

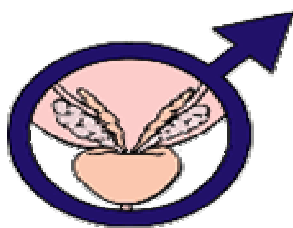
SCIENZA E PROFESSIONE

Scienza e Professione—Anno 5 num. 9

Ottobre 2008

Il 17-18-19 Ottobre 2008 a Cascina (Pi) il
III Congresso Nazionale di “Ippocrate”

Organizzato dalla Società Scientifica “Promed-Galileo” e sostenuto dalle Terme di Uliveto, si svolgerà all’ Eurotel di Cascina il III Congresso Nazionale facente capo alla mailing-list Ippocrate, gestita da Enzo Brizio, MdF a Fossano (CN). Tutto il Congresso è centrato sui “problemi clinici in medicina generale” presentati e discussi da medici di famiglia, tutti partecipanti alla Mailing-list di cui sopra. L’ iscrizione è gratuita. Sono accreditati punti ECM. Unico onere per i partecipanti è, per chi ne usufruisce, il pernottamento alberghiero, ottenibile a tariffe convenzionate contattando il dott. Valter Metta info@briefingstudio.it



**K prostatico
localizzato:
linee-guida**



**Insuline a
lunga durata:
Scegliere bene**



**Enuresi notturna: un
problema imbarazzante
che non coinvolge solo i
bambini**

In condizioni di emergenza e' lecito andare oltre le proprie mansioni

Attenzione al paracetamolo ai bambini molto piccoli: aumenta il rischio di asma?

**Le vertigini croniche :
una disamina clinica**

**Medico e informatica:
come sfruttare al meglio un archivio**



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>

Enuresi notturna: Non solo bambini	Pag. 3	Mensile di informazione, aggiornamento e varie attualità'
Linee guida sulla terapia del cancro prostatico localizzato	Pag. 4	Reg. Trib. Roma n. 397/2004 del 7/10/2004, versione registrata delle "PILLOLE di Medicina Telematica" attive dal 1998
Possibile utilizzo improprio degli antidepressivi nelle sindromi ansiose	Pag. 5	Dir. Resp.: Daniele Zamperini O.M. Roma 19738 - O. d. G. Lazio e Molise 073422
Celiachia: quanto è comune in medicina di base?	Pag. 6	http://www.scienzaeprofessione.it
Medico e informatica: come sfruttare al meglio un archivio	Pag. 6	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
Nuove linee guida sulla demenza	Pag. 7	
Paracetamolo ai bambini piccoli aumenta il rischio di asma?	Pag. 8	
Criteri di uso delle insuline a lunga durata d'azione	Pag. 8	
Cistiti in menopausa: estrogeni o no ?	Pag. 9	Redazione Luca Puccetti (webmaster) Marco Venuti (agg. legale) Renato Rossi (coordinatore) Guido Zamperini (redattore)
Prostatectomia laparoscopica o open, è veramente uguale?	Pag. 9	
Impronte digitali anche in Ospedale, parola di Garante!	Pag. 10	Collaborano: Marco Grassi, Clementino Stefanetti
Verifiche straordinarie su invalidi civili: i criteri di attuazione	Pag. 10	Per riceverla gratuitamente: d.zamperini@fastwebnet.it Cell. 333/5961678
Quando il paziente e' giustificato se irreperibile alla visita di controllo?	Pag. 12	Archivio completo: Oltre 3000 articoli e varie risorse su http://www.pillole.org/
Cassazione "severa": il lavoratore addormentato va licenziato	Pag. 12	Contenuti selezionati: www.scienzaeprofessione.it
Cassazione "indulgente": non si licenzia per semplice assenza immotivata	Pag. 12	<i>Il nostro materiale salvo diverse indicazioni è liberamente utilizzabile per uso privato, riproducibile citando la fonte</i>
In condizioni di emergenza e' lecito andare oltre le proprie mansioni	Pag. 13	Per proporre articoli o collaborazioni scrivere alla redazione
Se non controlla la protesi, l' odontoiatra deve risarcire	Pag. 13	
NOVITA' IN GAZZETTA UFFICIALE (a cura di Marco Venuti)	Pag. 14	
Le vertigini croniche	Pag. 14	



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>

Enuresi notturna: Non solo bambini

Il punto su una condizione molto diffusa, che non riguarda solo i bambini.

Per enuresi notturna s'intende, secondo la definizione dell'International Children Continence Society (ICCS), una condizione caratterizzata dalla perdita involontaria di urine che avviene solo di notte in assenza di anomalie del sistema nervoso centrale o urinario.

Nei bambini fino a 4-5 anni l'enuresi è considerata normale; i bambini di 5 e 6 anni sono considerati affetti da enuresi notturna se hanno almeno 2 episodi al mese, dopo i 6 anni se è presente almeno 1 episodio al mese.

L'enuresi notturna riguarda circa il 20% dei bambini di 5 anni; con l'età, tale percentuale si riduce: per esempio a 12 anni è di circa il 4-8% mentre negli adolescenti il problema è limitato all'1-3%. Colpisce più frequentemente i maschi delle femmine ma questa differenza si attenua durante il periodo adolescenziale.

Se è vero che nella grande maggioranza dei casi il disturbo tende a scomparire dopo la pubertà, talora può protrarsi anche nell'età adulta (circa 1% dei bambini con enuresi).

Le conseguenze del disturbo possono essere perdita dell'autostima, senso di colpa, riduzione della qualità di vita e stress in ambito familiare.

Le cause non sono note. Di volta in volta sono stati ipotizzati vari meccanismi e/o moventi: predisposizione genetica o familiare, fattori psicologici (ma questi sono la causa o la conseguenza dell'enuresi?), una ridotta increzione notturna della vasopressina, una ridotta capacità funzionale vescicale (la vescica tende a vuotarsi per ridotti volumi di riempimento), disturbi del sonno (i bambini con enuresi avrebbero un sonno molto profondo e quindi non avvertono lo stimolo vescicale; altri ipotizzano in realtà una condizione opposta di sonno leggero e di scarsa qualità). In casi molto rari sono state riscontrate situazioni patologiche come anomalie dell'apparato urinario o anomalie del midollo spinale. In alcuni casi l'enuresi notturna è risultata associata ad infezione urinaria, a stipsi o ad encopresi: si parla allora di enuresi

complicata.

Dal punto di vista clinico si distingue una enuresi primaria (bambini che non hanno mai avuto un controllo della minzione notturna) da una enuresi secondaria (bambini continenti che ad un certo punto ritornano ad avere enuresi notturna). Le forme secondarie possono essere dovute a momentanee situazioni stressanti, ma alcuni ritengono che le due condizioni non abbiano una patogenesi molto diversa [1].

L'esame clinico di solito è normale.

L'esame delle urine ed eventualmente l'urinocoltura vengono richiesti per escludere la presenza di glucosio, emazie o infezioni. Se non ci sono motivi per sospettare una sottostante causa anatomica e l'esame urine è normale non vanno richiesti altri accertamenti. Se invece le analisi rivelano un'infezione urinaria si deve escludere un reflusso vescico-ureterale (ecografia, cistografia).

La terapia non farmacologica si avvale in prima istanza del counselling finalizzato ad istruire sia i genitori che i bambini sul comportamento da tenere: il bambino non deve essere colpevolizzato ma il problema non deve neppure essere banalizzato o trascurato, al piccolo paziente deve essere insegnato che la vescica va svuotata completamente senza ignorare o differire lo stimolo della minzione (questo è importante soprattutto prima di andare a letto); può essere utile, a questo fine, insegnare ad andare in bagno più spesso durante la giornata (per esempio ogni 2 ore) e a compilare un diario in cui vengono segnate le notti asciutte e quelle bagnate. Al bambino va insegnato anche che appena sente lo stimolo deve subito alzarsi dal letto per andare in bagno a vuotare completamente la vescica, senza ignorare lo stimolo. Un'altra misura non farmacologica è costituita dai sistemi di allarme: si tratta di piccoli apparecchi con una batteria che vengono collegati al bambino quando va a letto e che sono muniti di un sensore che segnala acusticamente quando inizia ad uscire l'urina. La finalità è quella di svegliare il bambino che in tal modo impara a contrarre lo sfintere ve-

sciale, interrompe la minzione e può alzarsi e recarsi in bagno. I sistemi di allarme sono efficaci ma costosi e possono provocare fastidi in famiglia in quanto disturbano la quiete notturna. La terapia farmacologica si avvale soprattutto della desmopressina, un agonista selettivo dei recettori della vasopressina, ad azione antidiuretica ed agisce riducendo la quantità di urina che arriva in vescica durante la notte. A tal fine va assunto circa 60 minuti prima di coricarsi. Il farmaco è ufficialmente indicato nei bambini > 5 anni con enuresi notturna primaria alla dose di 0,2 mg, eventualmente aumentabile a 0,4 mg in caso di inefficacia. Di solito si prescrive la terapia per una durata di 3 mesi, si prova a sospendere e si riprende con il farmaco se si ripresenta l'enuresi.

Tra gli effetti collaterali vanno segnalati: cefalea, sanguinamento nasale, dermatiti, anoressia, sintomi di tipo gastrointestinale, tosse, disturbi visivi. Per evitare una possibile intossicazione d'acqua il bambino deve evitare di bere più di un quarto di litro di liquidi alla sera.

Sono stati proposti anche gli antidepressivi triciclici (per esempio imipramina), gli anticolinergici, l'agopuntura laser. Secondo dati di letteratura reperiti da Clinical Evidence [2] e dalla Cochrane Collaboration [3,4,5,6,7,8] di provata utilità sono il trattamento continuato con desmopressina, gli allarmi per l'enuresi e l'associazione di allarmi e counselling. Di utilità non determinata sarebbero l'associazione di allarmi e desmopressina, il counselling da solo, i farmaci anticolinergici, l'agopuntura laser e farmaci diversi dalla desmopressina e dagli antidepressivi triciclici. Questi ultimi sono efficaci (anche se il confronto con desmopressina ha prodotto evidenze contrastanti) ed economici ma hanno a loro carico una possibile cardiotoxicità e una serie di effetti collaterali (anoressia, stipsi, vomito o diarrea, vertigini, sonnolenza, secchezza delle fauci, cefalea, ecc.): il rapporto tra rischi e benefici è critico e questo che ne limita l'uso, che va valutato da caso a caso.

Renato Rossi

Referenze

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>

1. Robson WL, et al.

Primary and secondary nocturnal enuresis: similarities in presentation. *Pediatrics* April 2005;115:956-9.

2. Clinical Evidence, 3° Edizione Italiana. Liberamente consultabile, previa registrazione, al sito: <http://clinev.it>.

3. Glazener CMA, Evans JHC. Desmopressin for nocturnal enuresis in children. *Cochrane Database of Systematic Reviews* 2000, Issue 2. Art. No.: CD002112. DOI: 10.1002/14651858.CD002112

4. Glazener CMA, Evans JHC, Peto RE. Alarm interventions for nocturnal enuresis in children. *Cochrane Database of Systematic Reviews* 2001, Issue 1. Art. No.: CD002911. DOI: 10.1002/14651858.CD002911.pub2

5. Glazener CMA, Evans JHC, Peto R. Tricyclic and related drugs for nocturnal enuresis in children. *Cochrane Database of Systematic Reviews* 2000, Issue 2. Art. No.: CD002117. DOI: 10.1002/14651858.CD002117

6. Glazener CMA, Evans JHC, Cheuk DKL. Complementary and miscellaneous interventions for nocturnal enuresis in children. *Cochrane Database of Systematic Reviews* 2005, Issue 2. Art. No.: CD005230. DOI: 10.1002/14651858.CD005230

7. Glazener CMA, Evans JHC. Simple behavioural and physical interventions for nocturnal enuresis in children. *Cochrane Database of Systematic Reviews*

2002, Issue 2. Art. No.: CD003637. DOI: 10.1002/14651858.CD003637.pub2

8. Glazener CMA, Evans JHC, Peto RE. Complex behavioural and educational interventions for nocturnal enuresis in children. *Cochrane Database of Systematic Reviews* 2004, Issue 1. Art. No.: CD004668. DOI: 10.1002/14651858.CD004668

9. Glazener CMA, Evans JHC, Peto RE. Drugs for nocturnal enuresis in children (other than desmopressin and tricyclics). *Cochrane Database of Systematic Reviews* 2000, Issue 3. Art. No.: CD002238. DOI: 10.1002/14651858.CD002238

Linee guida sulla terapia del cancro prostatico localizzato

Le nuove linee guida americane sul cancro prostatico localizzato sottolineano le molte incertezze che ancora circondano la terapia.

L'American Urological Association (AUA) ha recentemente aggiornato le sue linee guida sul trattamento del cancro prostatico localizzato. Viene riconosciuto che in mancanza di trial clinici randomizzati e controllati di paragone tra le varie opzioni terapeutiche le raccomandazioni sono dovute in gran parte al consenso tra esperti.

Prima di prendere in considerazione qualsiasi opzione le linee guida consigliano di stratificare il rischio del paziente e di valutare l'aspettativa di vita e le eventuali comorbidità presenti.

La stratificazione del rischio

La stratificazione del rischio avviene sulla base di tre parametri: i valori del PSA, lo score di Gleason e lo stadio della malattia.

Lo stadio di malattia viene determinato secondo la seguente classificazione:

T1: tumore non palpabile

T1a: interessa la massimo il 5% del tessuto resecato tramite TUR

T1b: interessa più del 5% del tessuto resecato tramite TUR

T1c: tumore diagnosticato tramite agobiopsia

T2: tumore palpabile ma confinato alla prostata

T2a: esteso fino al 50% di un lobo

T2b: esteso a più del 50% di un lobo

T2c: esteso ad entrambi i lobi

T3: tumore esteso oltre la prostata

T3a: estensione extracapsulare unilaterale

T3b: estensione extracapsula bilaterale

T3c: interessamento delle vescicole seminali

T4: tumore palpabile, fisso o che invade le strutture adiacenti

Paziente a basso rischio

E' definito a basso rischio il paziente con PSA fino a 10, Gleason inferiore a 7 e stadio T1c o T2a.

Le opzioni terapeutiche sono rappresentate da: sorveglianza attiva, radioterapia (interna o esterna), prostatectomia radicale. Non è possibile dire quale sia la scelta preferibile, ogni trattamento può aggravare, migliorare o aver impatto nullo sulla salute del paziente.

Informare il paziente che due RCT hanno dimostrato che la radioterapia ad alte dosi può diminuire il rischio di recidiva neoplastica e che un RCT ha dimostrato che la prostatectomia può aumentare la sopravvivenza e ridurre il rischio di recidiva rispetto alla vigile attesa.

Paziente a rischio intermedio
PSA 10-20, Gleason 7, T2b

Anche in questo caso le opzioni sono la sorveglianza attiva, la radioterapia interna o esterna e la prostatectomia.

Informare il paziente che un RCT ha dimostrato che, dopo la radioterapia, la terapia ormonale neoadiuvante e proseguita poi per 6 mesi può aumentare la sopravvivenza, due RCT hanno dimostrato che la radioterapia ad alte dosi può diminuire il rischio di recidiva neoplastica e che un RCT ha dimostrato che la prostatectomia può aumentare la sopravvivenza e ridurre il rischio di recidiva rispetto alla vigile attesa.

Paziente ad alto rischio

PSA > 20, Gleason 8-12 o T2c

Sorveglianza attiva, radioterapia (interna o esterna), prostatectomia radicale sono ancora una volta le scelte disponibili. Qualsiasi sia la scelta il rischio di recidiva neoplastica è in questi pazienti elevato.

Informare il paziente che un RCT ha dimostrato che la prostatectomia può migliorare la sopravvivenza e ridurre il rischio di recidiva rispetto alla sorveglianza attiva e che un RCT ha dimostrato che la terapia ormonale neoadiuvante e adjuvante può prolungare la sopravvivenza nei soggetti trattati con radioterapia.

Fonte:

Thompson I et al. Guideline for the management of clinically localized prostate cancer: 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>

update. *J Urol* 2007;177:2106-31. Disponibili al sito: http://www.auanet.org/guidelines/main_reports/proscan07/content.pdf (accesso del 28 dicembre 2007)

Commento di Renato Rossi

Queste linee guida formalizzano le incertezze che ancora circondano il trattamento ottimale del cancro prostatico localizzato.

Vi è da notare anzitutto che, sebbene le linee guida offrano un sistema molto semplice per stratificare il rischio evolutivo in base a tre soli parametri, purtroppo la pratica clinica non raramente si scontra con le difficoltà insite nella stadiazione stessa. Di solito per la stadiazione pre-operatoria si ricorre alla TAC o alla RMN della pelvi, tuttavia non vi è la certezza che, qualsiasi tecnica di imaging venga usata, si riesca a determinare accuratamente l'estensione del tumore e non è raro trovare al tavolo operatorio una neoplasia più estesa di quanto si ritenesse in base agli esami preliminari.

La scintigrafia ossea viene consigliata negli stadi T3 e T4 oppure se il paziente ha valori molto elevati di PSA (> 20) o se ha dolori ossei.

La criticità maggiore si incontra però quando si deve scegliere il trattamento. In genere attualmente la diagnosi di cancro prostatico viene effettuata in pazienti asintomatici in seguito al dosaggio del PSA. Al momento però non sono disponibili dati derivanti da RCT che abbiano paragonato le varie scelte terapeutiche nei pazienti a cui il tumore sia stato diagnosticato mediante screening. Da qui le incertezze evidenziate dalle linee guida. Nella scelta si dovrà tener conto di vari fattori. Per prima cosa l'aspettativa di vita del paziente e la presenza o meno di patologie concomitanti. Nei soggetti più giovani e in buona salute si preferisce consigliare l'intervento di prostatectomia. Esistono però evidenze limitate che la prostatectomia prolunghi la sopravvivenza rispetto alla vigile attesa o alla radioterapia [1,2]. Anche l'età a cui si pone il cut-off per l'intervento non è ben stabilita per cui la chirurgia potreb-

be essere proposta anche a pazienti con più di 70 anni purchè in buone condizioni generali. Anche a questo riguardo tuttavia le evidenze sono limitate e soprattutto solo di tipo osservazionale [3]. Un altro aspetto da considerare sono le preferenze del paziente. Affinchè però la sua sia una scelta consapevole bisogna che il medico fornisca tutte le informazioni essenziali, sia sulle incertezze degli esiti con le varie opzioni, sia sui possibili effetti collaterali e sulle conseguenze che ogni scelta inevitabilmente comporterà. In futuro, quando saranno disponibili i risultati dei trials in corso, queste raccomandazioni potrebbero cambiare anche radicalmente ma per ora non è possibile andare oltre.

Referenze

1. <http://www.pillole.org/public/aspnuke/news.asp?id=1743>
2. <http://www.pillole.org/public/aspnuke/news.asp?id=3620>
3. <http://www.pillole.org/public/aspnuke/news.asp?id=2971>

Possibile utilizzo improprio degli antidepressivi nelle sindromi ansiose

Benche' l' indicazione principale degli antidepressivi siano appunto la depressione maggiore ed il disturbo bipolare, sembra che la concomitante presenza di sindrome ansiosa costituisca un incentivo alla prescrizione di questi farmaci, per il medico.

Gli antidepressivi vengono impiegati sia per il trattamento del disturbo bipolare che per la depressione maggiore e che la presenza contemporanea di ansia influisce in misura importante sull'aumento dell'utilizzo di questi farmaci.

In Canada e' stato effettuato nel 2002 un esteso sondaggio epidemiologico sulla salute mentale della popolazione. Lo studio e' stato effettuato dall'Agenzia nazionale di statistica del Canada e pubblicato nel Canadian Community Health Survey on Mental Health and Well-Being (CCHS 1.2).

Lo studio era strutturato in una serie di interviste dirette o telefoniche con oltre 48.000 soggetti (35.000 dei quali ritenuti

ideali allo studio, e divisi in sottogruppi a seconda della patologia da cui risultavano affetti: soggetti con disturbo bipolare con o senza ansia, con depressione maggiore con o senza ansia, soggetti con ansia e soggetti senza nessuna di queste patologie; venivano presi in considerazione una serie di fattori confondenti) e includeva items che indagavano sulla presenza di disturbi dell'umore, di ansia, e sul correlato utilizzo di farmaci.

Veniva indagata la presenza di disturbo bipolare mediante i criteri del WMH-CIDI; la presenza di disturbo depressivo maggiore o ansia veniva valutata tramite il DMS-IV).

Nel confronto fra l'impiego di antidepressivi in soggetti con disturbo bipolare e in soggetti con depressione maggiore, non si rilevava, tenendo conto dei fattori concomitanti, una differenza significativa; si rilevava però che la presenza contemporanea di ansia faceva aumentare l'impiego di antidepressivi in entrambi i disturbi dell'umore.

Incrementavano l' impiego di antidepressivi anche il sesso femminile, l'età avanzata, precedenti episodi di stress psicologici, precedente recente episodio di depressione, impiego di sedativi/ipnotici e di antipsicotici negli ultimi 12 mesi.

Riveste particolare interesse il fatto che i farmaci antidepressivi vengano indistintamente prescritti a soggetti con disturbo bipolare e a soggetti con depressione maggiore, e che la presenza concomitante di ansia sia uno dei motivi principali che induce i medici a prescrivere tali farmaci in questo target di pazienti.

Va tenuto presente che gli antidepressivi sono effettivamente raccomandati per il trattamento dei sintomi depressivi e dell'ansia in pazienti affetti da disturbo depressivo maggiore, ma il loro impiego nella terapia di queste condizioni nell'ambito di un disturbo bipolare richiede particolare cautela in quanto, in presenza di una depressione bipolare

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>

possono scatenare una fase maniacale. Benche' questo rischio sia ben noto, sembra tuttavia che i medici continuino

ad utilizzare tali farmaci, quasi sempre in monoterapia, anche in questi pazienti, e che siano indotti a farlo dal

riscontro di elevata presenza di ansia. L' ansia del paziente, insomma, condiziona pesantemente la prescrizione

Celiachia: quanto è comune in medicina di base?

Secondo uno studio prospettico di coorte la celiachia sarebbe una condizione relativamente comune nella popolazione che frequenta gli ambulatori dei medici di Medicina Generale.

In questo studio prospettico di coorte sono stati selezionati tutti i pazienti che afferivano a medici di Medicina Generale e che lamentavano disturbi di tipo digestivo oppure avevano una comorbidità che si conosce essere spesso associata alla celiachia (anamnesi positiva per celiachia, anemia, dolore addominale ricorrente o gonfiore addominale, colon irritabile, diarrea cronica, fatica cronica, malattie autoimmuni). A questi pazienti venne chiesto se erano disposti a partecipare allo studio, che prevedeva la compilazione di un questionario dettagliato e l'esecuzione di un esame ematico per lo screening della celiachia. Su 2.568 pazienti a cui venne chiesto di partecipare il 33% non aveva nessun sintomo che potesse far sospettare una

celiachia, il 3% rifiutò di compilare il questionario e il 26% rifiutò l'accertamento di laboratorio.

Ai rimanenti 976 pazienti furono dosati gli anticorpi anti-transglutaminasi IgA. Si trovò un titolo elevato in 30 pazienti; a questi vennero dosati gli anticorpi IgA anti-endomisio, che risultò alterato in 22 casi.

Di questi ultimi, 15 si sottoposero a biopsia digiunale e 17 adottarono una dieta priva di glutine.

In conclusione la celiachia venne diagnosticata ogni 11,6 casi per mille visite. Gli autori concludono che la celiachia, nella popolazione generale, è molto più frequente di quanto non si creda comunemente.

Fonte:

Catassi C et al. Detection of celiac disease in primary care: a multicenter case-finding study in North America. *Am J Gastroenterol* 2007;102:1454-1460.

Commento di Renato Rossi

La celiachia comporta spesso sintomi di tipo gastrointestinale interpretati come di origine funzionale o etichettati come dovuti ad un colon irritabile. La malattia inoltre è associata ad un aumentato rischio di anemia, ipertransaminasemia, linfoma ed osteoporosi. Tuttavia rimane largamente sottodiagnosticata.

In questo studio di tipo osservazionale si suggerisce che si tratta di una condizione relativamente comune e probabilmente più frequente di quanto non si ritenga: in pratica si può calcolare che, in un ambulatorio di Medicina Generale, ci sia un caso di celiachia ogni 100 consultazioni. I sintomi e i segni che dovrebbero indirizzare verso un approfondimento diagnostico sono ovviamente quelli di tipo gastrointestinale persistenti (soprattutto il gonfiore addominale e la diarrea cronica), ma anche la fatica cronica e le tireopatie.

Medico e informatica: come sfruttare al meglio un archivio

Grazie al PC e ad Internet anche il medico più isolato può costruirsi un archivio di articoli, linee guida e di lavori di interesse medico, ma diventa indispensabile un metodo che permetta di trovare velocemente il materiale che interessa.

Il computer è diventato ormai un bene insostituibile, per la casa, gli hobbies e soprattutto per il lavoro. Ci finisce tutto dalle spese della casa, foto, files musicali fino a documenti che riguardano il nostro lavoro.

Come medici archiviamo articoli o intere annate delle più prestigiose riviste internazionali.

Il problema sorge quando andiamo alla ricerca di informazioni che teniamo gelosamente conservate nel nostro PC affidandoci alla memoria per trovare l'articolo che abbiamo archiviato.

Un sistema per recuperare facilmente e in breve tempo quello che ci serve è di usare un desktop search. Sono programmi che creano una indicizzazione dei files e cartelle che vogliamo o addirittura dell'intero hard disk memorizzando tutte le parole contenute nei files. Quindi non solo il titolo ma anche l'intero file in qualunque formato, pdf, word, mp3 ecc. Questo processo iniziale è indispensabile e richiede tempo. Una volta fatta l'indicizzazione è possibile inserire parole chiavi, frasi e usare termini booleani per limitare la ricerca rendendola più mirata.

In sostanza si comportano come dei veri motori di ricerca anche in presenza di reti.

Ne esistono parecchi, a pagamento e gratuiti. Non è mia intenzione illustrare i pro e contro di ogni singolo programma.

Potete fare una ricerca su google mettendo come termini di ricerca desktop search comparison.

Tra i programmi a pagamento ho provato archivarius 3000 (45 dollari) molto potente e performante che offre la possibilità di fare ricerche incrociate con i termini booleani evidenziando nel testo le parole cercate e la possibilità di aprire il documento in formato originale.

Tra i programmi freeware (gratuiti) ci sono il capostipite della serie Google desktop search, ma anche Super Finder, DK Finder e Filehand search, gratis dopo registrazione.

Quello però che uso io, ma solo per abitudine, è Copernic desktop search.

E' considerato tra i migliori ed offre tutte le potenzialità di questo tipo di programmi. E' free. Si rimanda ai singoli manuali d'uso per le caratteristiche anche se la miglior cosa

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>

da fare è provarli.
 Dove trovarli:
 Google desktop:
<http://desktop.google.com>
 Super Finder:
<http://fsl.sytes.net/download.html>
 DK Finder:
<http://www.dkellner.hu/freeware/finder>
 Filehand search:

<http://www.filehand.com>
 Archivarius 3000:
<http://www.likasoft.com/it/document-search/index.shtml>
 Copernic desktop search:
<http://www.copernic.com/en/products/desktop-search/index.html>
 Una panoramica
http://en.wikipedia.org/wiki/Desktop_se

arch
 Confronti:
http://www.kalio.info/Desktop_Search_Comparison
http://www.kalio.info/Desktop_Search_Comparison
<http://www.goebelgroup.com/desktopmatrix.htm>

Nuove linee guida sulla demenza

Le nuove linee guida per il trattamento della demenza riconoscono che i farmaci sono modestamente efficaci in una percentuale di pazienti (30-40%) e costituiscono quindi solo una risposta parziale.

L'American Psychiatric Association (APA) ha pubblicato, come supplemento al numero di dicembre 2007 dell' *American Journal of Psychiatry*, le nuove linee guida sulla demenza, aggiornando le vecchie che risalivano al 1997. Di seguito i punti principali passati in rassegna.

1) Trattamento farmacologico

La FDA ha attualmente approvato 3 inibitori della colinesterasi (galantamina, donepezil, rivastigmina) e la memantina (un antagonista non competitivo di N-metil-D-aspartato). I tre inibitori della colinesterasi sono approvati per le forme lievi e moderate di Alzheimer e il donepezil anche per le forme gravi. La memantina è stata approvata per le forme moderate e severe. Le linee guida ricordano però che tutti questi farmaci hanno degli effetti collaterali mentre gli studi clinici hanno mostrato che possono portare a benefici modesti solo nel 30-40% dei pazienti. La vitamina E non deve essere usata per trattare la demenza e, ad alte dosi, potrebbe essere pericolosa.

2) Trattamento della depressione

Il trattamento farmacologico della depressione nei pazienti con Alzheimer si è dimostrato superiore al placebo.

3) Educazione e aiuto ai caregivers

Le linee guida richiamano l'attenzione sulla necessità di fornire a chi si prende cura del paziente un supporto sia di tipo informativo che educativo ed emozionale. Questo approccio può portare a benefici sia per i caregivers stessi che per i

pazienti.

4) Trattamento dei sintomi psicotici

Le allucinazioni, l'agitazione, il comportamento aggressivo dovrebbero essere trattati, se possibile, con misure non farmacologiche e si dovrebbe limitare l'uso degli antipsicotici perché le evidenze disponibili suggeriscono un aumento della mortalità associato sia ai neurolettici atipici che a quelli tradizionali. Questi farmaci dovrebbero essere usati solo se realmente necessari e sospesi se non si dimostrano efficaci.

5) Terapia non farmacologica

Anche se ci sono pochi studi randomizzati e controllati in merito, la terapia ricreativa, la socializzazione, la terapia musicale, la pet therapy ed altre terapie comportamentali possono migliorare il comportamento e l'umore di alcuni pazienti.

Fonte:

Rabins PV et al. Practice Guideline for the Treatment of Patients With Alzheimer's Disease and Other Dementias. *Am J Psychiatry* 164: A48. Dec. 2007.
<http://ajp.psychiatryonline.org/cgi/data/164/12/A48/DC2/1>

Commento di Renato Rossi

Anche se queste linee guida non dicono nulla di sostanzialmente nuovo, almeno per chi segue, anche distrattamente, la letteratura scientifica, meritano di essere recensite perché sottolineano alcuni punti importanti.

Anzitutto ridimensionano l'efficacia dei farmaci per la demenza riconoscendo che i benefici ottenuti sono modesti e solo in alcuni pazienti (in media, secondo i dati degli studi, nel 30-40% dei casi). Oltre a questo sono anche molto

costosi. In Italia il loro uso a carico del SSN è possibile solo in presenza di un Piano Terapeutico stilato da una Unità Valutativa specialistica, periodicamente rinnovabile.

D'altra parte per il trattamento della demenza l'esame della letteratura aiuta relativamente poco, come ammettono le linee guida dell'American College of Physicians e dell'American Academy of Family Physicians: anche se molti trials mostrano un miglioramento statisticamente significativo in alcuni parametri della funzione cognitiva, molti di questi miglioramenti non sono importanti dal punto di vista clinico.

Inoltre non vi sono evidenze per dire se un trattamento (uno degli inibitori della colinesterasi o la memantina) sia da preferire ad un altro.

Insomma: le attuali prove di letteratura non giustificano l'uso indiscriminato di questi farmaci per tutti i malati con demenza, la scelta dovrebbe tener conto della tollerabilità, della facilità d'uso e del costo a fronte di un'efficacia clinicamente spesso non entusiasmante [1,2]. Purtroppo bisogna prendere atto che, per ora, non abbiamo la pallottola magica che possa trattare farmacologicamente questa tremenda patologia neuropsichiatrica.

In secondo luogo le linee guida recensite in questa pillola limitano l'uso di antipsicotici (sia tipici che atipici) e privilegiano la terapia non farmacologica nei disturbi di tipo psicotico che spesso complicano l'evoluzione della demenza. Gli antipsicotici dovrebbero essere usati solo se strettamente necessari e comunque sospesi se non si dimostrano efficaci.

In effetti l'esperienza pratica con l'uso di questi farmaci è molto variabile: in alcuni casi si assiste a dei miglioramenti comportamentali ma spesso a distanza 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>

poco tempo i sintomi psicotici ricompaiono.

Purtroppo i malati dementi determinano un elevato livello di stress per chi si prende cura di loro, soprattutto se si tratta di familiari e il paziente viene gestito a domicilio.

Le linee guida riconoscono che, oltre alla cura del malato, è importante fornire supporto materiale e psicologico ai caregivers perchè questo può tradursi in un

miglioramento delle cure e anche in benefici per il paziente stesso. Il problema però, a questo punto, non è più solo medico, ma diventa di tipo assistenziale, politico ed anche economico.

Referenze

1. Qaseem A et al. Current Pharmacologic Treatment of Dementia: A Clinical Practice Guideline from the American College of Physicians and the American

Academy of Family Physicians
Ann Intern Med 2008 Mar 4; 148:370-378

2. Raina P et al. Effectiveness of Cholinesterase Inhibitors and Memantine for Treating Dementia: Evidence Review for a Clinical Practice Guideline. Ann Intern Med 2008 Mar 4; 148: 379-397

Paracetamolo ai bambini piccoli aumenta il rischio di asma?

L'uso di paracetamolo nel primo anno di vita risulta associato ad un rischio di asma, rinite e eczema a 6-7 anni.

Per valutare se l'esposizione al paracetamolo nel primo anno di vita per la cura della febbre fosse correlata all'insorgenza di disturbi respiratori a 6-7 anni sono stati valutati 205487 bambini di 6-7 anni di età da 73 centri in 31 paesi.

All'analisi multivariata l'uso di paracetamolo per il controllo della febbre nel

primo anno di vita è risultato associato con un rischio incrementato (rispetto al non uso) di sintomi asmatici all'età di 6-7 anni (OR 1,46). L'uso attuale del paracetamolo è risultato associato, in modo dose dipendente, con un aumento del rischio di insorgenza di sintomi asmatici (1,61 e 3,23 per l'uso di dosi medio-elevate vs il non uso, rispettivamente).

L'uso di paracetamolo, sia nel primo anno che a 6-7 anni, è risultato inoltre associato con un aumento del rischio di

sintomi rinocongiuntiviti e di eczema.

Conclusioni

Gli Autori concludono che l'uso di paracetamolo nel primo anno di vita ed anche nell'infanzia, è associato con un aumento del rischio di asma, rinocongiuntivite ed eczema all'età di 6-7 anni.

Riferimento bibliografico

1) The Lancet 2008; 372:1039-1048

Criteri di uso delle insuline a lunga durata d'azione

Gli analoghi dell'insulina a lunga durata d'azione glargine e detemir non si sono, finora, dimostrati superiori all'insulina NPH per quanto riguarda i livelli di glicemoglobina, ma provocano episodi ipoglicemici in misura minore.

Questa revisione Cochrane si è proposta di confrontare gli analoghi dell'insulina a lunga durata d'azione (insulina glargine ed insulina detemir) con l'insulina isofano (o NPH).

Sono stati inclusi nella revisione solo RCT, della durata minima di 24 settimane, effettuati in adulti affetti da diabete tipo 2. Sei RCT hanno paragonato insulina glargine con insulina NPH e due insulina detemir con insulina NPH. In totale di tratta di 1715 pazienti trattati con insulina glargine e 578 con insulina detemir. La durata degli RCT andava da 24 a 52 settimane. I livelli di glicemoglobina e gli effetti avversi non differivano in modo statisticamente significativo tra i vari gruppi. Gli episodi ipoglicemici sintomatici e notturni risultarono

statisticamente minori nei pazienti trattati con gli analoghi.

Non ci sono evidenze per quanto riguarda end-point importanti come la mortalità, la morbilità e la qualità di vita.

Gli autori concludono che i benefici, peraltro di piccola entità, derivanti dall'uso degli analoghi si limitano ad un minor numero di ipoglicemie notturne sintomatiche. Si suggerisce pertanto un uso prudente di questi farmaci in attesa di dati sulla sicurezza ed efficacia a lungo termine.

Fonte:

Horvath K et al. Long-acting insulin analogues versus NPH insulin (human isophane insulin) for type 2 diabetes mellitus. Cochrane Database Syst Rev. 2007;18(2):CD005613.

Commento di Renato Rossi

Da quando si sono resi disponibili nel mercato gli analoghi dell'insulina si è assistito ad un progressivo aumento del loro uso in sostituzione dell'insulina

tradizionale, a costi economici crescenti. Ma questi nuovi preparati (per la cui prescrizione a carico del SSN è necessario il Piano Terapeutico) sono da preferire ed è quindi giustificato uno switch indiscriminato?

Per rispondere alla domanda è necessario valutare i punti che seguono.

Efficacia su end-point clinici importanti
Non sono al momento disponibili dati che dimostrino una maggior efficacia degli analoghi a lunga durata rispetto all'insulina tradizionale. Sebbene le linee guida consiglino un controllo ottimale dell'equilibrio metabolico, gli studi (in primis il citatissimo UKPDS) non hanno mai dimostrato che questo approccio riduca gli eventi cardiovascolari e la mortalità ed anche la tanto sbandierata riduzione delle complicanze microangiopatiche è perlomeno dubbia.

Efficacia sul controllo metabolico
Gli analoghi a lunga durata d'azione non si sono dimostrati più efficaci dell'insu-

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>

lina NPH a controllare i livelli di glicemoglobina che, attualmente, viene considerata il parametro di riferimento per giudicare se si è ottenuto un buon controllo metabolico. Giova ricordare inoltre che esistono attualmente dubbi derivanti dall' interruzione precoce dello studio ACCORD (sul quale Pillole.org ha ampiamente riferito) sulla opportunità di arrivare a valori di HbA1c vicini a quelli normali.

Riduzione degli episodi ipoglicemici
Per questo end-point gli analoghi a lunga durata d'azione si sono dimostrati

preferibili all'insulina NPH, tuttavia gli autori della revisione Cochrane ribadiscono che il beneficio, se mai ve n'è, è minimo, anche perchè negli studi esaminati gli episodi di ipoglicemia furono pochi e la definizione stessa di ipoglicemia variava, per cui non si possono escludere potenziali bias.

Se questi sono attualmente i dati a disposizione, quali possono essere le conclusioni? E' giustificato il passaggio indiscriminato agli analoghi a scapito dell'insulina tradizionale? Probabilmente no, almeno finchè non saranno disponi-

bili risultati a più lungo termine. Per il momento ci sentiamo di condividere la raccomandazione di usarli soprattutto nei diabetici che, con l'insulina tradizionale, vanno frequentemente incontro ad episodi di ipoglicemia, specialmente notturni e sintomatici [1]

Referenze

1. Drug and Therapeutics Bulletin, Edizione italiana. 2004:77-80

Cistiti in menopausa: estrogeni o no ?

Capita spesso di confrontarsi con una paziente in menopausa e cistiti ricorrenti. In un anno circa il 10% delle donne in menopausa ha un episodio di cistite e il 5% di queste ha una recidiva. Per definire ricorrente la cistite sono necessari almeno 3 episodi in un anno o 2 in 6 mesi. Spesso l'obiettività vaginale dimostra un prolasso pelvico, l'esame clinico – strumentale un residuo postminzionale e/o incontinenza urinaria. La correzione di un difetto anatomico predisponente può prevenire o addirittura risolvere la cistite ricorrente. Si possono percorrere in alternativa o contestualmente altre misure preventive. La profilassi antibiotica continuata per 6 – 12 mesi è per esempio efficace ma associata a significative complicanze [1].

E' stato dimostrato che la somministrazione di estrogeni riduce il pH vaginale e ripristina la colonizzazione vaginale da parte del Lactobacillus [2]. E' stato ipotizzato che questi effetti possano costituire una barriera contro i germi gram negativi che sono i principali responsa-

bili delle infezioni urinarie. La revisione degli studi clinici randomizzati ha evidenziato che 1) la terapia sostitutiva orale non riduce il rischio di infezioni (4 studi, 2798 donne: RR 1.08, 95% IC 0.88 - 1.33) 2) la terapia locale con estrogeni versus placebo riduce il rischio di infezioni (2 studi 201 donne: RR 0.25 95% CI 0.13 to 0.50 e RR 0.64 95% CI 0.47 to 0.86) 3) non è possibile definire la terapia con estrogeni locali superiore o inferiore alla terapia antibiotica, uno studio randomizzato dimostra la superiorità della crema vaginale versus la antibiotico-terapia e un altro la superiorità degli antibiotici sul pessario vaginale. In conclusione, esistono evidenze molto significative che la terapia sostitutiva orale non abbia un effetto preventivo nei confronti delle cistiti ricorrenti nella donna in menopausa. Sembra invece che la terapia locale abbia un significativo preventivo ma il numero di pazienti su cui si fonda questa evidenza è tutto sommato limitato. Non è possibile stabilire se è meglio la profilassi antibiotica o con estrogeni locali.

Probabilmente utilizzate insieme dovrebbero dare risultati significativi ma non esistono studi a questo riguardo.

Perrotta C, Aznar M, Mejia R, Albert X, Ng CW. Oestrogens for preventing recurrent urinary tract infection in postmenopausal women. Cochrane Database Syst Rev. 2008 Apr 16;(2):CD005131.

Bibliografia

1) Albert X, Huertas I, Pereiró II, Sanfeliu J, Gosalbes V, Perrotta C. Antibiotics for preventing recurrent urinary tract infection in non-pregnant women. Cochrane Database Syst Rev. 2004;y

2) Suckling J, Lethaby A, Kennedy R. Local oestrogen for vaginal atrophy in postmenopausal women. Cochrane Database Syst Rev. 2006 Oct 18;(3):CD001209.

(4):CD001500.

(Da Rocchetta UroMagazine n. 17-/2008–

Per gentile concessione di AURO.IT Associazione Urologi Italiani)

Prostatectomia laparoscopica o open, è veramente uguale?

La prostatectomia radicale laparoscopica (PRL) o robotica è una tecnica emergente che promette a fronte di una ridotta invasività chirurgica un rapido recupero postoperatorio e un controllo oncologico sovrapponibile alla prostatectomia radicale open (PRO)

Sono state pubblicate serie chirurgiche comparative con numeri di pazienti consistenti e follow up ragionevolmente lunghi che hanno evidenziato l'equivalenza o addirittura la superiorità della laparoscopia nei confronti della chirurgia open [1,2,3]. Purtroppo una analisi critica della letteratura dimostra

che siamo ancora lontani da poter trarre delle conclusioni definitive[4]

Il gruppo del MSK ha pubblicato i risultati di uno studio osservazione prospettico (livello di evidenza IIa) di ottima qualità. Dal 2003 al 2005 1430 pazienti consecutivi con cancro alla prostata cli-

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>

nicamente organo confinato sono stati sottoposti a PRL, 42.5%, o PRO, 57.5%. L'approccio chirurgico è stato scelto dal paziente. Gli operatori sono stati in tutto 4, tutti di massima esperienza, 2 per la tecnica open e 2 per la tecnica laparoscopica. La stadiazione preoperatoria, l'esame patologico e il follow up sono stati eseguiti in modo completamente sovrapponibile. La probabilità mediana di neoplasia patologicamente organo confinata era del 63% per gli operati in laparoscopia e del 55% per gli operati in open che quindi avevano caratteristiche cliniche leggermente peggiori. Il tasso di margini chirurgici, il numero mediano di linfonodi prelevati, la proporzione di pazienti con estensione extracapsulare o invasione delle vescicole seminali o metastasi nodali era del tutto comparabile nei 2 gruppi di pazienti. Il tasso di recidiva biochimica a un follow up mediano di 18 mesi è praticamente identico (HR 0.99 PRL vs PRO). Nessuna differenza esisteva in termini di tempo alla ripresa della potenza sessuale. I pazienti sottoposti a PRL avevano però una probabilità inferiore di recuperare completamente la continenza (HR 0.56 PRL vs PRO, CI 0.44, 0.7). La PRL era associata a minore perdita di sangue e a un tasso di trasfusioni decisamente minore

(3% vs 49%). Le complicanze cardiovascolari tromboemboliche e urinarie sono risultate comparibili mentre la percentuale di ricoveri urgenti al PS o in reparto erano significativamente più alte per la PRL rispettivamente 15% vs 11% e 4.6% vs 1.2%.

Di fatto questo studio, che è per il momento è quello con il livello di evidenza più alto, riporta un tasso di incontinenza maggiore per la PRL. Al di là di ogni spiegazione tecnica questa è la dimostrazione che siamo ancora lontani da poter considerare "veramente" uguali i due tipi di accesso chirurgici. Per il momento lo standard rimane la prostatectomia retropubica a cielo aperto.

Touijer K, Eastham JA, Secin FP, Romero Otero J, Serio A, Stasi J, Sanchez-Salas R, Vickers A, Reuter VE, Scardino PT, Guillonneau B. Comprehensive prospective comparative analysis of outcomes between open and laparoscopic radical prostatectomy conducted in 2003 to 2005. *J Urol.* 2008 May;179(5):1811-7;

Bibliografia

1) Roumeguere T, Bollens R, Vanden Bossche M, Rochet D, Bialek D, Hof-

fman P, Quackels T, Damoun A, Wespes E, Schulman CC, Zlotta AR. Radical prostatectomy: a prospective comparison of oncological and functional results between open and laparoscopic approaches. *World J Urol.* 2003 May;20(6):360-6

2) Rassweiler J, Seemann O, Schulze M, Teber D, Hatzinger M, Frede T. Laparoscopic versus open radical prostatectomy: a comparative study at a single institution. *J Urol.* 2003 May;169(5):1689-93.

3) Salomon L, Levrel O, Anastasiadis AG, Saint F, de La Taille A, Cicco A, Vordos D, Hoznek A, Chopin D, Abbou CC. Outcome and complications of radical prostatectomy in patients with PSA <10 ng/ml: comparison between the retropubic, perineal and laparoscopic approach. *Prostate Cancer Prostatic Dis.* 2002;5(4):285-90

4) Touijer K, Guillonneau B. Laparoscopic radical prostatectomy: a critical analysis of surgical quality. *Eur Urol.* 2006 Apr;49(4):625-32.

Da Rocchetta UroMagazine del 14/9/08
Per gentile concessione di AURO.IT—
Associazione Urologi Italiani

Le impronte digitali anche in Ospedale, parola di Garante!

Privacy: le impronte digitali garantiscono una maggiore sicurezza negli ospedali.

Il Garante per la protezione dei dati personali ha reso noto di aver autorizzato (con comunicato n. 311/2008) l'uso delle impronte digitali per controllare l'accesso dei dipendenti in alcune aree riservate di un Ospedale. Si tratta per ora solo di procedure di autenticazione di accesso ai servizi informatici e alle aree riservate. Questa misura tende a garantire essenzialmente maggiore sicu-

rezza in ambienti come gli Ospedali dove sono custoditi dati sensibili che richiedono una maggiore tutela della privacy. Con tali procedure l'Azienda intenderebbe garantire l'identificazione certa e univoca degli operatori che accedono ai sistemi informativi e ai database aziendali, nonché l'incolumità dei lavoratori e delle persone che affluiscono nelle aree a rischio. Per limitare i problemi connessi ad un uso improprio dei dati, il Garante ha precisato che le registrazioni degli accessi alle aree riservate

aziendali potranno essere conservate al massimo sei mesi, considerandosi questo il tempo utile per l'accertamento di violazioni ed eventuali usi impropri dei sistemi informativi; i dati riguardanti i semplici orari d'ingresso alle aree riservate potranno essere conservati per una durata non superiore a dieci giorni, tempo ritenuto idoneo per accertare eventuali accessi indebiti.

CP- Fonte Cataldi.it

Verifiche straordinarie sugli invalidi civili: i criteri di attuazione

E' stata stabilita da tempo, con modalità spesso modificate, la verifica delle condizioni di invalidità civile. Lo stato dell'arte in base alle più recenti disposizioni.

L'attività di verifica in oggetto è stata sottoposta nel tempo a numerose modifiche che ne hanno trasferito l'onere prima ai Comitati provinciali di assistenza e beneficenza pubblica, poi alle USL poi

ancora le funzioni accertative vennero trasferite alle Commissioni mediche presso il Ministero del Tesoro poi, con il trasferimento all'INPS delle funzioni residue allo Stato in materia di invali-

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>

dità civile, cecità civile, sordomutismo, handicap e disabilità, decretato dall'art. 10 della legge n. 248/2005 e attuato con il D.P.C.M. 30 marzo 2007, l'attività di verifica ordinaria e straordinaria relativa alla permanenza dei requisiti è rientrata nelle competenze dell'Istituto.

L'accertamento in merito alla permanenza dei requisiti sanitari viene attuato attraverso la Commissione Medica Superiore e le Commissioni Mediche di Verifica Provinciali. Gli accertamenti riguardanti i requisiti reddituali per il godimento delle provvidenze economiche, vengono effettuati generalmente attraverso controlli incrociati tra le informazioni contenute nel Casellario centrale dei pensionati e quelle afferenti alle banche dati dell'Agenzia delle Entrate.

Per quanto attiene invece alla verifica sulla permanenza dei requisiti sanitari, l'attività viene predisposta dalla Commissione Medica Superiore – CMS - di concerto con la Struttura centrale di Progetto Invalidità civile e la Direzione Centrale Prestazioni.

L'attività di verifica straordinaria viene svolta in base ad una programmazione annuale elaborata in rapporto alle risorse disponibili, all'analisi dei dati registrati nei "Data Base" dell'Istituto, e al "trend" dei riconoscimenti dell'invalidità civile a livello territoriale.

La Struttura centrale di Progetto Invalidità Civile, di concerto con la CMS e la Direzione Centrale Prestazioni, determina i criteri per l'estrazione a campione e l'individuazione dei soggetti che le CMVP dovranno sottoporre a verifica straordinaria nel corso dell'anno. Vengono poi valutati i risultati complessivi dell'attività di verifica straordinaria svolta, anche al fine di disporre di utili indicatori per la predisposizione delle successive programmazioni.

Possono essere comunque disposte ed eseguite dalla CMS o dalle CMVP da questa delegate, verifiche straordinarie non connesse alla programmazione annuale ma afferenti a singoli casi, per i quali si rilevi la necessità di verificare, magari in occasione di segnalazioni o in presenza di nuovi elementi, la permanenza del requisito sanitario determinante per la fruizione della provvidenza economica. Eventuali esigenze di verifi-

che straordinarie rilevate a livello locale dalle CMVP, dovranno essere segnalate alla CMS, per le opportune valutazioni e determinazioni.

La procedura di accertamento: In base alla legge 8 agosto 1996 n.425 la permanenza dei requisiti sanitari è accertata mediante visita diretta e relativo verbale redatto da medici appartenenti alla Commissione Medica Superiore o alle Commissioni Mediche di Verifica.

Gli invalidi sono chiamati a visita di verifica con lettera raccomandata inviata con congruo anticipo, nella quale va chiarito che i soggetti possono farsi assistere, nel corso della visita, da un medico di fiducia. Per gli invalidi che si trovino nell'impossibilità fisica di raggiungere la sede della verifica e presentino idonea documentazione medica, può essere disposta la visita domiciliare.

La visita domiciliare è disposta d'ufficio, senza far luogo al provvedimento di sospensione, nei riguardi dei soggetti ultrasessantenni, dei minori affetti da gravi patologie congenite (corrispondenti ad un grado di invalidità del 100%) e dei soggetti affetti da patologie irreversibili.

La composizione delle Commissioni per l'effettuazione delle verifiche straordinarie è stabilita dal Presidente della CMVP; per la CMS, dal Presidente.

Nell'ipotesi di comprovata difficoltà nel reperimento di medici nell'ambito della propria Commissione, il Presidente può incaricare medici appartenenti a Commissioni limitrofe, previa intesa con i rispettivi Presidenti. Non possono essere investiti dell'incarico di effettuare l'accertamento di verifica, i medici che hanno fatto parte di Commissioni che, a qualsiasi titolo, si siano pronunciate in ordine al riconoscimento dello stato di invalidità del soggetto o che lo abbiano avuto in cura o che si trovino, rispetto al singolo caso, in altre situazioni di incompatibilità.

In sede di verifica straordinaria, sono valutate le patologie riscontrate all'atto della visita, tenendo quindi conto di quelle insorte successivamente all'accertamento primario (D.L. 30 settembre 2003 n. 526) e con riferimento alle disposizioni di legge ed alle tabelle indicative delle percentuali di invalidità esistenti al momento della verifica straordinaria stessa.

Qualora le malattie invalidanti a suo tempo accertate o documentate siano giudicate aggravate, tale giudizio vale unicamente ai fini della verifica; l'interessato, se lo ritiene opportuno, può presentare domanda di aggravamento (alla ASL), con la consueta procedura.

Le verifiche straordinarie non permettono di riconoscere una percentuale di invalidità superiore a quella in precedenza determinata (art. 2 e 3 D.M. Tesoro del 20.09.89 n. 293).

Può essere richiesto alla ASL il verbale originario di concessione e la relativa documentazione sanitaria.

Al termine della visita di verifica, i medici redigono il relativo verbale, a cui dovranno essere allegati gli esiti degli ulteriori accertamenti sanitari eventualmente disposti, copia del provvedimento di concessione della provvidenza e il verbale originario che ha dato luogo alla concessione.

Il verbale dovrà inoltre contenere il giudizio medico-legale conclusivo afferente le patologie riscontrate in sede di verifica e il giudizio medico-legale di "conferma" o di "riforma" dello stato invalidante.

La conclusione dell'iter sanitario deve essere sempre approvato dalla CMS.

Il verbale definitivo va trasmesso sollecitamente alla struttura amministrativa di Sede: qualora non risulti confermata la permanenza dei requisiti sanitari, si procederà all'immediata adozione del provvedimento di sospensione dei pagamenti e alla successiva revoca.

Qualora invece risulti confermata la permanenza dei requisiti, il verbale dei medici è conservato agli atti della Commissione e una copia va trasmessa alla struttura amministrativa. Copia del verbale medesimo dovrà essere inviata al soggetto interessato, alla ASL ed alla CMS, che potrà riservarsi di richiedere ulteriori note o sintetiche relazioni sull'attività svolta.

Sono esonerati dalle visite di verifica, a norma dell'art. 6 comma 3, della legge 9 maggio 2006, n.80, i soggetti portatori di menomazioni o patologie stabilizzate o ingravescenti (inclusi quelli affetti da sindrome da talidomide), che abbiano ottenuto il riconoscimento dell'indennità di accompagnamento (elenco del D. M. 2 agosto 2007).

Allo scopo di evitare che tali soggetti

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>

vengano erroneamente sottoposti a verifica, occorre sottoporre ad esame preventivo i fascicoli degli invalidi.

Effetti della verifica. In base all' esito della visita si potrà verificare:

-Conferma delle condizioni invalidanti o loro aggravamento, con conseguente conferma (e mai aumento) delle provvidenze economiche.

-Riconoscimento di invalidità di misura inferiore a quanto riscontrato in precedenza: in questo caso le provvidenze economiche andranno rimodulate secondo il grado di invalidità riscontrato alla visita di controllo cercando, ove possibile, di assicurare l'erogazione del trattamento economico senza soluzioni di

continuità.

-Assenza di requisito sanitario che dia diritto a provvidenze economiche: l' INPS provvederà alla immediata sospensione del pagamento e al successivo provvedimento di revoca con decorrenza dalla data della verifica.

Verrà adottato il provvedimento di sospensione immediata delle erogazioni anche nel caso che l'invalido, convocato a visita medica di verifica, non si presenti senza giustificato motivo; questo può essere fornito entro 90 giorni dalla data del provvedimento di sospensione. Qualora le giustificazioni siano ritenute valide, sarà fissata una nuova data di visita medica; se però l'interessato non si presenta neppure a questa visita, verrà

adottato il provvedimento di revoca con decorrenza dalla data di sospensione.

I provvedimenti di sospensione dei pagamenti e la conseguente revoca andranno adottate anche nel caso in cui l'invalido non si sottoponga agli ulteriori accertamenti specialistici eventualmente disposti nel corso della procedura di verifica.

Il provvedimento di revoca deve essere adottato unicamente dalle competenti strutture amministrative delle Sedi Inps, anche nelle regioni in cui il potere concessorio sia affidato ad Enti diversi dall'Inps (ASL, Regioni, Comuni, Prefetture).

DZ— OP

Fonte: laprevidenza.it)

Quando si è giustificati se irreperibili alla visita di controllo?

Irreperibile alla visita di controllo? Possibile anche per motivi non urgenti (ma importanti)

La Cassazione ha respinto il ricorso dell'Inps che aveva trattenuto 500 euro a una lavoratrice risultata assente al controllo fiscale per un esame medico in quanto il rinvio della visita avrebbe comportato "il rischio di un rinvio molto lungo" a causa delle "ben note difficoltà del servizio sanitario"

Il lavoratore in malattia può allontanarsi da casa "per motivi seri anche se non urgenti, ha sancito la Corte di Cassazione (sent. 20080/2008).

Il caso specifico riguardava un'impiegata che "si era assentata alla visita di

controllo del medico fiscale per recarsi presso un centro diagnostico per effettuare un elettrocardiogramma".

L' INPS, avendola trovata assente in occasione di una visita di controllo, aveva operato una trattenuta di circa 500 euro, l'indennità di malattia pari a un periodo di dieci giorni. I giudici di merito (Corte d' Appello di Torino) avevano dato ragione alla paziente, per cui l' INPS è ricorsa in Cassazione.

La Cassazione ha però confermato la decisione della Corte d' appello, prendendo atto delle "ben note difficoltà in cui versa il servizio sanitario", per cui se si sposta una visita già fissata c'è il "rischio di un rinvio molto lungo", e ritenendogiustificata la violazione del-

l'obbligo di reperibilità.

"Per giustificare la violazione dell'obbligo di reperibilità in determinati orari – ha stabilito la Corte – non è richiesta l'assoluta indifferibilità della prestazione sanitaria da effettuare ma basta un serio e fondato motivo che giustifichi l'allontanamento da casa".

La Corte concludeva inoltre che la lavoratrice avesse l'obbligo di preventiva comunicazione all'organo di controllo della indifferibile assenza dal domicilio", dal momento che "la visita cardiologica è tale da giustificare l'assenza alla visita di controllo".

DZ—CP – fonte ADNCronos

Cassazione “severa”: il lavoratore addormentato va licenziato

Il lavoratore sorpreso a fare una "pennichella" durante l'orario di lavoro può essere legittimamente licenziato

Così ha stabilito la Corte di Cassazione (n. 20326/2008) nei riguardi di una guardia giurata trovata in due occasioni a dormire in auto con tanto di plaid per ripararsi dal freddo. La guardia giurata, nel suo ricorso in Cassazione aveva con-

testato la severità della sanzione per quello che sosteneva essere stato un semplice "colpo di sonno" dovuto anche al fatto che per il suo lavoro doveva

restare fermo in macchina per otto ore e al freddo.

La sanzione, chiarisce la Corte, non sarebbe applicabile per un semplice "colpo di sonno" ma lo è se viene riscontrato un profondo "assopimento", come nel

caso in oggetto in quanto il lavoratore è stato rinvenuto non semplicemente assopito ma profondamente addormentato.

Aggiungiamo poi la considerazione che le mansioni del lavoratore, in quel caso, comportavano un particolare impegno di vigilanza, per cui la violazione veniva ad essere particolarmente grave

DZ—OP

Cassazione “indulgente”: non si licenzia per semplice assenza immotivata

Non può essere licenziato il dipendente che si assenti dal lavoro, anche senza

giustificato motivo.

Può essere semmai sospeso dal servi-

zio. Cassazione (Sez. Lavoro, Sent. n. 7600/2008)

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'assenza ingiustificata dal lavoro non costituisce necessariamente giusta causa di licenziamento.

La Corte di Cassazione ha così confermato la sentenza dei giudici di merito che avevano annullato il licenziamento di un lavoratore assentatosi senza permesso dal posto di lavoro.

“L'interruzione della regolarità o continuità del servizio o l'abbandono volontario dello stesso è sanzionabile con la sospensione dal servizio con privazione della retribuzione da quattro a dieci giorni e che solo nel caso in cui il suddetto comportamento abbia comportato danni gravi per l'azienda o per i terzi è possibile procedere al licenziamento con preavviso, mentre deve sussistere un forte pregiudizio per l'ente o per i terzi, arrecato con comportamento doloso, perchè sia giustificato il licenziamento senza preavviso”.

ziamento senza preavviso”.

Nel caso in oggetto la società appellante non aveva provato l'esistenza, né l'entità del danno che sarebbe stato arrecato dal comportamento inadempiente tenuto dal proprio dipendente, per cui, in difetto di tale prova, era necessario adeguarsi alla fattispecie meno grave, punita solo con la sospensione. Il fatto che la violazione fosse stata commessa più volte doveva essere bilanciata dai buoni precedenti lavorativi, anch'essi suscettibili di valutazione.

Il fatto che il licenziamento per giusta causa fosse incluso nel contratto collettivo di lavoro – ha stabilito la Corte – non vincola il giudice, e resta comunque salva l'ipotesi in cui il trattamento contrattuale sia più favorevole al lavoro-

ratore, sicché deve escludersi che il datore di lavoro possa irrogare un licenziamento per giusta causa secondo la nozione ex art. 2119 cod. civ., qualora questo costituisca una sanzione più grave di quella prevista dal contratto collettivo rispetto ad una determinata infrazione.

L'accertamento della sussistenza, in concreto, della giusta causa deve essere compiuto dal giudice di merito determinando in primo luogo, con riferimento alla norma del contratto collettivo, l'astratta nozione tecnico-giuridica del motivo posto alla base del licenziamento, e valutando, quindi, la proporzionalità della sanzione adottata rispetto alla gravità del fatto in concreto addebitato”.

DZ—OP

In condizioni di emergenza e' lecito andare oltre le proprie mansioni

Un'ostetrica e' stata assolta per aver effettuato manovre a lei vietate in sala travaglio, perche' in condizioni di emergenza.

Un'ostetrica era stata chiamata ad intervenire in sala travaglio ma, essendosi resa conto di trovarsi di fronte ad un parto non fisiologico, aveva cercato di ottenere un immediato intervento dei ginecologi; non essendo riuscita nello scopo, e non potendo abbandonare la

partoriente a se' stessa, era intervenuta direttamente provocando pero' delle lesioni permanenti al neonato.

Va specificato che l'ostetrica non era abilitata, per legge, ad intervenire in queste situazioni.

La Cassazione, IV Pen. Sent. n. 13942-/2008, ha assolto l'ostetrica affermando che non può ravvisarsi alcuna colpa da parte dell'agente nel caso in cui abbia svolto attività non specializzata, pur non avendo la necessaria specializzazione,

qualora si trovi “in condizioni di urgenza indifferibile”.

E' noto che l'art. 54 C.P. esclude la punibilita' per chi abbia agito in condizioni di necessita' per aver dovuto evitare danni gravi a se' o a terzi. E' semmai da meravigliarsi che, per il riconoscimento di tale condizione si sia dovuto arrivare alla Cassazione...

DZ—CP

Se non controlla la protesi, l'odontoiatra deve risarcire

Costituisce grave violazione degli obblighi di diligenza professionale omettere periodici controlli delle protesi rimovibili, e costituisce danno risarcibile.

Un medico dentista aveva effettuato un impianto di protesi provvisoria ad un paziente, fissandola con cemento provvisorio e lasciandola in situ per oltre diciotto mesi.

La mancanza di periodici controlli programmati causarono infezione e infiammazione locale con sofferenza delle mucose e delle strutture periodontali.

La Cassazione ha ritenuto di individuare una responsabilita' professionale del

dentista in quanto la prestazione prestata aveva una chiara natura contrattuale, e il professionista era stato inadempiente violando gli obblighi del contratto.

Le prestazioni chirurgico odontoiatriche effettuate e necessarie sono state ritenute, in base alla perizia medica effettuata, routinarie e prive di particolare difficoltà, per cui perseguibili anche in caso di colpa lieve.

Tale colpa professionale si e' configurata sotto l'aspetto della negligenza, imperizia ed omissione di cautele e di cure delle protesi rimovibili.

La negligenza, per costante giurisprudenza, e' perseguibile anche per colpa lieve in quanto al professionista e' ri-

chiesta sempre attenzione e diligenza; solo l'imperizia e' sanzionabile, classicamente, nei casi di sola colpa grave, facendo riferimento ad un teorico livello medio di capacita'. In questo caso la Corte ha sanzionato la negligenza del professionista “medico dentista, anche in ordine alla precisa conoscenza delle condizioni di salute del paziente, che dovevano essere evidenziate in apposita cartella clinica”.

Vedasi Cass. 15 gennaio 2001 n. 499; Cass. 24 novembre 2003 n. 17781.

DZ—OP

Fonte: laprevidenza.it

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 settembre 2008

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

Circolare della Presidenza del Consiglio dei Ministri n. 7 del 17.07.08 (Gazzetta Ufficiale n. 209 del 06.09.08)

DECRETO-LEGGE N. 112 DEL 2008 - DISPOSIZIONI URGENTI PER LO SVILUPPO ECONOMICO, LA SEMPLIFICAZIONE, LA COMPETITIVITÀ, LA STABILIZZAZIONE DELLA FINANZA PUBBLICA E LA PEREQUAZIONE TRIBUTARIA, ARTICOLO 71 - ASSENZE DAL SERVIZIO DEI PUBBLICI DIPENDENTI

Con recenti provvedimenti sono state modificate le modalità con cui i dipendenti pubblici devono certificare le assenze per malattia (articolo 71 del decreto-legge 112/08, convertito e modificato dalla legge 133/08). Con questa circolare, a firma del Ministro per la pubblica amministrazione e l'innovazione, viene chiarito quali certificati medici le amministrazioni pubbliche siano autorizzate ad accettare. Il provvedimento si sofferma anche su come debbano essere redatti tali certificati (dalla certificazione dovrà risultare evidenza del rapporto con il Servizio sanitario nazionale del medico certificante).

Altri punti, di interesse non strettamente medico, toccati dalla circolare sono: trattamento economico del lavoratore in caso di malattia, obblighi del lavoratore in malattia (visite fiscali), incidenza delle assenze dal servizio ai fini della distribuzione dei fondi per la contrattazione collettiva, calcolo ad ore dei permessi retribuiti.

Decreto del Ministero del Lavoro della Salute e delle Politiche Sociali del 30.07.08 (Gazzetta Ufficiale n. 210 del 08.09.08)

DISPOSIZIONI URGENTI MODIFICATIVE DEL CODICE DELLA STRADA PER INCREMENTARE I LIVELLI DI SICUREZZA NELLA CIRCOLAZIONE

Questo provvedimento, non di diretto interesse medico specifico, riporta due tabelle che sicuramente, invece, rivestono interesse anche per il medico:

- la tabella 1 correla i livelli di alcolemia con i principali sintomi che può presentare il paziente, gli effetti progressivi e le abilità compromesse;
- la tabella 2 riporta le stime delle quantità di bevande alcoliche che determinano il superamento del tasso alcolemico legale (0,5 grammi/litro) per la guida in stato di ebbrezza.

Decreto del Ministero del Lavoro della Salute e delle Politiche Sociali del 30.06.08 (Gazzetta Ufficiale n. 217 del 16.09.08)

ELENCO DEI CENTRI AUTORIZZATI A PRATICARE LA VACCINAZIONE ANTIAMARILLICA

In seguito alla richiesta di alcune regioni viene estesa a nuovi centri l'autorizzazione a praticare la vaccinazione contro la febbre gialla.

Le regioni alle quali vengono riconosciuti nuovi centri sono: Friuli Venezia Giulia, Lazio, Marche, Molise, Puglia, Sardegna, Toscana e Umbria.

Allegato, l'elenco completo di tutti i centri aggiornato a questo provvedimento.

Le vertigini croniche

Le vertigini croniche sono un problema frequente che impegna il medico sia sul versante diagnostico che su quello terapeutico.

Dal 1998 al 2004 in un centro per la cura delle malattie dell'equilibrio sono stati reclutati 345 pazienti (età 15-89 anni, media 43 anni, 66,7% donne) che soffrivano da almeno 3 mesi di vertigini di incerta natura. I pazienti sono stati valutati in maniera multidimensionale finché è stato possibile giungere ad una diagnosi presuntiva.

Nel 59,7% dei casi si trovò la presenza

di un disturbo ansioso primitivo o secondario mentre nel 38,6% dei casi furono identificate delle patologie neurologiche (cefalea emicranica, lesioni cerebrali da lievi traumi cranici, disautonomie neuromediate), nell'1,7% dei casi erano presenti disritmie. In 4-5 pazienti con disritmia o emicrania era presente anche ansia. Le disritmie erano fibrillazione atriale o sindrome di Wolfe-Parkinson-White.

Fonte:
Arch Otolaryngol Head Neck Surg. 200-7 Feb;133:170-176.

Commento di Renato Rossi

I pazienti con sindrome vertiginosa costituiscono spesso una sfida per il medico. A parte i casi di forme acute in cui bisogna pensare ad una sindrome vertiginosa benigna di posizione oppure ad una causa otologica (per esempio una sindrome di Meniere) o neurologica (per esempio ictus), esiste tutta una gamma di vertigini ad andamento cronicizzante-ricorrente in cui il sintomo viene scatenato dal movimento oppure da stimoli oculari o da situazioni sociali (per esempio ambienti affollati). L'esame obiettivo

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>

è di solito povero e si impongono accertamenti diagnostici onde escludere una patologia otoiatricica o neurologica. Anche questi esami però, spesso, risultano negativi e allora si tende ad etichettare la vertigine come una espressione di ansia e/o depressione. Lo studio recensito in questa pillola evidenzia alcuni dati: la vertigine cronica è più spesso una patologia che colpisce il sesso femminile e in circa 6 pazienti su 10 vi è un disordine ansioso associato, vuoi primitivo, vuoi secondario. Se questo da un lato è la conferma di

quanto si ritrova o si sospetta nella pratica clinica, dall'altro non deve far passare inosservato il dato di una possibile causa neurologica (come per esempio un'emisfero o una sindrome post-traumatica cerebrale). Le cause cardiache in questa casistica sono risultate rare, ma vanno comunque sempre prese in considerazione. Rimane da stabilire, una volta evidenziata la possibile causa, quale possa essere il trattamento di questi pazienti, che si rivela spesso difficile e frustrante. In una pillola precedente [1] è stato recensito uno studio da cui si evince che

se i capogiri si manifestano associati ad altri segni o sintomi neurologici vi è un rischio elevato che si tratti di un ictus in evoluzione, mentre il capogiro isolato (cosa frequente in pazienti giovani) è di natura benigna e ci si può, nella maggior parte dei casi, astenere da accertamenti diagnostici.

1) <http://www.pillole.org/public/aspnuke/news.asp?id=2865>

AVVISO PER I MEDICI “IN RETE”

Nel corso del **III Congresso di Ippocrate** (segnalato in altra parte di questo giornale, verra' presentato il programma informatico

MMG-NET

Questo programma permette ai medici informatizzati e collegati in rete di interagire pur utilizzando programmi gestionali diversi tra loro.

Ciascun medico potra' mantenere il proprio programma gestionale ma utilizzare (mediante un collegamento ad ampia banda) il gestionale di un altro collega, anche se differente. Utile quindi anche in caso di sostituzione occasionale, anche se l' utilizzo primario e' quello dedicato ai medici che operano con condivisione dei pazienti.

Sono rispettate, ovviamente, tutte le disposizioni di legge sia per quanto riguarda la privacy che per aspetti diversi.

In occasione del Congresso verra' aperto un desktop che permettera' l' uso (sia in simulata che in collegamento autentico) del prodotto.

Per ulteriori informazioni:

<http://www.mmg-net.it/>

email: michelespena@mmg-net.it

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>