

SCIENZA E PROFESSIONE

Anno 6 numero 10

Ottobre 2009

I Professionisti e l' IRAP: un labirinto di casi particolari

Quali professionisti sono esenti dal pagamento dell' IRAP?

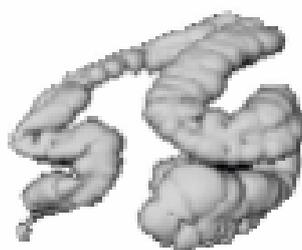
E quali categorie sanitarie? La Convenzione del MdF permette l' esenzione?

La Cassazione, con una serie di sentenze, sta delimitando il campo dell' esenzione dall' IRAP.

I principi generali rimangono gli stessi, ma l' applicazione pratica e' subordinata ad una serie di circostanze particolari. Lo spartiacque sembra essere l' avvalersi di personale genericamente dipendente. Una rassegna commentata



Gli steroidi inalatori nella BPCO



Le capsule endoscopiche: uso e utilita'

Malattia celiaca: istruzioni per l'uso

Apnee nel sonno.

Predisposti se diabetici

Restrizioni paziente non sempre legittime per epilettici

IV Congresso Ippocrate col patrocinio di Uliveto Terme: un successo!



Una testata volontaria sul campo di gioco e' reato. Parola di Cassazione!

Diffusa la pratica abusiva delle professioni sanitarie



Servizio di aggiornamento e informazione per la classe medica fornito da

“ULIVETO E ROCCHETTA, ACQUE DELLA SALUTE “

<http://www.acquedellasalute.it> - <http://www.uliveto.it>

Celiachia: istruzioni per l'uso	Pag. 3	<p>Mensile di informazione e varie attualita' Reg. Trib. Roma n. 397/2004 del 7/10/2004, versione registrata delle "PILLOLE di Medicina Telematica" attive dal 1998 Dir. Resp.: Daniele Zamperini O.M. Roma 19738 - O. d. G. Lazio e Molise 073422 http://www.scienzaeprofessione.it</p> <p>Patrocinate da -O.M. della Provincia di Padova -Soc. Scientifica "Promed-Galileo" -SIMG-Roma -ASMLUC (Associazione Specialisti in Med. Legale dell' Univ. Cattolica) -Medico&Leggi</p> <p>Redazione Luca Puccetti (webmaster) Marco Venuti (agg. legale) Renato Rossi (coordinatore) Guido Zamperini (redattore) Collaborano: Marco Grassi, Clementino Stefanetti</p> <p>Per riceverla gratuitamente: d.zamperini@fastwebnet.it Cell. 333/5961678</p> <p>Archivio completo: Oltre 3000 articoli e varie risorse su http://www.pillole.org/</p> <p>Contenuti selezionati: www.scienzaeprofessione.it</p> <p><i>Il nostro materiale salvo diverse indicazioni è liberamente utilizzabile per uso privato, riproducibile citando la fonte</i></p> <p>Per proporre articoli o collaborazioni scrivere alla redazione</p>
Steroidi inalatori nella BPCO	Pag. 4	
Utili gli antibiotici preventivi nella BPCO?	Pag. 4	
Le capsule endoscopiche	Pag. 5	
Un solo medico di fiducia, anche per l' anestesia	Pag. 6	
I Professionisti e l' IRAP: un labirinto di casi particolari	Pag. 7	
Si diffonde la pratica abusiva delle professioni sanitarie	Pag. 9	
È reato far fare la pulizia dei denti agli odontotecnici	Pag. 9	
Il lavoratore malato non puo' girare in moto	Pag. 9	
Se l' epilessia e' guarita, le restrizioni sulla patente sono illegittime	Pag. 10	
Le anestesie non sempre sono patrimonio esclusivo degli anestesisti	Pag. 10	
L' epatite da emoderivati va risarcita come quella da emotrasfusioni	Pag. 11	
Patenti auto: punti in piu', e non tutti lo sanno	Pag. 11	
Museruola a Fido, anche negli spazi condominiali	Pag. 11	
Una testata volontaria sul campo di gioco costituisce reato	Pag. 12	
Apnee nel sonno: predisposti se diabetici	Pag. 12	
NOVITA' IN GAZZETTA UFFICIALE (a cura di Marco Venuti)	Pag. 13	
Novita' prescrittive sui farmaci	Pag. 14	
Convegni, Congressi e altre iniziative importanti	Pag. 15	



Servizio di aggiornamento e informazione per la classe medica fornito da
ULIVETO E ROCCHETTA, "ACQUE DELLA SALUTE"
<http://www.acquedellasalute.it> - <http://www.uliveto.it>

Celiachia: istruzioni per l'uso

Una breve messa a punto sulla celiachia, frequente quanto poco diagnosticata.

La celiachia è una malattia di tipo autoimmune caratterizzata da una patologica risposta immunitaria all'introduzione del glutine con la dieta in soggetti geneticamente predisposti.

Si ritiene che questa condizione sia frequente ma sottodiagnosticata in quanto, spesso, più che sintomi di tipo gastrointestinale, provoca sintomi diversi, più aspecifici, oppure può essere del tutto asintomatica [1].

La celiachia può portare a varie complicanze a lungo termine, come per esempio osteoporosi con aumento del rischio fratturativo, aborti o esiti gravidici negativi, pubertà ritardata, problemi dentari, ritardato accrescimento, anemia, modesto aumento del rischio di neoplasie intestinali.

Partendo da queste considerazioni il NICE, l'istituto nazionale britannico che elabora linee guida di elevata qualità, ha emanato una serie di raccomandazioni per aiutare il medico a diagnosticare tale patologia.

Chi sottoporre a test per la celiachia?

Il test dovrebbe essere richiesto negli adulti e nei bambini che presentano i seguenti segni e sintomi: diarrea cronica o intermittente, difetti di accrescimento (bambini), sintomi gastrointestinali e/o nausea inspiegati e persistenti, affaticamento prolungato, perdita di peso improvvisa o inspiegata, anemia sideropenica e altri tipi di anemia. La celiachia deve essere sospettata anche in presenza di alcune condizioni patologiche: tireopatie autoimmuni, dermatite erpetiforme, colon irritabile, diabete tipo 1, malattia di Addison, amenorrea, stomatite aftosa, epatopatie o miocardite autoimmuni, porpora trombocitopenica cronica, depressione o sindrome bipolare, sindrome di Down, epilessia, linfoma, osteomalacia o rachitismo, ipertransaminase-

mia persistente inspiegata, polineuropatia, aborti ricorrenti, infertilità, sarcoidosi, sindrome di Turner, alopecia, sindrome di Sjögren, alterazioni dello smalto dentario.

Infine il test va effettuato in chi ha parenti di primo grado affetti da celiachia.

Avvertenza importante prima di chiedere il test: non prescriverlo nei bambini prima che sia stato introdotto il glutine con la dieta. Il test inoltre va richiesto solo se il paziente assume alimenti che contengono glutine almeno da sei settimane.

Quali test richiedere?

Il test consigliato è il dosaggio delle IgA antitransglutaminasi (tTGA), mentre sono sconsigliati gli anticorpi (IgA o IgG) anti gliadina. Se il tTGA fornisce un risultato dubbio si devono dosare le IgA antiendomisio (EMA).

In tutti i casi è opportuno dosare anche le IgA per escludere un test falsamente negativo se esiste un deficit di IgA. In caso di deficit di IgA si devono chiedere le IgG antitransglutaminasi e/o le IgG antiendomisio.

In caso di positività dei test sierologici il paziente deve essere inviato ad uno specialista gastroenterologo per confermare la diagnosi con la biopsia digiunale.

Nel caso i test sierologici siano negativi ma il sospetto di celiachia sia comunque elevato è opportuno richiedere un parere specialistico per ulteriori accertamenti. Per la diagnosi iniziale non si devono usare i test genetici HLA DQ2/DQ8. Tuttavia in presenza di forte sospetto di celiachia e test sierologici negativi si possono richiedere i markers genetici. In caso di negatività si può essere certi che il paziente non è affetto da celiachia in quanto il valore predittivo negativo di questi test è elevatissimo. Se invece i test genetici sono positivi va considerato che essi lo sono non solo in tutti i celiaci

ma anche nel 40% dei non celiaci. In questi casi si può decidere di effettuare la biopsia digiunale oppure di monitorare ripetutamente il paziente [3].

Punti dubbi

1) Nei pazienti celiaci bisogna ripetere i test sierologici e ogni quanto tempo? I test sierologici possono essere usati per monitorare se il paziente segue la dieta priva di glutine. Non esistono, comunque, linee guida sul monitoraggio del paziente celiaco. Secondo un documento di consenso del Ministero della Salute [4] si consiglia un controllo dopo sei mesi e successivamente ogni 1-2 anni. Oltre al dosaggio delle IgA o IgG antitransglutaminasi o antiendomisio si chiederanno emocromo, ferritina, TSH, anti TPO e antiTG. Altri esami (per esempio densitometria) vanno richiesti solo in casi selezionati.

2) E' possibile che un soggetto con test negativi con il passare del tempo diventi positivo? Per ora non è noto se la celiachia possa svilupparsi con gli anni in soggetti inizialmente con test sierologici negativi.

3) Qual è la quantità minima di glutine che deve essere contenuta nella dieta perché i test siano positivi?

Renato Rossi

Referenze

1. <http://www.pillole.org/public/aspnuke/news.asp?id=3702>
2. National Institute for Health and Clinical Excellence. Coeliac disease: recognition and assessment of coeliac disease. 2009. <http://www.nice.org.uk/nicemedia/pdf/C86FullGuideline.pdf>
3. <http://www.pillole.org/public/aspnuke/newsall.asp?id=2697>
http://www.ministerosalute.it/speciali/documenti/protocollo_diagn.pdf

Servizio di aggiornamento e informazione per la classe medica fornito da:

ULIVETO e ROCCHETTA "Acque della Salute"
<http://www.acquedellasalute.it> - <http://www.uliveto.it>

Steroidi inalatori nella BPCO

Secondo una revisione sistematica gli steroidi inalatori non riducono, ad un anno, la mortalità totale nei pazienti con BPCO stabile e portano ad un aumento del rischio di polmonite. Tuttavia la mortalità non è il solo parametro da considerare in patologie di questo tipo.

Questa revisione sistematica si è riproposta di esaminare gli effetti degli steroidi inalatori sulla mortalità e le loro reazioni avverse in pazienti affetti da BPCO stabile.

La ricerca è stata effettuata in vari database medici (MEDLINE, CENTRAL, EMBASE, CINAHL, Web of Science, and PsychInfo) per studi pubblicati fino al 9 febbraio 2008. Gli studi dovevano essere di tipo randomizzato e controllato, in doppio cieco, avere una durata di almeno sei mesi e aver paragonato gli steroidi inalatori ad altro trattamento comunemente usato per la BPCO che non comprendesse uno steroide inalatorio.

L'outcome primario era la mortalità totale ad 1 anno e la potenza statistica era tale da svelare una differenza dell'1,0% in termini assoluti.

Sono stati ritrovati 11 studi che rispondevano ai criteri della ricerca, per un totale di 14426 pazienti.

Negli studi in cui era riportata la mortalità non si è riscontrata una differenza statisticamente significativa fra gruppo trattato con steroidi inalatori e controllo: 128 decessi su 4636 trattati vs 148 su 4597 (RR 0.86; 0.68-1.09).

Negli studi in cui erano riportati i dati sulle polmoniti si è evidenziata una incidenza più elevata di questa patologia con gli steroidi inalatori (777 su 5405 vs 561 su 5371; RR 1.34; 1.03-1.75).

Tale rischio era legato soprattutto a questi fattori: dosi elevate di steroidi, breve durata della terapia con steroidi, ridotto FEV1, terapia combinata steroidi/

broncodilatatori.

Gli autori concludono che la terapia con steroidi inalatori non riduce la mortalità ad un anno ed è associata ad un rischio più elevato di polmonite.

Studi futuri potranno determinare se gli steroidi inalatori sono utili in alcuni sottogruppi di pazienti con BPCO.

Fonte:

Drummont MB et al. Inhaled Corticosteroids in Patients With Stable Chronic Obstructive Pulmonary Disease. A Systematic Review and Meta-analysis. JAMA. 2008 Nov 26;300:2407-2416.

Commento di Renato Rossi

Questa revisione sistematica non dice nulla di nuovo.

Era noto che gli steroidi inalatori non riducono la mortalità totale e possono aumentare il rischio di polmonite. Nello studio TORCH l'aggiunta di uno steroide inalatorio al betastimolante long acting ha portato ad una riduzione della mortalità totale, che, però, non raggiungeva la significatività statistica [1,2].

D'altra parte quale farmaco ha, al momento, dimostrato di ridurre la mortalità nella BPCO?

Tuttavia la riduzione della mortalità non è l'unico parametro che bisogna considerare quando si valuta l'efficacia di una terapia in patologie come la BPCO.

Una sintesi più utile ci sembra venga da una revisione sistematica Cochrane [3] che ha considerato 14 studi per un totale di 13139 pazienti.

La revisione ha evidenziato che l'uso degli steroidi inalatori per 2-6 mesi porta ad un piccolo miglioramento del FEV1, mentre un uso superiore ai 6 mesi non riduce il declino del FEV1.

Anche la revisione Cochrane non ha trovato alcun effetto di questi farmaci sulla

mortalità (OR 0.98; 0.83-1.16).

Tuttavia il loro uso prolungato riduce la frequenza delle riacutizzazioni e migliora la qualità di vita.

Tra gli effetti collaterali vengono segnalati soprattutto candidiasi orofaringea e raucedine.

I pochi studi che hanno valutato la tossicità ossea non hanno evidenziato un maggior rischio di fratture in un periodo di 3 anni.

Gli autori concludono che bisogna bilanciare i benefici della terapia con i rischi soprattutto a livello topico, mentre gli effetti avversi a lungo termine restano sconosciuti.

Non si può escludere, tuttavia, che l'uso per molti anni possa portare ad effetti negativi sull'osso [4].

Come concludere? Le linee guida sulla BPCO consigliano come farmaci di prima scelta i broncodilatatori (beta 2 stimolanti e anticolinergici), eventualmente in associazione, mentre riservano l'aggiunta di uno steroide inalatorio ai pazienti con forme gravi (FEV1 inferiore al 50%) e/o con frequenti riacutizzazioni.

Per il momento non ci sembra che la metanalisi pubblicata da JAMA porti ad una sostanziale revisione di queste raccomandazioni.

Referenze

1. <http://www.pillole.org/public/aspnuke/news.asp?id=2817>
2. <http://www.pillole.org/public/aspnuke/news.asp?id=2934>
3. Yang IA, Fong K, Sim EH, Black PN, Lasserson TJ. Inhaled corticosteroids for stable chronic obstructive pulmonary disease. Cochrane Database of Systematic Reviews 2007, Issue 2. Art. No.: CD002991. DOI: 1-0.1002/14651858.CD002991.pub2.
4. <http://www.pillole.org/public/aspnuke/news.asp?id=2802>

Utili gli antibiotici preventivi nella BPCO?

Secondo uno studio di piccole dimensioni la profilassi per un anno con eritromicina a basse dosi riduce le riacutizzazioni nei pazienti con BPCO moderata o

grave.

In questo studio sono stati arruolati 109 pazienti (63% uomini, età media 67,2

anni) affetti da BPCO moderata o grave, randomizzati a ricevere eritromicina (250 mg x 2 /die) oppure placebo. La maggior parte dei partecipanti era già in

Servizio di aggiornamento e informazione per la classe medica fornito da:

ULIVETO e ROCCHETTA "Acque della Salute"

<http://www.acquedellasalute.it> - <http://www.uliveto.it>

trattamento con steroidi inalatori e/o broncodilatatori.

L'end point primario era il numero di riacutizzazioni che richiedeva l'uso di steroidi per via sistemica, antibiotici o ospedalizzazione.

Dopo un follow-up di un anno si registrò un numero minore di riacutizzazioni nel gruppo trattato con la profilassi antibiotica (81 versus 125, $p = 0,003$).

Inoltre i pazienti trattati con eritromicina svilupparono meno riacutizzazioni (1 versus 2) e anche la loro durata media fu più breve (9 versus 13 giorni).

Gli effetti collaterali non risultarono diversi tra i due gruppi.

Gli autori concludono che la terapia profilattica con macrolide risulta associata ad una riduzione significativa delle riacutizzazioni rispetto al placebo e può essere un'arma importante nel ridurre l'impatto della malattia in questi pazienti.

Fonte:

Seemungal TAR et al. Long-term er-

ythromycin therapy is associated with decreased chronic obstructive pulmonary disease exacerbations. *Am J Respir Crit Care Med* 2008 Dec 1; 178:1139.

Commento di Renato Rossi

Attualmente le linee guida sconsigliano una terapia profilattica con antibiotici nella BPCO, basandosi soprattutto su studi vecchi di decenni.

Due editorialisti usano un titolo abbastanza evocativo per illustrare il loro commento [1].

Il trial recensito in questa pillola suggerisce, però, che un trattamento con eritromicina a basse dosi per un anno è in grado di ridurre le riacutizzazioni in pazienti affetti da BPCO moderata o grave.

L'effetto potrebbe dipendere dal potere antibatterico del farmaco, dal fatto che i macrolidi sono dotati di proprietà antiflogistiche o da entrambi questi fattori. Non sappiamo, tuttavia, se i benefici si mantengano anche per periodi più pro-

lungati, nè se gli stessi risultati si possano ottenere con altre classi di antibatterici.

L'esiguità del campione arruolato e la relativa brevità del follow-up non permettono di trarre conclusioni definitive nè di cambiare per ora le raccomandazioni delle linee guida.

Studi con casistica maggiore e di più lunga durata potranno dirci, in futuro, se la profilassi antibiotica a lungo termine possa svolgere un ruolo nei pazienti con BPCO (soprattutto in quelli che vanno incontro a riacutizzazioni frequenti e/o gravi) oppure se comporti solo il rischio di effetti collaterali e di selezione di germi resistenti.

Referenze

1. Kunisaki KM and Niewoehner DE. Antibiotic prophylaxis for chronic obstructive pulmonary disease: Resurrecting an old idea. *Am J Respir Crit Care Med* 2008 Dec 1; 178:1098.

Le capsule endoscopiche

Quali sono le indicazioni, le limitazioni, i vantaggi e gli svantaggi delle capsule endoscopiche?

Cos'è la capsula endoscopica?

La capsula endoscopica deve la sua nascita ad un ingegnere israeliano, Gavriel Iddan, che la progettò nel lontano 1981. Tuttavia la sua applicazione negli animali è iniziata nel 1994 e si è poi estesa all'uomo, fino ad ottenere, nel 2001, l'approvazione della FDA per l'uso routinario in diagnostica.

Il principio è semplice: si tratta di un involucro dalle dimensioni, di una capsula di antibiotico (circa 1 cm x 2,5 cm) che all'interno contiene, miniaturizzati, una videocamera a colori, una fonte di luce e due batterie, un trasmettitore ed un'antenna.

La capsula viene inghiottita e, durante il suo tragitto nel tubo digerente, trasmette delle immagini alla frequenza di una al secondo circa.

Queste immagini vengono registrate da

particolari sensori applicati sulla parete addominale e poi trasmesse ad un registratore incorporato in una cintura portata dal paziente stesso. Successivamente le immagini registrate vengono rielaborate da un software e possono essere visionate su un monitor.

Il tragitto intestinale viene completato dalla capsula in circa otto-dieci ore e non impedisce al paziente di svolgere le sue normali occupazioni. La preparazione dell'intestino e la somministrazione di procinetici probabilmente migliora le prestazioni diagnostiche della procedura.

Indicazioni e controindicazioni

La videocapsula è utile soprattutto per la diagnostica dell'intestino tenue. Questo tratto intestinale, infatti, attualmente non è ben esplorabile dall'endoscopia.

Solo sporadicamente patologie di rilievo possono interessare il tenue, ma, in tali casi, la diagnosi può risultare particolarmente difficile.

Si possono usare, è vero, endoscopi

molto lunghi e sottili che vengono fatti progredire per circa 100-150 cm oltre il duodeno. Tuttavia questo tipo di esame richiede, in genere, l'anestesia generale, ed in ogni caso non esplora completamente il tenue.

L'ultimo tratto ileale può, invece, essere talora esplorato in corso di colonscopia. La radiografia con pasto opaco del piccolo intestino è praticata da molti anni, ma la sua utilità diagnostica è modesta. Si tratta, comunque, di metodiche di indagine non soddisfacenti.

I vantaggi della videocapsula sono quindi chiari: migliore compliance del paziente, trattandosi di una procedura ambulatoriale non invasiva e possibilità di esplorare tutto il tratto interessato.

Vi sono tuttavia ancora dei limiti che probabilmente saranno superati nei prossimi anni: ottenere una miglior illuminazione per esplorare compiutamente anche le porzioni intestinali a calibro maggiore, possibilità di poter controllare e manovrare la capsula dall'esterno.

Un altro limite è costituito dalla impossibilità di usare la videocapsula quando si sospetta una lesione ostruttiva.

Servizio di aggiornamento e informazione per la classe medica fornito da:

ULIVETO e ROCCHETTA "Acque della Salute"

<http://www.acquedellasalute.it> - <http://www.uliveto.it>

Il costo non costituisce invece un limite in quanto è, all'incirca, paragonabile a quello di un esame endoscopico. Rispetto a questa non permette però il prelievo biptico.

Le indicazioni principali della videocapsula, per il momento, sono soprattutto le sospette emorragie del tenue oppure la presenza di sintomi (come per esempio una perdita di peso di origine sconosciuta) che possono orientare verso una patologia (neoplastica o non) del piccolo intestino.

Altre indicazioni sono la malattia di Crohn (sia nel sospetto che nel paziente con diagnosi già accertata), la sorveglianza nella poliposi ereditaria, il morbo celiaco (in fase di follow-up nei pazienti non responders alla dieta e nei pazienti con sierologia positiva che non vogliono sottoporsi ad endoscopia tradizionale).

Non si ricorre alla videocapsula, in genere, in caso di sintomi come dolore addominale o diarrea cronica in quanto, in questi casi, la probabilità di patologia del tenue è molto bassa.

Complicanze

La mancata espulsione della capsula si verifica in percentuali molto basse (inferiori all'1%), a meno che non siano presenti lesioni stenosanti: per esempio nel morbo di Crohn già diagnosticato la percentuale di ritenzione sale a circa l'8% mentre se si sospetta clinicamente un'ostruzione si può arrivare fino al 20% e oltre.

Il suo recupero può avvenire per via endoscopica o chirurgica.

Videocapsula per lo screening del cancro del colon?

Come si vede l'utilizzo delle videocapsule è per ora limitato ad indicazioni specifiche.

Potrebbe in futuro essere usata come screening per i cancro del colon?

Per il momento la risposta è negativa.

Infatti, in un recente studio pubblicato dal New England Journal of Medicine [1], è stata paragonata la performance diagnostica della videocapsula con la colonscopia ottica in 328 soggetti (età media 58 anni) con patologia nota o sospetta del colon.

Si è così visto che, per la diagnosi di polipi di diametro maggiore di 6 mm la sensibilità della videocapsula era del 64% e la specificità dell'84%, mentre per la diagnosi di adenoma avanzato era rispettivamente del 73% e del 79%. Su 19 cancri diagnosticati alla colonscopia ottica, solo 14 erano svelati dalla videocapsula (sensibilità 74%).

Una sensibilità ed una specificità così basse non possono, attualmente, collocare la videocapsula tra le metodiche da consigliare per effettuare lo screening del cancro del colon.

Se in futuro, con i miglioramenti tecnologici, la performance migliorerà, si potrebbe disporre di una metodologia che avrebbe alcuni vantaggi: migliore compliance, meno invasività, meno complicanze rispetto alla colonscopia ottica e non esposizione a radiazioni ionizzanti rispetto alla colonscopia mediante TC.

Renato Rossi

Referenze

Van Gossum A et al. Capsule Endoscopy versus Colonoscopy for the Detection of Polyps and Cancer. N Engl J Med 2009 Jul 16; 361: 264-270.

Un solo medico di fiducia, anche per l'anestesia

La positiva tradizione dei Medici di Famiglia (figura unitaria legata al paziente con un esclusivo rapporto di fiducia) non ha fatto proseliti nelle altre categorie mediche, ove si evita il rapporto personale e si frammenta la prestazione attraverso l'intervento di più operatori.

Tale comportamento è particolarmente evidente nel settore anestesilogico, malgrado la dichiarata preferenza da parte di medici e di pazienti.

Da tempo si auspica da parte di numerose istituzioni, il sistema "un medico/un intervento" anche nel settore dell'anestesiologia, anche se i problemi burocratico-amministrativi preferiscono "spezzettare" la prestazione tra più sanitari.

Il caso consueto: un paziente è in lista

per un intervento chirurgico di elezione; la prassi prevede che, prima dell'intervento, abbia una visita-colloquio con un anestesista che dovrà vagliare (per quanto di sua competenza) l'idoneità del paziente all'intervento e riempire, a tale scopo, una esauriente scheda clinica.

Poi il paziente va all'intervento e si accorge che l'anestesista che dovrà assisterlo non è lo stesso al quale ha presentato tutti i suoi dubbi e con cui ha chiarito alcuni aspetti che lo preoccupavano, ma è un'altra persona che non ha mai visto e che lo seguirà impersonalmente, sulla base della sola scheda clinica.

Uno studio a tale proposito è stato condotto già nel 2001 da un ricercatore italiano, Bruno Simini, pubblicato su Anaesthesia.

Un questionario somministrato ad un gruppo di pazienti in attesa di intervento mostrava una netta preferenza degli utenti per la soluzione "unica": su 165 pazienti intervistati, infatti, il 74% (122) hanno risposto di preferire che a somministrare l'anestetico al momento dell'intervento sia lo stesso anestesista che li visita prima dell'operazione. Molti di questi pazienti, anzi, davano già per scontato che le cose stessero in questo modo e sono rimasti delusi nell'apprendere che, invece, quasi sempre gli anestesisti sono diversi.

Un ulteriore studio sull'argomento è stato poi effettuato nel 2002 dallo stesso Simini, in collaborazione con Guido Bertolini e il GIVITI (Gruppo Italiano per la Valutazione degli Interventi in Terapia Intensiva), coordinato dall'Istituto Mario Negri, pubblicato sulla pres-

Servizio di aggiornamento e informazione per la classe medica fornito da:

ULIVETO e ROCCHETTA "Acque della Salute"

<http://www.acquedellasalute.it> - <http://www.uliveto.it>

tigiosa rivista scientifica British Medical Journal.

Il questionario, stavolta, era presentato ad un gruppo di anestesisti italiani cui veniva chiesto, in sostanza, se ritenevano preferibile che fosse lo stesso anestesista a compiere la visita pre-operatoria a un paziente e poi a somministrargli l'anestetico o piuttosto che fossero due medici diversi.

Su 198 risposte, ben 161 medici anestesisti (82%) asserivano di preferire la soluzione "un solo anestesista per ogni paziente".

Questa scelta veniva motivata in vari modi: l'anestesista non dovrebbe mai visitare il paziente con l'atteggiamento disinteressato di chi non avrà poi la responsabilità di anestetizzarlo; l'anestesista che somministra i farmaci è anche colui che può prescrivere con cognizione di causa; non si può anestetizzare un paziente che si ritiene inadatto all'anestesia solo perché un altro anestesista durante la visita pre-operatoria l'aveva invece giudicato idoneo; in caso di evento avverso è difficile decidere a chi attribuire la responsabilità, e così via.

In definitiva sia i medici che i pazienti

mostravano di preferire il rapporto "diretto", che colui che anestetizza un paziente durante un intervento chirurgico sia lo stesso che lo ha visitato prima dell'operazione, cioè colui che conosce il suo stato di salute e gli eventuali rischi dell'anestesia.

Attualmente però in Italia il sistema prevede in genere una suddivisione dei compiti, con un medico anestesista che svolge il colloquio pre-operatorio con il paziente e un altro che di fatto gli somministra l'anestetico in sala operatoria.

Alcuni Autori hanno cercato di motivare questa scelta con argomentazioni "etiche": l'anestesista che deve effettuare la visita preoperatoria sarà motivato ad una maggior cura ed attenzione sapendo che la scheda da lui compilata verrà sottoposta all'attenzione di un collega.

E' mia opinione, invece, che i veri motivi siano legati a questioni di ordine amministrativo e organizzativo (gestione degli orari di ambulatorio, dei turni in sala operatoria, delle sostituzioni di eventuali assenze per malattia, ferie o altri motivi). Questi motivi inducono

direttori e primari ospedalieri a optare per una soluzione di intecambiabilità, in quanto maggiormente elastica e più facilmente gestibile a livello burocratico-amministrativo.

Eppure, in molti casi, non ce ne è effettiva necessità, magari gli stessi due anestesisti sono contemporaneamente in sala operatoria, però l'uno col paziente dell'altro.

A che pro?

Misteri della burocrazia.

Daniele Zamperini

Fonti:

- Simini B.- "Pre-operative visits by anaesthetists"- Anaesthesia 2001;56:591

- Simini B., Bertolini G "Should same anaesthetist do preoperative anaesthetic visit and give subsequent anaesthetic? Questionnaire survey of anaesthetists" – BMJ 2003; 327; 79-80 - doi:10.1136/bmj.327.7406.79

I Professionisti e l' IRAP: ancora un labirinto

Una serie di sentenze della Cassazione sull' IRAP che prendono in considerazione una serie di casi particolari, stanno chiarendo il campo di applicazione dell' imposta, e i casi in cui il professionista può essere esente.

Primo caso: professionista ha la segretaria?

Paga l'Irap

La Sezione Tributaria della Corte di Cassazione (Sent. n. 16220/2009) ha stabilito che l'Irap è dovuta da tutti quei professionisti che, nell'esercizio della loro attività, si avvalgono della prestazione lavorativa anche di una sola segretaria.

Nel caso di specie i giudici hanno infatti evidenziato che "la ratio decidendi della sentenza impugnata – secondo la quale i 'servizi di segretaria resi dalla dipendente escludono la sussistenza di significativi elementi di organizzazione, atteso che

il conseguimento dei ricavi nella fattispecie è strettamente e necessariamente collegato all'attività svolta dal professionista' – non è conforme al consolidato principio affermato da questa Corte, secondo cui, a norma del combinato disposto degli artt. 2, comma 1, primo periodo, e 3, comma 1, lettera c), del d.lgs. 15 dicembre 1997, n. 446, l'esercizio delle attività di lavoro autonomo di cui all'art. 49, comma primo, del d.P.R. 22 dicembre 1986, n. 917, è escluso dall'applicazione dell'imposta soltanto qualora si tratti di attività non autonomamente organizzata: il requisito della 'autonoma organizzazione', il cui accertamento spetta al giudice di merito ed è insindacabile in sede di legittimità se congruamente motivato, ricorre quando il contribuente:

A) sia, sotto qualsiasi forma, il responsabile dell'organizzazione, e non sia quindi inserito in strutture organizzative riferibili ad altrui responsabilità ed inte-

resse;

b) impieghi beni strumentali eccedenti, secondo l'id quod plerumque accidit, il minimo indispensabile per l'esercizio dell'attività in assenza di organizzazione, oppure

C) si avvalga in modo non occasionale di lavoro altrui; costituisce poi onere del contribuente che richieda il rimborso fornire la prova dell'assenza delle condizioni anzidette".

Secondo caso: E se l' unico dipendente opera solo a part-time?

L' IRAP va pagata

Anche se ha un solo dipendente e per di più a part-time, il professionista (in questo caso un avvocato, ma il principio è espresso in senso generale) deve pagare l' IRAP.

Questa è stata la conclusione della Quinta Sezione Civile della Corte di

Servizio di aggiornamento e informazione per la classe medica fornito da:

ULIVETO e ROCCHETTA "Acque della Salute"

<http://www.acquedellasalute.it> - <http://www.uliveto.it>

Cassazione (Sent. n. 14693/2009), anche se il professionista effettuava solo un modesto impiego di beni strumentali, di esiguo valore.

La Corte ha infatti evidenziato che “la giurisprudenza ormai consolidata di questa Corte (...) afferma che il requisito dell’autonoma organizzazione ricorre quando il contribuente che eserciti attività di lavoro autonomo: a) sia, sotto qualsiasi forma, il responsabile dell’organizzazione, e non sia quindi inserito in strutture organizzative riferibili ad altrui responsabilità e interesse; b) impieghi beni strumentali eccedenti le qualità che secondo l’id quod plerumque accidit costituiscono nell’attualità il minimo indispensabile per l’esercizio dell’attività anche in assenza di organizzazione, oppure si avvalga in modo non occasionale di lavoro altrui”.

Terzo caso: professionista con studio in casa e senza dipendenti? Non deve pagare l’Irap

Non paga l’IRAP il professionista (anche in questo caso un avvocato, ma il principio è generale) che lavora in casa.

Questa la decisione della Quinta Sezione Civile della Corte di Cassazione (Sent. n. 15110/2009) che ha annullata la decisione contraria delle corti di merito, e accolta la richiesta di rimborso del professionista precisando che “a norma del combinato disposto degli artt. 2, primo periodo, e 3 comma lett. c) del D.Lgs. 15.12.1997 n. 446, l’esercizio delle attività di lavoro autonomo è escluso dall’applicazione dell’imposta regionale sulle attività produttive (IRAP) solo qualora si tratti di attività non autonomamente organizzata; il requisito dell’autonoma organizzazione, il cui accertamento spetta al giudice di merito ed è insindacabile in sede di legittimità, se congruamente motivato, ricorre quando il contribuente: a) sia sotto qualsiasi forma, il responsabile dell’organizzazione e non sia, quindi, inserito in strutture organizzative riferibili ad altrui responsabilità ed interesse; b) impieghi beni strumentali eccedenti, secondo l’id quod plerumque accidit, il minimo indispensabile per l’esercizio dell’attività in assenza di organizzazione, oppure si

avvalga in modo non occasionale di lavoro altrui”.

Nel caso di specie la Corte ha osservato che non erano necessari ulteriori accertamenti di fatto, essendo incontestata la circostanza che il professionista svolgeva l’attività ‘nella propria abitazione’, utilizzando una libreria, il fax ed un apparecchio per videoscrittura, per cui dovendo escludersi che tali elementi siano idonei e configurare i presupposti impositivi desumibili dai richiamati principi, la causa veniva decisa nel merito, con l’accoglimento del ricorso e della domanda di rimborso presentata dal contribuente.

Commento:

E’ facile rilevare come le diverse sentenze sopra citate riportino, pressoché in fotocopia, gli stessi principi. E’ evidente come in Cassazione si sia formato ormai un indirizzo giurisprudenziale univoco e piuttosto rigido per cui il professionista che si avvalga “in modo non occasionale di lavoro altrui” (e non si specifica che debba essere dipendente!) sia soggetto al pagamento dell’IRAP.

E i Medici di Famiglia?

Una menzione particolare merita la categoria dei Medici di Famiglia e assimilati.

In linea generale i medici di famiglia dovrebbero soggiacere alle stesse regole applicate agli altri professionisti. Abbiamo recentemente riportata, anche sul Sito Scienzaeprofessione.it una sentenza che assolveva il MdF dal pagamento dell’IRAP. Si trattava però di un medico che operava senza l’ausilio di collaboratori fissi.

Da più parti si rileva anche che il rapporto convenzionale a quota capitaria faccia sì che il sanitario sia un libero professionista solo di nome, e quindi faccia venir meno alcuni dei presupposti su cui si basa l’imposta.

La nuova Convenzione riporta nelle dichiarazioni a verbale una dichiarazione congiunta che dice:

“L’attività del medico di assistenza primaria, ancorché si avvalga delle prestazioni di collaboratore di studio, non

possiede le caratteristiche di autonoma organizzazione in quanto è sottoposta ad una serie di vincoli convenzionalmente previsti...” (e se ne motivano le ragioni).

In realtà il principio e le motivazioni appaiono corrette e convincenti per chi conosca bene la tipologia di lavoro di questa categoria; possono apparire invece pretestuose e non convincenti per chi, ignaro dei dettagli, si limiti a ragionare per schemi legali, assimilando il lavoro del MdF alla generalità delle attività libero-professionali mediche e non mediche.

E’ quindi lecito domandarsi: questo accordo raggiunto tra alcuni sindacati medici e la SISAC sarà sufficiente a modificare le granitiche convinzioni della Cassazione e delle altre Autorità interessate al problema?

L’ACN, ricordiamolo, è ormai solo un accordo privato (non più un DPR) e viene a trovarsi in contraddizione con l’indirizzo giurisprudenziale corrente. Può avere sufficiente “forza” legale da vincolare le future decisioni delle Commissioni Tributarie, dell’Agenzia delle Entrate, dei Magistrati?

E’ possibile che un accordo privato possa esentare una categoria da un’imposizione fiscale?

Certo, sarebbe possibile, ma solo se le autorità facessero proprio il punto di vista della categoria.

E può essere condiviso dalle autorità il riferimento alla Medicina Generale come categoria omogenea, considerando le sottocategorie da cui è composta e le differenti modalità organizzative dei singoli e dei gruppi di diversa strutturazione, previste proprio dalle ultime disposizioni contrattuali?

La giurisprudenza in verità ha finora sempre ribadito come la situazione vada valutata caso per caso, rifiutando generalizzazioni per categoria, e soprattutto ha posto una sorta di linea di confine sul concetto che all’uso di dipendenti derivi automaticamente l’assoggettabilità all’IRAP.

E, qualora la Magistratura ritenesse di adeguarsi ai termini di questo accordo,

Servizio di aggiornamento e informazione per la classe medica fornito da:

ULIVETO e ROCCHETTA “Acque della Salute”
<http://www.acquedellasalute.it> - <http://www.uliveto.it>

occorre tener conto che esso e' entrato in vigore solo recentemente. E' da ritenere valido anche per il pregresso oppure ne verra' eventualmente riconosciuta la validita' solo per gli anni futuri?

Non e' possibile, almeno da parte mia, fornire una risposta certa; occorrera' attendere le future pronunce della giurisprudenza che, temo, non si avranno in tempi brevissimi.

In conclusione?

- I medici di Medicina Generale che operino senza personale dipendente o coadiuvante hanno, potenzialmente, tutte le chances a loro favore per cui possono presentare ricorso e richiesta di rimborso degli anni pregressi con buone possibilita' di vedere riconosciuto tale diritto. Lo stesso per gli anni futuri.

- I medici che abbiano dipendenti rischiano quasi certamente, invece, una sonora bocciatura almeno per gli anni pregressi, mentre e' da verificare la si-

tuazione per gli anni futuri.

Sarebbe opportuno organizzare dei procedimenti "pilota" (magari col sostegno dei sindacati) in modo da verificare e ove possibile indirizzare in modo favorevole l' orientamento delle Commissioni Tributarie, basandosi sui contenuti dell' ACN e regolandosi poi sull' esito delle stesse.

Daniele Zamperini

Si diffonde la pratica abusiva delle professioni sanitarie

Il fenomeno dell' abusivismo sanitario sembra aver ripreso notevolmente quota, malgrado le pene severe che colpiscono sia gli abusivi che gli eventuali medici che offrono loro ospitalita' o sostegno (v. anche l' articolo successivo)

Le indagini dei NAS hanno portato alla scoperta, in pochissimi mesi, di numerosi casi di esercizio abusivo delle professioni sanitarie: falsi medici, veterinari, farmacisti, infermieri.

I soggetti incriminati (34 in poco piu' di un mese) esercitavano illegittimamente professioni sanitarie anche se totalmente sprovviste dei prescritti titoli di studio e/ o abilitativi.

La parte del leone, come ormai frequente, e' costituita da 21 odontotecnici e/o assistenti alla poltrona scoperti durante lo svolgimento di mansioni di esclusiva pertinenza dell'odontoiatra.

In altro articolo riportiamo la sentenza con cui la Cassazione ha condannato un odontoiatra per aver effettuato la pulizia dei denti ad un paziente, condannando pero' anche il medico per favoreggiamento.

Altre 5 persone sono state sorprese a dispensare farmaci pur non avendone titolo.

Fanalini di coda: due pseudo-dietologi che prescrivevano diete dimagranti (pur essendo, tale attivita', di pertinenza medica), un sedicente chirurgo che effettuava interventi di medicina estetica, due finti veterinari che diagnosticavano malattie animali e ne stabilivano la cura, due pseudo-fisioterapisti che praticavano fisioterapie su pazienti con difficoltà motorie, e due pseudo-infermieri senza il relativo titolo di abilitazione.

In parecchi casi (20 su 34) le attivita' illecite venivano portate avanti grazie al favore di medici compiacenti, che quin-

di sono stati denunciati per favoreggiamento (reato grave, che talvolta puo' portare a pene molto pesanti) avendo messo a disposizione i propri studi per lo svolgimento delle attivita' e operando addirittura unitamente ai falsi professionisti.

Inoltre 8 studi medici sono stati sequestrati con tutte le attrezzature; sono stati inoltre scoperti e sequestrati dei veri e propri depositi di medicinali, per un valore che si aggira intorno a 1,5 mln di euro.

E' importante che i medici si rendano conto che il "prestanomismo" li espone a gravi rischi civili e penali, tali, in casi estremi da rovinare completamente la vita e la carriera di un professionista. Non ne vale la pena!

Daniele Zamperini

È reato far fare la pulizia dei denti agli odontotecnici

Rischia il carcere il titolare di uno studio dentistico che permette agli odontotecnici di fare la pulizia dei denti ai pazienti (Cass. N. 4294/2009)

La sentenza in oggetto conferma quello che e' un orientamento gia' abbastanza consolidato, in base al quale al solo me-

dico/odontoiatra e' consentito effettuare manovre sul paziente.

Il caso in oggetto precisa che neppure la semplice ablazione del tartaro puo' essere effettuata da un odontotecnico. La responsabilita' ricade anche sul titolare dello studio, che ne risponde penalmente. Lo ha stabilito la Cassazione che, con

la sentenza n. 4294 del 30 gennaio 2009, ha reso definitiva la condanna nei confronti di un dentista che aveva permesso ai suoi due odontotecnici di fare la pulizia dei denti ai pazienti e di prendergli le impronte del cavo orale.

Il lavoratore malato non puo' girare in moto

Anche se lo stato morboso permetterebbe, in astratto, l' uso della moto, cio' raffigura una trascuratezza delle proprie

condizioni di salute ritardando la guarigione, per cui costituisce un illecito (Cass. 9474/2009)

Un dipendente part-time di una clinica privata, assente dal lavoro per malattia (artrosi dell' anca) era stato sorpreso a

Servizio di aggiornamento e informazione per la classe medica fornito da:

ULIVETO e ROCCHETTA " Acque della Salute "

<http://www.acquedellasalute.it> - <http://www.uliveto.it>

recarsi al mare sulla sua moto. Dopo aver fatto un bagno in mare, il lavoratore si era poi recato al lavoro presso un'altra azienda in cui era direttore sanitario.

In seguito a tale condotta la clinica lo aveva dapprima sospeso, poi aveva rifiutato di reintegrarlo al posto di lavoro. Non era stato particolarmente contestato il fatto del doppio lavoro, trattandosi di dipendente part-time, ma la clinica aveva posto l'accento sul fatto che la condotta del lavoratore non rispecchiava i principi di diligenza ed attenzione di un malato per la propria salute.

La Corte d' Appello aveva respinto la tesi della clinica revocando il licenziamento con la motivazione che l'aver guidato una moto e l'essersi recato al

mare per fare i bagni, non erano attività in contrasto con gli obblighi di cure e riposo in modo da compromettere ulteriormente la guarigione.

La Cassazione però non ha condiviso questo orientamento sottolineando che il lavoratore, nonostante la sua malattia (artrosi all'anca), si era messo alla guida di una moto di grossa cilindrata prima per andare in spiaggia e poi per recarsi alla seconda attività lavorativa.

Con questo comportamento, secondo la Corte, il lavoratore ha mostrato scarsa attenzione alla propria salute, anche se lo stato di malattia non era assoluto e non impediva comunque l'espletamento di una attività ludica o lavorativa. Accogliendo il ricorso della clinica la Corte ha ricordato che "l'espletamento di altra

attività lavorativa ed extralavorativa da parte del lavoratore durante lo stato di malattia e' idonea a violare i doveri contrattuali di correttezza e buona fede nell'adempimento dell'obbligazione, posto che il fatto di guidare una moto di grossa cilindrata, di recarsi in spiaggia e di prestare una seconda attività lavorativa sono indici di una scarsa attenzione ai doveri di cura e ritardano la guarigione".

La sentenza della Corte d' Appello e' stata quindi annullata, e il caso dovrà essere ridiscusso da altra Corte sulla base delle indicazioni stabilite dalla Cassazione.

Se l'epilessia e' guarita le restrizioni sulla patente sono illegittime

Benche' le normative attuali non prevedano esplicitamente la possibilità di guarigione definitiva dell'epilessia, obbligando l'utente ad una serie di procedure di verifica, il TAR annulla tali obblighi se il malato risulta effettivamente guarito (TAR Veneto n. 73/2009)

I pazienti affetti da epilessia, come e' noto, devono soggiacere ad una serie di limitazioni per poter ottenere la patente di guida, tra cui l'obbligo di revisione periodica a cadenza biennale.

Ogni revisione, poi, permette il rinnovo della patente solo per due anni, allorché la revisione va nuovamente effettuata.

Cio' ha evidenti finalità di tutela dell'incolumità sia dell'interessato che della collettività, tuttavia la norma e' rimasta ancorata ad una legislazione del 1992 ormai per certi aspetti superata in quanto non prevedeva la "guarigione" del male epilettico.

La clinica, attualmente, permette di discriminare forme benigne e transitorie di epilessia, quali quelle idiopatiche dell'età infantile-adolescenziale, tipicamente transitorie e con bassissima probabilità di recidiva in età adulta.

In base a questi motivi un giovane ha contestato l'obbligo di revisione biennale della patente, e il TAR Veneto, con

sentenza n. 73 del 2009 ha riconosciuto la ragionevolezza delle sue argomentazioni.

La decisione del TAR, ovviamente, non può essere applicata indiscriminatamente perché necessita una diversa regolamentazione normativa: per ora ciascun interessato dovrà documentare la tipologia del proprio disturbo e, se necessario, rivolgersi personalmente al Tribunale ma con buone speranze di ottenere ragione.

Le anestesie non sono patrimonio esclusivo degli anestesisti

Gli interventi che necessitano di anestesie locali o loco-regionali rientrano nelle mansioni del medico anche se non specializzato in anestesiology.

I progressi delle tecniche mediche e anestesiology sono stati presi in considerazione dalla C. di Cass. (sent. 11004/2009) che ha assolto un chirurgo plastico che effettuava interventi attinenti alla sua specializzazione praticando anestesie loco-regionali senza assistenza di un anestesista.

Il medico era stato denunciato, e il suo ambulatorio sequestrato, in base ad una

supposta violazione dell'art. 348 C.P. Benche' il Procuratore Generale del trib. di Asti avesse chiesto l'annullamento del procedimento, riscontrando che il medico aveva agito nell'ambito delle sue competenze, ne era seguito un ricorso in Cassazione, che ha dato ragione al medico.

La Corte sottolinea la distinzione tra interventi maggiori (che richiedono anestesia generale, e che devono soggiacere alla normativa 653/1954) da quelli "minori", effettuabili anche in ambulatori privati con sedazione locale o sedoa-

nalgesia.

Questi ultimi non rientrano nella legge suddetta, ma eventualmente possono soggiacere a normative di secondo livello, quali i contratti di categoria, leggi regionali ecc.

In mancanza, tali forme di anestesia "minore" rientrano nelle competenze di "tutti i laureati in medicina e chirurgia, pur se non specialisti in Anestesia e rianimazione e, a maggior ragione, quindi, a tutti gli specialisti in area chirurgica".

Servizio di aggiornamento e informazione per la classe medica fornito da:

ULIVETO e ROCCHETTA "Acque della Salute"
<http://www.acquedellasalute.it> - <http://www.uliveto.it>

L'epatite da emoderivati va risarcita come quella da emotrasfusioni

La Corte Costituzionale interviene per eliminare una discriminazione ingiustificata.

L'interpretazione estensiva della norma, seguita da alcune corti di merito, che includeva gli emoderivati tra gli agenti risarcibili per infezione epatitica, ha avuto l'avallo della Corte Costituzionale.

Infatti diversi giuristi interpretavano alla lettera il disposto legislativo della L. 210/92 che prevedeva un indennizzo ai

danneggiati in modo irreversibile a causa di vaccinazioni obbligatorie, trasfusioni e somministrazioni (anche di emoderivati) per i malati da HIV, mentre ai soggetti che contraevano epatite, il beneficio veniva concesso solo in caso di somministrazione di sangue o, in caso di operatori sanitari, in caso di contatto con sangue o derivati.

Il caso di un soggetto ammalatosi di epatite C in seguito a somministrazione di gamma globulina umana nel 1983 e al quale era stato negato il beneficio dell'

indennizzo, dava occasione al Tribunale di Palermo di eccepire presso la Corte Costituzionale la disparità ingiustificata del trattamento.

La CC, con sentenza n. 28/2009 ha infatti dichiarata illegittima la norma discriminatoria; in seguito a tale decisione verranno così indennizzati anche i casi di epatite derivati dalla somministrazione di gammaglobuline o altri derivati ematici.

Patenti auto: punti in più, e non tutti lo sanno

Dal 1 luglio a tutti i patentati che negli ultimi due anni hanno rispettato il codice della strada e non hanno commesso infrazioni che comportassero la decurtazione dei punti sulla patente, è stato accreditato in automatico un bonus di due punti.

Ciò significa che i più virtuosi, e non sono pochi, arriveranno ad averne ben 26. Secondo i calcoli del Ministero a beneficiarne saranno quasi 26 dei 35 milioni di patentati italiani.

Per verificare il proprio saldo punti basta

-chiamare da telefono fisso il numero 848.782.782, attivo 7 giorni su 7 al costo di una telefonata urbana,

-oppure consultare il sito www.ilportaledellautomobilista.it, il sito web del ministero dei Trasporti dedicato alle pratiche on line del settore motorizzazione.

Secondo le statistiche ministeriali negli ultimi 6 anni (da quanto è entrata in vigore la normativa "a punti") sono stati

sottratti più di 50 milioni di punti.

I più indisciplinati sono gli uomini, titolari del 57% delle licenze di guida. Sono pochi, però, i guidatori che si attivano per recuperare i punti persi: ad oggi sono infatti stati recuperati solo 1,3 milioni di punti (2.6%) e solo lo 0,28% di tutti i patentati è dovuto tornare dietro i banchi per riottenere la patente.

Museruola a Fido, anche negli spazi condominiali

Il proprietario di un cane deve adottare le necessarie misure di cautela non solo nei luoghi pubblici ma in tutti i luoghi frequentati da terzi, anche all'interno del condominio. Il proprietario del cane, se privo di guinzaglio e di museruola, risponde penalmente dei danni e delle lesioni da esso provocate.

La Corte di Cassazione (IV sez. Penale, n. 4672/2009) ha confermato la condanna per il reato di lesioni colpose nei con-

fronti di un uomo che giocava di abitudine con il suo cane nel cortile condominiale tirandogli una pallina, malgrado le proteste dei condomini. Nel corso del gioco il cane aveva fatto cadere a terra un condomino procurandogli delle lesioni.

Il proprietario del cane veniva condannato dai giudici di merito per lesioni colpose, sia in primo che in secondo grado, per cui si era rivolto alla Cassazione.

La Suprema Corte però respingeva il suo ricorso sottolineando che il proprietario dell'animale è "colpevole di avere lasciato libero l'animale e omesso di custodirlo nel cortile condominiale, dove si trovavano altre persone, tenuto conto della mole dell'animale". Il fatto che il cane fosse tenuto libero da guinzaglio e museruola malgrado le proteste dei condomini, secondo la corte, costituiva ulteriore elemento di colpa.

Incidenti per le buche stradali e responsabilità dei Comuni

I Comuni sono responsabili degli incidenti provocati agli utenti a causa del cattivo stato delle strade, anche se la manutenzione delle stesse è stata appaltata a una ditta esterna (Cass. III Civile n. 1691/2009)

La Cassazione si è pronunciata su un problema molto comune (quello della cattiva manutenzione stradale e dei danni che ne derivano) ma non sempre risulta in maniera uniforme dai giudici di merito. Opera una presunzione di re-

sponsabilità, verso i Comuni, che non possono invocare la responsabilità delle aziende appaltatrici in quanto devono esercitare il dovere di controllo.

Secondo la Corte "la presunzione di

Servizio di aggiornamento e informazione per la classe medica fornito da:

ULIVETO e ROCCHETTA "Acque della Salute"

<http://www.acquedellasalute.it> - <http://www.uliveto.it>

responsabilità per il danno cagionato dalle cose che si hanno in custodia, stabilita dall'art. 2051 c.c., è applicabile nei confronti dei comuni, quali proprietari delle strade del demanio comunale, pur se tali beni siano oggetto di un uso generale e diretto da parte dei cittadini, qualora la loro estensione sia tale da consentire l'esercizio di un continuo ed efficace controllo che sia idoneo ad impedire l'insorgenza di cause di pericolo per i terzi".

"Né può sostenersi – prosegue la Corte – che l'affidamento della manutenzione stradale in appalto alle singole imprese sottrarrebbe la sorveglianza ed il controllo, di cui si discute, al Comune, per assegnarli all'impresa appaltatrice, che così risponderebbe direttamente in caso d'inadempimento: infatti, il contratto d'appalto per la manutenzione delle

strade di parte del territorio comunale costituisce soltanto lo strumento tecnico-giuridico per la realizzazione in concreto del compito istituzionale proprio dell'ente territoriale, di provvedere alla manutenzione, gestione e pulizia delle strade di sua proprietà ai sensi dell'art. 14 del vigente Codice della strada, per cui deve ritenersi che l'esistenza di tale contratto di appalto non vale affatto ad escludere la responsabilità del Comune committente nei confronti degli utenti delle singole strade ai sensi dell'art. 2051 c.c.".

La Corte non ha ritenuto che i Comuni possano sgravarsi della responsabilità adducendo l'impossibilità di un adeguato controllo a causa dell'estensione della rete stradale se non in base a eventuali situazioni concrete accertate dal giudice di merito in base ad una complessa inda-

gine sul caso singolo, che consideri "innanzitutto gli indici suddetti... la necessità che la configurabilità della possibilità in concreto della custodia debba essere indagata non soltanto con riguardo all'estensione della strada, ma anche alle sue caratteristiche, alla posizione, alle dotazioni, ai sistemi di assistenza che lo connotano, agli strumenti che il progresso tecnologico appresta, in quanto tali caratteristiche acquistano rilievo condizionante anche delle aspettative degli utenti, rilevando ancora, quanto alle strade comunali, come figura sintomatica della possibilità del loro effettivo controllo, la circostanza che le stesse si trovino all'interno della perimetrazione del centro abitato".

In definitiva, salvo casi particolari, la responsabilità finisce per ricadere sulla Pubblica Amministrazione.

Una testata volontaria sul campo di gioco costituisce reato

Un caso pressoché identico a quello di Zidane ha provocato l'intervento della Cassazione: la testata inferta deliberatamente durante un incontro sportivo è reato anche se il fatto è avvenuto durante una partita e l'arbitro non ha rilevato il fallo (Cassazione V penale n. 28439 del 2009).

Un calciatore, reagendo durante una partita ad un fallo commesso a suo danno, reagiva colpendo al volto con una testata l'avversario. Denunciato per lesioni volontarie, il calciatore era stato dapprima assolto dal Giudice di Pace che aveva rilevato una "causa di giustificazione" determinata

dal fatto che l'arbitro non aveva interrotto la partita e che pertanto quella che testata faceva parte del contesto dell'attività sportiva, punibile disciplinarmente ma non penalmente.

La Cassazione (V penale n. 28439 del 2009) annullava però la sentenza in quanto tale presupposto non poteva essere sostenuto: la "causa di giustificazione non può essere automaticamente affermata per il solo fatto che la condotta lesiva sia stata posta in essere a gioco non interrotto, atteso che anche in assenza di tale condizione, è ben possibile che un giocatore attenti all'incolumità fisica di un altro con modalità tali da escludere che egli abbia soltanto inteso

contrastarne l'azione e' da dimostrare piuttosto l'esistenza di una finalità puramente e semplicemente lesiva, pur se occasionata dal contesto agonistico".

Insomma, ciò che conta è la modalità del fatto: se involontario e posto in essere durante un normale contrasto agonistico, non rientrerebbe nella sfera penale; se invece appare volontario, sproporzionato o comunque sostenuto da una volontà lesiva, allora vi rientra, e nulla vale il fatto che sia commesso su un campo di gioco.

Zidane, se denunciato, avrebbe passato dei seri problemi, altro che pallone d'oro!

Apnee nel sonno: predisposti se diabetici

Le apnee nel sonno sono una patologia di difficile individuazione ma potenzialmente assai dannosa per i pazienti, che possono manifestare sintomi neuropsicologici che simulano demenze di diversa origine. I soggetti diabetici devono essere sottoposti a più stretto controllo in quanto maggiormente a rischio.

E' stata riscontrata un'associazione stati-

sticamente significativa fra diabete di tipo 2 ed apnea ostruttiva durante la fase REM del sonno.

L'apnea nel sonno REM è un marcatore di apnea ostruttiva nel sonno in fase precoce; l'apnea notturna è generalmente peggiore nelle fasi REM rispetto al resto del sonno per via dell'inibizione mediata neurologicamente dei muscoli scheletrici delle vie aeree superiori e della ventilazione.

Il diabete di tipo 2 è una patologia multifattoriale che può interferire con la sindrome delle apnee notturne con diversi meccanismi: metabolici e neurologici.

Queste interferenze, secondo gli Autori, vanno studiate più a fondo, nella speranza di un migliore controllo della malattia.

J Clin Sleep Med 2009; 5: 215-21

Servizio di aggiornamento e informazione per la classe medica fornito da:

ULIVETO e ROCCHETTA "Acque della Salute"
<http://www.acquedellasalute.it> - <http://www.uliveto.it>

PRINCIPALI NOVITA' IN GAZZETTA UFFICIALE Settembre 2009

La consultazione del testo integrale dei documenti citati (e di molti altri non citati) è liberamente concessa da "Medico & Leggi" di Marco Venuti. Per consultarli: www.medicoeleggi.com

Decreto del Ministero del Lavoro della Salute e delle Politiche Sociali del 14.07.09 (Gazzetta Ufficiale n. 204 del 03.09.09)

AUTORIZZAZIONE DI NUOVI CENTRI PER LA VACCINAZIONE ANTIAMARILLICA E AGGIORNAMENTO DATI DEI CENTRI GIÀ AUTORIZZATI

Vengono autorizzati due nuovi centri in Calabria (Vibo Valentia e Locri), in Emilia Romagna (Riccione, Cattolica e Santarcangelo di Romagna) e in Toscana (Poggibonsi).

Il provvedimento riporta l'elenco completo dei centri autorizzati con l'aggiornamento di tutti gli indirizzi.

Decreto del Ministero del Lavoro della Salute e delle Politiche Sociali del 14.07.09 (Gazzetta Ufficiale n. 213 del 14.09.09)

REQUISITI MINIMI PER LE POLIZZE ASSICURATIVE A TUTELA DEI SOGGETTI PARTECIPANTI ALLE SPERIMENTAZIONI CLINICHE DEI MEDICINALI

Con questo provvedimento, attuativo del decreto legislativo n. 211 del 24 giugno 2003, vengono definiti i requisiti minimi cui debbono essere conformi le polizze assicurative a tutela dei soggetti partecipanti alle sperimentazioni cliniche interventiste dei medicinali.

Le polizze devono prevedere copertura assicurativa per morte, per tutte le menomazioni permanenti e/o temporanee dello stato di salute, per i danni patrimoniali correlati, che siano conseguenza diretta della sperimentazione e riconducibili alla responsabilità civile di tutti i soggetti che operano nella realizzazione della sperimentazione stessa.

Previsti massimali minimi di risarcimento.

La presenza di idonea copertura assicurativa deve essere verificata dal comitato etico; i risultati delle sperimentazioni condotte in difformità ai requisiti minimi non potranno essere presi in considerazione ai fini della valutazione della domanda di autorizzazione all'immissione in commercio.

Ordinanza del Ministero del Lavoro della Salute e delle Politiche Sociali del 11.09.09 (Gazzetta Ufficiale n. 223 del 25.09.09)

MISURE URGENTI IN MATERIA DI PROFILASSI VACCINALE DELL'INFLUENZA PANDEMICA A(H1N1)

Con questo provvedimento vengono individuate, in ordine di priorità, le categorie di persone cui viene offerta la vaccinazione antinfluenzale con vaccino pandemico A(H1N1): persone ritenute essenziali per il mantenimento della continuità assistenziale e lavorativa, donne al secondo o al terzo trimestre di gravidanza, persone a rischio di età compresa tra 6 mesi e 65 anni, persone di età compresa tra > 6 mesi e 17 anni non incluse nei precedenti punti, persone tra i 18 e 27 anni non incluse nei precedenti punti.

Il provvedimento individua, inoltre, con precisione chi siano le persone da considerare a rischio.

Vengono demandati a successivi provvedimenti alcuni aspetti inerenti la vaccinazione stessa: inizio e monitoraggio successivo della campagna, eventuale allargamento ad altre categorie di cittadini, farmacovigilanza.

Per quanto riguarda le donne in gravidanza, i soggetti di età compresa tra > 6 mesi e 17 anni nonché le problematiche legate alla covaccinazione, è prevista l'emanazione di una ulteriore ordinanza a seguito del parere da parte del Consiglio superiore di sanità.

Servizio di aggiornamento e informazione per la classe medica fornito da:

ULIVETO e ROCCHETTA "Acque della Salute"

<http://www.acquedellasalute.it> - <http://www.uliveto.it>

News prescrittive (dalla Gazzetta Ufficiale)

Lansoprazolo Germed - Aggiunta la seguente indicazione terapeutica:

Eradicazione dell'*Helicobacter pilori* (*H. pilori*) somministrato in concomitanza con appropriata terapia antibiotica per il trattamento delle ulcere associate da *H. pilori*.

Lukair - Aggiunta la seguente indicazione terapeutica:

Può essere un'opzione di trattamento alternativa ai corticosteroidi a basso dosaggio per via inalatoria per i pazienti con asma lieve persistente che non hanno una storia recente di attacchi seri di asma che richiedono l'assunzione di corticosteroidi per via orale, e che hanno dimostrato di non essere in grado di usare i corticosteroidi per via inalatoria.

Fluoxetina Mylan Generics - Aggiunta la seguente indicazione terapeutica:

Bambini e adolescenti di 8 anni di età ed oltre: Episodi di depressione maggiore di grado da moderato a grave, se la depressione non risponde alla psicoterapia dopo 4/6 sedute. La terapia con antidepressivi deve essere proposta ad un bambino o ad una persona giovane con depressione da moderata a grave solo in associazione con una contemporanea psicoterapia.

Pegasys - Aggiunta la seguente indicazione terapeutica:

Trattamento dei pazienti con epatite cronica C che abbiano fallito un precedente trattamento con interferone alfa (pegilato o non pegilato) in monoterapia o in terapia di associazione con ribavirina

Convegni, Congressi e altre iniziative importanti

CONCLUSO IL IV CONGRESSO NAZIONALE DI "IPPOCRATE"



La mailing-list "Ippocrate", fondata e gestita da Enzo Brizio, ha concluso con lusinghiero successo il suo IV Congresso Nazionale, organizzato con il patrocinio della Società Scientifica "**Promed Galileo**" e con l'apporto insostituibile delle **Terme di Uliveto**, che ci hanno permesso (disinteressatamente, come al solito) l'accreditamento ECM e la partecipazione al Congresso senza costi di iscrizione per i partecipanti. Le relazioni sono state esaurienti e di particolare interesse. Verranno riportate estesamente in un prossimo numero. In abbinamento al Congresso, la Mostra Artistica "Ars Longa" con opere figurative e musicali di elevato valore artistico

V CONGRESSO NAZIONALE "PROMED GALILEO"

A Pisa si terra' il 13—14 Novembre il V Congresso Nazionale della Società Medica Interdisciplinare

Servizio di aggiornamento e informazione per la classe medica fornito da:

ULIVETO e ROCCHETTA "Acque della Salute"

<http://www.acquedellasalute.it> - <http://www.uliveto.it>

PROMED GALILEO, presieduta da Luca Puccetti, organizzata in piu' sessioni parallele, con foltissima partecipazione di relatori di alto livello. E' previsto accreditamento ECM.
 Si terrà presso il My Hotels Galilei www.myonehotel.it/ita/galilei_pisa/hotel_pisa.htm
 Il programma definitivo sara' pubblicato sul sito www.promedgalileo.org
 Per iscrizione, partecipazione all' esposizione artistica "Ars Longa", per informazioni logistiche o alberghiere: Briefing Studio Tel/Fax 050 526456— info@briefingstudio.it

IL PAZIENTE CRONICO E LA CONTINUITA' DELLE CURE

A Roma il 22-24 OTTOBRE si terra' il Congresso, organizzato da ASSIMEFAC (Associazione Societa' Scientifica Interdisciplinare e di Medicina di Famiglia e di Comunita'). Accreditato ECM.

A questo congresso, destinato ai medici, si abbina nella stessa sede in Convegno

“L'INFERMIERE E IL TERRITORIO”

Accreditato ECM per le professioni infermieristiche.

Informazioni logistiche e programma (per entrambi i Convegni) scaricabili da www.assimefac.it

ALTRE INFORMAZIONI UTILI

Formare i gruppi di medici di famiglia, ma senza obbligo di cambiare programma gestionale. E' in commercio "MMG-NET", il sw che collega tutti i gestionali medici

Per ovviare ai nuovi obblighi che impongono ai medici di famiglia (che spesso utilizzano software diversi) a riunirsi in mega-gruppi collegati in rete, e' stato implementato un nuovo Software che sostituisce i programmi di collegamento offerti dai produttori di sw e quindi senza aggravio di spese permette l' utilizzo in rete di programmi gestionali diversi da quello proprio. E' utilissimo anche in caso di sostituzioni e per medici che abbiano piu' studi. Gira anche su macchine poco potenti; effettua automaticamente aggiornamenti, allineamenti di archivi, copie di sicurezza. Totalmente rispettate tutte le normative in vigore

Per maggiori informazioni tel. 091.323834/333493 - fax. 091.6118839

e-mail: info@mmg-net.it . Altre info su <http://www.mmg-net.it/>

“ CAMICI IN GIALLO”

Informazioni, aneddoti, racconti, sulla medicina forense.

Scritto a quattro mani da Luciano Sterpellone e Daniele Zamperini

Medici-scienziati e investigatori, tecniche di indagine forense, delitti famosi e serial-killer.

In linguaggio piano, adatto sia per gli appassionati della disciplina che per i semplici curiosi, vengono presentate le moderne tecniche di indagine scientifica, accompagnate da casi ed episodi del passato, con i loro successi ed i loro errori.

Si presentano le indagini alla CSI, cosi' come funzionano nella realta', come invece i telefilm possano essere lontani dalla realta' stessa

Una lettura divertente e, speriamo, appassionante! In libreria

RECUPERATE LA VOSTRA PASSWORD!

Alcuni mesi fa tutti gli iscritti a questa newsletter ricevettero una email in cui si comunicava il login e la password personali per accedere ai servizi riservati del sito “SCIENZA E PROFESSIONE” (www.scienzaeprofessione.it).

Ora questi dati possono diventare importanti perche' non tutti gli articoli pubblicati sul sito saranno accessibili anche ai visitatori occasionali, ma solo a coloro che risultano iscritti ed in possesso di una password. Per godere di questi servizi bastera' inserire tali dati altrimenti, se non interessa, non verrete minimamente disturbati. Chi l' avesse smarrita lo segnali al sottoscritto, cerchero' di recuperarla. Il mensile continuera' comunque ad arrivare regolarmente a tutti. Maggiori dettagli sulla Home Page del sito.