

# BOLLETTINO

## DELL'ORDINE PROVINCIALE DEI MEDICI-CHIRURGHI E DEGLI ODONTOIATRI DI SIENA

PUBBLICATO A CURA DELL'ORDINE DEI MEDICI DELLA PROV. DI SIENA

REDAZ. E AMMINISTRAZ. SIENA - Piazza F.B. Petrucci, 18 - tel. 0577 285163 - E-mail: segreteria@omceosiena.it

Il Bollettino è inviato gratuitamente ai Medici ed agli Odontoiatri della Provincia di Siena iscritti all'Albo ed agli Ordini dei Medici d'Italia.

Tutti i manoscritti e gli articoli, anche se non pubblicati, non vengono restituiti.

Dalla data di ricostituzione sono stati Presidenti di questo Ordine:

*Prof. Antonio D'Ormea*  
*Prof. Giuseppe Bianchini*  
*Prof. Franco Lenzi*  
*Dott. Mario Friscelli*  
*Prof. Aldo Rossolini*  
*Prof. Leonida Maccioni*  
*Dott. Mario Braconi*  
*Dott. Pasquale Macrì*

### CONSIGLIO DIRETTIVO

|                         |                          |
|-------------------------|--------------------------|
| Presidente:             | Dott. Fulvio De Pascalis |
| Vice presidente:        | Dott. Giovanni Carriero  |
| Segretario:             | Dott. Roberto Monaco     |
| Tesoriere:              | Dott. Antonio Bardi      |
| Consigliere             | Dott. Domenico Benevento |
| Consigliere Odontoiatra | Dott. Massimo Bernini    |
| Consigliere             | Dott. Natale Calomino    |
| Consigliere             | Dott. Giancarlo De Luca  |
| Consigliere             | Dott. Leonardo Donati    |
| Consigliere Odontoiatra | Dott. Roberto Fabbri     |
| Consigliere             | Dott. Roberto Falomi     |
| Consigliere             | Dott. Gemma Laschi       |
| Consigliere             | Dott. Jacopo Martellucci |
| Consigliere             | Dott. Carlo Marsiglietti |
| Consigliere             | Dott. Andrea Parri       |
| Consigliere             | Prof. Francesco Tani     |
| Consigliere             | Dott. Pierantonio Tosti  |

### COMMISSIONE DEGLI ODONTOIATRI

|            |                       |
|------------|-----------------------|
| Presidente | Dott. Massimo Bernini |
| Segretario | Dott. Paolo Vigni     |
| Componente | Dott. Roberto Fabbri  |
| Componente | Dott. Marco Mugnaini  |
| Componente | Dott. Massimo Pettini |

### COLLEGIO REVISORI DEI CONTI

|                    |                          |
|--------------------|--------------------------|
| Presidente         | Dott. Piero Paladini     |
| Revisore effettivo | Prof. Paolo Goretti      |
| Revisore effettivo | Dott. Alessandro Iadanza |
| Revisore supplente | Dott. Marco Melani       |

## SOMMARIO

### *CERIMONIA PER IL CENTENARIO DELL'ISTITUZIONE DEGLI ORDINI DEI MEDICI*

|   |        |
|---|--------|
| <i>Relazione introduttiva a cura del Dott. Fulvio De Pascalis, Presidente dell'Ordine</i> |        |
| <i>Relazione a cura del Dott. Aldo Pagni, Presidente Onorario Fnomceo</i>                 |        |
| <i>Relazione a cura del Prof. Mauro Barni,</i>  |        |
| <i>Componente Commissione Bioetica Regione Toscana .....</i>                              | pag. 4 |

### *ATTIVITÀ DEL CONSIGLIO*

|                                     |      |
|-------------------------------------|------|
| <i>Verbali delle riunioni .....</i> | » 16 |
|-------------------------------------|------|

### *MOVIMENTO DEGLI ISCRITTI*

|  |      |
|--|------|
| <i>Iscrizioni, trasferimenti e cancellazioni .....</i> | » 18 |
|--|------|

### *PUBBLICITÀ SANITARIA*

|  |      |
|--|------|
| <i>Riepilogo attività della Commissione Pubblicità .....</i> | » 19 |
|--|------|

### *DIRITTO SANITARIO*

|  |      |
|--|------|
| <i>Pubblicità sanitaria: agli Ordini solo la verifica della veridicità</i>       |      |
| <i>Corte dei Conti: Sulla natura del rapporto di lavoro dei mmg</i>              |      |
| <i>Medici ospedalieri (procedimento e provvedimenti disciplinari)</i>            |      |
| <i>Diploma di laurea in medicina e chirurgia conseguito all'estero</i>           |      |
| <i>da cittadino straniero - Valore costitutivo</i>                               |      |
| <i>Medici a tempo determinato del SSN - Domanda di stabilizzazione</i>           |      |
| <i>a tempo indeterminato - Giurisdizione del giudice amministrativo.</i>         |      |
| <i>Prescrizione medica del farmaco - Garanzia dell'ordinamento - Adeguatezza</i> |      |
| <i>alla necessità terapeutica</i>  |      |
| <i>Influenza delle dinamiche del mercato sul sistema sanitario .....</i>         | » 21 |

### *PREVIDENZA a cura del Dott. Marco Perelli Ercolini*

|   |      |
|---|------|
| <i>Ospedalieri addio al premio di fine servizio .....</i> | » 24 |
|---|------|

### *COMUNICAZIONI*

|  |      |
|--|------|
| <i>Delucidazioni sulla convenzione stipulata dal nostro Ordine</i>                       |      |
| <i>per la posta elettronica certificata</i>  |      |
| <i>Prevenzione dell'osteonecrosi da bifosfonati: attivazione ambulatorio presso il</i>   |      |
| <i>Dipartimento di Scienze Odontostomatologiche del Policlinico S. Maria alle Scotte</i> |      |
| <i>Nuove norme del Codice della Strada: certificato medico</i>                           |      |
| <i>Relazione su cinema e psicoanalisi "Ciak si gira!" .....</i>                          | » 26 |

|                          |      |
|--------------------------|------|
| <i>CONVENZIONI .....</i> | » 35 |
|--------------------------|------|

### *PAGINA SCIENTIFICA*

|   |      |
|---|------|
| <i>Tu puoi fare qualcosa? a cura di Dott. Angelo Collodoro</i>                          |      |
| <i>Allergie da farmaci a cura di Prof. Marco Saletti, Prof. Anna Laura Pasqui .....</i> | » 37 |

L'Ordine dei Medici Chirurghi e degli  
Odontoiatri  
della provincia di Siena

augura a tutti gli iscritti e alle loro famiglie



Buon Natale  
e  
Felice Anno Nuovo

## CERIMONIA PER IL CENTENARIO DELL'ISTITUZIONE DEGLI ORDINI DEI MEDICI

*Siena, Complesso Museale Santa Maria della Scala, 2 ottobre 2010*

### **Relazione introduttiva a cura del Dott. Fulvio De Pascalis, Presidente dell'Ordine**

Buongiorno a tutti, autorità, colleghi e colleghe, amici e gentili ospiti, ringrazio tutti per la vostra presenza che dà lustro alla nostra celebrazione.

Un ringraziamento a tutto il consiglio che mi ha sostenuto nell'iniziativa ed uno in particolare al personale del nostro ordine che ha condiviso e portato avanti lo sforzo organizzativo con totale dedizione.

Un ringraziamento particolare agli autorevoli relatori per la disponibilità dimostrata verso il nostro ordine.

La sede scelta per questa ricorrenza, il Santa Maria della Scala che fu per tanti anni l'ospedale di Siena ed anche policlinico universitario, ha un particolare significato per moltissimi di noi, ci riporta indietro nel tempo con un po' di melanconia, ma credo, soprattutto con orgoglio per tutto quello che di buono queste mura hanno visto della professione medica in questa città. Il centenario della nascita degli Ordini dei Medici deve essere per tutti noi un momento particolarmente significativo.

In modo schematico si può dare un'idea, ragionando per fasi storiche, di quello che in grande sta accadendo alla nostra medicina: essa nasce ufficialmente come medicina scientifica nell'800, si afferma e si attua, come tale, per tutto il '900, mentre nel passaggio di millennio, cioè oggi, è come se fosse iniziata, in un modo o nell'altro, la sua confutazione o il suo ripensamento.

Una dinamica che non va vista con la forma di una curvatura gaussiana, cioè di qualcosa che sale, culmina e scende, ma semmai con quella elicoidale della circolarità a doppio senso, cioè un ciclo a cui segue un altro ciclo.

Nella situazione in atto, per i medici, c'è qualcosa di epocale, cioè un cambiamento grande che riguarda la società, l'economia, la cultura, il pensiero, le concezioni di fondo del mondo, all'interno del quale fermentano cambiamenti più piccoli, quelli con l'aspetto di tante piccole crisi, punti di attrito tra ciò che è e ciò che non è ancora e che, per la maggior parte, costituiscono il grosso delle nostre cure quotidiane: il contenzioso legale, le aziende, le politiche economicistiche, le compatibilità, i rapporti difficili con le altre professioni, i problemi della fallibilità, le sfide bioetiche, le tecnologie, i problemi di delegittimazione professionale, i ritardi dell'università ecc.

Problemi giornalieri che presi nel loro insieme permettono di comprendere le difficoltà



*Il Presidente Dott. Fulvio De Pascalis*

paradigmatiche del medico e della medicina e quindi dare loro proprio un significato epocale. Ebbene, in ragione di complicate circolarità tra cambiamenti economici, sociali, culturali, antropologici che hanno cominciato ad appalesarsi soprattutto nella seconda metà del '900 (“post-industriale”, “post-moderno”, “società individualista” o altro) il paradigma medico, di matrice ottocentesca, ha iniziato a mostrare importanti contraddizioni interne.



*Dott. Marco Parlangei Direttore Generale Fondazione Banca Monte dei Paschi di Siena*

Oggi la grande difficoltà in cui versa la medicina è dovuta certamente a problemi di regressività del paradigma, ma anche dal trovarsi simultaneamente esposta a più generi di conflitti, come in mezzo a fuochi incrociati.

In particolare con il contenzioso legale nei confronti della società e con grossi problemi di autonomia professionale nei confronti delle aziende sanitarie da una parte e con altre figure professionali dall'altra.

A ciò si devono aggiungere le questioni che genericamente rientrano nei problemi di “sanità” soprattutto le restrizioni che la costosità dei sistemi sanitari pubblici inducono sulla medicina sotto forma di vincoli e condizionamenti.

In questo centenario della nascita degli Ordini che coincide in modo significativo con il passaggio di millennio, la situazione della medicina appare molto appesantita.

Oggi in questo centenario si sovrappongono e si sommano gli effetti di tre generi diversi di limite: quello paradigmatico che crea le principali scollature tra medicina e società; quello finanziario che ne sta addirittura condizionando l'umanesimo e i presupposti etico-deontologici, e quello professionale che sembra derivare da uno sgretolamento delle forme storiche di cooperazione tra professioni.

Nel frattempo la medicina progredisce tecnicamente, acquisisce nuove possibilità di intervento, amplia i suoi potenziali scientifici, sviluppa tecnologie, ma il suo indiscutibile progresso scientifico non dà luogo a nessun significativo ripensamento paradigmatico, anzi sembra addirittura aggravare la già pesante situazione finanziaria con i costi dell'innovazione favorendo una specie di rincorsa alle tecniche a scapito di approcci più umanitari.

In questi nuovi contesti, assume una straordinaria rilevanza il compito di esercitare un ruolo efficace di indirizzo e governo della qualità dell'esercizio professionale non solo inteso come buona pratica tecnica ma anche come consapevole e responsabile assunzione di responsabilità civili e sociali nella garanzia del diritto alla tutela della salute nel secolo che verrà.

La storia che proponiamo ci consegna la speranza di una missione possibile, quella cioè di poter responsabilmente e legittimamente saldare interessi professionali ad interessi generali della comunità.

È un momento critico per il futuro della professione medica in quanto deve tenere testa a sfide senza precedenti dovute ai sostanziali cambiamenti di aspettative dei pazienti, dei decisori politici e dei gestori delle organizzazioni (i manager).

I medici rimangono “professionisti” ma appare superata l'immagine tradizionale di ciò che

significa in pratica – un medico disinteressato e altruista, con elevato spirito di servizio, in possesso di conoscenze e competenze uniche, autonomo nelle scelte, animato dal costante impegno di recuperare la salute dei propri pazienti. Mentre i singoli medici possono godere della massima fiducia, è la professione nel suo insieme che deve dimostrare di fare esclusivamente l'interesse dei pazienti e di appagare i mutati desideri della società. Per difendere e rafforzare la fiducia nella professione, i medici devono sempre comportarsi nella pratica all'altezza di quanto ci si attende da essi.

È ancora possibile che la professione medica possa cessare di subire e cominciare a stupire se abbandonerà logiche e culture del passato, troppo spesso ridotte a mera difesa di interessi immediati e parcellizzati, nell'illusione miope che salvando le rispettive parti si possa salvare il tutto. È nostro compito contribuire a rendere il sistema sanitario affidabile per i cittadini, a vincere la sfida della sostenibilità economica assumendoci la responsabilità morale e tecnico - professionale dell'uso appropriato delle risorse.

Oggi, il problema dei problemi appare quello di contenere i "conti della spesa" in una sanità stretta nella forbice congiunturale di una tecnologia medica sempre più costosa ed espansa e di risorse economiche sempre più ingessate e ristrette.

La questione della limitatezza di tali risorse s'è fatta cruciale.

A fronte di interventi biomedici sempre più onerosi e complessi, tali da non avere talora più limiti, stanno risorse limitate al punto che si rende indispensabile e doveroso chiedersi e dire quali sono i modi e i mezzi più efficienti ed efficaci per utilizzarle, e come possono essere ripartite secondo equità onde evitare l'insorgere di inaccettabili squilibri distributivi.

Dobbiamo, poi, tutelare i nostri giovani, garantendone l'ottimale formazione di base e specialistica, favorendo il loro ingresso esperto nella professione, promuovendo lo sviluppo delle conoscenze e delle competenze derivanti da fonti autorevoli e libere da conflitti di interesse.

Credo che questi siano gli appuntamenti a cui ci chiama l'avvio del secolo nuovo che si spalanca dinnanzi a noi. Non li possiamo mancare per ritornare ad essere autori orgogliosi del nostro futuro e cittadini responsabili del nostro paese.

Grazie ancora a tutti.



**Relazione a cura del Dott.  
Aldo Pagni, Presidente  
Onorario Federazione  
Nazionale Ordini dei Medici  
Chirurghi e degli Odontoiatri**

### **1. I cento anni degli ordini dei medici**

La cerimonia di oggi dedicata a festeggiare l'ingresso nella professione dei neolaureati, insieme alla legittima e orgogliosa soddisfazione dei familiari, coincide in maniera augurale con i cento anni di vita degli ordini dei medici.



*Dott. Aldo Pagni Presidente Onorario Fnomceo*

Senza turbare il clima di festa, credo, tuttavia, che sarebbe sprecata questa occasione irripetibile se rinunciassimo a esaminare insieme le difficoltà e le contraddizioni di un'istituzione centenaria chiamata dalla legge a governare i vorticosi cambiamenti che sono avvenuti nello statuto della professione e nel ruolo sociale dei medici nell'arco di questi ultimi decenni.

Mi sono laureato nel lontano 1958.

Erano gli anni nei quali il metodo clinico, basato quasi esclusivamente sulla semeiotica fisica e sulle diagnosi al letto dell'ammalato, e che cominciava a giovare dell'ausilio della biochimica, della fisiopatologia e degli esami strumentali e di laboratorio, divenuti nella seconda metà del secolo scorso protagonisti assoluti, insieme ai farmaci innovativi, nella diagnostica e nella terapia.

R Porter, ha tuttavia osservato: "I cambiamenti più drammatici si sono verificati durante la seconda metà del novecento e paradossalmente la medicina moderna non ha mai attirato su di sé tanti dubbi e tante critiche come oggi".

Nel corso della relazione cercherò di illustrare brevemente i motivi di questa situazione paradossale.

Il 10 luglio del 1910 con la legge 455 furono istituiti gli ordini dei medici, dei farmacisti e dei veterinari, dopo un lungo iter parlamentare, e dopo mezzo secolo di battaglie condotte dai medici contro i ciarlatani, i guaritori, i barbieri-chirurghi e tutti coloro che esercitavano abusivamente la professione.

Diciamoci la verità: ognuno di noi quando, per esercitare la professione, si è dovuto iscrivere all'Albo si è chiesto perché dovesse avere quest'obbligo ed ha vissuto la tassa d'iscrizione come un inutile balzello.

Un processo di professionalizzazione, dicono i sociologi, avviene attraverso varie fasi: 1. L'individuazione e la rivendicazione di un corpus di conoscenze scientifiche e tecniche, 2. la nascita e lo sviluppo di Accademie che promuovono l'insegnamento delle conoscenze e le abilità richieste per l'esercizio di una disciplina, 3. il riconoscimento e la protezione della esclusività di una professione da parte dello Stato, 4. l'adozione di un codice deontologico come strumento di autodisciplina dei professionisti nel rapporto con i cittadini, e infine, 5. il riconoscimento dell'utilità delle competenze specifiche di una professione da parte dell'opinione pubblica.

L'istituzione dell'ordine, come organo ausiliario dello stato, non fu tuttavia una vera vittoria dei medici, perché non prevedeva il riconoscimento della loro partecipazione alla politica

sanitaria del Paese, né il controllo della qualità della professione. La legge si limitò a prendere atto dell'esistenza di una realtà associativa presente da tempo tra i medici e, di fatto, escluse gli ordini dai rapporti con la Pubblica Amministrazione limitando la loro competenza ai soli liberi professionisti, preoccupata soprattutto di arginare le simpatie filantropiche e socialiste, che circolavano tra i medici condotti del nord Italia, e la loro progressiva sindacalizzazione.



*Dott. ssa Simonetta Pellegrini Assessore Amministrazione Provinciale di Siena*

In genere abbiamo poche e vaghe notizie sull'Ordine professionale, e spesso questa disinformazione si riscontra anche in illustri e affermati professionisti, sorpresi e magari anche un po' infastiditi per essere chiamati in giudizio, e non difesi, dal Presidente e dalla Commissione disciplinare dopo qualche infortunio avvenuto nell'esercizio della professione. Per inciso questa evenienza si verifica oggi, sempre più spesso che in passato, per la crescente propensione dei cittadini a ricorrere ai tribunali per ottenere "giustizia" di fronte a episodi di vera, o presunta malpractice, che i mass media non esitano ad amplificare oltre misura. E' vero che i 2/3 delle denunce sono archiviate in fase istruttoria, ma il problema esiste ed è rivelatore di un clima sociale nel quale i diritti del cittadino e la sua centralità nelle vicende di salute hanno avuto il sopravvento sulla dominanza e sul tradizionale paternalismo del medico.

Il medico, infatti, non ha più la potestà di intervenire sul corpo di un altro, ma solo la liceità, dopo averne ottenuto il consenso.

Il cittadino vuole e deve, comunque, essere informato da un medico amico e un "consigliere esperto", che con umiltà ed empatia lo aiuti a districarsi tra le molte, forse troppe e incontrollate informazioni che possiede, e a decidere con un "consenso" che non sia soltanto una mera finzione legale.

La qualità di una prestazione professionale in passato era definita un bene di fede (credence good) per il malato a causa dell'asimmetria informativa esistente tra i due interlocutori.

Oggi che il 29% degli italiani cerca su Internet informazioni sulla salute, il 12% discute, e il 5% contesta apertamente al medico la correttezza della diagnosi e delle terapie suggerite sulla base delle informazioni ottenute navigando on-line, quell'asimmetria è rimasta ma è cambiata di segno.

L'abilità del curante viene giudicata soprattutto sulla disponibilità al confronto tra le sue competenze cliniche e il modello profano della malattia che le persone si sono prefigurate di avere prima di incontrarlo.

Molte denunce dei cittadini contro i medici (a volte dettate anche da aspettative irragionevoli o da avvocati in cerca affannosa di clienti), sono spesso provocate da un modulo di consenso scritto consegnato al malato senza colloquio, da comportamenti reticenti o, peggio, arroganti dei sanitari, o da un malinteso senso di prestigio che impedisce di ammettere sinceramente un comprensibile errore umano.

Ma torniamo all'ordine professionale che nato nel 1910, per volere di un governo liberale, fu

soppresso dal fascismo nel 1939 e ricostituito per decreto legge nel 1946.

Da allora la legge istitutiva dell'Ordine ha avuto soltanto poche e marginali modifiche, nonostante i tanti disegni di legge presentati in Parlamento in questi anni.

L'ordine giuridicamente è un ente pubblico non economico, ausiliario dello Stato, al quale fu affidato il potere tariffario (a garanzia del decoro della



*La Dott.ssa Federica Gialli*

professione), oggi rimesso in discussione dall'Antitrust, il compito di tenere l'albo degli iscritti per individuare gli abusivi, ma non la verifica della qualità dei medici, di essere "sentito", con parere obbligatorio ma non vincolante, a proposito delle leggi che riguardavano la professione, di far parte di commissioni e istituzioni governative e locali, e di svolgere compiti di magistratura speciale nei confronti delle violazioni del Codice deontologico da parte degli iscritti.

L'Ordine, dunque, è al tempo stesso un corpo, rappresentativo di tutti i settori della professione medica, e un ordinamento, un'istituzione pubblica, nella quale non si dovrebbero confondere gli interessi economici della categoria con la sua qualità.

Questa duplicità ha dato luogo, nel corso di questi cento anni, a non pochi equivoci interpretativi sul ruolo e la funzione degli ordini: doveva essere una corporazione? Una sorta di ufficio di collocamento per soggetti privilegiati? Un difensore d'ufficio degli iscritti? O uno strumento di sostegno alle rivendicazioni sindacali, dimenticando la valenza pubblica della sua missione?

Questi equivoci trovano ragione nel fatto che l'ambiguità della legge, non ha conferito agli ordini poteri concreti né nel campo del controllo della formazione professionale, né nelle scelte di politica sanitaria, e oggi si va facendo strada la tesi che gli ordini debbano essere riconosciuti come un'autorità competente in tema di etica e di qualità della professione, e di difesa del ruolo sociale e dell'indipendenza tecnico-scientifica del medico nell'interesse dei cittadini.

## **2. La professione medica**

Dal primo 900 il termine professionista si è usato come sinonimo di un esercente una professione intellettuale, e in senso specifico una libera professione distinta da un mestiere, termine riservato a coloro che svolgevano attività manuali, prima che l'ingresso delle moderne tecnologie ne modificasse l'esercizio.

La progressiva dipendenza o il convenzionamento dei medici nelle strutture pubbliche e private, hanno reso residuale l'esercizio della libera professione del medico e hanno modificato profondamente le caratteristiche di una professione liberale.

Il professionismo tradizionale, infatti, si caratterizzava per una competenza esclusiva, garantita dal conseguimento di una laurea e dal superamento di un esame di stato, per il monopolio del mercato, per l'autonomia e l'indipendenza delle decisioni, per la libertà di

organizzare la propria attività e per ricevere un onorario a fronte di una prestazione, piuttosto che un salario.

La libera professione intra-moenia ne è soltanto uno sbiadito simulacro. In questi anni lo Stato e le Regioni sono intervenuti progressivamente nelle varie fasi del processo di professionalizzazione dei sanitari: dall'ordinamento del curriculum universitario, che tuttavia mantiene una certa autonomia, ai meccanismi concorsuali per l'accesso alla professione, dalle modalità di

organizzazione e divisione del lavoro alla definizione del salario, e alla delimitazione delle competenze, e dal controllo di un mercato amministrato e pianificato, alla struttura oligopolistica dell'offerta.

Le ragioni del "corpo" hanno prevalso su quelle di un'istituzione che si volle limitata alla giurisdizione della sola libera professione, mentre quella del medico diveniva sempre più un'occupazione professionale dominata dalla managerialità sanitaria pubblica e privata.

La legislazione europea ha definito impresa una professione intellettuale (perché il professionista offrirebbe prestazioni a fronte di una remunerazione economica), e questa equiparazione ha autorizzato il Garante a non riconoscere agli ordini il potere tariffario e a favorire la concorrenza trasparente nel mercato grazie alla cd. pubblicità informativa dei professionisti. La tendenza a subordinare le decisioni e le competenze dei medici alle scelte politiche e alle logiche economiche del management aziendale, insieme al declino di una dominanza medica individuale, (resa critica dalla pluralità delle specializzazioni e dalla spersonalizzazione del rapporto medico/paziente provocata dalla tecnologia), richiedono un rapido e attivo riposizionamento dei medici che hanno ricevuto per tradizione una formazione individualista con qualche venatura di onnipotenza.

Anche il recente riconoscimento giuridico di "professione sanitaria autonoma" a più di venti attività, fino a ieri considerate "ausiliarie" di quella medica, e la presenza di altre professioni non sanitarie laureate, come i biologi, i chimici, gli psicologi e i fisici, ha provocato instabilità nell'organizzazione del lavoro, in assenza di una precisa identificazione dei limiti assegnati ai compiti, alle funzioni, alle attività e alle conseguenti responsabilità dei differenti operatori.

Sia che si eserciti l'attività nella sanità territoriale o in un reparto ospedaliero, la nostra libertà decisionale non potrà evitare di confrontarsi con il diritto degli assistiti di essere informati sulle nostre scelte e di acquisirne il consenso; con le competenze degli altri colleghi in una logica di equipe; con i problemi del rapporto costo/efficacia e rischio/beneficio delle cure, e con la qualità delle nostre prestazioni.

Se il medico, in omaggio a un malinteso senso di libertà, non farà propri questi strumenti, lasciandoli interamente nelle mani degli amministratori, dei burocrati e degli economisti, il ruolo sociale della professione non potrà che andare incontro a un ulteriore e inevitabile declino.

Inoltre, in una sanità nella quale la tecnologia offre la possibilità di intervenire tra l'essere delle persone, come entità biologiche, e l'esistere, come relazione esterna, il medico non potrà più agire soltanto alla stregua di un tecnico.



*Marco Picciolini Direzione Sanitaria USL 7*

G. Federspil, un clinico prestigioso e un caro amico dolorosamente scomparso pochi mesi orsono, aveva osservato: “Nel corso dello stesso Novecento la pratica medica era dominata dall’idea che soltanto il clinico fosse in grado di stabilire i mezzi e i fini dell’atto medico, perché conosceva l’organismo umano e i modi per curare le sue malattie, e che la medicina fosse una scienza naturale guidata dai soli aspetti tecnico - scientifici ai quali erano estranei giudizi di valore”.



*La Dott.ssa Jane Lucie Kimani*

E insieme si sono avuti, da un lato, il progressivo riconoscimento dei diritti umani fondamentali (in primis la salute), e dell’idea che l’uomo (anche quello malato) fosse titolare di una propria autonomia e, dall’altro, con il progresso delle conoscenze scientifiche e della tecnologia sanitaria, la medicina è divenuta sempre più in grado di modificare radicalmente lo svolgersi “naturale”, della nascita, della vita e della morte, e di manipolare l’uomo sotto il profilo psichico e biologico, ricordando che “un paziente è una persona e non un caso”. Costruire assieme al malato una narrazione comune, che dia un significato alla sua storia di vita di fronte alla minaccia di un evento morboso, consentirà di far assumere alle cure il senso più umano possibile.

“Purtroppo, ha scritto Paolo Cattorini, le occasioni formative di tipo etico psicologico non sono sempre investite del dovuto interesse da parte di chi amministra le nuove cattedrali tecnologiche della guarigione.

Alla malattia, all’irruzione assurda del male nel mondo e nel corpo, non si deve rispondere con qualche formula consolatoria o con qualche tattica di rimozione, ma con un’attitudine etica. (...) L’impresa di cura esige questo impegno: allearsi col desiderio di vita e salute di un malato e valorizzare le sue propensioni, il suo stile, le sue opzioni morali, nel decidere assieme a lui quale trattamento sia clinicamente indicato”

Giova osservare, per inciso, che l’ingresso dei valori nella pratica professionale dei medici, ha reso più problematici che in passato la distinzione tra fede e scienza, il rapporto tra il codice deontologico e le leggi, e anche la vexata quaestio se, e quanto, in una società liberal - democratica, il diritto positivo possa riflettere i postulati di una morale religiosa su questi temi. Di certo le rigide norme introdotte nelle leggi votate in Parlamento che riguardano temi eticamente sensibili, stanno invadendo in modo sconvolgente l’ambito dell’autonomia del medico non tanto nelle scelte morali quanto in quelle più squisitamente tecniche.

Quelle leggi, destinate a una società multiculturale, con un’enorme capacità tecnologica, e insieme percorsa dal pluralismo etico, da incomprensioni, demonizzazioni e intolleranze reciproche tra avversari, non hanno certamente favorito la crescita dell’etica della cura e dell’alleanza. Oggi il paternalismo autoritario e genitoriale del medico è tramontato e la relazione tra il medico e la persona che assiste non può che essere di partnership.

L’alleanza terapeutica nella relazione con il malato non si realizza mettendola in capo al titolo di una legge, ma si fonda sullo ascolto della narrazione delle sofferenze fisiche e morali del malato, (piuttosto che sulla raccolta distaccata di un’anamnesi tradizionale),

sulla conoscenza dei suoi stili di vita, della sua storia familiare e dell'ambiente di vita e di lavoro, sull'attenzione alle aspettative e ai vissuti di malattia suoi e dei familiari, sul confronto dei dati clinici con i modelli profani di malattia del cittadino, e sul tempo dedicato al colloquio individuale.



*Il Presidente Commissione Albo Odontoiatri Dott. Massimo Bernini*

### **3. Il giuramento di Ippocrate e il Codice deontologico**

Oggi si chiede ai neolaureati di prestare il “giuramento professionale”, reintrodotta dal Consiglio Nazionale della Fnomceo nel 1998, dopo l'approvazione del penultimo codice.

Parrà anacronistico che si chieda di giurare in un'epoca nella quale persino alcuni ministri sono prodighi di giuramenti che non rispettano.

Noi vorremmo, invece, che quest'atto non fosse una ritualità formale, ma rappresentasse l'impegno ideale che ispirerà ai giovani l'amore per una professione esigente e impegnativa, ma anche gratificante.

I medici in ogni epoca, da Ippocrate in poi, hanno giurato chiamando a testimoni le divinità e invocando la loro protezione: (si pensi alla preghiera di Mosè Maimomide del XII secolo, al giuramento ebraico di Asaph, al Giuramento di Montpellier e al più recente giuramento di Ginevra).

Persino i cattolici fecero proprio il giuramento di Ippocrate, modificando il richiamo alla divinità, come risulta dal Manoscritto bizantino del XII, in forma di croce, custodito nella Biblioteca Vaticana.

L'attuale giuramento è una versione aggiornata di quello di Ippocrate, volutamente aconfessionale per lasciare a ciascuno il diritto di credere o di non credere in un'entità soprannaturale, ma impegna ogni medico, sia esso cattolico, protestante, ebraico, buddista, ateo o agnostico, a mobilitare tutte le sue energie umane e tecniche per il bene del malato e per il rispetto della vita. L'imperativo morale categorico per ogni medico è quello della tutela della salute delle persone, di alleviare le sofferenze, e di guarire le malattie quando è possibile.

Gli storici si sono interrogati a lungo sul significato di quel giuramento stupefacente per i principi etici che enuncia in un'epoca nella quale si ricorreva facilmente all'aborto, al veneficio, al suicidio assistito (la morte di Socrate), Platone teorizzava il diritto della società di sopprimere i disabili, e si curavano diversamente i cittadini liberi dagli schiavi.

Quel giuramento era un manifesto del moralismo ascetico pitagorico? L'espressione di una responsabilità interna, privata e morale per garantirsi, al pari dei sacerdoti, la più ampia impunità giuridica? Un atto di affiliazione contrattuale alla scuola di Kos? Un'etichetta per distinguersi nella società del tempo dai cerusici, dai maghi e dai guaritori ?

Non lo sapremo mai, ma è certo che il Codice deontologico di oggi è la carta di credito morale dei medici nei confronti dei cittadini!

Indipendentemente dalla sua esegesi i principi di etica medica contenuti in quel documento hanno resistito immutati dal IV Secolo a.C. ad oggi, e rappresentano, insieme ai galatei della fine del 700 e nell'800, i progenitori dei nostri codici.

Negli anni successivi alla rivoluzione francese, infatti, ebbe inizio un complesso e travagliato processo, teso a ridefinire la figura del medico, le sue conoscenze e il suo ruolo nella società, indebolito e frammentato in mille rivoli e lacerazioni.

Per tutto l'Ottocento in Italia e in Europa, si stamparono con toni diversi prolusioni accademiche, catechismi e galatei medici e dissertazioni inaugurali, destinate soprattutto ai giovani medici, volte a evidenziare le qualità morali del medico ideale, fatto oggetto di un'acre satira popolare e della scettica irriverenza dei letterati e delle rappresentazioni teatrali dell'epoca.

Nel 2002 alcuni clinici europei e statunitensi scrissero insieme una Carta della Professionalità medica, nella quale, dopo avere analizzato le principali cause della crisi della medicina moderna nel mondo occidentale industrializzato, indicavano ai medici come possibili rimedi tre principi fondamentali da perseguire: benessere, autonomia dei pazienti e giustizia sociale, e dieci responsabilità connesse con l'esercizio della professione: Competenza, onestà, riservatezza, rapporti corretti con i malati, qualità delle prestazioni, universalità di accesso alle cure, equità distributiva delle risorse, conoscenze scientifiche aggiornate, rifiuto di vantaggi derivanti da conflitti di interessi, accettazione delle revisioni tra pari e partecipazione attiva alla massimizzazione della qualità delle cure.

Quel documento, redatto in una formulazione sintetica, rifletteva interamente i contenuti del nostro Codice deontologico, ma nei numerosi incontri e convegni ai quali ho preso parte in questi anni nel Nord e nel Sud d'Italia, ho avuto spesso la sensazione che alcuni medici non avessero mai letto né la Carta, né il Codice la cui ultima stesura è stata approvata nel 2006, dopo che il primo codice era stato redatto dai medici di Sassari nel 1903, sette anni prima della legge istitutiva degli ordini.

Dobbiamo essere convinti che il Codice, come ha scritto M. Barni, è una "guida severa eppure incisiva per il medico, capace di accompagnarlo (volente o nolente) lungo i frastagliati, impervi e scivolosi sentieri della pratica quotidiana, resi vieppiù incerti da prescrizioni - indicazioni equivoche, e da segnaletiche non aggiornate ovvero viziate da lusinghe ora ideologiche, ora sottese da interessi economici, da inviti delle sirene abili e fasciose suggeritrici di conflitti d'interessi, dalle fobie ed enfatizzazioni dell'errore e della malasania, dal contenzioso e dalle sequele giudiziarie e giurisprudenziali, nonché tormentati dal fervore burocratico regionale, dalle tentazioni, infine, di fermarsi in un atteggiamento di resistenza opportunistica e di desistenza difensivistica".

**Relazione a cura del Prof. Mauro Barni, Componente Commissione Bioetica Regione Toscana**

L'evoluzione del Codice di Deontologia Medica si è sostanzialmente sviluppata nell'ultimo cinquantennio, parallelamente alla crescita scientifica della Medicina ma, soprattutto al nuovo rapporto professionale tra Medico e Cittadino che ne ha valorizzato i diritti di libertà e di dignità personale.



*Dott. Aldo Pagni e Prof. Mauro Barni*

Dal Codice Frugoni essenzialmente incentrato sulla “missione” del medico e sulla tutela dell’etica professionale, le varie edizioni del Codice, l’ultima delle quali risale al 2006, hanno recepito le suggestioni della Bioetica, soprattutto per quanto attiene ai diritti del paziente all’informazione e al consenso.

Le molteplici espressioni della nuova deontologia investono, tra l’altro, la medicina di fine vita, le direttive anticipate, l’acquinamento terapeutico, i test genetici, la sperimentazione, la tutela della *privacy*, l’equa distribuzione delle risorse, la medicina legale e sportiva, ed altro ancora.

Qual è dunque la filosofia del rinnovamento, indubbio ancorché contenuto, incidente sul modo e sul senso stesso della professione medica? Dei tradizionali impegni, uno se ne esalta in maniera decisa e palese, quello di garantire la *qualità* della prestazione, cui attiene, oltre alla corretta utilizzazione dei presidi incessantemente forniti dalla scienza e dalla tecnica, in termini di adeguata operatività e gestione, una formazione continua e non fittizia dei sanitari e, *in primis*, del medico. La qualità dunque è intesa come dovere innervato dalle doti espresse nell’inoscidabile binomio scienza - coscienza, cui debbono afferire appropriatezza e adeguatezza: un complesso di doti in divenire produttive di consapevolezza e di fiducia, propulsive di autonomia e di responsabilità. L’ estensione e la vastità degli interessi e dei poteri colloca più che in passato il medico nella pubblica impresa di tutela della salute, estesa dalla prevenzione alla lotta contro i rischi dell’ambiente, del lavoro, del disagio sociale. Ed il medico è visto come il più raffinato e prezioso (e come tale meritevole di sicurezza e di fiducia) presidio per la tutela della salute intesa anche come bene sociale.

La centralità del medico, che inevitabilmente ne realizza esposizione e vulnerabilità maggiori e spesso spietate, viene per di più (ma logicamente) considerata nel Codice come abissognevole di ulteriori acquisizioni che si potrebbero definire caratterologiche, fatte cioè di capacità di confronto con le più note e inveterate patologie della professione, quali i *conflitti di interesse* e gli *errori*. Il medico deve saperli “riconoscere” per liberarsene e rifuggire le tentazioni di nascondersi al fine di trarne utilità e/o impunità. D’altronde, si può oggi chiedere al medico senza alcuna garanzia corrispettiva, la denuncia di pressioni indebite, di sofferenze comportamentali ed anche di errori personali o di difetti strutturali alla stregua di un’espressione di doverosità, di solidarietà, di collaborazione per una migliore medicina, che aggiunga alla prevenzione delle malattie, la prevenzione contro le speculazioni e le erronee conseguenze della terapia? Gli strumenti di tutela, gli osservatori, le agenzie della sperimentazione possono funzionare solo con il concreto apporto degli operatori. La loro qualità si misura anche in base alla accettazione di impegni di correttezza e di coraggiosa stima delle insidie esterne ed interne che rendono rischioso l’esercizio medico. La nuova deontologia, condanna dunque ogni forma di arroccamento, di supponenza, di autoreferenzialità, di medicina difensiva.

Per avere dai medici risposte positive non servono tuttavia le sole raccomandazioni o prescrizioni deontologiche e nemmeno le ragionevoli evoluzioni del diritto vivente verso la solidale considerazione dei binomi medico - ente, medico - Ordine, medico - servizio sanitario, ai fini della condivisione di impegni e di responsabilità, di compartecipazione alle riparazioni economiche cui fanno desolante difetto quelle garanzie anche assicurative che sono ormai vigenti in vicinissimi paesi europei, come la Francia.

E soprattutto non servono quei vincoli esogeni, estesi persino alle modalità assistenziali e curative, che continuano a tentare un legislatore troppo spesso propenso a trasfusioni ideologiche capaci di suggestionare il medico anelante di protezioni normative ma che spesso si rivelano autentici boomerang. Per fare un solo esempio, il nuovo Codice sottende,

è vero, la *non illiceità deontologica* di atti medici (ad es. alcuni aspetti della fecondazione assistita come la diagnosi preimpianto o la F.A. eterologa) ma salvaguarda anche l'*obiezione di coscienza* stabilita *ex lege*, e persino il rifiuto di scelte non condivise, deontologicamente evocabile per le prestazioni e gli adempimenti contrastanti con la coscienza individuale, ferma restando le garanzie funzionali del servizio sanitario.

E così si delinea ancor meglio il significato prioritario e programmatico della *autonomia del medico* nel confronto con l'*autonomia del paziente*, il cui esercizio impone peraltro un nuovo (indifferibile) rigore ordinistico fatto di potestà di rappresentanza, di tutela, di formazione, di disciplina, di sanzione che non possono (esse sì) che essere stabilite dalla legge.

La nuova stesura del Codice Deontologico, lo si può dire con forza, va in questa direzione: ricordando che la responsabile autonomia e la dignità professionale armonizzano ed esaltano i doveri e i diritti del medico vs. la persona assistita, l'organizzazione sanitaria, la società nel suo complesso, che non possono dal canto loro pretendere senza concedere.



#### ORARIO DI APERTURA DELLA SEGRETERIA

|           |                   |                   |
|-----------|-------------------|-------------------|
| LUNEDÌ    | ore 11,00 – 13,30 | ore 15,00 – 17,30 |
| MARTEDÌ   | ore 11,00 – 13,30 | ---               |
| MERCOLEDÌ | ore 11,00 – 13,30 | ---               |
| GIOVEDÌ   | ore 11,00 – 13,30 | ore 15,00 – 17,30 |
| VENERDÌ   | ore 11,00 – 13,30 | ---               |
| SABATO    | chiusura          |                   |

Per eventuali informazioni potete telefonare al n. 0577.285163 durante l'orario di apertura al pubblico o contattarci via e-mail all'indirizzo [segreteria@omceosiena.it](mailto:segreteria@omceosiena.it)

## ATTIVITÀ DEL CONSIGLIO

### *Verbali delle riunioni*

#### ***Riunione del 23 agosto 2010***

Il Consiglio dell'Ordine dei Medici Chirurghi e degli Odontoiatri della Provincia di Siena si è riunito il giorno 23 agosto 2010 alle ore 21,00 nella propria sede.

Sono presenti i Dottori: Fulvio De Pascalis, Giovanni Carriero, Roberto Monaco, Antonio Bardi, Massimo Bernini, Roberto Falomi, Natale Calomino, Giancarlo De Luca, Roberto Fabbri, Gemma Laschi, Francesco Tani, Pierantonio Tosti.

Sono presenti i Revisori dei Conti: Paolo Goretti, Alessandro Iadanza, Marco Melani, Piero Paladini per i loro compiti istituzionali.

Il Presidente Dott. Fulvio De Pascalis, verificata la sussistenza del numero legale dei consiglieri dichiara aperta la seduta.

Viene letto ed approvato all'unanimità il verbale della seduta precedente.

#### **Comunicazioni del Presidente:**

Il presidente riferisce in merito a quanto si sta verificando per la nomina dell'Assemblea nel Consiglio sanitario regionale della Toscana. Con lettera prot. n. 1028972.19.2 del 2 agosto 2010, a firma del Presidente del Consiglio Regionale, è stata ritenuta inammissibile la designazione pervenuta dalle Commissioni Provinciali Odontoiatriche della Toscana in quanto non contenenti un numero pari di nominativi di entrambi i generi. Questa risposta apre uno scenario inquietante in quanto rende possibile una composizione dell'assemblea non su designazione degli aventi titolo ma in base a quanti uomini e donne siano candidati. Il presidente informa inoltre che ha interessato del problema il Dott. Antonio Panti, presidente della FTOM.

Il Presidente legge la lettera inviata dall'Ordine dei Medici Chirurghi e degli Odontoiatri di Venezia che ha predisposto un documento di accoglienza riportante una sintesi di documenti, decreti, accordi collettivi nazionali che potrebbero essere utili ai giovani colleghi che si affacciano a questa professione. Il consiglio plaude a questa iniziativa ed incarica i Consiglieri Melani Marco e Martellucci Iacopo di predisporre un documento di accoglienza da consegnare ai medici che si iscrivono al nostro Ordine.

Il Presidente porta a conoscenza che l'Ordine dei Medici Chirurghi e degli Odontoiatri di Ferrara ha predisposto un vademecum di tutti gli adempimenti a cui i medici debbono soggiacere nell'esercizio delle proprie funzioni completo anche dei modelli di certificazione.

Il Presidente ritiene che tale pubblicazione potrebbe essere parte integrante del prossimo bollettino del nostro Ordine. Comunica inoltre che ha già ricevuto l'autorizzazione per la pubblicazione dal Presidente dell'Ordine di Ferrara. Prende la parola il tesoriere Dott. Antonio Bardi che, al fine di evitare eventuali problemi di natura legale, ritiene utile chiedere una liberatoria agli esecutori materiali del testo. Il Consiglio concorda con quanto affermato dal tesoriere e viene dato mandato al Presidente di provvedere in merito.

Il Presidente legge la lettera di risposta che l'Ordine ha inviato al Dott. Andrea Andreassi che aveva espresso critiche al comportamento tenuto dall'Ordine nella stipula della convenzione per la posta elettronica certificata tra l'Ordine di Siena, la Fnomceo ed il gestore Aruba, relativamente al presunto diverso trattamento riservato agli iscritti all'Ordine di Siena rispetto agli iscritti presso gli altri Ordini della Toscana. Il consiglio ritiene esaustiva la lettera di risposta e, su proposta del Vice Presidente, viene deliberato di pubblicarla in un prossimo bollettino dell'ordine.

Il Presidente informa che Club Medici, in occasione delle celebrazioni per il centenario degli Ordini, si è reso disponibile a collaborare con il nostro Ordine per l'organizzazione di un evento partecipando con un contributo pari al 50% delle spese. Il Consiglio ne prende atto.

Il Presidente legge la comunicazione pervenuta dalla Fnomceo avente per oggetto le normative inerenti le false attestazioni o certificazioni e le ricette mediche elettroniche. Per il primo punto in sostanza la responsabilità del medico, con l'applicabilità delle sanzioni indicate, ricorrerà quando lo stesso rilasci attestati o certificati attestanti dati clinici non desunti da visita in coerenza con la buona pratica medica. Per gli aspetti penali, rimane comunque ferma la disciplina generale sulla falsità in atti. Per il secondo punto di fatto viene meno il rispetto del termine del 1 gennaio 2010 quale passaggio definitivo dal documento cartaceo al documento elettronico

#### **Centenario della fondazione degli Ordini dei Medici**

Il Presidente ricorda che il 2 ottobre p.v. si terrà presso il Complesso Museale S. Maria della Scala il Centenario dell'Ordine dei Medici di Siena. Riferisce che parteciperanno in qualità di relatori il Prof: Mauro Barni che tratterà dell'evoluzione del codice di deontologia medica, il Dott. Aldo Pagni che tratterà dei cento anni degli Ordini dei Medici e il Dott. Alberto Olivetti che tratterà dell'Enpam.

#### **Borsa di studio Giulio Ginanneschi – nomina Commissione**

Il Presidente ricorda che in un precedente consiglio era stata approvata la richiesta di collaborazione tra l'Ordine e il Dott. Guido Ginanneschi per l'istituzione di una borsa di studio in memoria del figlio Giulio. Il Presidente propone quali componenti della Commissione i dottori Maurizio Biagioli e Pierpaolo Correale. Presidente il Dott. Guido Gianneschi. Il Consiglio unanime approva.

#### **Incentivo Personale amministrativo anno 2010**

Il Consiglio, su proposta del segretario, delibera gli obiettivi del personale dipendente da raggiungere per l'anno 2010. Allegato A del presente verbale.

Il Consiglio, viste le norme interne che regolano la concessione del patrocinio da parte dell'Ordine, concede il patrocinio alle richieste presentate dall'Associazione Diabetici della Provincia di Siena e dal Dott. Angelo Collodoro.

Vengono approvate le domande di pubblicità sanitaria ALLEGATO B.

Viene approvato il movimento degli iscritti ALLEGATO C.

Non essendoci altro fra le varie ed eventuali, la riunione ha termine alle ore 23,00 del 23 Agosto 2010.

## MOVIMENTO DEGLI ISCRITTI

*Iscrizioni, trasferimenti e cancellazioni*

### **Albo Medici-Chirurghi**

#### **Prima iscrizione**

Dott. BARBIERI ROSSELLA  
Dott. BOGAZZI IRENE CARLOTTA  
Dott. BUTORANO M. A. GLORIA MUNEZERO  
Dott. PATRONELLI COSIMA  
Dott. SCHMITT GERD ALEXANDER  
Dott. TIRELLI LETIZIA

#### **Iscrizione per trasferimento**

Dott. RISULO MASSIMILIANO

#### **Cancellazione per trasferimento**

Dott. BINDI MIRCO a Grosseto  
Dott. BUONTEMPO ROSA a Grosseto  
Dott. DI MASSA ANDREA a Grosseto  
Dott. GAMBACORTA DANIELE a Grosseto  
Dott. STIEF NIKOLAJ OLIVER a Bolzano

#### **Cancellazione volontaria**

Dott. SCUDIERO LORENZO

#### **Cancellazione per decesso**

Dott. BAIOCCHI DAUS  
Dott. BRANDI LUCIA  
Dott. DETTORI MANZIO  
Dott. FINETTI LUCA  
Dott. MEDAGLINI EROS  
Dott. PEDE OSVALDO  
Dott. PISANESCHI ROBERTO

### **Albo Odontoiatri**

#### **Prima iscrizione**

Dott. DEL SIENA FRANCESCO  
Dott. ELMI CAROLINA  
Dott. NERI FRANCESCO

#### **Iscrizione per trasferimento**

Dott. FILOMENA STEFANIA da Cosenza

#### **Cancellazione volontaria**

Dott. RICCI ALDO

## PUBBLICITÀ SANITARIA

### *Riepilogo attività della Commissione Pubblicità*

1. **Prof. Acquaviva Antonio** testo per carta intestata, ricettario, biglietti da visita e timbri
2. **Dott. De Santi Lorenzo** autorizzato testo per carta intestata, ricettario, biglietti da visita e timbri
3. **Dott. Filippou Georgios** autorizzato testo per carta intestata, ricettario, biglietti da visita e timbri
4. **Dott. Gentili Alessandro** autorizzato testo per carta intestata, ricettario, biglietti da visita e timbri.  
nulla osta per inserzione su targa esterna
5. **Dott.ssa Giardini Francesca** autorizzato testo per targa interna, nulla osta per inserzione su elenco telefonico e pagine gialle
6. **Dott. Lorenzetti Nicola** autorizzato testo per sito internet
7. **Prof. Martelli Marco** autorizzato utilizzo di spazio pubblicitario su automezzo per invalidi
8. **Dott. ssa Motolese Ilaria** nulla osta per inserzione su targa esterna
9. **Dott. Motolese Paolo Alfonso** nulla osta per inserzione su targa esterna
10. **Dott. Muzzi Leonardo** nulla osta per inserzione su targa esterna, nulla osta per inserzione elenco telefonico e pagine gialle  
autorizzato testo per carta intestata, ricettario, biglietti da visita e timbri, targa interna
11. **Dott. Pieroni Simone** autorizzato testo per carta intestata, ricettario, biglietti da visita e timbri
12. **Dott. Pozzi Maurizio** nulla osta per inserzione su targa esterna  
autorizzato testo per targa interna

13. **Dott. Sacchi Lorenzo** autorizzato testo per carta intestata, ricettario, biglietti da visita e timbri  
nulla osta per inserzione su targa esterna,  
nulla osta per inserzione elenco telefonico  
e pagine gialle
14. **Dott. Venezia Duccio** autorizzato testo per carta intestata, ricettario,  
biglietti da visita e timbri
15. **Dott. Vigni Paolo** nulla osta per inserzione su targa esterna,  
nulla osta per inserzione elenco telefonico  
e pagine gialle  
autorizzato testo per carta intestata, ricettario,  
biglietti da visita e timbri, targa interna
16. **Dott. Visconti Silvio** autorizzato testo per carta intestata, ricettario,  
biglietti da visita e timbri
17. **Dott.ssa Zannolli Raffaella** autorizzato testo per carta intestata, ricettario,  
biglietti da visita e timbri

## DIRITTO SANITARIO

### **Pubblicità sanitaria: agli Ordini solo la verifica della veridicità**

Il cosiddetto Decreto Bersani, ossia il D.L. 223/2006, convertito in legge 248/2006, in conformità al principio comunitario di libera concorrenza ed a quello di libertà di circolazione delle persone e dei servizi, nonché al fine di assicurare agli utenti un'effettiva facoltà di scelta nell'esercizio dei propri diritti e di comparazione delle prestazioni offerte sul mercato, ha abrogato, dalla data di sua entrata in vigore, le disposizioni legislative e regolamentari che prevedono, con riferimento alle attività libero professionali e intellettuali, "il divieto, anche parziale, di svolgere pubblicità informativa circa i titoli e le specializzazioni professionali, le caratteristiche del servizio offerto, nonché il prezzo e i costi complessivi delle prestazioni secondo criteri di trasparenza e veridicità del messaggio il cui rispetto è verificato dall'Ordine". All'Ordine professionale, pertanto, residua soltanto un potere di verifica della veridicità del contenuto della pubblicità, al fine di effettuare eventuali segnalazioni agli organi competenti in proposito.

### **Corte dei Conti**

#### **Sulla natura del rapporto di lavoro dei mmg**

Gli elementi in base ai quali emerge l'esistenza del rapporto di servizio (anche se di fonte convenzionale) dei medici di medicina generale di base con il S.S.N. sono:

- a) identificazione degli assistiti;
  - b) accertamento del loro diritto alle prestazioni sanitarie;
  - c) rilascio di certificazioni sanitarie;
  - d) compilazione di prescrizioni farmaceutiche, con i conseguenti riflessi di natura finanziaria.
- È stato messo in rilievo che i predetti compiti di certificazione sanitaria e di compilazione di prescrizioni farmaceutiche e finanziarie si inseriscono nell'ambito della organizzazione strutturale, operativa e procedimentale della Asl di appartenenza ed hanno natura amministrativa, con la conseguenza:
- 1) che i rapporti convenzionali tra i medici di medicina generale e le Asl hanno natura privatistica ad evidenza pubblica di rapporti di prestazione d'opera professionale, svolta con i caratteri della parasubordinazione.
  - 2) che il medico convenzionato con il Ssn - operando in forza di una devoluzione da parte dell'Amministrazione sanitaria pubblica - svolge i compiti sopra indicati in esecuzione di un vero e proprio rapporto di servizio.

#### **Cassazione civile Sez. III, 02-02-2010, sentenza n. 2352**

#### **Medici ospedalieri (procedimento e provvedimenti disciplinari)**

In una fattispecie di rapporto gerarchico professionale, quale è quello che ricorre tra il primario di un reparto ospedaliero di chirurgia pediatrica e l'aiuto anziano, rapporto che integra un contatto sociale, costituisce un fatto colposo configurante illecito civile continuato

ed aggravato dal persistere della volontà punitiva e di atti diretti all'emarginazione del professionista, la condotta del primario che, nell'esercizio formale dei poteri di controllo e di vigilanza del reparto, estromette di fatto l'aiuto anziano da ogni attività proficua di collaborazione, impedendogli l'esercizio delle mansioni cui era addetto. Tale condotta altamente lesiva è soggettivamente imputabile al primario, come soggetto agente, ed esprime l'elemento soggettivo della colpa in senso lato, essendo intenzionalmente preordinata alla distruzione della dignità personale e dell'immagine professionale e delle stesse possibilità di lavoro in ambito professionale, con lesione immediata e diretta dei diritti inviolabili del lavoratore professionista tutelati sia dalla Costituzione italiana (articoli 1, 3, comma 2, 4 e 35, comma 1, Cost.) sia dalla Carta dei diritti fondamentali dell'Unione europea (articoli 1 e 15, comma 1).

**05.07.2010 Diploma di laurea in medicina e chirurgia conseguito all'estero da cittadino straniero - Valore costitutivo**

Ai sensi dell'art. 13, d.lg. 27 gennaio 1992 n. 115, richiamato dall'art. 49 comma 2, d.P.R. 31 agosto 1999 n. 394, il decreto di riconoscimento del diploma di laurea in medicina e chirurgia, conseguito all'estero da cittadino straniero, attribuisce a quest'ultimo con efficacia costitutiva il diritto di accedere alla professione e di esercitarla, nel rispetto delle condizioni richieste ai cittadini italiani; segue da ciò che è solo dalla data di rilascio del decreto di riconoscimento e con la successiva iscrizione all'albo professionale territorialmente competente, previo accertamento degli altri requisiti richiesti (conoscenza della lingua italiana e delle speciali disposizioni che regolano l'esercizio professionale in Italia), che il beneficiario può considerarsi abilitato all'esercizio dell'attività medica.

**20.09.2010 Medici a tempo determinato del Servizio sanitario nazionale - Domanda di stabilizzazione a tempo indeterminato - Art. 1, comma 519, della legge n. 296 del 2006 ed art. 81 della legge reg. Campania n. 1 del 2008 - Giurisdizione del giudice amministrativo.**

In materia di rapporto di lavoro del personale medico del Servizio sanitario nazionale, la domanda diretta alla trasformazione del rapporto a tempo determinato in rapporto a tempo indeterminato per effetto della stabilizzazione del rapporto ai sensi dell'art. 1, comma 519, della legge n. 296 del 2006 e dell'art. 81 della legge reg. Campania n. 1 del 2008, appartiene alla giurisdizione del giudice amministrativo, atteso che gli enti sanitari sono stati abilitati a valutare la possibilità di procedere alla stabilizzazione, previa predisposizione delle adeguate garanzie di contenimento delle spese in funzione di una riorganizzazione delle risorse disponibili, in relazione alle quali il lavoratore è titolare di un mero interesse legittimo al corretto esercizio del potere discrezionale della P.A.

**04.11.2010 Prescrizione medica del farmaco - Garanzia dell'ordinamento - Adeguatezza alla necessità terapeutica - Influenza delle dinamiche del mercato sul sistema sanitario**

Nell'ambito del settore sanitario ciò che l'ordinamento garantisce è che la prescrizione medica sia funzionale alla necessità terapeutica, senza però che il sistema sanitario sia gravato da oneri aggiuntivi conseguenti alle dinamiche del mercato.

Il Prontuario farmaceutico che modifica il prezzo di rimborso delle specialità medicinali non stigmatizza, implicitamente, la pubblicità riservata ad alcuni prodotti e costituente legittima

scelta imprenditoriale, ma si configura quale rimedio idoneo a neutralizzare anomali incrementi della spesa farmaceutica, conseguente anche alla pressione promozionale. Ciò quando oggettivamente non è compatibile con il budget programmato, e, dunque, con le risorse disponibili. Del resto, è costante l'insegnamento della giurisprudenza del giudice delle leggi, alla stregua del quale il diritto alla salute, enunciato dall'art. 32 cost., è condizionato, nella sua attuazione, al bilanciamento con altri interessi costituzionalmente protetti, tenuto conto dei limiti oggettivi correlati alle risorse organizzative e finanziarie di cui l'apparato dispone. In sostanza, ciò che l'ordinamento garantisce è che la prescrizione sia funzionale alla necessità terapeutica, ma senza che il sistema sanitario sia gravato da oneri aggiuntivi conseguenti alle dinamiche del mercato. Diversamente la questione si porrebbe nel caso in cui l'incremento delle prescrizioni mediche riguardasse prodotti caratterizzati dai requisiti della novità ed insostituibilità, ipotesi, queste, non ravvisabili nel caso di specie, relativo a farmaci inquadrati in categorie omogenee e dispensanti il medesimo principio attivo.

## PREVIDENZA a cura del Dott. Marco Perelli Ercolini

### **Ospedalieri addio al premio di fine servizio**

Dal 1 gennaio 2011 per tutto il pubblico impiego, compresi dunque anche i medici pubblici dipendenti (ospedalieri), scompare il premio di servizio o la buonuscita e si passa al trattamento di fine rapporto (tfr), per fortuna in pro rata! Cioè l'anzianità maturata sino al 31 dicembre 2010 sarà utile per un calcolo con le vecchie regole, quella a partire dal 1 gennaio 2011 per il tfr attraverso l'applicazione dell'aliquota del 6,91.

L'Inpdap ha subito precisato che la normativa ha cambiato solo le regole della prestazione (in pejus!), ma non la natura. Pertanto le voci retributive ai fini dell'accantonamento rimangono le stesse e nulla cambia anche circa le modalità di finanziamento, rimanendo confermata l'entità del contributo e l'attuale ripartizione in quota a carico del lavoratore e del datore di lavoro!!! Cioè si continua a pagare il contributo al contrario del lavoratore privato.

Dunque solo i lati negativi senza nessuno degli aspetti positivi del tfr.

A prescindere che il tfr rispetto all'indennità premio di fine servizio, specialmente nel tempo, sarà economicamente più penalizzante, si pensi come, oltre alle modalità di calcolo e di riferimento base, potrebbe scomparire la franchigia agli effetti imponibili Irpef, rimanendo invece le trattenute contributive per costituire la riserva matematica utile per l'erogazione della prestazione, contribuzione che invece nel privato è a totale carico del datore di lavoro essendo il tfr inteso come retribuzione differita....ma, attenzione, dovrà essere ben chiarito inoltre se secondo le regole generali entro i sei mesi il lavoratore dovrà esprimere la propria volontà in caso di scelta al mantenimento del tfr per evitare di entrare nel calderone delle previdenze complementari come è stato nel recente passato per i lavoratori dipendenti privati. Il silenzio infatti era stato considerato come assenso alla previdenza complementare.

Ovviamente, ma non troppo, per la frazione di contribuzione a carico dell'ospedaliero dovrebbe essere esclusa dall'imponibile fiscale la parte di tfr in relazione ai contributi versati dal lavoratore, nel caso dei medici ospedalieri il 40,98 per cento.

Viene precisato dall'Inpdap che in caso di riscatto, anche con domanda inoltrata dopo il 31 dicembre 2010, rimane il riferimento al periodo temporale cui il riscatto si riferisce: se prima del 1 gennaio 2011 viene calcolato in conto trattamento di fine servizio, se dopo il 31 dicembre 2010 avrà l'effetto di trasformare i relativi periodi di retribuzione da accantonare unitamente a quelle calcolate in base alle modalità previste per il tfr. Ma attenzione: mentre per l'indennità premio di servizio gli arrotondamenti per frazioni di anno dell'anzianità contributiva vengono fatti col calcolo di meno di sei mesi eguale a zero e più di sei mesi come anno intero, in caso di tfr il calcolo è su base mensile, cioè le frazioni dell'ultimo anno saranno proporzionalmente ridotte e l'aliquota del 6,91% applicata alla retribuzione utile mensile con l'arrotondamento a mese intero delle frazioni di giorni oltre il 15esimo.

Grosso strale dunque questo provvedimento, sul quale c'è stato il più assoluto silenzio dei sindacati, come del resto già in passato, quando dal 2001 ogni nuova assunzione prevedeva il tfr pur continuando la contribuzione prevista per l'indennità premio di servizio.

## **IMPOSIZIONE FISCALE DELL'INDENNITA' PREMIO DI SERVIZIO**

**DPR. 22-12-1986 n. 917** *Aggiornato al 15 febbraio 2006*

### **Articolo 19 comma 2 bis**

2-bis. Le indennità equipollenti, comunque denominate, commisurate alla durata dei rapporti di lavoro dipendente di cui alla lettera a), del comma 1, dell'articolo 17, sono imponibili per un importo che si determina riducendo il loro ammontare netto di una somma pari a lire 600.000 (309,87 euro) per ciascun anno preso a base di commisurazione, con esclusione dei periodi di anzianità convenzionale; per i periodi inferiori all'anno la riduzione è rapportata a mese. Se il rapporto si svolge per un numero di ore inferiore a quello ordinario previsto dai contratti collettivi nazionali di lavoro, la somma è proporzionalmente ridotta.

L'imposta è applicata con l'aliquota determinata con riferimento all'anno in cui è maturato il diritto alla percezione, corrispondente all'importo che risulta dividendo il suo ammontare netto, aumentato delle somme destinate alle forme pensionistiche di cui al decreto legislativo 21 aprile 1993, n. 124, per il numero degli anni e frazione di anno preso a base di commisurazione, e moltiplicando il risultato per dodici.

L'ammontare netto delle indennità, alla cui formazione concorrono contributi previdenziali posti a carico dei lavoratori dipendenti e assimilati, è computato previa detrazione di una somma pari alla percentuale di tali indennità corrispondente al rapporto, alla data del collocamento a riposo o alla data in cui è maturato il diritto alla percezione, fra l'aliquota del contributo previdenziale posto a carico dei lavoratori dipendenti e assimilati e l'aliquota complessiva del contributo stesso versato all'ente, cassa o fondo di previdenza.

## **IMPOSIZIONE FISCALE DEL TRATTAMENTO DI FINE RAPPORTO**

**DPR. 22-12-1986 n. 917** *Aggiornato al 15 febbraio 2006*

### **Articolo 19 comma 1**

1. Il trattamento di fine rapporto costituisce reddito per un importo che si determina riducendo il suo ammontare delle rivalutazioni già assoggettate ad imposta sostitutiva. L'imposta è applicata con l'aliquota determinata con riferimento all'anno in cui è maturato il diritto alla percezione, corrispondente all'importo che risulta dividendo il suo ammontare aumentato delle somme destinate alle forme pensionistiche di cui al decreto legislativo 21 aprile 1993 n. 124 e al netto delle rivalutazioni già assoggettate ad imposta sostitutiva, per il numero degli anni e frazione di anno preso a base di commisurazione, e moltiplicando il risultato per dodici. Gli uffici finanziari provvedono a riliquidare l'imposta in base all'aliquota media di tassazione dei cinque anni precedenti a quello in cui è maturato il diritto alla percezione, iscrivendo a ruolo o rimborsando le maggiori o le minori imposte entro il 31 dicembre del terzo anno successivo a quello di presentazione della dichiarazione del sostituto d'imposta.

## COMUNICAZIONI

### *Pubblichiamo la lettera di delucidazioni inviata dal Presidente ad un iscritto in merito alla convenzione stipulata dal nostro Ordine per la posta elettronica certificata*

Egregio Dottore,

in risposta alla sua richiesta di chiarimenti riguardante la convenzione per la gestione della posta certificata (PEC) stipulata tra questo Ordine, la Federazione Nazionale e Aruba, società provider del servizio di attivazione e di gestione dell'account di posta certificata, questo Ordine ritiene di fare alcune precisazioni in proposito.

L'introduzione dello strumento della posta certificata è stato introdotto con decreto legge 185 del 29.11.2008 pubblicato sulla GU n° 263 e convertito nella legge 2/2009. L'impianto normativo del suddetto decreto stabilisce, fra l'altro, che i professionisti iscritti in albi ed elenchi istituiti con legge dello stato comunichino ai rispettivi ordini o collegi il proprio indirizzo di posta elettronica certificata entro un anno dalla data in vigore del suddetto decreto. (29/11/2009).

La PEC consente di ricevere ampie garanzie legali su tutte le comunicazioni, quali documenti, certificati, domande, attestazioni in formato digitale, che inviamo o che riceviamo, in quanto equipara l'effettiva spedizione e l'effettivo ricevimento di un messaggio di posta inoltrato per via telematica ad una raccomandata A.R. (con ricevuta di ritorno) del sistema postale tradizionale; una volta che il messaggio è stato adeguatamente processato nell'account di posta, l'utente riceve da parte del proprio gestore di PEC una ricevuta di accettazione con relativa attestazione temporale. Il messaggio non può essere così più alterato, in alcun modo. È il gestore di Pec che garantisce la certezza dell'invio di queste ricevute ed è responsabile di eventuali omissioni, delle quali risponde direttamente al CNIPA, l'organo che ha il compito di vigilare sull'operato dei gestori PEC e che valuta i titoli per la loro iscrizione all'elenco dei gestori qualificati.

La Federazione Nazionale degli Ordini in totale accoglimento delle disposizioni di legge relative all'attivazione degli account di posta certificata, decideva in una prima fase (Comitato Centrale di Rieti del 12/11/2010) di provvedere alla fornitura gratuita della caselle di posta per tutti gli iscritti all'ordine, salvo poi disporre in una successiva riunione del Comitato Centrale una nuova delibera in cui si stabiliva superato tutto quanto deliberato precedentemente riguardo alla Pec, delegando ai singoli Ordini una presa di posizione precisa riguardo ai propri iscritti, sulla base delle singole esigenze organizzative. Questa nuova posizione ha tenuto conto di un autorevole parere legale che sconsigliava vivamente alla Federazione di assumere una posizione come quella adottata precedentemente.

Nella riunione di consiglio di questo Ordine che si è tenuto in data 08/03/2010 il Presidente comunicava la conclusione dell'iter istruttorio della Fnomceo per la fornitura di caselle di posta certificata agli ordini professionali e la stipula di due convenzioni a livello nazionale con due diverse società qualificate, in cui fra l'altro si precisava l'assoluta libertà di aderire alla convenzione da parte dell'Ordine, in quanto la convenzione non impegna all'obbligo di acquisto di servizi, né da parte dell'Ordine, né da parte della Federazione. Dopo ampia discussione il consiglio ha deliberato in quella seduta che per quanto riguardava la stipula

della convenzione Pec a favore degli iscritti all'ordine di Siena con il gestore Aruba Pec spa, con approvazione da parte del Tesoriere, le spese della convenzione erano inizialmente a carico dell'ordine. (Bollettino di Aprile – Maggio - Giugno 2010)

Al fine di rendere più chiaro e comprensibile l'iter dell'intera vicenda riportiamo i motivi essenziali che hanno indotto, successivamente, l'ordine a ritenere dannoso e controproducente l'acquisto della Pec per i suoi iscritti. A tale proposito è certamente utile puntualizzare che il contratto di attivazione della Pec impegna, non solamente il gestore provider, ma anche l'ordine professionale che gestisce le caselle dei propri iscritti perché, in qualità di titolare giuridico della Pec, impone quest'ultimo a vigilare sui contenuti dei dati trasmessi, in particolare per quanto riguarda la gestione dei dati personali e l'utilizzo improprio del canale di posta certificata. La decisione di rinunciare ad assumere il ruolo di titolare esclusivo del servizio è dovuta al fatto che nel momento in cui l'ordine sceglie di dotare i propri iscritti di una Pec deve farsi carico anche di tutta una serie di aggravii amministrativi che ricadrebbero inevitabilmente sulla sua attività ordinaria, tanto da compromettere la gestione da parte dell'ufficio del sistema di posta Pec. Questo ruolo comporta in sede di stipula del contratto con i gestori l'assunzione di precise responsabilità, oltre che di un onere economico che non è possibile quantificare dopo il primo anno di stipula contrattuale (o dopo il triennio come l'attuale convenzione). Fermo restando l'utilizzo del dominio della convenzione, sottoscritta tra Federazione e gestore Aruba, l'Ordine, in sede di riunione di Consiglio avvenuta il 12/04/2010 (Bollettino di Aprile – Maggio - Giugno 2010) ha deliberato che ogni medico iscritto all'albo può intrattenere un rapporto diretto con il gestore, evitando così inutili mediazioni che renderebbero più difficoltoso e gravoso il lavoro dell'Ordine e, come avviene in tutti i casi in cui si moltiplicano i livelli burocratici, renderebbe più difficili le attribuzioni di responsabilità individuali in riferimento al contenuto degli scritti, come per esempio diffamazioni, calunnie, minacce, invio di materiale protetto da proprietà di terzi ecc., per non parlare di mail contaminate da virus. Stando a quanto stabilito nei contratti da sottoscrivere tra l'Ordine e i gestori – provider, se l'Ordine acquistasse Pec per gli iscritti esso dovrebbe farsi carico anche di possibili risvolti legali. Per non parlare di possibili contenziosi che potrebbero verificarsi tra iscritto e gestore (quale per esempio mancata ricezione del messaggio), con aggravii di costi non quantificabili.

Fra i motivi per i quali è sconsigliabile acquistare da parte dell'ordine Pec per i suoi iscritti c'è da considerare inoltre che, se al termine della convenzione l'ordine decidesse di cambiare gestore, allora dovrebbe invitare tutti i suoi iscritti a modificare l'indirizzo di posta certificata, precedentemente registrato. L'orientamento del Consiglio dell'Ordine è stato quello di fornire ai propri iscritti la possibilità di usufruire della convenzione (€ 5,50 + Iva) con tutti i benefici che questo comporta, per i motivi sopra richiamati e allo stesso tempo di favorire un rapporto diretto tra medico e gestore che consente di identificare eventuali attribuzioni di responsabilità individuale.

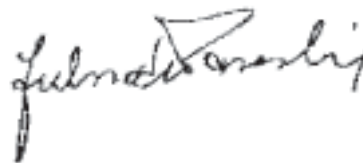
Se vogliamo fare un paragone con altri Ordini della nostra regione ricordiamo che la legge istitutiva consente ad ogni Ordine di disporre della totale autonomia in materia di amministrazione e di godere altresì di una ampia libertà nell'ambito della gestione delle risorse che dispone. Fino ad oggi il nostro ordine si è caratterizzato proprio per una gestione oculata delle risorse disponibili tanto che anche quest'anno la tassa d'iscrizione all'albo dei Medici Chirurghi e degli Odontoiatri della provincia di Siena risulta essere una tra le più basse d'Italia. Non è il caso di scomodare la crono-storia dei bilanci degli ultimi anni, ma certamente è utile ricordare che la quota versata annualmente dagli iscritti, per coprire le spese necessarie

all'Ordine per l'esercizio di gestione, risulta ancora essere quella che veniva versata dieci anni fa. Tutto questo grazie ad un impegno preciso che l'attuale Consiglio Direttivo ha voluto assolvere nel corso di questi anni, in linea con le precedenti virtuose gestioni di bilancio. Nonostante che nel corso dell'ultimo decennio si siano verificate molteplici situazioni sfavorevoli sul piano economico nazionale e internazionale, le quali hanno richiesto enormi sacrifici e ristrettezze a tutti noi, questo Ordine ha sempre evitato di introdurre misure che gravassero direttamente sui propri iscritti, cercando di difendere la propria categoria e decidendo di non disporre finora alcun adeguamento progressivo della tassa annuale, in linea con l'andamento del costo della vita. Ogni eventuale paragone con altri Ordini riguardanti la gestione corrente e le possibili valutazioni circa l'impiego delle risorse disponibili utilizzate, rientranti nelle spese d'esercizio sostenute per adempimenti amministrativi, non può sottrarsi da una valutazione complessiva delle entrate in favore dell'Ordine (tassa d'iscrizione). Avere più risorse ha indubbiamente una ricaduta positiva nell'andamento generale della gestione tecnico-amministrativa, ma forse potrebbe scontentare gli iscritti.

Da una ricognizione fatta dall'ufficio della nostra segreteria, inoltre, risulta che solo gli Ordini di Grosseto e di Firenze hanno optato per il pagamento a proprio carico della attivazione della Pec. Tutti gli altri Ordini della Toscana, ad eccezione di Livorno, che presenta una posizione intermedia dal momento che coprirà i costi solamente per il primo anno della gestione della posta certificata, non si accolleranno i relativi costi dell'attivazione Pec, quindi in linea perfettamente con la nostra posizione (ciò è avvenuto anche a livello nazionale, e con ordini che hanno molti iscritti, come per esempio Milano). Questo non solo per un discorso economico, ma anche e soprattutto per una questione di operatività ed efficienza dell'ufficio, nell'intento di sgravarne gli oneri da possibili complicazioni legali derivanti da responsabilità esterne non imputabili direttamente agli Ordini.

Infine c'è da sottolineare che gli Ordini che oggi si sono accollati gli oneri di spesa di attivazione non garantiscono ulteriori proroghe di contratto nei prossimi anni, proprio a causa dei problemi di natura legale che potrebbero verificarsi in futuro.

Il Presidente  
Dott. Fulvio De Pascalis



**Prevenzione dell'osteonecrosi da bifosfonati: attivazione ambulatorio presso il Dipartimento di Scienze Odontostomatologiche del Policlinico S. Maria alle Scotte (Direttore Prof. Marco Ferrari, Ambulatorio Urgenze – Medicina e Patologia Orale, Responsabile Prof. Guido Lorenzini)**

Siena li 16 settembre 2010

Gentile Dr. De Pascalis,

con la presente vorrei informarla che è stato attivato presso il Dipartimento di Scienze Odontostomatologiche ed Oftalmologiche del Policlinico "Le Scotte" un ambulatorio per la prevenzione dell'Osteonecrosi da bifosfonati.

Lo scopo è quello di prevenire l'insorgenza di osteonecrosi in quei pazienti che fanno terapie farmacologiche con tali farmaci sia per via endovenosa sia per via orale.

Questo servizio si è reso necessario in quanto abbiamo osservato anche nella nostra provincia un aumento dei casi di questa patologia, come generalmente confermato dalla letteratura scientifica.

Sulla base delle linee guida di precisi protocolli, ad ogni paziente verrà effettuata una minuziosa visita odontoiatrica, richiesti, ove necessari, esami strumentali e di laboratorio, ed infine saranno eventualmente effettuate le terapie necessarie, dopo di che il paziente verrà inserito in un programma di follow-up.

L'Osteonecrosi da bifosfonati è una patologia che si manifesta spesso dopo manovre odontoiatriche: in una revisione della letteratura (368 casi clinici di pazienti con metastasi ossee trattati con bifosfonati per via endovenosa che hanno sviluppato osteonecrosi) ha evidenziato che il 60% di questi era stato sottoposto ad estrazioni dentarie. Dalla letteratura scientifica sono sempre maggiori le evidenze che attribuiscono ad uno stato di buona "salute orale" la capacità di prevenire tale drammatica complicanza, da cui si evince l'importanza della cura della salute orale (controlli periodici odontoiatrici) per la prevenzione dell'insorgenza dell'osteonecrosi da bifosfonati.

Da rilevare che il rischio di osteonecrosi nei pazienti che assumono bifosfonati per os per il trattamento/prevenzione dell'osteoporosi non è noto e necessita di un attento monitoraggio.

L'ambulatorio, aperto il martedì e mercoledì, è diretto dal Prof. Guido Lorenzini con la collaborazione dei Medici interni Dr. Massimo Viviano, Dr. Francesco Viviano, Dottoressa Maria Picciotti e Dr. Luca Di Vece.

Per divulgare la conoscenza del problema presso la popolazione e gli operatori sanitari è stato anche realizzato un sito internet consultabile all'indirizzo [www.prevenzioneosteonecrosi.it](http://www.prevenzioneosteonecrosi.it) oppure [info@prevenzioneosteonecrosi.it](mailto:info@prevenzioneosteonecrosi.it) presso il quale si possono trovare ulteriori informazioni sul servizio. Altre informazioni possono essere richieste telefonando allo 0577-585770.

Le chiederei, pertanto, di informare dell'esistenza di questo servizio sia i Medici di Medicina Generale che gli Specialisti che gli Odontoiatri, al fine di poter usufruire di questo servizio di prevenzione, ed avere eventualmente notizie sulle misure idonee da adottare per prevenire e minimizzare l'effetto indesiderato.

Nell'allegato "A" sono riportati i farmaci maggiormente indiziati nell'insorgenza di osteonecrosi.

Resto a Sua completa disposizione per eventuali chiarimenti o anche per un eventuale incontro o serata presso i locali dell'Ordine dei Medici.

La mia e-mail personale è [lorenzinig@unisi.it](mailto:lorenzinig@unisi.it)

Sicuro di un riscontro positivo, Le porgo i miei più cordiali saluti.

Prof. Guido Lorenzini

Reference:

Filleul O, Crompton E, Saussez S. Bisphosphonate-induced osteonecrosis of the jaw: a review of 2,400 patient cases. J Cancer Res Clin Oncol. 2010 Aug;136(8):1117-24.

Woo S-B et al. Systematic review: bisphosphonates and osteonecrosis of the jaws. Ann Int Med 2006; 144: 753-61.

Death of parts of the jaw bone with osteoporosis drugs such as alendronate (Fosamax). Worst Pills Best Pills 2006; 12: 67-8.

Narongroeknawin P, Danila MI, Humphreys LG Jr, Barasch A, Curtis JR Bisphosphonate-associated osteonecrosis of the jaw, with healing after teriparatide: a review of the literature and a case report. Spec Care Dentist. 2010 Mar;30(2):77-82.

### **Allegato A**

#### **MOLECOLA E NOME COMMERCIALE DEI PIÙ COMUNI BIFOSFONATI (elenco aggiornato a Febbraio 2008)**

##### **Acido alendronico sale sodico**

- **ACIDO ALENDRONICO FIDIA (FIDIA)** 4 cpr 70 mg
- **ADRONAT (NEOPHARMED)** 14 cpr 10 mg
- **ADRONAT (NEOPHARMED)** 4 cpr 70 mg
- **ADROVANCE 70 (ADDENDA PHARMA)** 4 cpr 70 mg
- **ALENDRONATO EG (EG)** 4 cpr 70 mg
- **ALENDRONATO M.G (MERCK)** 4 cpr 70 mg
- **ALENDRONATO PLIVA (PLIVA PHARMA)** 4 cpr 70 mg
- **ALENDRONATO RANBAXY (RANBAXY ITALIA)** 4 cpr 70 mg
- **ALENDRONATO RATIO (RATIOPHARM)** 4 cpr 70 mg
- **ALENDRONATO SANDOZ (SANDOZ)** 4 cpr 70 mg
- **ALENDRONATO TEVA (TEVA PHARMA ITALIA)** 4 cpr 70 mg
- **ALENDROS (ABIOTEN PHARMA)** 14 cpr 10 mg
- **ALENDROS (ABIOTEN PHARMA)** 4 cpr 70 mg
- **ALENIC (EPIPHARMA)** 4 cpr 70 mg
- **DRONAL (SIGMATAU)** 4 cpr 70 mg
- **DRONAL (SIGMATAU)** 14 cpr 10 mg
- **DARYX (BONISCONTRO E GAZZONE)** 4 cpr 70 mg
- **FOSAMAX (MERCK SHARP E DOHME spa)** 14 cpr 10 mg
- **FOSAMAX (MERCK SHARP E DOHME spa)** 4 cpr 70 mg
- **FOSAMAX PLUS (MERCK SHARP E DOHME spa)** 4 cpr 70 mg + Colecalciferolo
- **FOSAVANCE (MERCK SHARP E DOHME spa)** 4 cpr 70 mg
- **GENALEN (GENTILI)** 14 cpr 10 mg
- **GENALEN (GENTILI)** 4 cpr 70 mg
- **OSAMAX (MERCK SHARP)** 4 cpr 70 mg

### Acido clodronico

- **ACIDO CLODRONICO SANDOZ** (SANDOZ) 6 f. 300 mg
- **ACIDO CLODRONICO SANDOZ** (SANDOZ) 6 f. 100 mg
- **ACIDO CLODRONICO EG** (EG) 6 f. 100 mg
- **ACIDO CLODRONICO UNION** (MERCK) 6 f. 100 mg
- **CLASTEON** (ABIOGEN PHARMA) 10 cps 400 mg
- **CLASTEON** (ABIOGEN PHARMA) 6 f. 100 mg soluz. iniect. im
- **CLASTEON** (ABIOGEN PHARMA) 6 f. 300 mg soluz. iniect. im
- **CLASTEON** (ABIOGEN PHARMA) 6 f. 100 mg + 33 mg lidocaina
- **CLIMACLOD** (MASTELLI) 6 f. 100 mg
- **CLODEOSTON** (BONISCONTRO E GAZZONE) 6 f. 100 mg
- **CLODRON** (FIDIA) 10 cps 400 mg
- **CLODRON** (FIDIA) 6 f. 100 mg/3,3 ml soluz. iniect.
- **CLODRONATO ABC** (ABC FARMACEUTICI) 6 f. 300 mg
- **CLODRONATO ABC** (ABC FARMACEUTICI) 12 f. 100 mg
- **CLODRONATO ABC** (ABC FARMACEUTICI) 6 f. 100 mg
- **CLODRONATO TEVA** (TEVA PHARMA ITALIA) 6 f. 100 mg/3,3 ml soluz. iniect.
- **CLODY** (PROMEDICA) 6 f. 100 mg
- **CLODY** (PROMEDICA) 6 f. 300 mg
- **DIFOSFONAL** (SPA) 10 cps 400 mg
- **DIFOSFONAL** (SPA) 6 f. 300 mg/10 ml
- **DIFOSFONAL** (SPA) 6 f. 100 mg soluz. iniect.
- **DIFOSFONAL** (SPA) 6 f. 100 mg + 33 mg lidocaina
- **DISODIO CLODRONATO** (LABORATORI ALTER) 6 f. 100 mg/3,3 ml soluz. iniect.
- **DISODIO CLODRONATO** (EG) 6 f. 100 mg/3,3 ml soluz. iniect.
- **MOTICLOD** (LISAPHARMA) 6 f. 300 mg/10 ml soluz. inf. ev
- **MOTICLOD** (LISAPHARMA) 12 f. 100 mg/3,3 ml soluz. iniect.
- **MOTICLOD** (LISAPHARMA) 16 f. 100 mg/3,3 ml soluz. iniect.
- **NIKLOD** (IBN SAVIO) 6 f. 300 mg
- **NIKLOD** (IBN SAVIO) 6 f. 100 mg
- **CLASTEON** (ABIOGEN) 6 f. 300 mg
- **OSTEONORM** (FARMACEUTICI CABER) 6 f. 300 mg
- **OSTEONORM** (VECCHI E PIANI) 6 f. 300 mg s
- **OSTEOSTAB** (ROTTAPHARM) 12 f. 100 mg/3,3 ml soluz. iniect.
- **OSSITEN** (ROCHE) 6 f. 300 mg
- **OSSITEN** (ROCHE) 10 cps 400 mg
- **SOCLONAT** (FEDERFARMACO) 6 f. 100 mg

### Acido etidronico sale disodico

- **ETIDRON** (ABIOGEN PHARMA) 30 cps 300 mg
- **DIDROCAL** (PROCTER & GAMBLE PHARMACEUTICALS) 76 cps 200 mg
- **DIDRONEL** (PROCTER & GAMBLE PHARMACEUTICALS) 30 cps 300 mg

### Acido ibandronico

- **BONVIVA** (ROCHE spa) 1 cpr 150 mg
- **BONDRONAT** (ROCHE spa) 28 cpr 50 mg

**Acido neridronico sale sodico**

- **NERIXIA** (ABIOGEN) 1 f. 25 mg
- **NERIXIA** (ABIOGEN) 2 f. 100 mg

**Acido pamidronico**

- **AREDIA** (NOVARTIS PHARMA spa) 1 f. 15 mg/5 ml
- **AREDIA** (NOVARTIS PHARMA spa) 1 f. 30 mg/10 ml
- **AREDIA** (NOVARTIS PHARMA spa) 1 f. 60 mg/10 ml
- **AREDIA** (NOVARTIS PHARMA spa) 1 f. 90 mg/10 ml
- **AMIDROX** (CRINOS) 1 f. 15 mg
- **AMIDROX** (CRINOS) 1 f. 30 mg
- **AMIDROX** (CRINOS) 1 f. 60 mg
- **AMIDROX** (CRINOS) 1 f. 90 mg

**Acido risedronico sale sodico**

- **ACTONEL** (PROCTER & GAMBLE) 28 cpr (2x14) 5 mg
- **OPTINATE** (LEPETIT) 28 cpr (2x14) 5 mg
- **ACTONEL** (PROCTER & GAMBLE) 14 cpr 30 mg

**Acido tiludronico**

- **SKELID** (SANOFI AVENTIS) 56 cpr 200 mg

**Acido zolendronico**

- **ZOMETA** (NOVARTIS PHARMA spa) 1 f. 4 mg
- **ACLASTA** (NOVARTIS PHARMA spa) 1 f. 5 mg



Roma, \_\_\_\_\_

Prot. N°: \_\_\_\_\_  
Rif. Nota:  
Resp. Procced.:  
Resp. Istrut.: - *Dr.ssa Cecilia d'Addio*

OGGETTO:

➤ *Nuove norme Codice della strada - certificato medico.*

FNOMCEO 13/09/10  
RGP.0008692 2010  
Cl. 01.09.01/1

## COMUNICAZIONE N. 60

AI PRESIDENTI DEGLI ORDINI DEI MEDICI  
CHIRURGHI E DEGLI ODONTOIATRI

AI PRESIDENTI DEGLI ISCRITTI ALLE  
COMMISSIONI DEGLI ALBI DEGLI  
ODONTOIATRI

### LORO SEDI

In relazione alla richiesta di chiarimenti da parte di alcuni Ordini provinciali in merito alle nuove disposizioni apportate dalla Legge 120/2010 al D.Lgs.285/1992 "Nuovo Codice della strada" con particolare riguardo all' art.119 "Requisiti fisici e psichici per il conseguimento della patente di guida" si comunica quanto segue.

Come specificato nel comma 2 - ter dell'articolo suindicato le modalità degli accertamenti clinico - tossicologici da cui risulti il non abuso di sostanze alcoliche e il non uso di sostanze stupefacenti o psicotrope e il modulo di certificato medico saranno individuati con decreto del Ministero della Salute di concerto con il Ministero delle Infrastrutture e dei Trasporti.

In attesa della nuova regolamentazione i medici non dovranno apportare alcuna modifica agli adempimenti in materia di certificazione per la patente di guida.

Si evidenzia inoltre che la FNOMCeO è in contatto con i Ministeri della Salute e delle Infrastrutture per monitorare la progressione del regolamento e fornirà le indicazioni opportune agli Ordini provinciali non appena sarà approvato il decreto.

Per quanto concerne la richiesta di indicazioni sulla tariffa consigliata per la predisposizione del suddetto certificato è necessario fare riferimento al Tariffario regionale che ne stabilisce l'importo .

Tale tipo di prestazione è esente IVA così come specificato nella Comunicazione FNOMCeO n.8/2005.

Cordiali saluti



IL PRESIDENTE  
Dott. ~~Amedeo~~ Bianco

FNOMCeO Federazione Nazionale degli Ordini dei Medici Chirurghi e degli Odontoiatri - www.fnomceo.it

Piazza Cola di Rienzo, 80/A - 00192 Roma - Telefono 06 36 20 31 Fax 06 32 22 794 - e-mail: segreteria@fnomceo.it - C.F. 02340010582

## Relazione su cinema e psicoanalisi “Ciak si gira”

Dall’ottobre al novembre 2010 si è svolta la terza serie di incontri dal Titolo “Ciak si gira”, imperniata sul rapporto fra Cinema e Psicoanalisi.

L’evento è stato organizzato come sempre in collaborazione fra *Il Centro Psicoanalitico di Firenze* e l’*Associazione Senese di Psicoterapia Psicoanalitica*, con il patrocinio del Comune di Siena, e si è svolto presso il Cinema Nuovo Pendola.

L’organizzazione scientifica è stata curata da **Andrea Marzi, Andrea Giovannoni e Lucia Carboni**, psichiatri senesi, psicoterapeuti e soci co-fondatori della ASPP.

La serie di incontri qui proposta ha visto, come le altre volte, la partecipazione di uno psicoanalista che assieme al pubblico ha guardato, ascoltato e commentato un film, attento non solo al film stesso ma anche all’effetto che il film, e il suo commento al film, ha suscitato nel pubblico. Non si è trattato cioè di spiegare l’opera cinematografica di turno dal punto di vista psicoanalitico né tanto meno di impartire una lezione su un qualche argomento di psicoanalisi, ma piuttosto di favorire la percezione e l’ascolto degli echi interiori suscitati dalla visione stessa.

In quest’ottica, l’articolazione dell’evento proposto è stata imperniata nella proiezione di quattro film con la presenza di uno psicoanalista della *Società Psicoanalitica Italiana*, che ha introdotto e commentato il film, attivando la partecipazione del pubblico secondo le linee guida su esposte. I film proiettati sono stati ancora una volta seguiti da un pubblico letteralmente straripante, che ha gremito ogni sera la sala del *Nuovo Pendola*, ben oltre la capacità di accoglimento della sala stessa (tanto da dover chiudere gli accessi per motivi di sicurezza), partecipando successivamente con passione e interesse al dibattito post - proiezione, svoltosi sempre con il coordinamento dello psicoanalista che presentava il film.

Vi è da ribadire che questo evento, oltre all’intuibile valore culturale ed estetico, ha incarnato valenze di stampo prettamente scientifico e di formazione dello spettatore, invitando i partecipanti ad una più attenta concentrazione sui problemi della salute mentale e delle costellazioni dinamiche e terapeutiche che da essa promanano, in un momento storico in cui la salute mentale non cessa di proporsi come tema centrale del dibattito scientifico e sociale. I film proiettati sono stati (li estraiamo direttamente dal depliant illustrativo della manifestazione):

*Lunedì 11 ottobre 2010*

*Ore 20,30*

*La prima cosa bella*

*di Paolo Virzì*

*(Italia, 2009, 116’)*

*Interviene Stefania Nicasi*

*Lunedì 25 ottobre 2010*

*Ore 20,30*

*Il nastro bianco*

*di Michael Haneke*

*(Francia, Germania, Austria, 2008, 144’)*

*Interviene Paolo Meucci*

*Lunedì 18 ottobre 2010*

*Ore 20,30*

*Shutter Island*

*di Martin Scorsese*

*(USA, 2010, 138’)*

*Interviene Andrea Marzi*

*Lunedì 8 novembre 2010*

*Ore 20,30*

*La doppia ora*

*di Giuseppe Capotondi*

*(Italia, 2009, 95’)*

*Interviene Andrea Giovannoni*

## CONVENZIONI

L'Ordine dei Medici Chirurghi e degli Odontoiatri della provincia di Siena ha stipulato le seguenti convenzioni con strutture ricettive, negozi e società erogatrici di vari servizi. Tutte le informazioni dettagliate sono disponibili sul nostro sito [www.omceosiena.it](http://www.omceosiena.it) nella sezione Convenzioni.

- **Terme di Chianciano s.p.a. – Chianciano Terme (SI)**  
[www.termechianciano.it](http://www.termechianciano.it)
- **Ghini Uomo - Siena**  
[www.ghiniuomo.it](http://www.ghiniuomo.it)
- **Borgo La Bagnaia Resort, SPA & Events Venue - Siena**  
[www.borgolabagnaia.com](http://www.borgolabagnaia.com)
- **Wall Street Institute – Scuola di Lingue - Siena**  
[www.wallstreet.it/i-nostri-centri/toscana/siena.html](http://www.wallstreet.it/i-nostri-centri/toscana/siena.html)
- **Relais del Lago di Marta (VT)**  
[www.relaisdellago.it](http://www.relaisdellago.it)
- **B&B Talia di Grammichele (CT)**  
[www.bbtalia.com](http://www.bbtalia.com)
- **Hotel Kiss – Cervia (RA)**  
[www.hotelkiss.com](http://www.hotelkiss.com)
- **Bed and Breakfast Charme “La Dimora dei Baroni” - Napoli**  
[www.dimora dei baroni.com](http://www.dimora.dei.baroni.com)
- **Campo Regio Relais Residenza d’Epoca – Siena**  
[www.camporegio.com](http://www.camporegio.com)
- **“Villa Farinella” Bed and Breakfast Dimora di Charme – Viterbo**  
[www.villafarinella.it](http://www.villafarinella.it)
- **Vela Napoli Charter**  
[www.velanapolicharter.com](http://www.velanapolicharter.com)
- **B&B Al Borgo Fiorito – Palermo**  
[www.alborgofiorito.com](http://www.alborgofiorito.com)

➤ **Podere Santa Croce - Manciano (GR)**

[www.poderesantacroce.it](http://www.poderesantacroce.it)

➤ **Casa Vacanze Il Campo - Siena**

[www.vacanzeilcampo.it](http://www.vacanzeilcampo.it)

➤ **La Rosa di Lampedusa – Lampedusa**

Villetta e residence

Dott. Giuseppe La Rosa tel. 095.7178842 cell. 338.1508536

[www.larosadilampedusa.it](http://www.larosadilampedusa.it)

➤ **Hotel Residence La Palma – Catania**

Dott. Giuseppe La Rosa tel. 095.7178842 cell. 338.1508536

[www.hotelresidencelapalma.it](http://www.hotelresidencelapalma.it)

➤ **“Club Medici”**

Associazione culturale, ricreativa e di servizio tra i Medici Chirurghi e gli Odontoiatri

[www.clubmedici.it](http://www.clubmedici.it)

**Ascolta il tuo inglese, vale 35 punti E.C.M.**



**Il corso Medical english:**

- è rivolto a **tutti gli iscritti all'Ordine dei Medici-Chirurghi e Odontoiatri.**
- Ha una durata di **30 ore** pari ad un livello del metodo Wall Street Institute.
- Permette di ottenere in un unico corso **35 punti E.C.M. per gli anni 2010/2011.**

Per maggiori informazioni rivolgersi al Segretario Dott. Roberto Monaco.  
(3479559272) o direttamente al Wall Street Institute Via Massetana Romana, 56 –  
Siena.

Tel 0577/271919 - 0577/220063 [www.wsisiena.it](http://www.wsisiena.it)

# *La pagina scientifica*

**Tu puoi fare qualcosa?**  
*Dott. Angelo Colodoro,*  
*Policlinico S. Maria alle Scotte, Siena*

**Allergie da farmaci**  
*Prof. Marco Saletti, Prof. Anna Laura Pasqui*  
*Policlinico S. Maria alle Scotte, Siena*



## **TU PUOI FARE QUALCOSA?**

*Dott. Angelo Collodoro, Responsabile Endoscopia Toracica, Pneumologia Universitaria  
Policlinico S. Maria alle Scotte, Siena*

Il tumore polmonare oggi è la neoplasia che uccide di più: siamo arrivati quasi a 1.5 milioni di morti/anno. E continua ad aumentare, perché l'industria del tabacco si sta rivolgendo anche al mercato dei paesi in via di sviluppo, (e nessuno la ferma). La diagnosi clinica è quasi sempre tardiva, quando è sintomatico nell'80% dei casi è già inoperabile. La sopravvivenza a 5 anni, misura della prognosi di un tumore, negli anni è migliorata in tutte le neoplasie, ma nel polmone è ferma agli anni settanta: come allora, anche ora siamo al 10-15%. Negli anni fine '70 - inizi '80 è stato tentato lo screening con risultati negativi. Successivamente questi studi hanno avuto molte critiche per la metodologia e l'impostazione "discutibili". Più recentemente verso la fine del '90 e i nostri giorni, ha ripreso vigore la fiducia nello screening, adoperando tac spirale, ma a tutt'oggi ci sono diversi problemi, il mondo scientifico si è spaccato in due, pro e contro lo screening nel tumore polmonare, e si attendono i risultati degli studi controllati, americano e nord-europeo, che daranno risposte nei prossimi anni. Ma in quasi tutti gli studi finora eseguiti, la popolazione in studio è sempre stata quella dei "forti fumatori" (20 sig./di), evidentemente perché il fumo rappresenta la causa del 90% dei tumori polmonari, ma non è stata fatta altra associazione. In anni recenti, una sempre maggior mole di dati, ci riporta a Virchow, come cita un recente articolo di Lancet: il nesso tra infiammazione e cancro, risulta sempre più chiaro, e la connessione tra le due patologie è valida per tutte le strutture dell'organismo. Nel nostro caso, se l'incidenza di cancro polmonare nei forti fumatori scrinati con tac è di 1.2-1.8%, come nel cancro della mammella scrinato con la mammografia, questa incidenza sale di 4-6 volte se si associa al fumo anche l'infiammazione delle vie aeree: i soggetti forti fumatori con BPCO (bronco pneumopatia cronica ostruttiva) hanno un'incidenza di cancro polmonare 4-6 volte maggiore dei forti fumatori senza BPCO. Ma quanti sono i fumatori con BPCO? Dal 25 al 50% dei fumatori presenta bronco-ostruzione ! Sono i fumatori con la "tosse mattutina del fumatore", che si sentono normali perché è "la tosse del fumo", ma non sanno che il fumatore sano non ha nessun sintomo respiratorio, nemmeno la tosse, mentre quando cominciano i sintomi, la tosse, siamo già in fase di malattia conclamata, la BPCO. Ancora. Le metodiche radiologiche permettono la diagnosi precoce dei tumori polmonari periferici, adenocarcinomi. Ma i tumori centrali, carcinomi squamosi, in fase precoce non sono evidenziabili radiologicamente, sono correlati alla presenza di BPCO, e in Italia, anche se in calo, rappresentano ancora il 40% dei tumori polmonari. La diagnosi precoce del carcinoma squamoso è solo citologica, si fa abitualmente sulla citologia dell'espettorato, ma la sensibilità della metodica classica morfologica è bassa, 10-15%. Oggi abbiamo a disposizione tecniche più sofisticate, genetiche, che consentono una valutazione semiquantitativa del Dna della cellula dell'espettorato, con livelli di sensibilità e specificità dell'ordine del 90%.

Le linee guida internazionali attuali dicono che non ci sono dati univoci e concordanti per fare lo screening nel cancro polmonare. Potrebbero fermarsi qui, invece continuano: “ se avete un soggetto a rischio (forte fumatore), cercate di inserirlo in uno studio, o, se ciò non è possibile, affidatelo a strutture riconosciute d’esperienza, che lo seguano da vicino”, ma comunque fate qualcosa, ma non lasciatelo al suo destino prevedibilmente infausto. Mettendo insieme tutti questi dati, e avendo finalmente trovato le risorse (HUMAN HEALTH FOUNDATION onlus, di Spoleto), siamo in condizioni di presentare lo studio: SISPO STUDY, PROGETTO DI PREVENZIONE/DIAGNOSI PRECOCE DEL CANCRO POLMONARE. (SISPO= SIena-SPOleto). Studio multicentrico (Siena, Spoleto, Foligno), che arruola 4000 soggetti forti fumatori (20 sig./di da almeno 20 anni, o ex fumatori della stessa quantità di sigarette, che hanno smesso meno di 10 anni prima), età 50-70 anni, affetti da BPCO. I soggetti all’arrivo al centro (Ospedale di Siena, di Spoleto, di Foligno) sono sottoposti a spirometria per valutare la presenza di BPCO. Se presenta bronco-ostruzione ( $FEV1/FVC < 70\%$ ), ottenuto il consenso informato, il soggetto viene arruolato: si esegue un prelievo di sangue, urina, espettorato spontaneo o indotto, e si fa una radiografia del torace standard. (Le linee guida internazionali sull’uso della tac spirale nello screening del cancro polmonare, hanno posto un cut-off a 5 mm. per i noduli polmonari: cioè fino a questa dimensione i noduli non vengono “inseguiti” con diagnostica più ravvicinata, ma si ripete l’esame l’anno successivo, cioè si ignorano. Il potere di risoluzione della radiografia del torace è superiore a 5 mm., cioè, in mani esperte si vedono noduli anche di 2- 3mm, e sicuramente quelli di 5mm. Allora anche per motivi finanziari ( 20 euro della radiografia contro 120 della tac), abbiamo scelto la vecchia radiografia. I soggetti che presentano alterazioni citologiche all’espettorato, o radiologiche , vengono richiamati per eseguire una broncoscopia ad autofluorescenza (broncoscopia che “vede” le lesioni precancerose, displasie: fino alla displasia lieve, moderata si osserva soltanto, in presenza di displasia severa o ca in situ si esegue una “bruciaturina” con elettrocoagulatore, e con questo intervento minimo si è prevenuto un cancro polmonare. Lo stesso comportamento che si tiene nello screening del cancro della cervice uterina. Se invece si trova un cancro centrale già invasivo, o un nodulo polmonare periferico, di cui si accerta la crescita, si manda dal chirurgo toracico per l’exeresi. La sopravvivenza a 5 anni del 1° stadio A supera l’85%!

End - point primari dello studio: prevenzione del carcinoma squamoso del polmone; diagnosi precoce dell’adenocarcinoma periferico; diagnosi precoce della BPCO, con conseguente prevenzione dell’insufficienza respiratoria, sua naturale conseguenza.

A tutti i colleghi della Toscana pongo una domanda: è deontologicamente corretto continuare a lasciar morire di cancro polmonare i nostri pazienti, solo perché non sono in grado di smettere di fumare, e perché le linee guida ci dicono di usare il buon senso, ma non ci obbligano a farlo? Dal momento che i dati che ho presentato sono tutti concordemente accettati, che cioè il tumore polmonare è la neoplasia dei fumatori con BPCO, e che i BPCO sono in aumento in tutto il mondo, e rappresentano la più diffusa patologia respiratoria, basta andare a cercare in questa popolazione, e troveremo i massimi risultati. Uno studio così ampio e complesso non si può fare senza il fattivo contributo dei medici di famiglia, quindi chiedo a tutti voi una collaborazione particolare, (e spero di ricambiarla, fondi permettendo), per far partire dalla Toscana, un messaggio di speranza per il cancro polmonare.

Recapiti: collodoro.angelo@yahoo.it

angelo.collodoro@tin.it

telefono: 0577586794// 586710// 586786

Policlinico S. Maria alle Scotte di Siena: 0577585111//585689

## **ALLERGIE DA FARMACI**

*Prof. Saletti Marco, Dirigente Medico 1° Livello – U.O. Complessa Medicina 3; Prof. a contratto Scuola di specializzazione Medicina Interna*

*Prof. Pasqui AnnaLaura, Dipartimento Universitario Medicina Clinica e scienze Immunologiche – U.O.C. Medicina 3*

E' il campo più difficile e rischioso per l'Allergologo, stante anche la mancanza di prodotti diagnostici specifici per test in vitro.

I pazienti che necessitano di una valutazione sono quelli che, dopo assunzione del farmaco, hanno avuto i sintomi tipici di una reazione allergica quali reazioni anafilattiche, orticaria-angioedema, broncospasmo, rinite, dermatite da contatto, eruzioni esantematiche, esantema acuto pustoloso generalizzato, sindrome di Stevens-Johnson e sindrome di Lyell.

Le reazioni avverse a farmaci (RAF) si distinguono in prevedibili e non prevedibili. Lo specialista in Allergologia ha il compito di valutare le RAF non prevedibili ed in particolare quelle da ipersensibilità sia allergiche, cioè mediate da meccanismi immunologici noti, che pseudoallergiche che cioè mimano le reazioni IgE mediate, ma nelle quali non sono dimostrati meccanismi immunologici.

Il percorso diagnostico terapeutico, approvato dalla Regione Toscana nel 2003, prevede livelli di competenza con tappe ben precise. Il percorso parte dal livello di base costituito dal medico non specialista in Allergologia che può essere per esempio il Medico di Medicina Generale, ed è compito di questo raccogliere un'anamnesi accurata, e di prescrivere tutti quegli esami ematici e/o strumentali utili a definire meglio l'eziopatogenesi della reazione avversa al farmaco.

La struttura ospedaliera di Allergologia specializzata in RAF, come la nostra U.O.S. "Allergie Alimentari e da Farmaci", si occuperà del management delle reazioni avverse ai farmaci, dei test di tolleranza con farmaco sospetto o alternativo (in caso di positività dei test cutanei), dell'educazione del paziente, delle consulenze ai Medici di Medicina Generale e delle consulenze ai reparti di degenza. La maggior parte dei casi dovrà trovare soluzione a questo livello per rispondere alle esigenze terapeutiche del paziente.

Riguardo alla frequenza con la quale le varie classi di farmaci provocano reazioni da ipersensibilità ai primi posti troviamo beta-lattamici e antinfiammatori non steroidei (FANS), seguiti da antibiotici non betalattamici, sulfamidici, anestetici locali e generali, mezzi di contrasto radiografico, insulina, vaccini, ticlopidina, ace-inibitori ed eparina e di recente i farmaci biologici.

## **ANTIBIOTICI BETA-LATTAMICI**

I beta-lattamici sono gli antibiotici più impiegati: sia per questo motivo che per la loro immunogenicità sono i farmaci più spesso causa di reazioni allergiche. Nella nostra esperienza sono al primo posto tra le classi di farmaci imputati di reazioni allergiche da farmaci.

Il dosaggio delle IgE totali e specifiche in vitro mediante test commerciali ampiamente disponibili quali ImmunoCAP Total IgE e Specific IgE è fornito, per le nostre esigenze, dal Laboratorio di Immunologia e Allergologia Respiratoria della U.O.C. Pneumologia Universitaria, al quale inviamo i campioni di sangue dei pazienti che hanno manifestato una reazione allergica da beta-lattamico. Il limite maggiore è dato dalla disponibilità di pochi allergeni quali penicilloyl C e V, amoxicillina, ampicillina e cefaclor. E' da notare che si tratta di determinanti maggiori, molecole cioè in cui l'anello beta-lattamico è aperto per cui

la molecola è legata ad un carrier; l'epitopo può essere presente invece su un determinante minore, cioè sulla molecola come tale, con l'anello beta-lattamico chiuso. Il vantaggio rispetto ai test cutanei è quello di non comportare rischio per i pazienti e si può effettuare nei pazienti con malattie cutanee intercorrenti per i quali non è possibile utilizzare le prove cutanee.

I test cutanei sono rappresentati dal prick, intradermoreazione a lettura immediata e ritardata e dai patch test. La sequenza è dettata dal tipo di reazione: nelle reazioni ritardate si inizia con il patch test ed in caso di esito negativo si effettuano prick ed intradermoreazioni a lettura immediata e ritardata. I test intradermici a lettura ritardata sono più sensibili del patch nelle reazioni ritardate, ma in alcuni casi possono provocare reazioni sistemiche. Il prick test deve essere sempre effettuato prima del test intradermico. Il test intradermico viene effettuato a partire da 0,2 mg/ml fino ad arrivare alla concentrazione di 20mg/ml. Nei casi di gravi reazioni è opportuno impiegare concentrazioni iniziali ancora più basse, poiché le reazioni sistemiche, in particolare al test intradermico, possono essere molto gravi.

Nel nostro ambulatorio allergologico vengono testati di routine il determinante maggiore della penicillina G (o PPL), la miscela di determinanti minori (o MDM), amoxicillina e cefuroxim. A questa batteria vengono aggiunti altri beta-lattamici in base alla storia clinica, testando anche quello sospetto solo in caso di reazioni allergiche lievi.

Interpretazione dei risultati: il risultato del prick e del test intradermico viene valutato dopo 20'. Si considera positivo il test che provoca un pomfo del diametro di almeno 5 mm con eritema ed eventuale prurito. E' necessario effettuare diverse letture del test intradermico (3, 6, 12 e 24 ore) poiché reazioni ritardate a tipo papula rossa con prurito sono frequenti ed indicative generalmente di una sensibilizzazione di tipo cellulo-mediato. Sono possibili anche se più rare, positivizzazioni molto ritardate (3-6 giorni). I patch test vengono letti routinariamente a 48 e 72 ore.

Il livello di ipersensibilità diminuisce con il tempo, con una cinetica estremamente diversa da paziente a paziente. In generale si negativizzano prima i test sierologici e successivamente i test cutanei. E' quindi importante effettuare le prove allergologiche al più presto, dopo una reazione, anche se non prima di un mese. E' quindi possibile che dopo anni, ma a volte anche dopo mesi da una reazione allergica, i test risultino negativi. In questi casi è quindi necessario un test di tolleranza ed una ripetizione dei test cutanei dopo circa un mese dal test di tolleranza.

I pazienti con reazioni di tipo ritardato mantengono più a lungo la positività cutanea rispetto a quelli con reazioni di tipo immediato.

Test di tolleranza: anche utilizzando nelle prove cutanee numerosi determinanti circa un terzo dei pazienti risultati negativi ai test cutanei, necessita una risomministrazione controllata per confermare o escludere una sensibilizzazione. In pazienti con anamnesi suggestiva di una reazione ad un beta-lattamico e con prove cutanee e sierologiche negative dovrà essere effettuato il test di tolleranza con il farmaco sospetto.

Noi utilizziamo un protocollo in due sedute:

1° seduta: placebo, 1/100 della cp dopo un'ora e 1/10 della cp dopo un'altra ora;

2° seduta: ½ cp e dopo un ora ½ cp e dimissione dopo la terza ora.

In alcuni centri il test viene invece svolto in tre sedute riservando una cp intera al terzo giorno.

Il test di tolleranza trova indicazione nei casi in cui vengono riferite reazioni a tipo orticaria, angioedema, rash morbilliformi o maculopapulari o quando i sintomi riferiti sono vaghi, soggettivi o quando il rapporto tra assunzione del farmaco ed i sintomi è molto dubbio. Deve

essere evitato in caso di sospette reazioni gravi quali shock, edema della glottide, eruzioni cutanee di tipo bolloso, e quando il rapporto tra assunzione del farmaco e comparsa dei sintomi è molto chiaro.

Sebbene studi prospettici non siano disponibili dopo un test di tolleranza con un beta-lattamico, è prudente ripetere i test cutanei dopo circa un mese per verificare se il test di tolleranza abbia ri-sensibilizzato o neo-sensibilizzato il paziente.

In molti casi, soprattutto in presenza di sicura reazione allergica ad una classe di farmaci, è prevista la somministrazione di antibiotici di classe diversa (per esempio macrolidi o chinoloni in caso di allergia a betalattamici).

Le indicazioni da parte dell'ENDA per i test con antibiotici in linea generale sono:

escludere un'etichetta di allergia a farmaci in una storia non suggestiva e con sintomi che possono ricordare le reazioni vasovagali

dimostrare sicuro un farmaco che non è strutturalmente correlato in un paziente allergico a farmaci (ad esempio test di tolleranza con macrolidi in un paziente allergico ai beta-lattamici)  
escludere una crossreattività tra farmaci dello stesso gruppo (test di tolleranza con cefalosporine in un paziente allergico all'amoxicillina)

- 1) stabilire la diagnosi in una storia suggestiva di allergia a farmaci ma con test allergologici negativi, o non conclusivi o non disponibili (una reazione maculopapulare durante un trattamento con aminopenicilline); ovviamente quest'ultima indicazione è a più alto rischio.

## **FARMACI ANTINFIAMMATORI NON STEROIDEI (FANS)**

Fondamentalmente possiamo distinguere due diverse tipologie di pazienti:

- 1) reazione orticaria-angioedema con più di un FANS. Questi pazienti riferiscono sintomi cutanei in seguito all'assunzione di più di un FANS. Questa situazione si presenta frequentemente in molte casistiche pubblicate in letteratura, anche se spesso il dato anamnestico non viene convalidato da test di provocazione con tutti i FANS sospetti. In caso di comprovata reazione con più di un FANS, l'ipotesi prevalente è che esista una reattività crociata che coinvolge tutti i FANS inibenti la COX-1. In questi tipi di reazioni si esegue un test di tolleranza con nimesulide, che nella nostra esperienza viene tollerata nella quasi totalità dei casi; qualora il paziente riferisca una reazione avversa anche con nimesulide è opportuno un test di tolleranza con etoricoxib.
- 2) Reazione orticaria-angioedema con un solo FANS. Alcuni pazienti riferiscono una o più reazioni avverse con un solo FANS ed una buona tolleranza con altri FANS. Questa viene considerata una reazione IgE mediata e quindi specifica per il farmaco. In questo caso si può effettuare un test di tolleranza con un altro FANS inibente la COX-1 con esito negativo nella maggior parte dei casi. Se l'esito è negativo si procede comunque ad un test di tolleranza con nimesulide.

A parte il test di tolleranza, non esistono prove allergologiche in vivo od in vitro dotate di predittività come per gli antibiotici betalattamici.

## **CHINOLONI**

Negli ultimi anni sono arrivati alla nostra attenzione diversi casi di reazioni di tipo immediato a chinoloni caratterizzate da orticaria, angioedema e shock.

Il consumo di questi antibiotici è in crescente aumento poiché i nuovi fluorchinoloni hanno un ampio spettro d'azione, a differenza dei primi che venivano impiegati principalmente per le infezioni delle vie urinarie. In letteratura sono state descritte numerose reazioni avverse di sospetta natura immunologica e tra queste le più numerose sono quelle di tipo immediato. Alcuni autori hanno riportato test cutanei con chinoloni (prick ed intradermoreazioni a lettura immediata) con esito positivo, ma altri hanno riscontrato che i test cutanei non sono attendibili, essendo positivi anche nei controlli, oppure hanno ottenuto test cutanei negativi e test di provocazione positivi.

Da segnalare che la maggior parte dei pazienti presenta positività per più di un farmaco di questa categoria, dimostrando quindi una larga reattività crociata, confermata anche da numerose segnalazioni bibliografiche di reazioni avverse con più di un chinolonico.

### **ANESTETICI LOCALI E GENERALI**

Le reazioni avverse ad anestetici locali di comune uso odontoiatrico e per la chirurgia minore (ad esempio mepivacaina, lidocaina, articaína) nella maggioranza dei casi non sono reazioni allergiche ma si tratta piuttosto di reazioni vaso-vagali o di reazioni di ipersensibilità ai vasocostrittori.

Nonostante quindi solo in rari casi sia giustificato il ricorso all'Allergologo ed in particolare nei casi di reazioni avverse obiettivate (in particolare orticaria e angioedema) le richieste di test di valutazione per anestetici locali che arrivano al ns. ambulatorio sono sempre più numerose.

In questi casi viene effettuato un test di tolleranza, per via sottocutanea a dosaggio scalare da 0,1 ml poi 0,5 ml ed infine 1 ml (previo prick ed intradermo a dosaggio crescente dopo opportune diluizioni), con un anestetico locale alternativo a quello sospetto di aver provocato la reazione allergica.

Da ricordare inoltre che le richieste di test allergologici "preventivi" per anestetici locali in pazienti con reazioni avverse ad altri farmaci o addirittura con allergie respiratorie sono inappropriate.

Gli anestetici generali in particolare propofol, midazolam, fentanil e atracurio possono provocare reazioni allergiche anche di notevole gravità. L'indicazione è di effettuare le prove cutanee solo nei pazienti con riferita reazione avversa in corso di anestesia generale, con i farmaci sospetti, nei mesi successivi alla reazione. I test cutanei per anestetici ed in particolare quelli che impiegano anestetici generali sono da eseguire preferibilmente in presenza dell'Anestesista - Rianimatore per cui al momento attuale il ns. ambulatorio esegue di routine il protocollo diagnostico solo per gli anestetici locali.

### **MEZZI DI CONTRASTO IODATI**

I mezzi di contrasto (MDC) iodati sono soluzioni altamente concentrate di derivati benzenici iodati, usate per aumentare la risoluzione delle procedure diagnostiche radiologiche. Sebbene questi prodotti siano ritenuti relativamente sicuri, in alcuni casi possono causare reazioni avverse dopo la loro somministrazione suddivisibili in tre differenti tipi: 1) eventi non correlati alla esposizione al MDC, 2) reazioni tossiche, 3) reazioni da ipersensibilità. Queste ultime suddivisibili a loro volta in immediate quando si presentano entro un'ora dalla somministrazione e non immediate quando invece si manifestano nelle ore successive.

Il prurito e l'orticaria lieve sono le più comuni manifestazioni immediate e si presentano

nel 70% dei pazienti con reazioni avverse al MDC. Si possono avere comunque reazioni estremamente gravi come lo shock anafilattico e l'arresto cardio-respiratorio.

La reazione non immediata più frequente ai MDC è il rash maculo-papulare osservato in più del 50% delle reazioni non immediate; seguono l'eritema, l'orticaria, l'angioedema, l'esantema maculare o l'eruzione cutanea desquamante. Per fortuna più rari sono i casi di reazioni cutanee severe come la sindrome di Stevens-Johnson, la necrolisi tossica epidermica e le vasculiti cutanee.

Il fattore di rischio più significativo per una reazione di ipersensibilità immediata è una precedente reazione al MDC. Altri fattori di rischio che possono condizionare lo sviluppo di reazioni immediate più severe sono l'allergia severa, l'asma bronchiale, le malattie cardiache e il trattamento con beta-bloccanti. Fattori predisponenti per reazioni cutanee non immediate sono pregresse reazioni avverse indotte da MDC, livelli di creatinina >2.0 mg/dl ed una storia di allergia da farmaci e da contatto.

Le reazioni immediate da ipersensibilità ai MDC nella maggior parte dei casi sono legate al rilascio di mediatori vasoattivi (istamina, tritasi, ecc) e/o sintetizzati ex novo (LTC<sub>4</sub>, PGD<sub>2</sub>, PAF, ecc) dai basofili e dai mastociti conseguentemente a:

- 1) ad un effetto diretto sulla membrana correlato all'osmolarità della soluzione del MDC o alla struttura chimica della molecola del MDC
- 2) ad una attivazione del sistema complementare
- 3) ad un meccanismo IgE mediato.

Molte delle eruzioni cutanee non immediate indotte dalla somministrazione del MDC sembrano essere invece reazioni allergiche mediate da cellule T.

Nella diagnosi delle reazioni da ipersensibilità immediata fino a qualche anno fa le prove cutanee con prick e ID erano effettuate raramente e soltanto nei pazienti con reazioni severe: un recente studio multicentrico europeo ha evidenziato invece che nei pazienti con reazioni immediate le prove cutanee risultano positive nel 26% dei casi, ma tale percentuale di positività sale al 50% se i pazienti sono sottoposti a prove cutanee 2-6 mesi dopo la reazione avversa al MDC.

Attualmente non esistono esami commerciali per la misurazione dei livelli plasmatici delle IgE specifiche per i MDC e il valore del test nella diagnosi di reazioni severe immediate rimane ancora da stabilire.

Riguardo ai test di provocazione può essere effettuato il "challenge a dosaggi crescenti": tale test, anche se sembra efficace nell'identificare i pazienti a rischio, non è assolutamente adatto per l'uso routinario a causa dei tempi estremamente lunghi previsti dal protocollo.

La diagnosi delle reazioni da ipersensibilità non immediata si avvale dei patch con il MDC non diluito con lettura dopo 2 e 3-4 giorni e dei test intradermici con MDC opportunamente diluito a lettura ritardata dopo 1-3 giorni; tali indagini sembrano essere specifiche ed utili nella diagnostica allergologica delle reazioni cutanee non immediate ai MDC.

A conclusione da una revisione della letteratura possiamo dire che un paziente con pregressa reazione avversa al MDC non dovrebbe essere esposto di nuovo a queste sostanze. Tuttavia se una procedura radiologica con MDC si rileva assolutamente necessaria sarà opportuno scegliere un MDC diverso dal precedente, a bassa osmolarità e risultato negativo alle indagini allergologiche cutanee.

Sarà bene non fidarsi completamente della premeditazione con corticosteroidi e antistaminici per prevenire l'anafilassi e conseguentemente effettuare la procedura diagnostica radiologica in ambiente protetto con farmaci di pronto intervento.

## **PROTOCOLLI DI DESENSIBILIZZAZIONE NEI PAZIENTI A RISCHIO**

Nei soggetti che hanno presentato reazioni avverse ad un farmaco, spesso non è possibile trovare un farmaco alternativo per cui se questo farmaco è considerato indispensabile dovrà essere somministrato attraverso un protocollo di desensibilizzazione.

Questa procedura consiste nel somministrare a dosi progressivamente crescenti il farmaco che aveva provocato in precedenza la reazione avversa fino ad arrivare alla dose massima efficace, terapeutica tollerata. Il termine desensibilizzazione è utilizzato solo nelle reazioni IgE mediate; invece nelle reazioni non allergiche viene utilizzato il termine di “induzione di tolleranza”.

La desensibilizzazione induce un momentaneo stato di tolleranza che deve essere mantenuto somministrando il farmaco in maniera continuativa; se infatti il farmaco viene interrotto, lo stato di tolleranza viene perso in poche ore o giorni.

La desensibilizzazione è controindicata nei soggetti con asma o malattie cardiache non controllate; nei pazienti in trattamento con beta-bloccanti, malattie epatiche e renali dovrebbe essere considerata dopo un’attenta valutazione del rischio/beneficio; è assolutamente controindicata nei soggetti che hanno manifestato reazioni con pericolo di vita o malattie bollose come SJS/TEN.

Dal momento che la desensibilizzazione può essere associata ad un rischio elevato di reazioni avverse dovrebbe essere effettuata in ambiente idoneo per unità di rianimazione e da medici ed infermieri addestrati per il trattamento dell’anafilassi.

Molti protocolli rapidi sono stati sviluppati nelle reazioni da antibiotici (principalmente penicilline), da allopurinolo e da altri farmaci. Possono essere utilizzate procedure orali e parenterali. Per i farmaci che sono somministrati per via orale viene preferita la desensibilizzazione per via orale che sembra essere più sicura, più facile e meno costosa. Di regola la desensibilizzazione dovrebbe partire da 1/10.000 del dosaggio terapeutico; comunque eventuali dosi più basse (1/100.000) potranno essere prese in considerazione in presenza di reazioni sistemiche gravi, ed in base ai risultati dei test cutanei, nelle situazioni dove è possibile effettuarli. Una volta raggiunta la dose terapeutica il paziente continuerà le somministrazioni fino a quando il trattamento non sarà completato. Successivamente, se avrà di nuovo necessità dello stesso farmaco, la desensibilizzazione sarà ripetuta.

Nella gestione di tali protocolli di desensibilizzazione diventa fondamentale il rapporto di collaborazione con la Farmacia interna che ci fornisce il farmaco, in capsule, a dosaggi crescenti (per esempio per l’allopurinolo le preparazioni in cps vanno da 50 mcg a 500 mcg fino a 5 e 25 mg rispetto alla cp del commercio da 100 e 300 mg).

## **CONCLUSIONI**

Ambiti così vasti ed in continua evoluzione come quelli dell’immunologia, della biologia molecolare, della genetica, mettono in difficoltà gli stessi specialisti in Allergologia e Immunologia Clinica, i quali non sono più in grado di seguire in modo approfondito lo sviluppo delle ricerche e delle conoscenze, se non limitatamente ad alcuni settori di interesse. Tuttavia anche il medico di Medicina Generale, per lo svolgimento della propria professione, deve essere messo in grado di poter accedere a conoscenze oggi indispensabili non soltanto dal punto di vista culturale, ma anche per una sempre migliore capacità diagnostica e di indirizzo terapeutico in un settore, epidemiologicamente sempre più rilevante, come quello dell’allergologia.

Nell’ambito dell’Azienda Ospedaliera Universitaria Senese sono attualmente operanti strutture assistenziali dedicate all’Allergologia.

L'U.O.S. di Allergie Alimentari e da Farmaci (Prof. A.L. Pasqui e dr. M. Saletti) svolge tale attività nella Sezione di Medicina Interna-Medicina 3 diretta dal Prof. Auteri e si avvale sia di strutture ambulatoriali che di ricovero.

Tale struttura si occupa della diagnosi, prevenzione e terapia delle allergopatie con particolare riferimento ad allergie alimentari e da farmaci.

L'attività è prevalentemente ambulatoriale con possibilità di ricovero nei casi complessi che richiedano un intervento diagnostico e terapeutico che preveda un periodo di osservazione prolungato per il rischio di reazioni di tipo ritardato.

---

---

Proprietà e Direzione:  
Ordine dei Medici della Provincia di Siena  
Direttore responsabile: Dott. Fulvio De Pascalis  
Redazione: Dott. Roberto Monaco  
Autorizzazione del Tribunale di Siena n. 85 del 27.1.1951  
Stampa: Industria Grafica Pistolesi - Editrice Il Leccio s.r.l.  
Via della Resistenza, 117 - Badesse Monteriggioni - Siena  
Tel. 0577 309357 - 0577 309365 - Fax 0577 309370  
www.extempora.it - e-mail: igp.pistolesi@leccio.it