

SCIENZA E PROFESSIONE

Anno 4 numero 1

Gennaio 2008

Indice

Acque minerali: per saperne di più	Pag. 2
Bifosfonati e osteonecrosi della mandibola: il punto, oggi	Pag. 3
Criteri TNM per la stadiazione delle neoplasie	Pag. 3
Anemico con ferritina alta? Cancro al colon improbabile	Pag. 4
L' ASA prolunga la vita anche alle donne sane?	Pag. 4
Gli antidepressivi SSRI associati ad aumento di fratture ossee	Pag. 5
Inutile e dannosa l' eco transvaginale di routine se c'è tamossifene	Pag. 5
Le banali infezioni intercorrenti riacutizzano la sclerosi multipla	Pag. 6
I probiotici sono utili nella diarrea, ma non sono uguali	Pag. 6
La vecchia doxiciclina nella sclerosi multipla?	Pag. 6
La sindrome da jet lag	Pag. 7
Le Gastroenteriti nel bambino	Pag. 7
Certificato di malattia obbligatorio anche per un solo giorno	Pag. 9
La medicina di gruppo, in certi casi, è soggetta ad IVA	Pag. 9
Scattano i nuovi obblighi fiscali per le strutture sanitarie	Pag. 10
Non piu' controlli o revisioni, per gli invalidi gravi	Pag. 10
Finanziaria 2008: IVA sui certificati	Pag. 11
NOVITA' IN GAZZETTA UFFICIALE (a cura di Marco Venuti)	Pag. 12
TELEMEDICINA A ULIVETO TERME	Pag. 13

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 Moli-
se 073422
<http://www.scienzaeprofessione.it>

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

Redazione

Luca Puccetti (webmaster)
Marco Venuti (agg. legale)
Renato Rossi (coordinatore)
Guido Zamperini (redattore)
Collaborano:
Marco Grassi, Clementino Stefanetti

Per riceverla gratuitamente:
d.zamperini@fastwebnet.it
Cell. 333/5961678

Archivio completo:
Oltre 3000 articoli e varie risorse
su <http://www.pillole.org/>

Contenuti selezionati:
www.scienzaeprofessione.it

*Il nostro materiale salvo diverse
indicazioni è liberamente
utilizzabile per uso privato,
riproducibile citando la fonte*

**Per proporre articoli o collaborazioni
scrivere alla redazione**



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>

BUON ANNO A TUTTI I NOSTRI LETTORI

Dalla Redazione di Pillole e da tutti gli amici e collaboratori:

Luca Puccetti,
Renato Rossi,
Marco Venuti,
Giuseppe Ressa,
Marco Grassi,
Clementino Stefanetti,
Guido Zamperini,
Daniele Zamperini



Da Uliveto e Rocchetta
Da "Medico e Leggi"
Dai Soci ASMLUC
Da Scienza e Professione

E PACE IN TERRA AGLI UOMINI DI BUONA VOLONTÀ

Acque minerali: per saperne di più

Per mantenere in efficienza il nostro organismo abbiamo bisogno di introdurre giornalmente una serie di elementi indispensabili che assicurino il buon funzionamento di tutti i processi metabolici. La razione alimentare giornaliera deve necessariamente contenere, in opportune concentrazioni carboidrati, proteine, lipidi, vitamine e vari micro e macroelementi. Tuttavia il più delle volte quando si parla di dieta ci si concentra su una grande varietà di alimenti che apportano energia, ma si tende a trascurare il ruolo dell'acqua. Bisogna sempre ricordare invece come l'acqua sia parte integrante di ogni dieta, non solo come elemento fondamentale per il buon funzionamento dell'organismo, ma anche perché in grado di contribuire al fabbisogno di importanti micronutrienti. Anche se non visibile a occhio nudo l'acqua è contenuta in percentuale variabile in tutti gli alimenti, è necessario pertanto tenerne conto nel calcolo del nostro bilancio idrico quotidiano.

Cos'è un'acqua minerale

Le acque minerali sono solitamente acque di origine meteorica, cioè provenienti da precipitazioni atmosferiche, come pioggia e neve, che durante il loro tragitto sotterraneo si depurano e si mineralizzano, acquistando delle particolari caratteristiche chimiche, fisiche ed organolettiche in grado di determinare anche eventuali proprietà favorevoli alla salute.

Per essere definita "minerale" un'acqua

deve tuttavia rispondere a precisi requisiti previsti dalla legge, esiste infatti una rigorosa normativa (DL n.105/92 e successive modifiche) che regola il riconoscimento e la commercializzazione delle acque minerali in bottiglia. E' il



Lo stabilimento Uliveto

Ministero della Salute che al termine di un iter burocratico, che prevede accertamenti di tipo geologico, idrogeologico, organolettico, fisico-chimico, microbiologico, farmacologico e clinico, rilascia all'acqua la qualifica di minerale naturale.

Si tratta dell'unico alimento che prima di essere messo in commercio necessita dell'autorizzazione del Ministero della Salute. Nella tabella sottostante [scaricabile dal sito, ndr] vengono riportate le caratteristiche che distinguono un'acqua minerale da una normale acqua potabile.

Mineralizzazione delle acque

Le acque minerali sono come un'impronta digitale, non ne esiste una identica all'altra: questo dipende dal diverso "mix" di sali minerali ed oligoelementi che le compongono.

La mineralizzazione delle acque è l'espressione di quanto incontrato da queste acque nel loro percorso sotterraneo ed è legato all'azione solvente esercitata sui minerali con cui entrano a contatto. In pratica le acque nel loro scorrimento attraverso le rocce, si caricano di elementi che ne permettono la classificazione e ne determinano gli effetti sulla salute.

Tanto più lungo è il ciclo sotterraneo, tanto maggiore può essere la mineralizzazione dell'acqua, naturalmente in relazione alla solubilità dei minerali incontrati. Va sottolineato inoltre come l'acqua durante il suo percorso finisca con lo spogliarsi delle sostanze indesiderate, depurandosi.

Una buona conoscenza della "facies chimica" di un'acqua è quindi estremamente utile sia per risalire alle sue origini, che per stabilire le sue possibilità di impiego.

A. Zanasi: Atti del II Congresso Nazionale di "Ippocrate".

La presentazione completa di tabelle e' scaricabile su http://www.listaippocrate.it/congr_2/Atti/zanasi.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>

Bifosfonati e osteonecrosi della mandibola: il punto, oggi

L'osteonecrosi avascolare della mandibola è un evento raro che è stato descritto in associazione con la terapia con bifosfonati. La complicanza può insorgere più frequentemente nei pazienti oncologici ed in quelli con scarsa igiene orale e/ o esposti a procedure di chirurgia orale ed è di difficile risoluzione.

Negli ultimi tre anni sono giunte decine di segnalazioni sull'insorgenza di osteonecrosi avascolare della mandibola (OAM) ed uso cronico di bifosfonati. Il tempo medio di insorgenza della OAM oscilla da 1 e 3 anni dall'inizio della terapia con bifosfonati. Il quadro clinico dell'OAM consiste nella comparsa dolore al volto irregolare ulcerazione delle mucose con esposizione ossea a livello della mandibola o della mascella, gonfiore della mandibola interessata; infezione, spesso accompagnata da purulenza. L'osteonecrosi rappresenta comunque una complicanza piuttosto rara nei pazienti trattati con bifosfonati e dipende sia dal tipo di paziente, essendo più frequente nei pazienti con neoplasie che dal tipo di farmaco assunto (più frequente con aminobifosfonati per via endovenosa) sia dal dosaggio utilizzato. Il principale problema associato all'osteonecrosi da bifosfonati consiste nella difficoltà con cui la complicanza può essere trattata. La sospensione dei bifosfonati, il trattamento con antibiotici e l'accurato sbrigliamento delle ferite chirurgiche possono limitare la progressione dell'osteonecrosi anche se non esiste alcun trattamento risolutivo. L'evento avverso anche se più raro deve essere considerato anche nei pazienti

andidati a terapie con bifosfonati di nuova generazione per il trattamento di patologie non neoplastiche per la maggiore aspettativa di sopravvivenza, che espone ad un rischio incrementale maggiore. (8).
Fonte: BMJ. 2006;333:982-3 - www.farmacovigilanza.org

Commento di Luca Puccetti

La OAM è un evento estremamente raro. Nei trials randomizzati con i vari bifosfonati su un complesso di 70.000 pazienti-anno di esposizione non è stato osservato nessun caso di OAM. In un recente studio su un bifosfonato somministrato una volta all'anno sono stati osservati su un complesso di 7700 pazienti un caso di OAM tra i soggetti trattati con il bifosfonato ed un caso tra il gruppo placebo. I fattori predisponenti più frequentemente associati con l'insorgenza di OAM sono i pazienti con mieloma i trattamenti immunosoppressivi, il diabete, la scarsa igiene orale, gli interventi di chirurgia orale quali le estrazioni dentarie, le estrosi mascellari e la periodontite in fase attiva, l'uso di corticosteroidi. Le procedure dentistiche più a rischio sono le estrazioni più che le devitalizzazioni. Il complesso dei dati sembra indicare un'incidenza più bassa ed una minore severità con i bifosfonati orali rispetto a quelli somministrati per via parenterale, specialmente gli aminobifosfonati. Vi sono poche segnalazioni di OAM anche in pazienti non trattati con bifosfonati. Prima dell'inizio della terapia i pazienti dovrebbero essere dunque informati sui potenziali rischi e benefici del trattamento enfatizzando in particolare la cura

dell'igiene orale. Nella Gazzetta Ufficiale (N. 267 del 16 Novembre 2006) è stato fatto obbligo a tutte le aziende produttrici di specialità medicinali contenenti bifosfonati (con l'esclusione di acido palmidronico e zolendronico) di integrare il foglietto illustrativo con l'avvertenza del rischio d'insorgenza di osteonecrosi della mandibola e/o mascella in trattamento con questi farmaci.

Sembra pertanto prudente far eseguire al paziente che deve iniziare una terapia con bifosfonati un controllo preventivo da un dentista o da un chirurgo maxillo-faciale prima di iniziare specie nei pazienti a rischio come quelli in trattamento con immunosoppressori o corticosteroidi, i diabetici e quelli che hanno subito interventi di chirurgia orale. Nel caso sia programmato un intervento di chirurgia orale, anche se non ci sono evidenze in merito, può essere appropriato ritardare, se possibile, l'inizio della terapia con bifosfonati fino alla completa guarigione. Nei casi di periodontopatia, che sono assai comuni tra gli anziani, non pare praticabile, se non nei casi in cui la periodontopatia sia molto attiva, ritardare sistematicamente l'inizio della terapia fino alla risoluzione della periodontopatia. Nei pazienti a rischio in trattamento con bifosfonati che necessitano di effettuare una procedura di chirurgia orale a rischio per insorgenza di OAM può essere indicato, se possibile, interrompere per 3 mesi il trattamento con bifosfonati se la terapia è in atto da almeno 3 anni per poi riprenderli dopo la completa guarigione ossea.

(www.pillole.org)

Criteri TNM per la stadiazione delle neoplasie

Rublichiamo i criteri generali (e le corrispondenti siglature del sistema TNM) sulla stadiazione dei tumori. Pensiamo possano costituire un utile promemoria per i medici pratici e per i medici legali, in relazione alle nuove norme sulle visite di revisione

Elementi del sistema TNM

•Criteri generali

T

•Tis Neoplasia non invasiva (in situ), confinata all'epitelio

•T1 Neoplasia minimamente invasiva,

entro l'organo di origine

•T2 neoplasia più ampia, entro l'organo di origine

•T3 neoplasia estesa oltre il margine dell'organo di origine

•T4 Neoplasia vasta e/o estesa agli organi adiacenti

N

•N0 Assenza di metastasi linfonodali

•N1 metastasi ai linfonodi regionali

•N2 esteso coinvolgimento dei linfonodi regionali

•N3 interessamento di linfonodi più di-

stanti

M

-M0 Assenza di metastasi a distanza

-M1 Presenza di metastasi a distanza

Criteri facoltativi TNM

L -invasione linfatica

LX non definibile;

L0 assente;

L1 presente

•**V** -invasione venosa

VX non definibile

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>

V0 assente
V1 micro
V2 macro

•R -residui tumorali
RX non definibile

R0 assente
R1 micro
R2 macro

Anemico con ferritina alta? Cancro al colon improbabile

In soggetti con anemia e ferritina superiore a 100 ng/mL la probabilità di riscontrare un cancro del colon non differisce da quella della popolazione generale.

Gli autori di questo studio di tipo cross-sectional hanno rivisto un database del Veteran Administration Medical Center di pazienti sottoposti a colonscopia tra il 1997 e il 2004. Sono stati esclusi dall'analisi i soggetti in cui c'erano evidenze di sanguinamento gastrointestinale, cancro del colon o presenza di fattori di rischio per cancro del colon o malattie infiammatorie croniche intestinali. Sono stati in seguito indentificati pazienti con anemia (definita come valori di emoglobina inferiori a 13 g/dL negli uomini e 12 g/dL nelle donne) e nei quali, al momento della colonscopia, erano stati misurati anche i valori di ferritina. Furono identificati 424 pazienti con anemia, in 254 la ferritina era inferiore a 50 ng/mL, in 55 era compresa tra 50 e 100 ng/mL e in 115 era superiore a 100 ng/mL. Un tumore maligno del colon si ritrovò

nel 6,3% di coloro che avevano una ferritina inferiore a 50 ng/mL, nel 2,3% di chi l'aveva tra 50 e 100 mg/dL ma solo nello 0,9% di chi l'aveva superiore a 100 ng/mL. I dati furono poi paragonati con una popolazione di riferimento sottoposta a screening colonscopico e si vide che la percentuale di cancro del colon era, in chi aveva una ferritina superiore a 100 ng/dL, dello 0,6%.

Gli autori concludono che nei soggetti con anemia e ferritina superiore a 100 ng/mL la probabilità di avere un cancro del colon è praticamente sovrapponibile a quella della popolazione generale mentre per valori inferiori a 100 ng/mL la probabilità aumenta per cui è opportuno eseguire una colonscopia.

Fonte:

Am J Gastroenterol 2007;102:82-88.

Commento di Renato Rossi

Questo studio è interessante perchè permette di calcolare, almeno in modo approssimativo, il rischio di trovarsi di fronte ad un cancro del colon quando un paziente si presenta con un quadro ane-

mico. Infatti secondo i dati dello studio se la ferritina sierica è superiore a 100 ng/mL il rischio sembra abbastanza sovrapponibile a quello della popolazione generale. Tuttavia è bene precisare che la popolazione presa in esame era molto selezionata e che erano stati esclusi dall'analisi pazienti con segni di sanguinamento gastrointestinale, fattori di rischio per cancro del colon o malattie infiammatorie intestinali croniche. Non si può quindi ricavarne una regola generale che esoneri dall'eseguire una colonscopia solo per il fatto che la ferritina è superiore ad un determinato cut-off. Il medico dovrà decidere ovviamente in base al paziente che si trova di fronte e ben diverso sarà il comportamento che dovrà tenere con una paziente giovane con anemia sideropenica e polimenorrea (in cui il quadro ematologico è verosimilmente dovuto alle eccessive perdite mestruali) rispetto ad un paziente più anziano o con fattori di rischio per cancro del colon (pregressa diagnosi di adenoma, malattia infiammatoria intestinale cronica, familiarità positiva, ecc.).

L'ASA prolunga la vita anche alle donne sane?

Lo studio osservazionale Nurses' Health Study con un follow-up di 24 anni mostra una riduzione della mortalità significativa per tutte le cause nelle donne apparentemente sane che hanno fatto uso di ASA per almeno 5 anni.

Nel 1976 iniziò il Nurses' Health Study, una ricerca dal disegno caso controllo annidato che ha coinvolto 121701 infermiere statunitensi sposate, di età compresa tra 30 e 55 anni, che risposero ad un questionario, poi ripetuto ogni 2 anni, sui fattori di rischio, gli eventi cardiovascolari e il cancro. Nel 1980, al questionario furono aggiunte informazioni inerenti la dieta e l'uso di farmaci. Nel 1991 furono riportati i risultati a 6 anni che non mostrarono alcun legame tra mortalità ed uso di ASA. Il presente studio esamina i dati a 24 anni del Nurses' Health Study al fine di esaminare la rela-

zione tra ASA e mortalità per tutte le cause, mortalità cardiovascolare e cancro. Sono state pertanto reclutate 79439 donne del Nurses' Health Study: 9477 decedute entro 24 anni dal questionario del 1980 e 69962 controlli randomizzati. Le donne che non avevano fatto uso di aspirina erano 45305; 11507 avevano usato da 1 a 2 compresse da 325 mg di aspirina alla settimana; 8158 da 3 a 5 compresse; 9467 da 6 a 14 compresse; e 5002 più di 14 compresse alla settimana. Le donne che avevano fatto uso di Asa erano omogenee rispetto ai controlli in merito ai classici fattori confondenti legati agli aspetti demografici, clinici ed inerenti allo stile di vita. Il rischio di morte per qualsiasi causa è risultato più basso nelle donne che usavano regolarmente l'ASA rispetto ai controlli. La riduzione più sensibile è stata osservata sulla mortalità per cause cardiovascolari.

Anche il rischio di morte per il cancro del colon-retto è risultato più basso nelle donne che facevano uso di ASA. L'aumento della durata dell'assunzione di ASA è risultato associato con una riduzione della mortalità per tutte le cause ($P < .001$). L'uso di ASA per un periodo da 1 a 5 anni è risultato associato con un minor rischio di morte per cause cardiovascolari. L'uso di ASA per più di 10 anni è risultato associato con un più basso rischio di morte per cause neoplastiche (tendenza lineare $P = .005$), specialmente per quanto concerne la mortalità da cancro colon-rettale (11 - 20 anni: RR multivariato, 0.50; 95% CI, 0.33 - 0.76; > 20 anni: RR, 0.61; 95% CI, 0.41 - 0.90). Dosi cumulative maggiori di ASA (> 14 compresse settimanali) non è risultato associato con una riduzione della mortalità. I benefici riguardanti la riduzione della mortalità globale, per

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>

cause cardiovascolare o neoplastiche sono stati più sensibili nelle donne più anziane e nelle donne con più fattori di rischio cardiovascolare. La riduzione della mortalità globale diviene statistica-

mente significativa a 5 anni mentre quella della mortalità per cause neoplastiche diviene significativa dopo 10 anni di uso dell'ASA.

Fonte:

Arch Intern Med. 2007;167:562-572

Commenti di Luca Puccetti e Renato Rossi su www.pillole.org

Gli antidepressivi SSRI associati ad aumento di fratture ossee

L'assunzione di SSRI si associa con un raddoppio del rischio di fratture ossee.

Uno studio di coorte di tipo prospettico ha valutato l'incidenza di fratture clinicamente e radiologicamente rilevabili in 5008 soggetti di età >50 anni, seguiti per 5 anni.

L'impiego giornaliero di SSRI, documentato in 137 pazienti, ha determinato un notevole aumento del rischio di fratture (HR 2,1; IC 95%: 1,3-3,4).

Gli SSRI sono stati associati anche ad un aumento del rischio di cadute (odds ratio 2,2; IC 95%: 1,4-3,5), ad una minore densità minerale ossea a livello dell'anca e ad un trend di minore densità ossea a livello della colonna vertebrale. Questi effetti erano dose-dipendenti e simili a quelli riportati al baseline e a 5 anni di follow-up.

L'assunzione giornaliera di SSRI in pazienti con più di 50 anni è stata associata ad un aumento di 2 volte del rischio di

fratture.

La depressione e le fratture sono frequenti in questa fascia di età; l'elevato rischio attribuito all'impiego giornaliero di SSRI può avere importanti conseguenze sulla salute pubblica.

Fonte:

Arch Intern Med 2007; 167: 188-94

A. Russo, M. A. Catania, G. Polimeni: <http://www.farmacovigilanza.org>

Inutile e dannosa l'eco transvaginale di routine se c'è tamossifene

L'impiego routinario seriato dell'ecografia transvaginale è poco utile e causa danni iatrogeni in eccesso rispetto ai benefici apportati in donne con cancro mammario in terapia con tamossifene.

Al fine di valutare l'utilità dell'ecografia endovaginale per lo screening delle lesioni endometriali in donne con pregresso cancro mammario in trattamento con tamossifene 247 donne trattate con tamossifene (20-30 mg/die per 2 anni) e 98 controlli sono state prospetticamente seguite mediante ecografia endovaginale ogni 6 mesi per 5 anni. Le pazienti con endometrio omogeneo di spessore superiore a 10 mm sono state monitorate ogni 3 mesi.

Lo spessore endometriale medio, che era prima del trattamento di 3.5 ± 1.1 mm è aumentato fino ad un massimo di 9.2 ± 5.1 mm dopo tre anni di terapia con tamossifene ($P < .0001$) e questo incremento è risultato significativo anche rispetto al gruppo di controllo ($P < .0001$). Cinquantadue pazienti asintomatiche con endometrio ispessito o con alterazioni morfologiche sospette sono state sottoposte ad isteroscopia e raschiamento che risultò associato a 4 casi di perforazione uterina. Dal punto di vista istopatologico in 38 pazienti (73.1%) è stata riscontrata atrofia, in 9 polipi, in 4 iperplasia, e 1 cancro dell'endometrio. Nelle 20 pazienti che sono state sottoposte a raschiamento per me-

trorragia sono stati riscontrati 5 casi di atrofia, 5 di polipi, 4 di iperplasia, e 2 casi di cancro endometriale. Nei controlli sono stati rinvenuti, 1 polipo asintomatico ed 1 caso di iperplasia asintomatica.

Gli autori concludono che nelle donne in trattamento con tamossifene lo studio seriato dell'endometrio mediante ecografia transvaginale origina un alto tasso di falsi positivi, anche se viene usato un cutoff di 10 mm per lo spessore endometriale e provoca patologia iatrogena che non giustifica la scoperta di 1 caso di cancro endometriale.

Fonte:

Clinical Oncology, Vol 18, Issue 20 (October), 2000: 3464-3470 <http://jco.ascopubs.org/cgi/reprint/18/20/3464.pdf>

Commento di Luca Puccetti

Lo studio NSABP P1 (1) ha mostrato un rischio 4 volte maggiore di carcinoma dell'endometrio in stadio precoce nelle donne in postmenopausa del braccio tamossifene anche se non è stato riportato nessun decesso per tumore endometriale nel braccio tamossifene. L'effetto endometriale del tamossifene è in relazione alla dose e alla durata della terapia. Un trattamento per 5 o più anni di tamossifene a dosi 20 mg die si associa ad un aumento della mortalità per tumori endometriali avanzati e con caratteri-

stiche biologiche aggressive.

Pertanto alcuni autori hanno pensato di effettuare una valutazione seriatata dell'endometrio mediante ecografia transvaginale per diagnosticare precocemente i casi sospetti da avviare a procedure diagnostiche appropriate. Il presente studio dimostra che la strategia di sottoporre a screening con eco transvaginale le donne in trattamento con tamossifene causa molti danni iatrogeni (ben 4 perforazioni uterine) a fronte di una capacità limitata di individuare con precisione i casi di cancro endometriale a causa di una scarsa specificità pur usando un cut-off per lo spessore endometriale di 10 mm. Tale scarsa specificità genera un alto numero di falsi positivi sospetti per degenerazione endometriale che a loro volta inducono un elevato numero di inutili procedure invasive. Un altro studio ha valutato l'utilità della biopsia endometriale ambulatoriale nel follow up delle donne con pregresso cancro della mammella che iniziano un trattamento con tamossifene. 159 donne con cancro alla mammella che iniziavano un trattamento con tamossifene sono state incluse nello studio che prevedeva la biopsia endometriale ogni 6 mesi per i primi 2 anni e poi annualmente per i successivi 3 anni. Sulle 111 donne valutabili sono state effettuate 635 biopsie con un tempo di follow-up mediano di 36 mesi.

Ottantadue (12.9%) delle 635 biopsie

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>

avevano dato luogo a materiale insufficiente per la diagnosi e 14 pazienti (12.6%) sono state sottoposte a raschiamento per anomalie istopatologiche, sanguinamento persistente o per la valutazione di una tumefazione annessiale evidenziata alla laparoscopia. Dal punto di

vista istopatologico sono stati evidenziati 1 caso di iperplasia complessa, 1 di iperplasia anomala, 2 di iperplasia semplice, 4 di polipi, 1 di poliposi endocervicale 2 casi di decidualizzazione 3 casi negativi. Tre pazienti sono state sottoposte ad isterectomia. Gli autori concludo-

no che l'esecuzione seriata di biopsie uterine al fine di monitorare l'endometrio in donne con cancro mammario sottoposte a terapia con tamossifene sembra avere un'utilità limitata. (Bibliografia su www.pillole.org)

Le banali infezioni intercorrenti riaccutizzano la sclerosi multipla

Uno studio conferma l'associazione tra infezioni acute e rischio di ricaduta della sclerosi multipla recidivante-remittente.

In questo studio sono stati reclutati 60 pazienti affetti da sclerosi multipla di tipo recidivante-remittente, la maggior parte (87%) trattati con terapia immunomodulante (interferon beta o glatiramer acetato).

I pazienti sono stati seguiti per valutare se vi era una associazione tra infezioni e rischio di ricaduta. A tale scopo veniva definito come periodo a rischio quello compreso tra 2 settimane prima di un'infezione acuta e 5 settimane dopo. Il rischio di ricaduta, in effetti, risultò essere

tre volte maggiore in questi periodi, e così l'attività della malattia determinata con RMN. Molte ricadute e lesioni alla RMN con gadolinio si verificarono entro 2 settimane dall'inizio di una infezione, sia virale che batterica, indipendentemente dalla terapia immunomodulante in atto.

Fonte: *Neurology* 2006 Aug 22; 67:652-9.

Commento di Renato Rossi

Da molti anni è stata descritta una associazione tra riaccutizzazioni della sclerosi multipla e infezioni acute. Una delle prime osservazioni è stato il legame con le banali infezioni respiratorie. In segui-

to l'attenzione degli studiosi si è diretta verso il virus di Epstein-Barr [1,2,3,4,5,6]. È stato ipotizzato che nella patogenesi della sclerosi multipla giochi un ruolo fondamentale una predisposizione di tipo genetico su cui interagiscono vari fattori ambientali tra cui, in primis, gli agenti infettivi. Questi ultimi scatenerebbero una reazione di tipo autoimmune, con produzione di linfociti T che agirebbero contro la mielina del sistema nervoso centrale. Tuttavia la relazione tra infezioni e sclerosi multipla rimane complessa e probabilmente i meccanismi alla base della malattia, che studi futuri potranno meglio chiarire, sono molteplici.

I probiotici sono utili nella diarrea, ma non sono tutti uguali

Non tutte le preparazioni di probiotici in commercio hanno la stessa efficacia nella diarrea acuta pediatrica.

In questo studio randomizzato e controllato eseguito nel setting della pediatria di base italiana sono stati reclutati 571 bambini (età 3-36 mesi) affetti da diarrea acuta. I pazienti sono stati suddivisi in sei gruppi e trattati con soluzione orale reidratante (gruppo di controllo) mentre i genitori di quelli randomizzati a pro-

biotici ricevevano istruzioni scritte affinché acquistassero un prodotto a base di un probiotico specifico.

End-point primari dello studio erano la durata della diarrea e la consistenza delle feci. End-point secondari erano la durata del vomito e della febbre e i ricoveri ospedalieri.

La durata della diarrea risultò minore nel gruppo trattato con *L. rhamnosus* strain GG (78,5 ore) e con una miscela di 4 probiotici: *L. delbrueckii* var *bulgaricus*, *Streptococcus thermophilus*, *L.*

acidophilus, e *Bifidobacterium bifidum* (70 ore). Invece i bambini che erano stati trattati solo con idratazione avevano una durata della diarrea di 115 ore in media. Le rimanenti preparazioni di probiotici non impattavano sugli outcomes primari.

Gli autori concludono che non tutte le preparazioni di probiotici in commercio sono efficaci nella diarrea dei bambini e che la scelta dovrebbe basarsi sui risultati degli studi clinici.

La vecchia doxiciclina nella sclerosi multipla?

L'aggiunta di doxiciclina alla terapia con interferone potrebbe ridurre le ricadute della sclerosi multipla recidivante.

In questo studio in aperto della durata di 7 mesi sono stati arruolati 15 pazienti affetti da sclerosi multipla che presentavano ricadute e remissioni nonostante trattamento con interferone beta-1a. Alla terapia è stata aggiunta doxiciclina (100 mg/die per 4 mesi). Il trattamento comportò una riduzione delle lesioni

neurologiche visibili alla risonanza magnetica (end-point primario dello studio).

Solo un paziente ebbe una ricaduta mentre gli effetti avversi della terapia furono lievi.

Gli autori concludono però che sono necessari studi di maggiore ampiezza e durata per determinare l'efficacia e la sicurezza dell'associazione testata.

Fonte: *Arch Neurol.* 2008;65(2):(doi:10.1001/

*archneurol.*2007.41). Early Release Article 2007 Dec 10

Commento di Renato Rossi

Come si può facilmente capire si tratta di un piccolo studio preliminare, in aperto, senza gruppo di controllo, di durata limitata e con un end-point surrogato. Prima di poter affermare che la doxiciclina è utile nel trattamento della sclerosi multipla saranno necessarie altre prove e

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>

soprattutto bisognerà dimostrare dei benefici sulla disabilità. Comunque il farmaco è particolarmente attraente sia perché di basso costo sia perché conosciuto da molto tempo nei suoi effetti collaterali.

Ma come agirebbe la doxiciclina? Il farmaco è un inibitore di una famiglia di enzimi detti metalloproteinasi della matrice extracellulare. Si tratta di enzimi

proteolitici che degradano la membrana basale. E' noto che questa membrana è formata da tessuto collegene e da proteoglicani. La loro liberazione favorisce la neoformazione di vasi e quindi crea una specie di terreno di coltura in cui possono favorevolmente svilupparsi cellule neoplastiche. Infatti una parte della ricerca è rivolta a studiare farmaci antineoplastici che agiscono inibendo le metallo-

proteinasi di matrice. D'altra parte però questi enzimi sarebbero responsabili, almeno in parte, anche della distruzione della mielina e quindi del danno ai neuroni che si verifica nella sclerosi multipla. Di qui l'ipotesi che la doxiciclina possa risultare utile nel trattamento della malattia. Come si diceva però i dati sono ancora preliminari e necessitano di ulteriori e più ampie conferme.

La sindrome da jet lag

Per i viaggiatori aerei: quel fastidioso disturbo che rovina il sonno e la concentrazione.

Una messa punto sui sintomi del jet lag e sui possibili rimedi per la prevenzione e il trattamento.

Che cos'è la sindrome da jet lag?

La sindrome da jet lag si manifesta in viaggiatori aerei che attraversano vari fusi orari (5 o più).

I sintomi compaiono dopo l'arrivo e scompaiono in alcuni giorni, man mano che il soggetto si abitua al nuovo fuso orario. La causa è da ricercarsi in una alterazione dei ritmi circadiani che il cambiamento repentino provoca. I sintomi principali sono caratterizzati da insonnia o eccessiva sonnolenza, anoressia, malessere generale, astenia, nausea, disturbi intestinali come dispepsia o stipsi. La sindrome persiste per un maggior numero di giorni quando si viaggia verso oriente, un po' meno se si viaggia verso occidente. Anche i sintomi sono di solito più accentuati viaggiando verso oriente. Questo dipende dal fatto che andando verso est il ciclo circadiano si abbrevia mentre verso ovest si allunga e per l'organismo è più semplice adattarsi all'allungamento.

Quali trattamenti sono in grado di prevenire o ridurre la gravità del jet lag?

La melatonina è sicuramente il farmaco più noto usato per la prevenzione e per il trattamento del jet lag. Una revisione Cochrane ha dimostrato che la melatonina è più efficace del placebo nel combattere i sintomi. Tuttavia non vanno dimenticati i possibili effetti avversi perché si tratta pur sempre di un farmaco. Anche se in genere gli effetti collaterali sono lievi e di breve durata (sonnolenza, vertigini, disorientamento, nausea ed altri sintomi di tipo gastrointestinale, dermatiti) non vanno trascurati possibili effetti di tipo neurologico (stato confusionale, cefalea, atassia, convulsioni). Per questo il farmaco è controindicato in chi soffre di epilessia. Non va somministrato neppure nei pazienti in trattamento con anticoagulanti orali perché potrebbe provocare dispnea e dolore toracico. La revisione Cochrane conclude che la melatonina dovrebbe essere oggetto di ulteriori studi per valutare completamente il suo profilo di sicurezza. Al contrario un'altra revisione sistematica sconclude che la melatonina sembra ragionevolmente sicura anche se sottolinea che, almeno per i disturbi del sonno da jet lag, l'efficacia è dubbia. Sono stati proposti anche gli ipnotici

non benzodiazepinici (zopiclone e zolpidem), ma le evidenze sono contrastanti; inoltre gli studi hanno arruolato pochi pazienti.

Per combattere gli effetti del cambio di fuso orario vengono consigliati anche accorgimenti non farmacologici. Siccome la secrezione di melatonina viene stimolata dall'oscurità e inibita dalla luce si raccomanda di dormire solo quando è buio, di esporsi alla luce naturale del pomeriggio ma di evitare quella intensa, di mangiare poco, di praticare una lieve attività fisica. Altri consigli che vengono dati sono di non partire per un lungo viaggio aereo se si è stanchi, di bere liquidi non alcolici durante il volo, di fare una doccia appena arrivati, di evitare affaticamenti nei primi giorni dopo l'arrivo.

Tuttavia non esistono studi clinici randomizzati e controllati che abbiano dimostrato formalmente l'utilità di questi cambiamenti dello stile di vita.

Renato Rossi

Referenze

1. The Cochrane Library, Issue 4, 2006.
2. BMJ 2006 Feb 18; 332: 384-393
3. BMJ 2003 Feb 8;326:296-297

Le Gastroenteriti nel bambino

Le gastroenteriti pediatriche

Una rivisitazione di una delle patologie più frequenti che possono colpire i bambini.

Le gastroenteriti acute del bambino sono

caratterizzate clinicamente dalla comparsa di diarrea con feci per lo più liquide e vomito. Possono coesistere febbre, dolori addominali, nausea, disidratazione.

La valutazione dell'entità della disidratazione va sempre fatta in modo attento e

scrupoloso, soprattutto nei bambini più piccoli. Segni di disidratazione sono la secchezza delle mucose, un ridotto turgore della cute, una pressione arteriosa ridotta e una frequenza cardiaca aumentata, la fontanella cranica infossata, un aumento della sete (che può mancare

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>

nelle forme gravi), gli occhi infossati, uno stato mentale confuso o addirittura comatoso nei casi avanzati. Un sistema pratico per valutare la gravità della disidratazione può essere quello di far riferimento alla perdita percentuale del peso corporeo: una perdita del 3-5% indica una disidratazione lieve mentre perdite superiori al 10% del peso corporeo iniziale indicano una forma grave.

Quali sono le cause delle gastroenteriti? Nella maggior parte dei casi l'etiologia è virale: rotavirus soprattutto, ma anche adenovirus, coronavirus etc. Vi sono pure forme batteriche: Shigella, Salmonella, Giardina, Yersinia, Clostridium difficile etc.

Come si curano le gastroenteriti? Caposaldo della terapia è la reidratazione per via orale. Nelle forme gravi è necessario ospedalizzare il bambino e ricorrere alla reidratazione per via infusiva oppure con sondino naso-gastrico; il ricovero può essere necessario anche nel bambino con forme meno gravi che non può essere reidratato per os a causa del vomito oppure se la famiglia non garantisce la necessaria compliance.

La reidratazione orale va effettuata sin dall'inizio della sintomatologia e si può attuare con le apposite soluzioni reidratanti del commercio. Spesso queste soluzioni non hanno un elevato grado di palatabilità e possono essere rifiutate dal bambino: per migliorare l'assunzione si può ricorrere alla loro conservazione in frigo (se fredde hanno un gusto più accettabile) oppure all'aggiunta di succo di arancia. Se il bambino vomita si deve somministrare la soluzione reidratante a piccole quantità; per esempio un cucchiaino ogni 5 minuti. Anche il cibo, in questa evenienza, deve essere somministrato spesso ed in piccole quantità onde minimizzare il vomito. La quantità di liquidi da somministrare può essere valutata all'incirca in 1-1,5 litri ogni 24 ore per un bambino di 10 kg di peso. La reidratazione può essere sospesa quando cessa la diarrea.

Cosa deve mangiare il bambino con gastroenterite?

Se il bambino è allattato al seno le popolate non vanno interrotte. Se invece il

bambino viene alimentato con latte di formula questo va sospeso per le prime ore nelle quali si deve procedere alla terapia reidratante, ma poi può essere ripreso. Nei bambini più grandi la dieta deve essere quella normale per l'età. I due principi generali che devono improntare il trattamento sono quindi la reidratazione e la ripresa precoce della normale alimentazione.

Quale ruolo per i farmaci antidiarroici e antiemetici?

L'uso dei farmaci dovrebbe essere l'eccezione e non la regola, dato che nella maggior parte dei casi le gastro-enteriti acute guariscono con la reidratazione e la ripresa precoce dell'alimentazione.

I probiotici possono essere di qualche aiuto nel ridurre la durata della malattia, peraltro la loro efficacia è modesta. Potrebbero essere utili per esempio nella diarrea associata all'uso di antibiotici e nelle diarrea da rotavirus, anche se non è ancora ben chiaro quali ceppi e a quali dosi si ottengano i benefici maggiori. La diosmectite può ridurre la durata della diarrea e non sembra gravata da effetti collaterali degni di nota. Anche la loperamide può abbreviare il decorso della gastroenterite ma a scapito di possibili effetti collaterali sia a carico del tratto digestivo (stipsi, distensione addominale, occlusione intestinale) che del sistema nervoso (stordimento, vertigini) e urinario (ritenzione urinaria). Peraltro la loperamide, in Italia, è controindicata sotto i 4-5 anni di età o sotto i 12 anni, a seconda del preparato commerciale!

Tra i farmaci antiemetici si può ricorrere, in casi particolari, alla metoclopramide (che però ha dalla sua effetti collaterali di tipo extrapiramidale) oppure all'ondansetron (che pare essere gravato da una minor incidenza di effetti collaterali, però potrebbe aggravare la diarrea). Un altro farmaco antiemetico disponibile è il domperidone ma mancano evidenze. In ogni caso anche l'uso degli antiemetici dovrebbe essere l'eccezione e non la regola.

Si deve richiedere una coprocoltura?

Nie casi lievi e moderati, che di solito sono autolimitati, non è necessario richiedere una coprocoltura nè particolari esami del sangue. L'esame colturale,

però, può essere previsto se la diarrea è grave, nei bambini di pochi mesi, se vi sono condizioni associate di immunodepressione (HIV, leucemie), se la diarrea è di tipo muco-sanguinolento, se la diarrea persiste e/o si associa a febbre elevata.

Si devono usare gli antibiotici?

La terapia antibiotica non è raccomandata nella maggior parte dei casi. Può tuttavia essere prevista in alcune situazioni particolari (bambini molto piccoli, immunodepressi, diarrea profusa e febbre molto elevata). Il *Campylobacter* è probabilmente l'agente batterico più frequentemente in causa nei paesi occidentali: gli antibiotici sono necessari solo nei casi di sintomi gravi o prolungati (i farmaci di scelta sono eritromicina e azitromicina; non sono consigliati i chinolonici a causa di resistenze).

Nel caso di isolamento di *Salmonella* non tifoide l'uso degli antibiotici potrebbe portare ad un prolungamento dello stato di portatore o a recidive per cui sono indicati solo se vi è una diffusione dell'infezione in sedi extra-intestinali. Gli antibiotici sono invece raccomandati in caso di enteriti specifiche (colera, tifo, shigella, ameba, giardia)

Renato Rossi

Referenze

1. <http://www.pillole.org/public/aspnuke/news.asp?id=3185>
2. CMAJ 2007 Sept 11; 177: 570-571
3. Database of Systematic Reviews 2004, Issue 2. Art. No.: CD003048. DOI: 1-0.1002/14651858.CD003048.pub2
4. Centers for Disease Control and Prevention. Managing acute gastroenteritis among children. MMWR Recomm Rep 2003;52(RR16):1-16. Sito Internet: <http://www.cdc.gov/mmwr/preview/mmwrhtml/rr5216a1.htm> (accesso del 23 dicembre 2007).
5. Diagnosis and Management of Foodborne Illnesses: A Primer for Physicians. MMWR Recomm Rep 2001; 50 (RR02);1-69. Sito Internet: <http://www.cdc.gov/mmwr/preview/mmwrhtml/rr5002a1.htm> (accesso del 23 dicembre 2007).

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>

Certificato di malattia obbligatorio anche per un solo giorno

Se il lavoratore si assenta per malattia, deve produrre il certificato e non la semplice comunicazione, anche se l'assenza si prolunga per un solo giorno. Vanificate le speranze dei medici di famiglia che speravano di esserne esentati dall'obbligo di certificare patologie brevi e di difficile obiettivazione. (Cass., sent. N. 17898 del 22/08/07).

I fatti:

Un lavoratore aveva effettuato durante l'anno diverse assenze per malattia, ciascuna di un solo giorno; tali assenze erano state sempre giustificate il giorno successivo, ma senza mai produrre il certificato medico in quanto, asseriva il lavoratore, tale era la prassi vigente nell'azienda, come confermata da due circolari del datore di lavoro. L'azienda aveva invece praticato le trattenute stipendiali per queste assenze in base a quanto previsto dal contratto collettivo di cate-

goria, che invece, stabiliva che le assenze devono essere giustificate, e non solo comunicate, al datore di lavoro, «mediante esibizione di certificato medico».

I giudici di merito non ritenevano sufficienti tali circolari per giustificare il lavoratore, in quanto le stesse specificavano che l'azienda si riservava la possibilità di chiedere il certificato come da contratto, come in effetti risultava comunicato al lavoratore.

Il lavoratore sosteneva, tra i vari motivi di ricorso, che la prassi aveva forza vincolante in quanto rappresentava un miglioramento alla normativa collettiva, e l'azienda avrebbe potuto derogarvi solo sulla base di criteri oggettivi e uguali per tutti dipendenti;

La Cassazione ha invece ritenuto valida la prassi seguita dall'azienda: il datore di lavoro può pretendere il certificato

medico qualora ne ravvisi l'opportunità (ad esempio per assenze frequenti).

Peraltro, sottolineano i giudici, il lavoratore non aveva mai provato di essere stato assente per malattia, neanche nei giorni successivi alla contestazione dell'assenza ingiustificata; non aveva neppure provato che la prassi aziendale fosse tassativa e le eccezioni circoscritte, per cui l'azienda non avrebbe mai potuto pretendere una documentazione dell'assenza per malattia, neanche in caso di dubbio.

La Corte confermava quindi che, nel caso in cui non venga fornita prova dell'assenza giustificata dalla malattia, mancano le condizioni che consentono di ritenere dovuta la retribuzione dell'assenza da parte del datore di lavoro, per cui è legittima la trattenuta della paga giornaliera in quanto conseguenza della mancata prestazione lavorativa.

Daniele Zamperini

La medicina di gruppo, in certi casi, è soggetta ad IVA

I medici che esercitano la medicina di gruppo e si costituiscono come associazione senza fini di lucro danno vita ad una società di servizi in favore degli associati che è soggetta ad IVA e che dovrà emettere fatture imponibili nei confronti degli associati. (Agenzia delle Entrate, Ris. 369/E Direzione Centrale Normativa e Contenzioso Roma, 13 dicembre 2007)

I fatti: Uno Studio Medico Associato, costituito da otto medici di medicina generale ed esercitante la medicina di gruppo convenzionata in base alle norme del CCN, chiede all'Agenzia di conoscere il trattamento fiscale ai fini IVA dell'Associazione verso i medici associati al fine di suddividere tutti i costi relativi alla sede, al personale, ai mezzi ed alla organizzazione funzionale del lavoro, e per ottimizzare più aspetti della propria professione.

L'Agenzia delle Entrate rilevava preliminarmente che l'ACN vigente della Medicina generale prevede ai sensi dell'articolo 40, comma 3, che "le forme

associative oggetto del presente articolo sono distinte in:

a) forme associative, che costituiscono modalità organizzative del lavoro e di condivisione funzionale delle strutture di più professionisti, per sviluppare e migliorare le potenzialità assistenziali di ciascuno di essi;

b) forme associative, quali società di servizio, anche cooperative, i cui soci siano per statuto permanentemente in maggioranza medici di assistenza primaria e pediatri di libera scelta iscritti negli elenchi della azienda, o dei comuni comprendenti più Aziende, in cui esse operano e che garantiscano anche le modalità operative di cui al comma precedente. In ogni caso dette società di servizio non possono fornire prestazioni sanitarie e assicurano esclusivamente beni e servizi ai medici".

Nel caso di specie, sulla base della documentazione prodotta dall'interpellante, si desume che:

- i compensi erogati dall'Azienda sanitaria locale vengono corrisposti direttamente ai singoli medici e non sono ri-

versati all'associazione;

- l'associazione può acquisire a qualunque titolo e gestire beni mobili ed immobili, servizi, compiere operazioni mobiliari, immobiliari, finanziarie prestare e ricevere servizi, procurarsi mezzi finanziari necessari allo svolgimento della propria attività, contrarre mutui, aprire conti correnti e compiere ogni altra operazione di finanziamento con privati o istituti di credito (articolo 2 dell'atto costitutivo).

Dal combinato di questi due elementi, si delinea la natura giuridica dello studio medico interpellante. In particolare si rileva che: - lo studio medico, non ricevendo alcun compenso autonomo o direttamente riconducibile all'attività prestata dai singoli medici non può essere destinatario di compensi professionali da ripartire ai singoli medici, come è invece tipico delle associazioni professionali (art. 5 DPR 22/12/86 n. 917).

L'Associazione invece, predisponendosi a rendere servizi, a gestire beni mobili ed immobili, a compiere operazioni finanziarie, assume la veste di una società di servizi o di mezzi, nata con lo scopo

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>

Anno 4 numero 1

di mettere a disposizione dei singoli associati strutture e servizi.

Una tale società si differenzia sia dall'associazione tra professionisti, che dall'istituto della medicina di gruppo.

Elementi distintivi di tale società sono:

1) la predisposizione di tutte le attrezzature al fine di metterle a disposizione dei singoli soci;

2) lo svolgimento individuale delle prestazioni professionali da parte dei singoli medici.

Ne consegue che, le operazioni fornite dalla società devono essere considerate imponibili ai fini Iva, per cui l'associazione è tenuta a richiedere l'attribuzione della partita Iva.

Eguale, al fine di ripartire le spese comuni per il mantenimento e

l'organizzazione dello studio medico, l'associazione dovrà emettere fatture imponibili nei confronti degli associati.

Commento di Daniele Zamperini

La questione dell'inquadramento giuridico delle varie forme associative formate dai Medici di Famiglia riveste particolare importanza in quanto possono sorgere diverse questioni, talora esulanti dal campo strettamente fiscale. A proposito di ciò, va tenuta presente la recente disposizione dell'Agenzia delle Entrate (n. 90499/07) riportata in altro articolo. Va anche tenuta presente la "vexata quaestio" della classificazione degli ambienti: "studi medici" privati o "ambulatori" o "poliambulatori"?

Gli studi medici frequentati da più sanitari vengono pacificamente considerati "studi privati" e non "ambulatori" finché non esiste una unità gestionale di tale studio, in pratica finché ciascun medico si amministra per conto proprio. Trasformare l'associazione in una società di servizi avente amministrazione centralizzata non potrebbe dare adito ad una riclassificazione dello studio? Si tratterebbe di un serio problema in quanto numerosi studi, locati e classificati come "civile abitazione" potrebbero essere carenti delle caratteristiche architettoniche, strutturali e organizzative richieste dalla legge per tali presidi. In attesa di maggiori chiarimenti, sarebbe utile un atteggiamento di prudente cautela.

Scattano i nuovi obblighi fiscali per le strutture sanitarie

Nuova burocrazia e nuovi obblighi (Agenzia delle Entrate, Disp. n. 2007-/90499) riguardanti le "strutture sanitarie private, in qualsiasi forma organizzate". Non interessano i medici singoli o quelli operanti in forma associativa come previsto nell'ACN dei medici di famiglia, ma potrebbero interessare numerose altre forme associative.

"Dal 1° marzo 2007 le strutture sanitarie private, in qualsiasi forma organizzate sono tenute ad assolvere i seguenti adempimenti (Legge 27/12/2006 n. 296, art. 1, commi da 38 a 42):

- riscossione accentrata, in nome e per

conto dei professionisti, dei compensi corrisposti dai pazienti per le prestazioni di lavoro autonomo mediche e paramediche effettuate nei loro confronti nell'ambito delle stesse strutture sanitarie private in locali concessi in uso;

- registrazione dei compensi riscossi, consistente nell'annotazione, distintamente per ciascuna operazione di riscossione, della data di pagamento e degli estremi della fattura emessa dal professionista, delle generalità e del codice fiscale del destinatario del compenso, dell'ammontare del corrispettivo riscosso, della modalità di pagamento;

- il riversamento a ciascun percipiente medico o paramedico degli importi riscossi, in caso di pagamento in contante, nonché la consegna dei documenti ritirati o emessi, in caso di pagamenti alternativi al contante stesso;

- l'obbligo di comunicare telematicamente all'Agenzia delle Entrate l'ammontare dei compensi complessivamente riscossi per ciascun percipiente medico e paramedico in ciascun anno solare....".

Le istruzioni dettagliate, i moduli, il testo integrale sono reperibili su www.pillole.org

Non più controlli o revisioni, per gli invalidi gravi

È stato pubblicato in G.U. l'elenco delle patologie per le quali, stabilizzate o ingravescenti, che abbiano dato titolo alla concessione dell'indennità di accompagnamento o di comunicazione, sono escluse visite di controllo sulla permanenza dello stato invalidante o dell'handicap. È necessario che le Commissioni preposte all'accertamento dell'invalidità rispettino i criteri diagnostici e classificativi stabiliti dalla norma e integrino, se del caso, la documentazione necessaria.

Il presente elenco comprende le gravi menomazioni di cui all'art. 6, terzo com-

ma, della legge 9 marzo 2006, n. 80 intendendosi le menomazioni o le patologie stabilizzate o ingravescenti, che abbiano dato luogo al riconoscimento dell'indennità di accompagnamento o di comunicazione.

L'elenco è presentato in un prospetto in cui sono indicate:

- 12 voci relative a condizioni patologiche che determinano una grave compromissione dell'autonomia personale e gravi limitazioni delle attività e della partecipazione alla vita comunitaria;

- per ciascuna voce la documentazione sanitaria, rilasciata da struttura sanitaria pubblica o privata accreditata, idonea a

comprovare, sulla base di criteri diagnostici e di valutazioni standardizzati e validati dalla comunità scientifica internazionale, la patologia o la menomazione, da richiedere alle commissioni mediche delle aziende sanitarie locali o agli interessati, solo qualora non sia stata acquisita agli atti o non più reperibile. L'elenco viene rivisto con cadenza annuale.

Le persone affette da patologie o menomazioni comprese nell'elenco sono esonerate da tutte le visite di controllo o di revisione circa la permanenza dello stato invalidante; la relativa documentazione sanitaria va richiesta alle commissioni

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>

preposte all'accertamento che si sono espresse in favore dell'indennità di accompagnamento o di comunicazione; oppure agli interessati, qualora non risulti acquisita agli atti da parte delle citate commissioni. E' fatta salva la facoltà per i soggetti interessati di integrare la documentazione sanitaria con ulteriore documentazione utile allo scopo.

1) Insufficienza cardiaca in IV classe NHYA refrattaria a terapia.

Diagnosi della specifica condizione patologica causa di grave compromissione dell'autonomia personale.

Valutazione NHYA sulla base degli accertamenti effettuati e risposta ai presidi terapeutici.

2) Insufficienza respiratoria in trattamento continuo di ossigenoterapia o ventilazione meccanica.

Diagnosi della specifica condizione patologica causa di grave compromissione dell'autonomia personale.

Valutazione prognostica.

Valutazione della funzionalità respiratoria sulla base degli accertamenti eseguiti. Indicazione di trattamento con ossigenoterapia o ventilazione meccanica in corso.

3) Perdita della funzione emuntoria del rene, in trattamento dialitico, non trapiantabile.

Diagnosi della specifica condizione patologica causa di grave compromissione dell'autonomia personale.

Valutazione prognostica.

Indicazione di trattamento dialitico in corso.

4) Perdita anatomica o funzionale bilaterale degli arti superiori e/o degli arti inferiori, ivi comprese le menomazioni da sindrome da talidomide.

Diagnosi della specifica condizione patologica causa di grave compromissione dell'autonomia personale.

Valutazione funzionale della menomazione con descrizione della concreta pos-

sibilità o impossibilità motivata di utilizzo di protesi, ortesi e/o ausili.

5) Menomazioni dell'apparato osteo-articolare, non emendabili, con perdita o gravi limitazioni funzionali analoghe a quelle delle voci 2 e/o 4 e/o 8.

Diagnosi della specifica condizione patologica causa di grave compromissione dell'autonomia personale.

Valutazione funzionale, sulla base degli accertamenti effettuati come alle voci 2 e/o 4 e/o 8.

6) Epatopatie con compromissione persistente del sistema nervoso centrale e/o periferico, non emendabile con terapia farmacologica e/o chirurgica.

Diagnosi della specifica condizione patologica causa di grave compromissione dell'autonomia personale.

Persistente compromissione neurologica. Referti di esami specialistici.

7) Patologia oncologica con compromissione secondaria di organi o apparati.

Diagnosi della specifica condizione patologica causa di grave compromissione dell'autonomia personale.

Stadiazione internazionale della specifica patologia.

Compromissione funzionale secondaria di organi od apparati.

8) Patologie e sindromi neurologiche di origine centrale o periferica, (come al punto 4). Atrofia muscolare progressiva; atassie; afasie; lesione bilaterale combinate dei nervi cranici con deficit della visione, deglutizione, fonazione o articolazione del linguaggio; stato comiziale con crisi plurisettimane refrattarie al trattamento.

Diagnosi della specifica condizione patologica causa di grave compromissione dell'autonomia personale.

Valutazione prognostica.

Valutazione funzionale: tono muscolare; forza muscolare; equilibrio e coordinazione; ampiezza e qualità del movimento; prassie, gnosie; funzioni dei nervi

cranici e spinali; linguaggio; utilizzo di protesi, ortesi e/o ausili.

9) Patologie cromosomiche e/o genetiche e/o congenite con compromissione d'organo e/o d'apparato che determinino una o più menomazioni contemplate nel presente elenco.

Diagnosi della specifica condizione patologica causa di grave compromissione dell'autonomia personale.

Valutazione prognostica

Compromissione funzionale di organo e/o di apparato, sulla base degli accertamenti effettuati.

10) Patologie mentali dell'età evolutiva e adulta con gravi deficit neuropsichici e della vita di relazione.

Diagnosi della specifica condizione patologica causa di grave compromissione dell'autonomia personale.

Valutazione prognostica.

Valutazione e descrizione funzionale: funzioni intellettive; abilità cognitive; abilità e competenze affettive e relazionali; autonomia personale; abilità e competenze di adattamento sociale.

11) Deficit totale della visione.

Diagnosi della specifica condizione patologica causa di cecità e conseguente grave compromissione dell'autonomia personale.

Valutazione funzionale: visus naturale e corretto in OO (spento, motu manu, ombra luce); ERG e PEV destrutturati; campo visivo binoculare inferiore al 3%, indipendentemente dal residuo visivo in OO o diagnostica con neuroimmagini.

12) Deficit totale dell'udito, congenito o insorto nella prima infanzia.

Diagnosi della specifica condizione patologica causa di sordità prelinguale e conseguente grave compromissione dell'autonomia personale.

Valutazione funzionale: esame audiometrico; impedenziometria; potenziali evocati uditivi.

(D.M. Economia e Finanze, 2/8/2007, G.U. 27/9/2007 n. 225)

Finanziaria 2008: IVA sui certificati

Chiarito definitivamente il problema dell'IVA sulle prestazioni medicolegali: essa e' dovuta solo per le prestazioni effettuate dal 2005 in poi. Non e' esigibile IVA arretrata per periodi precedenti.

Finanziaria 2008:

Dis. di legge definitivamente approvato dal Senato il 21.12.2007

DISPOSIZIONI IN MATERIA DI ENTRATA

(art. 1, commi 5-375)

...omissis...

"80. Al fine di armonizzare la legislazio-

ne italiana con la normativa comunitaria, le prestazioni professionali specifiche di medicina legale sono assoggettate al regime ordinario dell'imposta sul valore aggiunto a decorrere dal periodo d'imposta 2005."

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 mese di novembre-dicembre 2007 (a cura di Marco Venuti)

*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.medicoleggi.com/free/*

Decreto del Ministero della Salute del 16 novembre 2007 (Gazzetta Ufficiale n. 278 del 29.11.07) Norme concernenti la detenzione ed il trasporto di medicinali stupefacenti o psicotropi da parte di cittadini che si recano all'estero e di cittadini in arrivo nel territorio italiano.

Questo provvedimento detta norme relative al possesso, da parte di cittadini italiani o stranieri che devono uscire o entrare nel territorio italiano, di medicinali contenenti sostanze stupefacenti o psicotrope iscritte nella tabella II del Testo unico delle leggi in materia di disciplina degli stupefacenti e sostanze psicotrope, prevenzione, cura e riabilitazione dei relativi stati di tossicodipendenza (DPR 309/90), necessari per terapie esclusivamente personali (si fa notare che la tabella II comprende le sezioni A, B, C, D, E).

Questi cittadini devono essere in possesso di idoneo certificato (rilasciato dal medico di medicina generale o dal pediatra di libera scelta convenzionati con il Servizio sanitario nazionale, oppure dal medico dipendente dal Servizio sanitario nazionale) atto a giustificare il possesso di tali medicinali in corso di trattamento terapeutico; tale certificato sarà esibito ad eventuali controlli doganali.

Tale certificazione non è necessaria qualora i viaggiatori trasportino per le proprie necessità di cura:

- una sola confezione di ciascuna preparazione medicinale contenente sostanze stupefacenti o psicotrope,
- preparazioni medicinali contenenti acetilididrocodina, codeina, diidrocodina, etilmorfina, nicocodina, nicodicodina, norcodeina, folcodina.

Legge n. 244 del 24 dicembre 2007 (Gazzetta Ufficiale n. 278 del 29.11.07 - Supplemento ordinario n. 285)

Disposizioni per la formazione del bilancio annuale e pluriennale dello Stato (legge finanziaria 20-08)

Anche in questa legge finanziaria vengono emanati diversi provvedimenti che interessano, in vario modo, il mondo sanitario. Di seguito segnaliamo i punti che a nostro avviso sono i più rilevanti:

- viene definita la normativa per quanto riguarda il regime IVA delle prestazioni medico-legali (articolo 1, comma 80);
- vengono stanziati più risorse per l'assistenza sanitaria ai cittadini e per il contratto del personale del Ssn (articolo 2, commi da 46 a 49);
- vengono stanziati più risorse per la costruzione di nuovi ospedali, servizi e per l'implementazione delle nuove tecnologie (articolo 2, commi 279 e 280);
- vengono vincolate risorse per le cure palliative, le unità di risveglio dal coma, la terapia intensiva e gli screening neonatali (articolo 2, comma 280);
- l'assistenza sanitaria ai detenuti viene trasferita al Servizio sanitario nazionale (articolo 2, commi 283 e 284);
- viene potenziata la capacità di controllo e verifica della rete trapiantologia (articolo 2, commi 307 e 308);
- vengono stanziati più fondi per i giovani ricercatori con il fine di combattere la "fuga dei cervelli" (articolo 2, commi da 313 a 317);
- vengono introdotte norme per ridurre gli sprechi per i farmaci e perchè venga posta maggiore attenzione nella loro prescrizione (articolo 2, commi da 348 a 353);
- viene istituito il registro dei dottori in chiropratica (articolo 2, comma 355);
- viene istituita l'Autorità nazionale per la sicurezza alimentare (articolo 2, comma 356);
- la gestione dell'ECM passa all'Agenzia nazionale per i servizi sanitari regionali (articolo 2, commi da 357 a 360);
- vengono stanziati ulteriori fondi per il risarcimento danni da trasfusioni, vaccini e talidomide (articolo 2, commi da 361 a 365);
- vengono messe a disposizione più risorse per il vaccino contro il cancro alla cervice uterina (articolo 2, comma 372);
- vengono stanziati risorse dedicate a progetti regionali attuativi del Piano sanitario nazionale (articolo 2, comma 374);
- viene abolito il ticket sulla diagnostica e sulle visite specialistiche (articolo 2, commi da 376 a 378);
- sono previste nuove linee guida per l'appropriatezza nel campo dell'assistenza protesica (articolo 2, commi da 379 a 381);
- vengono emanate norme concernenti gli accessi alle scuole di specializzazione (articolo 2, comma 433)
- viene incrementato il fondo per l'assistenza alle persone non autosufficienti (articolo 2, commi da 465 a 469).

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>

TELEMEDICINA AD ULIVETO TERME

Presentato ad Uliveto Terme il **Progetto CONFORM**, acronimo di TeleCONsulto e FORmazione

Nei giorni 27 e 28 ottobre si è tenuto presso l'Auditorio di Uliveto Terme il
II CONGRESSO NAZIONALE DI IPPOCRATE

Al congresso hanno partecipato Medici provenienti da molte regioni d'Italia.

Essendo il Congresso di natura interdisciplinare si è discusso su vari argomenti e in particolare sull'evidenze scientifiche di alcune delle patologie di maggior interesse quali il Morbo di Alzheimer, le patologie surrenaliche e la celiachia.

Si è parlato anche di screening oncologici, della gestione domiciliare dei pazienti in trattamento con terapia anticoagulante, degli aspetti relazionali con i propri pazienti, di medicina legale e di acque minerali.

Particolarmente interessante e curiosa la relazione del dr. Tom Jefferson "Attenti alle Bufale" autore dall'omonimo libro che ha evidenziato i suggerimenti per minimizzare il rischio di bufale nel campo dell'informazione medico scientifica.

Il momento clou del Congresso è stata la presentazione di **CONFORM**, progetto innovativo che coniuga la formazione "sul campo" con un sistema di Teleconsulto di secondo livello al fine di formare i medici mediante un tutoraggio espresso sotto forma di counseling applicato a veri casi clinici proposti dagli stessi discenti.

Il Servizio di Teleconsulto è l'applicazione del moderno concetto di medicina in rete, finalizzato a:

- rendere accessibile, senza limiti di tempo e luogo l'expertise dei migliori centri di eccellenza
- valorizzare il lavoro dei Medici impegnati sul territorio attraverso il confronto peer-to-peer con gli Specialisti Epatologi
- aiutare il Medico curante nella ricerca dell'appropriatezza della cura mediante il counseling basato sulle migliori evidenze e applicato allo specifico caso clinico
- recuperare il gap culturale originato dall'attuale regolamentazione che rende possibile la prescrizione delle terapie avanzate solo in centri di eccellenza

La Società Medico Scientifica Multidisciplinare "Promed Galileo" www.promedgalileo.org ha realizzato in collaborazione con L.U.N.A. (Liver Unit Network Association) una prima applicazione di **CONFORM** "in campo epatologico".

Questa esperienza è stata presentata al Congresso dai dr. F. Olivieri e dr. L. Puccetti mediante una applicazione pratica di Telemedicina richiedendo in diretta dall'auditorio di Uliveto Terme un TeleCONSULTO a distanza su di un caso epatologico al prof. Bonino che una volta esaminato il caso rispondeva in diretta dalla sua postazione.

La positiva conclusione di questa esperienza ad Uliveto Terme costituisce il primo passo verso questo tipo di applicazione che potrà essere esportata in tutti i campi della medicina.

Per potersi iscrivere gratuitamente al progetto **CONFORM** e ricevere una o più teleconsulenze il Medico dovrà collegarsi al sito <https://www.epatologi.it/teleconsulto> e preliminarmente sottoscrivere:

- l'accettazione del regolamento—il consenso al trattamento dei dati personali

Il progetto **CONFORM** ha finalità formative e non assistenziali pertanto il Medico che si avvale di questa opportunità è pienamente libero di applicare o meno nella pratica reale i pareri formulati sul caso dagli esperti partecipanti al progetto CONFORM, assumendosene tutte le relative responsabilità.

Il Medico può "scegliere" l'Esperto a cui rivolgersi in base al profilo professionale di quest'ultimo, fornito dallo stesso sistema informatico.

Le risposte dell'Esperto riguardo al caso clinico proposto verranno date entro un tempo ragionevolmente breve e comunque tale da mantenere vivo nel Medico appellante l'interesse per il caso proposto.

L'azione di tutoraggio viene protratta per il tempo ragionevolmente necessario alla "definizione" delle problematiche poste dal Medico agli Esperti.

Dopo questa prima esperienza in campo Epatologico è intenzione della Promed Galileo, Società Medico Scientifica Interdisciplinare, di integrare il progetto CONFORM con la richiesta di Teleconsulto di secondo livello e Formazione in altri settori.

Per coloro che vogliono saperne di più è possibile vedere una demo del Progetto **CONFORM** all'indirizzo: <http://www.promedgalileo.org/conform/conform.html>