmente abilitato".

Tale sentenza conferma come, nella pratica odontoiatrica, l'abusivo esercizio della professione risulti particolarmente diffuso e difficilmente stimabile o quantificabile, configurandosi ogni qual volta un odontotecnico o un assistente, pur non sostituendo l'odontoiatra nelle sue funzioni "specifiche", entri in contatto diretto con il paziente realizzando "atti tipici della professione odontoiatrica" (ad esempio prelevando le impronte nel cavo orale o praticando un'anestesia).

A fronte di un delitto così lesivo dell'interesse collettivo, sia in termini economici (come di seguito ampiamente analizzato), sia soprattutto in termini di salute pubblica e di sicurezza (specialmente in relazione alla professione medica e dentistica), il codice penale punisce l'autore del reato con una pena particolarmente tenue, con la possibilità della reclusione fino a sei mesi o una multa da euro 103 a euro 516, totalmente inadeguata anche soltanto a scoraggiare tali comportamenti (la multa originaria, da 1.000 lire a 5.000 lire, è stata aumentata 40 volte dall'art.3 della L. 12 luglio 1961, n.603, recante modificazioni al codice penale e successivamente quintuplicata dall'art. 113 della L.24 novembre 1981, n. 689, in tema di depenalizzazione).

A tale riguardo è in discussione una norma volta ad inasprire la pena per il reato di abusivo esercizio, consentendo, ad esempio, La confisca di strutture e attrezzature o pene pecuniarie molto più severe e incisive.

Passando ad esaminare il numero dei reati di abusivo esercizio di una professione negli ultimi 8 anni (dal 2004 al 2012) si rileva che mediamente ogni anno in Italia sono 673 i reati commessi e scoperti

dalle Forze dell'Ordine, pari a circa 2 ogni giorno. Le statistiche relative ai reati denunciati e scoperti rappresentano tuttavia soltanto una porzione limitata del fenomeno, le cui dimensioni effettive appaiono (sulla base di altri indicatori e variabili proxi) decisamente più ampie.

Ciò premesso, il dato disaggregato per macroarea (Nord, Centro e Sud), rileva una più elevata illegalità al Nord, dove mediamente sono 343 i reati di abusivo esercizio di una professione denunciati ogni anno, pari al 51% di quelli complessivamente registrati in Italia; seguono le regioni del Sud (210 reati scoperti e denunciati mediamente ogni anno, pari al 31,2% del totale) e quelle del Centro (120, pari al 17,8%).

Anche in termini relativi, il Nord conferma il primato negativo di area a più elevata diffusione del reato di abusivo esercizio di una professione, risultando le denunce pari a 12,6 ogni milione di abitanti, a fronte delle 10,4 del Centro e delle 10,2 del Sud (e del dato medio nazionale pari a 11,3).

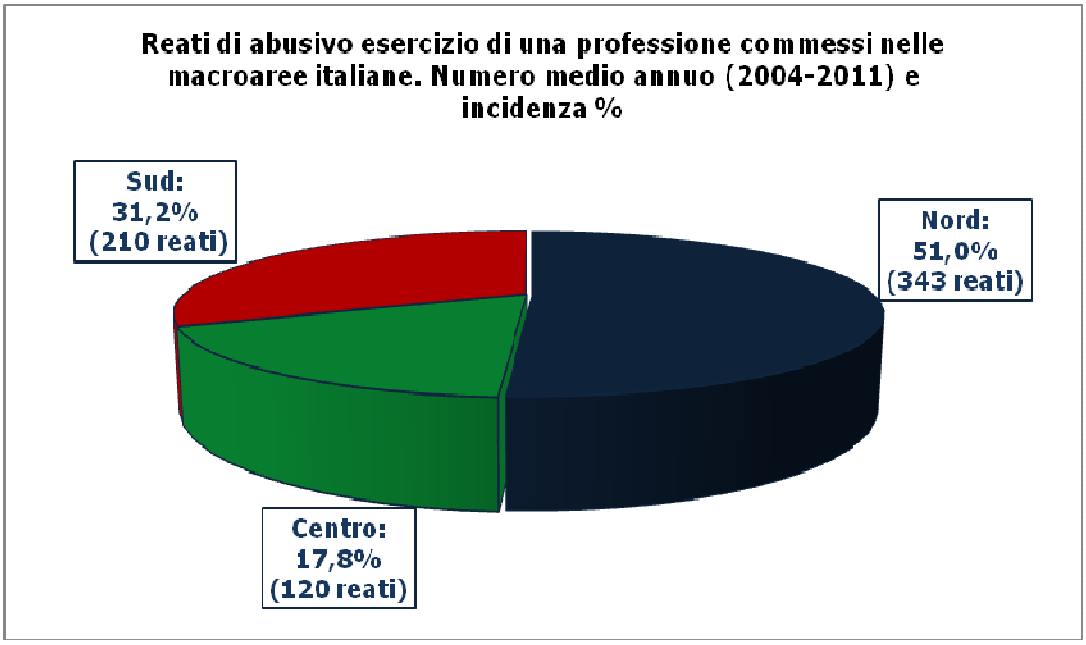


Tabella 1 – ESERCIZIO ABUSIVO DI UNA PROFESSIONE (art. 348 C.P.) - Reati commessi al Nord, al Centro e al Sud. Anni 2004-2011. Valori assoluti e media periodo

	Valori assoluti								Media	Reati/1 milione abitanti
	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011		
Nord	343	332	326	343	429	347	323	302	343	12,6
Centro	112	89	104	107	147	136	151	115	120	10,4
Sud	167	181	239	183	169	217	234	289	210	10,2
Italia	622	602	669	633	745	700	708	706	673	11,3

Fonte: Elaborazioni Eures su dati Ministero dell'Interno

Disaggregando i dati a livello regionale si evidenzia una maggiore incidenza del fenomeno proprio nelle regioni settentrionali dove, come sottolineato nel primo capitolo, si rileva la più elevata offerta professionale.

A livello regionale è infatti la Lombardia a detenere il primato negativo, con una media di 87 reati di abusivo esercizio di una professione commessi (e scoperti) ogni anno (media 2004-2011, secondo i valori consolidati forniti dal Ministero dell'Interno), seguita dal Piemonte e dal Veneto (67 reati in entrambe le regioni).

Al quarto posto della graduatoria nazionale si colloca la Campania, con una media di 65 reati denunciati e scoperti, seguita dalla Sicilia e dall'Emilia Romagna (53 reati in entrambi i territori) e dal Lazio (48).

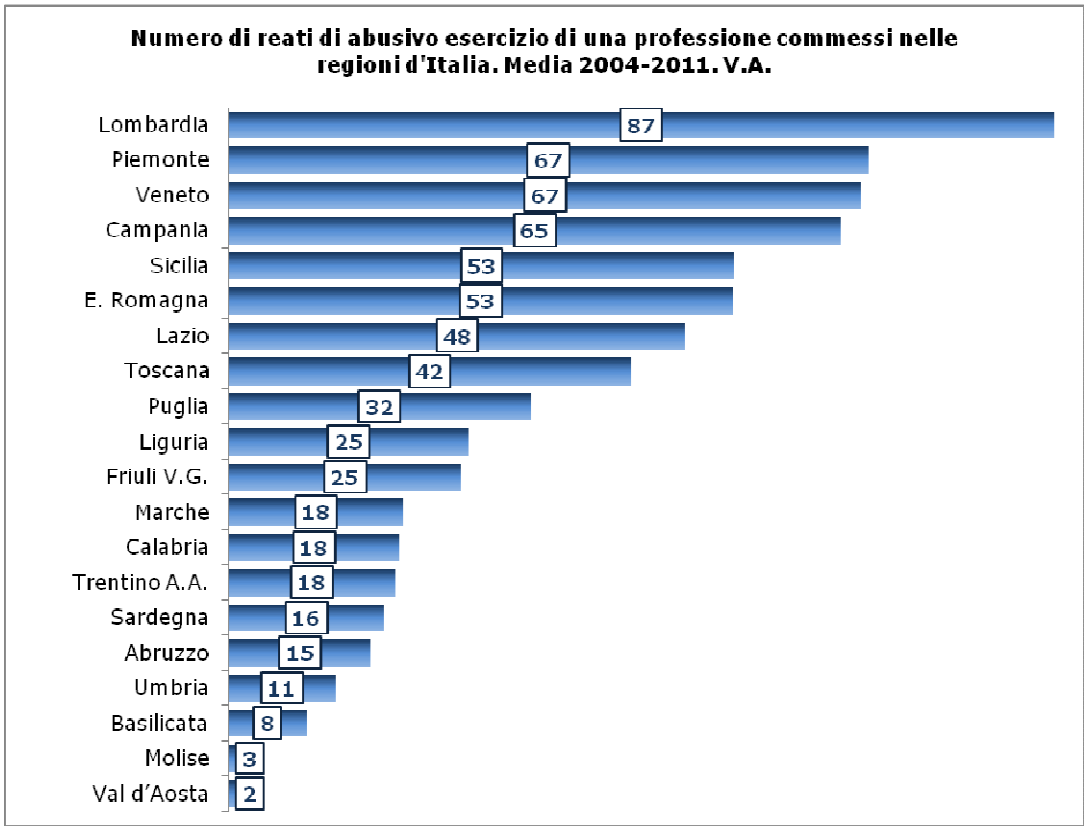
Sul fronte opposto, a registrare i valori minimi sono il Molise (con una media di 3 reati) e la Valle d'Aosta (2 reati).

Occorre inoltre ricordare che i dati sopra analizzati fanno riferimento all'insieme dei reati punibili all'art. 348 c.p. e non soltanto a quelli riferiti alla professione medica e odontoiatrica, oggetto del presente lavoro. Questi ultimi, sulla base delle diverse indicazioni raccolte, rappresenterebbero tuttavia una quota maggioritaria (tra la metà e i due terzi) di tutti i reati denunciati ex art. 348 c.p., di fatto spiegandone la dinamica e l'articolazione territoriale.

Tabella 2 – ESERCIZIO ABUSIVO DI UNA PROFESSIONE (art. 348 C.P.) - Reati commessi. Anni 2004-2012. Valori assoluti

	2004	**2005**	**2006**	**2007**	**2008**	**2009**	**2010**	**2011**	**2012 ***	**Media periodo ****
Abruzzo	9	7	19	18	11	9	16	31	19	15
Basilicata	5	12	10	8	8	6	8	9	11	8
Calabria	18	16	18	12	17	26	9	28	38	18
Campania	68	75	60	56	43	62	60	92	54	65
E.Romagna	46	62	39	48	76	61	39	54	30	53
Friuli V.G.	25	32	35	29	27	18	15	15	6	25
Lazio	44	35	42	34	65	56	68	41	60	48
Liguria	58	31	26	11	25	22	12	17	14	25
Lombardia	69	86	92	109	100	68	79	92	68	87
Marche	16	8	15	19	22	23	20	24	22	18
Molise	1	4	3	3	3	3	1	4	2	3
Piemonte	49	50	64	53	108	81	74	60	65	67
Puglia	23	22	44	34	25	41	43	22	35	32
Sardegna	15	5	15	9	12	17	19	39	5	16
Sicilia	28	40	70	43	50	53	78	64	34	53
Toscana	43	33	36	48	50	47	46	36	27	42
Trentino	14	5	18	19	27	20	20	17	19	18
Umbria	9	13	11	6	10	10	17	14	5	11
Val d'Aosta	1	2	3	3	2	1	0	3	0	2
Veneto	81	64	49	71	64	76	84	44	37	67
Italia	**622**	**602**	**669**	**633**	**745**	**700**	**708**	**706**	**551**	**673**

Fonte: Elaborazioni Eures su dati Ministero dell'Interno *2012 non consolidato **Media sul periodo consolidato 2004-2011


Numero di reati di abusivo esercizio di una professione commessi nelle regioni d'Italia. Media 2004-2011. V.A.
Lombardia 87
Piemonte 67
Veneto 67
Campania 65
Sicilia 53
E. Romagna 53
Lazio 48
Toscana 42
Puglia 32
Liguria 25
Friuli V.G. 25
Marche 18
Calabria 18
Trentino A.A. 18
Sardegna 16
Abruzzo 15
Umbria 11
Basilicata 8
Molise 3
Val d'Aosta 2

3.2 Il reato di abusivo esercizio della professione medica. I dati dei Nas

Prima di passare all'analisi del reato di abusivo esercizio della professione medica, attraverso i dati forniti dai Nas Carabinieri per la Tutela della Salute, risulta importante premettere alcune precisazioni e considerazioni.

In primo luogo occorre ricordare come l'abusivismo della professione medica (e in particolare l'abusivismo odontoiatrico, che costituisce oltre l'80% dei casi censiti) rappresenti un fenomeno di elevato allarme sociale, in quanto, a differenza, o in maggior misura, di quanto avvenga per altre professioni (come quella di commercialista o notaio, svolte senza aver acquisito il titolo abilitativo), l'illecito esercizio di una prestazione medica mette seriamente a rischio non soltanto la qualità e affidabilità delle prestazioni (bene tutelato dagli Ordini Professionali), ma anche la salute stessa dei cittadini (a volte del tutto ignari, ma in altri casi irresponsabilmente complici di un abuso).

Gli stessi Carabinieri dei Nas sottolineano, nella nota di accompagno dei dati statistici analizzati nel presente paragrafo, come *«il fenomeno dell'abusivismo odontoiatrico abbia assunto, nel tempo, dimensioni preoccupanti che danneggiano, in primis, i cittadini che, per mancanza di informazione nonché per la ricerca di prestazioni economicamente vantaggiose, si affidano a quello che è il "sistema alternativo" costituito dagli abusivi, ove le carenze professionali e di qualificazione hanno risvolti non solo economici e morali, ma anche pericolose ripercussioni sulla salute pubblica»*.

Sempre secondo la relazione dei Carabinieri dei Nas *«tali abusi quotidiani sono compiuti praticamente alla luce del sole: i soggetti abusivi, infatti, possiedono studi dove "visitano" pazienti, reclamizzano la loro attività, richiedono parcelle inferiori a quelle dei professionisti, acquistano sofisticati strumenti medicali e somministrano farmaci».*

La manifestazione del reato di abusivo esercizio si lega a due principali tipologie: il prestanomismo e il traffico di lauree false.

Per quanto riguarda la prima tipologia che, secondo l'esperienza dei Carabinieri dei Nas, *«si incardina nel settore dell'odontoiatria ad opera di odontotecnici privi del relativo titolo di laurea", si tratta generalmente di soggetti che dispongono di elevati capitali e*

acquistano studi ed attrezzature molto costose affidati "formalmente" a giovani laureati in odontoiatria (i cosiddetti prestanomi) ».

Le numerose indagini svolte dai Nas Carabinieri per la Tutela della Salute hanno consentito inoltre di acclarare una seconda forma in cui si realizza il reato di abusivo esercizio della professione medica, legata al traffico di falsi titoli culturali e abilitativi rilasciati da fantomatici Atenei di Università straniere che vengono allegati alle istruttorie ministeriali di riconoscimento da cittadini che intendono esercitare la professione nel territorio nazionale.

Compie inoltre abusivo esercizio di una professione medica *«non solo il soggetto che non sia fornito del titolo richiesto, ma anche il soggetto che non abbia adempiuto alle formalità prescritte come, ad esempio l'iscrizione all'Albo»…. «L'abusivismo sussiste, inoltre, nei casi in cui l'esercizio sia permanentemente o temporaneamente interdetto al professionista a seguito di condanna o di provvedimenti disciplinari».*

È evidente, dunque la sperequazione tra le diverse fattispecie comportamentali che sono invece soggette alle medesime previsioni di legge. Il medico non iscritto all'Albo, talvolta per mera dimenticanza, viene, infatti, giudicato in base ad una disposizione di legge che si applica anche all'odontotecnico che svolge le mansioni dell'odontoiatra.

Tale evidente anomalia si associa alla scarsa incisività della sanzione (pari ad una multa compresa tra i 103 e 516 euro) che, a fronte dei potenziali rischi per la salute dei cittadini, non costituisce un efficace deterrente per frenare le attività delittuose e che, al contrario, secondo l'esperienza delle Forze dell'Ordine deputate al contrasto del fenomeno illegale, porta a innescare una *«convenienza economica a delinquere».*

Alla inefficacia della sanzione, fa invece riscontro l'onerosità dell'accertamento della condotta illecita.

Salvo i casi di fragranza, infatti, i Carabinieri dei Nas devono acquisire le fatture delle prestazioni eseguite, risalire ai soggetti coinvolti e ai pazienti fruitori, assumere a sommarie informazioni le persone identificate per verificare il tipo di cure ricevute (ed è necessario vagliare numerose persone per avere un campione valido come prova).

L'accertamento è reso ancora più difficoltoso dalla scarsa collaborazione fornita dagli stessi pazienti, i quali, per lo più, sempre secondo l'esperienza dei Nas *«non intendono muovere rilievi all'odontotecnico sia per motivi economici (le spese sostenute sono*

inferiori a quelle richieste da un odontoiatra) sia per motivi di disinteresse alla problematica».

Tale precisazione rende evidente come i dati relativi al numero delle denunce per abusivo esercizio della professione, benché importanti e significativi (anche sotto il profilo numerico), rappresentino in realtà soltanto una minima parte del fenomeno, e non possono essere assunti a indicatori della sua diffusione.

Proprio per questa ragione si è scelto di stimare la diffusione del fenomeno dell'abusivo esercizio della professione medica confrontando i dati relativi alla spesa sanitaria media delle famiglie italiane con quelli del fatturato rilevato dagli studi di settore (al cui approfondimento si rimanda nel successivo capitolo).

Ciò premesso, appare particolarmente importante sottolineare l'impegno e i risultati dell'attività di contrasto dei Nas, che negli ultimi 6 anni (tra il 2006 e il 2012) hanno realizzato 7.745 ispezioni, 3.601 segnalazioni all'Autorità Giudiziaria, di cui 2.422 per abusivo esercizio della professione medica, e sequestrato 877 laboratori e studi.

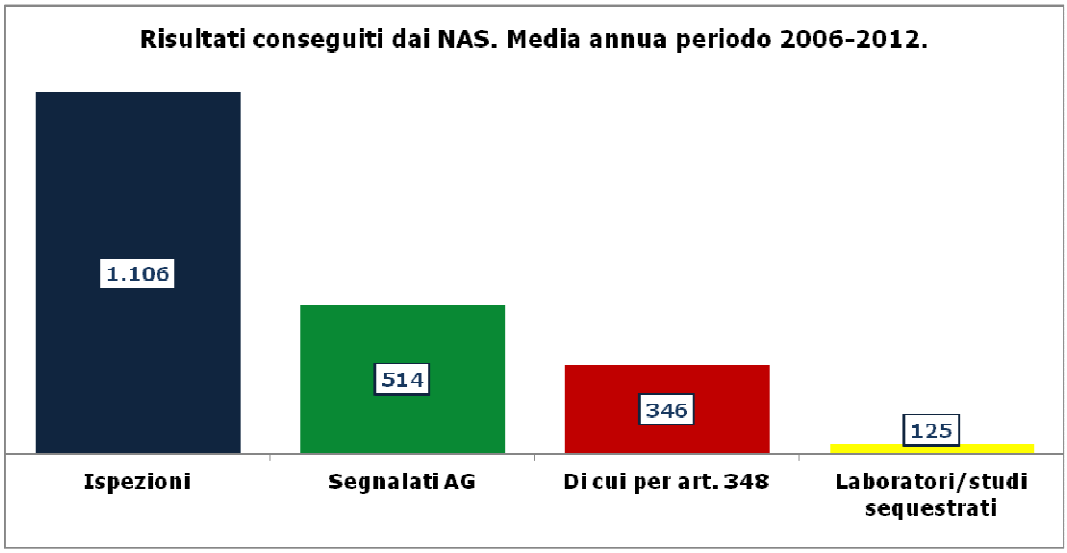
Ciò significa che in media ogni anno in Italia, su 1.106 ispezioni, si registrano 514 segnalazioni all'Autorità Giudiziaria[2] e 346 denunce per esercizio abusivo della professione medica (circa una al giorno), mentre sono 125 i laboratori o gli studi sequestrati (pari a circa uno ogni 3 giorni).

Tabella 3 – Risultati conseguiti dai NAS nel contrasto all'esercizio abusivo della professione medica e odontoiatrica. *Anni 2006-2012. Valori assoluti*

	Ispezioni	Segnalati AG	Di cui per art. 348	Laboratori/studi sequestrati
2006	927	430	311	118
2007	927	476	332	120
2008	1.151	569	415	160
2009	1.219	620	425	189
2010	1.171	645	393	104
2011	1.416	538	327	93
2012	934	323	219	93
Totale	7.745	3.601	2.422	877

Fonte: Elaborazioni Eures su dati Carabinieri Nucleo Operativo Antisofisticazioni

[2] Le segnalazioni possono riguardare i seguenti reati:
Art. 348 C.P.: Esercizio abusivo della professione medica
Art. 443 C.P. Medicinali scaduti di validità
Art. 68 D.p.r. 309/1990: Omessa movimentazione dei medicinali ad azione stupefacente
Art. 64 D.Lvo 81/2008: Mancanza dei requisiti di sicurezza sui luoghi di lavoro
Art. 22 D.lgs 230/1995: utilizzo di apparecchiature radiologiche in assenza di autorizzazione
Art. 193 T.u.ll.ss.: Struttura sanitaria priva di autorizzazione



Analizzando infine l'indice di efficacia dell'azione del Nucleo Antisofisticazione dei Carabinieri, misurato rilevando l'incidenza delle segnalazioni, delle denunce per abusivo esercizio della professione medica e dei laboratori e studi sequestrati ogni 100 ispezioni, si rileva che in circa la metà delle ispezioni dei Nas (il 46,5% in media negli ultimi 6 anni) è seguita una segnalazione all'Autorità Giudiziaria; nel 31,3% è stato contestato il reato di abusivo esercizio della professione medica e oltre una ispezione su 10 (l'11,3%) ha determinato il sequestro dei laboratori/studi dove si svolgevano attività illegali.

Tabella 4 – Indice di efficacia: segnalazioni/100 ispezioni; abusivo esercizio della professione medica/100 ispezioni e laboratori e studi sequestrati/100 ispezioni. Anni 2006-2012 e media periodo

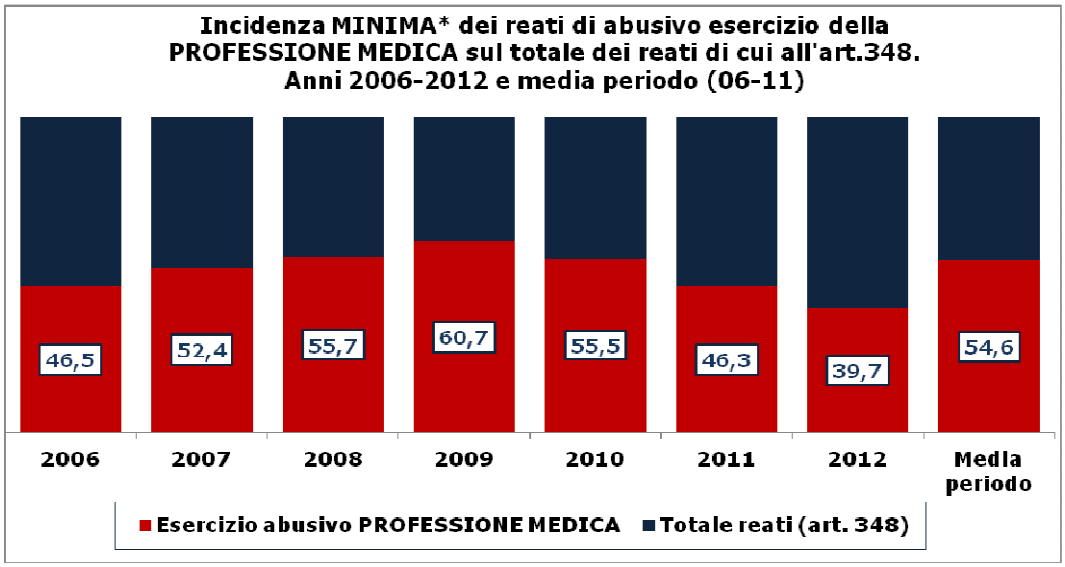
	Segnalati AG	Di cui per art. 348	Laboratori/studi sequestrati
2006	46,4	33,5	12,7
2007	51,3	35,8	12,9
2008	49,4	36,1	13,9
2009	50,9	34,9	15,5
2010	55,1	33,6	8,9
2011	38,0	23,1	6,6
2012	34,6	23,4	10,0
Media periodo	**46,5**	**31,3**	**11,3**

Fonte: Elaborazioni Eures su dati Carabinieri Nucleo Operativo Antisofisticazioni

Un ultimo interessante approfondimento riguarda infine l'incidenza dei reati di abusivo esercizio della professione medica e odontoiatrica sul totale dei reati disciplinati all'articolo 348 del c.p. rilevati dal Ministero dell'Interno.

Incrociando le due fonti (Ministero degli Interni e NAS), pur non totalmente sovrapponibili, si registra infatti un peso della componente medica e odontoiatrica superiore al 50%, configurandosi quindi il fenomeno dell'abusivo esercizio di una professione come una fattispecie di reato legata soprattutto all'ambito sanitario.

Sulle 673 denunce di abusivo esercizio di una professione registrate in media ogni anno dal Ministero dell'Interno, almeno 367 (il 54,6%) riguardano infatti la professione medica, secondo quanto emerge dai risultati operativi dei NAS. Tale incidenza raggiunge il valore più elevato nel 2009, quando si attesta al 60,7%, risultando comunque ampiamente maggioritaria anche nel 2007, nel 2008 e nel 2010.



*Sono disponibili soltanto le denunce pervenute dai Nas e non dalle altre FFOO

Tabella 5 – Indice di illegalità: incidenza dei reati di abusivo esercizio della professione medica sul totale dei reati di abusivo esercizio di una professione rilevati dal Ministero dell'Interno. V.A. e %. Anni 2006-2012 e media periodo (2006-2011)

	Reati di abusivo esercizio di UNA PROFESSIONE	Reati di abusivo esercizio della PROFESSIONE MEDICA	Incidenza abusivo esercizio professione MEDICA/TOTALE
2006	669	311	46,5
2007	633	332	52,4
2008	745	415	55,7
2009	700	425	60,7
2010	708	393	55,5
2011	706	327	46,3
2012	551	219	39,7
Media periodo*	**673**	**367**	**54,6**

Fonte: Elaborazioni Eures su dati Ministero dell'Interno e Carabinieri Nucleo Operativo Antisofisticazioni *La media è calcolata sui valori consolidati (2006-2011)

3.3 – Le stime della CAO sull'abusivo esercizio della professione Odontoiatrica

Appare infine interessante riportare le stime proposte dalla Cao e condivise dall'Andi sulla diffusione dell'abusivo esercizio della professione medica e in particolare di quella odontoiatrica, realizzate sulla base di dati oggettivi e di conoscenze dirette.

Il fenomeno, secondo la Commissione dell'Albo Odontoiatri, riguarderebbe ben 15 mila dentisti abusivi, (applicando evidentemente il concetto di abusivo esercizio della professione, come da sentenza della Corte di Cassazione, non solo all'esercizio degli atti "tipici" della professione, ma anche di quelli "caratteristici", strumentalmente connessi ai primi), che erogherebbero illecitamente oltre 7 milioni di prestazioni, per un giro di affari di 720 milioni di euro. Non si tratterebbe, evidentemente, di figure che operano esclusivamente in forma abusiva, ma di figure (in particolare odontotecnici, ma non solo) che, accanto alla propria attività, legalmente esercitata, compiono per una quota più o meno ampia delle prestazioni erogate, atti "tipici" o "caratteristici" della professione odontoiatrica, senza possederne né i titoli né i requisiti professionali.

Il numero dei laboratori sequestrati, coerente con quello registrato dai Carabinieri dei Nas, pari a 120 unità, consentirebbe di stimare un numero di prestazioni ivi illecitamente erogate pari a 58 mila, per un giro di affari che si attesterebbe intorno ai 6 milioni di euro.

Tabella 6 – Le stime della CAO sulla diffusione dell'esercizio abusivo della professione odontoiatrica

	Numero	Prestazioni erogate	Giro di affari
Dentisti abusivi	15.000	7.200.000	720.000.000 €
Laboratori sequestrati	120	58.080	5.808.000 €

Fonte: CAO - Libro bianco sull'esercizio abusivo della professione

Capitolo 4

Stime e costi dell'abusivismo

4.1 Stima della spesa familiare per cure odontoiatriche

La conoscenza della spesa nazionale sostenuta dalle famiglie per le cure odontoiatriche costituisce un dato preliminare nella costruzione di stime attendibili sul dimensionamento del fenomeno dell'abusivismo nell'esercizio della professione dentistica. Nella spesa per le cure odontoiatriche fornita dal Ministero della Salute è infatti compreso l'intero giro d'affari che ruota intorno a questo settore, comprendendo non solo l'onorario del dentista, ma anche i costi da questo sostenuti per pagare fornitori per beni e servizi.

Quantificare tuttavia il valore economico della spesa odontoiatrica italiana risulta un obiettivo piuttosto complesso, non esistendo dati univoci e rilevazioni sistematiche che consentano di determinarne precisamente la dimensione.

Tra le diverse fonti disponibili (Istat, Andi, Key Stone ecc.) si è scelto di adottare il dato riportato dal Ministero della Salute, in quanto più aggiornato tra quelli provenienti da una fonte istituzionale (le altre fonti facevano riferimento agli anni 2005 e 2002), e considerato idoneo a impostare una stima approssimativamente corretta del costo della spesa odontoiatrica sostenuta dalle famiglie italiane. Secondo le elaborazioni ministeriali, nel 2011 il totale della spesa odontoiatrica italiana ammontava a 9,6 miliardi di euro; tale dato, tuttavia, è comprensivo delle prestazioni per l'odontoiatria pubblica erogate dal SSN, pari all'1,5% del totale della spesa sanitaria pubblica italiana (115 miliardi di euro, secondo tale fonte). Detraendo pertanto dalla spesa totale il costo dell'odontoiatria pubblica (pari a 1,7 miliardi di euro), si può concludere con buona approssimazione che la spesa odontoiatrica effettivamente sostenuta dalle famiglie italiane si attesta a 7,9 miliardi di euro (stime Eures).

Suddividendo tale valore per il numero delle famiglie italiane (pari a 25.405.663 nel 2011 secondo i dati Istat), è possibile indicare in 311 euro annui la spesa media familiare per cure odontoiatriche, un dato, questo, che sale a 777 euro considerando le sole famiglie che hanno

fatto ricorso ad una prestazione odontoiatrica nel corso dell'anno (pari ai due quinti della popolazione, secondo i dati Istat/Ministero della Salute).

La spesa media dentistica procapite risulta quindi pari a 135 euro (considerando il totale della popolazione con un'età superiore ai 3 anni) e a 337 euro annui considerando i soli "fruitori" del servizio (stime Eures).

Tabella 1 – La domanda di cure odontoiatriche (spesa dentistica privata totale, spesa media per famiglia e spesa media procapite)– Valori assoluti in euro

	Valori assoluti in euro
Spesa dentistica privata totale	7.900.000.000,00
Spesa dentistica media familiare	311,00
Spesa dentistica media familiare effettiva*	777,00
Spesa dentistica media procapite**	135,00
Spesa dentistica media procapite effettiva	337,00

Fonte: Stime Eures Ricerche Economiche e Sociali *Ottenuta dividendo la spesa totale per il numero di famiglie che hanno fruito delle cure mediche **la spesa procapite è rapportata alla popolazione italiana di età superiore a 3 anni

4.2 I "numeri" delle professioni odontoiatriche e il fatturato dei dentisti italiani secondo gli studi di settore

L'analisi economica del fatturato medio registrato dal comparto dentistico in Italia, realizzata attraverso i dati forniti dagli studi di settore, costituisce uno strumento indispensabile per individuare il "differenziale economico" tra la domanda di prestazioni (rilevata attraverso la spesa media familiare per cure odontoiatriche) e l'offerta dei servizi (attraverso i dati statistici relativi al fatturato medio dichiarato). Il differenziale tra i valori sopra rilevati permette infatti di pervenire a una stima dell'abusivismo nel settore odontoiatrico.

Gli introiti dei dentisti abusivi, essendo completamente evasi, sono infatti inclusi nella spesa sostenuta dalle famiglie italiane ma non rientrano nelle dichiarazioni dei professionisti; il confronto tra la spesa e il fatturato fornisce pertanto una misura della dimensione del fenomeno.

Prima di procedere all'analisi dei compensi dei dentisti è tuttavia opportuno realizzare un breve inquadramento delle diverse componenti del comparto, considerando che gli "operatori" del sistema dentale non sono solo gli odontoiatri e i medici abilitati, ma anche gli igienisti dentali e gli odontotecnici, e soprattutto ricordando che proprio a questi ultimi, secondo le evidenze delle Forze dell'Ordine deputate al contrasto dei fenomeni illegali e l'esperienza degli Ordini Professionali di settore, sarebbe da attribuire la quota principale delle attività abusive (riferibili soprattutto allo svolgimento delle operazioni "caratterizzanti" la professione dentistica, come spiegato nel paragrafo 1, secondo capitolo del presente Rapporto).

Secondo i dati dell'Agenzia delle Entrate, nel 2010 (ultimo anno disponibile) in Italia si contano 13.023 imprese odontotecniche, con un fatturato medio di 72,3 mila euro, un reddito di 25,4 mila euro e un fatturato complessivo pari a 900 milioni di euro. Conseguentemente il numero degli odontotecnici in Italia si attesterebbe a circa 24 mila unità (stime Eures), considerando che il 46% delle imprese del settore è composta da un solo addetto, il 31% conta due odontotecnici e il 26% tre o più addetti (dati Agenzia delle Entrate).

Per quanto riguarda gli igienisti dentali, in assenza di un Ordine o un Collegio Professionale, le informazioni relative a questa categoria di lavoratori sono state desunte dalle iscrizioni alle Associazioni di settore, secondo le quali in Italia si contano circa 2.000 igienisti dentali, che fatturano mediamente 30 mila euro annui, realizzando introiti complessivi per 60 milioni di euro.

Il numero degli studi odontoiatrici risulta infine pari a 41.327, con un fatturato complessivo di oltre 6 miliardi di euro; ciascun professionista ha dichiarato nel 2011 mediamente compensi per 149.300 euro e un reddito medio imponibile di 49 mila euro (vale a dire che i due terzi dei compensi dichiarati sono stati "assorbiti" dalle spese per il mantenimento dell'attività).

Tabella 2 – I numeri delle professioni mediche e odontoiatriche secondo gli studi di settore. *Anno d'imposta 2010 – Valori assoluti*

	Numero	Fatturato medio	Reddito medio imponibile	Fatturato complessivo
Imprese Odontotecniche	13.023	72.300	25.400	900.000.000
Igienisti Dentali*	2.000	30.000	-	60.000.000
Studi odontoiatrici	41.327	149.300	49.000	6.170.121.100

Fonte: Elaborazioni Eures Ricerche Economiche e Sociali su dati Agenzia delle Entrate
*Le informazioni sugli igienisti dentali sono desunte dalle iscrizioni alle Associazioni di riferimento, non essendo ancora costituito un loro Ordine o Collegio Professionale

Concentrando l'attenzione sui dati relativi agli odontoiatri – o ai medici abilitati all'esercizio dell'odontoiatria – appare interessante rilevare la forma giuridica assunta dalle 41.327 imprese odontoiatriche coinvolte nel 2010 negli studi di settore.

Una delle indicazioni riportate dalle analisi riferibili all'Albo degli odontoiatri segnala che la presenza di fenomeni di abusivismo si registrerebbe infatti più frequentemente nelle imprese costituite in forme societarie; in particolare il fenomeno del prestanomismo sembrerebbe più diffuso nelle società di capitale e nelle strutture in franchising che, secondo l'opinione di alcuni addetti ai lavori, starebbero progressivamente sostituendo le forme di abusivismo esercitate da finti dentisti che si spacciano per laureati in studi più o meno nascosti. Nelle strutture societarie più complesse e nelle società di capitale, dove il paziente non sa chi è il titolare e non sa riconoscere la figura professionale addetta alla cura odontoiatrica, la "spersonalizzazione del rapporto dentista-paziente" faciliterebbe infatti l'insorgere di situazioni di abusivismo. Passando quindi all'analisi dei dati, si rileva comunque come in Italia sia ancora fortemente radicato il modello di studio singolo: in oltre 8 casi su 10, infatti, le imprese odontoiatriche sono costituite da persone fisiche (l'84,4%, pari a 34.897); nel 12,2% si tratta di società di persone (pari a 5.015) e soltanto nel 3,4% di società di capitali (1.415).

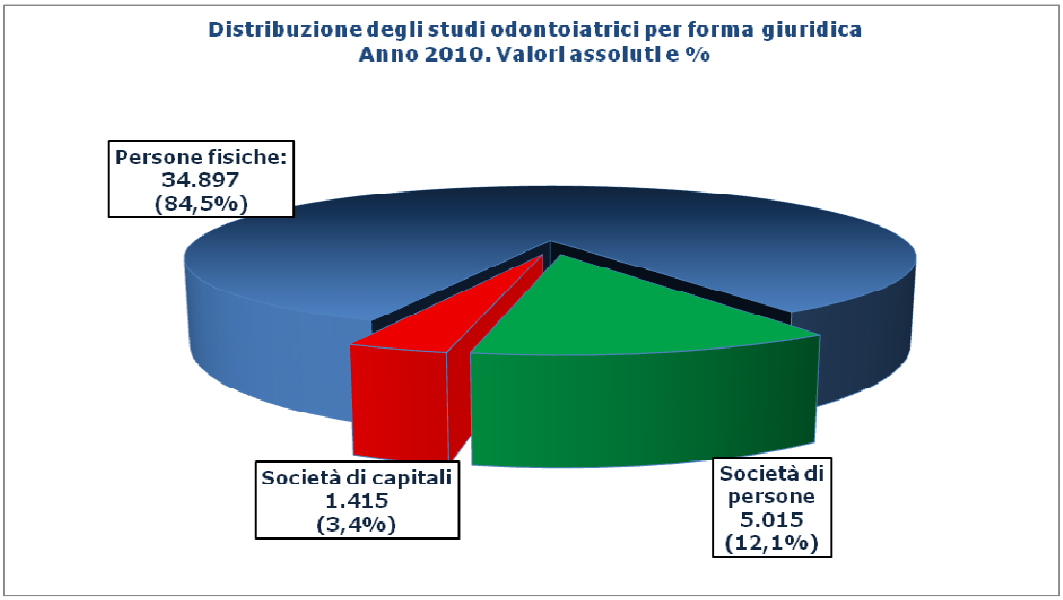
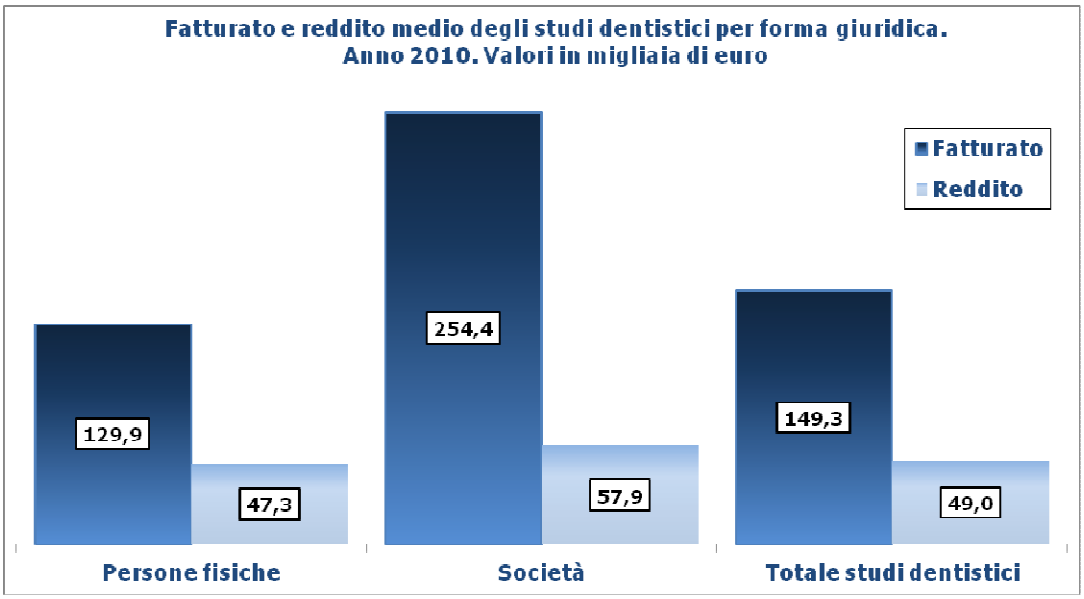


Tabella 3 – Gli studi di settore delle "imprese" odontoiatriche – Scomposizione per forma giuridica - *Anno d'imposta 2010*

	Numero	Fatturato medio (in mgl di €)	Reddito medio imponibile (in mgl di €)
Persone fisiche	34.897	129,9	47,3
Società di persone	5.015	228,7	68,5
Società di capitali	1.415	345,4	20,5
Totale	41.327	149,3	49,0

Fonte: Elaborazioni Eures su dati Agenzia delle Entrate *Per le Persone fisiche e le Società di persone si fa riferimento all'IRPEF; per le Società di Capitali all'IRES



4.3 Stima dell'abusivismo nell'esercizio della professione odontoiatrica

Come accennato, le prestazioni erogate dai "falsi" professionisti non prevedono emissione di fattura, non rientrando dunque nelle dichiarazioni degli studi di settore. Pertanto, confrontare la domanda e l'offerta di cure dentistiche consente di pervenire ad una stima della dimensione dell'abusivismo nella professione odontoiatrica.

Prima di procedere alla suddetta stima, tuttavia, appaiono necessarie alcune considerazione in merito al fatturato complessivo degli odontoiatri. Secondo gli studi di settore, tra le 41.327 dichiarazioni pervenute dalle attività degli studi odontoiatrici, è presente una quota (non esplicitata) di dichiarazioni non congrue, ovvero con ricavi annui inferiori al compenso minimo ammissibile, stimato considerando gli indicatori di normalità economica. Più in particolare, le dichiarazioni incongrue presentano un rapporto tra il reddito e i compensi dichiarati inferiore a quello delle dichiarazioni congrue. La non congruità degli studi di settore, se non giustificata da un adeguamento facente seguito a una situazione di crisi individuale o di marginalità, costituisce prova di "presunta" evasione fiscale.

Tabella 4 – Congruità degli studi di settore dei dentisti italiani
Anno 2010 – Valori in migliaia di euro

Contribuenti con ricavi superiori a 30 mila €				
Numero	**Congrui naturali o per adeguamento**		**Non congrui e non adeguati**	
	Compensi	**Reddito**	**Compensi**	**Reddito**
37.458	164,2	55,9	150,3	29,5
Contribuenti con ricavi inferiori a 30 mila €				
Numero	**Congrui naturali o per adeguamento**		**Non congrui e non adeguati**	
	Compensi	**Reddito**	**Compensi**	**Reddito**
3.869	19,7	11,0	16,8	4,7

Fonte: Elaborazioni Eures Ricerche Economiche e Sociali su dati Agenzia delle Entrate

Anche sulla base di questa ultima informazione, nel valutare l'ammontare complessivo dei redditi degli odontoiatri, si è ritenuto opportuno applicare alle dichiarazioni dei redditi una percentuale di evasione "strutturale", ovvero uguale a quella dell'economia sommersa, che in Italia si attesta al 18% (anno 2011, dati Mef); il fatturato medio unitario - pari a 149 mila euro - accresciuto di questa percentuale di evasione "sistemica" si attesterebbe dunque a circa 176 mila euro (stime Eures). Il fatturato totale degli odontoiatri –

comprensivo della percentuale di evasione "strutturale" - si attesta dunque a 7,3 miliardi. Confrontando l'importo totale dei consumi delle famiglie per spese dentistiche (pari a 7,9 miliardi di euro secondo il Ministero della Salute) al fatturato totale dei professionisti (7,3 miliardi), si rileva un "differenziale" di 600 milioni di euro, riconducibile ai compensi derivanti dalle prestazioni abusive.

Il rapporto tra il differenziale e il compenso medio unitario dichiarato dagli odontoiatri (pari a 149,3 mila euro) consente di rilevare una platea di "falsi" professionisti pari a circa 4.000 unità. Tuttavia, poiché gli abusivi praticano prezzi inferiori a quelli di mercato – mantenendo basso il costo di erogazione del servizio grazie all'evasione fiscale e contributiva -, è sembrato opportuno detrarre al fatturato medio degli odontoiatri desunto dagli studi di settore una percentuale, stimata intorno al 20%, relativa ai prezzi inferiori proposti dagli abusivi ai clienti, a parità di prestazioni erogate.

Dunque, si è ipotizzato che il fatturato medio di un "falso" professionista si attesti a circa 118 mila euro. Il rapporto tra il differenziale e il compenso medio stimato per gli abusivi consente di concludere, con buona approssimazione, che i "falsi" professionisti in Italia si attestano a circa 5.000. Ipotizzando infine un errore statistico pari al 10%, che incida con la stessa probabilità sia in aumento che in diminuzione sul valore stimato, si deduce che il numero di professionisti abusivi – calcolato in unità equivalenti - risulta compreso tra 4.500 e 5.500 unità.

Si tratta, tuttavia, di un risultato che deve essere interpretato in termini di "unità equivalenti": la stima di 5.000 abusivi si riferisce infatti ad una ipotesi teorica di figure che destinano il 100% della propria attività e del proprio tempo all'attività abusiva, operando cioè come evasori totali e sottraendo alle casse del fisco l'intero reddito percepito. Se, al contrario, si suppone più realisticamente che gli abusivi si celino soprattutto dietro le figure degli odontotecnici, che dichiarerebbero al fisco il solo reddito da lavoro regolare, non fatturando i compensi per le prestazioni abusive, è ragionevole ipotizzare che il differenziale appena rilevato sia attribuibile a un numero maggiore di falsi professionisti, stimato intorno alle 10 mila unità effettive.

Tabella 5 – I dentisti abusivi in Italia (valore minimo e valore massimo) – Valori assoluti in unità equivalenti e valori assoluti in unità effettive

	Unità equivalenti	Unità effettive
Stima	**5.000**	**10.000**
Valore Minimo	4.500	9.000
Valore Massimo	5.500	11.000

Fonte: Stime Eures Ricerche Economiche e Sociali

Un ulteriore approfondimento utile per comprendere le reali dinamiche del fenomeno e individuare le aree di maggiore criticità è possibile analizzando la distribuzione dell'abusivismo per ripartizione territoriale.

Le stime sono state ottenute ipotizzando che l'abusivismo dentistico rappresenti un fenomeno diffuso in misura proporzionale all'offerta odontoiatrica. Gli abusivi sono stati dunque ripartiti in base alla distribuzione geografica dei professionisti iscritti all'Albo nel territorio nazionale. Tale ipotesi risulta inoltre pienamente coerente con le risultanze delle Forze dell'Ordine relative alla diffusione del reato di esercizio abusivo di una professione (ampiamente descritti al capitolo 2), che evidenziano una maggiore incidenza del fenomeno nelle Regioni settentrionali del Paese, dove l'offerta professionale è superiore.

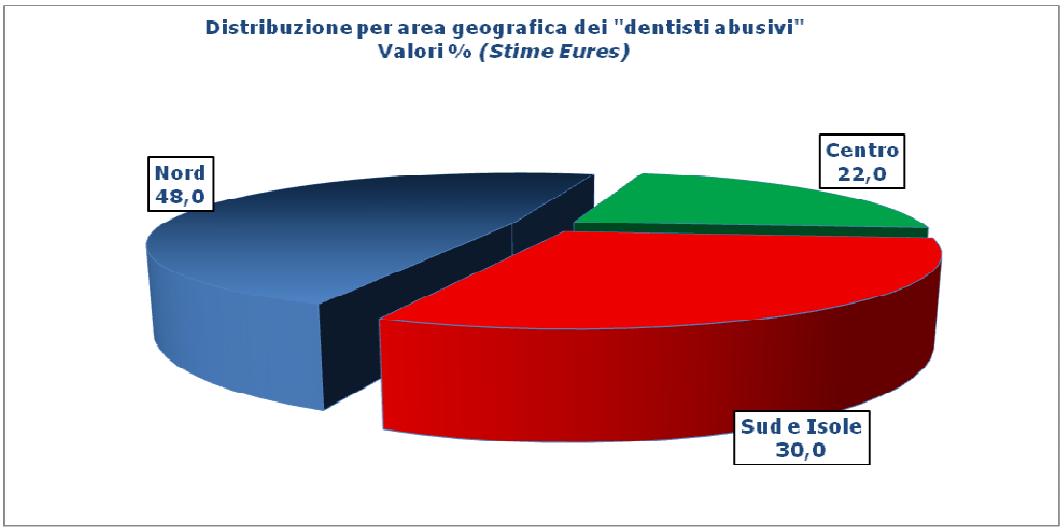
Passando quindi all'analisi dei dati, al Nord si stima la più forte incidenza dell'abusivismo dentistico, con circa 2.400 abusivi – in unità equivalenti (pari a 4.800 in unità effettive) e un'incidenza sul totale nazionale pari al 48%; seguono le regioni del Sud, dove si stimano 1.500 abusivi in unità equivalenti (3.000 in unità effettive), pari al 30% del totale nazionale e quelle del Centro, dove si stima operino abusivamente 1.100 "falsi dentisti" in unità equivalenti (e 2.200 in unità effettive), pari al 22% del totale nazionale.

Tale distribuzione, appare coerente con l'incidenza dei reati di abusivo esercizio scoperti dalle Forze dell'Ordine (pari rispettivamente al 51% al Nord, al 31,2% al Sud e al 17,8% al Centro).

Tabella 6 – I dentisti abusivi in Italia – Valori assoluti in unità equivalenti e in unità effettive

	Unità equivalenti	Unità effettive
Nord		
Stima	**2.400**	**4.800**
Valore Minimo	2.160	4.300
Valore Massimo	2.640	5.300
Centro		
Stima	**1.100**	**2.200**
Valore Minimo	1.210	2.400
Valore Massimo	990	2.000
Sud e Isole		
Stima	**1.500**	**3.000**
Valore Minimo	1.650	3.300
Valore Massimo	1.350	2.700

Fonte: Stime Eures Ricerche Economiche e Sociali



4.4 I costi economici e sociali dell'abusivismo dentistico

L'abusivismo in odontoiatria comporta rischi e costi importanti sotto il profilo socio-sanitario ma incide anche, direttamente, sull'economia del settore, nei suoi diversi segmenti.

Le prestazioni dentistiche erogate da soggetti che non risultano in possesso delle dovute competenze accrescono il rischio di compromettere la salute del cavo orale, riportando a volte anche danni considerevoli, che per essere curati necessitano di ulteriori cure mediche e dunque di ulteriori esborsi. Inoltre, spesso i luoghi di esercizio dell'attività abusiva non sono sottoposti ai controlli igienici predisposti dalle autorità competenti, pertanto aumenta il rischio che non vengano rispettate le norme sanitarie legate alla sterilizzazione degli strumenti e dell'ambiente di lavoro o che vengano utilizzati materiali scadenti o inappropriati al fine di abbattere i costi.

Il mancato rispetto delle regole di igiene e sterilizzazione può costituire veicolo di infezioni o anche di patologie più gravi come l'epatite B e C e l'HIV, malattie peraltro con un elevato tasso di cronicizzazione. Oltre al danno sociale delle patologie, l'insorgere di infezioni comporta anche un carico economico, che comprende non solo i costi che il SSN deve sostenere per garantire le cure adeguate, ma anche le spese "indirette", dovute ad esempio alle assenze lavorative per malattia.

Come ribadito più volte, inoltre, i dentisti abusivi non emettono fattura: ciò non solo favorisce la concorrenza sleale dell'attività odontoiatrica, ma preclude ai cittadini la possibilità di usufruire degli sgravi fiscali per le prestazioni sanitarie previsti dalla normativa vigente. Inoltre, in caso di problemi o cure inadeguate, in assenza di fattura che certifichi l'intervento effettuato è molto difficile avviare un procedimento legale contro il "falso" professionista.

Se la stima dei costi sociali dell'abusivismo richiederebbe uno studio mirato, comunque di non facile attuazione, le stime relative al numero degli abusivi ed ai compensi sottratti al fisco, consentono di quantificare i costi economici dell'abusivismo in termini di mancati incassi di governo nei diversi segmenti in cui questo incide.

Dall'analisi degli studi di settore è infatti emerso che ciascun dentista percepisce in media un reddito imponibile annuo di 49 mila euro. Escludendo la presenza di eventuali deduzioni e/o detrazioni fiscali e applicando al reddito medio imponibile gli scaglioni progressivi

d'imposta previsti dall'imposizione IRPEF, l'importo che ciascun professionista deve al fisco ammonta mediamente a 15.000 euro (stime Eures).

Si stima dunque che i dentisti abusivi residenti in Italia annualmente sottraggano al fisco circa 74,7 milioni di euro a fronte dei 600 milioni di euro complessivamente incassati. Tale stima salirebbe a 97 milioni di euro laddove gli scaglioni considerati prevedano di partire da una base imponibile dichiarata di 24 mila euro (pari cioè a quella indicata dal Ministero delle Finanze per le imprese odontotecniche), escludendo cioè il primo e parte del secondo scaglione progressivo.

Tabella 7 – I costi economici dell'abusivismo dentistico – Fatturato non dichiarato al fisco e mancati incassi di Governo

Numero abusivi (in unità equivalenti)	
Stima	**5.000**
Valore Minimo	4.500
Valore Massimo	5.500
Mancati incassi IRPEF (in milioni di €)	
Stima	**74,7 - 97,0**
Valore Minimo	67,3 – 87,3
Valore Massimo	82,2 – 106,7
Fatturato non dichiarato al fisco (in milioni di €)	
Stima	**600,00**

Fonte: Stime Eures Ricerche Economiche e Sociali

Un ulteriore approfondimento relativo ai costi dell'abusivismo riguarda i mancati incassi dell'Ordine professionale; in tal caso, tuttavia, è opportuno parlare di costi "figurativi", poiché i falsi professionisti, non essendo in possesso dei requisiti necessari per ottenere l'iscrizione all'Ordine, non possono in alcun caso ottemperare al pagamento delle quote contributive.

L'appartenenza a un Ordine professionale impone che tutti i cittadini che vogliano esercitare una certa professione per la quale è prevista iscrizione a un albo, debbano accettare le regole e pagare le tariffe d'iscrizione imposte dall'Ordine stesso. Gli abusivi, che per definizione non risultano iscritti ad alcun Ordine professionale, godono tuttavia dei vantaggi di immagine garantiti dall'Ordine stesso, pur non versando alcun contributo in termini monetari e sottraendo spazi di mercato che al contrario potrebbero essere assorbiti da "reali" odontoiatri. Sebbene i danni all'immagine dell'Ordine professionale non siano quantificabili, è tuttavia possibile calcolare il danno all'Ordine professionale considerando gli incassi ottenuti nell'ipotesi in cui tutti gli

esercenti attività abusiva venissero sostituiti da professionisti regolarmente iscritti ad albo professionale, che svolgerebbero a tempo pieno attività odontoiatrica versando regolarmente le quote associative alla Federazione.

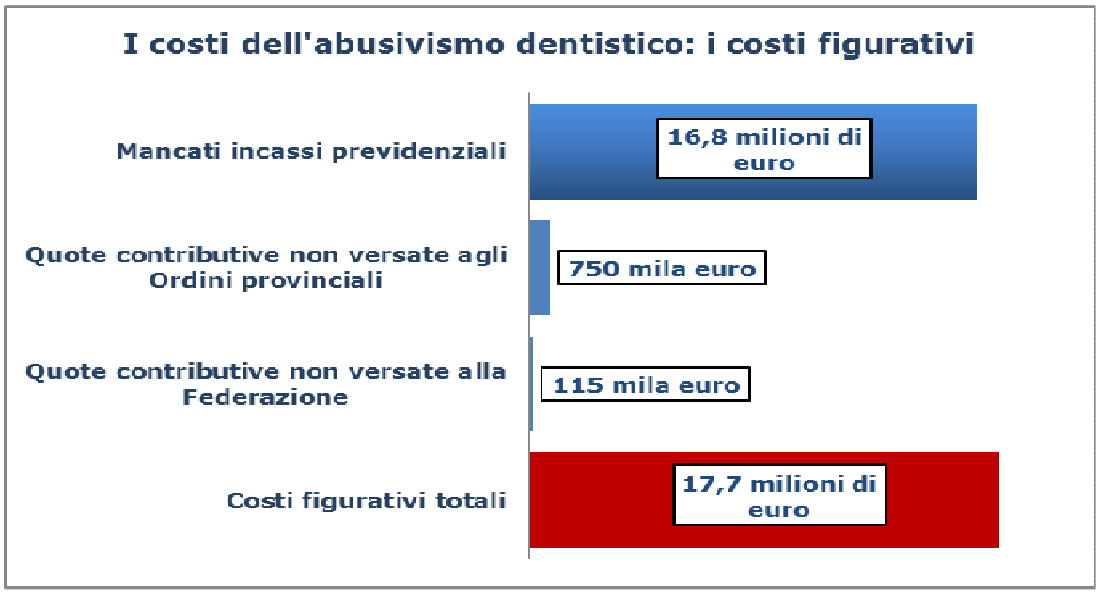
Con riferimento al settore medico, l'iscrizione all'Albo impone il versamento di un contributo annuale all'Ordine provinciale di appartenenza. L'importo è stabilito in autonomia dai singoli Consigli direttivi provinciali, tuttavia tale valore si attesta mediamente a 150 euro (dati Fnomceo). I costi figurativi legati all'abusivismo ammonterebbero dunque a 750 mila euro. Considerando, poi, che ciascun Ordine provinciale versa alla Federazione un contributo pari a 23 euro per ogni iscritto, a tale cifra è necessario sommare ulteriori 115 mila euro.

Infine, i costi economici dell'abusivismo possono essere stimati anche in termini di mancati incassi degli enti previdenziali; i "falsi" professionisti, infatti, non adempiono agli obblighi previdenziali annuali previsti per legge, o comunque non versano contributi all'ENPAM, l'Ente Previdenziale dei Medici Chirurghi e degli Odontoiatri. Considerando che nel 2010 ciascun professionista ha versato mediamente quote contributive per 3.364,76 euro (dati ENPAM), si deduce che le "perdite" in termini previdenziali imputabili all'abusivismo ammontano a circa 16,8 milioni di euro.

Tabella 8 – I costi economici dell'abusivismo dentistico – Costi figurativi correlati alle iscrizioni agli Ordini professionali e ai versamenti previdenziali

Mancati incassi previdenziali (in milioni di €)	
Stima	**16,8**
Valore Minimo	15,1
Valore Massimo	18,5
Quote contributive non versate agli Ordini provinciali (in migliaia di €)	
Stima	**750**
Valore Minimo	675
Valore Massimo	825
Quote contributive non versate alla Federazione (in migliaia di €)	
Stima	**115,0**
Valore Minimo	103,5
Valore Massimo	126,5

Fonte: Stime Eures Ricerche Economiche e Sociali


I costi dell'abusivismo dentistico: i costi figurativi
Mancati incassi previdenziali
16,8 milioni di euro
Quote contributive non versate agli Ordini provinciali
750 mila euro
Quote contributive non versate alla Federazione
115 mila euro
Costi figurativi totali
17,7 milioni di euro

Capitolo 5

Le proposte di revisione dell'articolo 348 del Codice Penale

Vista l'esiguità della pena prevista dall'Articolo 348 del codice Penale, pari ad una multa irrisoria (che prevede importi compresi tra 103 e 516 euro), a fronte dei lauti guadagni dei "falsi dentisti", e soprattutto vista la debolezza di un provvedimento che non costituisce un efficace deterrente per frenare le attività delittuose (che invece possono seriamente danneggiare la salute dei pazienti), sono molte le proposte che sono state inoltrate agli Organi Competenti per revisione l'articolo 348 del Codice penale, rendendo più incisiva la pena prevista.

È apparso quindi opportuno e interessante riassumere in uno schema esemplificativo le principali proposte (molte delle quali contenute nel progetto di legge giacente in Parlamento dal 2008), per migliorare e rendere effettivamente efficace una Legge che, allo stato attuale, non sembra essere adeguata. In particolare gli Ordini Professionali ormai da diversi anni registrano una preoccupante diffusione dell'abusivo esercizio della professione medica e dentistica e tentano di far approvare alcune modifiche all'articolo 348, che determinino un quadro sanzionatorio decisamente più pesante di quello attuale. Le stesse Forze di Polizia deputate alla repressione e al contrasto del fenomeno non trovano nella normativa un valido aiuto, risultando l'effetto deterrente della sanzione del tutto inadeguato al valore del bene (la salute pubblica) che dovrebbe tutelare.

Passando dunque ad elencare le principali proposte segnalate dall'Ordine dei Medici Chirurghi e degli Odontoiatri, le più importanti risultano essere:

- l'immediata confisca dello studio al falso dentista e il sequestro dei beni strumentali;
- il riaffido degli stessi ad organizzazioni che operino nel volontariato odontoiatrico, da cui la reale possibilità di prestare cure di odontoiatria sociale e di inserire molti giovani nella professione;

- l'innalzamento della multa a valori compresi tra diecimila e cinquantamila euro per chi esercita abusivamente la professione, in luogo dei 103-519 euro attuali,
- l'allungamento dei termini dell'arresto (attualmente è previsto l'arresto fino a 6 mesi);
- la reclusione fino a 18 anni in caso la condotta abusiva portasse alla morte di un paziente;
- la sanzione diretta anche per i prestanome, attualmente giudicati soltanto per concorso con l'abusivo;
- la tracciabilità delle vendite dei macchinari specifici per l'esercizio della professione, in modo che possano essere realizzate soltanto dagli iscritti all'Albo;
- la riconoscibilità del professionista attraverso un tesserino di identificazione (recante l'attestazione dell'iscrizione all'Albo);
- una più stretta collaborazione tra l'Ordine e le Autorità Giudiziarie territoriali (Procure della Repubblica), attraverso un continuo flusso di informazioni che consenta agli Ordini Professionali di poter esercitare il proprio potere disciplinare nei confronti degli iscritti sulla base delle azioni penali e delle eventuali sentenze definitive emesse a carico degli iscritti agli Albi (in applicazione analogica con quanto disposto dall'art. 129 comma 3 bis Dispo. Att. C.P.P. per pubblici impiegati e soggetti religiosi).