

# BOLLETTINO

Volume 81  
Numero 5  
Settembre-Ottobre 2004

dell'Ordine Provinciale dei Medici  
Chirurghi e degli Odontoiatri di Como

---

**Direttore:** Piergiuseppe Conti

**Direttore Responsabile:** Piergiuseppe Conti

**Redazione:** G. Luigi Spata, L. Frigerio,  
M. Russello

**Comitato di Redazione:**

*Il Consiglio Direttivo dell'Ordine:*

P. G. Conti, Presidente;

P. Ferraris, Vice Presidente;

M. Nespoli, Segretario;

G. F. Prada, Tesoriere;

Consiglieri: L. Bianchi, F. Brenna,

I.M. Fini, R. Gini, M. Guidotti,

G.V. Melfa, M. Mariani, G. Moltrasio,

G. Nicastro, G.E. Rivolta, M. Russello,

G.L. Spata, P.G. Vegezzi

Revisori dei Conti effettivi: L. Frigerio,

M. Galli, G. Mastroeni

Supplente: D. Bellocco

*Commissione Albo Odontoiatri:*

I. Casartelli, F. De Simone, M. Mariani,

G. Prada, C. Scifo

---

DIREZIONE

REDAZIONE AMMINISTRAZIONE:

COMO - Via M. Masia, 30

Tel. 031572613 - Fax 031572466

Proprietà Ordine dei Medici Chirurghi e degli  
Odontoiatri di Como

Autorizz.:

Tribunale di Como n. 11, aprile 1986

Stampa: CESARENANI s.r.l. - Lipomo (Como)

Poste Italiane s.p.a.

- Spedizione in Abbonamento Postale -

D.L. 353/2003 (conv. in L. 27/02/2004 n° 46)

art. 1, comma 1, DCB Como

---

**In copertina:**

*Mario Radice:* Composizione astratta-vele (fine anni '30)

Pastelli a olio su cartone, cm 23,5x18,5 - Collezione privata

---

## RUBRICHE

Comunicati dalla Segreteria .....	2
Contributi .....	6
Convegni e corsi di aggiornamento .....	8
Opportunità di lavoro .....	30
Rubrica sindacale.....	31
Elenco supplenti .....	32

## ATTIVITÀ DELL'ORDINE

Consiglio Direttivo.....	34
Commissione Medica .....	44

## FONDO GENERICI PRESTAZIONI DI INVALIDITÀ TEMPORANEA

Per i primi 30 gg. di malattia e conseguente assenza dal servizio

DENUNCIARE ENTRO 10 GG. DALL'EVENTO A:

Assicurazioni Generali  
Viale di Villa Massimo, 39  
00161 Roma  
Tel. 0644248314 - Fax 0644233895

MEDICI  
DI MEDICINA  
GENERALE

DENUNCIARE ENTRO 5 GG. DALL'EVENTO A:

Servizio Malattia Medici  
Sezione continuità assistenza ed  
emergenza Territoriale  
Via G. B. De Rossi, 12  
00161 Roma  
Tel. 0644238341 - Fax 0644232726

MEDICI  
DI GUARDIA  
MEDICA  
E 118

DENUNCIARE ENTRO 20 GG. DALL'EVENTO A:

Assicurazione AIG Europe  
(Sig. Astolfi 0236901)  
La denuncia va fatta alla:  
G.P.A. Servizio Medici Pediatri  
Via M. Gioia, 124  
20125 Milano  
Tel. 02676281 (Sig. Cavallari)

PEDIATRI  
DI BASE

## FONDAZIONE ONAOSI COMUNICATO DELLA GIUNTA ESECUTIVA DEL 12 NOVEMBRE E DEL CONSIGLIO DI AMMINISTRAZIONE DEL 13 NOVEMBRE 2004

In data 12 novembre si è riunita la **Giunta Esecutiva** della Fondazione Onaosi presieduta dal Presidente Dr. Aristide Paci.

In apertura di seduta il Presidente ha comunicato, tra l'altro, l'approvazione, da parte dei Ministeri Vigilanti della delibera che regola le condizioni di accesso alla Casa per Sanitari Anziani di Montebello.

È stato adottato un provvedimento che riconferma la scelta di individuare tra i ragazzi ospiti laureandi le figure dei Tutor per l'A.A. 2004/2005, mediante selezione con avviso interno.

Successivamente la Giunta ha nominato i membri delle commissioni per la valutazione delle tesi per l'Edizione 2004 del "Premio Barucchello", riservato ai figli dei sanitari contribuenti che abbiano conseguito la laurea con 110/110 e lode e, in merito alla gestione delle attività della Fondazione, ha varato la disciplina che regola gli interventi per i soggetti assistiti disabili e assegnato sussidi assistenziali agli aventi diritto per un importo complessivo di Euro 2.995.889,15.

Inoltre, è stata deliberata l'ospitalità presso le strutture della Fondazione, con relativo rimborso spese, ai corsisti assistiti che parteciperanno alle selezioni Master e programma Start edizione 2004/2005.

La Giunta Esecutiva ha infine, adottato una serie di provvedimenti relativi all'ordinaria gestione delle attività della Fondazione.

\* \* \*

Il giorno successivo, 13 novembre 2004, si è riunito il **Consiglio di Amministrazione** della Fondazione Onaosi, presieduto dal Presidente Paci.

Ad inizio di seduta il Presidente e il Direttore Generale hanno riferito tra l'altro al Consiglio dello stato delle trattative circa il rinnovo CCNL AdEPP.

Successivamente è stato trattato il rinnovo del contratto dell'attuale Rettore degli Istituti Maschili di Perugia, incarico rinnovato sino a fine luglio 2004.

In previsione di un potenziamento e miglioramento delle strutture e attività ricettive della Fondazione, il CdA ha confermato il mandato alla Presidenza di procedere alla trattativa per l'eventuale acquisto di una porzione di immobile per il Centro Formativo di Bologna.

Il Consiglio di Amministrazione si è inoltre relazionato sul piano annuale degli interventi, analizzando i dati della spesa per "Assistenza" degli ultimi due anni, e aggiornando

nandolo con alcune precisazioni numeriche.

Parte importante della seduta consiliare è stata dedicata all'esame e approvazione delle nuove quote per il periodo 2005/2010, tenendo conto, in particolare, delle situazioni relative ai sanitari giovani, specializzandi o a "basso reddito".

Le nuove quote tengono conto dell'ulteriore suddivisione in diverse fasce di reddito, oltre che dell'età, con una ulteriore riduzione del contributo a favore dei contribuenti con meno di 5 anni di iscrizione all'albo professionale, di chi frequenti un corso di prima specializzazione in discipline sanitarie e di chiunque abbia un reddito annuo inferiore

Quota annua	Equivalente a Quota/mese	Tipologia contribuente
€ 12,00	€ 1,00	per i contribuenti con meno di cinque anni complessivi di iscrizione al rispettivo ordine professionale
€ 12,00	€ 1,00	per i contribuenti che, a prescindere dall'età anagrafica e dall'anzianità di iscrizione all'ordine professionale, frequentino un corso di prima specializzazione in discipline sanitarie
€ 12,00	€ 1,00	per i contribuenti che, a prescindere dall'età anagrafica e dall'anzianità di iscrizione all'ordine professionale, dimostrino di possedere un reddito complessivo individuale imponibile annuo inferiore a Euro 14.000,00
€ 12,00	€ 1,00	o in alternativa, un contributo una tantum di Euro 60,00 per i contribuenti aventi un'età superiore ai 67 anni, salvo che non abbiano regolarmente versato contributi all'Onaosi per 30 anni, nel qual caso sono affatto esentati da obblighi contributivi, senza perdita del relativo status
€ 36,00	€ 3,00	per i contribuenti aventi un'età inferiore ai 33 anni e un reddito complessivo individuale imponibile annuo superiore a Euro 14.000,00 e inferiore a Euro 28.000,00
€ 72,00	€ 6,00	per i contribuenti aventi un'età superiore ai 33 anni e inferiore ai 67 anni, aventi un reddito complessivo individuale imponibile annuo superiore a Euro 14.000,00 e inferiore a Euro 28.000,00
€ 120,00	€ 10,00	per i contribuenti aventi un'età inferiore ai 33 anni e un reddito complessivo individuale imponibile annuo superiore a Euro 28.000,00
€ 120,00	€ 10,00	per i contribuenti aventi un'età superiore ai 33 anni e inferiore ai 67 anni, aventi un reddito complessivo individuale imponibile annuo superiore a Euro 28.000,00

Tali quote entreranno in vigore dopo la prevista approvazione da parte dei Ministeri vigilanti.

Appare utile sottolineare che, a fronte delle novità illustrate, il Consiglio di Amministrazione della Fondazione ha agito nella logica del perseguimento di alcuni obiettivi di fondo, quali, la massima riduzione del carico contributivo pro-capite nel necessario rispetto dell'equilibrio della gestione, la razionalizzazione delle spese, la certezza contributiva, nonché, interventi specifici, a sostegno di sanitari che versino in situazioni di disagio economico, che abbiano in corso attività formative specialistiche e sanitari anziani, nonché, per quelli che si trovino a dovere affrontare i costi d'avvio dell'attività professionale.

Infine, il CDA sulla base delle predette nuove quote ha approvato il Bilancio Tecnico 2005/2023 e il bilancio di previsione dell'esercizio 2005.

Si ringrazia anticipatamente per la massima diffusione che si vorrà disporre al presente comunicato.

*Fondazione Onaosi*

---

[www.ordinemedici.como.it](http://www.ordinemedici.como.it)

È il nostro portale dell'Ordine dei Medici ed Odontoiatri.

Ti invitiamo a visitarlo frequentemente ed a inserirlo tra i "preferiti" in quanto è lo strumento più indicato per proporre agli iscritti notizie in tempo reale.

Ti invitiamo anche a segnalare alla segreteria [segreteria@ordinemedici.como.it](mailto:segreteria@ordinemedici.como.it) il Tuo indirizzo di posta elettronica (che rimarrà protetto e ad esclusivo uso della segreteria stessa) perché **questo sarà sempre più lo strumento per inviare circolari, informazioni e documenti personali.**

Quindi o personalmente o via fax (031.572466) o via e-mail metti in condizione di utilizzare la posta elettronica.

Per il portale (nonché per il Bollettino) attendiamo anche suggerimenti e soprattutto comunicazioni di congressi o relazioni di attività di iscritti da proporre alla lettura di tutti i Colleghi.

*la Redazione*

Dal Bollettino dell'Ordine di Varese

## LA SALUTE: UN'UTOPIA?

Il parere di Ignazio Cassis, medico cantonale svizzero

Anno dopo anno anche la Svizzera diventa sempre più europea: un avvicinamento graduale, ma inesorabile. Il Paese con noi confinante è davvero ancora un'isola felice? Lo chiediamo a Ignazio Cassis, medico cantonale del Dipartimento della sanità e socialità di Bellinzona e competente conoscitore della realtà, anche sanitaria della vicina Confederazione. "L'illusione di poter continuare a vivere su un'isola ricca e felice sta progressivamente frantumandosi e i nodi, uno dopo l'altro, vengono al pettine: debole crescita economica (sotto la media europea), grave aumento del deficit pubblico, assicurazioni sociali scompensate, sanità in affanno, sistema politico in crisi".

Insomma... per il dr. Ignazio Cassis "sembra di vivere in Europa!".

Sono ormai trascorsi oltre due anni dall'entrata in vigore di quegli accordi bilaterali che avvicinavano la Svizzera, seppure con modalità esclusive, al vecchio continente. Dallo scorso primo giugno sono crollate anche le ultime misure protezionistiche, cosicché vige oggi pienamente la libertà di circolazione dei lavoratori e qualche movimento, ancorché modesto, lo si è visto anche nell'ambito delle professioni mediche.

"Ed è certamente più facile per un medico italiano esercitare in Svizzera che il contrario - dice Ignazio Cassis - infatti gli svizzeri che hanno richiesto l'equivalenza del diploma alle autorità italiane a Roma giurano che... mai più parleranno male della burocrazia elvetica! Ma il diritto ad esercitare la professione di medico sul suolo della Confederazione non equivale al diritto di vedersi rimborsate le prestazioni dal sistema mutualistico. Dal 4 luglio 2002 infatti non vi è più automatismo tra abilitazione d'esercizio e accreditamento al finanziamento pubblico, né per gli svizzeri, né per gli europei. Ciò non significa che manchino possibilità d'impiego per medici italiani, anzi, la loro presenza nel settore ospedaliero è già particolarmente intensa. Più difficile però gestire un'attività ambulatoriale senza poter contare sul finanziamento pubblico, che garantisce a ogni cittadino svizzero un'ampia offerta di prestazioni sanitarie... a meno di non poter disporre di un migliaio di pazienti che fanno dell'out-of-pocket la loro religione".

Il sistema sanitario dei cantoni svizzeri è di tipo assicurativo, come quello della Francia e della Germania, non quindi di tipo statale, come in Italia ed in Inghilterra. "Ma i problemi sono gli stessi - sottolinea il medico cantonale - i costi sono fuori controllo e il motore si è ingolfato. Se ne addebitano le cause all'invecchiamento della popolazione, agli sviluppi tecnologici della medicina, all'esuberante offerta di medici ed ospedali. Ma la vera ragione della crisi dei sistemi sanitari è di tipo culturale: i desideri sanitari dei cittadini sono infiniti perché inesauribile è la sete di felicità e la medicina ne è ormai la fontana. Come ricorda il celebre economista John Kenneth Gal-

bright, in uno Stato opulento i bisogni equivalgono ai desideri. Il conto è presto fatto”.

Per Ignazio Cassis - diversamente da quanto infatti avviene in altri settori essenziali per l'umanità (alimentazione, trasporti, lavoro), nel settore sanitario partiamo da un assioma ritenuto (a torto) inconfutabile: tutti devono avere accesso a ogni prestazione medica, perché ogni prestazione medica è indispensabile per la vita. E non appena la tecnologia medica produce una nuova prestazione, prontamente s'identifica un nuovo mercato. Cioè si medicalizza ciò che fino a ieri era vita normale. La tristezza diventa depressione, la stanchezza stress, le calvizie una scellerata patologia, il seno troppo grande (o troppo piccolo) un danno alla salute, le prestazioni sessuali modeste un'epidemia d'impotenza, il sovrappeso una fatalità da curare con programmi bio-psico-sociali e la vecchiaia una terribile malattia, che fortunatamente possiamo sconfiggere con le nuove molecole miracolose. Invecchiamo a colpi di check-up e screening, in un delirio salutistico che vede nella vita una malattia trasmissibile ad evoluzione fatale, che però, grazie alla ricerca medica, riusciremo un giorno a sconfiggere...

Se nessuno ha inventato tutto questo, occorrerà conferire al “Caso” il premio Nobel dell'economia, perché nessuna industria può essere più performante di quella della salute”.

Nella sua analisi il dr. Cassis ci ricorda come oggi la medicina “non è fortunatamente più quel negozietto degli anni '60 di prestazioni salvavita, ma un supermercato a quattro piani, traboccante di prodotti per migliorare il nostro benessere fisico e psicologico, per farci sentire sempre meglio, per essere belli, efficienti e felici. E in più... a prezzo fisso. Poco male, intendiamoci. Ma smettiamo di strapazzare la solidarietà! La sanità non è più dominata dal paradigma umanitario del mutuo soccorso. A questo modello si contrappone oggi, esattamente come avviene in ogni altro settore della vita, il paradigma economico.

L'industria medica del benessere non è un'associazione a scopo filantropico”.

Ma allora come si realizza la vera responsabilità sociale? “Si attua - dice Ignazio Cassis - nell'impegno di ogni cittadino a costruirsi un'esistenza autonoma, previdente e ragionevole: accettare che la vita ha limiti temporali, che invecchiare è normale, che la medicina è imperfetta, che la felicità esiste anche senza consumo di prodotti e che i fattori che determinano la salute si trovano essenzialmente al di fuori del sistema sanitario. Per esempio la qualità delle relazioni, l'ambiente delle nostre città, il mondo del lavoro, la libertà di movimento e d'espressione, la tolleranza, il sistema giudiziario, ecc.”

Insomma, tanti fattori che ogni cittadino dovrebbe gelosamente proteggere, perché da essi dipende la sua salute. Un'utopia?

Per chi non ha avuto la possibilità di partecipare il 23 ottobre 2004 al Convegno organizzato dal nostro Ordine dal titolo "Genetica e medicina: dalla scienza alla salute", ci è sembrato opportuno e utile riproporre, in questo numero del nostro bollettino, gli atti del convegno.

Per chi lo desiderasse sono ancora disponibili presso la nostra sede gli atti completi del convegno.

*La redazione*

## Dal Progetto Genoma alla Medicina del futuro: quali prospettive, quali ostacoli

*Giuseppe Novelli*

*Dipartimento di Biopatologia e Diagnostica per Immagini - Università di Roma Tor Vergata*

### **Introduzione**

Il sequenziamento completo del genoma umano e quello di altre specie ha suscitato un grande interesse per le prospettive applicative delle conoscenze genomiche alla salute dell'uomo. La "decodificazione" dei geni umani ha tuttavia rivelato che il set dei nostri geni è limitato nel numero, ma complesso nella interpretazione e nella funzione. La parte codificante del nostro genoma è rappresentata soltanto dal 2% del totale, mentre la maggior parte è costituita da elementi di regolazione, di geni non funzionanti (pseudogeni), di materiale di origine batterica o virale, di materiale ripetitivo privo di funzione e di elementi mobili (jumping genes) che trascorrono il loro tempo passando da un cromosoma ad un altro. La rivelazione di questo paradosso ha determinato una profonda trasformazione della genetica che sta oggi attraversando una fase di transizione che dallo studio focalizzato a singoli geni, orienta il suo interesse all'analisi simultanea di molti geni e dei suoi prodotti, oggetto di studio della "genomica" intesa come scienza che studia la genetica, le proteine e la biologia molecolare. Gli approcci metodologici, tecnologici, strategici e applicativi di questa scienza sono apparsi immediatamente riduttivi agli analisti che hanno quasi contemporaneamente coniato il termine di "postgenomica" per intendere tutte le strategie di studio che a partire dalle conoscenze genomiche, consentono di definire le basi molecolari delle malattie dell'uomo, e permettono lo sviluppo di farmaci utili al loro controllo.

### **Definire una malattia nell'era genomica**

Il progresso nelle conoscenze molecolari dei geni-malattia ha dimostrato che la maggior parte delle malattie monogeniche non si comportano in maniera "semplice". Infatti, alla variabilità clinica, corrisponde una serie di meccanismi solo in parte compresi, tra i quali: l'eterogeneità genetica (fenotipi simili dovuti a mutazioni non alleli-

che); l'eterogeneità allelica (mutazioni che coinvolgono domini funzionali diversi dello stesso gene); la presenza di polimorfismi all'interno delle regioni di regolazione; l'interazione tra i geni e i loro prodotti (epistasi); le interazioni gene-ambiente; le mutazioni dinamiche e somatiche; le modificazioni funzionali di tratti di genoma (inattivazione del cromosoma X, imprinting, espressione monoallelica). È ormai chiaro che ogni genoma (ogni singolo individuo) produce un diverso trascrittoma (l'assetto degli mRNA cellulari), un diverso proteoma (l'insieme delle proteine della cellula) e un diverso metaboloma (la distribuzione qualitativa e quantitativa dei metaboliti). Per questo entro certi limiti ogni malattia si manifesta con caratteristiche distinte in ogni paziente e, analogamente, la risposta alla terapia non è omogenea. La valutazione del "rischio genomico", inteso come la probabilità per un individuo di sviluppare una determinata malattia leggendo il suo DNA (genotipo) è strettamente interdipendente con la decodificazione dei meccanismi biologici che modulano l'azione dell'allele mutato. L'analisi del genotipo che, pur disponendo di sistemi tecnici accurati e sensibili, non è in grado di fornire, per molte patologie mendeliane (malattie dovute alla trasmissione di un singolo gene), una previsione accurata del fenotipo. Questo rende necessario riconsiderare in maniera unitaria le malattie mendeliane anche a livello degli mRNA, delle proteine e dei metaboliti cellulari. L'acquisizione di queste informazioni richiede necessariamente competenze diverse ed integrate. Questo risultato può essere ottenuto mediante l'impiego di metodologie complesse basate su sofisticate tecnologie analitiche (ad esempio knock-out e knock-in genico su topi, ibridazione in situ, spettroscopia di massa) e su nuove tecnologie "sintetiche" genomiche (ad esempio ibridazione parallela su microarray, elettroforesi bidimensionale, doppio ibrido, strumenti bioinformatici di comparazione). Questo approccio consentirà di mappare su scala genomica il contributo alle singole malattie di meccanismi modificatori già noti oppure non ancora identificati. In questo modo sarà possibile comprendere meglio la storia naturale delle malattie e la loro variabilità, definirne le correlazioni genotipo-fenotipo e la prognosi, e individuare nuove strategie terapeutiche. Esempi ne sono: l'impiego della genomica nella identificazione di nuovi patogeni come quello coinvolto nella sindrome acuta respiratoria (SARS), l'impiego dei profili di espressione nella definizione della prognosi e del tipo di terapia nel cancro della mammella e di alcuni tumori del polmone, la definizione del genotipo nella definizione dei pazienti affetti dalla sindrome del QT-lungo o nella definizione del rischio cardiovascolare, o della risposta avversa a determinati farmaci come gli antiepilettici, oppure ancora l'utilizzo della genomica nella scelta e l'impiego di nuovi farmaci come "l'imatinib" nella sindrome da ipereosinofilia. Ciò tuttavia non deve indurci all'idea che uno sguardo della sequenza nucleotidica del DNA di una persona possa rivelare malattie nascoste in

atto o in divenire. Una cattiva interpretazione può causare danni ancora più gravi e "creare" più malattie di quante ne conosciamo. È illustrativo in tal senso quanto accade per la fibrosi cistica, malattia genetica dell'infanzia che spesso può presentarsi in forme atipiche e rivelare una straordinaria complessità genotipica. Ad esempio, una variante molto comune del gene CFTR, la variante 5T conduce alla forma classica della malattia soltanto quando è in combinazione con la mutazione R117H sullo stesso cromosoma. Ci sono diverse evidenze che molti laboratori associano la presenza della variante 5T con la malattia, generando ansie ed errate aspettative di vita. È necessario che sia chiaro che la genomica fornisce soltanto una evidenza di possibili fattori genetici predisponenti ad una malattia: un gene di per sé non conduce ad una malattia, senza l'interazione con altri geni e con numerosi fattori ambientali. Ad esempio, una persona con una mutazione del gene CHE1 può passare inosservato e non aver alcun sintomo, finché egli non viene esposto ad anestesia con cloruro di succinilcolina e sviluppare in tal modo una apnea prolungata. Dal lato opposto, è noto che mutazioni nel gene della fenilalanina idrossilasi causano la fenilchetonuria con ritardo mentale, a meno che il paziente diagnosticato alla nascita, sia sottoposto ad un regime dietetico privo di fenilalanina e non presenti quindi alcun sintomo della malattia. E' interessante a questo proposito osservare come la capacità di metabolizzare aminoacidi come appunto la fenilalanina, sia una acquisizione evolutiva recente del nostro genoma. Dall'analisi comparativa con altri genomi, come quello dello scimpanzee, è emerso ad esempio che i geni che producono enzimi attivi nel catabolismo degli aminoacidi, hanno subito una pressione selettiva positiva. Questo è compatibile con l'assunzione di una dieta maggiormente ricca di carne (e quindi di proteine) negli umani in confronto a quella erbivora degli altri primati. La capacità di metabolizzare aminoacidi è fondamentale anche per altre ragioni: Es. cervello, nella fenilchetonuria il difetto causa un ritardo mentale. Nel complesso questi dati dimostrano come la capacità di metabolizzare carne sia stata cruciale per le dimensioni del cervello. Lo studio delle complesse interazioni tra geni e ambiente ha arricchito le nostre conoscenze anche nella comprensione di patologie ritenute a forte componente ambientale come la depressione che lo stress modula agendo sulle variazioni genetiche del gene che codifica il trasportatore della serotonina. Questi esempi dimostrano in modo inequivocabile come nelle prossime decadi, la medicina si concentrerà agendo su modifiche personalizzate dell'ambiente, considerando che non sarà possibile ancora per ragioni tecniche ed etiche agire direttamente sui geni. I clinici raccomanderanno ai pazienti affetti da emocromatosi di evitare l'accumulo di ferro, a molte donne con mutazioni del gene BRCA2 (tumore della mammella) di effettuare controlli periodici e di assumere farmaci a scopo preventivo come il tamoxifen. Esempi come questi si moltiplicheranno nei prossimi anni; è prevedibile che tra 20 anni, o forse prima, una visita medica comporterà una valutazione tanto della

costituzione fisica (fenotipo) quanto di quella genetica (genotipo). Attraverso il genotipo si potrà scoprire quante probabilità si hanno di ammalarsi di morbo di Alzheimer, diabete, ipertensione, tumore della mammella, asma, malattie cardiache...oltre a centinaia di malattie genetiche classiche quali la fibrosi cistica, talassemia.

### **Rischi potenziali della medicina genomica**

Un gruppo di 600 esperti ha di recente analizzato il possibile scenario di una medicina di questo tipo e secondo la loro analisi i problemi principali sono di tipo economico e sociale. Infatti come accennato in precedenza, è realistico ipotizzare che entro pochi anni saremo in grado di leggere l'intero genoma di un individuo in un solo giorno per un costo di circa €1.000! Ciò naturalmente si rifletterà inevitabilmente sulla società sollevando numerosi problemi di tipo etico, legale e sociale. Basti pensare ai problemi di brevettazione e di licenze di analisi. Immaginiamo infatti che per ognuno dei circa 30.000 geni che conosciamo nell'uomo bisognerà pagare un euro per ogni esame, il costo prima stimato di 1.000 € diverrà invece di 16.000 € certamente non alla portata di tutti o di un sistema sanitario-paese!

Un altro problema riguarderà l'acquisizione inevitabile da parte delle compagnie di assicurazioni o di industrie, dei profili genomici degli individui da assumere o per i quali sarà necessario stipulare una polizza. Sebbene in oltre 40 Stati degli USA ciò non sia consentito, molti ritengono che presto ciò sarà inevitabile e comporterà fenomeni di discriminazione sociale su base genetica. Altri problemi riguarderanno direttamente il beneficio sui pazienti. Chi dovrebbe sottoporsi ai test genetici? Come questi dovrebbero essere regolati? Recentemente numerosi test genetici vengono offerti su internet da pseudo-laboratori e pseudo-scienziati che offrono test genetici per l'invecchiamento, l'obesità, la predisposizione allo sport etc... A questo proposito è bene chiarire subito che un test genetico predittivo, offre la possibilità di prevedere in un individuo il rischio statistico di sviluppare una malattia o di rispondere a un intervento terapeutico sulla base della determinazione del genotipo per una o più mutazioni geniche e che questi debba essere offerto soltanto quando:

- Il test è disponibile
- Il rischio è accertato
- Vi sono indicazioni per la selezione del gruppo di persone che possono sottoporsi al test
- Sono note possibili misure per la riduzione del rischio

### **Considerazioni**

È pertanto fondamentale che i ricercatori, i medici, e la società guardino con grande interesse il futuro genomico della medicina senza pregiudizi o censure prive di senso, ma con grande realtà e razionalità perché certamente i prossimi 50 anni di ri-

cerca genetica lasceranno un segno profondo sull'umanità forse più di quanto abbiano fatto in passato gli antibiotici e i vaccini.

### **Bibliografia**

Caspi A, Sugden K, Moffitt TE, et al. Influence of life stress on depression: moderation by a polymorphism in the 5-HTT gene. *Science* 2003;301:386-389

Collins FS, Green ED, Guttmacher AE, Guyer MS. A vision for the future of genomics research. *Nature* 2003;422:835-847

Curran ME, Splawski I, Timothy KW, Vincent GM, Green ED, Keating MT. A molecular basis for cardiac arrhythmia: HERG mutations cause long QT syndrome. *Cell*. 1995;80:795-803.

Guttmacher AE, Collins FS. Welcome to the Genomic Era. *N Engl J Med* 2003; 349:996-998.

Khoury MJ, McCabe LL, McCabe ERB. Population screening in the age of genomic medicine. *N Engl J Med* 2003;348:50-58.

Ksiazek TG, Erdman D, Goldsmith CS, et al. A novel coronavirus associated with severe acute respiratory syndrome. *N Engl J Med* 2003;348:1953-1966

Van de Vijver MJ, He YD, van 't Veer LJ, et al. A gene-expression signature as a predictor of survival in breast cancer. *N Engl J Med* 2002;347:1999-2009

Wang Q, Shen J, Splawski I, et al. SCN5A mutations associated with an inherited cardiac arrhythmia, long QT syndrome. *Cell*. 1995;80:805-811.

# I geni e le malattie: le acquisizioni scientifiche, le applicazioni cliniche

Pier Franco Pignatti

Sezione di Biologia e Genetica, Dipartimento Materno Infantile e di Biologia Genetica,  
Università degli Studi di Verona, Strada Le Grazie 8, 37134 Verona

In questo intervento cercheremo di dare la nostra visione sulle prospettive di applicazione clinica dei più recenti sviluppi scientifici della genetica umana. A questo scopo tratteremo brevemente tre punti: 1. le caratteristiche essenziali della genetica classica e molecolare riguardo alle malattie genetiche mendeliane semplici e le correlazioni genotipo-fenotipo; 2. l'applicazione in campo medico e preventivo delle recenti scoperte della genetica molecolare e della genomica nello studio della componente genetica delle più comuni malattie complesse; 3. lo sviluppo dei test predittivi della predisposizione genetica individuale ai fenotipi complessi.

1. La genetica classica, iniziata con gli studi di Mendel nel 1865, è caratterizzata essenzialmente dalla definizione delle regole della ereditarietà dei caratteri nelle famiglie. *La genetica molecolare* è iniziata con la scoperta, nel 1944, che la molecola che porta l'informazione genetica è il DNA. I primi geni umani sono stati identificati negli anni '70, nel 1999 è stato sequenziato il primo cromosoma umano, ed ormai è noto nella sua quasi totale interezza la sequenza di tutto il genoma umano.

Come esempio di malattia genetica tratteremo brevemente della Fibrosi Cistica, che rappresenta una delle più comuni malattie autosomiche recessive nella nostra popolazione, con una incidenza di circa 1/3000 nati, che corrisponde a 1/28 portatori di mutazioni geniche nel gene CFTR (Cystic Fibrosis Transmembrane Regulator). Sono state riportate al consorzio per l'analisi genetica della fibrosi cistica più di 1000 mutazioni del gene CFTR (<http://www.genet.sickkids.on.ca./CFTR>). Vedremo come diverse mutazioni del gene CFTR possono associarsi a diverse manifestazioni cliniche, in particolare nel caso della insufficienza pancreatica esocrina, che si manifesta in circa l'85% dei pazienti. L'insufficienza pancreatica esocrina è presente nei pazienti con due mutazioni di tipo "grave", cioè funzionalmente nulle, mentre nei pazienti con almeno una mutazione "lieve", cioè con una funzione residuale, è presente una sufficienza pancreatica esocrina. Questo dimostra l'esistenza di una correlazione fra il genotipo CFTR individuale e il fenotipo clinico. Sono state identificate ormai anche altre malattie correlate a mutazioni nel gene della fibrosi cistica, che in genere rappresentano forme isolate di una delle manifestazioni cliniche presenti anche in fibrosi cistica in forma associata, e che vengono solitamente diagnosticate in adulti. Fra queste CFTRpatie, o malattie correlate a fibrosi cistica, o forme monosintomatiche di fibrosi cistica, ricorderemo in particolare l'assenza isolata dei dotti deferenti, la pancreatite idiopatica acuta e cronica ricorrente, le bronchiectasie idiopatiche disseminate (Pignatti et al., Hum Mol Genet; 4:635, 1995). La distribuzione del

tipo delle mutazioni in queste malattie è generalmente diversa da quella osservata in fibrosi cistica. Nessuno dei pazienti è solitamente omozigote o eterozigote composto per una mutazione CFTR "grave", cioè con assenza di funzione, come sopra ricordato. È stata trovata omozigotità solo per poche mutazioni "lievi", cioè con parziale conservazione di funzione. Queste malattie possono essere correlate con l'alterazione anche di altri geni, o con l'effetto di altri fattori ambientali, e rappresentano perciò forme di passaggio verso le malattie complesse che verranno trattate al punto 2.

2. In questi ultimi anni, grazie al progresso della genetica molecolare e della genomica, si è assistito al passaggio dallo studio delle malattie genetiche mendeliane semplici allo studio delle malattie complesse (Collins et al., *Nature* 422: 835, 2003). Si tratta di malattie comuni, tipiche della nostra civilizzazione, che hanno componenti genetiche oltre a componenti ambientali, e sono perciò chiamate anche malattie multifattoriali o complesse. Saranno sintetizzati i principali metodi di studio delle componenti genetiche di malattie comuni quali asma allergica e malattie cardiovascolari. Alcuni esempi sono la trombosi venosa profonda e mutazione Leiden nel gene del Fattore V della coagulazione, l'osteoporosi e genotipo BB del gene del recettore della vitamina D, il diabete tipo I e HLA-DR 3 o 4, il morbo di Alzheimer e allele e4 del gene dell'apolipoproteina E, il tumore della mammella e dell'ovaio e mutazioni varie nel gene del tumore mammario tipo 1 nelle famiglie con più casi (Botstein e Risch, *Nature Genetics Suppl.* 33: 228, 2003). Illustreremo in particolare il ruolo della mutazione C677T nel gene della metilene tetraidrofolato riduttasi nella determinazione della iperomocistinemia in presenza di livello di folati sotto alla media (Girelli et al, *Blood* 91:4158, 1998). Dato che la iperomocisteinemia è ritenuto un fattore di rischio cardiovascolare, e che la fortificazione con acido folico è risultata essere efficace nel diminuire la omocisteinemia, vi sono fondate speranze che la somministrazione di folati possa diminuire la mortalità per malattia cardiovascolare (*BMJ* 325: 1202, 2002).

3. In conclusione, ai test genetici classici e squisitamente diagnostici di malattia genetica mendeliana semplice effettuati a scopo preventivo si vanno ormai aggiungendo nuovi test predittivi della suscettibilità genetica individuale a sviluppare malattie comuni. Questi test genetici predittivi potrebbero essere utili nella prevenzione primaria delle malattie comuni, secondo lo schema della nuova medicina genomica (Beaudet, *Am J Hum Genet* 64: 1, 1999). Se saranno accettati di buon grado, nonostante vi sia una correlazione solo statistica di aumento di rischio individuale a sviluppare la malattia, si può prevedere una loro diffusione nella popolazione generale. Saranno utilizzati i metodi sempre più efficaci di analisi genetica molecolare multipla contemporanea in un individuo dei diversi geni potenzialmente coinvolti nell'aumento di rischio di sviluppare una malattia comune. Rimane da verificare se si potrà ottenere realmente un cambiamento dello stile di vita individuale quando, in seguito a un test genetico predittivo, verrà consigliata una modificazione del comportamento (Haga et al *Nature Genetics* 34:347, 2003).

# I geni e i farmaci: verso farmaci nuovi e terapie personalizzate

Antonella Pirazzoli

Responsabile Genetica clinica, GlaxoSmithKline

I progressi compiuti negli ultimi anni dalla genetica e dalla genomica aprono interessanti prospettive per il trattamento delle patologie più comuni.

La **farmacogenetica** renderà possibile migliorare l'efficacia e la tollerabilità dei farmaci attraverso la personalizzazione della terapia. Test farmacogenetici eseguiti prima della somministrazione del farmaco permetteranno di predire l'efficacia e la tollerabilità individuale dei farmaci ed orienteranno le scelte terapeutiche.

La **farmacogenomica** permetterà di scoprire nuovi bersagli da colpire con nuovi farmaci. Lo studio dei geni e del loro coinvolgimento nelle patologie permetterà, attraverso lo studio delle proteine codificate, della loro funzione, del loro ruolo nel meccanismo patogenetico, di comprendere più a fondo i meccanismi alla base delle patologie. Da questa informazione fondamentale deriverà la conoscenza delle molecole che giocano un ruolo chiave nella malattia, e quindi dei bersagli che un nuovo farmaco deve colpire per sconfiggere la malattia.

Se consideriamo che, come annunciato da Francis Collins, coordinatore del Progetto Genoma Umano "tutte le malattie, a parte forse i traumi hanno una base genetica", e che per tutte le classi di farmaci esistono ormai evidenze che la risposta individuale è influenzata da fattori genetici, comprendiamo le enormi prospettive che si aprono per la medicina.

## I geni e la risposta individuale ai farmaci.

La variabilità di risposta ai farmaci osservata in ambito clinico, sia in termini di efficacia che di effetti collaterali, è imputabile in parte a fattori genetici. Più propriamente è il risultato della interazione di più geni "predisponenti" con fattori di tipo ambientale. I fattori ambientali sono quelli noti da tempo: la dose, l'età e lo stato generale di salute, la contemporanea presenza di altre malattie o la somministrazione di altri farmaci. I geni coinvolti sono quelli implicati nell'assorbimento, metabolismo, distribuzione, eliminazione del farmaco oppure quelli correlati col bersaglio biologico che il farmaco colpisce per esercitare il suo effetto (ad esempio un recettore). Geni di altre categorie possono essere coinvolti, ad esempio i geni HLA sono coinvolti negli effetti collaterali ad alcuni farmaci. Polimorfismi in questi geni possono creare una **predisposizione genetica** verso la scarsa risposta o l'effetto collaterale.

La farmacogenetica è lo studio dei fattori genetici che influenzano la risposta individuale ai farmaci. Evidenze di effetti farmacogenetici sono disponibili in letteratu-

ra per tutte le maggiori classi di farmaci. Nell'impossibilità di rivedere in queste pagine l'estesissima letteratura esistente, verranno forniti solo esempi di alcuni degli effetti farmacogenetici evidenziati.

- **Influenza genetica sulla dose individuale di farmaco.**

L'entità della risposta al salbutamolo è influenzata da polimorfismi genetici in posizione 16 nel gene del recettore  $\beta_2$  adrenergico.

Uno studio, condotto su 269 bambini asmatici, ha evidenziato che l'effetto broncodilatatore del Salbutamolo, misurato in termini di FEV<sub>1</sub>, è 5.3 volte superiore nei bambini con genotipo Arg/Arg rispetto ai bambini omozigoti Gly/Gly presi come riferimento, mentre gli eterozigoti Arg/Gly mostrano una risposta intermedia (2.3 volte).

Nell'esempio sopra riportato un polimorfismo genetico influenza non la presenza o assenza di risposta, ma l'entità della risposta. Risultati di questo tipo potrebbero portare alla somministrazione di dosaggi diversi del farmaco nei pazienti in relazione al loro genotipo.

- **Influenza genetica sulla presenza o assenza di risposta.**

La risposta a Pravastatina, uno dei più noti farmaci anticolsterolo, dipende da polimorfismi nel gene CETP, che codifica per la proteina di trasporto degli esteri del colesterolo, che rimuove il colesterolo HDL trasportandolo dal sangue al fegato.

Uno studio ha indicato che pazienti con aterosclerosi coronaria rispondono o non rispondono alla somministrazione di pravastatina, a seconda del genotipo. Il farmaco infatti è efficace nel ridurre la progressione della ostruzione aterosclerotica del lume coronario solo nei soggetti con genotipo B1/B1 (che sono il 35% della popolazione studiata), è inutile in quelli con genotipo eterozigote, ed è forse addirittura dannoso in quelli con genotipo B2/B2.

- **Influenza genetica sullo sviluppo di effetti collaterali.**

**Il rischio di sviluppo di una reazione di ipersensibilità ad Abacavir, un farmaco impiegato per l'AIDS, aumenta in pazienti positivi all'aplotipo HLA B\*57.1**

Vari studi hanno dimostrato che la reazione di ipersensibilità ad Abacavir ha una base genetica. Uno di questi ha individuato un aplotipo di geni HLA (un aplotipo può essere definito un insieme di polimorfismi), detto aplotipo ancestrale 57.1, che è presente nel 72% dei pazienti che hanno sviluppato la reazione di ipersensibilità e che quindi certamente predispone allo sviluppo di questa reazione.

Molte aziende farmaceutiche generano dati di farmacogenetica durante lo sviluppo dei nuovi farmaci. Accanto agli abituali dati sulla efficacia, tollerabilità, effetto della dose, farmacocinetica ecc. vengono generati dati relativi agli effetti genetici. In particolare si studia se la variabilità dei sopra citati parametri osservata tra individui di-

versi può essere imputata a polimorfismi genetici. Queste ricerche si pongono come primo obiettivo di aumentare le conoscenze sui fattori che condizionano l'efficia e la tollerabilità di nuovi farmaci. Nei casi dove gli effetti genetici sono più importanti si potrà arrivare a sviluppare **test farmacogenetici** che, effettuati prima della prescrizione, permettano di individuare i probabili casi di mancata risposta o di effetto collaterale. L'impiego di questi test in ambito clinico dovrebbe ottimizzare la prescrizione e prevenire i casi di mancata risposta o di effetto collaterale.

### **I test farmacogenetici e il loro impiego clinico.**

A fronte di queste allettanti prospettive e di una ormai nutrita letteratura scientifica, i test farmacogenetici disponibili per uso clinico sono però pochissimi e scarsamente impiegati.

E' opinione condivisa da molti che i primi test farmacogenetici di largo impiego clinico siano in arrivo. Sono quindi in corso vari tentativi per stabilire a priori le caratteristiche che dovrà avere un test farmacogenetico per essere efficacemente impiegato in ambito clinico.

Le autorità regolatorie (l'Americana FDA e l'EMEA per l'Europa) hanno recentemente chiarito la loro intenzione di richiedere che venga formalmente dimostrata l'efficacia in ambito clinico dei test farmacogenetici proposti. L'FDA ha emesso una Policy secondo la quale tutti i dati farmacogenetici generati durante lo sviluppo di nuovi farmaci devono essere inseriti nel dossier presentato per richiedere la registrazione e quindi la commercializzazione del farmaco.

L'FDA ha anche annunciato di aver iniziato un processo di revisione dei fogli informativi di tutti i farmaci in commercio per valutare se inserire informazioni sull'effetto genetico sulla risposta. E' probabile che nel foglio informativo della Mercaptopurina, un farmaco impiegato nella terapia di alcuni tipi di tumori, verrà inserita una frase del tipo "I soggetti con genotipo TMP\*3A (un polimorfismo nel gene della Tiopurina Metil Transferasi, enzima che interviene nel metabolismo della Mercaptopurina) hanno un aumentato rischio di sviluppo di tossicità severa/fatale".

L'avvento dei test farmacogenetici per orientare le scelte terapeutiche verso i farmaci che hanno maggiore probabilità di rivelarsi efficaci e ben tollerati sembra essere ormai alle porte.

### **La farmacogenomica e la scoperta di nuovi farmaci.**

Il processo di ricerca e sviluppo di un nuovo farmaco è attualmente estremamente lungo e costoso. Servono in media circa 12 anni e 800 milioni di dollari per portare sul mercato una nuova molecola. La probabilità che una nuova molecola sintetizzata venga commercializzata è di 1/5000 - 10.000. Questo sistema, altamente inefficiente, ha comunque permesso di commercializzare farmaci per moltissime importanti malattie ed ha finora assicurato alle aziende farmaceutiche un

ritorno economico sufficiente per effettuare investimenti così rischiosi. La ricerca ed il mercato farmaceutico sono stati finora sostenuti dai pochi cosiddetti "blockbusters", cioè molecole così innovative e di successo commerciale che potevano compensare le grandi spese di ricerca e le spese sostenute per tutte le molecole che cadevano prima di raggiungere il mercato. La fase dei blockbuster sembra però terminata: è sempre più difficile scoprire nuove molecole ed in particolare molecole con queste caratteristiche. La crescente difficoltà di scoprire nuove innovative molecole per bisogni medici ancora non soddisfatti è una difficoltà che stanno vivendo anche le maggiori aziende farmaceutiche.

Il collo di bottiglia nella scoperta di nuove molecole è oggi **l'identificazione del "target"**, cioè del bersaglio che deve essere colpito per avere un certo effetto terapeutico. Tutti i farmaci oggi in commercio agiscono su poco più di 500 bersagli. La Farmacogenomica viene già oggi applicata nella ricerca farmaceutica attraverso una strategia che viene indicata con lo slogan **"dal gene alla funzione al bersaglio"**. Tutto parte dalla identificazione di un gene di suscettibilità per una certa malattia. Dal gene di suscettibilità si cerca di risalire alle proteine codificate ed alla loro funzione e ruolo nella patologia studiata: si inizia cioè a comprendere il meccanismo patogenetico della malattia studiata. La comprensione, almeno parziale, di questo meccanismo pone le basi per identificare quelle molecole che possono funzionare da bersagli, cioè che se colpiti con una adatta molecola sono in grado di fermare o rallentare il processo patogenetico. L'applicazione della genomica alla ricerca ha finora consentito di aumentare di 5-10 volte il numero di target farmacologici identificati. Una volta che un nuovo bersaglio sia stato identificato, le successive fasi di sintesi di una molecola capace di colpire il target nel modo giusto sono eseguite ora con modalità completamente automatiche. La **chimica combinatoriale automatizzata** permette di sintetizzare contemporaneamente un elevatissimo numero di diverse molecole. Lo **screening parallelo ad alta potenzialità** permette poi di verificare caratteristiche fondamentali quali potenza, selettività, assorbimento, penetrazione tissutale ecc. in contemporanea su centinaia di molecole alla volta.

La farmacogenomica e l'applicazione di queste nuove tecnologie dovrebbero portare a scoprire e sintetizzare un numero di farmaci molto maggiore rispetto al passato. Soprattutto dovrebbero consentire di scoprire farmaci a cui molto difficilmente si sarebbe arrivati con i sistemi tradizionali e permettere di soddisfare necessità terapeutiche ad oggi senza adeguata risposta.

**Bibliografia essenziale**

1. Martinez FD, Graves PE, Baldini M, Solomon S, Erickson R. Association between genetic polymorphisms of the beta2-adrenoceptor and response to albuterol in children with and without a history of wheezing. *J Clin Invest* 1997; 100:3184-8.
2. Kuivenhoven JA JW, Zwinderman AH. The role of a common variant of the cholesteryl ester transfer protein gene in the progression of coronary atherosclerosis. *N Engl J Med* 1998; 338:86-93.
3. Hetherington S, Hughes AR, Mosteller M, et al. Genetic variations in HLA-B region and hypersensitivity reactions to abacavir. *Lancet* 2002; 359:1121-2.
4. Mallal S ND, Witt C, Masel G, Martin AM, Moore C, Sayer D, Castley A, Marmotte C, Maxwell D, James I, Christiansen FT. Association between presence of HLA-B\*5701, HLA-DR7, and HLA-DQ3 and hypersensitivity to HIV-1 reverse-transcriptase inhibitor abacavir. *Lancet* 2002; 359:727-732
5. PF Pignatti, A Pirazzoli, G Recchia. Farmacogenetica e Farmacogenomica: vedremo davvero farmaci personalizzati nel prossimo futuro? Il parere del genetista e dell'industria. *Basi Raz Ter* 2002; XXXII 1-4
6. A Pirazzoli, G Recchia. Pharmacogenetics and pharmacogenomics: are they still promising?. *Pharmacological Research* 2004; 49: 357-361

## Le cellule staminali: ricerca scientifica e nuovo approccio alle malattie

Alessandro Bulfone

Ricercatore presso Institute for Stem Cell Research - Istituto Scientifico San Raffaele - Milano

Le cellule staminali sono una popolazione eterogenea di cellule che sono in grado di dare origine ad una progenie di cellule identiche alle cellule madri e ad altre in grado di differenziare nel fenotipo specifico del tessuto in cui risiedono. Le proprietà biologiche caratteristiche delle cellule staminali sono: i) si possono dividere e moltiplicarsi illimitatamente; ii) sono indifferenziate; iii) una volta originate, le cellule figlie si trovano davanti alla possibilità di scegliere se mantenere le proprietà della cellula madre o iniziare il programma di differenziamento. Queste cellule, da cui derivano tutti i circa duecento tipi cellulari che costituiscono il nostro organismo, si possono suddividere in:

- a. totipotenti, come la cellula uovo fertilizzata (zigote), e la progenie originata dalle sue due prime divisioni, che sono in grado di formare tutti i tessuti dell'embrione e il trofoblasto della placenta (origine dei gemelli monozigoti);
- b. pluripotenti, come le cellule della massa interna della blastocisti (embrione di quattro giorni) che sono in grado di differenziare in tutti i tessuti del nostro organismo, ma che non sono in grado di generare un embrione completo;
- c. multipotenti, che sono in grado di produrre una limitata varietà di cellule tipiche del tessuto di origine (ad esempio le cellule staminali ematopoietiche che danno origine a tutti i tipi cellulari del compartimento ematico);
- d. unipotenti, cellule progenitrici in grado di generare un unico tipo di cellule differenziate (es. cellule staminali dell'epidermide o del fegato).

Queste cellule rappresentano quindi un potenziale mezzo terapeutico sostitutivo ideale per tutte le patologie in cui un tessuto, come quello nervoso, va incontro a degenerazione o disfunzione, e due sono le opzioni possibili per generare cellule staminali a scopo terapeutico: utilizzare come sorgente di cellule il tessuto embrionale oppure quello adulto. Le cellule staminali embrionali (Embryonic Stem cells, ES cells) si riproducono indefinitamente e sono per definizione molto flessibili, possono infatti generare ogni tipo cellulare (pluripotenti). Queste cellule hanno però importanti limitazioni: i) devono essere ottenute da blastocisti; ii) le condizioni sperimentali per indurre un differenziamento tessuto-specifico sono ancora in gran parte da identificare; iii) sono generalmente immuno-incompatibili con l'individuo ricevente. A riguardo ad esempio delle cellule staminali neurali adulte, per lungo tempo si è pensato che il cervello adulto non fosse in grado di generare nuovi neuroni, ma nell'ultima decade con lo sviluppo di nuove tecniche e conoscenze si

è inequivocabilmente provato che i) la neurogenesi (cioè la generazione di neuroni) non è confinata al cervello embrionale, ma avviene normalmente anche in determinate strutture del cervello adulto (bulbo olfattivo e giro dentato dell'ippocampo); ii) è possibile isolare e coltivare cellule progenitrici neurali multipotenti da queste regioni; e iii) è anche possibile attivare la proliferazione di cellule progenitrici in-situ in regioni dove normalmente non avviene, come la neocorteccia. Le cellule staminali derivate da tessuto nervoso adulto hanno potenzialmente il vantaggio di essere parzialmente specializzate e quindi di poter essere più facilmente indotte nel quadro fenotipo di interesse (per esempio catecolaminergico), e di non essere immunogeniche in quanto possono essere derivate dallo stesso individuo a cui verranno successivamente trapiantate. I limiti nell'utilizzo delle cellule staminali adulte sono invece da ricondurre alla limitata quantità di cellule staminali che si possono ottenere dal cervello adulto, dalla loro relativa bassa velocità di espansione in coltura, e dal fatto che possono essere geneticamente inadatte in quanto ottenute dallo stesso individuo, (che è allo stesso tempo donatore e ricevente) sul quale dovrebbero sortire un effetto terapeutico rigenerativo.

Per rendere possibile l'applicazione delle cellule staminali adulte è in atto uno sforzo notevole nella comunità scientifica internazionale, in quanto notevoli sono i potenziali benefici terapeutici, ma mentre per le cellule staminali ematopoietiche le applicazioni sono ormai comune routine nella pratica clinica (tumori del sistema ematopoietico e malattie genetiche del sistema immune) per le altre patologie, e in particolare per le malattie neurologiche, i risultati del loro utilizzo sono ancora modesti, e ben lontani dall'essere una effettiva opzione terapeutica. Diversi sono i limiti attuali dell'approccio sostitutivo con cellule staminali, per esempio la difficoltà di ottenerne un numero adeguato, e di poter ottenere un preciso indirizzamento fenotipico. Le cellule staminali sono infatti eterogenee per natura, e sarà imperativo identificare markers affidabili per identificarne il fenotipo cellulare di partenza, la specificazione o il destino cellulare, per seguire la corretta e funzionante acquisizione del fenotipo voluto, per indicare eventi avversi come la differenziazione in un tessuto ectopico o la trasformazione neoplastica.

## La terapia genica: tra miti e realtà

Claudio Bordignon

San Raffaele Telethon Institute for Gene Therapy (HSR-TIGET), Milano

La terapia genica è un intervento medico con finalità terapeutiche rivolto alla modificazione del patrimonio genetico di una cellula somatica, allo scopo di correggere un difetto genetico o di fornire gli strumenti terapeutici per una nuova funzione biologica.

Con il sequenziamento del genoma umano è stato possibile mappare e sequenziare i geni responsabili di malattie genetiche (a componente ereditaria). L'identificazione del gene responsabile per una malattia genetica e la conoscenza dei meccanismi per la sua regolazione ha aperto la strada alla diagnosi molecolare, e alla medicina preventiva e predittiva. La conoscenza della funzione del gene e della sua patogenicità ha portato alla terapia farmacologica, e alle speranze di terapia genica.

L'approccio per la terapia genica può essere:

- *in vivo*, quando il vettore viene iniettato direttamente nel paziente;
- *ex vivo*, quando le cellule, generalmente le cellule staminali, vengono prelevate dal paziente, modificate con l'inserimento del gene, e poi re-immesse nel paziente.

L'approccio *ex vivo* ha indubbi vantaggi:

- solo le cellule "target" vengono modificate;
- è possibile controllare e quantificare il gene introdotto, e fare tutte le verifiche necessarie prima di iniettare le cellule nel paziente;
- le cellule del sistema ematopoietico, le più utilizzate, sono ben conosciute da anni. Si conosce come isolarle, quali sono le cellule staminali, che caratteristiche hanno, come si possono crescere, etc. etc.

Il vettore che viene utilizzato è generalmente un retrovirus, che ha la caratteristica di doversi integrare nella cellula ospite per potersi replicare. Il gene viene inserito nel genoma virale, mentre gran parte del genoma virale viene eliminato.

Gli obiettivi terapeutici della terapia genica comprendono:

- malattie genetiche: immunodeficienze, emofilia, talassemia, distrofia muscolare;
- malattie metaboliche e autoimmuni: diabete, sclerosi multipla;
- tumori. In questo caso, la maggior parte degli approcci è di tipo immunologico, in modo da rendere il tumore più immunogenico;
- malattie virali: AIDS. Esiste una base genetica alla suscettibilità alle malattie infettive, quindi anche malattie virali possono essere curate con terapia genica.

Oggi possono essere ottenute cellule staminali ematopoietiche capaci di dare un attecchimento stabile di tutte le linee cellulari associato a un appropriato condizio-

namento del paziente, in modo di dare un risultato terapeutico molto rilevante per un numero significativo di malattie genetiche. Modificando ad esempio un numero adeguato di cellule staminali del sistema ematopoietico, tutte le linee cellulari che ne derivano saranno modificate. Esiste però il problema della competizione che le cellule non modificate, difettive, o malate, esercitano verso le cellule modificate come retrovirus. Occorre per questo dare un vantaggio selettivo alle cellule modificate. Questo vantaggio selettivo può essere conferito ad esempio usando per un breve periodo di tempo farmaci tossici per le cellule staminali. Le cellule staminali modificate re-iniettate, che non sono state esposte al farmaco, hanno il vantaggio di svilupparsi meglio.

La terapia genica per l'immunodeficienza severa combinata dovuta alla mancanza dell'adenosina deaminasi (ADA-SCID) è un esempio di come dai primi studi svolti sui topi agli inizi degli anni '90 (Ferrari *et al.*, Scienze 1991) si è riusciti ad ottenere oggi una terapia genica efficace per l'uomo.

I primi risultati terapeutici ottenuti combinando la terapia genica con il trattamento dell'adenosina deaminasi bovina coniugata a polietilen-glicole (PEG-ADA) (Bordignon *et al.*, Scienze 1995) sono stati ulteriormente sviluppati e migliorati in termini di sicurezza ed efficacia.

La terapia genica con cellule staminali ematopoietiche ingegnerizzate è stata combinata con condizioni non-mieloablativo (Aiuti *et al.*, Scienze 2002). Il sistema immunitario dei pazienti riprende a funzionare producendo cellule B, T e NK dopo poche settimane dall'inoculo di una dose di cellule staminali.

Dopo un anno dall'inoculo, i parametri del sistema immunitario dei pazienti sono indistinguibili da quelli di soggetti normali. Questo stesso approccio utilizzato per ADA-SCID potrebbe essere sperimentato anche per pazienti con HIV/AIDS, in modo da fornire una resistenza di tipo generico anziché farmacologico all'ospite e fare in modo che le cellule del sistema immunitario tengano costantemente sotto sorveglianza il virus.

La leucodistrofia metacromatica è una malattia devastante dovuta alla deficienza dell'enzima lisosomiale arilsolfatasi A.

La malattia è caratterizzata da degenerazione della mielina sia nel sistema nervoso centrale che periferico, associata all'accumulo di galattosil-3-solfato ceramide (solfatide) nella glia e nei neuroni. Non ci sono possibilità di cura. La correzione della leucodistrofia metacromatica è stata ottenuta in un modello di topo inoculando cellule staminali ematopoietiche ingegnerizzate con il gene dell'arilsolfatasi A. Queste cellule hanno permesso la ripopolazione della microglia nel sistema nervoso centrale e dei macrofagi endoneuroli nel sistema nervoso periferico, prevenendo nei topi i danni di coordinazione e apprendimento tipici della malattia (Biffi *et al.*, J Clin Invest, 2004).

Questi risultati indicano fortemente che la terapia genica con cellule staminali ematopoietiche potrebbe essere efficace nella cura della leucodistrofia metacromatica e di altre malattie neurodegenerative.

Oggi il trasferimento genico *ex vivo* di cellule staminali ematopoietiche è quindi un'opportunità terapeutica rilevante per le malattie genetiche in cui un vantaggio selettivo può essere e può rappresentare una promettente strategia terapeutica per malattie, come la leucodistrofia metacromatica, che non hanno un'offerta terapeutica valida.

*Si ringrazia la Dr.ssa Elena Arighi (Lab. Analisi, Biologia Molecolare - Osp. Valduce) per la trascrizione della relazione.*

## Gli aspetti etici e deontologici: quali opportunità, quali rischi

*Mario Picozzi*

*Dottore di Ricerca in Etica e Deontologia medica Istituto di Medicina legale Università Insubria*

### **Introduzione**

La ricerca genetica rappresenta una grande opportunità. E come ogni altro medico, non è solo tecnicamente connotata, ma ha risvolti etici.

Obiettivo del presente contributo è di indagare, tra i molti, due aspetti ritenuti significativi:

il rilievo attribuito dai Codici deontologici alla genetica e l'analisi delle posizioni etiche sull'utilizzo delle cellule staminali.

Il primo punto consente, attraverso uno sguardo europeo, di riflettere su come l'identità stessa della medicina si rapporta alla genetica e ne viene da essa plasmata.

Il secondo passaggio illustra le diverse opzioni etiche e le loro matrici culturali in ordine alle cellule staminali, chiedendosi in un mondo globalizzato se sia possibile una sintesi condivisa e a quali condizioni.

### **1. La genetica e la riflessione deontologica: uno sguardo europeo**

Attualmente nell'Unione Europea, ogni stato membro possiede un proprio Codice Deontologico emanato da ciascuna Federazione degli Ordini dei medici nazionali. In assenza di un Codice unico Europeo, si è esaminato come venga recepito e regolamentato il tema della genetica (sperimentazione, manipolazione, uso degli embrioni e

delle cellule staminali) attraverso alcuni codici nazionali. Per brevità si sono considerati 4 codici appartenenti all'Europa mediterranea (quello Italiano, Francese, Spagnolo e Portoghese), e 3 di area anglosassone e tedesca (Inglese, Tedesco e Austriaco).

Ad una prima analisi i codici appaiono omogenei per quanto concerne le regole di "good medical practice".

Nei codici "latini" in generale *non* viene fatta menzione del tema "genetica", eccezione fatta, oltre al Codice italiano, per quello Portoghese, che all'articolo 55 comma 2 recita "è proibida a manipulação genetica no ser Humano".

Per quanto attiene l'Europa anglosassone-tedesca, nessuna menzione appare sul codice emanato dal British Medical Council, né su quello Austriaco. È invece particolarmente dettagliata la Bundesaerztekammer Tedesca che ha promulgato nel 1995 delle linee guida sulla sperimentazione, la manipolazione genetica e le cellule staminali, che però hanno il limite di fare riferimento ai lavori di una commissione istituita nel 1989, motivo per cui risultano ormai non più aggiornate.

In base a questa analisi, si cerca di mettere in evidenza come la riflessione deontologica non possa non lasciarsi interrogare dagli sviluppi della ricerca genetica, sia ritraducendo i principi guida che legittimano l'esercizio della medicina sia riscrivendo alcune sue caratteristiche che le consentano di rispondere in modo pertinente alle sfide dell'oggi.

## 2. Un esempio paradigmatico: le cellule staminali

### a) La legislazione europea

Si possono individuare sei possibili posizioni per riferimento all'utilizzo delle cellule staminali:

1. la ricerca sull'embrione umano è proibita, e nessun esplicito assenso viene dato all'utilizzo di cellule staminali già disponibili derivate da embrioni umani;
2. la ricerca è consentita solo su cellule staminali già a disposizione provenienti da embrione umano, ma è proibita la ricerca sull'embrione umano;
3. la ricerca sugli embrioni umani è consentita solo su embrioni non più adatti alla riproduzione;
4. la ricerca è consentita sia sugli embrioni già disponibili (opzione 3) sia su embrioni appositamente creati per finalità di ricerca attraverso la fecondazione medicalmente assistita (FIVET);
5. la ricerca è consentita sia sugli embrioni già disponibili (opzione 3) sia su embrioni appositamente creati per finalità di ricerca attraverso il trasferimento del nucleo di una cellula somatica nell'ovocita umano o nello zigote (clonazione terapeutica);
6. la ricerca è consentita sia sugli embrioni già disponibili (opzione 3) sia su embrioni appositamente creati per finalità di ricerca attraverso il trasferimento del nucleo di una cellula somatica umana nell'ovocita derivato da un animale, per esempio il ratto.

La legislazione internazionale è eterogenea; la stessa Europa ha posizioni difformi. Ciascuna posizione sottende motivazioni morali diverse per essere giustificata.

L'opzione 1 è presente in Austria, Irlanda, Italia, Norvegia, Polonia

L'opzione 2 si riscontra in Germania

L'opzione 3 caratterizza la legislazione nella Repubblica Ceca, Danimarca, Finlandia, Grecia, Ungheria, Olanda, Russia, Spagna, Francia, Svizzera

L'opzione 4 e 5 è stata scelta nel Regno Unito

Per avere un riferimento, la situazione negli Stati Uniti è la seguente:

11 stati adottano la soluzione 1, 2 stati ammettono la soluzione 3, 2 stati scelgono la soluzione 4 e 5, 35 stati non hanno nessuna proibizione.

*La convenzione del Consiglio d'Europa per la protezione dei diritti dell'uomo e della dignità dell'essere umano riguardo all'applicazione della biologia e della medicina. Convenzione sui diritti dell'uomo e sulla biomedicina, approvata a Oviedo il 4 aprile 1997<sup>1</sup> dice in riferimento al tema della clonazione e delle cellule staminali:*

Articolo 18

(Ricerca sugli embrioni in vitro)

1. Laddove la legge consente la ricerca su embrioni in vitro, questa assicura un'adeguata protezione dell'embrione.
2. La creazione di embrioni umani a fini di ricerca è vietata.

Ancora il *Protocollo addizionale sul divieto di clonazione dell'essere umano* del 12 gennaio 1988<sup>2</sup>, n. 168 prescrive:

Articolo 1

1. È vietato ogni trattamento finalizzato a creare un essere umano geneticamente identico ad un altro essere umano vivente o morto.

## **b) Clonazione e religioni**

### **- La tradizione ebraica**

L'embrione acquista lo statuto morale di persona intorno al 40 giorno; quindi si può approvare l'opzione 3: la ricerca sugli embrioni umani è consentita solo su embrioni non più adatti alla riproduzione

### **- La tradizione islamica**

L'inizio dello sviluppo biologico non coincide con l'inizio della persona; quindi anche in questa confessione religiosa si può consentire all'opzione 3. Quindi la ricerca sugli

embrioni umani è consentita solo su embrioni non più adatti alla riproduzione

### - La tradizione cristiana

I cristiani cattolici

Il magistero della Chiesa Cattolica afferma che l'embrione va trattato come una persona fin dal concepimento. Viene sostenuta l'opzione 1: la ricerca sull'embrione umano è proibita, e nessun esplicito assenso viene dato all'utilizzo di cellule staminali già disponibili derivate da embrioni umani.

Alla domanda se sia lecito utilizzare cellule staminali ottenute da altri ricercatori o acquistate, un documento dell'Accademia per la vita risponde negativamente, argomentando che in questo caso si configura una cooperazione materiale prossima<sup>3</sup>.

### I cristiani ortodossi

Questa tradizione esprime una posizione vicina all'opzione 2

### I cristiani protestanti

Essi hanno una posizione favorevole all'opzione 1

### c) Il dibattito bioetico in Italia

Il **Comitato nazionale per la Bioetica** ha espresso un proprio parere sull'impiego terapeutico delle cellule staminali nel 2000<sup>4</sup>. Così si esprime:

**27.** È ben cosciente del fatto che attualmente le cellule staminali pluripotenti con maggiori potenzialità di differenziarsi nel più ampio spettro di tessuti (nei modelli animali e nei casi osservati anche nell'uomo) sono le cellule staminali derivate dall'embrione allo stadio di blastocisti, anche quando sono derivate dal processo di trapianto nucleare somatico.

**28.** Ritiene eticamente lecita la derivazione di cellule staminali dalle cellule di feti abortiti spontaneamente o per interruzione volontaria della gravidanza, purché siano attivate procedure atte ad escludere sia rapporti di causalità tra aborto e derivazione delle cellule staminali, sia la collaborazione tra gli operatori corrispondenti e la commerciabilità.

Da parte di alcuni, tuttavia, sono state espresse riserve sulla possibilità di distinguere la collaborazione di fatto fra chi esegue l'aborto e l'équipe utilizzatrice dei feti derivati da interruzione volontaria di gravidanza, anche quando vengano attivate procedure formali idonee a distinguere il rapporto di causalità fra aborto e derivazione delle cellule staminali.

Fa presente che alcuni dei propri componenti prendono atto e condividono il divieto di creare embrioni umani all'esclusivo scopo di farne oggetto di ricerca scientifica, previsto dall'art. 18, comma 2 della Convenzione su diritti umani e biomedicina. Un'attenta

valutazione dei risultati sperimentali del trapianto nucleare somatico suggerisce, secondo altri componenti del Comitato, che questa nuova linea di ricerca potrebbe mettere in gioco risultati terapeutici di tale rilevanza e al momento privi di alternative, da suggerire una valutazione etica caso per caso di future applicazioni.

Fa presente che una parte del Comitato ritiene eticamente lecita la derivazione di cellule staminali a fini terapeutici dagli embrioni non più in grado di essere impiantati, sempre a condizione che siano consapevolmente donati dalle donne o dalle coppie.

Altri sono contrari in ogni caso all'utilizzazione di embrioni "sopranumerari", anche quando siano congelati e non richiesti per il trasferimento in utero, in quanto ritengono che tali pratiche comportino la soppressione diretta e intenzionale degli embrioni, e quindi un uso strumentale di esseri umani, con un'offesa alla loro dignità.

La Commissione Dulbecco, insediata dal Ministro Veronesi il 20 settembre 2000 per esprimere un parere sul tema, conclude i propri lavori il 28 dicembre 2000. In questo documento, si prospetta la via italiana alla clonazione, che potrebbe trovare un ampio accordo: il trasferimento nucleare per la produzione di cellule staminali autologhe, essendo questa tecnica in grado di evitare la formazione dell'embrione.

In questo quadro si affronta la questione, oggettivamente decisiva in un contesto pluralistico, se e a quali condizioni è possibile una mediazione che porti a scelte condivise.

1 L'Italia ha ratificato la Convenzione e il Protocollo addizionale con la legge del 28 marzo 2001, n. 145.

2 Ratificato in Italia nella stessa legge del 28 marzo 2001, n. 145.

3 Accademia per la vita, 2000.

4 Comitato Nazionale per la Bioetica, ottobre 2000.

**1° CONGRESSO NAZIONALE "MEDICINA E MARE"  
19-22 MAGGIO 2005  
HOTEL VILLAGGIO PORTO GIARDINO  
MONOPOLI (BARI)**

Programma preliminare  
[www.acsmettis.it](http://www.acsmettis.it)

Segreteria Scientifica  
A.C.S. - M.E.T.T.I.S. - Resp. Dr.ssa Matisse De Laurentis

Telefax 0883 486898 - 338 7953518 - [info@acsmettis.it](mailto:info@acsmettis.it)

---

**INCONTRI TECNICI DI MEDICINA FISICA  
E RIABILITAZIONE: CLINICA E PERCORSI RIABILITATIVI  
NELLA PATOLOGIA DEL RACHIDE LOMBARE  
PER IL MEDICO DI BASE E GLI OPERATORI  
DELLA RIABILITAZIONE**

CORSO DI FORMAZIONE PER MEDICI DI BASE, TERAPISTI DELLA RIABILITAZIONE,  
MASSO-FISIOTERAPISTI

**IN FASE DI ACCREDITAMENTO ECM**

INCONTRO N. 1 - 15.02.05 - Dr. Cassi  
La terapia Fisica nella Patologia dell'apparato locomotore: validità e limiti

INCONTRO N. 2 - 14.03.05 - Dr. Cassi  
Le lombalgie: fisiopatologia, clinica e trattamento

INCONTRO N. 3 - 11.04.05 - Dr. Cassi  
La patologia degenerativa del rachide lombare: la clinica e la diagnosi  
nella patologia maggiore e minore

INCONTRO N. 4 - 09.05.05 - E. Oprandi  
L'idroterapia nella prevenzione e nel trattamento della patologia del rachide lombare

Segreteria Organizzativa  
Anita Costanzo - Roberta Carraro  
[rcarraro@vitaresidence.org](mailto:rcarraro@vitaresidence.org) - Tel. 031 352 82 101 / 190 / 211 - Fax 031 352 82 212

Segreteria Scientifica  
Angelo Oliva - Pierluigia Verga  
Pierluigia Verga Tel. 335 5782 781 - E-mail: [pverga@vitaresidence.org](mailto:pverga@vitaresidence.org)

## PERCHÈ È VANTAGGIOSO APPARTENERE ALL'ASSOCIAZIONE NAZIONALE DENTISTI ITALIANI - A.N.D.I.

- Informazioni sindacali, culturali, fiscali continue e tempestive.
- Deducibilità fiscale della Quota associativa, ridotta al 25% per i neo-laureati.
- Possibilità di aderire alle Convenzioni nazionali ANDI per le Assicurazioni Infortuni e RC professionali, con premi molto competitivi rispetto a quelli di tutte le altre Compagnie assicuratrici.
- Possibilità di adesione al FONDODENTISTI, Fondo chiuso di categoria per la costruzione di una oggi molto opportuna Pensione Integrativa, con immediati vantaggi fiscali e con costi di gestione finanziaria molto competitivi.
- Corsi di aggiornamento accreditati ECM a costi particolarmente agevolati ed a volte gratuiti.
- Particolari costi di iscrizione ai Congressi e Convegni ANDI e, a volte, anche a Corsi e Convegni di altre Associazioni Odontostomatologiche.
- Particolari costi di iscrizione ai Corsi 626 per Dentisti ed Assistenti.
- Particolari costi di iscrizione ai Corsi di Rianimazione e Pronto Soccorso (I.L.C. e B.L.S.).
- Particolari costi di iscrizione ai Corsi Promoden dell'ANDI Nazionale.
- Interessanti agevolazioni per le Assistenti dei Soci per la loro iscrizione ai Corsi di formazione qualificante organizzati dalla Sezione di Como – Lecco, e con nominativi a disposizione dei Soci presso la sede ANDI per eventuali assunzioni.
- Servizio di Consulenza legale gratuito presso la sede della Sezione.
- Convenzione “smaltimento rifiuti speciali” a prezzo particolare con consulenza ed assistenza burocratica.
- Abbonamenti ai periodici di informazione sindacale e culturale quali: “Rivista Italiana di Stomatologia” – “Fronte Stomatologico Notizie.”
- Convenzioni ANDI per le verifiche periodiche degli impianti elettrici.
- Accesso al servizio “Trova il Dentista ANDI” su [www.andi.it](http://www.andi.it)
- Accesso al sito internet Andi Nazionale [www.andi.it](http://www.andi.it) e al sito ANDI Provinciale [www.andicomo.it](http://www.andicomo.it) dove si possono trovare tutte le notizie di interesse della Categoria

QUINDI 16 VALIDISSIMI MOTIVI PER ESSERE SOCIO A.N.D.I.

*Carlo Scifo*

## ESAMI DI IDONEITÀ PER IL CONSEGUIMENTO DELL'AUTORIZZAZIONE ALL'IMBARCO IN QUALITÀ DI MEDICO DI BORDO (SESSIONE ANNO 2004), PUBBLICATO NELLA G.U. - IV SERIE SPECIALE - N. 81 DEL 12 OTTOBRE 2004 - RIAPERTURA DEI TERMINI

Questo Ministero, secondo la normativa vigente, indice con cadenza quinquennale una sessione di esami di idoneità per il conseguimento dell'autorizzazione all'imbarco come medico di bordo.

Con decreto dirigenziale del 1° ottobre 2004 è stata, pertanto, indetta per l'anno in corso la sessione d'esame indicata in oggetto.

Senonché, stante l'esiguo numero dei partecipanti, questa Amministrazione ha ritenuto opportuno riaprire i termini per la presentazione delle domande.

Conseguentemente si richiede la collaborazione di codesti Ordini professionali affinché vogliano adottare ogni utile iniziativa per informare i loro iscritti della possibilità di presentare eventuali domande di partecipazione entro il nuovo termine di scadenza fissato al 12 febbraio 2005.

Si fa presente che il bando integrale ed ogni altra notizia sono disponibili sul sito internet di questo Ministero: [www.ministerosalute.it/professioni/concorsi.jsp](http://www.ministerosalute.it/professioni/concorsi.jsp).

Si ringrazia e si resta a disposizione per ogni eventuale utile chiarimento.

IL DIRETTORE GENERALE

Dr. Giuseppe Celotto

Per informazioni:

Sig.ra Delfino Di Stefano - Tel. 0659942696

Dr. Angelo Balestrieri - Tel. 0659942230 - Fax 0659942519

Segreteria: Tel. 0659942644

## ELENCO MEDICI SUPPLENTI

1	ANTOGNAZZA SARA	LOCATE V.	VIA SAN ROCCO, 43	0331-821138	
2	ARCOVIO CLAUDIA	EUPILIO	VIA STRAMBIO, 43	338-8779689	
3	BALCONI GIANLUCA	ERBA	VIA DANTE, 32	348-7239320	
4	BANFI ERICA	MARIANO COMENSE	VIA BRIANZA, 7	031-747585	
5	BELLOCCO DANIELE	CIRIMIDO	VIA M.GRAPPA, 7	339-6877328	
6	BENEGGI STEFANO	CANTÙ	VIA TOBRUK, 2	031-700555 / 347-9193108	
7	BENNATI LUCIANO	AREZZO	VIA N.SAURO, 1	347-3394538	O. AREZZO
8	BERALDO SCILLA	LURATE CACCIVIO	VIA CARDUCCI, 16/A	031-493049 / 339-4022634	
9	BETTONI MASSIMO	LAMBRUGO	VIA ROSA, 19	031-608704	
10	BIANCHI BERTUCCIA E.	GRANDATE	VIA PUSTERLA, 8	031-564677	
11	BIASSONI SIMONETTA	MARIANO COMENSE	VIA AMENDOLA, 33	031-3551436	
12	BONANSINGA UMBERTO	BOLOGNA	VIA C. BOLDRINI, 24	051-524838	O. BOLOGNA
13	BRACUTI ANGELA	COMO	VIALE MASIA, 10	031-573257	
14	BRAIDI CAROLLE G.	COMO	VIA ENNIO FERRARI, 32	333-7774274	
15	BURCHERI SARA	CASSINA RIZZARDI	VIA VIVALDI, 21	335-5448951	
16	CAPPELLETTI ANNA	CANTU'	VIALE ITALIA, 22/B	347-0016237	
17	CAPPELLETTI F.SCA	CAPIAGO INTIMIANO	VIA MIRASOLE	339-1029156	
18	CAPRANI CLAUDIA	S.FERMO DELLA BATTAGLIA	VIA FIGINO, 27/B	031-535085 / 339-3712784	
19	CASA MAURIZIO	NOVA MILANESE	VIA MAZZINI, 36	347-8605052	O. MILANO
20	CERA TERESA	CANTÙ	VIA CAVOUR, 27	347-9690038	
21	CERCHIELLO MANFR.	CADORAGO	VIA TOSCANINI, 3	031-885048 / 349-4308298	
22	CIPULLI MODESTO	COMO	VIA ST. PER LECCO, 37	349-1438070	
23	CORENGIA PIERO	BREGNANO	VIA VOLTA, 10	0332-426062 / 329-5674475	
24	CORTI DANIELA	LONGONE AL SEGRINO	VIA EUPILIO, 43	031-640469	
25	CORTI ENRICA	COMO	VIA GRILLONI, 15	031-507593	
26	CRAVERA LUISA	LEZZENO	VIA PROVINCIALE	031-914533	
27	DADONE VIOLA	TURATE	VIA GARIBALDI, 50	02-9689392	
28	DANILOVA OLGA	LOCATE VARESI	VIA GIOFFO, 9	0331-837004	
29	DE PASQUALE MARIA	COMO	VIA BORGOVICO, 182	333-3441964	O. CROTONE
30	ELLI MASSIMILIANO	MARIANO COMENSE	VIA S.MARTINO, 50	338-7693823 / 031-748377	
31	GALATI GIORDANO MARIA	COMO	VIA MENTANA, 11	031-261387	
32	GAMBINO ROSARIA	ALBESE	VIA GATTO, 12	031-420027	
33	GHIEMMETTI SONIA	GIRONICO	VIA VERDI, 1/C	031-441422	
34	GIANDOMENICO ERIKA	CARUGO	VIA PARINI, 6/4	339-2830617	
35	GIUSSANI EMANUELE	CABIATE	VIA S.MARTINO B., 40	347-7976796	
36	IANNONE GAETANO	COMO	VIA G.CESARE, 2/B	347-1651235 / 031-271215	
37	ISELLA ANNA	CAVALLASCA	VIA CAVOUR, 10	031-210171	
38	ISELLA MANUELA	VENIANO	VIA VIUGNE, 16	348-7654211	
39	LEPADATU CORINA	COMO	VIA OLGINATE, 6	335-63783	
40	LIGUORI DOMENICO	VENIANO	P.ZZA S. ANTONIO, 7	031-931466	
41	MANSI SAVINO	PONTELAMBO	VIA FIUME, 3	338-8942439	
42	MARONI DANIELA	BINAGO	PIAZZA CAVOUR, 4	031-942449 / 339-2000974	
43	MAYYAS RIAD	ERBA	P.ZZA PADANIA, 12	031-641122	
44	MEROLA MASSIMO	COMO	VIA BIXIO, 51	031-572392 / 031-512496	
45	MILANA VITO	COMO	VIA MENTANA, 4	031-242235 / 347-4315944	
46	MOLTENI MARINA	COMO	VIA PETRARCA, 31	031-302197 / 328-6766215	
47	MUSOLINO ESPEDITO	ERBA	VIA LEOPARDI, 16	031-3338961	
48	ORLACCHIO GIUSEPPE	LIPOMO	VIA PROVINCIALE, 59	3337-268151 / 031-283053	
49	ORTELLI RAFFAELLA	MOLTRASIO	VIA BIANCHI, 40	349-4907045 / 031-290475	
50	OSSOLA MARIA	RODERO	VIA MILANO, 34	031-806682 / 348-4553166	
51	PALUMBO LOREDANA	BINAGO	VIA D. ALIGHIERI, 7	031-941966 / 347-8773319	

52	PANZERA GIOVANNI	COMO	VIA SEGANTINI, 9	347-7538718
53	PLEBANI WALTER	CARBONATE	VIA ZANCHETTI, 20	0331-832489
54	PONTI MAURIZIO	ROVELLO PORRO	VIA DANTE, 61	02-96750523
55	PRESTIANNI CHRISTIAN	LOMAZZO	VIA FRIULI, 35	02-96779250
56	PRISCO CLEOFE	COMO	VIA QUASIMODO, 1	031-543328
57	PROKO ALKETA	CANTU'	VIA S.GIUSEPPE, 18	031-733429
58	RADICE ROSSELLA	COMO	VIA S.ABBONDIO, 11	339-5215622
59	RAMPOLDI ALESSANDRO	COMO	VIA VOLTA, 21	031-263302 / 347-4803952
60	RASHSEEN MUHSEEN	FIGINO SERENZA	VIA MEUCCI, 8	031-726380 / 349-2914972
61	RESELLI LORENZO	COMO	VIA REZZONICO, 8	031-300908
62	RIZZI CONCETTA	COMO	VIA CASTELNUOVO, 1	347-9280271
63	RUMI CRISTINA	OLGIATE COMASCO	VIA CARDUCCI, 24A	031-944650 / 349-8333758
64	RUSSO ANTONIO	COMO	VIA REZZONICO, 36	347-3847165 O. MATERA
65	SALA DANIELA	MONTANO LUCINO	VIA MANZONI, 3	031-470817
66	SALA MASSIMILIANO	CASTELLANZA	VIA E.DANDOLO, 32	0331-501749 / 339-4228999
67	SAMPIETRO BARBARA	LURAGO D'ERBA	VIA CAMERLATA, 1	031-696196 / 339-6461889
68	SAPORITI LUCIA	OLGIATE COMASCO	VIA FRATELLI BANDIERA, 18	340-7127569
69	SBARBARO PIETRO	COMO	VIA ARTARIA, 18	031-542313 / 339-7325431
70	SERVILI CHIARA	TURATE	P.ZZA VOLTA, 23	348-8807790
71	SEVESO ANNA	COMO	VIA BRIANTEA, 7	031-306593 / 349-0094039
72	STARNINI LAURA	COMO	V.LE GENO, 8/A	347-2549446
73	TERZAGHI CLARA	COMO	VIA PIO XI', 10	031-530800
74	TOLDI ANNA	CADORAGO	VIA ALFIERI, 2	031-904232
75	TROPINA EMANUELA	COMO	VIA DANTE, 94	339-4897455
76	VERGA ROBERTA	LOMAZZO	VIA M.GENEROSO	02-96370836 / 338-5658503
77	VITALYOS RUXANDRA	S. FERMO DELLA BATTAGLIA	VIA E. BIGNAMI, 19	031-211636
78	VOCASKOVA IVANA	CANTÙ	VIA CROTTO, 9	335-235938
79	ZAMATTO FEDERICA	GIRONICO	VIA CESARE BATTISTI, 8	335-7090814

### PEDIATRI

1	BRAIDI CAROLLE	COMO	VIA ENNIO FERRARI, 32	335-214829
2	FERRARI MICAELA	COMO	VIA ISONZO, 1	031-591814 / 347-2103346
3	FERRARINI ALESSANDRA	SAN FERMO B.	VIA STOPPA, 16	333-9292815
4	GUERINI GABRIELE	VENEGONO INFERIORE	VIA CALCINACCIO, 8	329-2166886
5	SIMONE FRANCESCA	COMO	VIA ANZANI, 40	335-7559400
6	VOCASKOVA IVANA	CANTÙ	VIA CROTTO, 9	335-235938

PER IL PROSSIMO BOLLETTINO SI RICHIEDE LA CONFERMA COMPILANDO IL MODULO SOTTORIPORTATO

Alla Direzione del Bollettino chiedo di segnalare sul prossimo numero del Bollettino la mia disponibilità per sostituire i colleghi di:

**MEDICINA GENERALE**

**PEDIATRIA**

(Barrare la casellina che interessa)

Cognome .....

Nome .....

Via .....

n. ....

CAP .....

Città .....

Tel. ....

E-mail: .....

Data .....

Pubblicazione del nominativo sul sito internet dell'Ordine

Sì

No

**VERBALE N. 21  
VERBALE DELLA RIUNIONE DEL  
CONSIGLIO DIRETTIVO DELL'ORDINE  
PROVINCIALE DEI MEDICI CHIRURGHI  
E DEGLI ODONTOIATRI DI COMO  
DEL 13 SETTEMBRE 2004**

L'anno 2004, il giorno 13 del mese di Settembre alle ore 21,00, convocato con lettera raccomandata del 06.09.2004, prot. n. 675, si è riunito presso la Sede dell'Ordine in Como, Viale Masia n. 30, il Consiglio direttivo dell'Ordine Provinciale dei Medici Chirurghi e degli Odontoiatri di Como.

**Sono presenti i Consiglieri:**

Dott. Piergiuseppe Conti	Presidente
Dott. Paolo Ferraris	Vice Presidente
Prof. Mario Nespoli	Segretario
Dott. Gianfranco Prada	Tesoriere
Dott. Lanfranco Bianchi	
Dott. Ilo Marco Fini	
Dott. Roberto Gini	
Dott. Mario Guidotti	
Dott. Massimo Mariani	
Dott. Gianvincenzo Melfa	
Dott. Michele Nicastro	
Dott. Giuseppe Enrico Rivolta	
Dott. Gianluigi Spata	
Dott. Piergiuseppe Vegezzi	

**È altresì presente il Revisore dei Conti:**

Dott. Luca Frigerio

**ORDINE DEL GIORNO:**

- 1) Lettura e approvazione del verbale della Seduta precedente;
- 2) Nuove iscrizioni, trasferimenti e cancellazioni Albo Medici Chirurghi;
- 3) Nuove iscrizioni, trasferimenti e cancellazioni Albo Odontoiatri;
- 4) 12° Corso di lingua inglese per gli Iscritti all'Ordine;

- 5) Corso di formazione per "Tutor" per i candidati all'esame di Stato: eventuale rimborso quota partecipazione e spese di trasferta;
- 6) Contributo obbligatorio ONAOSI;
- 7) Cerimonia per il 50° di laurea;
- 8) Richieste di patrocinio;
- 9) Delibere amministrative
- 10) Varie ed eventuali.

Alle ore 21,15 il Presidente, verificata la regolarità della convocazione, fatto l'appello dei Consiglieri e riscontrata la presenza degli stessi in numero legale dichiara aperta la Seduta e passa alla trattazione degli argomenti all'O.d.g.

**DELIBERA N. 290  
LETTURA ED APPROVAZIONE DEL  
VERBALE DELLA SEDUTA PRECEDENTE**

Il Segretario dà lettura del verbale n° 20 del 12 luglio 2004 che viene approvato all'unanimità.

**DELIBERA N. 291  
NUOVE ISCRIZIONI, TRASFERIMENTI  
E CANCELLAZIONI ALBO MEDICI  
CHIRURGHI**

Il Consiglio, relatore il Presidente, dopo aver preso visione dei documenti ed averne constatata la regolarità,

**DELIBERA:**

- di iscrivere all'Albo dei Medici Chirurghi di questa Provincia i seguenti sanitari neo laureati:  
Amann Francesca  
Cappelletti Tiziana  
Sampietro Barbara  
Trevisan Daniele  
Uslenghi Damiano  
Viganò Jacopo
- di iscrivere all'Albo dei Medici Chirurghi di questa Provincia proveniente da

altro Ordine il seguente sanitario:

Gavezzotti Massimo

proveniente dall'Ordine di Lecco

- di cancellare dall'Albo dei Medici Chirurghi di questa Provincia per avvenuto decesso il seguente sanitario:

Fini Livio

deceduto il 02.09.2004

- di cancellare dall'Albo dei Medici Chirurghi di questa Provincia per cessata attività il seguente sanitario:

Bevilacqua Sergio

Chiarelli Giovanni

### **PRECISAZIONI IN MERITO AL PUNTO 3 DELL'ORDINE DEL GIORNO NUOVE ISCRIZIONI, TRASFERIMENTI E CANCELLAZIONI ALBO ODONTOIATRI**

Il Consiglio prende atto che non sono state presentate richieste di nuove iscrizioni, trasferimenti e cancellazioni all'Albo degli Odontoiatri.

### **DELIBERA N. 292**

#### **12° CORSO DI LINGUA INGLESE A FAVORE DEGLI ISCRITTI ALL'ORDINE**

Il Consiglio, relatore il Presidente,

DELIBERA:

- a) di organizzare il 12° Corso di lingua inglese, a favore degli Iscritti all'Ordine per il tramite dell'Associazione Culturale Medico Odontoiatrica Comasca.

### **DELIBERA N. 293**

#### **CORSO DI FORMAZIONE PER "TUTORS" PER I CANDIDATI ALL'ESAME DI STATO: EVENTUALE RIMBORSO QUOTA DI PARTECIPAZIONE E SPESE DI TRASFERTA**

Il Consiglio

DELIBERA:

- a) di farsi carico delle quote di partecipazione al corso di formazione per "Tutors valutatori" per il nuovo esame di

Stato che si svolgerà a Pavia nei giorni 16, 24 e 30 ottobre p.v.

### **DELIBERA N. 294**

#### **CONTRIBUTO OBBLIGATORIO ONAOSI**

Il Presidente fa il punto sulla situazione venutasi a creare a seguito della entrata in vigore della Legge n. 289 del 2002 che ha reso obbligatorio il pagamento di un contributo a favore dell'ONAOSI per tutti i sanitari iscritti agli Ordini professionali.

Pur ritenendo giusto il versamento del contributo, conoscendo la qualità e quantità dei provvedimenti assistenziali che l'ONAOSI eroga, il Presidente considera che l'importo richiesto per fasce d'età sia troppo elevato.

In considerazione di ciò il Presidente ha inviato al Dott. Aristide Paci -Presidente ONAOSI- una richiesta di delucidazioni e chiarimenti. Tale richiesta con la risposta del Dr. Paci e le ulteriori considerazioni del Presidente verranno pubblicate sul sito dell'Ordine e sul Bollettino n° 4.

Nella discussione che ne è seguita con considerazioni fatte da tutti i Consiglieri, le critiche maggiori sono state espresse dal Dott. Bianchi il quale sostiene che con questa nuova Legge si è creato un ulteriore carrozzone da mantenere e del quale non si conoscono né il nuovo statuto, né le direttive, né si è previsto un controllo gestionale.

Il Dott. Bianchi propone, inoltre, che il Presidente si faccia carico di chiedere all'ONAOSI ulteriori delucidazioni in merito alle nuove prestazioni offerte agli iscritti che giustificano le nuove contribuzioni.

Il Consiglio dopo l'ampia discussione di cui sopra all'unanimità delibera di dare incarico al Presidente di richiedere all'ONAOSI ulteriori delucidazioni.

**DELIBERA N. 295****CERIMONIA PER IL 50° DI LAUREA**

Il Consiglio all'unanimità delibera di svolgere la cerimonia del 50° di laurea nella primavera del prossimo anno e non, come inizialmente previsto, durante il mese di novembre c.a.

**DELIBERA N. 296****RICHIESTE DI PATROCINIO**

Il Consiglio, relatore il Presidente,

DELIBERA di concedere il patrocinio:

- al Convegno dal titolo: "Residenzialità e percorsi terapeutici con i pazienti difficili" che si terrà il giorno 1 ottobre 2004 presso l'Aula Magna della Facoltà di Medicina e Chirurgia dell'Università degli Studi di Milano Bicocca;
- all'incontro dal titolo: "La prevenzione in oncologia" che si terrà il giorno 16 ottobre 2004 presso la Biblioteca Comunale di Como;
- alla Tavola Rotonda dal titolo: "Le tante diffuse forme di telefonia odierna hanno trasformato i sistemi di comunicazione: sappiamo tutto, arriviamo dappertutto, ma ci incontriamo sempre di meno e la solitudine a tutte le età è in grande aumento" che si terrà il giorno 18 ottobre 2004 presso l'Hotel Palace di Como.

**VARIE ED EVENTUALI**

Il Presidente propone e tutti i Consiglieri presenti accettano di trattare i seguenti altri provvedimenti.

**DELIBERA N. 306****ARTICOLO "L'ORRORE DI GRONINGEN - EUTANASIA DI UNA CIVILTÀ"**

Il Consiglio prende visione dell'articolo pubblicato sul quotidiano "La Provincia" di Como in data 03.09.2004 dal titolo:

"L'orrore di Groningen – Eutanasia di una civiltà", a firma del Direttore Michele Brambilla, e della richiesta della Dr.ssa Gabriella Ciceri di intervenire con un richiamo nei confronti dell'autore reo a suo giudizio di voler screditare ancora una volta il mondo della sanità creando disinformazione e allarmismo, questo anche a nome dei colleghi olandesi certamente offesi dall'ignoranza e arroganza dell'autore stesso.

Il Consiglio dopo aver valutato collegialmente quanto segnalato dalla Dr.ssa Ciceri, all'unanimità delibera di dare incarico al Presidente di inviare alla stessa la risposta qui di seguito riportata:

"Abbiamo convenuto che in tale articolo l'autore abbia condotto un attacco più vibrato di quanto sia sua abitudine fare sul tema dell'eutanasia, tema peraltro che ognuno di noi è libero, come Lei stessa sottolinea, di interpretare in base alle proprie convinzioni etiche.

Il tono ci pare si giustifichi con le drammatiche emergenze del confronto fra la civiltà islamica e occidentale che si è accentuato nelle settimane più recenti.

Gli accenti di sarcasmo che L'hanno ferita ci sembrano dovuti all'estrapolazione, riconosciamo ad effetto, che l'autore ha condotto di periodi interi dell'articolo di "Repubblica" che, converrà con noi, appariva certamente stonato in senso trionfalistico.

In fondo l'indignazione di Brambilla si doveva essenzialmente al fatto che la proposta eutanasi veniva per la prima volta avanzata per bambini e neonati.

Non abbiamo ravvisato nell'articolo segnalato "una volontà di screditare il mondo della sanità" e ancor meno "una ostilità palese nei confronti dei medici".

Per i contatti diretti che abbiamo avuto

con Michele Brambilla anche a livello di incontri medici-stampa presso il nostro Ordine, dobbiamo dire che abbiamo notato nel suo modo di pensare un atteggiamento equilibrato e sensibile nei confronti dei nostri problemi.

In particolare è molto lontano da lui il pensiero che la morte, come la malattia, siano da esorcizzare dall'esistenza umana".

Esaurito l'ordine del giorno la Seduta viene dichiarata chiusa alle ore 23,45.

## VERBALE N. 22 VERBALE DELLA RIUNIONE DEL CONSIGLIO DIRETTIVO DELL'ORDINE PROVINCIALE DEI MEDICI CHIRURGHI E DEGLI ODONTOIATRI DI COMO DEL 26 OTTOBRE 2004

L'anno 2004, il giorno 26 del mese di Ottobre alle ore 21,00, convocato con lettera raccomandata del 19.10.2004, prot. n. 799, si è riunito presso la Sede dell'Ordine in Como, Viale Masia n. 30, il Consiglio direttivo dell'Ordine Provinciale dei Medici Chirurghi e degli Odontoiatri di Como.

### Sono presenti i Consiglieri:

Dott. Piergiuseppe Conti	Presidente
Prof. Mario Nespoli	Segretario
Dott. Gianfranco Prada	Tesoriere
Dott. Lanfranco Bianchi	
Dott. Ilo Marco Fini	
Dott. Mario Guidotti	
Dott. Massimo Mariani	
Dott. Gianvincenzo Melfa	
Dott. Marina Russello	
Dott. Gianluigi Spata	
Dott. Piergiuseppe Vegezzi	

**È altresì presente il Revisore dei Conti:**  
Dott. Massimo Galli

### ORDINE DEL GIORNO:

- 1) Lettura e approvazione del verbale della Seduta precedente;
- 2) Nuove iscrizioni, trasferimenti e cancellazioni Albo Medici Chirurghi;
- 3) Nuove iscrizioni, trasferimenti e cancellazioni Albo Odontoiatri;
- 4) Corso di informatica per gli Iscritti all'Ordine;
- 5) Richieste di patrocinio;
- 6) Varie ed eventuali.

Alle ore 21,15 il Presidente, verificata la

regolarità della convocazione, fatto l'appello dei Consiglieri e riscontrata la presenza degli stessi in numero legale dichiara aperta la Seduta e passa alla trattazione degli argomenti all'O.d.g.

**DELIBERA N. 307**  
**LETTURA ED APPROVAZIONE DEL**  
**VERBALE DELLA SEDUTA PRECEDENTE**

Il Segretario dà lettura del verbale n° 21 del 13 settembre 2004 che viene approvato all'unanimità.

**DELIBERA N. 308**  
**NUOVE ISCRIZIONI, TRASFERIMENTI**  
**E CANCELLAZIONI ALBO MEDICI**  
**CHIRURGHI**

Il Consiglio, relatore il Presidente, dopo aver preso visione dei documenti ed averne constatata la regolarità,

DELIBERA:

- di iscrivere all'Albo dei Medici Chirurghi di questa Provincia provenienti da altri Ordini i seguenti sanitari:  
Bozzetti Alberto  
proveniente dall'Ordine di Parma  
Bruno Anna  
proveniente dall'Ordine di Milano  
Sannino Anna  
proveniente dall'Ordine di Milano
- di cancellare dall'Albo dei Medici Chirurghi di questa Provincia per avvenuto trasferimento ad altri Ordini i seguenti sanitari:  
Bonacina Maria  
iscritto all'Ordine di Milano il 20.09.2004  
Fusi Oscar  
iscritto all'Ordine di Milano il 20.09.2004  
Squarcia Giussani Cristina

iscritto all'Ordine di Milano il 20.09.2004

- di cancellare dall'Albo dei Medici Chirurghi di questa Provincia per avvenuto decesso il seguente sanitario:  
Aureggi Francesco  
deceduto il 17.10.2004
- di cancellare dall'Albo dei Medici Chirurghi di questa Provincia per cessata attività i seguenti sanitari:  
Rossini Aldo  
Schiavi Marco

**DELIBERA N. 309**  
**NUOVE ISCRIZIONI, TRASFERIMENTI**  
**E CANCELLAZIONI ALBO ODONTOIATRI**

Il Consiglio, relatore il Presidente, dopo aver preso visione dei documenti ed averne constatata la regolarità,

DELIBERA:

- di iscrivere all'Albo degli Odontoiatri di questa Provincia proveniente da altri Ordini il seguente sanitario:  
Rogalla Tatiana Isabella  
proveniente dall'Ordine di Firenze
- di cancellare dall'Albo degli Odontoiatri di questa provincia per avvenuto trasferimento ad altro Ordine il seguente sanitario:  
Scotti Andrea  
iscritto all'Ordine di Bergamo il 30.09.2004

**DELIBERA N. 310**  
**CORSO DI INFORMATICA PER GLI ISCRITTI ALL'ORDINE**

Il Consiglio, relatore il Presidente,  
DELIBERA:

- a) di organizzare tre corsi di informatica per gli iscritti all'Ordine secondo il programma predisposto dal Dott. Ilo Marco

Fini e dal Dott. Gianluigi Spata per il tramite dell'Associazione Culturale Medico Odontoiatrica Comasca;

b) di rinviare ad altra Seduta la decisione in merito all'eventuale contributo a favore dell'Associazione Culturale Medico Odontoiatrica Comasca.

#### **DELIBERA N. 311**

##### **RICHIESTE DI PATROCINIO**

Il Consiglio, relatore il Presidente,  
DELIBERA di concedere il patrocinio:

- al Corso dal titolo: "Epatiti virali croniche: diagnosi e terapia" che si terrà il giorno 3 dicembre 2004 presso il Castello di Casiglio di Erba;
- al "1° Corso di aggiornamento teorico-pratico sulle cefalee per medici di medicina generale. Dalla nozione al malato" che si terrà nei giorni 19 febbraio, 14 maggio e 22 ottobre 2005 presso la biblioteca dell'Ospedale Valduce di Como.

#### **VARIE ED EVENTUALI**

Il Presidente propone e tutti i Consiglieri presenti accettano di trattare i seguenti altri provvedimenti.

#### **DELIBERA N. 318**

##### **CORSO DI FORMAZIONE PER "TUTORS VALUTATORI" PER IL NUOVO ESAME DI STATO**

Il Consiglio, relatore il Presidente;

##### **DELIBERA**

- a) di corrispondere ai partecipanti, a seguito di loro richiesta, un rimborso per le spese di viaggio sostenute per la partecipazione al corso in oggetto quantificate nella misura di € 50,00 per richiedente.

#### **DELIBERA N. 319**

##### **PRESCRIZIONE DI FARMACI AL DI FUORI DELLE INDICAZIONI AUTORIZZATE E PROCEDIMENTI DISCIPLINARI EX L. N. 94/98**

Il Consiglio, relatore il Presidente, vista la lettera in data 21.10.2004 - prot. n. 99006 del Commissario Straordinario della ASL di Como Dott. Gian Pietro Saronni relativa alle prescrizioni di farmaci al di fuori delle indicazioni autorizzate e procedimenti disciplinari ex L. n. 94/98 **all'unanimità DELIBERA** di dare incarico al Presidente di inviare allo stesso la risposta qui di seguito riportata:

"Chiar.mo Dott. Saronni,  
ho letto la Sua lettera del 21 ottobre indirizzata in merito al comportamento dell'Ordine nei riguardi dei medici che hanno prescritto farmaci a carico del S.S.N. in modo difforme a quanto contenuto nella scheda tecnica.

Spiace anche a me rilevare che in questa occasione non siamo d'accordo come spesso invece ci succede.

Mi spiace che Lei pensi che possano trovarsi sullo stesso piano l'Ordine e la ASL su quello che riguarda la prescrizione di farmaci in quanto per l'Ordine il problema è di carattere deontologico.

Pur comprendendo la necessità da parte dell'ASL di prendere tutti i provvedimenti di carattere amministrativo convenzionale necessari, l'Ordine Professionale si deve preoccupare del rapporto del medico con il cittadino e deve essere certo che questo ultimo è stato correttamente avvertito della prescrizione fatta in modo difforme.

L'Ordine professionale ha acquisito dopo precisa richiesta la dichiarazione dei propri iscritti e dei soli due casi in cui i medici hanno dichiarato di non aver provveduto al necessario avviso al paziente ha preso

il provvedimento di sanzione che ha ritenuto necessario.

Circa il rilievo di non aver tenuto conto di una problematica "con riflessi evidenti sia sotto il profilo della salute pubblica sia sotto l'aspetto, tutt'altro che secondario, del contenimento della spesa sanitaria mediante il corretto utilizzo delle risorse" Le assicuro che la salute pubblica ed in particolare dei cittadini che hanno avuto le prescrizioni in discussione, non hanno avuto nessun nocumento essendo largamente provata l'utilità del farmaco anche per fatti nosologici diversi da quelli contenuti nella scheda tecnica allegata al prodotto in commercio.

Per quanto riguarda poi il contenimento della spesa sanitaria dal punto di vista ordinistico si è sempre cercato di indicare ai medici quanto sia opportuno fare l'attenzione più scrupolosa per evitare spese inutili in campo sanitario, ritenendo, peraltro, "spesa sanitaria" non soltanto quella di parte pubblica ma anche a carico del privato cittadino; nei colloqui avuti dal sottoscritto con tutti i medici che la ASL mi aveva indicato come prescrittori in modo improprio del farmaco flutamide mi sono preoccupato di riconfermare questo principio.

Ero sicuro che da parte Sua avrebbe, come mi sembra abbia fatto, provveduto a comminare le sanzioni ritenute necessarie per il danno ingiustamente apportato alle casse del S.S.N., danno peraltro che sarà sanato dai rimborsi che certamente i medici dovranno fare.

Da un punto di vista ordinistico devo, peraltro, anche rimarcare come purtroppo tutto quello che viene determinato oggi in sanità, comprese le schede tecniche, qualche volta tenga conto più del valore economico dell'accREDITAMENTO di un farmaco

piuttosto che delle indicazioni terapeutiche possibili.

Le assicuro che l'Ordine Professionale continuerà a collaborare con la parte pubblica nel perseguire i migliori risultati possibili nella gestione del S.S.N., ricchezza non rinunciabile per i nostri cittadini.

La diversità della natura delle nostre realtà (la nostra non è aziendale) ci consiglia di non interferire l'una sull'altra anche solo per non confondere i cittadini, e i medici in particolare, su quelli che sono i nostri doveri e le nostre finalità, ripeto, peraltro, tendenti entrambe a dare ai cittadini la migliore sanità possibile sia all'interno del S.S.N. che nella medicina privatistica."

Il Presidente riferisce sulla riunione del Consiglio Nazionale della F.N.O.M.C.eO. svoltosi a Roma nei giorni 16 e 17 ottobre 2004 nella quale si è discusso in merito al contributo obbligatorio da versare all'ONAOI da parte di tutti gli Iscritti agli Ordini.

Il Consiglio Nazionale, pur ritenendo giusto il versamento del contributo obbligatorio a favore dell'ONAOI, ha deciso di richiedere che lo stesso venga rivisto nella sua entità e che sia accompagnato da informazioni chiare e comprensibili sui nuovi scopi che l'ONAOI si prefigge di raggiungere.

Il Presidente comunica che in data 12 ottobre u.s. si è tenuta presso la Direzione Generale Sanità della Regione Lombardia a Milano la prima riunione del Comitato Tecnico Scientifico per il Programma Triennale di Implementazione della Valutazione delle Aziende Sanitarie Accreditate e del Management delle Aziende Pubbliche.

Il Dott. Lanfranco Bianchi in qualità di

Consigliere presso l'Amministrazione Provinciale di Como conferma che la stessa corrisponderà un contributo di € 2.500,00 per il Convegno dal titolo: "Genetica e Medicina: dalla scienza alla salute" svoltosi a Como - Villa Olmo - il 23 ottobre u.s.

Esaurito l'ordine del giorno la Seduta viene dichiarata chiusa alle ore 23,45.

## VERBALE N. 23 VERBALE DELLA RIUNIONE DEL CONSIGLIO DIRETTIVO DELL'ORDINE PROVINCIALE DEI MEDICI CHIRURGHI E DEGLI ODONTOIATRI DI COMO DEL 29 NOVEMBRE 2004

L'anno 2004, il giorno 29 del mese di Novembre alle ore 21,00, convocato con lettera raccomandata del 24.11.2004, prot. n. 887, si è riunito presso la Sede dell'Ordine in Como, Viale Masia n. 30, il Consiglio direttivo dell'Ordine Provinciale dei Medici Chirurghi e degli Odontoiatri di Como.

### Sono presenti i Consiglieri:

Dott. Piergiuseppe Conti	Presidente
Dott. Paolo Ferraris	Vice Presidente
Prof. Mario Nespoli	Segretario
Dott. Gianfranco Prada	Tesoriere
Dott. Ilo Marco Fini	
Dott. Roberto Gini	
Dott. Mario Guidotti	
Dott. Massimo Mariani	
Dott. Gianvincenzo Melfa	
Dott. Gabriele Moltrasio	
Dott. Michele Nicastro	
Dott. Giuseppe Enrico Rivolta	
Dott. Marina Russello	
Dott. Gianluigi Spata	

### È altresì presente il Revisore dei Conti:

Dott. Luca Frigerio

### ORDINE DEL GIORNO:

- 1) Lettura e approvazione del verbale della Seduta precedente;
- 2) Nuove iscrizioni, trasferimenti e cancellazioni Albo Medici Chirurghi;
- 3) Nuove iscrizioni, trasferimenti e cancellazioni Albo Odontoiatri;
- 4) E.N.P.A.M.: contributo di solidarietà per i pensionati; Bilancio Preventivo 2005;

- 5) Pulizia locali/servizi/arredamento Sede per l'anno 2005: forma di contrattazione – approvazione mansionario – indicazione delle ditte da invitare;
- 6) Buoni pasto al personale lavorativo dipendente per l'anno 2005;
- 7) Richieste di patrocinio;
- 8) Delibere amministrative.

Alle ore 21,15 il Presidente, verificata la regolarità della convocazione, fatto l'appello dei Consiglieri e riscontrata la presenza degli stessi in numero legale dichiara aperta la Seduta e passa alla trattazione degli argomenti all'O.d.g.

#### **DELIBERA N. 320**

##### **LETTURA ED APPROVAZIONE DEL VERBALE DELLA SEDUTA PRECEDENTE**

Il Segretario dà lettura del verbale n° 22 del 26 ottobre 2004 che viene approvato all'unanimità.

#### **DELIBERA N. 321**

##### **NUOVE ISCRIZIONI, TRASFERIMENTI E CANCELLAZIONI ALBO MEDICI CHIRURGHI**

Il Consiglio, relatore il Presidente, dopo aver preso visione dei documenti ed averne constatata la regolarità,

DELIBERA:

- di iscrivere all'Albo dei Medici Chirurghi di questa Provincia provenienti da altri Ordini i seguenti sanitari:  
D'Amico Marco  
proveniente dall'Ordine di Lecco  
Spinelli Ombretta  
proveniente dall'Ordine di Bergamo
- di cancellare dall'Albo dei Medici Chirurghi di questa Provincia per avvenuto decesso il seguente sanitario:  
Canfora Ferdinando  
deceduto il 02.11.2004

#### **DELIBERA N. 322**

##### **NUOVE ISCRIZIONI, TRASFERIMENTI E CANCELLAZIONI ALBO ODONTOIATRI**

Il Consiglio, relatore il Presidente, dopo aver preso visione dei documenti ed averne constatata la regolarità,

DELIBERA:

- di iscrivere all'Albo degli Odontoiatri di questa Provincia i seguenti sanitari neo laureati:  
Cappelletti Stefano  
Clemente Enrico

Il Consiglio, inoltre;

- vista la Legge 24 luglio 1985, n. 409, e successive modificazioni e integrazioni;
- visto l'art. 13 della Legge 3 febbraio 2003, n. 14;
- visto l'art. 4 del Decreto Legislativo 8 luglio 2003, n. 277;
- visto il parere del Consiglio di Stato del 5 maggio 2004 trasmesso alla FNOM-CeO dal Ministero della Salute in data 16 settembre 2004;
- viste le comunicazioni n. 94-28/09/2004 e n. 100-13/10/2004, trasmesse dalla FNOMCeO.;
- vista la domanda di iscrizione all'Albo degli Odontoiatri presentata dal Dr. Federici Franco Maria;
- visti gli artt. 9 del DLCPS n. 233 del 1946, 4 del DPR n. 221 del 1950 e 4 della Legge 409 del 1985;
- verificato, sulla base della documentazione prodotta ed acquisita, il possesso, da parte del richiedente, dei requisiti fissati dalla Legge per l'iscrizione all'Albo degli Odontoiatri;
- considerato che, a seguito del disposto dell'art. 13 della Legge 3 febbraio 2003, n. 14, è stato abrogato l'istituto dell'annotazione di cui all'art. 5 della

Legge 409/85;

- considerato che non risultano, a carico dei richiedenti, elementi che possano far ritenere che lo stesso non sia di buona condotta;

**DELIBERA**

- a) di iscrivere all'Albo degli Odontoiatri di questa Provincia il Dott. Federici Franco Maria;
- b) di revocare l'annotazione di cui all'art. 5 della Legge 409/85, attribuita al suddetto sanitario.

**E.N.P.A.M.: CONTRIBUTO DI  
SOLIDARIETÀ PER I PENSIONATI  
BILANCIO PREVENTIVO ANNO 2005**

Il Presidente relaziona il Consiglio sulla riunione del Consiglio Nazionale dell'E.N.P.A.M. svoltasi a Roma in data 27 novembre 2004.

A fronte di un Bilancio estremamente positivo conseguenza di una gestione oculata del patrimonio immobiliare e azionario si presenterà in futuro, a seguito del notevole aumento del numero delle pensioni, la necessità di rivedere gli importi dei contributi da versare. A tal proposito durante la suddetta riunione si è parlato di varie opzioni che verranno discusse in modo più approfondito durante la prossima riunione del Consiglio Nazionale.

**DELIBERA N. 324  
RICHIESTE DI PATROCINIO**

Il Consiglio, relatore il Presidente

**DELIBERA:**

- a) di concedere il patrocinio all'Incontro di aggiornamento dal titolo: "Insieme contro la sclerosi multipla" che si terrà il giorno 29 gennaio 2005 presso Villa Gallia di Como;
- b) di non poter concedere il patrocinio all'iniziativa proposta dai Lions Club d'I-

talia in quanto la stessa è stata proposta da un service club e non da un'organizzazione medica.

Valutata, comunque, l'importanza dell'iniziativa il Consiglio decide di collaborare inviando, come richiesto, l'elenco dei medici di base della Provincia.

**DELIBERA N. 328**

**CONTRIBUTO SPESE ORGANIZZAZIONI  
SINDACALI MEDICHE PER L'USO DELLA  
SALA RIUNIONI DURANTE L'ANNO 2004**

Il Consiglio, relatore il Presidente,

**DELIBERA:**

- a) di stabilire in € 100,00 (cento/00) la misura del contributo spese da richiedere a ciascuna delle Organizzazioni sindacali mediche sotto indicate:
  - A.N.D.I.
  - F.I.M.M.G
  - S.I.M.I.
  - S.N.A.M.I.
  - S.U.M.A.I.
 per l'uso della Sala riunioni della Sede durante l'anno 2004.

Esaurito l'ordine del giorno la Seduta viene dichiarata chiusa alle ore 23,15.

**VERBALE N. 9  
VERBALE DELLA RIUNIONE DELLA  
COMMISSIONE ODONTOIATRICA DEL  
CONSIGLIO DIRETTIVO DELL'ORDINE  
PROVINCIALE DEI MEDICI CHIRURGHI  
E DEGLI ODONTOIATRI DI COMO  
DEL 20 SETTEMBRE 2004**

Il giorno 20 del mese di Settembre dell'anno 2004, alle ore 21,00, convocata con lettera raccomandata del 14 settembre 2004, prot. n. 697 si è riunita presso la Sede dell'Ordine in Como, Viale Masia 30, la Commissione Odontoiatrica dell'Ordine Provinciale dei Medici Chirurghi e degli Odontoiatri di Como.

**Sono presenti i seguenti componenti la Commissione:**

Dott. Gianfranco Prada	Presidente
Dott. Ivano Casartelli	Segretario
Dott. Massimo Mariani	
Dott. Carlo Scifo	
Dott. Francesco De Simone	

Per discutere il seguente:

**ORDINE DEL GIORNO:**

- 1) Lettura e approvazione del verbale della seduta precedente;
- 2) Esame pratica relativa al Dott. AB;
- 3) Esame pratica relativa al Dott. CD;
- 4) Esame pratica relativa al Dott. EF;
- 5) Esame ed approvazione parcelle;
- 6) Varie ed eventuali.

Alle ore 21, il Presidente, verificata la regolarità della convocazione, fatto l'appello e riscontrata la sussistenza del numero legale, dichiara aperta la Seduta.

**DELIBERA N. 47  
LETTURA ED APPROVAZIONE DEL  
VERBALE DELLA SEDUTA PRECEDENTE**

Il Segretario dà lettura del verbale della Seduta precedente, n. 8 del 24 maggio 2004, che viene approvato all'unanimità.

**DELIBERA N. 48  
ESAME PRATICA RELATIVA AL DOTT. AB**

Il Presidente riferisce alla Commissione Odontoiatrica che in data 07.09.04 veniva inviata all'Ordine dei Medici dall'Avv. GH, legale della Sig.ra LM, un esposto a carico del Dott. AB.

La Commissione Odontoiatrica, visto l'esposto e sentito il Dott. AB, il quale è stato invitato ad un colloquio, **DELIBERA** di rinviare alla prossima seduta qualsiasi decisione e di invitare il Dott. AB ad inviare copia della sentenza emessa dal Tribunale di Como.

**DELIBERA N. 48  
ESAME PRATICA RELATIVA AL DOTT. CD**

Il Dott. Prada riferisce alla Commissione Odontoiatrica che in data 14.07.04 veniva inviata all'Ordine dei Medici dal Dott. CD, una denuncia di presunta violazione al codice deontologico da parte dei Dr. NO, PQ e RS.

La Commissione Odontoiatrica **DELIBERA** di rispondere al Dott. CD che "le accuse riguardano esclusivamente aspetti relativi a giudizi clinici espressi dai professionisti e che non è di competenza dell'Ordine valutarli. Solo dopo eventuale condanna sarà possibile aprire un eventuale procedimento disciplinare".

**DELIBERA N. 49  
ESAME PRATICA RELATIVA AL DOTT. EF**

Il Presidente informa i componenti della Commissione di un esposto a carico del

Dott. EF inviato dal Dott. TU, Direttore Sanitario dello Studio XY.

La Commissione DELIBERA di dare mandato al Presidente per convocare il Dott. EF.

#### **DELIBERA N. 50**

##### **ESAME ED APPROVAZIONE PARCELLE**

La Commissione Odontoiatrica, viste le parcelle presentate dal Dott. VZ DELIBERA di concedere visto di equità.

Esaurito l'Ordine del Giorno la Seduta viene dichiarata chiusa alle ore 23.55

#### **VERBALE N. 10**

##### **VERBALE DELLA RIUNIONE DELLA COMMISSIONE ODONTOIATRICA DEL CONSIGLIO DIRETTIVO DELL'ORDINE PROVINCIALE DEI MEDICI CHIRURGHI E DEGLI ODONTOIATRI DI COMO DEL 29 NOVEMBRE 2004**

Il giorno 24 del mese di Novembre dell'anno 2004, alle ore 21,00, convocata con lettera raccomandata del 17 novembre 2004, prot. n. 865 si è riunita presso la Sede dell'Ordine in Como, Viale Masia 30, la Commissione Odontoiatrica dell'Ordine Provinciale dei Medici Chirurghi e degli Odontoiatri di Como.

#### **Sono presenti i seguenti componenti la Commissione:**

Dott. Gianfranco Prada   Presidente  
Dott. Ivano Casartelli   Segretario  
Dott. Massimo Mariani  
Dott. Carlo Scifo  
Dott. Francesco De Simone

Per discutere il seguente:

#### **ORDINE DEL GIORNO:**

1. Lettura ed approvazione del verbale della seduta precedente;
2. Esame pratica ed eventuale apertura di procedimento disciplinare a carico del Dott. AB;
3. Esame pratica ed eventuale apertura di procedimento disciplinare a carico del Dott. CD;
4. Esame pratica ed eventuale apertura di procedimento disciplinare a carico del Dott. EF;
5. Esame pratica ed eventuale apertura di procedimento disciplinare a carico del Dott. GH;
6. Esame pratica relativa allo Studio Dentistico in XY;

- 7. Esame ed approvazione parcelle;
- 8. Varie ed eventuali.

Alle ore 21, il Presidente, verificata la regolarità della convocazione, fatto l'appello e riscontrata la sussistenza del numero legale, dichiara aperta la Seduta.

**DELIBERA N. 51**  
**LETTURA ED APPROVAZIONE DEL**  
**VERBALE DELLA SEDUTA PRECEDENTE**

Il Segretario dà lettura del verbale della Seduta precedente, n. 9 del 20 settembre 2004, che viene approvato all'unanimità.

**DELIBERA N. 52**  
**ESAME PRATICA ED EVENTUALE**  
**APERTURA DI PROCEDIMENTO**  
**DISCIPLINARE A CARICO DEL DOTT. AB**

La Commissione Odontoiatrica prende in esame la nuova comunicazione inviata dall'Avv. LM, legale della Sig.ra NO (vedi Verbale n. 9 del. 48).

La Commissione Odontoiatrica, **DELIBERA** di archiviare la pratica.

**DELIBERA N. 53**  
**ESAME PRATICA ED EVENTUALE**  
**APERTURA DI PROCEDIMENTO**  
**DISCIPLINARE A CARICO DEL DOTT. CD**

- In data 06.08.04 perveniva all'Ordine un esposto a carico del Dott. CD inviato dal Dott. PQ, Direttore Sanitario dello Studio RS.
- Il Presidente relaziona sul colloquio avuto con il Dott. CD in data 29.10.2004.

La Commissione Odontoiatrica vista la documentazione agli atti, sentita la relazione del Presidente **delibera** di aprire procedimento disciplinare al Dott. CD con il seguente addebito:

**"Infrazione ai principi di reciproco rispet-**

**to nei confronti di un collega (art. 57 Codice Deontologico)"**

- di nominare come relatore del procedimento disciplinare il componente della Commissione Odontoiatrica: Dott. Carlo Scifo;
- di fissare quale data della celebrazione del procedimento disciplinare il giorno **martedì 11 gennaio 2005 alle ore 21,15.**

**DELIBERA N. 54**  
**ESAME PRATICA ED EVENTUALE**  
**APERTURA DI PROCEDIMENTO**  
**DISCIPLINARE A CARICO DEL DOTT. EF**

Il Presidente informa i componenti della Commissione di un articolo pubblicato sul quotidiano "La Provincia" il giorno 22.09.04 relativo al Dott. EF.

Il Presidente comunica di aver avuto un colloquio con il suddetto sanitario il quale ha dichiarato di aver dato incarico al suo legale di denunciare il giornalista, responsabile dell'articolo, per la diffamazione nei suoi confronti e che avrebbe inviato all'Ordine, al più presto, copia della denuncia.

La Commissione Odontoiatrica, visti gli atti e sentita la relazione del Presidente e visto che, fino ad oggi, il Dott. EF non ha inviato la sopraccitata denuncia **delibera** di richiedere al Tribunale di Como copia degli atti processuali relativi all'articolo citato.

**DELIBERA N. 55**  
**ESAME PRATICA ED EVENTUALE**  
**APERTURA DI PROCEDIMENTO**  
**DISCIPLINARE A CARICO DEL DOTT. GH**

- In data 12.10.04 perveniva all'Ordine un esposto a carico del Dott. GH inviato dall'Ordine dei Medici di Milano, Direttore Sanitario del Centro YY. Il Presidente relaziona sul colloquio avuto con il Dott. GH in data 05.11.2004.

La Commissione Odontoiatrica vista la documentazione agli atti, sentita la relazione del Presidente **delibera** di aprire procedimento disciplinare al Dott. GH con il seguente addebito:

**“Per aver favorito l’esercizio abusivo della professione odontoiatrica da parte del Sig. XX presso il Centro YY, nei confronti della Sig.ra ZZ”**

Nel contempo si **delibera** di sospendere il citato procedimento disciplinare in attesa della pronuncia del Tribunale di Varese.

#### **DELIBERA N. 56**

##### **ESAME PRATICA RELATIVA ALLO STUDIO DENTISTICO XY SUL TICINO**

La Commissione Odontoiatrica prende in esame l’esposto inviato dalla Dr.ssa VV la quale denuncia l’invio di un volantino con pubblicità illecita da parte di uno studio odontoiatrico XY.

La ASL di Milano, dietro richiesta dell’Ordine, ha comunicato che il Direttore Sanitario del suddetto Studio è il Dott. UU, iscritto all’Ordine di Milano.

La Commissione **delibera** di inviare tutta la documentazione all’Ordine di Milano.

##### **ESAME ED APPROVAZIONE PARCELLE**

La Commissione Odontoiatrica, prende atto che non sono state presentate parcelle da vidimare.

Esaurito l’Ordine del Giorno la Seduta viene dichiarata chiusa alle ore 23.55.

Il portale dell'Ordine dei Medici di Como

**WWW.Ordinemedici.  
COMO.IT**

**POWER  
WEB**