

Cattedra di Economia e Gestione delle Imprese

RELATORE

CANDIDATO

Anno Accademico

INDICE

INTRODUZIONE	3
CAPITOLO I - IL PANORAMA DEL SETTORE ODONTOIATRICO IN ITALIA	5
1.1. IL RICORSO ALLE CURE.....	5
1.2. ANALISI DI PORTER.....	7
1.3. I CAMBIAMENTI DEL SETTORE IN SEGUITO ALLA CRISI PANDEMICA SARS COV-2	11
1.3.1. <i>La gestione dello studio odontoiatrico, indicazioni ministeriali</i>	<i>12</i>
1.3.1.1. <i>Triage telefonico e accoglienza del paziente.....</i>	<i>13</i>
1.3.1.2. <i>Ingresso del paziente e fase di cura.....</i>	<i>14</i>
1.3.1.3. <i>Dimissione del paziente e sanificazione dell'ambiente.....</i>	<i>14</i>
1.3.2. <i>Le conseguenze economiche della pandemia sul mercato odontoiatrico</i>	<i>15</i>
1.4. DECRETO BERSANI (N.223/2006).....	16
1.5. LEGGE BOLDI (N. 145/2018).....	17
CAPITOLO II – L’OFFERTA DEL SETTORE ODONTOIATRICO.....	19
2.1. ODONTOIATRIA PRIVATA	19
2.2. ODONTOIATRIA PUBBLICA	21
2.3. ODONTOIATRIA DI CAPITALE	22
2.3.1. <i>I modelli di business dell’odontoiatria di capitale</i>	<i>23</i>
2.3.2. <i>Il marketing odontoiatrico e il marketing low-cost</i>	<i>26</i>
2.3.3. <i>I pro e i contro delle catene dentali.....</i>	<i>27</i>
2.4. LE ALTRE FORME DI AGGREGAZIONE TRA DENTISTI DI NATURA PERSONALE.....	29
2.4.1. <i>Il contratto di rete.....</i>	<i>29</i>
2.4.2. <i>Il condominio professionale</i>	<i>30</i>
CAPITOLO III – STUDIO CONVENZIONATO CON SSN E CATENA DENTALE: QUALE SCEGLIERE?.....	32
3.1. INTRODUZIONE	32
3.2. LO STUDIO MEDICO SPECIALISTICO GRELLA	32
3.3. DENTALCOOP.....	34
3.4. CONFRONTO TRA LE DIVERSE METODOLOGIE DI ACQUISIZIONE DEL PAZIENTE	35
3.5. GLI STRUMENTI DI COMUNICAZIONE DI DENTALCOOP	36
3.6. I DIFFERENTI CRITERI DI FISSAZIONE DELLE PARCELLE	39
CONCLUSIONE	41
BIBLIOGRAFIA.....	42

INTRODUZIONE

Il mondo del marketing e della gestione aziendale mi ha sempre affascinato particolarmente, ero incuriosita dalle strategie e dagli studi mirati a promuovere un prodotto o un servizio in modo efficace e dalle tecniche di analisi del mercato.

D'altra parte, il mondo dell'odontoiatria ha da sempre fatto parte della mia vita in quanto da generazioni la mia famiglia ha uno studio odontoiatrico e andando avanti con il mio percorso di studi ho potuto constatare come queste due realtà non fossero poi così lontane tra loro.

L'obiettivo della mia tesi è analizzare le diverse modalità organizzative attraverso le quali può essere esercitata l'attività odontoiatrica e le differenti modalità di approccio al paziente.

Il primo capitolo è uno studio del settore odontoiatrico italiano dal punto di vista economico, in termini di ricorso alle cure e competitività del mercato.

L'analisi di Porter è stata particolarmente d'aiuto per conoscere ed esaminare l'intensità della concorrenza del mercato, la quale risulta essere particolarmente elevata.

Inoltre, saranno analizzati i cambiamenti in termini di organizzazione e gestione delle strutture odontoiatriche avvenuti in seguito alla crisi pandemica SARS-COV 2; i centri odontoiatrici, infatti, hanno dovuto "reiventarsi" per poter ritornare ad operare in totale sicurezza.

In seguito, verranno analizzati il Decreto Bersani e la Legge Boldi, entrambe le normative hanno infatti portato cambiamenti significativi nel settore, in particolar modo per le catene odontoiatriche: il Decreto Bersani è indirizzato principalmente alla promozione della concorrenza del mercato mentre la Legge Boldi introduce nuovi limiti alla possibilità di svolgere pubblicità sanitaria, motivo per il quale le catene odontoiatriche hanno sempre espresso il loro disappunto nei confronti di tale normativa.

Nel secondo capitolo, invece, saranno esaminate le diverse modalità organizzative attraverso le quali è possibile effettuare prestazioni odontoiatriche.

Il settore odontoiatrico infatti è composto da tre macro-aree: odontoiatria privata, odontoiatria pubblica e odontoiatria di capitale, ognuna delle quali, a sua volta, è divisa in altre micro-aree.

In merito all'odontoiatria di capitale, verranno analizzati i pro e i contro delle catene dentali nonché i differenti modelli di business da loro adottati.

Dopo aver analizzato le differenti modalità di erogazione delle prestazioni odontoiatriche verrà introdotto il concetto di "marketing odontoiatrico", elemento indispensabile per poter acquisire nuovi pazienti e aumentare i profitti.

Infine, saranno presentate due ulteriori forme di aggregazione tra dentisti di natura personale: il contratto di rete e il condominio professionale.

Dopo aver esaminato teoricamente le diverse realtà del mondo odontoiatrico, il terzo capitolo vede un confronto diretto tra due strutture opposte: uno studio dentistico tradizionale che segue un modello di business territoriale ed una catena Dentale che segue un modello di business low-cost.

Più nello specifico, verranno paragonate le diverse metodologie di acquisizione dei pazienti e i differenti criteri di fissazione delle parcelle al fine di comprendere quali siano i punti di forza e debolezza di entrambi. L'obiettivo principale di tale elaborato dunque è far capire come il mondo della gestione e del marketing sia facilmente applicabile e presente in qualunque realtà seppur essa sembri lontana, come in questo caso per il mercato odontoiatrico.

Capitolo I - Il panorama del settore odontoiatrico in Italia

1.1. Il ricorso alle cure

Nel corso degli ultimi anni si è riscontrato che sempre meno persone ricorrono alle cure odontoiatriche presso una struttura pubblica, preferendo ad essa una struttura privata convenzionata o un libero professionista.

Ciò che emerge dalla revisione dei dati ISTAT del 2018 è che gran parte di assicurazioni e fondi integrativi non copre l'assistenza odontoiatrica presso una struttura pubblica e dunque chi ha bisogno di cure si rivolge a strutture private convenzionate e/o a liberi professionisti, talvolta, senza la possibilità di usufruire di alcun rimborso.

La conseguenza principale della mancata assistenza odontoiatrica è che nella maggior parte dei casi i pazienti sono costretti a rimandare o addirittura rinunciare alle cure.

Inoltre, un altro aspetto di non poco conto che influisce sulla scelta dei pazienti a rivolgersi a strutture private e non pubbliche è da riscontrarsi in motivazioni puramente di carattere psicologico, in quanto una delle caratteristiche principali della struttura pubblica è la mancanza di un rapporto medico-paziente costante nel tempo. Infatti, raramente accade che, recandosi più volte in una struttura pubblica, si venga affidati allo stesso specialista nel corso delle terapie, aspetto che invece è prevalente in uno studio di un libero professionista.

A fine ottobre 2017 l'ISTAT ha fornito, in occasione del rapporto sulle condizioni di salute e ricorso ai servizi sanitari in Italia e nell'Unione europea, una tabella riferita alle cure di dentisti, ortodontisti e igienisti dentali relativamente a 100 persone con le stesse caratteristiche, differenziandole per fascia d'età (15 anni e più e 65 anni e più), per Regione e per tipologia di struttura alla quale si sono rivolti: pubblica da un lato e privata convenzionata o studio di un libero professionista dall'altro; evidenziando anche le percentuali di chi ha dovuto pagare prevalentemente per intero, senza rimborsi dell'assicurazione.

Osservando i dati è possibile notare come soltanto l'11,7% della popolazione di età superiore ai 15 anni si sia rivolta ad una struttura pubblica, a fronte di un 86,9% che si è rivolta ad una struttura privata o ad un libero professionista; di questi, l'80% ha pagato senza ricevere alcun tipo di rimborso.

Per quanto riguarda la fascia d'età degli over 65 la situazione non sembra essere molto differente: solo il 9,5% ha usufruito di prestazioni mediche presso una struttura pubblica, mentre l'88,8% si è rivolto ad una struttura convenzionata o a liberi professionisti e l'81,6% non ha ricevuto rimborsi dall'assicurazione.

Analizzando la tabella dal punto di vista geografico, invece, è possibile riscontrare come a Bolzano e a Trento abbiano beneficiato prettamente del servizio pubblico (rispettivamente 27,7% e 19,5%) mentre si sono rivolti ad una struttura privata convenzionata o studio di un libero professionista in due Regioni in particolare: Valle d'Aosta per il 96,5% e Basilicata per il 94,2% (di cui per quest'ultima il 97,3% è rappresentato da pazienti con più di 65 anni).

Coloro che hanno dovuto pagare la cura per intero, infine, rappresentano l'88,7% della popolazione della Valle d'Aosta e l'86,8% della popolazione abruzzese.

Figura 1 – Persone di 15 anni e più e 65 anni e più che hanno fatto ricorso al dentista per struttura, pagamento, rimborso e Regione (per 100 persone con le stesse caratteristiche)

REGIONI	Tipo di struttura prevalente		Ha pagato prevalentemente per intero (senza rimborsi dell'assicurazione)	Tipo di struttura prevalente		Ha pagato prevalentemente per intero (senza rimborsi dell'assicurazione)
	Pubblica	Privata convenzionata o studio di un libero professionista		Pubblica (a)	Privata convenzionata o studio di un libero professionista	
	15 ANNI E PIÙ			65 ANNI E PIÙ		
Piemonte	8,0	91,2	80,2	-	92,9	80,4
Valle d'Aosta	3,5	96,5	88,7	-	95,6	82,7
Liguria	6,3	92,7	78,4	-	93,1	78,5
Lombardia	14,5	84,3	77,3	-	84,5	77,9
Trentino - Alto Adige	19,4	77,9	81,4	-	77,3	86,9
Bolzano	27,7	68,3	80,0	-	67,7	83,6
Trento	10,7	87,9	82,8	-	86,4	90,1
Veneto	11,3	87,8	81,8	-	90,4	84,2
Friuli-Venezia Giulia	12,4	86,5	80,2	-	89,7	80,3
Emilia-Romagna	9,2	89,7	82,8	-	94,2	91,0
Toscana	10,2	88,8	80,9	-	89,1	88,1
Umbria	5,9	93,2	84,4	-	93,9	90,1
Marche	9,0	89,8	79,7	-	84,6	75,1
Lazio	12,5	86,0	77,2	-	90,7	76,3
Abruzzo	8,7	88,2	86,8	-	85,1	79,9
Molise	9,0	91,0	83,0	-	88,7	84,9
Campania	10,3	86,5	80,9	-	89,2	81,2
Puglia	10,8	87,4	82,1	-	91,3	80,2
Basilicata	4,8	94,2	83,6	-	97,3	77,5
Calabria	9,1	89,7	84,7	-	87,1	88,3
Sicilia	18,5	79,3	75,3	-	84,3	81,5
Sardegna	14,2	83,5	80,9	-	85,7	76,0
RIPARTIZIONI GEOGRAFICHE						
Nord-ovest	11,9	87,1	78,3	10,6	87,9	78,6
Nord-est	11,4	87,4	82,0	7,5	90,6	86,5
Centro	10,7	88,0	79,4	9,9	89,4	81,5
Sud	9,8	87,9	82,7	6,9	89,4	81,6
Isole	17,4	80,4	76,8	13,9	84,7	80,2
GRADO DI URBANIZZAZIONE						
Area densamente pop	12,2	86,3	76,4	9,1	89,7	80,7
Area mediamente pop	12,0	86,5	80,6	10,1	87,5	80,2
Area scarsamente pop	10,6	88,1	83,1	8,8	89,7	85,5
Italia	11,7	86,9	80,0	9,5	88,8	81,6

Fonte: ISTAT 2017

Da questi dati è facilmente intuibile che non tutte le tipologie di pazienti hanno uguale accesso alle cure odontoiatriche.

L'indicatore più corretto per analizzare tali disuguaglianze è il ricorso alle cure, calcolato come il rapporto tra il numero di persone di tre anni ed oltre che negli ultimi di 12 mesi hanno fatto ricorso ad un odontoiatra e il numero totale della popolazione di tre anni ed oltre.

Tale indicatore può variare notevolmente in base all'età e allo status socio-economico del paziente ed è significativamente rilevante in quanto viene presa in considerazione qualsiasi tipologia di struttura alla quale decidono di rivolgersi i pazienti che sia essa pubblica, privata o convenzionata, proprio per evidenziare le differenti scelte degli stessi in base all'accesso che gli viene consentito.

Lo studio del ricorso alle cure è essenziale per capire se, in una data area geografica, è necessario intervenire tramite politiche sociali adatte, volte ad incoraggiare gruppi di popolazione a ricorrere ai servizi per la salute dell'igiene orale.

Dal punto di vista normativo il DPCM del 29 novembre del 2011 ha istituito i Livelli Essenziali di Assistenza (LEA), per i quali è stato definito che il Servizio Sanitario Nazionale ha l'obbligo di garantire a tutta la popolazione e a titolo gratuito i servizi per il trattamento immediato delle urgenze odontostomatologiche e per la diagnosi precoce di patologie neoplastiche del cavo orale.

Proprio per ridurre le disuguaglianze sopra citate, la stessa normativa include l'accesso ad ulteriori trattamenti, a titolo gratuito, per alcune particolari tipologie di popolazione svantaggiata che presentano particolari situazioni di vulnerabilità sanitaria e sociale e per la popolazione in età evolutiva (0-14 anni).

1.2. Analisi di Porter

Per poter analizzare a fondo il settore odontoiatrico è indispensabile effettuare un'analisi di Porter.

Il modello delle cinque forze di Porter è uno strumento di analisi utilizzato dalle imprese per valutare la propria posizione competitiva nel mercato di riferimento e, di conseguenza, l'intensità della concorrenza. Esso si basa sull'analisi di cinque attori fondamentali:

- Fornitori
- Clienti
- Potenziali entranti
- Produttori di beni sostitutivi
- Concorrenti diretti

Tali soggetti, con le loro azioni, sono in grado di erodere i profitti delle imprese sottraendo loro clienti, quote di mercato, risorse, know how e opportunità di crescita.

Per quanto concerne il settore odontoiatrico è importante definire alcune caratteristiche:

- a) *Fornitori*: per essi si intendono depositi dentali, odontotecnici, laboratori, fornitori di attrezzature e materiali e consulenti. Per valutare il loro potere contrattuale è importante considerare alcune variabili

quali: numero di fornitori presenti sul mercato e dimensione media degli stessi; qualità del bene che offrono; trasparenza del mercato; costi di riconversione.

La pressione che i fornitori possono esercitare sullo studio odontoiatrico è tanto maggiore quanto più è elevata la loro dimensione.

Nel mercato odontoiatrico, i fornitori vengono considerati come possibile minaccia per due motivazioni:

1. **Conflitto d'interessi:** è fondamentale ricordare che ciò che per lo studio rappresenta un costo al momento dell'acquisto, per il fornitore rappresenta, al contrario, un guadagno. Per questo motivo, se un fornitore ha un'elevata forza contrattuale difficilmente l'impresa odontoiatrica potrà sottrarsi all'acquisto di un bene ad un costo particolarmente elevato;
2. **Integrazione a valle del fornitore:** ciò accade quando i fornitori, in modo indiretto, tramite i profitti generati dalle vendite, realizzano delle strutture che entrano in competizione diretta con lo studio odontoiatrico.

In questo modo i fornitori arrivano direttamente al cliente finale, vendendo a quest'ultimo lo stesso prodotto che gli avrebbe venduto lo studio odontoiatrico, sostituendosi dunque ad esso.

b) Clienti: anche questa categoria di attori può concorrere a ledere i profitti dell'impresa odontoiatrica, principalmente tramite due atteggiamenti:

1. Tendendo a risparmiare;
2. Condizionando in senso negativo l'immagine dello studio, il che potrebbe provocare una riduzione dei possibili profitti.

Il secondo atteggiamento risulta essere particolarmente rilevante poiché ottenere un'immagine positiva dello studio è condizione necessaria per costruire una buona reputazione dello stesso.

D'altra parte, la capacità dei pazienti di influenzare la competitività dello studio è conseguenza diretta della riduzione dell'asimmetria informativa che vi è tra i due soggetti.

L'asimmetria informativa è l'elemento dominante della relazione esistente tra il medico e il paziente e da essa traggono origine i concetti di etica, deontologia, diritto e marketing legati alla professione odontoiatrica.

Dal punto di vista medico, l'asimmetria informativa diventa doppia, in quanto da un lato il paziente ha un bisogno, ovvero risolvere un problema di cui non conosce la soluzione; dall'altro il medico possiede la possibile soluzione, tramite le terapie, ma non conosce l'effettivo bisogno del paziente.

Per queste motivazioni, quindi, diventa di fondamentale importanza una corretta prima visita, mirata a far acquisire ad entrambe le controparti le informazioni di cui necessitano.

È da queste differenti conoscenze che nasce la necessità di un rapporto fiduciario tra paziente e medico.

Un ulteriore elemento da considerare nell'analisi dei clienti è che, talvolta, questi ultimi operano un'integrazione a monte cooperando con altre organizzazioni (tramite convenzioni o terzo pagante) per la contrattazione economica, nonché per il pagamento della prestazione ricevuta.

Questa casistica è particolarmente rilevante nel caso di studi convenzionati con il SSN, in quanto può diventare sia un'opportunità di crescita sia un rischio per lo studio, il quale si potrebbe ritrovare a dover contrattare con un cliente direzionale di grandi dimensioni o un unico cliente, il cui potere contrattuale può essere decisamente maggiore rispetto a quello dello studio odontoiatrico.

Al contempo, è importante ricordare che per quanto i pazienti possano esercitare potere contrattuale nei confronti dello studio, al giorno d'oggi, la clientela è talmente frammentata da non essere un elemento di analisi fondamentale per l'impresa odontoiatrica nell'ambito di valutazione del vantaggio competitivo.

c) *Potenziali entranti*: per essi si intendono tutti i potenziali concorrenti diretti che pur non facendo parte dell'area competitiva a causa dell'esistenza di barriere all'entrata, sono in grado di influenzare la produttività degli studi già esercenti nel mercato.

Essi possono rappresentare una minaccia per le imprese che già fanno parte del mercato poiché queste ultime, per scoraggiarne l'entrata o impedirgliela del tutto, mettono in atto strategie che portano, talvolta, a sostenere costi particolarmente elevati.

Per barriere all'entrata si intendono tutti quei fattori che ostacolano l'entrata di un'impresa nel mercato. Esistono tre tipologie di barriere all'entrata:

1. Barriere istituzionali: sono barriere esogene al mercato e determinate dalla legge;
2. Barriere strutturali: sono interne al mercato, ovvero derivano da elementi che sono parte integrante del settore stesso;
3. Barriere strategiche: hanno origine da azioni e comportamenti messi in atto dagli incumbents per scoraggiare e/o impedire l'entrata dei potenziali concorrenti.

Nel settore odontoiatrico, le barriere all'entrata più evidenti sono il possesso di una laurea abilitante e la disponibilità di capitale sufficiente per avviare uno studio dentistico a norma con le disposizioni vigenti, mentre i potenziali entranti più comuni da dover fronteggiare sono i policlinici o le strutture convenzionate.

d) *Produttori di beni sostitutivi*: in questa categoria di attori rientrano tutti coloro che sono in grado di soddisfare lo stesso bisogno ma con tecnologie e ambito merceologico differente.

Dal punto di vista odontoiatrico si possono distinguere due categorie di produttori di beni sostitutivi: coloro che operano nel mercato legalmente e coloro che, invece, operano in modo illegale.

Nella prima categoria rientrano facilmente le catene dentali low-cost e il così detto turismo dentale, i quali offrono la stessa tipologia di servizio di uno studio privato, ma con modalità e modello di business

differente. Un ulteriore esempio è quello delle farmacie, le quali vendono prodotti per lo sbiancamento e bite, sostituendosi all'operato del dentista.

Nella seconda categoria di produttori, invece, rientrano tutti coloro che operano in modo abusivo, offrendo ai pazienti un sottoprodotto di ciò che viene offerto dagli odontoiatri.

e) *Concorrenti diretti*: analizzando le azioni dei quattro soggetti sopra citati (potenziali entranti, clienti, produttori sostitutivi e fornitori) è possibile definire l'intensità della concorrenza nel mercato di riferimento.

Tuttavia, nel settore odontoiatrico non possono essere considerati concorrenti diretti tutti i dentisti o imprese odontoiatriche, bensì unicamente coloro che agiscono per lo stesso mercato target, attraverso le stesse tecnologie e con lo stesso modello di business.

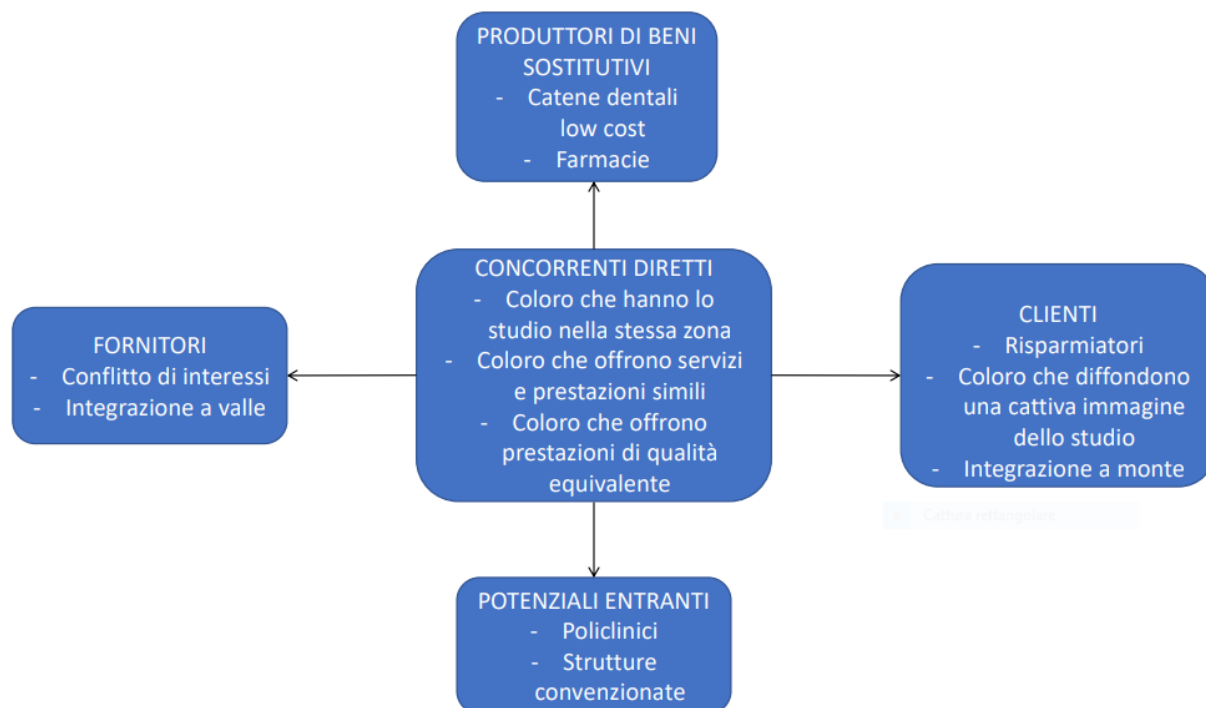
Pertanto, saranno concorrenti diretti:

1. Coloro che hanno lo studio odontoiatrico nella stessa zona o città;
2. Coloro che offrono servizi o prestazioni simili;
3. Coloro che offrono prestazioni di qualità equivalente.

Sulla base di queste definizioni, si potrebbe affermare che uno studio odontoiatrico privato di alta qualità non può considerare come suo concorrente diretto uno studio dentistico che pratica il low-cost, a meno che quest'ultimo non pratichi nella stessa area.

Al contrario, ritornando al concetto di integrazione a valle dei fornitori, si può affermare che quando ciò accade il fornitore diventa concorrente diretto dello studio, che inconsapevolmente si ritrova a finanziarlo.

Figura 2 – Analisi di Porter



Fonte: propria elaborazione

1.3. I cambiamenti del settore in seguito alla crisi pandemica SARS COV-2

La recente crisi pandemica SARS-COV 2 ha fortemente cambiato il panorama del settore odontoiatrico, non soltanto dal punto di vista economico, in quanto gli studi sono stati costretti a chiudere durante il periodo di lockdown operando unicamente per le urgenze, ma soprattutto dal punto di vista gestionale, poiché vincolati a seguire un iter specifico nella gestione del paziente prima durante e dopo la visita odontoiatrica, mirato a contenere e ridurre il rischio di contagio.

Le procedure operative e post operative sono indirizzate a tutti gli studi odontoiatrici e devono essere ben note e seguite da tutti coloro che vi operano, pazienti inclusi.

Aspetto particolarmente rilevante è che spesso ambienti come lo studio dentistico vengono percepiti come luoghi ad alto rischio di contagio e di conseguenza le cure tendono a calare in un periodo in cui prevale la paura e il timore di contrarre il virus.

In questo periodo di crisi, infatti, la capacità produttiva del settore odontoiatrico risulta essere particolarmente ridotta, soprattutto perché ostacolata da due forze opposte: da un lato la riduzione di capacità di spesa dei pazienti, dall'altro un aumento ragionevole dei prezzi delle prestazioni.

Key-Stone, un noto network di consulenza, ricerche di mercato, marketing e comunicazione specializzato nel settore dentale, ha effettuato una ricerca nel mese di ottobre 2020 sulle previsioni di tendenza dei titolari di studi dentistici.

L'indagine è stata svolta su un campione rappresentativo di studi e ciò che ne è emerso è che soltanto il 18% degli intervistati prevede un possibile aumento delle prestazioni odontoiatriche, mentre il 79% segnala una

riduzione del fatturato nei primi nove mesi dell'anno, il 74% prevede un calo negli ultimi mesi del 2020 e il 46% prevede, invece, un calo per il 2021.

Figura 3 – Previsioni di tendenza dei titolari di studio dentistico



Fonte: Dental Tribune

1.3.1. La gestione dello studio odontoiatrico, indicazioni ministeriali

Dall'inizio della diffusione del virus Covid-19 gli studi e gli ambulatori odontoiatrici sono stati forniti di molteplici documenti istituzionali nazionali ed internazionali, volti a illustrare le procedure da adottare e le misure di controllo necessarie per evitare la diffusione del contagio.

Il 19 ottobre 2020 l'ECDC (European Centre for Disease Prevention and Control), un'agenzia indipendente dell'Unione Europea particolarmente coinvolta nella lotta alle malattie infettive, ha stilato un rapporto operativo rivolto a tutti gli operatori sanitari che operano negli ambulatori odontoiatrici, di medicina generale e nelle farmacie, mirato a fornire una guida pratica della gestione dello studio e delle relative fasi di cura dei pazienti.

In particolare, lo studio deve essere dotato di tutti i dispositivi necessari per mantenere il distanziamento fisico di minimo 1,5 metri, come la cartellonistica e la segnaletica a pavimento, i pannelli in vetro o materiale plastico, per evitare il contatto tra i pazienti in sala d'attesa che devono essere preventivamente e correttamente informati sulle nuove modalità di accesso e di esecuzione delle prestazioni sanitarie.

L'adozione di tutte le procedure operative comporta, però, un onere finanziario notevole ma essenziale per garantire ai pazienti e al personale un ambiente sicuro e tutelato.

Più nello specifico, risultano essere aumentati sia gli investimenti pluriennali, destinati alla riorganizzazione dello studio, ai sistemi di areazione e sterilizzazione e ai corsi di formazione del personale, sia gli investimenti nel capitale circolante destinati all'acquisto periodico dei dispositivi di protezione individuale (DPI).

Infatti, durante tutte le prestazioni, l'intera equipe odontoiatrica dovrà indossare gli stessi DPI quali: mascherine FFP2 o FFP3, schermi facciali e occhiali protettivi, camici monouso, cuffie, calzature e guanti.

Questo perché ogni paziente potrebbe essere considerato un potenziale portatore di malattia infettiva trasmissibile.

1.3.1.1. Triage telefonico e accoglienza del paziente.

L'adozione della prenotazione della visita da remoto è stata introdotta per evitare il più possibile i contatti tra i pazienti. Le visite, infatti, devono essere programmate in modo tale da evitare assembramenti in sala d'attesa causati da sovrapposizioni di orari e ciò ha provocato un'inevitabile dilatazione dei tempi delle prestazioni.

Il triage telefonico consiste nella richiesta da parte della segreteria di domande mirate principalmente a capire se, nei 14 giorni precedenti alla visita, il paziente è risultato positivo o è stato a contatto con persone affette da COVID-19, tentando, in questo modo, di ridurre il rischio di contagio.

Se l'esito del triage telefonico è negativo, il paziente potrà quindi accedere alle cure odontoiatriche.

Un ulteriore aspetto da non tralasciare nel cambiamento degli asset organizzativi dello studio è che ai pazienti, se non in casistiche strettamente necessarie, non è consentito essere accompagnati da amici o parenti.

Nel caso in cui fosse necessaria la presenza di un accompagnatore, quest'ultimo dovrà sottoporsi al triage di domande nelle stesse modalità del paziente, sempre in vista della salvaguardia della loro salute.

In merito alla gestione interna della segreteria anch'essa risulta essere fortemente cambiata in seguito alla pandemia: l'area della segreteria deve essere frequentemente areata e tutti i presenti sono obbligati ad indossare la mascherina e in sala d'attesa non sono più ammesse riviste, giornali, penne e tutto ciò che non è facilmente sanificabile con disinfettanti contenenti alcool 65° o ipoclorito 1%.

Invece, riguardo ai cambiamenti circa le fasi operative di accoglienza del paziente: al momento del suo ingresso in sala quest'ultimo deve obbligatoriamente sottoporsi alla rilevazione della temperatura e sanificazione delle mani ed inoltre gli viene fornita una busta monouso per depositare i propri effetti personali prima di sottoporsi alle cure; laddove possibile, dovrebbe essere fornita ai pazienti un'area di uscita diversa da quella di entrata, segnalata da apposite tabelle e avvisi facilmente visibili.

1.3.1.2. Ingresso del paziente e fase di cura

Per quanto riguarda le successive fasi di ingresso e cura del paziente, il centro ANDI ha previsto una dettagliata linea guida¹ per medici, pazienti e collaboratori.

Lo studio operativo deve essere sanificato sia prima che dopo l'arrivo di ogni paziente ed è consigliato di preparare tutto il necessario per la cura per evitare ulteriori prolungamenti delle tempistiche.

Una volta che il paziente è entrato nella sala operativa verrà invitato a seguire le procedure di lavaggio delle mani o disinfezione con soluzione idroalcolica e, una volta accomodato in poltrona, a procedere con uno sciacquo per 30 secondi con una soluzione all'1% di Perossido di idrogeno o con Iodo-povidone 0,2% in modo da disinfettare la zona su cui operare.

Gli operatori devono indossare, oltre a mascherine FFP2 o FFP3, guanti e camice idrorepellente a manica lunga, anche degli opportuni schermi o visiere che siano in grado di proteggere il viso da schizzi o droplet, che potrebbero essere veicoli di trasmissione del virus.

È consentito indossare mascherine chirurgiche, ma è in ogni caso raccomandato l'utilizzo di respiratori FFP2/3 in alcuni casi particolari quali:

- Procedure con generazione di aerosol.
- Pazienti che mostrano sintomi simili a quelli da Covid-19, ma che rappresentano urgenze e dunque non sono rinviabili.
- Pazienti che convivono con un possibile o confermato caso di Covid-19.

Per l'utilizzo di questi dispositivi il Dlgs. N 81/2008² prevede un addestramento per l'utilizzo, indossamento e rimozione degli stessi.

1.3.1.3. Dimissione del paziente e sanificazione dell'ambiente

Una volta che la cura odontoiatrica è terminata il paziente può tornare nell'area segreteria, indossando la mascherina e disinfettando le mani prima di arrivare alla reception.

Per quanto riguarda i pagamenti è raccomandato l'utilizzo di mezzi elettronici a scapito dei contanti e la disinfezione dei POS con soluzioni alcoliche o in ogni caso la loro protezione con pellicole monouso.

Infine, da protocollo, operatori e collaboratori dovranno procedere con l'ultima fase di sanificazione dell'ambiente. In particolare, dovranno essere sanificati occhiali e visiere con una soluzione alcolica al 70% e tutti gli strumenti necessari per la sessione di lavoro successiva dovranno essere sterilizzati e nuovamente posizionati; dovranno essere disinfettate tutte le superfici, nonché tutte le attrezzature presenti intorno al riunito odontoiatrico e, se necessario, dovranno essere cambiati i DPI consumati o contaminati.

¹ ANDI (2020) *Indicazione operative per l'attività odontoiatrica durante la fase 2 della pandemia COVID-19*

https://www.salute.gov.it/imgs/C_17_pubblicazioni_2917_allegato.pdf

² Dlgs. 09 aprile 2008, N.81/2008 Titolo III – “Uso delle attrezzature di lavoro e dei dispositivi di protezione individuale” - Capo II – “Uso dei dispositivi di protezione individuale”

Una procedura del tutto diversa è dedicata alla disinfezione delle impronte, in quanto lo scambio di manufatti e la rilevazione di impronte possono essere facilmente trasmettitori dell'infezione per contatto con materiale infetto.

Dunque, prima di inviare il materiale al laboratorio odontotecnico, lo studio dovrà procedere a lavare la protesi o l'impronta subito dopo la rimozione e sterilizzare gli strumenti come metalli e ceramiche in autoclave; in seguito, tutto il materiale deve essere inserito in un sacchetto sigillato e dovrà essere segnalato il pericolo di contagio, specificando le procedure di disinfezione che sono state svolte.

Una volta che il materiale è arrivato in laboratorio dovrà essere nuovamente disinfettato.

Ciò che si può facilmente intuire analizzando i rigidi protocolli di sicurezza e riorganizzazione degli studi odontoiatrici è che il centro ANDI si sta impegnando per ridurre il rischio di contagio cercando di rendere, al contempo, lo studio odontoiatrico un luogo in cui non solo i pazienti, ma anche i medici, possano sentirsi al sicuro.

1.3.2. Le conseguenze economiche della pandemia sul mercato odontoiatrico

Dal punto di vista economico, dopo una prima fase in cui gli studi sono stati chiusi operando unicamente per visite urgenti su appuntamento, sembrerebbe che siano ritornati a lavorare nella norma.

Anche se apparentemente l'ambiente odontoiatrico potrebbe portare i pazienti a rimandare le cure per paura di contrarre il virus, ciò che emerge da un'analisi di Key-stone svoltasi ad ottobre del 2020 è che soltanto il 25% degli adulti intervistati hanno affermato di voler rimandare le cure il più possibile o, addirittura, rinunciarvi, mentre il 75% degli stessi dichiara di voler andare dal dentista nel momento del bisogno. Questo perché le cure odontoiatriche sono percepite come indispensabili dal contesto sociale ed evidentemente, in seguito all'introduzione di adeguati protocolli mirati a contenere il contagio, i pazienti si sentono al sicuro.

Il 19 novembre 2020 il centro studi ANDI (Associazione Nazionale Dentisti Italiani) ha condotto un'analisi congiunturale³ mirata a definire l'impatto del COVID-19 sul settore odontoiatrico e quantificare la relativa spesa odontoiatrica.

I dati ISTAT rilevano che la spesa totale relativa al 2018 e al 2019 è stata rispettivamente pari a 8,5 miliardi e 8,0 miliardi di euro.

Per analizzare i cambiamenti economici del settore in seguito alla pandemia, il centro ANDI si è avvalso dell'utilizzo di due strumenti:

1. Il primo fa dipendere la spesa odontoiatrica dal **PIL**, dal **reddito delle famiglie** e da **terzi fattori** quali la fiducia della popolazione nel sottoporsi alle cure. Attraverso questo modello di analisi si è giunti alla conclusione che nel 2020 la spesa odontoiatrica sarebbe diminuita circa del 13% rispetto al 2019,

³ ANDI (2020) *L'impatto Covid-19 sulla Odontoiatria: l'analisi Congiunturale 2020 del Centro Studi ANDI*

<https://www.andi.it/limpatto-covid-19-sulla-odontoiatria-lanalisi-congiunturale-2020-del-centro-studi-andi/>

ma che potrebbe aumentare circa del 9% nel 2021. Considerando, invece, unicamente il biennio 2019-2020 apparirebbe diminuita del -17%.

2. Il secondo strumento, invece, si attiene ai risultati di un **sondaggio** realizzato nel mese di ottobre su un campione di 1.888 dentisti divisi per età, genere e area geografica con un margine di errore pari a 0,02 e un intervallo di confidenza del 95% (per stime pari a 0,05).

L'esito del sondaggio mostra che gli incassi sono diminuiti del -16,3%, gli accessi e le visite del -11,4% e le cure e i trattamenti del -13%.

Un'ulteriore analisi più specifica dimostra che la principale causa del calo degli incassi dei dentisti è da imputare proprio alla riduzione delle cure e dei trattamenti, in quanto queste ultime spiegherebbero l'88% delle variazioni.

I motivi potrebbero essere imputati a diversi fattori quali: difficoltà economiche dei pazienti, paura o timore nel recarsi in un luogo potenzialmente ad alto rischio di contagio e limitazioni della mobilità derivanti dalle disposizioni nazionali.

1.4. Decreto Bersani (n.223/2006)

Il Decreto Bersani n.223 del 04/07/2006⁴ è stato introdotto, per volontà del Ministro per lo Sviluppo Economico Pierluigi Bersani, per favorire il rilancio dell'economia e dell'occupazione attraverso la liberalizzazione di attività imprenditoriali e la creazione di nuovi posti di lavoro.

La principale finalità del Decreto è di voler accrescere la libertà di scelta del cittadino consumatore promuovendo la concorrenza del mercato.

In particolare, l'art.2 "*Disposizioni urgenti per la tutela della concorrenza nel settore dei servizi professionali*" ha introdotto tre importanti novità nella sfera di competenza dei professionisti Medici:

- 1) È stato abrogato l'obbligo di seguire dei tariffari minimi o fissi, in questo modo le parti sono libere di negoziare le parcelle in relazione all'obiettivo da perseguire. Inoltre, eliminando il vincolo delle tariffe le imprese sono libere di poter competere sul prezzo.
- 2) È stato abolito il divieto di poter svolgere pubblicità informativa di titoli e specializzazioni professionali, nonché delle caratteristiche del servizio offerto, del prezzo e dei costi totali delle prestazioni. In ogni caso il "Decreto Bersani" affida all'Ordine il compito di verificare la veridicità e la trasparenza di quanto espresso nel messaggio pubblicitario.

⁴ Legge 4 agosto 2006, n.248 "*Conversione in legge, con modificazioni, del decreto-legge 4 luglio 2006, n. 223, recante disposizioni urgenti per il rilancio economico e sociale, per il contenimento e la razionalizzazione della spesa pubblica, nonché interventi in materia di entrate e di contrasto all'evasione fiscale*" – Titolo I, Art. 2

- 3) È stata introdotta la possibilità di fornire all'utenza servizi di tipo interdisciplinare da parte di Società di Persone o Associazioni Professionali, a patto che il professionista eserciti esclusivamente in una Società e che la specifica prestazione sia resa sotto la propria personale responsabilità.

Abolendo il divieto di svolgere pubblicità informativa gli studi professionali hanno a disposizione un importante strumento di comunicazione che può aiutarli ad acquisire nuovi clienti e fornire loro informazioni rilevanti sulle prestazioni offerte.

1.5. Legge Boldi (n. 145/2018)

Il 1° gennaio 2019 sono entrate in vigore le nuove norme relative alla pubblicità sanitaria contenute nei commi 525 e 536 dell'art. 1 della Legge 30 dicembre 2018 n.145 (Legge di Bilancio 2019)⁵.

I due emendamenti inseriti nella Legge di Bilancio sono stati promossi dall'On. Rosanna Boldi, dalla quale prende la relativa nomenclatura "Legge Boldi".

Il comma 525 stabilisce: *“Le comunicazioni informative da parte delle strutture sanitarie private di cura e degli iscritti agli albi degli Ordini delle professioni sanitarie di cui al capo II della legge 11 gennaio 2018, n. 3, in qualsiasi forma giuridica svolgano la loro attività, comprese le società di cui all'articolo 1, comma 153, della legge 4 agosto 2017, n. 124, possono contenere unicamente le informazioni di cui all'articolo 2, comma 1, del decreto-legge 4 luglio 2006, n. 223, convertito, con modificazioni, dalla legge 4 agosto 2006, n. 248, funzionali a garantire la sicurezza dei trattamenti sanitari, escluso qualsiasi elemento di carattere promozionale o suggestivo, nel rispetto della libera e consapevole determinazione del paziente, a tutela della salute pubblica, della dignità della persona e del suo diritto a una corretta informazione sanitaria”*.

Più precisamente, viene richiamato quanto espresso nella legge n.223 del 2006 (Decreto Bersani), ovvero che le informazioni presenti nelle pubblicità informative dei servizi sanitari possono essere unicamente i titoli e le specializzazioni professionali, le caratteristiche del servizio offerto, il prezzo e i costi complessivi delle prestazioni offerte, garantendo non solo la sicurezza dei pazienti nel sottoporsi a trattamenti sanitari, ma la consapevolezza delle loro scelte.

⁵ Legge 30 dicembre 2018, n.145 “Bilancio di previsione dello Stato per l'anno finanziario 2019 e bilancio pluriennale per il triennio 2019-2021”

Diventa, quindi, di fondamentale importanza spiegare le differenze esistenti tra pubblicità informativa e pubblicità commerciale:

- a) Si può definire pubblicità <<**commerciale**>>, quella tipologia di pubblicità nella quale è presente l'elemento promozionale e attrattivo tramite l'utilizzo di mezzi suggestivi o l'impiego degli stili tipici della comunicazione promozionale; solitamente contiene richiami trasformativi.
- b) La pubblicità <<**informativa**>>, al contrario, non contiene elementi promozionali, bensì funzionali a fornire informazioni sull'attività professionale, le specializzazioni e i titoli posseduti, alla struttura dello studio e ai compensi delle prestazioni; di conseguenza, non deve essere né ingannevole né suggestiva e dunque contiene richiami informativi.

Il comma n.536 della Legge di Bilancio 2019 decreta che, nel caso di violazione delle disposizioni contenute nel comma n.525, è prevista l'adozione di provvedimenti sanzionatori da parte dell'Autorità per le garanzie nelle comunicazioni (AGCOM). È altresì stabilito che tutte le strutture sanitarie private di cura siano dotate, entro centoventi giorni dalla data di entrata in vigore della legge, di un direttore sanitario iscritto all'albo dell'ordine territoriale competente per il luogo nel quale hanno la loro sede operativa.

L'Autorità Garante della Concorrenza e del Mercato (AGCM) ha espresso alcune considerazioni in merito alla Legge di Bilancio 2019, ritenendo che quest'ultima reintroduca ingiustificate limitazioni all'utilizzo della pubblicità sanitaria, le quali erano state già precedentemente rimosse dagli interventi di liberalizzazione (vedi Decreto Bersani). Per questi motivi l'Autorità ha giudicato la legge non necessaria e non proporzionata all'interesse generale di tutelare la sicurezza del consumatore.

Dunque, sulla base di queste informazioni, per quanto concerne il settore odontoiatrico, si potrebbe affermare che con l'introduzione della Legge Boldi le possibilità di adoperare strumenti di marketing come la pubblicità si siano nuovamente limitate.

Considerando il fatto che le catene dentali low-cost basano il proprio processo di acquisizione e fidelizzazione del cliente prevalentemente sull'utilizzo di strumenti pubblicitari, mirati ad attirare nuovi clienti e fronteggiare la concorrenza, potrebbero averne risentito particolarmente. Infatti, avere una buona campagna pubblicitaria, può consentire allo studio di ottenere un'ottima reputazione sul mercato e di conseguenza, affermare la propria presenza come leader del settore.

È altresì vero che al giorno d'oggi i canali di comunicazione sono vastissimi, la pubblicità sanitaria, infatti, può essere svolta tramite cartelloni pubblicitari, social media e reti di comunicazione quali la televisione. Dunque, pensare che l'Ordine dei Medici possa verificare la trasparenza e la veridicità di tutti i messaggi pubblicitari esposti sarebbe quasi impossibile.

Capitolo II – L’offerta del settore odontoiatrico

2.1. Odontoiatria privata

L’offerta del settore odontoiatrico in Italia è particolarmente variegata.

L’Odontoiatria Privata Italiana (OPI) è un’associazione senza scopo di lucro di cui fanno parte odontoiatri e medici dentisti regolarmente iscritti all’albo, titolari di strutture odontoiatriche private che hanno lo scopo di garantire la qualità delle prestazioni odontoiatriche e, al contempo, tutelare la salute orale dei cittadini.

L’ordinamento prevede quattro possibili forme giuridiche per l’esercizio dell’attività odontoiatrica privata:

1. *Partita Iva individuale*: è peculiare delle strutture che esercitano un’attività “snella”.

La caratteristica principale di questa categoria è che tutti i professionisti che vi operano sono dotati di una partita Iva, sia nel caso in cui essi siano titolari di uno studio mono-professionale o che collaborino presso altri colleghi. Tipicamente, infatti, viene adottata dai professionisti che fanno parte della seconda categoria o che hanno dei volumi di fatturazione non esageratamente elevati, in quanto risulta essere inefficiente per coloro che hanno redditi molto alti. Adottando questa forma giuridica lo studio ha il vantaggio di avere minori costi contabili-amministrativi da dover gestire e una maggiore velocità nelle fasi di apertura e chiusura della struttura.

2. *Studio associato*: è scarsamente adottato in ambito odontoiatrico.

A differenza della partita Iva individuale è adottata da studi maggiormente strutturati, ma allo stesso tempo è adatta anche nel caso in cui due colleghi vogliano aprire uno studio odontoiatrico insieme, infatti questa forma giuridica è nota anche come associazione professionale, tramite la quale due o più professionisti possono esercitare in forma associata.

In questo caso, per quanto riguarda i costi di gestione contabile-amministrativa crescono in modo parallelo alla complessità dello studio, mentre dal punto di vista fiscale è prevista la suddivisione degli utili sul numero degli associati proporzionalmente alle loro quote di partecipazione.

Il contratto di associazione può essere concluso anche solo verbalmente, purché la denominazione dello Studio Associato riporti nome, cognome e qualifica di Dottore dei singoli associati.

Poiché il patrimonio dell’associazione non è separato da quello degli associati, questa forma d’esercizio è sconsigliabile nel caso in cui vengano fatti investimenti con l’accensione di finanziamenti o debiti rilevanti.

Infine, se il reddito di tutti gli associati risulta essere molto alto, tale forma giuridica risulta essere inefficiente sotto il profilo fiscale.

3. *Società di capitali (S.r.l. - S.p.A. o con unico socio)*: avendo dei costi di gestione contabile-amministrativa particolarmente elevati rispetto alle due forme precedenti è tipica di realtà più complesse. Tuttavia, anche se tali costi sono generalmente molto alti, la loro ripartizione su una pluralità di professionisti rende la loro incidenza minima, aumentando così il risparmio.

Per poter operare, le strutture che adottano tali tipologie di forme societarie devono essere dotate di un direttore sanitario iscritto all'albo degli odontoiatri e di una regolare autorizzazione sanitaria rilasciata dall'Asl di competenza.

A differenza dello studio associato, le società di capitali devono essere costituite mediante atto notarile e, tramite i conferimenti apportati dai professionisti che vi partecipano, si formerà il c.d. Capitale sociale.

La costituzione del Capitale Sociale rappresenta una forma di garanzia per la società verso terzi.

Infatti, nel caso di un dentista tradizionale, egli è civilmente responsabile illimitatamente e personalmente verso terzi, cosa che non può accadere in una S.r.l. in quanto, essendo 'impersonale', vi è una separazione tra la società e le persone fisiche che ne fanno parte.

Ciò vuol dire che i soci della società possono essere gli esecutori delle prestazioni oppure no e nel caso in cui tutti i soci della S.r.l. siano dentisti per conto della stessa società la loro retribuzione sarà doppia: sia in ragione delle prestazioni effettuate sia della ripartizione pro-quota degli utili a fine anno.

4. *Società tra professionisti*: più che una forma giuridica diversa da quelle precedentemente nominate, essa è una sotto-categoria delle Società di capitali.

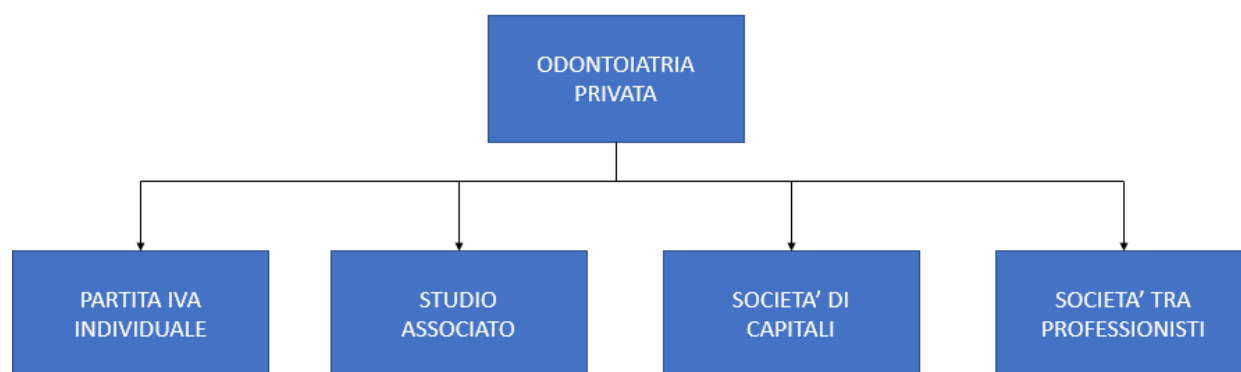
Le S.t.p. possono essere costituite sulla base di diverse forme giuridiche già esistenti quali: società di capitali, società cooperative o società di persone; ciò significa che, a seconda del modello societario prescelto, saranno integralmente soggette alla disciplina ad esso legata.

A prescindere dalla natura personale o capitalistica la S.t.p. deve rispettare alcuni elementi fondamentali: in primo luogo, all'interno dello statuto deve essere indicata l'attività professionale svolta, la quale deve essere esercitata in via esclusiva; nel caso in cui le attività professionali fossero molteplici, deve essere indicata quella prevalente in modo tale da poter determinare l'Albo al quale iscriverla la S.t.p. e, di conseguenza, iscriverla all'Ordine di appartenenza; inoltre, possono essere soci delle S.t.p. i professionisti iscritti all'albo, all'ordine o a collegi purché siano in possesso di un titolo di studio abilitante.

Anche se possono far parte delle S.t.p. i c.d. "soci finanziatori", ovvero soggetti non professionisti che partecipano meramente per prestazioni tecniche, in ogni caso, il numero di soci professionisti deve essere tale da garantire la maggioranza di 2/3 nelle deliberazioni o decisioni dei soci; inoltre, la società deve essere dotata di un'apposita documentazione scritta attraverso la quale i pazienti potranno identificare gli odontoiatri ai quali si sono rivolti per l'esecuzione delle prestazioni. Ciò viene fatto per avere una dimostrazione concreta che il paziente abbia designato personalmente il socio professionista al quale rivolgersi per le proprie cure.

Infine, per poter iniziare ad esercitare, è necessario che la società ottenga l'autorizzazione sanitaria, la quale molte volte richiede la presenza di alcuni requisiti specifici che, talvolta, rendono la costituzione delle S.t.p. per niente semplice.

Figura 4 – Le diverse forme giuridiche dell'attività odontoiatrica privata



Fonte: propria elaborazione

2.2. Odontoiatria pubblica

Per odontoiatria pubblica si intende l'insieme delle prestazioni odontoiatriche per le quali è prevista la copertura dal SSN, così come deciso dai Livelli Essenziali di Assistenza (LEA).⁶

Il Servizio Sanitario Nazionale, infatti, tradizionalmente si impegna per l'assistenza odontoiatrica limitatamente a:

- Programmi di tutela della salute odontoiatrica nell'età evolutiva (0-14 anni);
- Determinate categorie di soggetti che si trovano in condizioni di particolare vulnerabilità.

Non tutti i servizi odontoiatrici rientrano tra quelli offerti dal SSN, più nello specifico, le prestazioni erogabili in relazione alla prima categoria si riferiscono a tutte le procedure che siano in grado di garantire una diagnosi precoce delle patologie orali in età evolutiva. Dunque, saranno coperte tutte le visite odontoiatriche senza alcun limite e le altre prestazioni cui è associabile la condizione di erogabilità (come estrazioni o interventi di chirurgia paradontale e ricostruttiva).

Per quanto concerne i soggetti in condizione di particolare vulnerabilità è importante distinguere due tipologie di vulnerabilità:

1. *Vulnerabilità sanitaria*: per tale si intende l'insieme delle condizioni di salute che rendono necessaria o indispensabile la cura odontoiatrica. Ai soggetti così definiti devono essere garantite tutte le prestazioni odontoiatriche che sono previste dal piano sanitario individuale e che sono incluse tra le prestazioni del nomenclatore generale, ad esclusione degli interventi estetici e dei manufatti protesici.
2. *Vulnerabilità sociale*: condizioni economiche o sociali svantaggiose che rendono l'accesso e il conseguente pagamento delle cure odontoiatriche presso strutture private particolarmente problematico. A questa tipologia di pazienti devono essere garantite una molteplicità di prestazioni

⁶ DPCM 12 gennaio 2017 “Definizione e aggiornamento dei livelli essenziali di assistenza, di cui all'articolo 1, comma 7, del decreto legislativo 30 dicembre 1992, n.502”

quali: visite odontoiatriche, estrazioni dentarie, otturazioni, terapie canalari e applicazione di protesi rimovibili (per le quali non è incluso il prezzo del manufatto protesico).

Infine, per i soggetti in età evolutiva che si trovano in condizioni di vulnerabilità sociale, è prevista la copertura del SSN per l'applicazione di apparecchi ortodontici e apicificazione.

Allo stesso tempo è garantito l'accesso tramite il SSN a tutta la popolazione relativamente a due prestazioni in particolare: le visite odontoiatriche mirate alla diagnosi precoce delle patologie neoplastiche del cavo orale e i trattamenti immediati delle urgenze odontostomatologiche.

Tuttavia, nonostante l'incarico preso dal SSN, vi sono una serie di limiti che rendono l'offerta pubblica odontoiatria del tutto differente da quella privata; a dimostrazione di ciò, se si considerano la quantità di prestazioni devolute dal settore pubblico, il SSN presenta i dati più bassi in Europa: per anno, infatti, si registrano, 0,6 visite per abitante in Italia a fronte di 1,8 in Belgio, 1,4 in Germania e 2,1 in Olanda.

Tali disuguaglianze a livello europeo si traducono inevitabilmente in una disuguaglianza nazionale nell'accesso all'assistenza odontoiatrica. Il rapporto Istat 2005, infatti, ha dimostrato che soltanto il 12,5% della popolazione si è rivolto a strutture pubbliche o a strutture private convenzionate mentre l'85,9% della stessa ha continuato a sostenere interamente la spesa per le cure odontoiatriche.

Per di più, nonostante siano previsti programmi di tutela nell'età evolutiva, i dati confermano che solamente il 12,2% dei bambini tra i 6 e i 10 anni hanno usufruito di cure odontoiatriche gratuitamente.

La situazione non sembra essere cambiata da allora, infatti secondo un'indagine di AltroConsumo svoltasi a Maggio del 2019 solamente il 16% degli intervistati ha dichiarato di essersi sottoposto a cure odontoiatriche negli ultimi cinque anni servendosi di un'assicurazione o di un fondo, mentre l'85% degli stessi ha dovuto pagare le prestazioni personalmente.

Infine, tenendo conto della recente emergenza sanitaria, si può facilmente affermare che essa ha messo in luce i punti di forza dell'assistenza sanitaria italiana, ma ha evidenziato ancor di più quelli di criticità.

2.3. Odontoiatria di capitale

Negli ultimi anni il settore odontoiatrico sta cambiando sempre di più e uno dei principali fattori di questo cambiamento è la forte crescita di catene dentali, network e low-cost, le quali sono facilmente sintetizzabili nell'espressione "Odontoiatria di capitale".

L'odontoiatria di capitale, o odontoiatria organizzata, è stata spesso oggetto di controversie e tentativi di limitazioni alla libera concorrenza da parte delle altre forme organizzative del settore odontoiatrico in quanto spesso vengono designate come vere e proprie società di capitali, le quali sono gestite per la maggioranza dei casi da veri e propri investitori il cui principale interesse non è il bene del paziente ma un mero profitto economico.

Il presidente del centro ANDI, Gianfranco Prada, ha sempre dimostrato la sua approvazione in merito all'emendamento al Ddl sulla Concorrenza, il quale introduce l'obbligo per le società di capitali di avere almeno 2/3 dei propri soci iscritti all'Albo degli Odontoiatri.

Tale proposta, però, non è mai stata ben accettata dai rappresentanti di molte catene (tra le quali Gruppo DentalPro, Dental Coop, HDental, Gruppo Dentaldent e molte altre), che hanno espresso la loro disapprovazione attraverso una lettera indirizzata al presidente del Senato e ai senatori spiegando le loro motivazioni.

L'assunto di base è che la suddetta manovra, per molte di queste catene dentali, non ha nessun fondamento né economico né di tutela della salute pubblica, ma in particolar modo ritengono che sia del tutto contraria ai basilari principi della libera concorrenza richiedendo, dunque, di non limitare ai soci di capitale la possibilità costituire e gestire strutture odontoiatriche.

Tale azione, però, non ha provocato i risultati sperati in quanto l'obbligo dei 2/3 è attualmente in vigore e dunque, non sono state apportate modifiche al Ddl.

2.3.1. I modelli di business dell'odontoiatria di capitale

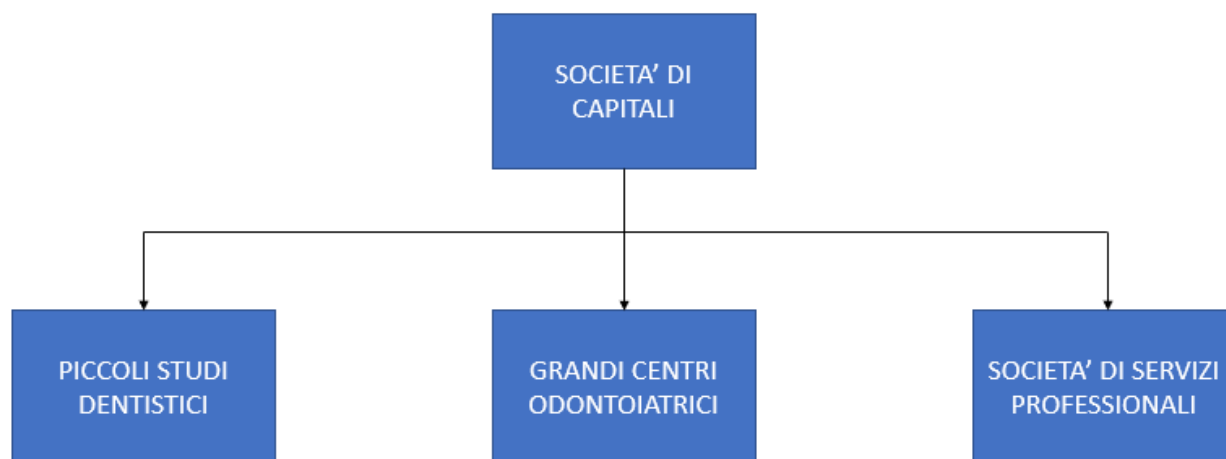
All'interno dell'odontoiatria di capitale si possono distinguere differenti modelli di business.

In primis, bisogna distinguere tra: società di capitale e catene o network odontoiatrici.

Le società di capitali, a loro volta, possono operare sotto forma di:

- *Piccoli studi dentistici*: spesso riescono a trovare il capitale sufficiente per operare grazie a finanziamenti esterni.
- *Grandi centri odontoiatrici*: solitamente dotati di una decina di poltrone, nella maggior parte dei casi puntano principalmente sull'attrattiva dei pazienti anche da zone lontane attraverso l'utilizzo, ad esempio, di tecnologie evolute o degenze. Dal punto di vista strutturale, sono organizzate come veri e propri ospedali specializzati in odontoiatria.
- *Società di servizi professionali*: tipica della categoria di odontoiatri che, pur non avendo un proprio studio, svolgono un'intensa attività di consulenza esterna.

Figura 5 – I modelli di business delle società di capitali



Fonte: propria elaborazione

Al contrario, per quanto riguarda le catene o network odontoiatrici, essi possono essere definiti come l'insieme degli studi che erogano prestazioni sotto la medesima insegna o nome commerciale, sia che essi siano proprietari del marchio o affiliati attraverso sistemi simili al franchising.

Caratteristica distintiva dei network è che i singoli studi, pur facendo parte di un'aggregazione di network di servizi, possono mantenere la propria individualità e, al contempo, godere dei vantaggi di gruppo quali: acquisti centralizzati, strategie di marketing e comunicazione condivise, reti di consulenze, partnership etc...

Esse possono operare attraverso due modelli di business differenti:

- *Modello low-cost*: basato principalmente sull'applicazione di tariffe molto convenienti attraverso le quali riescono ad attrarre un numero sempre maggiore di pazienti; tali tariffe, però, non sono applicate a tutti i servizi offerti, ma solamente a quelli più comuni.

La strategia applicata dai centri low-cost, grazie alla quale sono in grado di operare pur mantenendo prezzi così bassi, è simile a quella adottata dai grandi centri di distribuzione e trasporto. Essi, infatti, basano la propria strategia su:

- a. La condivisione con gli altri centri della catena dell'acquisto di materiali, apparecchiature e prodotti in modo da poter ottenere sconti elevati in seguito all'acquisto di grandi quantità;
 - b. La delocalizzazione di servizi come l'amministrazione o il servizio di assistenza;
 - c. Stipendio fisso per i dentisti associati;
 - d. Ottimizzazione delle attività grazie all'ausilio di una squadra di assistenti che si occupa della pulizia e della preparazione delle sale operative.
- *Modello convenienza*: questa tipologia di modello è prevalentemente improntato non tanto sui prezzi bassi, ma quanto su una efficiente comunicazione di una varietà di servizi offerti a beneficio dei pazienti, come ad esempio facilità di accesso, flessibilità di offerta, orari allargati, servizi accessori, strutture all'avanguardia e personale altamente qualificato. Tutte caratteristiche che possono facilmente essere veicolo d'attrazione per nuovi clienti.

2.3.2. Il marketing odontoiatrico e il marketing low-cost

Con l'espressione "marketing odontoiatrico" si intende l'insieme delle azioni messe in atto da uno studio odontoiatrico per raggiungere e fidelizzare nuovi clienti e, di conseguenza, aumentare il profitto.

Due sono gli elementi principali di una buona comunicazione di marketing: la creazione di un'identità distintiva e l'utilizzo efficace delle anagrafiche.

Se lo studio opera in un'arena particolarmente competitiva non può non avere un'identità distintiva, in quanto è il primo elemento discriminante sul quale si basano le scelte dei pazienti/clienti.

Infatti, ipotizzando una situazione in cui un paziente abbia bisogno di sottoporsi ad una cura odontoiatrica e debba decidere a quale professionista rivolgersi egli inizierà un processo decisionale di acquisto basato sull'analisi di più variabili tra le quali, in primis, il prezzo; se, però, uno studio odontoiatrico è in grado di crearsi un'identità così forte da potersi distinguere nettamente dagli altri, la variabile del prezzo certamente scenderà in secondo piano.

Uno studio odontoiatrico potrà affermare di avere brand identity se riesce a trasmettere ai pazienti l'esistenza di quattro elementi fondamentali:

- *Aree di specializzazione*: è importante che lo studio si focalizzi sui suoi elementi di forza, ponendo quindi l'attenzione dei pazienti su "ciò che sanno fare meglio" rispetto ai loro competitors;
- *Caratteristiche e risorse elettive*: le attrezzature, gli spazi e le strutture innovative devono essere valorizzate in modo da far percepire ai pazienti i vantaggi che possono trarne;
- *Benefici trasversali specifici*: lo studio offre ai propri pazienti una serie di servizi come garanzie, breve durata delle prestazioni, risparmi di tempo e flessibilità dai quali possono trarre beneficio;
- *Stile relazionale "soft"*: il personale dello studio deve essere aperto all'ascolto e al dialogo con i pazienti, deve avere un continuo orientamento al cliente, facendo in modo che esso si senta parte di un ambiente professionale ma allo stesso tempo informale ed accogliente.

Indubbiamente, oltre ad una buona identità, lo studio deve essere in grado di garantire un'ottima qualità nelle prestazioni offerte in quanto più differenze di qualità ci saranno, meno sarà importante il prezzo, e viceversa. Tuttavia, non tutti gli studi pongono sufficiente attenzione e risorse nella creazione di un'identità che possa fare la differenza sul mercato di riferimento, aparendo così, agli occhi dei clienti, come non molto differenti dagli altri competitors.

Quando ciò accade essi non riescono a difendere il proprio mercato target da coloro che applicano delle strategie di marketing basate sul low-cost tramite le quali, inevitabilmente, saranno in grado di attirare un gran numero di clienti.

Per quanto riguarda il secondo elemento indispensabile per avere una buona comunicazione di marketing è di fondamentale importanza che lo studio operi una gestione efficace delle anagrafiche dei pazienti.

Questo vale soprattutto per le catene odontoiatriche, le quali basano la propria strategia proprio sulla continua acquisizione e fidelizzazione di nuovi clienti, investendo ogni anno migliaia di euro in pubblicità.

Per fare ciò molto spesso le catene odontoiatriche sfruttano i vantaggi ricavabili dall'utilizzo di semplici strumenti di digital marketing, come ad esempio brevi slogan sui propri siti web contenenti messaggi mirati a destare l'attenzione di specifiche fasce d'età, effettuando così una prima segmentazione del mercato.

Elve Group, una società di servizi del settore odontoiatrico che sostiene dentisti e imprenditori nella gestione dei propri studi, ha riportato alcuni esempi di slogan utili per una comunicazione efficace tra i quali:

- *“Sfoggia un sorriso da star. Migliora l'estetica del tuo sorriso in tutta sicurezza con trattamenti professionali”*
- *“Non è mai troppo tardi per un sorriso perfetto. Mostra un sorriso allineato grazie ai trattamenti di ortodonzia, anche invisibile”.*
- *“Curare oggi per sorridere domani. Non aspettare, la salute orale del tuo piccolo inizia dall'odontoiatria pediatrica”.*

Dopo aver fatto una prima scrematura del mercato lo studio deve, però, fare in modo che i pazienti ritornino ad affidarsi a loro per il trattamento di future cure odontoiatriche, tentando di creare un rapporto continuativo nel tempo ed evitare che possano rivolgersi ad altri competitors.

Per far ciò è importante che vi sia un'attenzione particolare nei richiami dei pazienti, anche solo per ricordare loro di fare delle semplici visite di controllo o sedute d'igiene, evitando che nella mente dei pazienti lo studio resti il ricordo di una singola esperienza.

D'altra parte, non sempre queste strategie di marketing vengono seguite da tutti gli studi dentistici.

Ad esempio, gli studi dentistici tradizionali spesso fanno affidamento unicamente sui c.d. “clienti fedeli” e non fanno nulla che possa aiutarli ad ampliare la loro quota di mercato, maturando unicamente un profitto che gli consente di coprire i costi sostenuti ma non di generare un mark-up di guadagno aggiuntivo.

2.3.3. I pro e i contro delle catene dentali

Le catene dentali e più in generale il settore dell'odontoiatria di capitale sono sempre state oggetto di molteplici critiche principalmente da parte degli studi tradizionali, i quali si sentono in particolar modo minacciati dalla continua e rapida crescita delle stesse.

Il più delle volte, le catene odontoiatriche vengono giudicate negativamente per la bassa qualità delle prestazioni o la scarsa professionalità degli operatori, giudizi che non sempre sono frutto di realtà oggettive, bensì di pregiudizi.

A conferma di ciò, il 29 gennaio del 2016 il Sole 24 Ore ha riportato in un articolo sei critiche tipicamente rivolte alle catene dentali. Analizzando ogni singolo punto si è potuto facilmente dimostrare che la maggioranza delle catene dentali sono considerate di scarso profilo a causa di singoli casi che hanno creato un clamore tale da fare in modo che l'intero settore risentisse di una concezione negativa.

Pertanto, le opinioni negative esaminate sono in merito a:

1. *L'utilizzo di materiali di scarsa qualità e laboratori scadenti per risparmiare.*

Sono pochi i casi in cui ciò realmente accade. In realtà, il costo dei materiali e del laboratorio rappresenta poco meno del 15% del prezzo finale, dunque hanno un'incidenza relativamente bassa su di esso; inoltre, le catene dentali acquistando grandi quantità di materiali hanno economie di scala particolarmente elevate che permettono loro di avere un alto potere contrattuale con i fornitori e ottenere prezzi molto bassi che, di conseguenza, gli consentono di offrire tariffe vantaggiose ai pazienti.

2. *L'onorario dei medici è relativamente basso e ciò permette alla società di ottenere un turnover maggiore.*

Se si fa un paragone con l'onorario dei dentisti "classici" quest'affermazione può essere parzialmente vera in quanto lo stipendio medio di un dentista di 10 anni fa era tra i 300 e i 400 mila euro all'anno. Al giorno d'oggi, tali cifre sono guadagnabili solo da una categoria ristretta di odontoiatri molto noti i quali sono in grado di offrire un servizio che sia all'altezza del prezzo richiesto.

I dentisti delle catene odontoiatriche guadagnano tra 40 e 200 euro all'ora a seconda della bravura, della velocità o della struttura in cui operano. È importante sottolineare che, in questo caso, lo stipendio mensile del dentista è effettivo, in quanto non deve preoccuparsi delle questioni organizzative, di marketing o di gestione dello studio, ma unicamente delle prestazioni che esegue.

3. *Applicando prezzi molto bassi pongono in essere operazioni di dumping.*

Come visto in precedenza, non tutte le catene odontoiatriche operano secondo un modello di business low-cost, infatti molte di esse applicano prezzi perfettamente in linea con il mercato e con le parcelle degli studi tradizionali.

4. *Attuano strategie aggressive che il più delle volte spingono i medici a sostituire con impianti o protesi i denti malati, anziché tentare di curarli.*

Esistono strutture che seguono queste strategie (deontologicamente sbagliate) ma che solitamente andando avanti, inevitabilmente, perdono un'elevata quota di mercato.

5. *Utilizzano strategie commerciali scorrette che non rivelano il vero prezzo delle cure.*

Tipicamente, le prestazioni più commerciali delle catene odontoiatriche sono la prima visita, l'igiene dentale e, a volte, lo sbiancamento dentale. In realtà non esiste una regola generale, ma è una scelta dello studio se adottare o meno tale strategia.

6. *Otengono denaro tramite finanziamenti e in seguito danno luogo a comportamenti scorretti.*

In questo caso, eventi di questo genere si sono verificati soprattutto per quelle catene dentali costituite sotto forma di franchising, in cui il comportamento scorretto è stato messo in atto dal franchisee. Il più delle volte, infatti, il modello del franchising non è per niente efficiente e ad esso viene preferita la gestione integrale delle sedi da parte del proprietario del brand.

Key-Stone nel 2016 ha svolto un'indagine su un campione di 1000 famiglie italiane chiedendo quale fosse la loro opinione sulle catene odontoiatriche.

Coerentemente con quanto detto in precedenza, ciò che ne è emerso è che il 35% ha affermato di non essere interessato alla tipologia di struttura, ma alla qualità delle prestazioni offerte, mentre solamente l'11% degli stessi ha espresso un giudizio negativo, ritenendo che rappresentassero un rischio per la salute .

2.4. *Le altre forme di aggregazione tra dentisti di natura personale*

Fino ad ora sono state esaminate le tre macro-aree del settore odontoiatrico: odontoiatria privata, odontoiatria pubblica e odontoiatria di capitale.

Nell'analisi delle possibili forme di aggregazione tra dentisti, oltre alle società di capitali, vi sono delle aggregazioni di natura "personale", ossia quelle la cui nascita parte dalla decisione di persone fisiche (i professionisti) che decidono di aggregarsi tra loro per il raggiungimento di uno scopo comune.

Le aggregazioni tra professionisti in ambito odontoiatrico sono diventate la soluzione più adatta per coloro che vogliono mantenere degli standard qualitativi e tecnologici alti tentando, allo stesso tempo, di contenere l'ammontare di costi fissi da sostenere che ne consegue.

Tra queste analizzeremo il condominio professionale e il contratto di rete, con i relativi vantaggi e svantaggi.

2.4.1. *Il contratto di rete*

Il contratto di rete⁷ è la forma più rivoluzionaria di aggregazione tramite la quale più imprenditori perseguono lo scopo comune di accrescere, sia individualmente che collettivamente, la propria competitività sul mercato e la capacità di innovazione obbligandosi, sulla base di un programma comune di rete, a collaborare e a scambiarsi informazioni o prestazioni attinenti all'esercizio delle proprie imprese che in questo caso è quello odontoiatrico.

Gli odontoiatri che vi partecipano possono dunque beneficiare di contributi altrui (in denaro o in competenze) e si impegnano a loro volta a fare lo stesso. Talvolta può accadere che tutti i conferimenti dei soci siano in denaro; quando ciò accade l'aggregazione costituisce un fondo di rete disponibile per l'avviamento di determinati servizi il cui costo sarebbe insostenibile altrimenti.

⁷ D.l. 10 febbraio 2009, n.5 "*Misure urgenti a sostegno dei settori industriali in crisi*", Art. 3, 4-ter

Il contratto può prevedere anche la costituzione di un fondo patrimoniale comune e la nomina di un organo comune, il quale è incaricato di gestire, in nome e per conto dei partecipanti, l'esecuzione del contratto o di singole fasi o parti dello stesso.

Come detto in precedenza, il contratto di rete è tra le soluzioni primarie al problema del contenimento dei costi che uno studio dentistico deve sostenere.

Il più delle volte coloro che vi partecipano sono studi dentistici di piccole dimensioni che tramite l'odontoiatria di rete sono in grado di accedere ad opportunità e agevolazioni che in altri casi sarebbero state loro precluse. Di fatto, l'aggregazione in rete genera un aumento dimensionale dei singoli studi tale da permettere loro di avere un potere contrattuale con i fornitori maggiore e, di conseguenza, poter acquistare beni e servizi a prezzi vantaggiosi e 'scontati'.

Nonostante formalmente sia una vera e propria associazione tra professionisti ognuno di loro può liberamente mantenere la propria identità professionale e avere completa autonomia operativa sia dal punto di vista clinico che quello organizzativo.

Ulteriori vantaggi del contratto di rete sono identificabili nei vincoli associativi, i quali sono poco restrittivi e modificabili in qualsiasi momento, nei costi di aggregazione relativamente bassi e in opportunità di comunicazioni più efficienti rispetto a quelle del singolo studio.

Sebbene i vantaggi siano molteplici, gli svantaggi dell'odontoiatria di rete non devono essere sottovalutati; infatti, anche se i costi iniziali di aggregazione sono molto bassi, gli associati dovranno sostenere nel corso del tempo dei costi fissi maggiori e avranno maggiori competenze e funzioni da dover svolgere per ogni singolo studio.

Inoltre, il rischio che una risorsa importante abbandoni l'aggregazione è particolarmente alto, pertanto gli associati assumono un livello maggiore di rischi sia economici che medico-legali per ogni struttura senza avere alcun diritto sull'associazione.

Infine, questa forma di aggregazione risulta essere la più adatta in alcuni casi specifici: quando per motivi di lontananza geografica è impossibile costituire forme di aggregazione diverse (come l'associazione tra professionisti); per i professionisti che vogliono mantenere la propria indipendenza professionale; se l'aggregazione rappresenta unicamente una soluzione di breve termine di alcune problematiche.

2.4.2. Il condominio professionale

Un'ulteriore forma di aggregazione tipicamente adottata dai dentisti per ridurre l'ammontare dei costi fissi è il condominio professionale.

A differenza del contratto di rete, il condominio professionale non ha dei veri e propri riferimenti giuridici o normativi, ma può essere facilmente identificato con il contratto di locazione, il quale deve contenere tutte le regole e le formalità che devono essere rispettate da entrambe le parti in modo da evitare conflitti e controversie.

La costituzione del condominio professionale, infatti, nasce dalla decisione condivisa di un dentista locatore e un dentista locatario di convivere e operare nel medesimo luogo.

Tale aggregazione consente a entrambe le parti del contratto di ottenere dei vantaggi in termini di costo relativamente ad alcune attività ordinarie e di gestione quali manutenzione degli impianti elettrici, degli estintori e degli elettrodomestici, della pulizia e disinfezione dei locali comuni o in merito agli adempimenti necessari alla sicurezza dei luoghi di lavoro o della privacy.

Pertanto, condividendo la stessa area di lavoro tutti questi costi saranno divisi e avranno un'incidenza minore sulla redditività dei singoli professionisti.

Ulteriori vantaggi sono dati dalla la condivisione di risorse personali, attrezzature o tecnologie avanzate che, in situazioni differenti, sarebbero state troppo onerose, ma principalmente dal fatto che, a differenza di altre forme di aggregazione, il condominio odontoiatrico è di facile applicazione pratica e reversibilità in caso di conflitti o contenziosi.

D'altro canto, è importante porre attenzione ad un argomento in particolare: la clientela in un condominio odontoiatrico è condivisa o separata?

Posto che il paziente può liberamente decidere a quale dei due o più professionisti voglia rivolgersi è fondamentale che la clientela dei due professionisti sia nettamente distinta in quanto può facilmente diventare oggetto di discussione e ragione di conflitto tra le parti, specialmente qualora dovesse essere identificata la responsabilità di uno o dell'altro in caso di contenzioso.

Quando l'ambito del contenzioso riguarda gli aspetti amministrativi e di gestione della struttura, data la grande quantità di responsabilità professionali da dover assumere, è opportuna la nomina di un Direttore Sanitario quale figura di garanzia per tutti i soggetti in causa.

Il locatario, inoltre, gode di minori benefici rispetto al locatore: quest'ultimo, infatti, nel caso in cui ci dovesse essere un conflitto con la controparte potrà godere in futuro del valore creato dalla stessa durante il periodo di permanenza, ossia la clientela acquisita, la quale tipicamente rimane presso la struttura originaria anche nel caso in cui l'operatore al quale si erano affidati in precedenza dovesse andare via o cessare l'attività.

Infine, dal punto di vista fiscale il locatario, non essendo un mero consulente odontoiatrico, può emettere direttamente le fatture ai propri pazienti tenendo una contabilità distinta da quella del locatore.

Dunque, visti i punti di forza e debolezza del condominio odontoiatrico, e viste le altre possibili forme di aggregazione tra dentisti, si potrebbe affermare che quest'ultima comportando maggiori rischi e minori vantaggi per entrambe le parti in causa non risulta essere la forma societaria più efficiente.

Capitolo III – Studio convenzionato con SSN e catena dentale: quale scegliere?

3.1. Introduzione

Una volta analizzate le diverse modalità di erogazione delle prestazioni odontoiatriche, i diversi modelli organizzativi e le possibili forme di aggregazione tra dentisti è utile fare un confronto diretto tra due realtà opposte: da un lato una catena dentale e dall'altro uno studio convenzionato con il SSN.

Più nello specifico, verranno messi in luce i punti di forza e di debolezza di entrambi e confrontate le differenti strategie e obiettivi al fine di comprendere se esse siano trasversali o meno, ossia se uno studio dentistico convenzionato, tramite l'utilizzo di strategie tipiche di una catena dentale, possa ottenere lo stesso vantaggio in termini di acquisizione del cliente e profitto.

Infatti, come visto in precedenza uno studio convenzionato non segue un modello di business low-cost, tipico dei network dentali, bensì segue una strategia territoriale, tentando di difendere il proprio mercato target dai competitors locali e non perdere la clientela acquisita in precedenza.

Un'ulteriore differenza tra i due riguarda il numero di sedi, di fatto è solito delle catene dentali avere più di una sede che opera sotto il marchio madre, mentre gli studi convenzionati con il SSN hanno tipicamente una singola sede.

3.2. Lo studio medico specialistico Grella

Lo studio medico specialistico Romolo Grella nasce il 30 ottobre 2001 sotto forma di società di capitali (S.r.l.). La mission aziendale è indirizzata prevalentemente alla prevenzione, salvaguarda e recupero degli assistiti al fine di soddisfare completamente le esigenze e le aspettative degli stessi e dei loro familiari, nonché di potenziali utenti futuri.

Dunque, gli obiettivi primari dello studio sono:

- Miglioramento continuo delle caratteristiche delle prestazioni offerte, il cui metro di misurazione è dato dal grado di soddisfazione dei pazienti e dalla riduzione sia dei reclami che delle ripetizioni dei trattamenti a causa di prestazioni inefficaci;
- La creazione di un'immagine di elevato livello tramite il massimo coinvolgimento degli utenti nelle attività terapeutiche, i quali potranno esprimere pareri o propri suggerimenti attraverso l'utilizzo di semplici strumenti quali questionari sul grado di soddisfazione, moduli di reclamo o colloqui formali con gli operatori di riferimento;
- Rispetto degli standard qualitativi prefissati e delle tempistiche di erogazione delle prestazioni;
- Conseguimento e mantenimento della posizione sul mercato così come dell'immagine di alta qualità attraverso l'offerta delle proprie prestazioni;
- Equità massima e coerenza della remunerazione delle prestazioni erogate e conseguente minimizzazione degli adempimenti a carico dell'assistito e dei propri familiari ove possibile.

Al fine di mantenere tali obiettivi la Direzione aziendale si propone di garantire standard elevati in termini di formazione continua del personale tramite:

- Corsi periodici sia interni che esterni;
- Coinvolgimento del personale attraverso una informazione periodica dello stesso;
- Promozione e diffusione dei principali concetti di qualità presso i propri fornitori.

Inizialmente, lo studio era composto da tre riuniti odontoiatrici e una piccola sala d'attesa con apposita segreteria e indirizzava il proprio servizio ad una parte limitata di utenza, operando unicamente per quelle prestazioni odontoiatriche accessibili tramite il SSN.

Nel corso degli anni, puntando principalmente sulla qualità dei servizi offerti, ha potuto in breve tempo, anche attraverso la soddisfazione dei pazienti, contare sulla possibilità di poter allargare la propria utenza e il proprio mercato target.

Di fatto, in principio la tipologia di paziente che si rivolgeva allo studio non era interessata a servizi che fossero al di fuori di quelli offerti dal sistema sanitario bensì a quelli che, attraverso una prescrizione del medico di base, comportavano per il paziente o l'accesso a cure odontoiatriche completamente gratuite, trattandosi di soggetti che godevano di esenzioni totali o, al massimo, subendo il costo del ticket.

In seguito, lo studio ha ottenuto un riscontro positivo anche da parte di una fascia di pazienti medio-alta, andando oltre le semplici prestazioni previste dal sistema sanitario e offrendo una serie di servizi odontoiatrici ulteriori quali: ortodonzia, protesi mobili, implantologia e molte altre.

Senza dubbio, anche attraverso una serie di investimenti sia in termini umani che monetari, lo studio è stato in grado di offrire una gamma di servizi quanto più ampia possibile in modo da poter soddisfare qualsiasi esigenza da parte dei pazienti.

La risposta positiva da parte dell'utenza ha invogliato e conseguentemente permesso allo studio di cambiare sede, nel 2016, e spostarsi in una struttura di dimensioni ben più notevoli dotata di sette riuniti odontoiatrici. Il passaggio da una struttura all'altra ha sicuramente consentito di poter diversificare maggiormente il proprio mercato target e la relativa tipologia di paziente.

Ritornando al concetto di strategia di posizionamento analizzata nel capitolo 2, lo studio segue una strategia locale, puntando unicamente sul territorio di riferimento e allargando quanto più possibile il proprio raggio d'acquisizione dei pazienti.

In riferimento alla pandemia SARS-COV 2, grazie alle dimensioni della nuova struttura e ad una differente organizzazione di ricevimento dei pazienti, in quanto sono stati ampliati gli orari di apertura e di chiusura della struttura, il centro è stato in grado di seguire alla perfezione i nuovi protocolli e le nuove linee guida, facendo in modo che i pazienti potessero sentirsi parte di un ambiente sicuro e tutelato.

Infine, contestualmente al trasferimento della struttura in una sede più grande si è valutato un restyling dell'immagine dello studio anche attraverso la creazione di un logo che potesse aiutare i pazienti a identificarlo

più velocemente. Esso infatti è visibile sia sulla targa al di fuori della sede sia sui biglietti da visita e sulle brochure di informazione ai pazienti.

Figura 7 – Logo studio Grella



Fonte: studio Grella

3.3. Dentalcoop

Dentalcoop è un network di strutture odontoiatriche il cui obiettivo primario è offrire ai propri pazienti servizi di alta qualità facilitando il relativo accesso alle cure.

Come visto in precedenza, il network odontoiatrico si basa sull'erogazione di prestazioni e servizi da parte di più studi dentistici che operano sotto la stessa insegna o marchio.

Dentalcoop, grazie ad un continuo trasferimento di risorse e know-how tra le diverse sedi (attualmente circa 60 in Italia), è in grado di contenere i costi in modo talmente efficiente da poter offrire ai propri utenti dei prezzi particolarmente vantaggiosi, coerentemente con il modello di business low-cost che si prefigge di seguire.

Il network ha iniziato ad operare per la prima volta sul mercato nel 2004, proponendosi di offrire un servizio uniforme e una rete capillare su tutto il territorio nazionale.

Maurizio Magnolato, fondatore del marchio, ha dichiarato che la chiave del successo della catena sono stati proprio i listini dei prezzi, in quanto offrendo tariffe convenienti sono stati in grado di attirare un gran numero di utenti sin da subito.

La strategia di base è stata quella di tagliare i prezzi del 30-40% per far risparmiare i propri clienti, senza però venir meno sulla qualità delle prestazioni offerte.

Inoltre, nella fase iniziale, Dentalcoop ha ritenuto opportuno affiancare a dentisti di grande esperienza dei dentisti più giovani, i quali una volta formati, sarebbero rientrati nel sistema modulare della struttura.

Internalizzando la fase di formazione, il network è stato in grado di diminuire ulteriormente i costi da dover sostenere e contestualmente creare un'omogeneità nelle modalità di approccio al paziente e nel target di offerta dei servizi tra i professionisti, creando così una coerenza strutturale tra le diverse sedi.

Con il tempo, il gruppo odontoiatrico ha stipulato diverse collaborazioni con i principali istituti di credito per facilitare l'accesso ai propri pazienti a finanziamenti finalizzati allo svolgimento delle prestazioni odontoiatriche presso le loro sedi e sono stati introdotti diversi progetti di prevenzione per bambini, tra i quali ricordiamo "Carie Zero", un percorso di prevenzione costante che prevede il trattamento congiunto di bambini e genitori.

A partire dal 2017, infine, Dentalcoop ha deciso di "ampliare i propri orizzonti" ed è entrata a far parte del gruppo internazionale Curaeos e da gennaio 2021 la sede di Modena ha ufficialmente cambiato il proprio nome da Dentalcoop a, appunto, Curaeos proprio per rafforzare e affermare l'esistenza di un unico brand.

3.4. Confronto tra le diverse metodologie di acquisizione del paziente

Le metodologie di acquisizione dei pazienti possono essere differenti a seconda della tipologia di studio odontoiatrico e del modello di business da loro adottato.

Tipicamente, uno studio tradizionale difficilmente ha un proprio sito web, piuttosto la metodologia di acquisizione dei pazienti adottata in questo caso si basa sulla creazione di un rapporto di fiducia con i clienti iniziali, in modo da poter poi successivamente ampliare la propria anagrafica dei pazienti.

È importante sottolineare che le finalità delle due tipologie di studi messi a confronto è ben differente: nel primo caso, Dentalcoop ha come obiettivo principale quello di ottenere un'anagrafica dei pazienti molto vasta, in quanto applicando una politica low-cost e proponendo ai propri pazienti dei prezzi molto bassi deve necessariamente puntare ad un rialzo delle quantità per poter ricoprire i costi; al contrario, per quanto riguarda lo studio Grella, non essendo una catena odontoiatrica e applicando, per alcune particolari tipologie di prestazioni dei prezzi privati, ha come obiettivo principale quello di ottenere in primis brand awareness nel territorio di riferimento e, conseguentemente, ottenere brand loyalty dai propri pazienti, senza però affidarsi unicamente ad essi ma puntando continuamente ad acquisirne dei nuovi.

Dunque, lo strumento di comunicazione tipicamente utilizzato dallo studio Grella è il passaparola, il quale risulta essere particolarmente efficace per due caratteristiche intrinseche: in primo luogo è affidabile, in quanto viene fatto dai pazienti stessi che non hanno alcun interesse primario nel promuovere lo studio; inoltre esso è targettizzato, poiché tendenzialmente si condividono informazioni unicamente se si è a conoscenza del fatto che l'altra persona possa esserne interessata.

Inoltre, una strategia tipicamente utilizzata dallo studio Grella per acquisire nuovi clienti consiste nel permettere ai pazienti di poter dilatare i tempi di pagamento delle prestazioni offerte attraverso periodici pagamenti di ammontare differente in modo che anche i pazienti meno abbienti abbiano la possibilità di poter usufruire dei servizi dello studio.

Per fare un esempio pratico, nel caso di un paziente che debba sottoporsi ad un trattamento ortodontico che prevede una terapia di medio-lungo termine, gli verrà proposta la possibilità di pagare attraverso quote mensili che verranno corrisposte dal paziente durante i controlli periodici programmati nel corso della terapia.

Infine, è a cura dello studio richiamare periodicamente i pazienti o per ricordare loro di appuntamenti futuri già presi in precedenza o per fissarne dei nuovi, sempre per evitare che lo studio resti il ricordo di un'unica esperienza.

Al contrario, le catene odontoiatriche si avvalgono dell'utilizzo di siti web che operano da intermediari tra il cliente/paziente e lo studio stesso. Infatti, attraverso gli stessi i pazienti potranno autonomamente acquisire informazioni basilari sullo studio, come servizi, promozioni, sedi e prezzi offerti.

Come vedremo successivamente, Dentalcoop sfrutta i vantaggi ricavabili dall'utilizzo di strumenti digitali per acquisire e rafforzare il rapporto con i propri pazienti.

Nel prossimo paragrafo, infatti, verranno analizzati gli strumenti di comunicazione tipicamente adottati da Dentalcoop, attraverso cui può facilmente stimolare l'attenzione di due tipologie di pazienti:

- Quelli nuovi, che non si sono mai rivolti a Dentalcoop ma che, attratti dall'insegna pubblicitaria decidono di provare il network per la prima volta;
- I vecchi pazienti, che attraverso la pubblicità o il volantino di Dentalcoop decidono di rivolgersi nuovamente alla catena per la cura dei propri denti.

3.5. Gli strumenti di comunicazione di Dentalcoop

Il gruppo Dentalcoop nel corso degli anni ha investito molto in comunicazione, avvalendosi dell'utilizzo di molteplici strumenti di marketing aventi come obiettivi principali quelli di destare l'attenzione di più clienti possibili e affermarsi nel mercato di riferimento.

Per quanto riguarda il secondo obiettivo, per potersi affermare nel mercato il primo passo da fare è riuscire a comunicare ai pazienti l'esistenza di quattro elementi fondamentali:

- *Brand identity*: consiste nella creazione di una propria identità di brand che sia facilmente riconoscibile attraverso l'utilizzo di semplici segni;
- *Brand awareness*: il paziente deve essere in grado di fare un'associazione mentale rapida tra il logo e l'azienda, ha quindi consapevolezza di marca;
- *Brand image*: si deve essere in grado di dare una buona immagine dell'impresa odontoiatrica. La maggior parte delle volte infatti, l'immagine dello studio è una variabile di fondamentale importanza nella scelta di un paziente che decide di rivolgersi ad esso per la prima volta.
- *Brand trust e reputation*: creare soddisfazione nei pazienti facendo in modo che essi decidano di rivolgersi allo studio anche per future cure odontoiatriche.

In riferimento alla brand identity, è importante che il logo della catena odontoiatrica resti uguale o quantomeno simile nel tempo, al fine di evitare che vi sia confusione nella mente dei pazienti.

Dentalcoop, in questo senso, ha scelto di utilizzare un logo semplice e diretto, contenente il nome del brand e al di sotto di esso, il pay-off "*per la tua salute dentale*".

Figura 8 – *Logo Dentalcoop*



Fonte: Dentalcoop

Una volta ideato il logo, non resta che analizzare il primo obiettivo della catena odontoiatrica: attrarre più clienti possibili.

Gli strumenti di comunicazione tipicamente adottati da Dentalcoop sono: spot pubblicitari, volantini e cartellonistica stradale.

In riferimento agli spot pubblicitari è importante sottolineare come i messaggi tipicamente contengano sia richiami trasformativi, che informativi.

Per quanto riguarda i primi, essi si focalizzano principalmente sull'esperienza che il paziente può vivere decidendo di rivolgersi a Dentalcoop per la cura dei propri denti.

Un esempio lo è lo spot del 2020 dal titolo *“Dentalcoop – un’esperienza in piena sicurezza”* ideato principalmente in seguito alla crisi pandemica SARS-COV 2, il cui obiettivo principale è far capire ai pazienti di potersi sentire al sicuro negli ambienti dello studio odontoiatrico tramite lo slogan finale *“affidaci il tuo sorriso in sicurezza e tranquillità”*.

I richiami informativi, al contrario, si concentrano principalmente su benefici e funzionalità del bene, o in questo caso, del servizio offerto. Essi sono individuabili nello spot del 2012 nel quale vengono presentati i benefici che i pazienti possono avere in termini di risparmio, velocità di esecuzione, qualità e professionalità nel rivolgersi a Dentalcoop.

Di seguito verranno riportati alcuni esempi di volantini Dentalcoop:

Figura 9 – Volantino Dentalcoop, unità di Venezia

Non più viaggi in terraferma!
Dentalcoop ora è anche a Venezia

NUOVA SEDE

DENTALCOOP®

PER LA TUA SALUTE DENTALE

575 € Trattamento completo

395 € Corone e ponti

70 € Strutture ortodontiche

Prenota la tua visita senza impegno il sabato

VANTAGGI MOBILITÀ DI PAGAMENTO PERSONALIZZATI

PRENOTA LA TUA VISITA... RICEVERAI UN SIMPATICO OMAGGIO!

45 € CHECK-UP Prevenzione + Igiene dentale + Panoramica per 2 persone*

UNITÀ DI VENEZIA tel. 041 5231609

Indirizzo: Santa Chiara n°101 - Santa Chiara - 30139 Venezia (VE)

Fonte: Notizieplus

In questo caso la locandina era stata ideata per promuovere l'apertura della nuova sede a Venezia, inaugurata nel 2015 e, di conseguenza, presentare alcune delle offerte disponibili nella stessa.

Figura 10 – Volantino Dentalcoop, unità di Savona

DENTALCOOP®

PER LA TUA SALUTE DENTALE

Con Dentalcoop la convenienza è per tutta la famiglia

Grazie alla forza della Cooperazione e di un grande gruppo, Dentalcoop è in grado di offrirti la grande qualità italiana, con il massimo del risparmio

820 € Impianto endosoceo (compreso moncone)

45 € Igiene dentale

445 € Corona ceramica LP

Prenota la tua visita senza impegno

Novità 2013

Programma Prevenzione € 45 Prima visita, igiene dentale, panoramica (su indicazione medica)

FINANZIAMENTI A TASSO 0* fino a 18 mesi, importo illimitato (max. 1945 €)

Aperti anche il sabato

UNITÀ DI SAVONA tel. 019 807545

Fonte: Dentalcoop

Come si può notare nella Figura 9 la locandina presenta l'immagine di una famiglia proprio per dimostrare come il gruppo Dentalcoop sia particolarmente impegnato nel promuovere i propri programmi di salute e prevenzione per famiglie e bambini.

Figura 11 – *Volantino Dentalcoop*



Fonte: Dentalcoop

Infine, un ulteriore esempio di utilizzo efficace degli strumenti di marketing è rappresentato dal volantino soprastante, attraverso il quale i pazienti vengono spinti a non curare i propri denti all'estero ma di affidarsi alla qualità italiana di Dentalcoop.

Inoltre, viene anche presentata la convenzione con CRAL, attraverso la quale i dipendenti in possesso della tessera CRAL e le relative famiglie, hanno diritto ad uno sconto del 5% presso le strutture Dentalcoop.

3.6. I differenti criteri di fissazione delle parcelle

Per quanto riguarda i criteri seguiti dalle due strutture nella fissazione delle parcelle sono parzialmente differenti tra loro.

Dentalcoop, come detto in precedenza, ha come mission principale quella di offrire prezzi vantaggiosissimi senza danneggiare la qualità delle prestazioni.

Il criterio di base per il quale Dentalcoop è in grado di fissare tali prezzi sta a monte, ovvero nella fase di rifornimento del materiale di lavoro.

La catena, infatti, acquistandone grandi quantità è in grado di risparmiare notevolmente sulle materie prime e tale risparmio si traduce in un preventivo finale al cliente ridotto.

Il network ha delle differenti parcelle a seconda che il paziente sia convenzionato o meno; in questo caso, però, la convenzione non è con il servizio sanitario, bensì con società e aziende locali e sono differenti per ogni sede.

Tramite tali convenzioni, infatti, il paziente potrà usufruire di un costo effettivo finale delle prestazioni inferiore rispetto a chi dovrà pagare il prezzo per intero.

Un esempio lo è la convenzione che ha la sede di Savona con il centro Rari Nantes, tramite la quale i soci Rari potranno avere vantaggi e sconti presso la catena odontoiatrica come anche la convenzione con CRAL nominata precedentemente.

Lo studio Grella, al contrario, è convenzionato con il SSN, dunque l'accesso del paziente alla struttura avviene tramite un'impegnativa fatta dal medico di base.

La tipologia di paziente che accede allo studio può essere duplice:

- Esente, ovvero un paziente con vulnerabilità sociale o sanitaria. In questo caso l'intero costo delle prestazioni sarà totalmente a carico del SSN;
- Non esente, il paziente subirà il costo di un ticket sulla ricetta di prescrizione pari a 46 euro che coprirà al massimo otto prescrizioni presso lo studio odontoiatrica. Dunque, il SSN rimborserà alla struttura unicamente il costo delle prestazioni al netto del ticket pagato dal paziente stesso.

Infine, vi sono una serie di servizi il cui costo non è previsto che sia rimborsato esclusivamente dal sistema sanitario nazionale che il paziente sia esente o meno. Ad esempio, nel caso in cui un paziente debba eseguire un lavoro protesico il preventivo di spesa che gli verrà sottoposto sarà interamente a suo carico.

Come analizzato nel capitolo 2 infatti, in merito all'offerta pubblica odontoiatrica, il SSN non ricopre il costo dei manufatti protesici ma unicamente il costo dell'applicazione dello stesso per quei soggetti che si trovano in condizioni di vulnerabilità sociale o sanitaria.

CONCLUSIONE

In conclusione, viste le principali differenze in termini di modello di business seguito, erogazione delle prestazioni e modalità di esecuzione delle stesse, metodologie di acquisizione dei pazienti e criteri di fissazione delle parcelle, si può affermare che esistono molteplici vie attraverso le quali può essere esercitata l'attività odontoiatrica, ognuna delle quali ha i propri vantaggi e svantaggi.

Certamente, per avere maggiore notorietà e riuscire ad ottenere brand loyalty bisogna essere in grado di offrire servizi di alta qualità e professionalità dei medici, ma allo stesso tempo è utile usufruire dei vantaggi ricavabili dall'utilizzo di semplici strumenti di marketing.

In merito ai due centri odontoiatrici analizzati nel terzo capitolo è importante sottolineare che per gli studi tradizionali, che nella maggior parte dei casi operano per un mercato "ristretto" proponendo i propri servizi all'utenza locale, talvolta risulta essere troppo dispendioso e per niente convenevole investire in comunicazione e per questo motivo è una scelta che poche volte viene presa in considerazione.

Al contrario, per le grandi catene dentali che operano tramite più centri dislocati tra loro, risulta essere una soluzione particolarmente efficace per riuscire a raggiungere in poco tempo una grande quantità di pazienti, sia effettivi che futuri.

Per quanto riguarda i criteri attraverso i quali i due centri presi in esame fissano le parcelle, anch'essi partono da un assunto di base differente: Dentalcoop fissa autonomamente i prezzi basandosi unicamente sui costi interni; lo studio Grella, invece, è obbligato a seguire, per alcuni trattamenti, dei prezzi prestabiliti dal servizio sanitario nazionale, mentre per altre tipologie di prestazioni, può fissare le parcelle privatamente.

In conclusione, le strategie, le tecniche di acquisizione dei pazienti e le modalità di erogazione dei servizi adottati da Dentalcoop e dallo studio Grella risultano essere parzialmente trasversali.

Ciò vuol dire che se da un lato lo studio tradizionale può trovare conveniente utilizzare strumenti tipici delle catene dentali come il digital marketing o l'utilizzo della pubblicità per riuscire ad attrarre un maggior numero di pazienti, dall'altro Dentalcoop, può trovare benefici, se pur minori, dall'adozione di tecniche tipiche di uno studio tradizionale unicamente se queste sono attuate a livello locale e non pensando al network nella sua totalità.

BIBLIOGRAFIA

ANDI (2020) *Documento Valutazione Rischi Covid-19*

ANDI (2020) *Indicazione operative per l'attività odontoiatrica durante la fase 2 della pandemia COVID-19*
https://www.salute.gov.it/imgs/C_17_pubblicazioni_2917_allegato.pdf

ANDI (2020) *L'impatto Covid-19 sulla Odontoiatria: l'analisi Congiunturale 2020 del Centro Studi ANDI*
<https://www.andi.it/limpatto-covid-19-sulla-odontoiatria-lanalisi-congiunturale-2020-del-centro-studi-andi/>

Cortese F. (2016) *Catene, grandi centri, low-cost: analisi dell'odontoiatria di capitale*, DentalAcademy
<http://www.dentaljournal.it/catene-grandi-centri-low-cost-analisi-odontoiatria-capitale/>

Dentalcoop <https://www.dentalcoop.it/>

Dentista sul web (2017) *Dentalcoop: Opinioni e Prezzi dei Trattamenti – Sedi in Italia e Tariffe*
<https://www.dentistasulweb.com/dentalcoop/185>

D.l. 10 febbraio 2009, n.5 “*Misure urgenti a sostegno dei settori industriali in crisi*”, Art. 3, 4-ter

Dlgs. 09 aprile 2008, N.81/2008 Titolo III – “*Uso delle attrezzature di lavoro e dei dispositivi di protezione individuale*” - Capo II – “*Uso dei dispositivi di protezione individuale*”

DPCM 12 gennaio 2017 “*Definizione e aggiornamento dei livelli essenziali di assistenza, di cui all'articolo 1, comma 7, del decreto legislativo 30 dicembre 1992, n.502*”

ElveGroup – Organizzazione Studi Dentistici, *Quando Odontoiatria e Marketing si incontrano: il Marketing Odontoiatrico* <https://elvegroup.it/odontoiatria-e-marketing/>

Epicentro – Istituto Superiore di Sanità, “*Cure odontoiatriche e salute dei denti in Italia: il rapporto Istat 2005*” https://www.epicentro.iss.it/cavo_orale/istat2005

Fondazione ANDI onlus (2020) *Prevenzione dell'infezione da Covid-19 e misure di controllo per l'assistenza sanitaria primaria, compresi gli studi di medicina generale, gli ambulatori odontoiatrici e le farmacie: primo aggiornamento*, European Centre for Disease Prevention and Control
https://fondazioneandi.org/wp-content/uploads/2020/11/ECDC_RAPPORTO-OPERATIVO-COVID-19-def.pdf

Fontana F., Caroli M. (2017) *Economia e gestione delle imprese*, McGraw-Hill Education

Foresti L. (2016) *Sei ragioni contro e 5 pro, per capire come stanno le cose tra mercato e dentisti*, Il Sole 24 ore <https://www.econopoly.ilsole24ore.com/2016/01/29/sei-ragioni-contro-e-5-pro-per-capire-come-stanno-le-cose-tra-mercato-e-dentisti/>

Grassi A. (2016) *I sette elementi che determinano il successo di uno studio dentistico e una situazione di profitto sostenibile*, Dental Cadmos, Odontoiatria 33

<http://www.odontoiatria33.it/cont/pubblica/riviste/contenuti/10836/sette-elementi-determinano-successo-studio-dentistico-situazione-21065all1.pdf>

Key-Stone (2016) *Gli italiani non discriminano le catene odontoiatriche: ciò che conta è la qualità del dentista* <https://www.key-stone.it/gli-italiani-non-discriminano-le-catene-odontoiatriche-cio-conta-la-qualita-del-dentista/>

Kotler P., Keller K., Ancarani F. (2016) *Marketing Management*, Pearson

Legge 4 agosto 2006, n.248 “*Conversione in legge, con modificazioni, del decreto-legge 4 luglio 2006, n. 223, recante disposizioni urgenti per il rilancio economico e sociale, per il contenimento e la razionalizzazione della spesa pubblica, nonché interventi in materia di entrate e di contrasto all'evasione fiscale*” – Titolo I, Art. 2

Legge 30 dicembre 2018, n.145 “*Bilancio di previsione dello Stato per l'anno finanziario 2019 e bilancio pluriennale per il triennio 2019-2021*”

Odontoiatria 33 (2019) *Spesa sanitaria, indagine Altroconsumo: famiglie italiane in difficoltà nell'affrontare non solo le cure odontoiatriche* <http://www.odontoiatria33.it/inchieste/17975/spesa-sanitaria-indagine-altroconsumo-famiglie-italiane-in-difficolta-nell-affrontare-non-solo-le-cure-odontoiatriche.html>

Odontoiatria 33 (2020) *COVID-19 e la gestione dello studio odontoiatrico: prospettive economiche e operative* <http://www.odontoiatria33.it/approfondimenti/20179/covid-19-e-la-gestione-dello-studio-odontoiatrico-prospettive-economiche-e-operative.html>

Quotidianosanità.it (2018). *Cure dentali cenerentola del servizio pubblico. Poche possibilità di assistenza nel Ssn e anche molte assicurazioni e fondi negano il dentista. Non resta che pagarsele da soli. I dati Istat* http://www.quotidianosanita.it/studi-e-analisi/articolo.php?articolo_id=57905

Rapporto Osserva salute (2009). *Cure odontoiatriche* https://www.osservatoriosullasalute.it/wp-content/uploads/2016/10/ro-2009-arg-18_cure_odontoiatriche.pdf

Ries A., Trout J. (2016) *Il posizionamento. La battaglia per le vostre menti*, Anteprima Edizioni

Rosso R. (2020) *Coronavirus, la pandemia che toglie il sorriso: spesa in calo di (almeno) un miliardo*, Sanità 24, Il Sole 14 ore <https://www.sanita24.ilsole24ore.com/art/lavoro-e-professione/2020-10-23/coronavirus-pandemia-che-toglie-sorriso-spesa-calo-almeno-miliardo-095500.php?uuid=ADkMVox>

Rosso R. (2020) *C'è poco da ridere: incertezza economica e paura del contagio tolgono il sorriso agli italiani*, Key-Stone network <https://www.key-stone.it/ce-poco-da-ridere-incertezza-economica-e-paura-del-contagio-tolgono-il-sorriso-agli-italiani/>

Terzuolo A., Terzuolo U. (2018) A proposito di nuovi modelli organizzativi per lo studio odontoiatrico: la società tra professionisti (S.T.P.), Doctor OS <https://www.doctoros.it/rubriche/societa-tra-professionisti/>

Vassura G. (2014) *Il Dentista ed il Contratto di Rete*, Dentista Manager
<https://www.dentistamanager.it/contratto-di-rete/>

Vassura G. (2014) *Il Dentista ed il Condominio Professionale*, Dentista Manager
<https://www.dentistamanager.it/condominio-professionale/>

Vassura G. (2017) *Stp odontoiatrica: le tante ragioni del no*, Dentista Manager
<https://www.dentistamanager.it/stp-odontoiatrica-le-ragioni-del-no/>

Vassura G. (2017) *Condominio Odontoiatrico: aggregazione atipica tra dentisti*, Dentista Manager

Vassura G. (2020) *Analisi SWOT per battere i competitors in odontoiatria*, Dentista Manager
<https://www.dentistamanager.it/analisi-swot-per-battere-i-competitors-in-odontoiatria/>

Vassura G. (2020) *Asimmetria informativa nella relazione tra dentista e paziente*, Dentista Manager
<https://www.dentistamanager.it/asimmetria-informativa-dentista-paziente/>

