

OMCeo

NOTIZIARIO DELL'ORDINE DEI
MEDICI CHIRURGHI E DEGLI ODONTOIATRI
DELLA PROVINCIA DI VENEZIA

01.09

Anno LI - n. 01 del 15 gennaio 2009 - Euro 0,90
Sped. abb. post. 45% D.L. 353/2003
(conv. L. 46/2004) art. 1, comma 1, DR Venezia

**Elezioni per il rinnovo
del Consiglio dell'Ordine**

**Giornata del medico
e assemblea dell'Ordine**

**Ospedali Italiani:
quasi salvi in Europa**

**Documento CAO di Venezia
sulla tutela delle lavoratrici madri**

Fondo Sanità e Famigliari a carico

Novità fiscali 2009



ORDINE PROVINCIALE
DEI MEDICI CHIRURGHI E
DEGLI ODONTOIATRI
DI VENEZIA



ORDINE DEI MEDICI CHIRURGHI E DEGLI ODONTOIATRI DELLA PROVINCIA DI VENEZIA

2

Consiglio Direttivo

dott. MAURIZIO SCASSOLA (Presidente)
dott. SALVATORE RAMUSCELLO (Vice-Presidente)
dott. CATERINA BOSCOLO (Segretario)
dott. DAVIDE RONCALI (Tesoriere)
dott. PIERLUIGI ALLIBARDI
dott. MORENO BREDÀ
dott. GIUSEPPE COLLURA
dott. GELLI GIUSEPPE FABRIS
dott. GIOVANNI LEONI
dott. TIZIANA MARUSSO
dott. MALEK MEDIATI
dott. GIULIANO NICOLIN
dott. GABRIELE OPTALE
dott. PAOLO REGINI
dott. MORENO SCEVOLA
dott. MAURIZIO SINIGAGLIA
dott. COSIMO TOMASELLI

Collegio dei Revisori dei Conti

Effettivi

dott. RENATO FAMELI (Presidente)
dott. PASQUALE PICCIANO
dott. ANDREA BAGOLAN

Supplente

dott. ALBERTO COSSATO

Commissione per gli iscritti all'Albo Odontoiatri

dott. COSIMO TOMASELLI (Presidente)
dott. STEFANO AUGUSTO BERTO
dott. GABRIELE CRIVELLENTI
dott. GIULIANO NICOLIN
dott. PIETRO VALENTI



ORDINE PROVINCIALE
DEI MEDICI CHIRURGHI E
DEGLI ODONTOIATRI
DI VENEZIA

Anno LI - n. 01 del 15 gennaio 2009
Aut. Tribunale di Ve n. 239 - 31.1.1958

Direttore Editoriale
Maurizio Scassola

Direttore Responsabile
Franco Fabbro

Comitato di redazione
Maurizio Sinigaglia, Giuliano Sassi,
Giovanni Leoni, Michela Morando,
Antonio Lo Giudice, Cristiano Samuelli

Sede e Redazione
Via Mestrina, 86 - 30172 Mestre (VE)
Tel. 041.989479 - Fax 041.989663
info@ordinemedicivenezia.it

Editore
Mazzanti Editori s.r.l.
R.O.C. 11028

Progetto Grafico
Valentina Remigi

Stampa
Linea Grafica - Castelfranco Veneto (TV)

Concessionario di pubblicità
LYBRA ADV s.r.l.
Via delle Industrie, 19/B
30175 Venezia - Marghera
Tel. 041.5383576 - Fax 041.2529525

Chiuso in redazione il 15 gennaio 2009

04 Elezioni per il rinnovo
del Consiglio dell'Ordine
dei medici chirurghi e
odontoiatri

05 Un risultato elettorale
che gratifica e impegna

06 La gestione delle cattive
notizie e l'orizzonte
medico dell'odontoiatra

08 Giornata del medico e
assemblea dell'Ordine

13 Intervista alla neolaureata
dottorressa Silvia Cracco

14 Ospedalieri Italiani:
quasi salvi in Europa

15 Fondo Sanità e famigliari
a carico

16 La tutela delle
lavoratrici madri

22 La pubblicità
per le strutture sanitarie

23 Agopuntura: evidenze e
valutazione di efficacia

26 La nascita del Progetto
Rafiki-Pediatri per l'Africa

28 Regime fiscale agevolato per
le nuove iniziative imprendi-
toriali e di lavoro autonomo

30 Novità 2009

31 La Federspev e i nostri
incontri a livello ministeriale

Sommario

3

Elezioni per il rinnovo del Consiglio dell'Ordine dei medici chirurghi e odontoiatri

Nei giorni 13, 14 e 15 dicembre 2008 si sono svolte le elezioni per il rinnovo del Consiglio dell'Ordine dei medici chirurghi e odontoiatri della provincia di Venezia per il triennio 2009-2011. Presso i seggi di via Mestrina, 56 a Mestre si sono recati a votare 578 colleghi per i medici, 425 per gli odontoiatri e 971 per il collegio dei revisori dei conti. Questi i risultati.

Candidati Albo Medici Chirurghi, vengono eletti:

Scassola Maurizio	voti	420
Breda Moreno		413
Sinigaglia Maurizio		413
Ramuscello Salvatore		412
Boscolo Caterina		412
Roncali Davide		412
Scevola Moreno		412
Leoni Giovanni		410
Mediati Malek		408
Collura Giuseppe		407
Fabris Gelli Giuseppe		406
Allibardi Luigi		405
Regini Paolo		371
Marusso Tiziana		368
Optale Gabriele		360

Candidati Albo Odontoiatri, vengono eletti :

Nicolin Giuliano	voti	230
Tomaselli Cosimo		228
Berto Stefano Augusto		226
Valenti Pietro		218
Crivellenti Gabriele		215

Candidati Albo Revisori dei Conti effettivi, vengono eletti :

Fameli Renato	voti	603
Picciano Pasquale		596
Bagolan Andrea		562

Candidato Revisore dei Conti Supplente, viene eletto :

Cossato Alberto	voti	596
-----------------	------	-----

Il neoeletto Consiglio dell'Ordine dei medici chirurghi, riunitosi in data 22 dicembre, ha riconfermato Maurizio Scassola Presidente, Salvatore Ramuscello Vice Presidente, Caterina Boscolo Segretario e Davide Roncali tesoriere.

La Commissione per gli iscritti all'Albo degli Odontoiatri, riunitasi in data 22 dicembre ha nominato Cosimo Tomaselli Presidente e Pietro Valenti segretario.

Auguriamo a tutti gli eletti un buon triennio di lavoro.

Un risultato elettorale che gratifica e impegna

I risultati delle recenti elezioni hanno gratificato il lavoro svolto e permettono al Consiglio di continuare nel percorso già delineato e nella programmazione di nuove attività; contemporaneamente le elezioni della Commissione CAO ne hanno consolidato la leadership e aiuteranno la professione odontoiatrica a ritrovare uno “spirito comune”.

Così, grazie al Vostro voto, proseguiamo il cammino “insieme”. Cresce l'autorevolezza del nostro OMCeO attraverso una comunicazione sempre più efficace, solide relazioni istituzionali, la partecipazione attiva di molti iscritti.

Confermiamo che l'obiettivo prioritario, anche per il prossimo triennio, sarà la corretta comunicazione tra medico e medico e tra il medico e gli altri operatori della salute. Solo la consapevolezza dell'importanza di queste relazioni può permetterci di capire come il buon rapporto medico/persona nasce e si sviluppa nel contesto di un percorso complesso e multidisciplinare che obbliga tutti gli operatori a dialogare prioritariamente e strategicamente tra loro.

Continuiamo nel nostro percorso come cittadini competenti che hanno l'obbligo etico e professionale di intervenire nel dibattito comunitario proponendo riflessioni e soluzioni a “tutto campo” perché la salute è punto cardinale nella vita dell'uomo. Tra i grandi argomenti del nostro tempo il lavoro, anche alla luce delle drammatiche cronache quotidiane, rappresenta una assoluta emergenza.

Noi pensiamo che la sicurezza nel lavoro sia indicatore dello sviluppo sociale, civile e democratico di una Nazione. Dobbiamo “ricordare” a politici ed amministratori che i tempi, i modi ed i luoghi del lavoro sono i tempi, i modi e i luoghi della Salute.

Credo che il momento storico, politico, sociale ed economico ci obblighi a proporre costantemente questa riflessione. Abbiamo assoluto bisogno di grande partecipazione e di coraggio per ridisegnare il nostro futuro sviluppo “sostenibile” anche rivisitando i modelli organizzativi dei nostri ambiti lavorativi.



E' sotto questa logica che dobbiamo considerare il lavoro degli operatori sanitari come attività che condizionano la salute e la vita degli individui. E' questo il tempo della rivisitazione del “Sistema Lavoro”. Dobbiamo trovare strumenti e luoghi per la responsabilizzazione e per la partecipazione su questo tema; deve essere questo uno dei primi nostri impegni.

La aziendalizzazione del Sistema Sanitario non dovrà mai divenire aziendalizzazione della nostra vita! Dobbiamo imporre la logica della vera partecipazione nella gestione del SSNN.

Parlo del nostro lavoro perché dobbiamo partire da qui se vogliamo capirci e farci capire; dobbiamo incontrarci, confrontarci attraverso i rispettivi modelli organizzativi, parlare delle nostre “sofferenze” consolidando le nostre relazioni e comprendendo le difficoltà che affrontano quotidianamente

Editoriale

le varie aree della Professione. Una ricerca sui motivi del burn out professionale potrebbe portare un vero valore aggiunto nella riscoperta delle nostre comuni radici, nella condivisione di comuni obiettivi informativi, educativi e formativi.

Stiamo cercando di uscire dai nostri ambiti puramente tecnici per confrontarci nell'ambito più sociale e "politico" del percorso di cura alla Persona e dobbiamo cercare di superare la schematizzazione ospedale/territorio in una visione non frammentata ma globale e umanizzante del sistema assistenziale. La sicurezza e la qualità nel lavoro divengono sicurezza delle cure e assumono i caratteri dell'emergenza quando vediamo sorgere lobby che cercano di minare le basi stesse del "buon lavoro": un giusto luogo, un giusto tempo, un giusto riposo, una giusta retribuzione.

Ecco delineato il nostro percorso per il prossimo triennio: un confronto costante nella Professione per elaborare la rivisitazione del Sistema Assistenziale attraverso la lettura del mondo del lavoro in Sanità. Abbiamo una grande occasione nel nostro territorio provinciale che è data dal nuovo ospedale di Mestre che ci obbliga ad una visione nuova di organiz-

zazione del lavoro non solo a livello di struttura ospedaliera ma anche nelle sue ricadute sui modelli lavorativi ed organizzativi territoriali; anche qui abbiamo bisogno di una visione di insieme fluida, continua; dobbiamo sviluppare il filmato delle cure e non solo i singoli fotogrammi.

Abbiamo più volte sottolineato come questa "occasione" sia una "occasione forzata" perché nata su logiche di programmazione delle cure che parte dalle necessità organizzative dell'ospedale e non dai bisogni della persona! Con determinazione vogliamo comunque il confronto con la politica regionale; ci consideriamo "risorse", non spettatori, e consideriamo questa come una occasione di dialogo costruttivo con la programmazione regionale.

Il confronto tra noi e la politica sarà stringente anche alla luce della necessità di ridisegnare una vera integrazione tra le diverse strutture e di valorizzare le grandi professionalità che hanno caratterizzato la storia delle nostre Comunità provinciali.

Da queste riflessioni rilanciamo il nostro impegno!

Maurizio Scassola

La gestione delle cattive notizie e l'orizzonte medico dell'odontoiatria

Lil 13 Settembre 2008 si è svolto all'Ordine un incontro di aggiornamento sulla comunicazione medico-paziente e in particolare sulla comunicazione di una cattiva notizia, organizzato dalla Fondazione Ars Medica. La situazione emblematica oggetto dell'aggiornamento è il paziente in buona, o discretamente buona salute, al quale si deve comunicare l'esito di un accertamento diagnostico infausto.

L'introduzione del filosofo prof. Camillo Barbisan,

ha delineato l'orizzonte antropologico nel quale la situazione di cui sopra si colloca: la pietas greca (facendo riferimento all'Antigone di Sofocle), la sofferenza del Giusto (il libro di Giobbe della Bibbia), il superamento della malattia come colpa nel Vangelo. Il punto di svolta nella concezione della malattia è dato dall'insegnamento cristiano, che possiamo trovare in modo sintetico nella vicenda del cieco nato: a Gesù gli interlocutori domandano: di chi è la colpa per il fatto che è nato

cieco? sua o dei suoi genitori? Gesù risponde, né sua né dei suoi genitori, ma questa malattia è per la gloria di Dio.

Questa atteggiamento nei confronti della malattia, coniugatosi con la rivoluzione ippocratica, che ha sottratto la medicina alle pratiche magico-sacrali per consegnarla all'esperienza e alla ragione, ha consentito il nascere della medicina moderna; Barbisan ha ricordato che il primo esempio di ospedale lo dobbiamo ad un lebbroso del IV secolo, tale Zaccaria, vissuto a Costantinopoli.

Il venir meno della cultura che per secoli ha permeato l'Europa e che ha consentito appunto l'affermarsi della medicina come scienza e come prassi, mette ovviamente in crisi quello stesso modello, crisi di cui noi tutti ci rendiamo conto e di cui noi tutti ci lamentiamo.

Di fronte alla comunicazione di una cattiva notizia, la prima cosa che fa il nostro paziente-tipo è domandarsi di *chi è la colpa*.

Del medico che ha comunicato la diagnosi, perché l'ha comunicata prima al paziente che ai parenti o viceversa prima ai parenti, perché l'ha data in modo troppo diretto e brutale o viceversa troppo attenuata, perché l'ha data troppo presto o troppo tardi, nel suo ufficio o al letto del paziente, eccetera.

Oppure del medico che ha fatto la diagnosi, perché l'ha fatta troppo tardi o ha chiesto troppi esami o troppo pochi. Di colui che ha impostato o eseguito la terapia, di chi ha formulato la prognosi. Insomma, la domanda di duemila anni fa (di chi è la colpa perché costui è nato cieco) oggi è tornata di moda ed ha trovato una serie di risposte semi-automatiche.

Cosa c'entra tutto questo con l'odontoiatria? Anzitutto a noi capita spesso di dover dare brutte notizie, più spesso che ai medici in generale. Poi perché con il crescere dell'età media noi dovremo confrontarci sempre più con pazienti i quali, dal punto di vista odontoiatrico sarebbero suscettibili



di qualunque, o quasi, terapia, ma dal punto di vista generale e del buon senso, non lo sono. Come possiamo spiegare a questi pazienti che la speranza di vita che li attende è sproporzionata rispetto all'impegno di una riabilitazione complessa? In una società che rimuove in generale i limiti e nello specifico il limite della morte, nella quale colui che dà la cattiva notizia rischia di divenire il colpevole della notizia stessa, noi odontoiatri non possiamo sperare di chiamarci fuori da queste dinamiche.

Comprendere l'orizzonte che genera le problematiche citate è già un modo per risolverle. Ignorare questo orizzonte significa imboccare vie senza uscita. È chiaro che per quanto grande sia il ruolo della comunicazione medico paziente, la colpevolizzazione del medico non nasce da una insufficiente comunicazione, bensì da un diverso atteggiamento verso la malattia.

Sono pertanto stupito del fatto che, alla giornata di aggiornamento citata, gli odontoiatri presenti fossero molto pochi, ma anche che l'organizzazione non avesse pensato di coinvolgere anche noi.

L'odontoiatria è (ancora?) una specialità medica, la cura della persona è il nostro orizzonte professionale, e a nessuno, credo, conviene separare ciò che è unito.

Editoriale

Cosimo Tomaselli

7

Giornata del medico e assemblea dell'Ordine

8

“Oggi è una giornata di vera festa per tutti noi medici, poiché celebriamo assieme, in un abbraccio transgenerazionale, i 50 anni di laurea e il giuramento dei giovani colleghi neolaureati”. Con queste parole il Presidente dell'Ordine dei medici chirurghi e odontoiatri di Venezia, Maurizio Scassola, ha dato inizio alla “Giornata del medico” svoltasi sabato 29 novembre presso la sede di via Mestrina a Mestre.

Si è poi passati alle premiazioni dei colleghi con 50 anni di laurea. Con caloroso affetto 22 colleghi hanno ricevuto, tra gli applausi dell'assemblea, la medaglia d'oro commemorativa.

Dopo un breve momento di festa con brindisi e scambio di saluti, si è tornati in sala convegni per la cerimonia del giuramento dei medici neolaureati, per il passaggio del testimone ai giovani.

Il presidente Maurizio Scassola ha sottolineato



Ma oggi è anche la festa di un triennio che si chiude – ha proseguito Scassola – è un saluto che vuol essere un arrivederci perché vogliamo tornare a lavorare. È una giornata di richiamo alla responsabilità del nostro essere medici e di orgoglio di appartenenza. In questo momento di crisi diffusa, anche il medico è alla ricerca di un nuovo ruolo, viviamo un momento di sofferenza ma anche di grandi opportunità. Il vero valore che dobbiamo riproporre è innanzitutto quello medico-medico, poiché oggi non ci parliamo tra colleghi o peggio, talvolta, ci screditiamo tra noi.

In questo momento di svolta c'è invece bisogno dei medici anziani e dei giovani e di dimostrare di essere cittadini competenti. Rivolgendosi ai colleghi “anziani” Scassola si è congratulato con molti di loro che sono ancora attivi o che si impegnano nel volontariato; infine ha rivolto un pensiero di gratitudine alle nostre famiglie, poiché spesso è attraverso il loro sacrificio che possiamo svolgere al meglio la nostra professione.

come questo rappresenti il momento della continuità della trasmissione dei valori. Oggi assistiamo alla tendenza alla super specializzazione medica, è necessario invece non chiudersi nella propria





posizione ma aprirsi al contatto con la società, con la comunità. Stiamo perdendo la relazione con la società. Abbiamo invece un ruolo sociale di cittadino competente; ci si confronta, si propongono valori individuali e di categoria, la super specialità non ci protegge, non ci aiuta, bisogna aprirsi alla società

Aumentano i contenziosi perché il medico si abbarbica, si nasconde, si difende dietro alla super specializzazione, tecnica perfetta ma carente proprio nella comunicazione con il paziente, con la società. La cerimonia del giuramento di Ippocrate rappresenta la continuità generazionale, quella trasmissione di valori che non vengono cambiati dalla tecnologia. A conclusione del suo intervento il Presidente Maurizio Scassola ha rivolto un accorato invito ai giovani neolaureati: lavorate per migliorare l'Ordine dei medici di Venezia, entrate per cambiarlo, fate sentire la freschezza delle vostre idee! La professione è sempre più rosa (a giurare infatti c'erano 14 donne e 6 uomini) però gli Ordini dei medici sono pieni di maschi; è la forza dei maschi – si è chiesto Scassola – o mancanza di coraggio delle donne? Infine ha ricordato come l'Ordine dei medici di Venezia si sia impegnato a lavorare sull'organizzazione del lavoro delle donne medico (già gravate da molteplici incarichi).

Ha poi preso la parola il Vice presidente, Salvatore Ramuscello che ha ricordato l'impegno dell'Ordine di Venezia col progetto giovani, che ha affrontato il problema di inizio carriera; ora che ci sono meno difficoltà nel trovare lavoro – ha detto Ramuscello rivolgendosi ai giovani neolaureati – auspico una vostra presenza all'Ordine su argomenti che vi riguardano e non solo. È necessario un ricambio generazionale.

L'unica arma di difesa dagli attacchi quotidiani è guardare al codice deontologico. Puoi sbagliare una diagnosi – ha affermato Ramuscello – ma non puoi andare contro il codice deontologico poiché la società questo non lo accetta. L'Ordine ha una commissione disciplinare e sono dolori se il comportamento non è stato etico. Bisogna tutelare non tanto il medico che va sotto commissione, bensì i medici che lavorano bene! Difendere chi rispetta il Codice Deontologico (una copia è stata consegnata a tutti i medici neolaureati presenti) e viene invischiato dal giudizio popolare. Il Vice presidente ha poi ricordato il grande impegno profuso dall'Omceo di Venezia per la realizzazione del congresso del GIPEF e della COMEM all'isola di San Servolo. Il convegno, che ha visto la partecipazione di 25 delegazioni degli ordini dei medici europei e del bacino sud del mediterraneo, ha evidenziato come il numero dei medici stia diminuendo in tutta Europa, mancherà in futuro una presenza adeguata (soprattutto in Gran Bretagna e Spagna); già ora si assiste all'apertura ai medici provenienti dall'Est-Europa e dal medio-oriente. Sono colleghi però con curricula diversi da quelli europei e su questo si dovrà vigilare. Altri problemi che si prospettano nel nostro immediato futuro, secondo Ramuscello, sono l'e-learning e l'e-medicine.

Nel suo intervento il Presidente della Commissione Albo Odontoiatri, Cosimo Tomaselli, ha sottolineato con forza il concetto di orgoglio di essere odontoiatri e di rappresentare l'ultimo baluardo della libera professione in medicina. Secondo Tomaselli infatti il medico ospedaliero e quello di famiglia rispondono al paziente e alla Aulss, l'odontoiatra è l'unico professionista che ha un rapporto diretto col paziente.

Si è poi passati alla cerimonia del Giuramento di Ippocrate, letto dalla più giovane neolaureata, la dottoressa Silvia Cracco.

Alla solennità del momento ha fatto poi seguito un caloroso rinfresco.

tusiasmo che lo contraddistingue, ha ribadito come quest'Ordine ha cominciato a veleggiare, è super stimolato su tutte le problematiche. Siamo ora credibili e ascoltati, ha affermato. Ha ricordato il successo del Convegno del Gipef/Comem e i



Alle ore 14:00, sempre nella sede dell'Ordine di via Mestrina, si è tenuta l'Assemblea annuale degli iscritti all'Ordine dei medici chirurghi e Odontoiatri di Venezia. Questa la sintesi degli interventi.



Oggi è stata una giornata di festa, ha ripreso Scassola, 50 anni di laurea e giuramento dei giovani, nel segno della continuità. Il Consiglio dell'Ordine è in scadenza, si chiude un triennio durante il

quale l'Ordine ha cercato la presenza nel territorio, nei laboratori permanenti (soprattutto Mirano), ha puntato sul vero senso del ritrovarsi della categoria. Scassola ha ringraziato tutto il Consiglio, che ha lavorato per ritrovare l'orgoglio di appartenenza/autorevolezza e per l'apertura al civile, affinché il medico oggi divenga un cittadino competente. Il presidente ha poi ricordato all'assemblea la straordinaria esperienza del Gipef e Comem, l'apertura internazionale del nostro Ordine. Ha fatto i complimenti alla Commissione Albo Odontoiatri perché ha agito costantemente in difesa della autonomia professionale e per le attività di aggiornamento sempre partecipatissime dagli odontoiatri.

Il Vice presidente Salvatore Ramuscello, con l'en-

documenti sull'orario di lavoro del medico – il cosiddetto “ documento di Venezia” (*vedi testo sul Notiziario 5 ovvero 48 ore/settimanali, riposo di 11 ore dopo turno notturno, no all'opt/out e successivo intervento a pagina 14*) – e il documento sui diritti dei pazienti transfrontalieri (scelgo e pago chi voglio, mentre in Inghilterra è il contrario).



Ramuscello ha poi affrontato il problema del calo del numero dei medici e dello scarso ricambio, da addebitarsi al numero chiuso all'Università. Al prossimo Consiglio si dovrà discutere su

e-learning (insegnamento a distanza, vantaggi e svantaggi) ma soprattutto su e-medicine, ben più pericoloso e serio. Già oggi esistono dei siti consultabili in internet (ad es. www.telerays.org) che offrono – a basso costo – tele-refertazione di immagini radiologiche digitali. In Gran Bretagna, ha affermato Salvatore Ramuscello, gli ospedali non assumono più radiologi, poiché è più economico inviare le radiografie digitali in India o chissà dove. E alla porta ci sono tele oftalmologi e tele dermatologi... Dobbiamo tenerci pronti a ragionare anche su questo e a portare le nostre osservazioni.

Il tesoriere Davide Roncali ha presentato all'atten-

zione dell'assemblea i bilanci per la discussione e l'approvazione. Il vostro scribe, per evitarvi indigestione di numeri, vi riassume questi pochi dati. L'Ordine dei medici di Venezia conta oltre 4.000 iscritti, 700 nell'albo odontoiatri, 400 con doppia iscrizione. Le quote di iscrizione all'Ordine garantiscono entrate per circa 600.000 euro/anno; 90.000



euro vanno alla FNOMCeO e 10.000 in tasse. Restano 500.000 euro. Il dottor Roncali ha presentato all'assemblea il bilancio consuntivo del 2007 (2° anno di questo Consiglio):

vi sono state spese maggiori per una segreteria in più e per i convegni di Chioggia, S. Donà e Mirano; infine l'aumento della quota da versare alla FNOMCeO (5 euro a iscritto). Il bilancio consuntivo è stato approvato all'unanimità. Si è poi votato sulle variazioni al bilancio preventivo 2008 (la spesa di oltre 10.000 euro per il Gipef). Il tesoriere ha poi ricordato che l'Omceo di Venezia ha accantonato un fondo pari a 180.000 euro. La variazione del bilancio è stata approvata dall'assemblea con un solo astenuto.

Infine è stato posto in votazione il bilancio preventivo 2009; pur essendo, ha detto Roncali, un Consiglio in scadenza siamo costretti a presentarlo. È comunque un bilancio in continuità con l'attuale impegno dell'Ordine. Il bilancio preventivo 2009 è stato approvato dall'assemblea con un solo astenuto.

Nel ripercorrere il triennio di lavoro testé concluso, il Presidente della Commissione Albo Odontoiatri, Cosimo Tomaselli, ha ricordato come la CAO ha dovuto subito affrontare il Decreto Bersani, soprattutto nella parte che riguarda l'abolizione del divieto di pubblicità (perdita di controllo della pubblicità da parte dell'Ordine; art.22 DL 4.7.2006, n° 223).

Bisogna rimettere alcuni paletti, ha affermato con determinazione Tomaselli. Un secondo motivo di grande impegno per la CAO di Venezia è stata la legge di autorizzazione sanitaria (L.R. 22/2002). In due parole: la Regione Veneto legifera su livelli di prestazioni che non può garantire. L'intervento della CAO è avvenuto a tutti i livelli, Comuni, Aulss, Magistratura: abbiamo vinto su tutti i livel-

li, ha affermato Tomaselli. Ultimo "successo": la costituzione di una commissione tecnica per l'applicazione della legge regionale 22/2002. Prospettive: secondo Tomaselli



è necessario difendere la libera professione e la sua etica (lotta al low cost), la qualità della formazione e promuovere il lavoro in rete (web) per superare la solitudine che caratterizza la professione odontoiatrica.

È stata poi la volta della relazione del Segretario, dottoressa Caterina Boscolo; di seguito il testo completo della sua relazione.

“Come segretario ho proseguito la mia attività istituzionale, oramai consolidata dopo due anni di mandato.

Con la segreteria dell'Ordine ho continuato il lavoro di front office, affiancando il personale nel rapporto diretto con gli iscritti e con le loro problematiche quotidiane, rispondendo a quesiti sull'esercizio dell'attività professionale, la deontologia, la pubblicità dell'informazione sanitaria.

Con particolare riferimento a quest'ultima tematica, insieme agli altri componenti della Commissione Pubblicità (i colleghi Berto, Fabris e Mediatì) abbiamo lavorato per approfondire e rendere efficace l'applicazione delle linee guida sulla pubblicità sanitaria del codice di deontologia, scaturite a seguito dell'abrogazione parziale della legge 175/92, ad oltre un anno dall'entrata in vigore della legge 248/06 ed anche alla luce del documento interpretativo da noi formulato lo scorso anno.

Questo lavoro è poi confluito in un'attività della Federazione Regionale degli OMCeO. In effetti, stante le difficoltà interpretative causate da una normativa parziale e lacunosa, è stato istituito un tavolo tecnico con vari rappresentanti delle commissioni pubblicità degli Ordini del Veneto, con i quali ci siamo a lungo confrontati per produrre un documento unico, che dia omogeneità quanto meno regionale all'applicazione delle vigenti normative in tema di pubblicità dell'informazione sanitaria. Anche la modulistica è stata resa uniforme e con l'anno nuovo questo documento sarà disponibile per tutti gli iscritti.



Particolarmente lacunosa e difficile da affrontare è stata la parte riguardante le strutture sanitarie, che in un primo momento proprio su indicazione della FNOMCeO era ricaduta a pieno titolo nella legge

Bersani, anche per le interpretazioni avute nel merito dallo stesso Ministero della Salute. Con una recente comunicazione, però, lo stesso Ministero ha dato una differente impostazione alla materia, ritenendo le strutture sanitarie escluse dalla nuova normazione ed ancora pienamente ricadenti nella legge 175/92. Purtroppo, questa disomogenea e contraddittoria interpretazione ha creato ulteriore confusione in una normativa che già di per se presenta difficoltà applicative e di riorganizzazione. Sicuramente un impegno futuro per questo OMCeO sarà rappresentato dal rendere snelle, omogenee e fruibili per gli iscritti le modalità e gli adempimenti necessari.

Anche quest'anno sono proseguiti i lavori di ristrutturazione della sede, con la messa a norma dell'impianto di riscaldamento e condizionamento e la verifica complessiva del sistema di pompe di drenaggio in uso nella sede.

È poi emerso in maniera abbastanza evidente il problema della messa in sicurezza della sede; a tal fine è stato scelto di installare grate alle finestre più nascoste, nella parte posteriore della sede, che rappresentano un punto debole, facilmente violabile. Oltre a ciò verrà associato, entro la fine dell'anno, un sistema di videosorveglianza che dovrebbe completare la messa in sicurezza.

Con la Commissione Pari Opportunità dell'ordine abbiamo continuato il nostro lavoro per la predisposizione del documento di accoglienza degli iscritti, che è stato completato e per l'inizio del 2009 sarà a disposizione di tutti. Le informazioni contenute dovrebbero aiutare i giovani medici, e chiunque voglia avere una visione di insieme, ad avere un quadro chiaro sulle varie tipologie professionali del medico e dell'odontoiatra, con precisi riferimenti normativi ed indicazioni concrete. Mi auguro che questo diventi uno strumento utile a tutti i colleghi ed una carta di presentazione per l'Ordine che vuole essere presente per i medici suoi iscritti.

Durante questo anno è proseguita l'attività di formazione dell'Ordine, che affiancandosi alla Fondazione Ars Medica, ha prodotto eventi significativi ed importanti per la nostra provincia. In particolare vi è stato un grosso lavoro per l'organizzazione del Meeting Internazionale GIPEF-COMEM, tenutosi a Venezia, presso l'isola di S. Servolo nei giorni 2-3-4 ottobre 2008. La segreteria dell'Ordine ha affiancato sul campo l'ufficio estero della FNOMCeO, curando tutta la parte logistica sia residenziale che congressuale dell'evento. È stato un lavoro importante e significativo che mi ha impegnato come segretario.

All'evento hanno partecipato 27 delegazioni europee e internazionali, dell'area mediterranea. Durante le giornate hanno partecipato ai lavori dalle 60 alle 150 persone a seconda dell'attività. È stata un'esperienza nuova per la segreteria che con questo evento ha sicuramente testato le proprie capacità ed ha acquisito un'importante esperienza formativa. L'augurio è che questo sia stato un trampolino di lancio per i progetti futuri di questo Ordine.

Durante l'anno ho curato con la segreteria l'organizzazione e la verbalizzazione di n. 12 Consigli Direttivi e 11 Commissioni Mediche, 23 convegni il cui elenco è apparso sul notiziario 05/08, ciclo dei seminari del giovedì.

Mancano 31 giorni alla fine del mio mandato, è doveroso per me ringraziare tutti i consiglieri per la partecipazione attiva il Presidente Maurizio Scassola, il Presidente Cao Cosimo Tomaselli, che mi hanno sempre sostenuta, le signore della segreteria per la preziosa collaborazione, la d.ssa Carla Carli nostro funzionario, l'avv. Zancani ed il dott. Cagnin per la grande disponibilità offertami.

A conclusione dell'assemblea le dottoresse Blundetto e Angonese hanno presentato il documento di accoglienza elaborato dalla Commissione Pari Opportunità dell'Ordine dei medici di Venezia. Il documento pone grande attenzione al problema della professione visto dalla parte delle donne e suggerisce opportunità professionali per i giovani, notizie su sigle sindacali e carta dei servizi.

Il presidente Maurizio Scassola a conclusione dell'assemblea ha premiato la dottoressa Caterina Boscolo per le energie profuse senza risparmio in questo triennio e ha ringraziato calorosamente la dottoressa Carla Carli, la signora Rossella e il nostro commercialista, dott. Piero Cagnin.

Intervista alla neolaureata dottorssa Silvia Cracco

Che percorso di studi hai fatto?

“Ho studiato al liceo classico ‘G. Marconi’ di Portogruaro, diplomata nel 2001 con 100/100. Ho frequentato l’Università di Udine, mi sono laureata il 15 ottobre 2007 con 110/110 e lode”.

Quali motivazioni ti hanno spinto a scegliere medicina?

“Ho scelto di fare medicina più o meno ai tempi delle medie, sono una persona determinata e quindi ho sempre avuto le idee chiare. La motivazione principale era quella di poter fare del bene a qualcuno, la mia prima idea era infatti quella di laurearmi, specializzarmi e partire per l’Africa, dove tante persone, perlopiù bambini, muoiono ogni giorno. Poi con gli anni le cose cambiano, si cresce e si pensa a farsi una famiglia, dei figli, però mi è sempre rimasta la voglia di fare un’esperienza del genere”.

Come valuti l’esperienza universitaria? Sei stata seguita dai docenti? Il corso di studi era di buon livello? Hai fatto abbastanza pratica sul malato?

“Come in tutte le università, ci sono state le cose positive e negative. A Udine, essendo un’università nuova ed essendo gli iscritti a medicina relativamente pochi, circa 80 l’anno, gli studenti sono abbastanza seguiti, la maggior parte dei docenti sono seri e all’altezza, molti sanno trasmettere la passione per la loro disciplina, molti si limitano a leggere le diapositive. In generale sono tutti disponibili all’ascolto e al confronto. Le strutture sono ben attrezzate. La maggior parte dei tirocini li abbiamo fatti nelle strutture dell’università, dove non sempre i reparti sono grandi e pieni di pazienti, anzi, poi ovviamente bisogna rispettare le gerarchie – direttori, strutturati, specializzandi – e non sempre si viene calcolati come si spererebbe; dipende anche un po’ dalle persone, perché se ad uno interessa una disciplina, si propone e gli fanno fare, un altro non è interessato se ne sta in un angolo e non impara niente; anche per me è valsa la stessa regola, perché essendo stata sempre più propensa alle discipline chirurgiche, quando c’era da fare qualcosa di



La dott.ssa Silvia Cracco legge
il giuramento di Ippocrate

manuale, frequentare reparti chirurgici ed andare in sala operatoria ero sempre la prima a propormi, ma anche se le discipline mediche non mi attiravano tantissimo ho sempre comunque cercato di ricavare il più possibile dalla pratica, perché tante cose si possono studiare anni sui libri, ma se non si vedono mai fare o non si fanno non si imparano mai, tipo l’anatomia e la chirurgia stessa. Nel complesso, credo di essere stata abbastanza fortunata, perché so di università in Italia dove i malati li vedono solo con il binocolo!”

Hai intenzione di specializzarti ?

“Mi sto già specializzando, da marzo 2008, in chirurgia plastica e ricostruttiva presso l’università di Udine, con sede operativa principale a Gemona del Friuli ma anche a Udine e a Cividale”.

Come immagini il tuo futuro di medico?

“Innanzitutto mi specializzerò, spero nel frattempo di poter fare un’esperienza anche all’estero – la nostra clinica ce lo permette – ma il mio sogno sarebbe andare per un periodo negli Stati Uniti; una volta specializzata spero di trovare un posto di lavoro, ma certo in questo momento non si possono fare progetti a lungo termine; la cosa più importante è che spero di riuscire a mettere le mie conoscenze e competenze a servizio delle persone che ne hanno bisogno...”.

Attività
dell’Ordine

Ospedalieri italiani: quasi salvi in Europa

Una notizia passata in sordina nei giorni scorsi è quella che EurActive.com, agenzia di informazione della Comunità Europea, ha intitolato: "Il Parlamento Europeo dà il cartellino rosso all'opt-out sul tempo di lavoro".

La notizia peraltro è stata data anche con toni enfaticizzanti: "Il Parlamento Europeo ieri, 17 Dicembre 2008 ha votato la rottamazione dell'opt-out, riaffermando il divieto di una media



lavorativa superiore a 48 ore settimanali calcolate sulla media di 4 mesi, in aperto conflitto con un gruppo di Stati Membri guidati dal Regno Unito."

La crisi dei Paesi Europei sulla Direttiva sul tempo di lavoro, conosciuta come EDWT (European Directive Working Time) nasce già al momento della sua approvazione nel 1993. Da allora il Regno Unito, in compagnia di alcuni altri Stati Membri avevano contestato il valore max di 48 ore indicando in 60-65 ore la quota corretta. Nel 2004 la Commissione Europea aveva identificato una sorta di compromesso nel sistema di opt-out. Secondo questa regola, il lavoratore dipendente,

quindi anche il medico, può al momento della firma del contratto nel caso di prima assunzione o durante la sua vita lavorativa se già assunto, decidere se lavorare con il limite di 48 ore o oltre. Negli ultimi 2 anni la FNOMCeO si è battuta contro questa norma. L'OMCeO di Venezia in questa battaglia ha svolto un ruolo importante sia nella difesa del diritto all'interno della UEMS (Unione dei Medici Specialisti Europei) di cui abbiamo l'incarico di Capodelegazione contro i paesi anglofoni e del nord Europa, sia all'interno dell'ultimo incontro internazionale del GIPEF (Grecia, Italia, Portogallo, Spagna e Francia) dello scorso ottobre dove è stato firmato un documento che ha pesato molto sulla componente politica di questi Stati al momento del voto. La votazione finale al Parlamento Europeo è stata di 421 contrari e 273 favorevoli e pertanto il limite superiore a 48 ore e l'opt-out non sono sati confermati.

Ora manca l'ultimo tassello che è la Camera di Conciliazione perché in Europa quando una proposta votata dalla Commissione è respinta dal Parlamento si passa per questa Camera. Per il momento comunque la situazione è bloccata ed i nostri politici nazionali devono aspettare ancora prima di mettere mano al nostro contratto. La vecchia cara Inghilterra invece, se vuole evitare ritorsioni deve mettere mano subito al portafoglio per circa 67 milioni di sterline entro il 2020 per riorganizzare il proprio sistema sanitario. Una somma questa che il nostro Stato al pari di altri paga già e che invece il Regno Unito risparmiava facendo finta di avere un maggior controllo della spesa pubblica. I parametri di Maastricht devono essere uguali e validi per tutti.

L'ultima considerazione da fare è che la sicurezza sul lavoro, la sicurezza delle cure, la conciliazione del lavoro con la famiglia è stata garantita. Abbiamo corso un bel rischio. Nei prossimi giorni cercheremo di capire come hanno votato i Parlamentari Europei di casa nostra.

Salvatore Ramuscello

FondoSanità e familiari a carico

Vi abbiamo presentato recentemente, su questo bollettino, FondoSanità, il fondo pensione complementare chiuso per i professionisti del mondo sanitario: credo che l'argomento in questo periodo sia di estremo interesse, e sono anche convinto che questo Fondo sia per noi estremamente conveniente. Qualunque cosa non vi sia chiara di quell'intervento, siamo prontissimi per ogni delucidazione. Un aspetto che, a mio parere, riveste un valore socialmente molto rilevante, e che rischia di passare sotto silenzio, è la possibilità di iscrivere familiari fiscalmente a carico; in pratica possono essere iscritti a questo fondo, con una loro posizione, i nostri familiari che non hanno reddito proprio.

Mi è piaciuta molto questa possibilità, in particolare in relazione ai figli, perché saranno loro ad avere maggiormente bisogno di una copertura previdenziale più ampia, dato che in futuro la pensione obbligatoria sarà sempre più "debole". Ho cercato di approfondire il concetto, e lo voglio condividere con voi; lo faccio utilizzando un immaginario figlio di medico, studente, che non sa ancora cosa farà in futuro.

Se inizio da oggi ad iscriverlo a FondoSanità, oltre che "mettergli da parte" un piccolo capitale che negli anni potrà rendere (le borse prima o poi riprenderanno, ed i giovani sono quelli che, con un orizzonte temporale lungo hanno da guadagnare di più da un investimento in azioni), gli procuro anche una notevole anzianità di iscrizione alla previdenza complementare. E questa anzianità si tramuterà poi in risparmio ulteriore, perché la sua rendita vitalizia sarà tassata al massimo al 15%, ma scenderà al 9% con l'aumentare degli anni di iscrizione al fondo.

Una domanda subito: ma se non eserciterà una



professione sanitaria? Nessun problema, perché come anche noi possiamo trasferirci da FondoSanità ad altro Fondo, anche mio figlio, quando inizierà la carriera di lavoratore, potrà spostare il suo capitale e la sua anzianità nel suo fondo di categoria, o, se preferirà, in un fondo aperto

Da parte mia credo che questa possa essere una buona idea per un bel regalo di Natale, oltretutto deducibile dal mio reddito!

Moreno Breda

Attività
dell'Ordine

La tutela delle lavoratrici madri

Il documento che viene di seguito presentato è il risultato di un lavoro che la CAO di Venezia ha voluto intraprendere a seguito di alcune segnalazioni portate da colleghi all'attenzione dell'Ordine.

La tutela della gravidanza e della maternità nell'attività professionale del medico e dell'odontoiatra e dei propri collaboratori, è sicuramente un argomento importante e meritorio, che richiede tutta l'attenzione di questa istituzione. Occorre indirizzare i colleghi ai corretti adempimenti e sensibilizzarli a considerare questo momento della vita di una donna, così delicato ed importante, in armonia con i doveri etici e deontologici che tanto ci stanno a cuore.

Mi auguro che possa essere uno strumento utile e significativo, che mettiamo a disposizione di tutti i nostri iscritti con soddisfazione.

Maurizio Scassola

L'odontoiatria è l'unica specialità medica esercitata nella stragrande maggioranza in forma libero professionale, il che comporta a carico dell'odontoiatra tutte le incombenze del datore di lavoro nell'eventualità appunto che scelga di esercitare con l'ausilio di personale dipendente. Per ragioni storiche e socio-demografiche la gran parte dei dipendenti degli studi odontoiatrici sono donne in età feconda. Perciò l'osservanza della normativa per quel che riguarda la tutela della gravidanza nel personale dipendente tocca da vicino tutta la nostra professione.

La Commissione Odontoiatri di Venezia ha constatato appunto per quanto riguarda l'applicazione di questa normativa l'esistenza di interpretazioni estremamente variabili ad opera dei vari uffici ed organismi di volta in volta competenti. In questo proliferare di punti di vista abbiamo ritenuto opportuno effettuare una sintesi della normativa di riferimento e proporre alcune linee guida per la valutazione dei rischi connessi con l'attività odontoiatrica.

Speriamo che il lavoro da noi svolto possa essere utile per i colleghi semplificando lo svolgimento delle attività loro richieste, ma anche per gli organi di controllo che possono cercare un confronto sull'applicazione della normativa allo specifico dell'attività odontoiatrica.

**Carla Carli
Andrea Lorusso
Cosimo Tomaselli**

La normativa di riferimento

La tutela delle lavoratrici madri è regolata da un complesso quadro normativo, volto alla difesa della salute e della sicurezza del lavoratore. Partendo dai principi costituzionali e seguendo la gerarchia della fonti, le principali norme sono le seguenti:

- **art. 32 della Costituzione italiana:** "la Repubblica tutela la salute come fondamentale diritto dell'individuo e interesse della collettività...";
- **art. 41 della Costituzione italiana:** "L'iniziativa

economica e privata è libera. Non può svolgersi in contrasto con l'utilità sociale o in modo da arrecare danno alla sicurezza, alla libertà, alla dignità umana...";

- **art. 2087 del Codice Civile:** "L'imprenditore è tenuto ad adottare nell'esercizio dell'impresa le misure che, secondo la particolarità del lavoro, l'esperienza e la tecnica, sono necessarie a tutelare l'integrità fisica e la personalità morale dei prestatori di lavoro";

- **DPR 547 del 27/04/1955** "Norme per la prevenzione degli infortuni sul lavoro";

- **DPR 303 del 19/03/1956** "Norme generali per l'igiene del lavoro";

• **D. Lgs. 09 aprile 2008 “Testo Unico” sulla salute e sicurezza delle lavoratrici e dei lavoratori, che sostituisce il d.lgs. n. 626/94** (“attuazione delle direttive 89/391/CEE, 89/654/CEE, 89/655/CEE, 89/656/CEE, 90/269/CEE, 90/270/CEE, 90/394/CEE, 90/679/CEE, 93/88/CEE, 95/63/CE, 97/42/CE, 98/24/CE, 99/38/CE, 99/92/CE, 2001/45/CE riguardanti il miglioramento della sicurezza e della salute dei lavoratori durante il lavoro”). Questo testo di recente pubblicazione dovrebbe rappresentare la somma delle varie e complesse normative che si sono succedute nel tempo, al fine di dare omogeneità ad una normativa disomogenea e confusa. Nella realtà rafforza le tutele del lavoratore in maniera molto incisiva.

Le misure generali per la protezione della salute e per la sicurezza dei lavoratori si possono elencare come segue:

- a) valutazione dei rischi
- b) eliminazione dei rischi e, ove non possibile, riduzione al minimo
- c) riduzione dei rischi alla fonte
- d) programmazione della prevenzione
- e) sostituzione di ciò che è pericoloso con ciò che non lo è o lo è meno
- f) rispetto dei principi ergonomici
- g) priorità delle misure di protezione collettiva
- h) limitazione dei lavoratori esposti
- i) utilizzo limitato degli agenti chimici, fisici e biologici
- l) controllo sanitario per i rischi specifici
- m) allontanamento del lavoratore dal rischio per motivi sanitari
- n) misure igieniche
- o) misure di protezione collettiva e individuale
- p) misure di emergenza
- q) uso di segnali di avvertimento e di sicurezza
- r) regolare manutenzione di impianti, attrezzature
- s) informazione, formazione, consultazione dei lavoratori o dei loro RLS
- t) istruzioni adeguate ai lavoratori.

Con particolare riferimento alla **valutazione del rischio**, nel nuovo decreto legislativo essa diviene ancor più elemento cardine del sistema di prevenzione e quindi obbligo indelegabile del datore di lavoro, cui compete non solo la responsabilità per l'effettuazione del processo di valutazione, ma anche l'elaborazione del documento di valutazione dei rischi (DVR). (art. 17, comma 1 lett. a).

Inoltre, la valutazione dei rischi comporta l'individuazione di tutti i possibili pericoli fonte di rischio per la sicurezza e la salute dei lavoratori,

l'identificazione dei lavoratori potenzialmente esposti a rischio e la valutazione dell'entità dell'esposizione. Viene ulteriormente rafforzato il concetto che il documento deve comprendere “tutti i rischi” secondo le previsioni della normativa comunitaria e tra le fattispecie esemplificate si fa riferimento anche allo “stress lavoro – correlato secondo i contenuti dell'Accordo europeo del 8 ottobre 2004”, e quelle riguardanti le lavoratrici in stato di gravidanza, secondo quanto previsto dal D.Lgs. 26.03.2001, n. 151, nonché quelli connessi alle differenze di genere, all'età, alla provenienza da altri paesi” (art. 28 comma 1).

Una volta individuati i rischi, il documento deve quindi contenere l'individuazione delle misure di prevenzione e di protezione da attuare.

Con particolare riferimento a quello che è il problema delle lavoratrici madri, vi è quindi un espresso richiamo alla normativa di più recente attuazione, espressamente citata nel nuovo D.Lgs. 81/08, su espressa richiesta delle rappresentanze sindacali, ma non bisogna dimenticare l'iter storico-normativo che il riconoscimento di tali tutele ha visto:

• **Legge 30 dicembre 1971 n. 1204** “Tutela delle lavoratrici madri” in cui veniva sancito il divieto di adibire le lavoratrici, durante la gravidanza ed eventualmente fino a 7 mesi dopo il parto, a lavori pericolosi faticosi ed insalubri nonché al trasporto e al sollevamento di pesi;

• **DPR 1026 del 25/11/76** “Regolamento di esecuzione della Legge 30 dicembre 1971 n. 1204, sulla tutela delle lavoratrici madri” nel quale venivano esplicitati i lavori faticosi pericolosi ed insalubri vietati in gravidanza ed eventualmente fino a 7 mesi dopo il parto;

• **Legge 9 dicembre 1977 n. 903** “Parità fra uomini e donne in materia di lavoro”, nella quale veniva sancito il divieto di lavoro notturno;

• **D. Lgs. 25 novembre 1996 n. 645** “Recepimento della direttiva 92/85/CEE concernente il miglioramento della sicurezza e della salute sul lavoro delle lavoratrici gestanti, puerpere o in periodo di allattamento”.

Tale decreto, confluito nel successivo **D.Lgs. 151/01**, integra il D.Lgs 81/08 in materia di tutela della maternità, quest'ultimo infatti prescrive, come abbiamo già visto, che il datore di lavoro, contestualmente alla valutazione dei rischi eseguita ai sensi dell'art. 17 D. Lgs. 81/08, valuti preventivamente i rischi per la sicurezza e la salute delle lavoratrici gestanti, puerpere e in allattamento, in particolare i rischi di esposizione ad agenti fisici, chimici biologici, nonché i pro-

cessi o le condizioni di lavoro, individuando le misure di prevenzione e protezione da adottare. Come precisato dalla Circolare del Ministero del Lavoro Prot. 3328 del 16/12/2002 **detta valutazione preventiva consente al datore di lavoro di informare le lavoratrici, prima ancora che sopraggiunga una gravidanza, dei rischi esistenti in azienda, delle misure di prevenzione e protezione che egli ritiene di dover adottare in tal caso** e , quindi, dell'importanza che le dipendenti gli comunicino tempestivamente il proprio stato, in modo che possano essere valutati con immediatezza i rischi specifici e adottate le conseguenti misure di tutela.

Il rappresentante dei lavoratori per la sicurezza deve essere consultato preventivamente in ordine a tale valutazione.

Qualora i risultati della valutazione rivelino rischi per la salute e la sicurezza delle lavoratrici, il datore di lavoro deve evitarne l'esposizione a rischio, modificando temporaneamente le condizioni e/o l'orario di lavoro. Se tale modifica non è possibile, deve provvedere a spostare le lavoratrici ad altre mansioni, informando contestualmente gli organi preposti, competenti per territorio.

Qualora non ci siano le condizioni per lo spostamento ad altre mansioni la Direzione Provinciale del Lavoro può disporre l'astensione anticipata dal lavoro della lavoratrice. Il datore di lavoro deve inoltre informare le lavoratrici e i loro rappresentanti degli esiti della valutazione e delle misure di prevenzione adottate, come previsto dall'art. 11, comma 2°. D.Lgs. 51/2001 e art. 36 D.Lgs. 81/2008.

Nei confronti delle lavoratrici autonome o parasubordinate (es. collaborazioni coordinate e continuative, collaborazioni professionali) il datore di lavoro è tenuto, ai sensi dell'art.3 e 36 D. Lgs. 81/08 , a fornire dettagliate informazioni sui rischi specifici per le lavoratrici gravide, puerpere e in allattamento presenti nell'ambiente di lavoro e sulle misure di prevenzione adottate.

• **Legge 8 marzo 2000 n. 53** "Disposizioni per il sostegno della maternità e della paternità, per il diritto alla cura e alla formazione e per il coordinamento dei tempi delle città", ad integrazione della L.1204/71, relativamente ad alcuni aspetti quali i congedi parentali, la flessibilità dell'astensione obbligatoria, i periodi di riposo e il parto prematuro. Questa legge delegava il Governo ad emanare, entro un anno dalla data di entrata in vigore, un decreto legislativo recante il testo unico delle disposizioni legislative vigenti in materia di tutela e sostegno della maternità e della paternità, al fine di conferire organicità e sistematicità al corpo normativo.

In data 27 aprile 2001 è entrato in vigore il **Decreto Legislativo 26 marzo 2001 n. 151 "Testo unico delle disposizioni legislative in materia di tutela e sostegno della maternità e della paternità a norma dell'articolo 15 della legge 8 marzo 2000 n. 53"**, che ha riunito in sé le disposizioni legislative vigenti in materia, fra le quali la legge 1204/71 e il D. Lgs 645/96, conseguentemente abrogati.

In sintesi, **i punti salienti della normativa che devono guidare il processo di valutazione dei rischi** teso a tutelare la salute e la sicurezza delle lavoratrici madri, sono i seguenti:

- **È vietato adibire le lavoratrici al trasporto e al sollevamento di pesi, nonché ai lavori pericolosi, faticosi ed insalubri**, durante la gestazione e in determinati casi fino a 7 mesi dopo il parto (art. 7 D.Lgs 151/01);
 - I lavori vietati e il corrispondente periodo di divieto sono riportati negli allegati A e B del D. Lgs 151/01, cui si rimanda;
 - **È vietato adibire le lavoratrici al lavoro notturno**, dalle ore 24 alle ore 6, dal momento di accertamento dello stato di gravidanza e fino ad un anno di età del bambino (art. 53 D.Lgs 151/01).
 - Fermi restando i lavori vietati, **il datore di lavoro deve valutare i rischi per la sicurezza e la salute delle lavoratrici, in particolare i rischi di esposizione ad agenti fisici, chimici o biologici, i processi o le condizioni di lavoro** (art. 11 D.Lgs 151/01);
 - I rischi da valutare sono riportati nell'Allegato C del D. Lgs 151/01, cui si rimanda.
- Nel processo di valutazione dei rischi, notevole importanza assume la collaborazione del medico competente, dove presente, in quanto potrà fornire al datore di lavoro gli strumenti conoscitivi essenziali, in modo da individuare le condizioni di lavoro compatibili con lo stato di gravidanza e il periodo di allattamento delle lavoratrici e conseguentemente protocolli con mansioni alternative.

La recente normativa di tutela delle lavoratrici madri ha rovesciato l'impostazione giuridica precedente, che faceva carico solo alla lavoratrice madre di richiedere formalmente lo spostamento di mansione o l'astensione anticipata, rivolgendosi direttamente ai Servizi di Prevenzione e Sicurezza degli Ambienti di Lavoro (SPSAL), che, valutata la mansione, richiedevano e richiedono tuttora, al Datore di lavoro lo spostamento della lavoratrice dalla mansione a rischio.

Oggi è affidato al datore di lavoro il compito di

valutare tutti i rischi per la gravidanza e l'allattamento, tenendo conto sia della salute della donna che di quella del bambino, e di prevedere le conseguenti misure di protezione e prevenzione, ivi comprese eventuali modifiche di orario e condizioni di lavoro e lo spostamento ad una mansione non a rischio (art. 11 e12 D. Lgs 151/01).

Per facilitare questo compito di valutazione dei rischi e di adozione dei conseguenti provvedimenti di tutela delle lavoratrici in gravidanza e/o in allattamento negli studi odontoiatrici, nascono queste linee guida. Si sono presi in esame i fattori di rischio per la gravidanza e per il periodo di allattamento in rapporto ai loro effetti e i profili di rischio per le attività svolte nello studio odontoiatrico dall'assistente alla poltrona.

La normativa, su alcuni rischi in particolare, ad esempio rischio infettivo, rischio microclimatico, rischio ergonomico, lascia margini di interpretazione.

La Commissione Albo Odontoiatri, dopo essersi confrontata anche con il dott. Lorusso, ha delineato degli orientamenti valutativi per quel che concerne mansioni e fattori di rischio delle assistenti alla poltrona degli studi odontoiatrici, per le quali il riferimento legislativo non è così chiaro e dirimente.

Le linee guida sono state inoltre sottoposte all'attenzione dello stesso dott. Lorusso per acquisire osservazioni ed integrazioni e per favorire una informazione corretta.

La piena e diffusa applicazione del dettato normativo di valutazione dei rischi per la salute e sicurezza della lavoratrice madre, dovrebbe infine tradursi in uno snellimento delle procedure, per usufruire delle misure di protezione previste.

Ecco riportato in sintesi cosa deve fare il datore di lavoro:

- in collaborazione con il responsabile del servizio di prevenzione e protezione (RSPP) consultato preventivamente il rappresentante dei lavoratori per la sicurezza (RLS), identifica le mansioni/lavorazioni a rischio per le lavoratrici in gravidanza e in periodo di allattamento (a tal fine è possibile utilizzare gli schemi proposti nelle pagine successive);
- provvede ad integrare il documento di valutazione dei rischi ex art.29 D.Lgs.81/08 con l'analisi e l'identificazione delle mansioni/lavorazioni a rischio;
- nel caso in cui in azienda sia presente almeno una mansione a rischio, la ditta informa le lavoratrici in età fertile della necessità di segnalare lo stato di gravidanza non appena ne vengano a conoscenza;
- quando una lavoratrice informa del proprio

stato di gravidanza il datore di lavoro questi verifica se la mansione svolta rientra tra i lavori a rischio per la gravidanza (lavori vietati ai sensi dell'art. 7 D. Lgs. 151/01 o presenza di rischi per le lavoratrici gestanti valutati ai sensi dell'art.11 comma 1 del medesimo decreto);

- nel caso di lavoro a rischio il datore di lavoro procede alle seguenti azioni: modifica le condizioni di lavoro ai fini della eliminazione del rischio ovvero, qualora ciò non sia possibile, procede allo spostamento della lavoratrice ad una mansione non a rischio.

Se non vi è possibilità di spostamento ad altra mansione lo comunica al Servizio di Prevenzione e Sicurezza degli Ambienti di Lavoro (SPSAL) competente per territorio, invitando la lavoratrice a presentarsi al Servizio suddetto per presentare la richiesta di astensione anticipata dal lavoro.

In fine, le norme per la tutela della maternità riportate nel presente documento si applicano alle lavoratrici come definite dall'art. 2 comma 1 lettera e del D.Lgs. 151/01: **“Per lavoratrici, salvo che non sia altrimenti specificato, si intendono le dipendenti, comprese quelle con contratto di apprendistato, di amministrazioni pubbliche, di privati datori di lavoro nonché le socie lavoratrici di cooperative”.**

Elementi per la valutazione del rischio lavorativo nell'ambiente odontoiatrico

Rischio Biologico:

Nell'ambito del rischio biologico la cultura medica tende ad identificare il pericolo con la *patogenicità* degli agenti biologici, ponendo in secondo piano altri aspetti quali l'*infettività*, la *trasmissibilità* e la *neutralizzabilità* degli stessi, variabili che giocano un ruolo importante nell'organizzazione delle misure di contenimento e nell'utilizzo dei mezzi di protezione.

A tale proposito le norme di sicurezza contenute nel D.L.vo 81/08 (e in precedenza nell'allegato XI del D.L.vo 626/94) classificano gli agenti biologici in base alla loro pericolosità sia nei confronti della salute dei lavoratori che della popolazione generale.

Nell'ambito microbiologico la pericolosità di un microrganismo viene classificata in base alla virulenza intesa come l'insieme delle caratteristiche di *infettività* e *patogenicità*. A differenza

Attività
dell'Ordine

di altri rischi quello biologico presenta alcune difficoltà ad essere valutato sul piano quantitativo poiché solo l'*infettività* è una grandezza misurabile attraverso la definizione di dose minima infettante, il numero cioè di microrganismi di una data specie al di sotto della quale il contagio non produce infezione. Per *rischio* si intende pertanto una misura quantitativa della frequenza con la quale questo si manifesta differenziandosi dal *pericolo* inteso come potenziale capacità di produrre danno con una valenza di tipo qualitativo. Da queste premesse emerge la necessità di affrontare questa problematica in ambito odontoiatrico utilizzando tutte le fonti informative desumibili dalla letteratura scientifica per integrare le misure protettive e le procedure di buona pratica indicate dalle norme vigenti (Allegato XLV del D.L.vo 81/08), adattandole alla pericolosità degli agenti biologici in gioco, e prevedendo un percorso formativo per il personale allo scopo di uniformarne la percezione del rischio e predisporre le necessarie misure organizzative per la tutela della salute degli operatori e del paziente.

Nel 1987 i CDC (Center of Disease Control) di Atlanta hanno pubblicato le "Precauzioni Universali" per sensibilizzare il personale sanitario all'utilizzo di misure precauzionali verso tutti i pazienti come potenziali portatori di virus a trasmissione ematica (HIV, HBV, HCV). Il termine "universali" sta ad indicare che tali indicazioni si applicano a tutti i pazienti indipendentemente dal loro stato sierologico. Inoltre i CDC hanno fornito linee guida anche per prevenire il contatto con:

- goccioline (droplet) provenienti da pazienti con patologie quali pertosse, difterite, meningite meningococcica, rosolia (**trasmissione per goccioline**);
- nuclei di condensazione di goccioline che si generano dalle secrezioni respiratorie di pazienti con patologie respiratorie quali TBC e morbillo, varicella (**trasmissione per via aerea**);
- secrezioni del paziente attraverso il contatto diretto o indiretto attraverso oggetti inanimati contaminati dal paziente affetto da patologie quali epatite A, virus respiratorio sinciziale, herpes simplex, herpes zoster, influenza ecc. (**trasmissione per contatto**). Nel 2003 i CDC hanno inoltre aggiornato le raccomandazioni emanate nel 1993 per il controllo delle infezioni in ambito odontoiatrico, mentre una completa analisi dei rischi in questo settore è stata completata nel 2002 da un gruppo di lavoro della Regione Lombardia.

In ambito odontoiatrico, Szymanska nel 2005 ha identificato negli ambulatori odontoiatrici le seguenti sorgenti di rischio microbiologico:

- Per via ematogena da paziente infetto
- Tramite goccioline di saliva e da aerosol provenienti dalla gengiva, dal parodonto e dai denti
- Da contatto diretto con strumentario contaminato
- Tramite aerosol prodotto da strumentazione dentistica contaminata

Dai dati di uno studio condotto da Montagna nel 2006 attraverso 1000 questionari distribuiti tra odontoiatri e medici dentisti di 14 città italiane è emerso che il 55.6% degli intervistati riferisce almeno una ferita accidentale durante l'attività, soprattutto con aghi (38.5%) e con frese (20%). La metà degli operatori ha dichiarato di aver riportato almeno un incidente professionale negli ultimi 5 anni, mentre il 4.9% dichiara di aver contratto una malattia infettiva durante lo svolgimento della professione (epatite nel 1.9% dei casi). A fronte di questa casistica di infortuni solo il 42.8% degli intervistati si attiene a protocolli scritti in caso di lesioni accidentali con strumentario potenzialmente infetto.

Un altro studio condotto da Monarca nel 2000 evidenziava come il rischio infortunistico di punture accidentali si distribuisce maggiormente nei dentisti (13%) rispetto agli assistenti di poltrona (6%).

Dalle considerazioni sovraesposte emerge che ai fini della riduzione del rischio biologico negli studi dentistici è necessario ridurre le ferite accidentali e il contatto diretto di liquido biologico con mucose e cute non integra.

Questo obiettivo può essere perseguito mediante:

- 1 La formazione continua del personale;
- 2 L'adozione di metodiche adeguate per il trattamento degli strumenti contaminati e taglienti;
- 3 La fornitura di adeguati dispositivi di protezione individuali;
- 4 La misurazione e la registrazione di tutti gli incidenti e i contatti occasionali con liquido biologico a prescindere dall'effettiva contrazione di una infezione.

Il datore di lavoro di uno studio odontoiatrico deve valutare se:

- 1 abbia attuato tutte le procedure di prevenzione elencate, dalla formazione del personale alle metodiche di lavoro, ai DPI;
- 2 se il personale assunto abbia le qualità intrinseche per svolgere le mansioni affidate.

I dati suesposti vanno portati a conoscenza di ogni lavoratore presente nello studio, affinché

all'instaurarsi di una gravidanza il datore di lavoro possa esserne informato e possa effettuare le ulteriori valutazioni del caso. In particolare dovrà essere valutato caso per caso in base alla valutazione dei rischi presenti nello studio odontoiatrico se il dipendente possa mantenere le mansioni che sta svolgendo oppure debba essere spostato a mansioni differenti (ad esempio di segreteria, di riordino, etc.) o addirittura debba essere allontanato dal lavoro.

Rischio ergonomico

Nello studio dentistico il rischio ergonomico può consistere in una stazione eretta prolungata (durante l'attività di assistenza o riordino), in posture incongrue o derivare da spazi angusti.

La Valutazione dei Rischi deve prendere in considerazione questi pericoli ed eliminarli prevedendo:

- 1 spazi lavorativi adeguati;
- 2 lavoro alla poltrona in posizione seduta ed ergonomicamente corretta;
- 3 tempi di riordino strutturati in modo adeguato.

In presenza di queste condizioni la gravidanza non richiede precauzioni ulteriori

Rischio da radiazioni ionizzanti

Il personale dipendente non laureato non può eseguire esami radiografici e durante l'esecuzione degli stessi deve essere allontanato dall'area sorvegliata a cura del personale medico che sta eseguendo l'esame. Non sussiste pertanto alcun rischio né alcuna ulteriore precauzione per il personale in gravidanza.

Rischio chimico

Materiali specifici (materiali da otturazione, resine, laboratorio). Nessuno dei materiali di utilizzo odontoiatrico comune presenta rischi o concentrazioni nell'uso comune pericolosi per la salute o la gravidanza. Parziali eccezioni sono:

- 1 le amalgame a base di mercurio. La loro rimozione potrebbe rilasciare quantità sensibili di mercurio, per cui è doveroso prevedere l'allontanamento dell'assistente in gravidanza, puerperio e allattamento durante l'effettuazione di queste operazioni
- 2 i liquidi di sviluppo radiologico. (sostanze

e preparati etichettati con R40, R47,R60, R61, R63, R64 R21, R24, R27) a causa di spargimento accidentale, potrebbero ritrovarsi in apprezzabili concentrazioni nell'ambiente di lavoro. Risulta pertanto opportuno non adibire la lavoratrice in gravidanza, durante il puerperio e l'allattamento a mansioni che comportino la manipolazione di tali agenti chimici qualora sussista il rischio di una contaminazione significativa.

3 il protossido di azoto utilizzato per l'anestesia generale: La lavoratrice in gravidanza, puerperio e allattamento non deve operare in ambienti in cui si fa uso di gas anestetici

4 le aldeidi utilizzate per la sterilizzazione a freddo dello strumentario: esclusione delle lavoratrici in gravidanza, puerperio ed allattamento dalle mansioni che utilizzano tali agenti

Materiali generici per la pulizia ambientale. Verificare che non siano presenti i codici di rischio R40, R45, R46, R47, R49, R61, R63, R64, R49, R39, R42, R43, R48, R60, R61. Tutte le sostanze etichettate con i citati codici di rischio hanno effetti a livello della gravidanza, della salute del feto e della fertilità, pertanto il loro utilizzo va attentamente valutato in presenza di una lavoratrice in gravidanza puerperio e allattamento.

Procedura per la tutela della lavoratrice madre nello studio odontoiatrico

- La lavoratrice deve comunicare lo stato di gravidanza o di possibile gravidanza al datore di lavoro;
- Il datore di lavoro, visto il documento di Valutazione dei Rischi ex art. 17 comma 1 lettera a D.L.vo 81/2008 decide se allontanare la dipendente o modificarne le mansioni;
- Se non sono disponibili mansioni adeguate il datore di lavoro lo deve comunicare al SPSAL dell'ASL competente per territorio, inviando contestualmente la lavoratrice allo stesso Servizio per la compilazione della richiesta formale di maternità anticipata per lavoro a rischio;
- In attesa della sostituzione è possibile adibire temporaneamente la lavoratrice esclusivamente a compiti lavorativi a rischio biologico, chimico, fisico ed ergonomico assente.

Attività
dell'Ordine

La pubblicità per le strutture sanitarie

22

La legge 175/1992 disciplinava la pubblicità dei singoli professionisti e quella delle strutture sanitarie con differenti articolati, ponendo limiti molto stringenti sia nei contenuti che nelle procedure di autorizzazione per entrambi, ma concedendo alle strutture sanitarie un margine di azione più ampio. Era, comunque, sempre l'Ordine dei medici che doveva dare un "nulla-osta" alla pubblicità al Comune o alla Regione a seconda che si trattasse di uno studio medico (singolo o associato), art. 1-3, o di una struttura sanitaria, artt. 4-5 ter.

Sulla spinta della liberalizzazione comunitaria, il cosiddetto "decreto Bersani" (DI 4.07.2006, n. 223) trasformato poi in lg. 248/06, abrogava la disciplina limitativa alla pubblicità in ambito professionale e consentiva quindi di superare le strette maglie della legge 175/1992, affidando agli Ordini un potere di controllo, con un espresso richiamo al rispetto dei principi deontologici. In tal senso, la FNOMCeO nel nuovo codice di deontologia evidenziava tali principi, a garanzia prevalente della correttezza informativa, della responsabilità e del decoro professionale. Il codice di deontologia sottolinea infatti (art. 56), che l'informazione, con qualsiasi mezzo diffusa, non deve essere arbitraria o discrezionale, ma obiettiva, veritiera, corredata da dati oggettivi e controllabili e verificata dall'Ordine competente per territorio. Le modalità di controllo dell'Ordine possono esprimersi con un parere preventivo od una verifica a posteriori.

Al codice di deontologia vengono allegate anche delle linee-guida, ad ulteriore ausilio, poiché i vincoli della precedente normativa decadendo completamente, hanno lasciato il vuoto e soprattutto l'onere per gli ordini di creare prassi consolidate, efficaci e non censurabili in tale ambito.

Sin da subito, in ambito sanitario, si è ritenuto che la nuova disciplina trovasse applicazione sia per i singoli professionisti medici e odontoiatri, che per le strutture sanitarie gestite dalle "società di servizi": tant'è che nelle linee guida in materia di pubblicità sanitaria emanate nel marzo 2007,

la stessa FNOMCeO affermava l'applicabilità delle stesse a tutti, dando quindi per scontato che il decreto Bersani avesse abrogato la legge 175/1992 in ogni ambito. Lo stesso Ministero, in un parere rilasciato alla Regione Lombardia, del 17.12.2007, precisava "a tale dettato normativo è assoggettata l'intera materia con la conseguente abrogazione sia del preventivo nulla osta dell'Ordine sia della successiva autorizzazione del Sindaco, nonché l'abrogazione delle disposizioni concernente le strutture contemplate all'art. 4 della lg. 175/92". Lo stesso parere non trascurava inoltre di ricordare la sentenza della Corte di Cassazione n. 652/07 che proprio in tal senso creava una giurisprudenza importante.

Ora però il ministero ci ripensa. Sollecitato dall'Ordine dei medici di Modena, Giovanni Leonardi, direttore del dipartimento Professioni del ministero della salute, prende atto che l'art. 2 della legge 248/2006 afferma l'abrogazione delle discipline limitative della pubblicità facendo espresso riferimento alle "attività libero professionali". Precisa quindi che l'impianto disciplina solo l'attività dei liberi professionisti svolta in forma singola od associata. Citiamo letteralmente il parere: "pertanto le società di capitali, essendo caratterizzate dalla figura del socio di mero capitale (), rimangono soggette alle norme della pubblicità sanitaria di cui alla legge 175/92 venendo meno nelle società di capitali l'elemento personalistico che contraddistingue il rapporto tra utente e libero professionista".

Il risultato è che il singolo professionista è oggi legittimato a porre in essere "pubblicità informativa" senza chiedere l'autorizzazione all'Ordine, mentre la struttura sanitaria dovrebbe sottostare alla lg. 175/92, con la regolare autorizzazione rilasciata dalla Regione, previo parere favorevole dell'Ordine competente per territorio ed in effetti, la stessa Regione Veneto, ha sempre mantenuto invariate le procedure autorizzatorie per le strutture sanitarie.

Obiettivo del decreto Bersani era liberalizzare la pubblicità in ambito professionale. In effetti non

vi è dubbio che in Italia le attività professionali sono storicamente erogate da professionisti e non da società e che la disciplina della pubblicità è contenuta nei codici deontologici. È questo il motivo per cui nella legge si parla genericamente di “attività intellettuali”.

In sanità però la situazione è diversa. Sin dal TULLSS del 1934 esiste, in ambito sanitario, la possibilità di erogare prestazioni attraverso lo strumento societario previa idonea autorizzazione regionale. Ed è solo la sanità che ha da sempre avuto due canali di regolamentazione della pubblicità sanitaria: uno deontologico e uno legislativo attraverso una legge specifica per professionisti e imprese. Ed è quindi del tutto probabile che il legislatore, nella fretta di liberalizzare non abbia pensato a questa peculiarità del settore

sanitario. Il risultato, però è una regolamentazione fortemente squilibrata.

La FNOMCeO, interpellata dall'Ordine di Venezia ha comunque sottolineato che allo stato attuale non esistono risposte dirimenti e che sta affrontando i temi della pubblicità sanitaria in relazione alle specifiche norme del Codice di Deontologia Medica, anche con l'Autorità Garante della Concorrenza e del Mercato.

La Federazione Regionale degli Ordini del Veneto, che da lungo tempo sta lavorando ad un documento omogeneo per tutta la Regione, ha comunque ritenuto di doversi allineare a quanto indicato dal Ministero della Salute, anche in considerazione delle procedure regionali, rimaste uguali per le strutture sanitarie anche dopo la “legge Bersani”.

Agopuntura: evidenze e valutazione di efficacia

Si è svolto a Mestre il 20 settembre 2008 presso la sala convegni dell'Ordine il Convegno “Agopuntura: Evidenze e valutazione di efficacia”, organizzato dalla Scuola di Agopuntura-moxibustione dell'Istituto Prosa a conclusione del percorso formativo del primo Corso Quadriennale di Agopuntura svolto in convenzione con l'ULSS12 veneziana.

Hanno presenziato attivamente all'iniziativa, con un loro intervento il dott. M. Scassola presidente dell'Ordine dei Medici della provincia di Venezia, il dott. S. Barra direttore sanitario dell'ULSS 12 come co-sponsor dell'iniziativa e la dott.ssa M. T. Manoni responsabile regionale della formazione continua in medicina. Altri saluti scritti sono giunti poi dal dott. F. Pietrobon, direttore dei servizi sanitari della Regione Veneto che ha salutato con molto interesse questa iniziativa, e dal prof. A. Liguori, presidente nazionale dell'AIAM (associazione italiana di agopuntura-moxibustione e medicina cinese) nonché vice-presidente del WFAS (World Federation of Acupuncture

Societies), mentre la dott.ssa M.R. Speronello, responsabile della Scuola di Agopuntura, ha presieduto il convegno.



Introduzione

L'agopuntura ha una storia di alcuni millenni, durante i quali ha dimostrato la propria efficacia terapeutica. Da alcuni secoli ha iniziato la sua diffusione nel mondo, diffusione che ha vissuto negli ultimi decenni un particolare sviluppo in tutto il mondo occidentale. Questo sviluppo ha visto la diffusione dell'agopuntura dentro e fuori i servizi sanitari nazionali tanto che alcuni paesi hanno stilato dei documenti specifici (Gran Bretagna e Stati Uniti in particolare) per valutare gli effetti del suo inserimento. Poco più di 10 anni fa, con la *Consensus Conference on Acupuncture*, tenuta negli Stati Uniti, ed organizzata dai National Institutes of Health (il

corrispettivo del nostro Ministero della Salute) l'agopuntura entra a pieno titolo nel *mainstream*, nell'ufficialità medica.

La domanda oggi non è più se l'agopuntura funziona o meno, ma semmai il quesito si è spostato invece sulla qualità della ricerca, tanto che c'è ancora una grossa discussione in merito. Esistono infatti due posizioni, in parte contrapposte; da un lato l'Organizzazione Mondiale della Sanità, che con un importante documento sulla ricerca (WHO, "Documento sui trial clinici randomizzati in agopuntura", 2002), afferma che ci sono evidenze sufficienti sull'agopuntura per giustificarne già ora un suo inserimento guidato nei sistemi sanitari, dall'altro, in particolare gli USA, sostengono la tesi della bassa qualità delle ricerche e della necessità di ulteriori prove, e soprattutto della "paradossale" necessità di usare gli stessi parametri usati per la ricerca farmacologica.

È evidente che dobbiamo fare i conti con queste problematiche e soprattutto dobbiamo decidere cosa vogliamo fare con l'agopuntura per quanto riguarda il suo riconoscimento e/o inserimento nei sistemi sanitari nazionali, in modo da garantire la qualità dei servizi ai pazienti e la loro sicurezza.

Oggi che il tema del federalismo è sulla bocca di tutti e la sanità è uno degli aspetti che sarà presto a carico delle regioni, dobbiamo ricordare che fino ad oggi solo alcune regioni come la Toscana, hanno già predisposto una regolamentazione delle Medicine non Convenzionali come l'agopuntura, per tutte le altre regioni siamo ancora nel limbo. La Toscana invece con questa normativa ha permesso di stabilire dei criteri sia per la formazione, che per l'erogazione delle prestazioni, cosa che speriamo possa essere presto imitata anche da altre regioni, anche perché da un lato la globalizzazione e dall'altro la sempre maggior diffusione della medicina cinese, e qui intendo soprattutto la fitoterapia, aiutata anche dal sempre maggior peso della Cina a livello mondiale, ci pongono la questione di dover fare i conti con queste terapie, rispetto alle quali non dovremmo giungere impreparati, e su questo tutti dovremmo riflettere, ognuno per la propria competenza.

Questa rassegna è stata curata da dei "nuovi studiosi o esperti di agopuntura" cioè dagli studenti che hanno completato il loro iter formativo quadriennale in agopuntura, e quindi non necessariamente degli esperti di ricerca. Si tratta di col-

legli che con propri mezzi e l'aiuto della scuola, hanno svolto delle indagini di tipo documentario su diversi aspetti dell'impiego clinico dell'agopuntura, superando non poche difficoltà. I lavori di ricerca infatti non sono sempre di facile reperimento e spesso anche di non facile lettura e i risultati sono spesso disomogenei e quindi può risultare difficile fare dei confronti.

Il Convegno ha spaziato nei diversi campi della medicina e non solo nell'ambito del dolore, ambito nel quale già si riconosce che l'agopuntura ha effetto, si è dimostrato che essa agisce anche sul sistema immunitario e sui vari sistemi regolatori dell'organismo; infatti gli aspetti che sono stati presi in considerazione dai relatori sono vari e solo pochi hanno interessato le problematiche dolorose.

Quattro relazioni hanno spaziato sull'impiego dell'agopuntura in ostetricia.

La dott.ssa C. Pittella ha presentato una panoramica generale dei lavori svolti relativamente al trattamento di nausea, emesi gravidica, malposizione fetale, dolore pelvico e lombare in gravidanza, induzione del parto ed analgesia durante il travaglio di parto.

La dott.ssa P. Polistena ha parlato di agopuntura e sterilità femminile, ed ha illustrato i tre meccanismi con cui l'agopuntura influenza la fertilità femminile che sono essenzialmente:

1. la stimolazione centrale della secrezione di β -endorfine, che stimolano il rilascio di GnRH e quindi la secrezione di gonadotropine e steroidi;
 2. un generale effetto simpatico-inibitore che attraverso l'incremento del flusso di sangue all'utero e ovaie favorisce l'impianto uterino dell'embrione;
 3. la riduzione dell'ansia e dello stato di stress.
- Soffermandosi poi su un altro importante utilizzo dell'agopuntura nell'ambito della sterilità femminile e cioè la sua associazione con le tecniche di fecondazione in vitro (IVF): negli ultimi anni infatti sono comparsi numerosi lavori in letteratura che dimostrano che l'associazione con l'agopuntura aumenta la percentuale di gravidanza nelle tecniche di fecondazione assistita.

La dott.ssa S. Volpin ha invece affrontato l'aspetto dell'impiego dell'agopuntura nella menopausa ed ha evidenziato come a differenza della medicina occidentale che dispone di terapie farmacologiche ormonali non prive di effetti collaterali, la medicina cinese si avvale di mol-

teplici metodi terapeutici tra i quali l'agopuntura, procedura priva di effetti collaterali che non trova controindicazioni assolute e non ultimo ha costi relativamente bassi. Negli ultimi anni sono stati pubblicati i risultati di studi clinici che evidenziano questo, talvolta però, l'esiguità dei campioni insieme alla mancanza di gruppi di controlli, non permettono di trarre conclusioni definitive; c'è un beneficio nell'uso dell'agopuntura per il trattamento dei sintomi menopausali, specialmente le vampate di calore e l'ansia. Quindi può essere considerata una strategia terapeutica da non sottovalutare nel trattamento della menopausa soprattutto laddove la terapia ormonale trova controindicazioni assolute. La sua applicazione potrebbe inoltre contribuire a ridurre i costi sanitari e gli effetti collaterali delle terapie cosiddette convenzionali. Sono tuttavia indispensabili ulteriori e approfonditi studi per una migliore evidenza.

Il dott. G. Minuzzo ha invece indagato l'uso specifico dell'agopuntura nel travaglio di parto, non disdegnando di sottolineare i problemi collegati ad un uso estensivo del metodo. Infatti l'autore ritiene difficile il suo utilizzo sistematico perché, in un reparto di ostetricia, è necessaria una condivisione dell'intera équipe del metodo e una formazione specifica. Infatti quasi tutti i trial descritti in letteratura hanno il limite del numero ristretto di pazienti trattate e ciò rende statisticamente meno efficace quello che invece è reale nella pratica clinica. In Italia la chiusura delle piccole unità di ostetricia negli ospedali, concentrando i punti parto negli ospedali maggiori, rende ancora più frenetica l'attività ostetrica riducendo il tempo disponibile e standardizzando le metodiche.

Il dott. N. Novello ha invece spostato l'attenzione sull'impiego dell'agopuntura nella depressione. Il relatore ha evidenziato come ci siano degli studi di rilievo che hanno preso in esame l'impiego dell'agopuntura versus farmaco (spesso triciclici): dove sembra un dato ormai confermato che le due terapie mostrano una pari efficacia clinica, anche nel follow-up, rimarcando il dato che diviene subito rilevante se si pensa agli effetti collaterali dei farmaci antidepressivi, praticamente assenti in agopuntura. Non solo, in pazienti con patologie croniche o in donne in gravidanza l'assunzione di farmaci può risultare addirittura controproducente o vietata.

La dott.ssa L. Calabrò ha invece indagato l'impiego dell'agopuntura nelle vertigini. Dall'analisi dei 17 lavori esaminati che trattano l'argomento vertigine si nota per prima cosa che ben dieci di questi prendono in considerazione la vertigine di origine cervicale. Visti però globalmente i risultati riportati dagli studi sulla sindrome vertiginosa, prescindendo dalla causa, dalla sindrome in cui può essere inquadrato il sintomo e dal metodo terapeutico utilizzato (agopuntura, moxibustione ed elettroagopuntura) si può concludere che l'utilizzo dell'agopuntura possa essere proposto sicuramente ad integrazione, ma probabilmente a seconda delle situazioni anche in sostituzione, della terapia farmacologica occidentale che su tale sintomo non sempre ottiene un effetto risolutivo e soprattutto obbliga il paziente all'assunzione continua dei farmaci.

Il dott. A. Faelli parlando dell'agopuntura nell'ipertensione, ha dapprima illustrato come in letteratura siano disponibili molteplici lavori in cui si evidenzia una efficacia della agopuntura nella modifica di vari parametri emodinamici tra cui la pressione arteriosa; ci sono vari meccanismi che potrebbero spiegare un effetto ipotensivo dell'agopuntura nei pazienti ipertesi, come ad esempio una riduzione dei livelli plasmatici di renina angiotensina II e aldosterone o ancora modificazioni nei livelli plasmatici di noradrenalina ed endorfine. Successivamente ha analizzato la letteratura relativa al trattamento mediante agopuntura della ipertensione arteriosa evidenziando come esistano numerosi lavori in cui viene ribadita l'efficacia del trattamento, con un effetto ipotensivo comparabile a quello farmacologico.

Il dott. G. Parise ha presentato l'impiego dell'agopuntura nella sindrome fibromialgica. Attualmente non è disponibile un trattamento curativo per tale patologia e proprio per questo il paziente fibromialgico, lungo il suo faticoso cammino di cura, prova le medicine alternative, ed in particolare l'agopuntura. Sono stati eseguiti numerosi studi che utilizzano tecniche della medicina cinese. Purtroppo spesso tali lavori presentano carenze di tipo metodologico dal punto di vista occidentale, che impediscono di soddisfare i criteri di standardizzazione e riproducibilità. Comunque dalle evidenze riportate, risulta che gli studi che hanno utilizzato l'elettroagopuntura hanno avuto risultati migliori rispetto a quelli con

sola agopuntura. Tuttavia, si può sicuramente affermare che non abbiamo ancora dati sufficienti per valutare in maniera definitiva il trattamento della sindrome fibromialgica in agopuntura o in elettroagopuntura o se questi trattamenti siano effettivamente alternativi alle terapie convenzionali proposte in occidente. Sono necessari ulteriori indagini che tengano conto non solo dei criteri di scientificità della nostra medicina ma anche di quelli della medicina cinese. Questo permetterebbe di rendere i dati riproducibili e confrontabili.

Ed infine il dott. O. Borgato ha presentato una rassegna su agopuntura e dolore, mentre la dottoressa N. Redi ha illustrato l'efficacia dell'agopuntura nel trattamento delle dipendenze da fumo.

Una delle peculiarità dell'agopuntura, emerse dai lavori, è lo stretto rapporto che lega il medico con il paziente. Questo rapporto è sempre molto diretto, continuativo e prolungato. Inizia con le particolari necessità di anamnesi ed esame obiettivo "cinesi", atte ad una valutazione globale del paziente, e prosegue poi con il trattamento che prevede quasi un contatto fisico. L'agopuntore

deve individuare dapprima gli agopunti, deve infiggere gli aghi, e poi li deve stimolare. In questo sta la continuità. Il medico agopuntore in questo periodo entra in confidenza col paziente, ha la necessità e il tempo di ascoltarlo.

Proprio questo rapporto è considerato causa di bias (errore), senza valutarne gli aspetti positivi. L'agopuntura, con la sua concezione, permette di modificare l'approccio attuale al malato, molto spesso di tipo tecnicistico, ricomponendo in una certa misura la parcellizzazione del lavoro dell'operatore sanitario che si traduce poi a volte in malcontento e disaffezione. In questo le Medicine non Convenzionali potrebbero essere il grimaldello o l'occasione per il medico di riappropriarsi, almeno in parte, della sua cosiddetta "arte medica".

Per concludere volevo segnalare a quanti fossero interessati ad approfondire queste tematiche in generale o alcuni suoi aspetti specifici, la disponibilità del nostro centro di documentazione a fornire materiali scientifici, a tale scopo basta contattarci via mail al seguente indirizzo: istprosa@tin.it.

La nascita del Progetto Rafiki-Pediatri per l'Africa

Durante un viaggio fatto con la mia famiglia in Tanzania, nel 2005, ho avuto il primo contatto con la realtà sanitaria e sociale dei paesi sub-sahariani; si tratta di contatti "da turista" e quindi con i limiti connessi.

Mio figlio, che allora aveva 17 anni, traducendo con l'immediatezza e naturalezza dell'età le emozioni che un viaggio in Africa non può non suscitare, mi chiese di organizzare un'attività medica a cui affiancarsi con un ruolo di operaio, piuttosto che di manovale o qualunque altra funzione possibile per la sua età.

Il racconto di un episodio così personale è strumentale a voler trasmettere l'emozione a cui

nessuno, secondo me, può sottrarsi quando viene a contatto con realtà sociali così difficili per cui si viene inevitabilmente coinvolti, anche se adulti ben più avvezzi alle sofferenze rispetto ad un diciassettenne.

Lo sviluppo del progetto Rafiki, quindi, ha alla radice un desiderio di fare e mio figlio mi ha fornito il pretesto per cercare di concretizzare un'idea.

Al rientro dal viaggio in Tanzania, presi contatti con varie ONG (organizzazioni non governative) fornendo la mia disponibilità a lavorare come volontaria, ma per periodi limitati e quindi non accettabili per le organizzazioni che devono poter

contare su collaborazioni più estese nel tempo. Venuta a conoscenza dell'esistenza di una Missione della Diocesi di Venezia a Ol Moran, in Kenya, ebbi un primo contatto con Don Giovanni Volpato, colonna fondante e portante della Missione, allora rientrato in Italia per un breve periodo di vacanza. Venne approntato un primitivo progetto di collaborazione che ha avuto il suo avvio con il primo "turno di lavoro" nel luglio 2006. Da allora il progetto ha preso sempre più forma e nel dicembre 2007 è nata l'associazione-Onlus Rafiki, che significa "compagno-amico" in lingua Swahili.

Il lavoro si articola in viaggi in Kenya che si svolgono ogni mese e mezzo circa, presenti due pediatri contemporaneamente o quando possibile un pediatra e un medico specialista per l'adulto, di discipline varie. L'attività si svolge presso i Dispensari della Missione e dei villaggi vicini ed inoltre in "cliniche mobili" che consistono nel raggiungere con jeep attrezzate le località più disagiate da cui la popolazione non può arrivare ai Dispensari.

Si affrontano le patologie più varie, dalle comuni affezioni broncopolmonari, a parassitosi intestinali, malaria, aids; per le patologie tipicamente legate alla realtà locale come malaria e aids si può contare sulla grande esperienza del personale paramedico locale che a causa dell'assoluta mancanza di medici, da sempre si occupa di affrontare tali problematiche. Per l'aids, in particolare, da poco tempo si ha a disposizione il kit diagnostico che permette, in caso di positività, di avviare il paziente ai centri governativi per la terapia. Il Dispensario di Ol Moran è dotato di un piccolo laboratorio da cui è possibile ottenere la diagnosi di parassitosi e di malaria.

L'appoggio sempre più valido delle suore della Missione, che provvedono a redigere un calendario delle visite informando la popolazione sulle date del nostro arrivo, ha permesso di ottimizzare i tempi e di concentrare la nostra attività in 10-12 giorni.

Indispensabile per mantenere il senso del nostro lavoro laggiù è la continuità, per poter soddisfare le aspettative indotte nella popolazione dalla nostra presenza, che altrimenti verrebbero deluse. Il passaggio delle consegne riguardanti i pazienti si avvale della fattiva collaborazione del personale locale, ma dalla scorsa primavera anche della presenza di un computer portatile che ci è



stato regalato dalla ditta CB Sistemi di Claudio Barsotti. L'ingegnere informatico Elga De Rossi ha contribuito a far funzionare il programma di gestione della cartella clinica, permettendoci di avere un'ulteriore strumento di lavoro.

È chiaro che la nostra impresa può andare avanti solo in nome della generosità di persone che si offrono con diverse competenze professionali.

Per noi medici partire vuol dire avere paure, incertezze, timori di non essere adeguati alle necessità mediche e cliniche locali, ma la forza di mettersi in gioco e partire nasce dalla convinzione di quanto sia importante la trasmissione-scambio di conoscenze e esperienze che avviene con il personale sanitario laggiù. Sicuramente noi possiamo e dobbiamo avere un ruolo di formatori per loro in modo che la nostra presenza diventi sempre meno necessaria e permetta loro di gestire i problemi con conoscenze più ricche e aggiornate. Certo è che noi possiamo imparare da loro un approccio alla malattia e quindi alla vita e alla morte che sicuramente ci danno una visuale diversa anche del nostro lavoro qui, permettendoci di ridimensionarlo.

L'aspetto economico per ora rimane un problema in quanto la nostra partecipazione al progetto, che è in regime di completo volontariato, deve anche far fronte al costo dei voli aerei e per chi di noi lavora come medico o pediatra di famiglia, anche alla sostituzione da parte di colleghi che lavorano qui al posto nostro. Un'ulteriore modalità collaborativa, non certo di minore importanza, può consistere nell'offrire il proprio lavoro come sostituti di chi parte.

I contatti che l'Onlus ha avuto con alcune aziende e enti per ottenere finanziamenti sta cominciando a dare alcuni frutti, seppure ancora piuttosto modesti, ma contiamo che le cose possano migliorare.

Il progetto attualmente in corso potrebbe essere completato se fosse possibile affiancare al pediatra un medico generalista o comunque esperto in patologie dell'adulto.

Le patologie più frequenti nell'adulto sono: patologie broncopolmonari, gastrointestinali, osteoarticolari oltre a parassitosi, malaria e aids per cui è attivo un programma di diagnosi e cura offerto dal governo locale.

La presenza dei medici è per ora sufficiente ogni mese e mezzo due per massimo 15 giorni compresi i viaggi.

Il personale paramedico locale assiste i medici sia durante l'attività nei dispensari all'interno della missione, che nelle cliniche mobili presso i villaggi, con un'impegno orario giornaliero di circa 6-8 ore.

Per ogni ulteriore informazione e chiarimento rivolgersi a Maria Pellosio narpel@tin.it
Cell.347 1023329 / 041 5041493

I colleghi che sono partiti e rientrati, nella grande maggioranza hanno confermato la loro disponibilità a partire nuovamente e questo credo sia il messaggio che più di ogni altro può indurre a decidere di partecipare al nostro progetto, vincendo i più che leciti timori e comprensibili resistenze, ma che verranno sicuramente ripagati dal privilegio di vivere un'esperienza come questa. Il calendario delle partenze per il 2009 non è ancora completato!

Grazie ai colleghi che in forme diverse hanno collaborato a questo progetto:

Marina Beneforti, Cinzia Cecchinato, Sandra Cozzani, Cinzia Cuzzolin, Paola Fuggetta, Anna Giacomini, Silvia Giroto, Kim Lokar, Lucia Magagnato, Piero Nardi, Andrea Passarella, Gianna Pettenà, Paolo Regini, Carla Ricci, Stefano Rocco, Francesco Vidal

A cura dello studio associato Cagnin Cavallin Martignon Rovoletto - www.ccmassociati.it

Regime fiscale agevolato per le nuove iniziative imprenditoriali e di lavoro autonomo

Fonti "Fisco Oggi" rivista telematica dell'Agenzia delle Entrate"

Si ritiene utile ricordare che è tuttora in vigore l'art. 13 della Legge 388/2000 che prevede la possibilità di applicare il regime agevolato per le nuove iniziative imprenditoriali e di lavoro autonomo (riservato alle sole persone fisiche e alle imprese familiari).

Le condizioni necessarie per accedere al regime sono: non aver esercitato negli ultimi tre anni attività di impresa o essere stati soci di società di persone o capitali svolgendo attività gestionale nell'ambito della società, l'attività intrapresa non deve costi-

tuire una mera prosecuzione di un'attività svolta precedentemente anche sotto altra forma giuridica (dipendente, collaboratore coordinato o occasionale) realizzare, nell'anno, un ammontare di ricavi non superiore a 30.987,41 euro, nel caso di prestazioni di servizi, o di 61.974,83 euro, per le altre attività. L'opzione al regime si può richiedere all'atto dell'apertura della partita Iva (è presente un'apposita sezione sul modello).

Il regime ha durata triennale salvo decadenza o revoca.

Si verifica la decadenza quando vengono superati i limiti di ricavi stabiliti dalla norma: decadenza

dal 1° gennaio dell'esercizio successivo, se viene superato il limite di un importo non superiore del 50 per cento; decadenza immediata, con conseguente obbligo di adempiere, da quel momento, agli ordinari obblighi contabili e fiscali, se il limite è superato di oltre il 50 per cento.

Le semplificazioni previste dal regime sono: l'esonero dalla tenuta delle scritture contabili, l'esonero dalle liquidazioni periodiche dell'Iva e dai versamenti degli acconti ai fini Irpef e Iva. L'Irap segue invece la normale disciplina (ovviamente se sussistono i presupposti per l'imposizione).

Rimangono fermi invece gli obblighi di fatturazione e certificazione delle operazioni attive (ricavi e corrispettivi), quello di conservazione dei documenti emessi e ricevuti, nonché quello di dichiarazione dei redditi e il versamento delle imposte.

Il regime prevede un'imposta sostitutiva del 10% calcolata sull'utile dell'attività (Ricavi – Costi). Si sottolinea che il reddito così determinato non ammette riduzioni dovute a oneri deducibili (es Enpam) e l'imposta sostitutiva non ammette riduzioni dovute a detrazioni fiscali (es detrazioni per figli a carico).

L'Iva da versare viene determinata in base ai criteri ordinari (*Attenzione l'esenzione IVA va riconosciuta esclusivamente a quelle prestazioni mediche che sono dirette alla diagnosi, cura ed alla guarigione di malattie o problemi di salute, comprendendo anche le prestazioni dirette a fini di profilassi anche nei confronti di persone che non soffrono di alcuna malattia*). Per le prestazioni esenti iva indicare in fattura **“Esente iva ex Art. 10, n.18 DPR 633/72”; Se si svolgono solo prestazioni esenti, l'iva sugli acquisti è indetraibile.**

Gli obblighi previdenziali, assicurativi e amministrativi connessi all'espletamento dell'attività devono essere regolarmente adempiuti.

Esiste la possibilità di farsi assistere gratuitamente negli adempimenti tributari dall'ufficio locale dell'Agenzia delle Entrate (“tutoraggio”).

Prospetto Riassuntivo

Requisiti

- Volume affari non superiore a €30.987,41;
- Nessuna attività imprenditoriale e di lav. autonomo nel triennio precedente;
- La nuova iniziativa non costituisca una mera prosecuzione di una precedente attività svolta anche in qualità di lavoratore dipendente;

Adempimenti

- Apertura partita Iva;
- Versamenti alla cassa previdenziale e adempimenti vs. ordine professionale;
- Conservazione fattura d'acquisto e vendita;
- Versamento Iva annuale, in sede di dichiarazione e senza interessi;
- Adempimenti dei sostituti d'imposta art.21 del dpr 600/73;
- Dichiarazione dei redditi, imposta forfetaria 10%

Esonero

- registrazioni e scritture contabili e tenuta libri contabili;
 - Liquidazioni e versamenti periodici;
 - Versamento acconto Iva;
 - Comunicazione Iva annuale;
 - Esonero dei propri committenti/sostituti di imposta di versare la ritenuta (art.13 L.388/2000), pertanto non viene né esposta né trattenuta la ritenuta d'acconto; Indicare in fattura, pertanto, la seguente dicitura **“Contribuente fruitore del regime fiscale agevolato previsto per le nuove attività imprenditoriali e di lavoro autonomo di cui all'art. 13 L. 23/12/2000 n. 388. Ai sensi e per gli effetti di tale regime si esonera il sostituto d'imposta dall'operare la ritenuta d'acconto sulle prestazioni eseguite in quanto soggette ad imposta sostitutiva.”**
- Cessazione regime prima della scadenza del triennio**

- Il regime agevolato cessa di avere efficacia e il contribuente è assoggettato a tassazione ordinaria:
 - a) a decorrere dal periodo d'imposta successivo a quello nel quale i compensi o i ricavi conseguiti superano il limite di 30.987€
 - b) a decorrere dallo stesso periodo d'imposta nel quale i compensi o i ricavi superano del 50 per cento il limite; in tale caso sarà assoggettato a tassazione nei modi ordinari l'intero reddito d'impresa o di lavoro autonomo conseguito nel periodo d'imposta.

Novità 2009

(Finanziaria 2009, legge 22 dicembre 2008, n. 203 e dal Decreto legge 185/2008)

Fonti "Fisco Oggi" rivista telematica dell'Agenzia delle Entrate e "Banca dati del sole 24 ore"

Si riportano qui di seguito le principali novità previste per l'anno 2009 rimanendo in attesa comunque degli ultimi chiarimenti

Sconti Irpef

Rimane valida anche per il 2009 la detrazione Irpef del 19%, introdotta dalla Finanziaria dello scorso anno per i docenti delle scuole di ogni ordine e grado, anche non di ruolo con incarico annuale, per le spese di aggiornamento e autoformazione. Lo sconto riguarda le spese documentate, con un limite di 500 euro. Il risparmio d'imposta massimo è, quindi, di 95 euro.

Prorogata fino al 31 dicembre 2009 anche la possibilità di detrarre dall'Irpef le spese per l'acquisto di abbonamenti ai servizi di trasporto pubblico locale, regionale e interregionale, non superiori a 250 euro, con un massimo di risparmio d'imposta di 47,50 euro. La detrazione non spetta se le stesse spese sono deducibili, perché inerenti, dai singoli redditi (ad esempio, d'impresa o di lavoro autonomo) che concorrono a formare quello complessivo.

Diventa stabile, invece, la detrazione Irpef del 19% delle spese sostenute per il pagamento di rette per asili nido, pubblici e privati, con un limite massimo di 632 euro per ogni figlio e un risparmio d'imposta pari a 120,08 euro.

Bonus per le ristrutturazioni edilizie

Ancora un anno di proroga per l'agevolazione Irpef e l'Iva ridotta sulle ristrutturazioni edilizie. Per i lavori fatturati fino al 31 dicembre 2011, rimane stabile la detrazione Irpef del 36% delle spese sostenute, per un importo non superiore a 48mila euro per ciascuna unità immobiliare. Per poterne usufruire è necessario indicare il costo della manodopera in fattura.

Prolungata anche l'agevolazione spettante agli acquirenti o agli assegnatari di immobili facenti parte di fabbricati interamente ristrutturati da imprese di costruzione o ristrutturazione o da cooperative edilizie che poi provvedono all'alienazione degli immobili. In questo caso, spetta

una detrazione del 36% calcolata sul 25% del prezzo indicato nell'atto, comunque entro il limite di 48mila euro. Il termine entro il quale devono essere eseguiti gli interventi è prorogato al 31 dicembre 2011, quello per la stipula dell'atto al 30 giugno 2012.

Prorogata di un anno anche per l'Iva al 10% sugli interventi di recupero del patrimonio edilizio realizzati su fabbricati a prevalente destinazione abitativa.

Deducibilità del 10% dell'Irap dalle imposte sui redditi

A partire dal periodo d'imposta 2008 l'IRAP è deducibile dal reddito imponibile IRES e IRPEF anche se limitatamente a una quota pari al 10%.

La deducibilità è ammessa a favore di tutti i soggetti passivi IRAP che determinano la base imponibile secondo i criteri "ordinari".

In relazione al periodo d'imposta 2007 e ai precedenti, è ammessa la presentazione dell'istanza di rimborso della quota delle imposte sui redditi corrispondente alla quota dell'IRAP riferita agli interessi passivi ed oneri assimilati ovvero alle spese per il personale dipendente e assimilato.

Il rimborso spetta per una somma fino ad un massimo del 10% dell'IRAP dell'anno di competenza, riferita forfetariamente ai suddetti interessi e spese per il personale.

Rivalutazione dei beni immobili delle imprese

Il DL 185/2008 ripropone una disciplina di rivalutazione dei beni d'impresa dietro il pagamento di un'imposta sostitutiva (del 10% o del 7% dei maggiori valori iscritti), riservandone, però, l'ambito di operatività ai soli beni immobili, con l'esclusione degli immobili "merce" (costruiti e/o acquistati per la rivendita) e delle aeree fabbricabili.

Novità in materia di IVA

In via sperimentale, per gli anni 2009, 2010 e 2011, tutte le operazioni Iva potranno beneficiare del differimento della esigibilità e della detrazione al momento del pagamento del corrispettivo.

Revisione congiunturale speciale studi di settore

E' stata prevista la possibilità di revisione degli studi per tenere conto della diffusa situazione di crisi che ha coinvolto nel 2008 le imprese e le attività professionali riducendone la capacità reddituale.

La Federspev e i nostri incontri a livello ministeriale

Il Prof. Michele Poerio, su sollecitazione della Presidenza, nel corso della riunione presso il Ministero della Funzione Pubblica, tenutosi con le più importanti Confederazioni sindacali, ha esposto a nome della Federspev le problematiche inerenti la grave situazione pensionistica dei Dirigenti sanitari del S.S.N., le cui pensioni vengono continuamente depauperate da provvedimenti legislativi che colpiscono soprattutto i loro diritti.

Il Ministro Brunetta si è fatto carico, anche se non diretto interessato al problema, di rappresentare tale situazione al Consiglio dei Ministri e più precisamente al Ministro del Welfare On. Sacconi, il quale nell'ambito della Convention organizzata dalla FNOMCeO a Fiuggi il 13 e 14 giugno sulla "buona sanità" è stato sensibilizzato al problema dallo stesso Prof. Poerio e dai Segretari generali dei Sindacati medici e dal Presidente della FNOMCeO Amedeo Bianco.

La Presidenza nazionale ha provveduto a trasmettere ufficialmente la mozione conclusiva scaturita dal 45° Congresso nazionale di Perugia ai Ministeri di competenza, agli Ordini professionali, agli Enti previdenziali sanitari e ai Sindacati di categoria.

Mercoledì 23/07/2008 il Ministro del Welfare e della Salute On. Sacconi ha ricevuto presso la sede del Ministero del Lavoro le sigle Mediche rappresentative della dirigenza del S.S.N..

Il prof. Poerio, che faceva parte della delegazione ha illustrato al Ministro le gravi problematiche inerenti ai pensionati medici, farmacisti e veterinari del S.S.N., rilevando che la legge di recepimento del protocollo sul Welfare del 23 luglio 2007 ha previsto il blocco della perequazione per gli importi pensionistici superiori ai 3.539 euro lordi, ed evidenziato che tale iniqua misura avrebbe prodotto sulle pensioni di medio importo (le nostre) una perdita secca di 8.000 euro circa in 8/10 anni.

Ha avanzato, quindi, la proposta della rivalutazione al 100% dei trattamenti pensionistici, un sistema di indicizzazione più equo per tutti i percettori di pensione, senza più decalage previsto dalla normativa attuale. Tale indicizzazione – ha sostenuto il prof. Poerio – si configura come uno strumento di equità sociale che tutti i sistemi di Welfare in Europa garantiscono (anzi alcuni di tali sistemi prevedono l'aggancio alle retribuzioni dei lavoratori attivi).

Nell'immediato, però, chiediamo la rimozione degli effetti del blocco della perequazione per gli anni a venire.

Chiediamo, inoltre, una sollecita revisione delle pensioni di reversibilità, data la loro attuale inadeguatezza a far fronte ai bisogni dei familiari superstiti.

Il Ministro ha assicurato il suo interessamento ponendo tali problematiche fra i primi punti che dovranno essere affrontati sul tavolo di concertazione che inizierà i lavori nel prossimo settembre.

Da "Azione Sanitaria" n°9/10 Settembre/Ottobre 2008

A cura della Sezione Provinciale di Venezia

**7 FEBBRAIO 2009
SALA CONGRESSI
DEL COMUNE DI MIRANO**

CONVEGNO

**LABORATORIO E PRATICA CLINICA
Indicazioni, Appropriatezza ed Efficacia
dell'Esame di laboratorio**

**Promosso da
AULSS 13 Mirano e AULSS 18 Rovigo**

**Il convegno è indirizzato ai medici di medicina generale,
ai pediatri di libera scelta, agli specialisti del territorio ed
ai medici ospedalieri**

4 APRILE 2009

Auditorium "Banca degli Occhi"
Ospedale dell'Angelo - Mestre Venezia

LA PRESCRIZIONE DELL' ESERCIZIO FISICO NEL PAZIENTE DIABETICO

Con l'obiettivo primario di contribuire alla promozione dell'attività fisica, la Federazione Medico Sportiva Italiana (FMSI), la Società Italiana di Diabetologia (SID) e l'Associazione Medici Diabetologi (AMD) hanno organizzato la seguente iniziativa formativa rivolta ai professionisti della salute, sul ruolo dell'esercizio fisico nella prevenzione e trattamento della malattia diabetica. Durante il Convegno si esamineranno gli effetti benefici dell'esercizio fisico nel paziente diabetico, analizzando nel contempo i possibili rischi ad esso correlati e le possibilità per evitarli; si descriveranno i principi razionali e le modalità con le quali prescrivere l'esercizio fisico in ambito diabetologico; si discuteranno, infine, le strategie per contrastare la sedentarietà e promuovere uno stile di vita fisicamente attivo. Ci auguriamo che tale iniziativa sia gradita agli esperti del settore e rappresenti un punto di partenza per futuri perfezionamenti e approfondimenti delle tematiche esaminate.

RESPONSABILI SCIENTIFICI:

Dr. Franco Giada

Dipartimento Cardiovascolare
Ospedale dell'Angelo, Mestre (VE)
tel. 041 9657201 - francogiada@hotmail.com

Dr. Diego Turchetto

Presidente Associazione Diabetici Mestre Venezia
Medico di Medicina Generale, ULSS 12 Veneziana
turchetto.diego@alice.it

SEGRETERIA ORGANIZZATIVA:

De Prato Congressi

Corso del Popolo 86/D, 30172 Mestre Venezia
tel. 041 0993580 - fax 041 0999913
info@silviadeprato.it - www.silviadeprato.it

PROGRAMMA

8.30 - 9.00

Registrazione dei partecipanti

9.00 - 10.30

RISCHI E BENEFICI DELL'ESERCIZIO FISICO

11.30 - 13.00

INTERAZIONE TERAPIA FARMACOLOGICA ED ESERCIZIO FISICO

14.30 - 16.00

LA PRESCRIZIONE DELL'ESERCIZIO FISICO

16.00 - 17.30

TAVOLA ROTONDA "LA PROMOZIONE DELL'ATTIVITA' FISICA"

Intervengono i rappresentanti di:

Le Istituzioni Sanitarie
Le Società Scientifiche
Le Istituzioni Scolastiche
Le Amministrazioni Locali
Le Istituzioni Sportive
Le Associazioni dei Pazienti
I Mass Media

E' stata inoltrata richiesta
di accreditamento ECM
per medici ed infermieri.